

III JORNADA CIENTÍFICA DO GHC

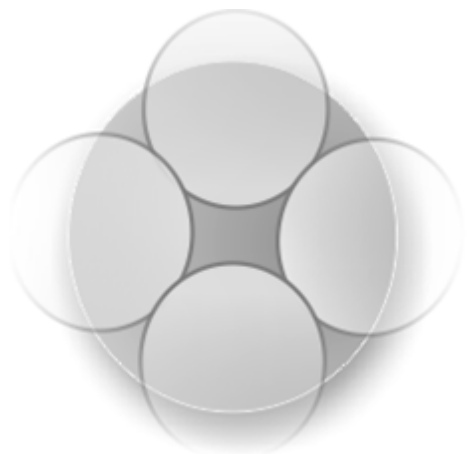
***Avaliação de Tecnologias em Saúde:
Integralidade no Processo de Trabalho***

ANAIS
23 a 25 de Abril de 2014



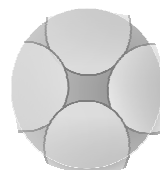
Ministério da
Saúde



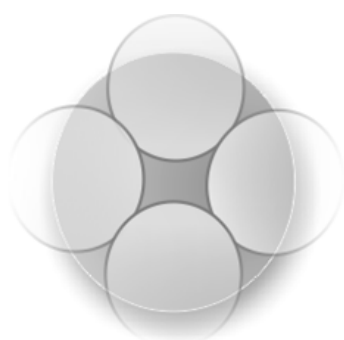


III JORNADA CIENTÍFICA DO GHC

ANAIS



**GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
ESCOLA GHC**



**III JORNADA
CIENTÍFICA
DO GHC**

ANAIS

III JORNADA CIENTÍFICA DO GHC	P. 01- 088	2014
--------------------------------------	-------------------	-------------

PRESIDENTE
Dilma Vana Rousseff

MINISTRO DA SAÚDE
Arthur Chioro

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO
Adail de Almeida Rollo
Carlos Eduardo Nery Paes
Maria do Carmo
Valmor Almeida Guedes (representante dos empregados)
Juliana da Silva Pinto Carneiro
Ana Lúcia Ribeiro da Silva

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
Paulo Ricardo Bobek – Diretor Técnico

ESCOLA GHC
Quelen Tanize Alves da Silva – Gerente de Ensino e Pesquisa
Marta Helena Buzati Fert – Coordenadora de Ensino
Sati Jaber Mahmud - Coordenador de Projetos Estratégicos e Extensão
Sérgio Antônio Sirena – Coordenador de Pesquisa

III JORNADA CIENTÍFICA DO GHC – ANAIS 2014
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

Projeto Gráfico: Abrahão Assein Arús Neto
Periodicidade: anual

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

J82a	Jornada Científica do GHC. Produção do conhecimento no cotidiano dos serviços de saúde (2. : 2014 : Porto Alegre) Anais ... / 3ª Jornada Científica do GHC. Produção do conhecimento no cotidiano dos serviços de saúde, 23-25 abril 2014, Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2014. 088 p. 1. Saúde Pública. 2. Sistema Único de Saúde. I. Título. CDU 614(816.5)
------	--

Catalogação elaborada por Luciane Berto Benedetti CRB10/1458

Comissão Organizadora

Abrahão Assein Arús Neto
Ananyr Porto Fajardo
Carla Pacheco de Almeida
Claudete Bittencourt
Denise Helena Barbosa Tolentino
Fernando Santos Lerina
Luzia Santos Pinto
Quelen Tanize Alves da Silva
Rogério Farias Bitencourt
Sérgio Antônio Sirena (Coord.)

Avaliadores

Airton Tetelbom Stein
Aline Marcadenti de Oliveira
Ananyr Porto Fajardo
Alexandra Kruehl
Daniel Klug
Fernando Santos Lerina
Júlio Baldisserotto
Lauro Luis Hagemann
Luciane Berto Benedetti
Luiz Henrique Alves da Silveira
Maria Helena Schmith
Sérgio Antônio Sirena
Suzana Rolim Tambará
Vera Pasini

APRESENTAÇÃO

Esta terceira Jornada Científica do Grupo Hospitalar Conceição reitera seu objetivo de dar destaque a produção científica e através disso fomentar o ambiente científico em nossa instituição. Nesta edição escolhemos o tema: *Avaliação de Tecnologias em Saúde: integralidade no processo de trabalho*.

AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE: INTEGRALIDADE NO PROCESSO DE TRABALHO

Dia/Horário	Atividade	Painelistas	Local
24/4/2013 14h	Painel: Avaliação de Tecnologias em Saúde: Integralidade no Processo de Trabalho	Luiz Augusto Facchini Médico - subchefe do Depto. de Medician Social da UFPEL, Membro do Conselho Superior da FIOCRUZ, Dr. em Medicina pela UFRGS, Pós Doutorado em Saúde Internacional pela Harvard School of Public Health Madel Therezinha Luz Filósofa, Docente Titular Aposentada da UFRJ, Docente Colaboradora da UFRGS, Mestre em Sociologia pela Université Catholique de Louvain, Doutora em Ciência Política pela USP	HOTEL CONTINENTAL Largo Vespasiano Júlio Veppo, nº 77. Centro Porto Alegre - RS

		Atividades	Apresentadores	Coordenação	Debate
24/04/2014 8:30 às 10:15	Escola GHC/GEP Sala 2/3	Metodologia de avaliação de tecnologias em saúde TÁVOLA 1			
		Acesso e utilização dos Centros de Especialidades Odontológicas de um município de grande porte do Rio Grande do Sul	Caroline Schirmer Fraga Ferreira	Fernando Lerina, Técnico em Educação e Docente da Escola GHC	Aline M. de Oliveira Nutricionista , Assistente Técnica do Serviço de Dietoterapia do SND/HNSC, Pesquisadora do Serviço de Cardiologia do HNSC, Doutora em Ciências da Saúde pela UFRGS
		PET Dengue-Vigilância - Contribuições para a formação profissional dos acadêmicos na área da saúde	Elisiane de Fraga Vidal		
		Auditoria de Enfermagem: uma avaliação da qualidade da assistência de enfermagem prestada ao paciente - Revisão Integrada da Literatura	Patrícia Rodrigues Funck		
		Diários de Classe: o registro como fonte de pesquisa	Lêda Fernandes Bertamoni		
		Alteração do sistema de distribuição de medicamentos em um hospital pediátrico de Porto Alegre	Gabriela Manito Guzzo		
		Desenvolvimento de protocolos psicofarmacológicos no GHC	Carolina Meira Moser		

24/04/2014 8:30 às 10:15	Mezanino HNSC	Metodologia de avaliação de tecnologias em saúde RODA DE CONVERSA 1			
		Sistemas de aspiração endotraqueal em Unidade de Terapia Intensiva: benefícios e riscos ao adulto	Andressa Costa Padilha da Silveira	Margarida Fernanda Griebeler, Enfermeira	Lauro L. Hagemann Médico do GHC, Gerente de Unidades de Internação no HF e Doutor em Ciências Médicas pela UFRGS
		Estratificação segundo riscos em doenças crônicas	Pablo de Lennoy Stürmer		
		Avaliação da funcionalidade de pacientes com transtornos psiquiátricos internados na unidade de psiquiatria do Hospital Nossa Senhora da Conceição	Felippe Zanchet		
		Cuidados de enfermagem ao paciente com dreno de tórax após a passagem do dreno: relato de experiência	Patrícia Rodrigues Funck		
		Práticas das equipes de Atenção Primária no cuidado de usuários com doenças crônicas	Andressa Albrecht Lopes		

24/04/2014 8:30 às 10:15	Sala 1 - Escola GHC/GEP	Metodologia de avaliação de tecnologias em saúde RODA DE CONVERSA 2			
		Os sentidos atribuídos ao exame preventivo do câncer do colo do útero por usuárias de um serviço de atenção primária em saúde	Emanuela Gasparin Costa	Marta H. B. Fert Enfermeira do HNSC, docente da Escola GHC, Mestre em Gestão e Políticas de Saúde pela Universidade de Bolonha	Fernando Anschau, Médico Gerente de Internação HCC
		Matriciamento em Saúde Mental: a experiência de um CAPSi	Lisandra Alves Nascimento		
		A prática da psicologia na unidade de saúde: lugar, limites e potencialidades	Renata Palmerim Schorn		
		Análise dos registros da vacinação antitetânica em gestantes do município de Porto Alegre - RS	Karine Almerão		
		Testes rápidos em uma unidade de saúde na zona rural: algumas reflexões	Sabrina Chapuis de Andrade		
		Registros em Diários de Classe: diálogo necessário com o plano de ensino	João Batista Ramos		

Interdisciplinaridade e integralidade na Avaliação de Tecnologias em Saúde TÁVOLA 2					
24/04/2014 10:30 às 12:15	Escola GHC/GEP Salas 2/3	O trabalho do Técnico em Educação especialista em Psicopedagogia na Unidade de Internação Psiquiátrica para adolescentes	Patrícia Rosane Naymaer Schneider	Carla Rossana Molz Maria - Nutricionista - Coordenadora RIS/GHC	Daniela Dallegrave Enfermeira do HNSC, Coordenadora do Curso de Especialização em Saúde da Família da Escola GHC, Doutoranda em Educação do PPG em Educação da UFRGS
		Educando na diversidade: Direitos Humanos e Diversidade em serviço de saúde	Lêda Fernandes Bertamoni		
		A Residência multiprofissional em Saúde e a integração dos saberes: possibilidades e desafios	Sabrina Chapuis de Andrade		
		Avaliação antropométrica no Programa de Saúde na Escola do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo hospitalar Conceição	Laura Garcia de Freitas		
		A inserção do Programa de Educação pelo Trabalho na Emergência do Hospital Cristo Redentor	Liziane G. H. da Cunha		
		Vivências no PET redes de atenção às urgências e emergências na UPA Moacyr Scliar	Clarissa Weiss Iuchno		

Interdisciplinaridade e integralidade na Avaliação de Tecnologias em Saúde TÁVOLA 3					
24/04/2014 10:30 às 12:15	Mezanino HNSC	A assistência da enfermagem ao usuário de substâncias psicoativas: uma revisão integrativa	Marta Ziziane Dorneles Wachter	Adelaide Konzen Enfermeira do HNSC, docente da Escola GHC, Mestre em Gestão de Políticas de Saúde pela Universidade de Bolonha	Carmen Silveira de Oliveira, Psicóloga, Especialista em Saúde Pública, Mestre em Psicologia Clínica e Doutora em Psicologia
		O uso da arte como uma nova tecnologia de cuidado: refletindo a práxis terapêutica da arte na assistência e no trabalho em equipe	Deisi Macedo dos Santos		
		O Tornar-se sujeito na infância, pensando a questão do "abrigoamento"	Vivian de Souza Rolim		
		Perfil epidemiológico de idosos atendidos pela estratégia de saúde da família do município de Bossoroca - RS	Aline Basso		

		Interdisciplinaridade e integralidade na Avaliação de Tecnologias em Saúde RODA DE CONVERSA 3			
24/04/2014 10:30 às 12:15	Auditório ICD	Sentimentos e percepções de mulheres portadoras do HIV frente ao impedimento da amamentação: revisão integrativa	Sabrina Chapuis de Andrade	Camila Samara Funk - Odontóloga do GHC, Coordenadora da Ênfase em Saúde da Família e Comunidade RIS/GHC	Egídio A .Demarco Odontólogo do HNSC - SSC, Coordenador do Curso Técnico em Saúde Bucal da Escola GHC, Preceptor da RIS/GHC e Mestre em Epidemiologia pela UFRGS
		A implantação das academias da saúde a partir do contexto: um estudo sobre desejos e recursos físicos de uma comunidade de dois distritos sanitários de Porto Alegre	Luis Carlos da Silva Viegas Júnior		
		Relato de Caso: primeiro ano de funcionamento da UPA Moacyr Scliar	Juliane Hochnadel da Silva		
		Reflexões sobre as possibilidades e desafios de uma clínica ampliada e compartilhada para o cuidado em saúde mental na infância e adolescência na atenção básica	Mariana Mazzarino		
		Conhecimentos, práticas e atitudes de médicos e enfermeiros sobre saúde bucal na puericultura	Mariana Loch dos Reis		

24/04/2014 14:00 às 15:45	Escola GHC/GEP Salas 2 / 3	Interdisciplinaridade e integralidade na Avaliação de Tecnologias em Saúde RODA DE CONVERSA 4			
		Atividades de relaxamento com adolescentes internadas: relato de experiência da Terapia Ocupacional	Nátali Carina Dolvitsch Pfluck	Andréa da Rosa Jardim Enfermeira do HNSC, Coordenadora do Curso de Especialização em Saúde Mental da Escola GHC, Mestre em Saúde Coletiva pela ULBRA	Rita Mello de Mello Enfermeira da Equipe Gestores do Cuidado e Mestre em Enfermagem
		Assembléia com pacientes: tecnologia leve de apoio às rotinas e ambiência da internação psiquiátrica	Nátali Carina Dolvitsch Pfluck		
		A intersetorialidade no cuidado ao idoso na atenção primária à saúde	Gláucia Bohusch		
		Curso de Gestantes da Unidade de Saúde Parque dos Maías: promovendo a integralidade no processo de trabalho	Simone Gonçalves Menegotto		

24/04/2014 14:00 às 15:45	Escola GHC/GEP Sala 1	Interdisciplinaridade e integralidade na Avaliação de Tecnologias em Saúde RODA DE CONVERSA 5			
		Cuidados de enfermagem ao paciente sedado à beira do leito: Escala de Ramsay - Relato de Experiência	Patrícia Rodrigues Funck	Maria Helena Schmidt Enfermeira do HNSC, docente da Escola GHC, Mestre em Gerontologia Biomédica pela PUC RS	Andiara Cossetin Enfermeira do HNSC, Coordenadora do Curso Técnico em Enfermagem da Escola GHC, Mestre em Enfermagem pelo PPG da Escola de Enfermagem da UFRGS
		A interface da saúde mental e a rede de atenção primária	Marta Ziziane Dorneles Wachter		
		Entrevista motivacional no manejo da cárie precoce da infância: relato de caso na Unidade SESC	Jéssica da Silveira		

24/04/2014 14:00 às 15:45	Mezanino HNSC	Interdisciplinaridade e integralidade na Avaliação de Tecnologias em Saúde RODA DE CONVERSA 6			
		Uso de medicamentos na primeira infância e sua associação com defeitos de esmalte dentário na Atenção Primária à Saúde	Ariston Frasnelli Rocha	Gladis Campiol - Enfermeira, Docente Escola GHC	Sati Jaber Mahmud, Médico e Assistente de Coordenação Projetos Estratégicos Escola GHC
		Atenção Domiciliar: usuário e família no centro do cuidado	Sabrina Chapuis de Andrade		
		A vigilância sanitária e a saúde mental: há espaço para a integralidade?	Sabrina Chapuis de Andrade		
		A enfermagem e o cuidado à mulher no ciclo gravídico-puerperal	Sabrina Chapuis de Andrade		
		A captação de sangue na perspectiva da humanização e produção de saúde	Maristela Costa de Oliveira		

Processos de Gestão de Tecnologias TÁVOLA 4					
24/04/2013 16:00 às 17:45	Escola GHC/GEP Sala 1	O técnico de referência na atenção psicossocial como dis(para)(dor) da política de saúde mental	Luciana da Silva Soares	Letícia Vaz da Silva, Assistente Social CapsI	Vera Pasini Psicóloga do HNSC, docente da Escola GHC, Conselheira Titular do Conselho Regional de Psicologia do RS, Doutora em Psicologia pela PUC RS
		Linha de cuidado em saúde mental: potencialidades da Rede GHC	Rita Mello de Mello		
		Saúde mental e ciclos de vida: conhecendo a família para entender os processos de saúde e doença	Sabrina Chapuis de Andrade		

Processos de Gestão de Tecnologias RODA DE CONVERSA 7					
24/04/2013 16:00 às 17:45	Escola GHC/GEP Salas 2 / 3	Evasão escolar em cursos técnicos na área da saúde: causas apontadas pelos alunos da Escola GHC no período de 2010 a 2013	Izabel Alves Melo	Bianca da Silva Alves, Nutricionista HNSC e Docente Escola GHC	Ana Celina de Souza Enfermeira, Orientadora do Programa de Residência Integrada em Saúde da Família e Comunidade do GHC, Mestranda do PPG em Saúde Coletiva da UFRGS
		Ações do Programa de Educação pelo trabalho para saúde em uma UPA de Porto Alegre	Luiza Suita Fauth		
		Cateter de Swan-Ganz: cuidados de enfermagem - Relato de Experiência	Patrícia Rodrigues Funck		
		Cuidando da farmácia caseira: atividades educativas realizadas com grupos de usuários e agentes comunitários de unidades de saúde	Ana Zilda de Castro Reck		
		O papel da gestão no processo de formação do residente em saúde da família	Edinadia M. Dalberto		

24/04/2013 16:00 às 17:45	Mezanino HNSC	Processos de Gestão de Tecnologias RODA DE CONVERSA 8			
		Proposta de qualificação dos processos administrativos relativos ao faturamento hospitalar	Ruth Milene Saran Dornelles	José Matias Rizotto, Técnico Especializado e Docente Escola GHC	Desirée dos Santos Carvalho - Enfermeira Especializada em Gestão Criativa e Inovação em Saúde, Mestrado em Saúde Coletiva
		Desenvolvimento de sistemas informacionais em um centro de atenção psicossocial do GHC	Letícia Piccoli Tergolina		
		Taxa de resposta a tratamento farmacológico de pacientes com transtornos psiquiátricos internados na unidade de psiquiatria do Hospital Nossa Senhora da Conceição	Carolina Meira Moser		
		O uso das tecnologias leves como dispositivo para promoção do autocuidado de usuários em um centro de atenção psicossocial	Marta Ziziane Dorneles Wachter		
		Avaliação do consumo alimentar de crianças com um ano de idade assistidas pelo Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição	Laura Garcia de Freitas		

Processos de Gestão de Tecnologias RODA DE CONVERSA 9					
25/04/2014 08:30 às 10:15	Mezanino HNSC	Assistência de enfermagem e competências gerenciais do enfermeiro na atenção primária em saúde	Marta Ziziane Dorneles Wachter	Adelaide Konzen Enfermeira do HNSC, docente da Escola GHC, Mestre em Gestão de Políticas de Saúde pela Universidade de Bolonha	Waleska da Porciuncula Antunes - Vice Diretora da Escola da Saúde Pública e Enfermeira Mestre
		Hipertensão arterial sistêmica: estratégias para o enfrentamento	Sabrina Chapuis de Andrade		
		Causas de óbito segundo suas características sociodemográficas em uma unidade de pronto atendimento de Porto Alegre	Patrícia Antoni		
		Uso da estratificação de risco para organizar o manejo de hipertensos e diabéticos em uma unidade de saúde	Rosane Maria Esteves		
		Perfil demográfico de usuários de uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) de Porto Alegre	Carolina Souza da Silva		

		Reflexões sobre a produção do conhecimento frente a novas tecnologias TÁVOLA 5			
25/04/2014 08:30 às 10:15	Auditório ICD	O lúdico como estímulo para educação permanente em saúde	Ana Celina de Souza	Fernanda Zanoto Kraemer, Enfermeira, Especialista em Gerenciamento de Serviços de Enfermagem	Claunara Schilling Mendonça Médica de Família e Comunidade, Docente no Depto.de Medicina Social da UFRGS, Mestre em Epidemiologia pelo PPG/UFRGS
		Implantação da gestão de casos complexos em um serviço de atenção primária à saúde	Leia Dilene Piovesan Shindvein		
		Avaliação da redução do absenteísmo às consultas marcadas em um serviço de referência em diabetes	Mirian Teresinha Farias da Silva		
		A interconsulta em serviços de atenção primária à saúde	Gabriely Buratto Farias		
		Intersecções da temática segurança do paciente no curso técnico de enfermagem da Escola GHC	Gabriela Manito Guzzo		
		Ação programática da criança: avaliação de metas e percepções das equipes de saúde bucal de um serviço de atenção primária à saúde	Anna Schwendler		

		Reflexões sobre a produção do conhecimento frente a novas tecnologias RODA DE CONVERSA 10			
25/04/2014 08:30 às 10:15	Escola GHC/GEP Salas 2 / 3	Atividades Educativas no serviço de APS: a educação popular em saúde orienta os princípios dessas práticas?	Renata Dutra Ferrugem	Fernando Lerina, Técnico em Educação e Docente da Escola GHC	Júlio Baldisserotto Odontólogo do HNSC, Coordenador do Curso de Especialização em Saúde do Idoso da Escola GHC, Docente Associado II do Depto. De Odontologia Preventiva e Social da UFRGS, Doutor em Gerontologia Biomédica pela PUC RS
		O uso de cartilha baseada na Terapia Cognitivo Comportamental no tratamento de adolescentes usuárias de substâncias psicoativas	Alessandro Pacheco		
		Grupo Educativo de Dor Crônica: relato de experiência	Simone Pellin De Nardi		
		Os trabalhos artísticos como recurso terapêutico na Unidade de Internação de Saúde Mental do Hospital Municipal Getúlio Vargas / Sapucaia do Sul	Sandra Helen Bittencourt Meyer		
		Hemoterapia: tecnologia x treinamento e capacitação	Rosimari Melgarejo Benites		

		Reflexões sobre a produção do conhecimento frente a novas tecnologias RODA DE CONVERSA 11			
25/04/2014 10:30 às 12:15	Escola GHC/GEP Sala 1	A qualificação dos enfermeiros e sua importância para atuarem nos novos dispositivos de saúde mental	Marta Ziziane Dorneles Wachter	Maria Helena Schmidt Enfermeira do HNSC, docente da Escola GHC, Mestre em Gerontologia Biomédica pela PUC RS	Rita Mello de Mello Enfermeira da Equipe Gestores do Cuidado e Mestre em Enfermagem
		A institucionalização do idoso como foco do cuidado e atenção de enfermagem: relato de experiência	Andressa Albrecht Lopes		
		Violência e maus tratos do idoso: um grito silencioso	Andressa Albrecht Lopes		
		Atividade de dispersão um serviço de saúde mental: Relato de experiência	Marta Ziziane Dorneles Wachter		
		Concepções de resolutividade no acolhimento de uma Unidade Básica de Saúde: percepções de usuários, enfermeiros acolhedores e gestor	Vanessa Scheck		

		Reflexões sobre a produção do conhecimento frente a novas tecnologias RODA DE CONVERSA 12			
25/04/2014 10:30 às 12:15	Escola GHC/GEP Salas 2 / 3	A espiritualidade na visão do enfermeiro pediatra no tratamento oncológico	Karine Almerão	Adelaide Konzen Enfermeira do HNSC, docente da Escola GHC, Mestre em Gestão de Políticas de Saúde pela Universidade de Bolonha	Alexandra Jochims Kruehl - Administradora Hospitalar, Especialista em Saúde Pública, Mestre e Doutora em Administração
		Acolhimento com classificação de risco na UPA Moacyr Scliar	Daniela Vidal Rocha		
		Crack: vamos pensar sobre isto!	Sabrina Chapuis de Andrade		
		O trabalho em saúde mental no contexto da atenção primária: implementação de tecnologias leves no cuidado	Andressa Costa Padilha da Silveira		
		Atributos e desafios do preceptor na Residência Multiprofissional em Saúde: relato de experiência	Rosane Lorenzetti		
		A Residência Multiprofissional em saúde no município de Santo Ângelo, RS: Desafios e Possibilidades	Sabrina Chapuis de Andrade		
		Prevalência de sofrimento psíquico em hipertensos e diabéticos descompensados de uma Unidade de Saúde	Rosane Maria Esteves		

Participação como dispositivo de Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS)					
TÁVOLA 6					
25/04/2014 10:30 às 12:15	Mezanino HNSC	A participação da comunidade em saúde como tecnologia de polícia	Rodrigo de Oliveira Azevedo	Edenilson Bomfim da Silva - Técnico em Educação Coordenador da Gestão do Trabalho GHC	Victor Nascimento Fontanive, Odontólogo, Especialista em Saúde Coletiva e Mestre em Saúde Bucal Coletiva - Gerente SSC/GHC
		Prontuário: meio de comunicação entre os membros da equipe - revisão integrativa da literatura	Karine Almerão		
		Relato de Experiência: capacitação para cuidadores - atividade promovida por alunos de uma especialização em saúde do idoso	Ananyr Porto Fajardo		
		A intervenção do Serviço Social em um hospital de trauma: novas perspectivas de tecnologias leves	Liziane G. H. da Cunha		
		As equipes de saúde da família do GHC e o seu contexto de trabalho	Cecília Helena Glanzner		
		A importância do incentivo à criação de espaços para a expressão artístico cultural dos pacientes psiquiátricos internados	Gilmar Santos Vargas		

25/04/2014 14:00 às 15:45	Escola GHC/GEP Salas 2 / 3	Tecnologias em Saúde			
		Plasmocigtoma de laringe com evolução clínica favorável: relato de caso	Kátia M. Foltz	Daniel Klug Técnico em Educação do HNSC, docente da Escola GHC, Mestre em Educação em Ciências e Matemática pela PUC RS	Pedro Pimentel Filho, Médico, Especialista em Medicina Baseada em Evidências - Pesquisador Clínico
		Desfecho Clínico de pacientes cirróricos submetidos a tratamento com alfapeginterferona associado a ribavirina	Alberi Adolfo Feltrin		
		Reações adversas ao tratamento da hepatite C: dados de uma coorte de pacientes em seguimento farmacoterapêutico	Iago Christofoli de Barros		
		Condrossarcoma primário de epiglote - relato de caso	Kátia M. Foltz		
		D-dímeros: um método de exclusão no diagnóstico de Embolia Pulmonar	Claudia Severgnini Eugenio		
		Síndrome de Boerhaave	Andreza Mariane de Azevedo		
		Picada de Bothrops desencadeando anemia hemolítica microangiopática (AHM)	Andreza Mariane de Azevedo		

SUMÁRIO

1. METODOLOGIA DE AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE.....	22
1.1 ACESSO E UTILIZAÇÃO DOS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS DE UM MUNICÍPIO DE GRANDE PORTE DO RIO GRANDE DO SUL.....	22
1.2 PET DENGUE-VIGILÂNCIA – CONTRIBUIÇÕES PARA A FORMAÇÃO PROFISSIONAL DOS ACADÊMICOS NA ÁREA DA SAÚDE.....	22
1.3 AUDITORIA DE ENFERMAGEM: UMA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PRESTADA AO PACIENTE – REVISÃO INTEGRADA DA LITERATURA.....	23
1.4 DIÁRIOS DE CLASSE: O REGISTRO COMO FONTE DE PESQUISA.....	23
1.5 ALTERAÇÃO DO SISTEMA DE DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS DE UM HOSPITAL PEDIÁTRICO DE PORTO ALEGRE.....	24
1.6 DESENVOLVIMENTO DE PROTOCOLOS PSICOFARMACOLÓGICOS NO GHC.....	24
1.7 SISTEMAS DE ASPIRAÇÃO ENDOTRAQUEAL EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: BENEFÍCIOS E RISCOS AO ADULTO.....	25
1.8 ESTRATIFICAÇÃO SEGUNDO RISCOS EM DOENÇAS CRÔNICAS.....	25
1.9 AVALIAÇÃO DA FUNCIONABILIDADE DE PACIENTES COM TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS INTERNADOS NA UNIDADE DE PSIQUIATRIA DO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO.....	27
1.10 CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM DRENO DE TÓRAX APÓS A PASSAGEM DO DRENO: RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	27
1.11 PRÁTICAS DAS EQUIPES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA NO CUIDADO DE USUÁRIOS COM DOENÇAS CRÔNICAS.....	28
1.12 OS SENTIDOS ATRIBUÍDOS AO EXAME PREVENTIVO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO POR USUÁRIAS DE UM SERVIÇO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE.....	28
1.13 MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL: A EXPERIÊNCIA DE UM CAPSi.....	29
1.14 A PRÁTICA DA PSICOLOGIA NA UNIDADE DE SAÚDE: LUGAR, LIMITES E POTENCIALIDADES.....	29
1.15 ANÁLISE DOS REGISTROS DA VACINAÇÃO ANTITETÂNICA EM GESTANTES DO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE – RS.....	30
1.16 TESTES RÁPIDOS EM UMA UNIDADE NA ZONA RURAL: ALGUMAS REFLEXÕES.....	30
1.17 REGISTROS EM DIÁRIOS DE CLASSE: DIÁLOGO NECESSÁRIO COM O PLANO DE ENSINO.....	32
2. INTERDISCIPLINARIDADE E INTEGRALIDADE NA AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE.....	33
2.1 O TRABALHO DO TÉCNICO EM EDUCAÇÃO ESPECIALISTA EM PSICOPEDAGOGIA NA UNIDADE DE INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA PARA ADOLESCENTES.....	33
2.2 EDUCANDO NA DIVERSIDADE: DIREITOS HUMANOS E DIVERSIDADE EM SERVIÇO DE SAÚDE.....	33
2.3 A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE E A INTEGRAÇÃO DOS SABERES: POSSIBILIDADES E DESAFIOS.....	33
2.4 AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA NO PROGRAMA DE SAÚDE NA ESCOLA DO SERVIÇO DE SAÚDE COMUNITÁRIA DO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO.....	34
2.5 A INSERÇÃO DO PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PELO TRABALHO NA EMERGÊNCIA DO HOSPITAL CRISTO REDENTOR.....	34
2.6 VIVÊNCIAS NO PET REDES DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS NA UPA MOACYR SCLiar	35
2.7 A ASSISTÊNCIA DA ENFERMAGEM AO USUÁRIO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA.....	36
2.8 O USO DA ARTE COMO UMA NOVA TECNOLOGIA DE CUIDADO: REFLETINDO A PRÁXIS TERAPÊUTICA DA ARTE NA ASSISTÊNCIA E NO TRABALHO EM EQUIPE.....	37
2.9 O TORNAR-SE SUJEITO NA INFÂNCIA, PENSANDO A QUESTÃO DO “ABRIGAMENTO”.....	39
2.10 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE IDOSOS ATENDIDOS PELA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE BOSSOROCA – RS.....	42
2.11 SENTIMENTOS E PERCEPÇÕES DE MULHERES PORTADORAS DO HIV FRENTE AO IMPEDIMENTO	

DA AMAMENTAÇÃO: REVISÃO INTEGRATIVA.....	43
2.12 A IMPLANTAÇÃO DAS ACADEMIAS DA SAÚDE A PARTIR DO CONTEXTO: UM ESTUDO SOBRE DESEJOS E RECURSOS FÍSICOS DE UMA COMUNIDADE DE DOIS DISTRITOS SANITÁRIOS DE PORTO ALEGRE.....	44
2.13 RELATO DE CASO: PRIMEIRO ANO DE FUNCIONAMENTO DA UPA MOACYR SCLAR.....	45
2.14 REFLEXÕES SOBRE AS POSSIBILIDADES E DESAFIOS DE UMA CLÍNICA AMPLIADA E COMPARTILHADA PARA O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA NA ATENÇÃO BÁSICA.....	45
2.15 CONHECIMENTOS, PRÁTICAS E ATITUDES DE MÉDICOS E ENFERMEIROS SOBRE SAÚDE BUCAL NA PUERICULTURA.....	46
2.16 ATIVIDADES DE RELAXAMENTO COM ADOLESCENTES INTERNADAS: RELATO DE EXPERIÊNCIA DA TERAPIA OCUPACIONAL.....	46
2.17 ASSEMBLÉIA COM PACIENTES: TECNOLOGIA LEVE DE APOIO ÀS ROTINAS E AMBIÊNCIA DA INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA.....	47
2.18 A INTERSETORIALIDADE NO CUIDADO AO IDOSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	47
2.19 CURSO DE GESTANTES DA UNIDADE DE SAÚDE PARQUE DOS MAIAS: PROMOVENDO A INTEGRALIDADE NO PROCESSO DE TRABALHO.....	48
2.20 CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO PACIENTE SEDADO À BEIRA DO LEITO: ESCALA DE RAMSAY – RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	48
2.21 A INTERFACE DA SAÚDE MENTAL E A REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	49
2.22 ENTREVISTA MOTIVACIONAL NO MANEJO DA CÁRIE PRECOCE DA INFÂNCIA: RELATO DE CASO NA UNIDADE SESC.....	49
2.23 USO DE MEDICAMENTOS NA PRIMEIRA INFÂNCIA E SUA ASSOCIAÇÃO COM DEFEITOS DE ESMALTE DENTÁRIO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	50
2.24 ATENÇÃO DOMICILIAR: USUÁRIO E FAMÍLIA NO CENTRO DO CUIDADO.....	51
2.25 A VIGILÂNCIA SANITÁRIA E A SAÚDE MENTAL: HÁ ESPAÇO PARA A INTEGRALIDADE?.....	51
2.26 A ENFERMAGEM E O CUIDADO À MULHER NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL.....	52
2.27 A CAPTAÇÃO DE SANGUE NA PERSPECTIVA DA HUMANIZAÇÃO E PRODUÇÃO DE SAÚDE.....	53
3. PROCESSOS DE GESTÃO DE TECNOLOGIAS.....	54
3.1 O TÉCNICO DE REFERÊNCIA NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL COMO DIS(PARA)(DOR) DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL.....	54
3.2 LINHA DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL: POTENCIALIDADES DA REDE GHC.....	55
3.3 SAÚDE MENTAL E CICLOS DE VIDA: CONHECENDO A FAMÍLIA PARA ENTENDER OS PROCESSOS DE SAÚDE E DOENÇA.....	55
3.4 EVASÃO ESCOLAR EM CURSOS TÉCNICOS NA ÁREA DA SAÚDE: CAUSAS APONTADAS PELOS ALUNOS DA ESCOLA GHC NO PERÍODO DE 2010 A 2013.....	57
3.5 AÇÕES DO PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PELO TRABALHO PARA SAÚDE EM UMA UPA DE PORTO ALEGRE.....	57
3.6 CATETER DE SWAN-GANZ: CUIDADOS DE ENFERMAGEM – RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	58
3.7 CUIDANDO DA FARMÁCIA CASEIRA: ATIVIDADES EDUCATIVAS REALIZADAS COM GRUPOS DE USUÁRIOS E AGENTES COMUNITÁRIOS DE UNIDADES DE SAÚDE.....	58
3.8 O PAPEL DA GESTÃO NO PROCESSO DE FORMAÇÃO DO RESIDENTE EM SAÚDE DA FAMÍLIA.....	59
3.9 PROPOSTA DE QUALIFICAÇÃO DOS PROCESSOS ADMINISTRATIVOS RELATIVOS AO FATURAMENTO HOSPITALAR.....	59
3.10 DESENVOLVIMENTO DE SISTEMAS INFORMACIONAIS EM UMCENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DO GHC.....	60
3.11 TAXA DE RESPOSTA A TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DE PACIENTES COM TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS INTERNADOS NA UNIDADE DE PSIQUIATRIA DO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO.....	60
3.12 AVALIAÇÃO DO CONSUMO ALIMENTAR DE CRIANÇAS COM UM ANO DE IDADE ASSISTIDAS PELO SERVIÇO DE SAÚDE COMUNITÁRIA DO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO.....	61
3.13 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: ESTRATÉGIAS PARA O ENFRENTAMENTO.....	61
3.14 CAUSAS DE ÓBITO SEGUNDO SUAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS EM UMA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE PORTO ALEGRE.....	62

3.15 USO DA ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO PARA ORGANIZAR O MANEJO DE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS EM UMA UNIDADE DE SAÚDE.....	62
3.16 PERFIL DEMOGRÁFICO DE USUÁRIOS DE UMA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA) DE PORTO ALEGRE.....	63
4. REFLEXÕES SOBRE A PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO FRENTE A NOVAS TECNOLOGIAS.....	64
4.1 O LÚDICO COMO ESTÍMULO PARA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE.....	64
4.2 IMPLANTAÇÃO DA GESTÃO DE CASOS COMPLEXOS EM UM SERVIÇO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	66
4.3 AVALIAÇÃO DA REDUÇÃO DO ABSENTEÍSMO ÀS CONSULTAS MARCADAS EM UM SERVIÇO DE REFERÊNCIA EM DIABETES.....	67
4.4 A INTERCONSULTA EM SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	69
4.5 INTERSECÇÕES DA TEMÁTICA SEGURANÇA DO PACIENTE NO CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM DA ESCOLA GHC.....	70
4.6 AÇÃO PROGRAMÁTICA DA CRIANÇA: AVALIAÇÃO DE METAS E PERCEPÇÕES DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL DE UM SERVIÇO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	71
4.7 ATIVIDADES EDUCATIVAS NO SERVIÇO DE APS: A EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE ORIENTA OS PRINCÍPIOS DESSAS PRÁTICAS?.....	72
4.8 O USO DE CARTILHA BASEADA NA TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL NO TRATAMENTO DE ADOLESCENTES USUÁRIAS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS.....	73
4.9 GRUPO EDUCATIVO DE DOR CRÔNICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	73
4.10 OS TRABALHOS ARTÍSTICOS COMO RECURSO TERAPÊUTICO NA UNIDADE DE INTERNAÇÃO DE SAÚDE MENTAL DO HOSPITAL MUNICIPAL GETÚLIO VARGAS / SAPUCAIA DO SUL.....	74
4.11 HEMOTERAPIA: TECNOLOGIA X TREINAMENTO E CAPACITAÇÃO.....	74
4.12 CONCEPÇÕES DE RESOLUTIVIDADE NO ACOLHIMENTO DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE: PERCEPÇÕES DE USUÁRIOS, ENFERMEIROS ACOLHEDORES E GESTOR.....	75
4.13 A ESPIRITUALIDADE NA VISÃO DO ENFERMEIRO PEDIATRA NO TRATAMENTO ONCOLÓGICO.....	75
4.14 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA UPA MOACYR SCLAR.....	76
4.15 CRACK: VAMOS PENSAR SOBRE ISTO!	76
4.16 O TRABALHO EM SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA: IMPLEMENTAÇÃO DE TECNOLOGIAS LEVES NO CUIDADO.....	77
4.17 ATRIBUTOS E DESAFIOS DO PRECEPTOR NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	77
4.18 A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE NO MUNICÍPIO DE SANTO ÂNGELO, RS: DESAFIOS E POSSIBILIDADES.....	78
4.19 PREVALÊNCIA DE SOFRIMENTO PSÍQUICO EM HIPERTENSOS E DIABÉTICOS DESCOMPENSADOS DE UMA UNIDADE DE SAÚDE.....	79
5. A PARTICIPAÇÃO COMO DISPOSITIVO DE AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE (ATS).....	80
5.1 A PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE EM SAÚDE COMO TECNOLOGIA DE POLÍCIA.....	80
5.2 PRONTUÁRIO: MEIO DE COMUNICAÇÃO ENTRE OS MEMBROS DA EQUIPE – REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA.....	80
5.3 RELATO DE EXPERIÊNCIA: CAPACITAÇÃO PARA CUIDADORES – ATIVIDADE PROMOVIDA POR ALUNOS DE UMA ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DO IDOSO.....	81
5.4 A INTERVENÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL EM UM HOSPITAL DE TRAUMA: NOVAS PERSPECTIVAS DE TECNOLOGIAS LEVES.....	81
5.5 AS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO GHC E O SEU CONTEXTO DE TRABALHO.....	82
5.6 A IMPORTÂNCIA DO INCENTIVO À CRIAÇÃO DE ESPAÇOS PARA A EXPRESSÃO ARTÍSTICO CULTURAL DOS PACIENTES PSIQUIÁTRICOS INTERNADOS.....	82

6. TECNOLOGIAS EM SAÚDE.....	83
6.1 PLASMOCITOMA DE LARINGE COM EVOLUÇÃO CLÍNICA FAVORÁVEL: RELATO DE CASO.....	83
6.2 DESFECHO CLÍNICO DE PACIENTES CIRRÓTICOS SUBMETIDOS A TRATAMENTO COM ALFAPEGINTERFERONA ASSOCIADO A RIBAVIRINA.....	83
6.3 REAÇÕES ADVERSAS AO TRATAMENTO DA HEPATITE C: DADOS DE UMA COORTE DE PACIENTES EM SEGUIMENTO FARMACOTERAPÊUTICO.....	85
6.4 CONDISSARCOMA PRIMÁRIO DE EPIGLOTE: RELATO DE CASO.....	86
6.5 D-DÍMEROS: UM MÉTODO DE EXCLUSÃO NO DIAGNÓSTICO DE EMBOLIA PULMONAR.....	87
6.6 SÍNDROME DE BOERHAAVE.....	87
6.7 PICADA DE BOTHROPS DESENCADEANDO ANEMIA HEMOLÍTICA MICROANGIOPÁTICA (AHM).....	88

1. METODOLOGIA DE AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE

1.1 ACESSO E UTILIZAÇÃO DOS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS DE UM MUNICÍPIO DE GRANDE PORTE DO RIO GRANDE DO SUL. (Resumo Expandido)

Caroline Schirmer Fraga Pereira, Daniel Demétrio Faustino Silva, Alex Elias Lamas.

Os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) foram criados a partir de uma limitação da assistência odontológica pública brasileira que, em 2004, observava serviços especializados no SUS correspondendo não mais que 3,5% do total dos procedimentos clínicos odontológicos. Estes serviços são referência para as Equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica de forma a realizar procedimentos complementares a este nível de atenção. Apesar da expansão dos procedimentos especializados, a resolutividade destes serviços é objeto de debate entre gestores e pesquisadores. O objetivo desse estudo foi avaliar o acesso e utilização dos CEO de Porto Alegre. Estudo observacional descritivo longitudinal retrospectivo, realizado com dados primários do CEO de novembro de 2012 a julho de 2013. Esses dados foram obtidos junto à Área Técnica de Saúde Bucal e às coordenações dos serviços analisados e posteriormente comparados à portaria nº 1.464/MS. O desempenho dos serviços foi baixo, com média de 47,2 – 60,6% do cumprimento do global das metas. Quando analisa-se por subgrupo, a endodontia foi a que teve menor cumprimento (33,2%) e a periodontia o maior (88,3%). Sobre o absenteísmo às primeiras consultas, a média por serviço variou entre 29,4 e 44,2%, sendo a periodontia o maior (51%) ao compararmos por especialidade. O percentual de tratamento concluído variou de 52,9 a 66,4%, sendo a estomatologia o menor (19,2%). O estudo revelou baixa utilização dos serviços avaliados em Porto Alegre, associado a um alto absenteísmo. São necessários estudos e iniciativas da gestão que incluam formas de otimizar a atenção secundária em saúde bucal de Porto Alegre.

1.2 PET DENGUE-VIGILÂNCIA - CONTRIBUIÇÕES PARA A FORMAÇÃO PROFISSIONAL DOS ACADÊMICOS NA ÁREA DA SAÚDE

Vidal, Elisiane, Nardi, Alane; Lucena, Ana C; Battisti, Franciele; Brum, Manoela; Koncinal, Priscila; Buchs, Vitória; Souza, Wagner; Pereira, Ricardo R.

O presente relato objetiva demonstrar as contribuições iniciais que a inserção no projeto PET Vigilância Dengue esta promovendo para a formação profissional dos acadêmicos bolsistas dos cursos da Saúde da PUCRS. O projeto de pesquisa tem como objetivo compreender as ações de promoção e prevenção da saúde relacionadas à infestação da Dengue. A primeira etapa do projeto consiste no conhecimento dos territórios da região Leste/Nordeste de Porto Alegre – local inicial onde o projeto está concentrado – e ações dos agentes comunitários de saúde paralelamente ao conhecimento das ações internas realizadas no laboratório de entomologia e o fluxo de informações entre vigilância em saúde e os serviços de saúde da região. Até o presente momento o acompanhamento dos agentes comunitários de saúde permitiu observar e aprender sobre a sua rotina, sobre a forma de fiscalização realizada pelos agentes de fiscalização, acompanhar e compreender o fluxo de notificação da Dengue e SINAN. Foi possível também realizar a apropriação dos territórios e suas microáreas com a identificação das áreas de vulnerabilidade bem como o acompanhamento da inspeção de armadilhas. As visitas semanais permitiram conhecer as estruturas e a rotina das ESFs. Na Vigilância os bolsistas entraram em contato com o sistema de monitoramento inteligente e puderam compreender as análises laboratoriais como parte do processo de controle vetorial.

1.3 AUDITORIA DE ENFERMAGEM: UMA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PRESTADA AO PACIENTE - REVISÃO INTEGRADA DA LITERATURA

Patrícia Rodrigues Funck, Daniela Figueiredo Victória Lemos, Adriana Tavares Garcia, Cristiane Soares da Silva, Elemara Frantz, Franciele Corrêa Schmitz, Karine Almerão, Maria Aparecida Andreza Leopoldino

Introdução: a auditoria em enfermagem é um instrumento de medida que possibilita a verificação dos resultados da assistência de enfermagem se estão de acordo com os objetivos propostos (INNOCENZO, 2010). Logo, a auditoria em enfermagem é um instrumento que contempla a estrutura, o processo e resultado da assistência, e que permite definir o caminho a percorrer para o alcance da qualidade da assistência de enfermagem (SCARPARO; FERRAZ, 2008).

Objetivo: analisar e identificar na literatura científica a importância da auditoria como tecnologia para a qualidade da assistência de enfermagem prestada ao paciente.

Metodologia: trata-se de uma revisão integrativa da literatura. A pesquisa utilizou fontes bibliográficas disponíveis nas bases de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e no *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). Neste estudo, os artigos científicos, apresentaram resumo estruturado, dentro do período de máximo de cinco anos (2009 à 2013), que estavam disponível na íntegra gratuitamente.

Resultados/Discussões: a documentação de enfermagem além de constituir-se como documento técnico, científicos, legal e ético, subsidia a auditoria de enfermagem, pois permite estimar a qualidade do atendimento prestado ao paciente (PERES *et al.*, 2009). Logo, as anotações de enfermagem devem ser valorizadas, uma vez que é um dos meios para avaliar o cuidado prestado ao cliente a partir da adoção de indicadores de qualidade. Portanto, a avaliação dos registros de enfermagem permite identificar os pontos fracos que necessitam de melhoria dentro do processo de trabalho em enfermagem, suscitando, assim, melhoras nas medidas de aprimoramento do cuidado prestado ao paciente (SILVA *et al.*, 2012).

Conclusão: Assim, este trabalho visa à valorização da auditoria em enfermagem como instrumento de medida que permite a melhoria das tecnologias de processo do cuidado de enfermagem, pois permite obter dados para a programação de reciclagem e atualização da equipe da enfermagem.

1.4 DIÁRIOS DE CLASSE: O REGISTRO COMO FONTE DE PESQUISA

Lêda Fernandes Bertamoni

O presente estudo visa analisar os registros constantes nos diários de classe de eixos temáticos desenvolvidos no curso de Técnico em Registros e Informações em Saúde do Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde. Tem como objetivo verificar se as mudanças registradas nos diários de classe dialogam com o plano do referido curso e se essas correspondem à temática principal da formação. Trago uma pequena retrospectiva histórica dos atores envolvidos: Escola GHC e IFRS, buscando identificar as origens do curso em questão, muita dessa baseada em Klein e Barroso (2006) e CETPS (2009). Utilizei como referências Weffort (1996), Zabalza (2004), Merli e Stangherlim (2013), Rodrigues, Corrêa e Carvalho (2010) para trazer a importância dos registros em diários de classe. Na metodologia escolhida – análise documental –, trouxe aporte teórico de Abreu (2006), Flores (1994), Calado e Ferreira (2004) que propiciaram realizar as discussões pertinentes ao tema.

1.5 ALTERAÇÃO DO SISTEMA DE DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS EM UM HOSPITAL PEDIÁTRICO DE PORTO ALEGRE

Gabriela Manito Guzzo, Luana Barbosa Martins

Introdução: O fracionamento de doses de medicamentos entre pacientes pediátricos parece uma alternativa financeira atrativa, visto que as prescrições baseiam-se no peso, e a maioria dos fármacos não tem apresentação para uso infantil. A escolha de um sistema de distribuição individualizada de medicação pode interferir na segurança da criança, à medida que limita a disponibilidade de medicamentos na gaveta do paciente.

Objetivo: Apresentar os resultados obtidos a partir da mudança de um sistema de distribuição coletiva para individualizada de medicamentos em um hospital pediátrico. **Metodologia:** Este é um relato de experiência da Comissão de Farmacovigilância de um hospital pediátrico de Porto Alegre.

Resultados: Os dados preliminares das unidades piloto após a alteração do sistema de distribuição em agosto de 2013

demonstraram uma redução média de 25% no custo de medicamentos por paciente/dia quando comparado à média anual das mesmas. Além disso, houve uma redução de 30% no consumo de medicamento por uma das unidades piloto, sem apresentar alteração significativa na outra.

Conclusão: Os resultados preliminares apontam para vantagens do sistema de distribuição individualizado em comparação com o coletivo. A dispensação individualizada de medicamentos ainda é um processo recente e será preciso acompanhá-lo para obter uma conclusão definitiva. **Contribuições para a enfermagem:** Observou-se uma redução do tempo despendido pela enfermagem para as tarefas relacionadas às medicações, bem como diminuição do risco de erro de medicação pela manipulação de múltiplos medicamentos.

1.6 DESENVOLVIMENTO DE PROTOCOLOS PSICOFARMACOLÓGICOS NO GHC

Carolina Meira Moser, Letícia Piccoli Tergolina, Sandra Maltz, Alessandro Colatto Pacheco, Jean Cordeiro, Rodrigo Casagrande Tramontini, Airton Tetelbom Stein

A regulação de novas tecnologias em saúde com base em evidências de eficácia e segurança é imprescindível para o SUS, uma vez que possibilita o direcionamento de recursos para tecnologias que tenham impacto em desfechos de relevância clínica. A escassez de protocolos assistenciais tem favorecido o crescimento de ações judiciais para o fornecimento de medicamentos pelos serviços públicos, desafiando o princípio da equidade, deslocando prioridades e representando riscos à saúde. Como resposta a isso, surgiu a Lei 12.401, que estabelece a análise das solicitações de incorporação de tecnologias com base em evidências e sua oferta segundo protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas (PCDT). Nesse contexto, convocou-se uma força-tarefa de psiquiatras do GHC para elaborar protocolos para o tratamento farmacológico dos principais transtornos psiquiátricos. Depressão Bipolar em Adultos foi identificado como o primeiro tema a ser estudado em função de o Transtorno Bipolar consistir em condição crônica e recorrente, associada a sofrimento emocional, prejuízo psicossocial e altos custos ao sistema de saúde. Esses pacientes passam a maior parte de suas vidas em estado depressivo. A Depressão Bipolar está associada a maiores taxas de morbidade e mortalidade em relação aos episódios de mania, mas as opções terapêuticas disponíveis para essa condição são limitadas. Para desenvolver esse Protocolo foi utilizada a metodologia ADAPTE, que orienta a identificação dos principais PCDT sobre o tema e a busca nas bases Embase, Medline, Lilacs e Cochrane de ensaios clínicos randomizados, metanálises e revisões sistemáticas. Foram pesquisadas publicações ocorridas no período entre 2010 a 2014. Será apresentada a metodologia aplicada para o desenvolvimento desse Protocolo. Esse estudo reforça a importância da tomada de decisão baseada na melhor evidência disponível na literatura.

1.7 SISTEMAS DE ASPIRAÇÃO ENDOTRAQUEAL EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: BENEFÍCIOS E RISCOS AO ADULTO

Andressa Costa Padilha da Silveira, Mara Luisa Rangel, Gustavo Costa de Oliveira

A aspiração endotraqueal é um recurso tecnológico simples e importante na rotina hospitalar. É amplamente utilizado em pacientes de Unidade de Terapia Intensiva, sob ventilação mecânica ou em situações que estes não conseguem expelir voluntariamente as secreções pulmonares traqueobrônquicas. Atualmente, existem duas formas de aspiração: o sistema aberto e o fechado. Nessa perspectiva, o enfermeiro constitui-se como agente estratégico na implementação da aspiração endotraqueal. Assim, neste estudo objetivou-se descrever as formas de realizar a aspiração endotraqueal, evidenciando benefícios e riscos ao adulto. É uma revisão sistemática, sendo construída nas bases de dados LILACS e Scielo, utilizando os descritores: aspiração, ventilação mecânica, ventilação mecânica invasiva, ventilação mecânica não invasiva. Foram critérios de inclusão: ser artigo científico completo publicado de 2008 a 2013, estar disponível eletronicamente e em língua portuguesa. O sistema aberto de aspiração endotraqueal configurou-se como aquele que exige desconexão do tubo do ventilador, utilizando-se um cateter de aspiração de uso único, na medida em que o sistema fechado caracterizou-se como o que permite o paciente ser aspirado sem desconectá-lo do tubo. O impacto destes sistemas é semelhante para o desenvolvimento de pneumonia associada à ventilação mecânica, assim, a escolha deve ser baseada em parâmetros como doença, custos, número de aspirações requeridas, entre outros. Conforme alguns estudos, o uso do sistema fechado aumenta o risco de colonização do trato respiratório, mas apresenta benefícios como o menor prejuízo hemodinâmico pela manutenção dos parâmetros cardiovasculares e ventilatórios. Ressalva-se a necessidade de avaliar a utilização desses sistemas, pois expõe o paciente a riscos como hipóxia, lesões da mucosa traqueal, atelectasia e infecção. Diante do reconhecimento da aspiração endotraqueal como prática preventiva e, ao mesmo tempo estressante e dolorosa ao adulto, o enfermeiro deve instituir ações a partir de tecnologias em saúde que minimizem os riscos e visem à integralidade no processo de trabalho.

1.8 ESTRATIFICAÇÃO SEGUNDO RISCOS EM DOENÇAS CRÔNICAS (Resumo Expandido)

Pablo de Lennoy Sturmer, Itemar Bianchini, Silvia Takeda, Margarita Diercks, Rui Flores

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) e a diabetes melito (DM) encontram-se entre os mais frequentes diagnósticos dos serviços de Atenção Primária. No Serviço de Saúde Comunitária (SSC/GHC) correspondem ao 1º e 3º diagnósticos de saúde¹. Estão estimados 19.094 portadores de HAS e 5.877 diabéticos entre os 105 mil habitantes sob responsabilidades das 12 equipes multidisciplinares de saúde do SSC. Atualmente estão inscritos 12.801 pessoas com HAS (cobertura=67%) e 3.769 pessoas com DM (cobertura=64%). As pessoas com estas condições de saúde apresentam muito diferentes necessidades de cuidado, estando algumas com a condição de saúde controlada, enquanto outras se apresentam com diversos fatores de risco e estágios mais avançados da doença e outras ainda com severidade agravada por co-morbidades, lesão em órgãos-alvo e grande vulnerabilidade. Como identificar as necessidades individuais de modo a adequar as ações de saúde, sejam ações individuais, sejam ações dirigidas a grupos (atividades de promoção, prevenção, tratamento e recuperação)? Pessoas com condições crônicas em baixo e médio risco cardiovascular, por exemplo, se beneficiam mais de ações de promoção, de prevenção e de apoio ao autocuidado apoiado do que aquelas que necessitam de cuidados clínicos intensivos e apoio para aderir às recomendações. Conhecer os riscos individuais permite adequar as ações da equipe conforme necessidades, além melhor utilização dos recursos em saúde. O Serviço de Saúde Comunitária iniciou, em 2012, a utilização da proposta de estratificação desenvolvida por Mendes e modificado por Sturmer & Bianchini. A proposta foi discutida com médicos e enfermeiros das doze Unidades de Saúde, que iniciaram sua utilização em forma de piloto e em seguida a apontaram como de utilidade superior ao escore de Framingham (que a integra). O instrumento foi

considerado de fácil compreensão e preenchimento, com boa capacidade de discriminar as diferentes necessidades de atenção à saúde, e foi, portanto, incorporado às rotinas de atenção à saúde. Atualmente estão estratificados 6.190 pessoas com HAS e/ou DM, correspondendo 4% ao estrato 5; 17% ao estrato 4; 21% ao estrato 3; e 59% ao estrato 2 (o estrato 1 compreende as pessoas com fatores de risco, mas sem doença estabelecida). A estratificação tem orientado as mudanças nas ações das equipes, como exemplo, a introdução da *gestão de caso* para indivíduos do estrato 5 (muito alto risco, situações complexas, comorbidades); o cuidado multidisciplinar através de consultas sequenciais nos estratos 4 e 3; os atendimentos coletivos e orientações de autocuidado aos estratos 2. Além de orientar a abordagem populacional, a estratificação segundo riscos orienta a programação das consultas médicas e a necessidade de consultas com os profissionais das demais categorias profissionais (enfermeiros, nutricionistas, dentista, assistente social, farmacêutico, psicólogo, entre outros).

Figura 1. Estratificação segundo riscos e ações recomendadas para cada estrato de risco.
Serviço de Saúde Comunitária. Grupo Hospitalar Conceição. Porto Alegre, RS. 2014

SEVERIDADE DA CONDIÇÃO CRÔNICA: descrição dos graus de severidade para condições cardiovasculares, e exemplos.	
GRAU DE SEVERIDADE DA CONDIÇÃO CRÔNICA	Exemplos
GRAU 1: presença de fatores de risco ligados aos comportamentos e estilos de vida na ausência de doença cardiovascular.	- Tabagismo - Excesso de peso - Sedentarismo - Uso de álcool
GRAU 2: condição crônica simples, com fatores biopsicológicos de baixo ou médio risco	- Diabetes melito e/ou hipertensão arterial sistêmica controlados conforme o meta, sem complicações, com baixo ou médio risco cardiovascular em avaliação por escores de risco (ex: Framingham).
GRAU 3: condição crônica complexa ou presença de fatores de alto risco para complicações cardiovasculares	- Alto risco para doença cardiovascular (2º escore de risco) - Microalbuminúria / proteinúria - DM2 acima da meta glicêmica - Uso de insulina - HAS acima da meta pressórica - Hipertrofia ventricular esquerda
GRAU 4: condição crônica muito complexa ou de muito alto risco (complicação estabelecida com grande interferência na qualidade de vida)	- Cardiopatia isquêmica - AVC prévio - Retinopatia por DM - ICC classes I, III e IV - Insuficiência renal crônica - Vasculopatia periférica - Pé diabético / neuropatia periférica

CAPACIDADE DE AUTOCUIDADO: algumas situações que sugerem capacidade para o autocuidado INSUFICIENTE	
- Dificuldade de compreensão de sua condição crônica; - Desinteresse na mudança de comportamento necessário para melhora da sua condição; - Baixo suporte social; - Não se vê como agente de mudança de sua saúde; - Recoe-se em sua condição crônica, sem ação para melhoria de sua condição; - Abandona o acompanhamento porque não atingiu uma de suas metas; - Depressão grave com prejuízo nas atividades diárias.	

Figura 1. ESTRATIFICAÇÃO em estratos de risco (ou níveis de risco), segundo duas dimensões: GRAU DE SEVERIDADE DA DOENÇA e CAPACIDADE PARA O AUTOCUIDADO ESTRATO.

GRAU DE SEVERIDADE da condição crônica	CAPACIDADE PARA O AUTOCUIDADO	
	Insuficiente	Suficiente
GRAU 4	ESTRATO 5	ESTRATO 4
GRAU 3	ESTRATO 4	ESTRATO 3
GRAU 2	ESTRATO 2	ESTRATO 2
GRAU 1	ESTRATO 1	ESTRATO 1

Figura 2. AÇÕES DE SAÚDE RECOMENDADAS, conforme os diferentes estratos/níveis de risco.

Nível de atenção	Ação de saúde predominante	Exemplos de atividades
5	Gestão de caso	Discussão de caso, visitas domiciliares, abordagem familiar.
4	Atenção individual	Consultas sequenciais multidisciplinares.
3	Atenção individual / compartilhada em atividade de grupo	Consultas sequenciais, multidisciplinares e/ou consulta coletiva – Particularizar conforme a necessidade individual.
2	Atenção compartilhada em atividade de grupo	Consulta coletiva.
1	Grupos de educação em saúde	Grupo de tabagismo, de caminhada, Unidade de Prato.

Silheimer & Bianchini, 2012

1.9 AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE DE PACIENTES COM TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS INTERNADOS NA UNIDADE DE PSIQUIATRIA DO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO

Felippe Zanchet, Vinícius da Cruz Luz, Claudia Quadros, Vanessa Camargo de Azevedo, Airton Tetelbom Stein, Marina Netto, Carolina Meira Moser

O conceito de funcionalidade é complexo, envolvendo domínios como as capacidades para trabalhar, estudar, viver independentemente, ter relacionamentos e se divertir. A partir da necessidade de compreender o impacto dos transtornos psiquiátricos nos múltiplos domínios do funcionamento psicossocial em pacientes internados na Unidade de Psiquiatria do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), surgiu interesse em aplicar a escala FAST (*Functioning Assessment Short Test*) nessa população. Objetivos: Comparar o prejuízo da funcionalidade de pacientes com transtornos psicóticos primários (PTPP) com o de pacientes com outros transtornos psiquiátricos (POTP) internados na Unidade de Psiquiatria do HNSC. Métodos: Uma amostra consecutiva de pacientes internados foi avaliada em relação à funcionalidade (com escalas FAST e GAF), diagnóstico psiquiátrico, perfil psicossocial, intensidade sintomática e história clínica. O estudo foi aprovado pelo CEP-GHC em 28/08/2013. Resultados: Foram recrutados 41 pacientes e 29 foram incluídos no estudo, 10 no grupo PTPP e 19 no grupo POTP. O grupo PTPP, constituído predominantemente por pacientes com diagnóstico de Esquizofrenia, apresentou maior prejuízo nos escores da FAST total em comparação ao grupo POTP (63 ± 3 versus 50 ± 3 , $p=0,01$), bem como nos domínios de cognição [13 (12; 15) versus 9 (7; 13) , $p=0,01$] e autonomia [11 (8; 12) versus 8 (6; 10), $p=0,02$]. O grupo POTP apresentou 41,37% de pacientes com Transtorno de Humor Bipolar e 13,8% Transtorno Depressivo Maior. Nos demais domínios da FAST, bem como nos escores da GAF, não foram encontradas diferenças entre os grupos ($p>0,05$). Discussão: Os resultados de nosso estudo, especialmente o maior prejuízo na cognição encontrado no grupo PTPP, foram semelhantes aos dados da literatura científica. É provável que o pior funcionamento cognitivo entre pacientes com Transtornos Psicóticos Primários esteja mais associado ao processo neurodegenerativo comum a esses transtornos do que a um desempenho cognitivo inferior prévio à doença.

1.10 CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM DRENO DE TÓRAX APÓS A PASSAGEM DO DRENO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Patrícia Rodrigues Funck, Franciele Corrêa Schmitz, Adriana Tavares Garcia, Cristiane Soares da Silva, Daniela Figueiredo Victória Lemos, Elemara Frantz, Maria Aparecida Andreza Leopoldino, Pâmela Monteiro

Introdução: a drenagem torácica é um procedimento médico invasivo, geralmente realizado por um cirurgião de tórax, que tem por finalidade drenar o líquido e/ou ar do espaço pleural. Restaurando, assim, a dinâmica normal da respiração e permitindo o controle do líquido/ar drenado (CIPRIANO; DESSOTE, 2011). Objetivo: é relatar experiência vivenciada por acadêmicos de enfermagem, descrevendo e refletindo acerca dos cuidados de enfermagem prestados ao paciente com Dreno de Tórax.

Metodologia: trata-se de um relato da experiência de acadêmicos de enfermagem durante a sua graduação numa unidade de terapia Intensiva num hospital de grande porte do Município de Porto Alegre, RS.

Resultados/discussões: os cuidados de enfermagem a serem realizados após a inserção do dreno são os seguintes: realizar curativo e fixação no local de inserção do dreno (inspecionando também, o tórax, verificando: simetria, expansibilidade torácica e presença de enfisema subcutâneo); fixar o intermediário a conexão; colocar fita adesiva na lateral externa do frasco, ao lado da coluna graduadora (considerando como ponto zero o volume indicado pela quantidade de água destilada colocada para o selo d'água); mensurar o volume drenado a partir do ponto zero, indicando o aspecto da drenagem; observar, anotar e comunicar a equipe médica a presença de: espuma dentro do frasco, bolhas de ar formados dentro do frasco coletor, sinais

de desconforto respiratório, com a utilização da musculatura acessória, dispneia, cianose e diminuição da saturação de oxigênio; controlar sinais vitais, e trocar selo d'água uma vez por dia (JERONIMO; CHEREGATTI, 2011).

Conclusão: Portanto, este trabalho poderá contribuir para discussões e reflexões acerca da valorização e desenvolvimento dos cuidados de enfermagem essenciais na assistência de enfermagem prestada ao paciente após a passagem do dreno de tórax. Podendo, assim, melhorar a tecnologia de processo do cuidado de enfermagem ao dreno de tórax.

1.11 A PRÁTICA DAS EQUIPES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA NO CUIDADO DE USUÁRIOS COM DOENÇAS CRÔNICAS

Andressa Albrecht Lopes, Juciane Aparecida Furlan Inchauspe, Marta Ziziane Dorneles Wachter, Sabrina Chapuis de Andrade

Introdução: O Brasil tem passado nesse início de século por processos de transição demográfica, epidemiológica e nutricional, resultando em um aumento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). As DCNT, por não terem cura, requerem tratamento contínuo com base em mudanças de hábitos. A falta de aderência a mudança de estilo de vida é um problema frequente, principalmente no caso de doenças crônicas, que acarretam modificações no cotidiano do indivíduo. As causas da não aderência são multifatoriais, em parte relacionadas com a perda de controle sobre a vida pessoal. **Objetivo:** Analisar na perspectiva da bioética a prática cotidiana das Equipes de Saúde da Família na cidade de Porto Alegre-RS no cuidado às pessoas com DCNT.

Método: Estudo de abordagem qualitativa, descritiva e exploratória, com os profissionais de uma determinada ESF, atuantes na atenção primária. Os dados foram coletados através de entrevistas semi-estruturadas com os doentes crônicos com os profissionais das equipes de saúde.

Resultados: A aderência às mudanças do estilo de vida é uma questão complexa, porque implica a subjetividade e a autonomia do usuário, tendo relação com significados e motivações que ele confere à sua vida em dependência com seus projetos de felicidade, tornando-se um grande desafio ético para as equipes.

Conclusão: Os resultados podem ajudar as equipes a superarem uma visão prescritiva da proposta terapêutica, promovendo a aderência dos sujeitos a um estilo de vida mais apropriado às condições crônicas.

1.12 OS SENTIDOS ATRIBUÍDOS AO EXAME PREVENTIVO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO POR USUÁRIAS DE UM SERVIÇO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

Emanuela Gasparin Costa, Fernanda Carlise Mattioni, Fernanda Carlise Mattioni

O câncer do colo do útero é uma doença com alta prevalência que se diagnosticado precocemente possui um considerável percentual de cura. Desta forma, o presente estudo tem como objetivo principal entender os sentidos atribuídos à realização do exame preventivo de câncer de colo de útero pelas mulheres que não o realizam há mais de seis anos, no território de uma Unidade de Saúde (US) do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) – Serviço de Saúde Comunitária (SSC), do município de Porto Alegre-RS. Constitui-se como um estudo qualitativo de caráter exploratório-descritivo e como técnica de coleta de dados a entrevista semiestruturada. Os sujeitos de pesquisa serão as mulheres inscritas no Programa da Mulher de uma Unidade de Saúde do GHC-SSC, do município de Porto Alegre-RS que não realizaram o exame preventivo há mais de seis anos. Entender o porquê que as mulheres da US Vila Floresta do SSC/GHC, não realizarem o exame preventivo auxiliará no planejamento de estratégias para qualificar a abordagem e a atuação da equipe frente a essa demanda.

1.13 MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL: A EXPERIÊNCIA DE UM CAPSi

Lisandra Alves Nascimento; Marcelo Borges Leite

O trabalho em saúde mental em si preconiza o olhar para o sujeito, para seu potencial, também assumindo suas peculiaridades. Neste fazer, o trabalho em rede é imprescindível, pois assegura aos sujeitos um cuidado integral, contextualizado e mais potente. Neste cenário, a prática do matriciamento apresenta-se como produtora de saúde e de novos modos de compreender o fazer em saúde. Partindo-se dessa premissa, a prática em saúde mental infanto-juvenil encontra-se alicerçada na rede, pois a criança (ou o adolescente em parte) depende primeiramente de seus cuidadores para sua aproximação com o campo social e este precisa estar articulado para que seus nós possam, verdadeiramente, compor um espaço de desenvolvimento, cuidado e respeito para a criança e seu entorno, pois trabalhar com a população infanto-juvenil envolve trabalhar com sua família. De metodologia qualitativa, o trabalho em pauta trata de um relato de caso caracterizado pelo enlace do conceito e da prática do matriciamento em um equipamento CAPSi. No referencial teórico encontram-se Chiaverini, Onocko Campos, entre outros autores. Buscando expor a prática inovadora, é realizado um resgate sobre o modelo de ingresso de novos usuários neste serviço antes do ano de 2013, modelo muito próximo ao utilizado em iguais equipamentos e, a partir de então, são expostos motivos e motivações que fizeram com que o CAPSi Pandorga / GHC implementasse um novo modelo de matriciamento em saúde mental infanto-juvenil em sua área de abrangência no município de Porto Alegre. O novo modelo permitiu a aproximação com a rede intra/intersectorial por meio do redimensionamento da equipe de profissionais em miniequipes. Assim, neste artigo são apresentados os principais resultados obtidos com a mudança de modelo matricial, bem como as facilidades e as dificuldades encontradas em sua implantação e manutenção. Além disso, são debatidas questões como acolhimento, escuta qualificada, regionalização, capacidade instalada, compartilhamento e co-responsabilidade.

1.14 A PRÁTICA DA PSICOLOGIA NA UNIDADE DE SAÚDE: LUGAR, LIMITES E POTENCIALIDADES

Renata Palmerim Schorn, Daniela Rosa Cachapuz

O presente trabalho tem como intuito compartilhar o projeto de pesquisa, que é parte inicial, do Trabalho de Conclusão da Residência Integrada em Saúde, na ênfase de Saúde da Família e Comunidade, do Grupo Hospitalar Conceição (GHC). Tal estudo tem por objetivo geral compreender o lugar, considerando os efeitos, os limites e as potencialidades da atuação não legitimada nas políticas de saúde das psicólogas que trabalham diretamente nas Unidades de Saúde do Serviço de Saúde Comunitária (SSC) do GHC. A discussão do tema acontece a partir do cenário brasileiro composto por alguns atravessamentos essenciais, tais como a concepção ampliada de saúde, a Reforma Sanitária e Psiquiátrica, a criação do Sistema Único de Saúde, a Atenção Primária em Saúde (APS), seus princípios e diretrizes, inserindo e entrelaçando a Psicologia neste contexto. A abordagem dessa temática apresenta relevância devido ao processo incipiente de construção de tecnologias no trabalho do profissional da psicologia neste campo, bem como em função da prevalência de casos de Saúde Mental na APS e, ainda, principalmente, por não ser exatamente este o lugar que o profissional psicólogo tem legitimado perante as políticas de saúde. Para isso, a metodologia será exploratória com delineamento qualitativo. Terá como participantes as psicólogas do SSC/GHC que atuam em Unidades de Saúde e que aceitarem participar do estudo, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A coleta de dados se realizará através de entrevistas com roteiro semiestruturado e registros em diário de campo. O processamento e a análise final serão realizados à luz da Hermenêutica Dialética (Minayo, 2008) e da Análise de Implacação (Barembliitt, 2002).

1.15 ANÁLISE DOS REGISTROS DA VACINAÇÃO ANTITETÂNICA EM GESTANTES DO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE – RS

Karine Almerão, Maria Aparecida Andreza Leopoldino, Maria Élide Machado

Introdução: Moura, Holanda Junior e Rodrigues (2003) afirmam que a redução das taxas de morbidade e de mortalidade materna e perinatal dependem, significativamente, de um bom pré-natal. Sendo assim, a qualidade da assistência no pré-natal tem relação estreita com os níveis de saúde tanto da mãe quanto de seu conceito. Devido sua elevada efetividade, as atividades de vacinação constituem-se como um componente obrigatório dos programas de saúde pública no Brasil. Entretanto, sua avaliação requer: um contínuo acompanhamento da cobertura vacinal, da equidade do acesso das gestantes ao sistema, da incidência e da gravidade dos casos de tétano neonatal – pois este é o objetivo do programa de vacinação, bem como sua segurança, conforme Freitas *et al.* (2007), afirmam em seu estudo.

Objetivo: analisar os registros da vacinação antitetânica no pré-natal no município de Porto Alegre - RS; os objetivos específicos foram verificar se está sendo realizado corretamente o esquema básico de vacinação antitetânica no município de Porto Alegre - RS e identificar possíveis dificuldades para a manutenção do banco de dados do SISPRENATAL no tocante da vacinação antitetânica.

Metodologia: pesquisa documental, descritiva, de abordagem quantitativa cujo tema central é a análise dos registros da vacinação antitetânica em gestantes do município de Porto Alegre.

Resultados/Discussões: os resultados mostraram que somente 19,8% tiveram o campo correspondente à vacinação antitetânica preenchido e que a cobertura vacinal está adequada se considerados os registros válidos. Mattos *et al.* (2003) afirmam que a forma de se erradicar o tétano neonatal é através da vacinação antitetânica em todas as gestantes e que a aplicação da vacina antitetânica durante a gestação pode ser caracterizada como uma oportunidade que muitas vezes é perdida.

Conclusão: a reflexão sobre as repercussões do não preenchimento das fichas de consulta pré-natal na qualidade da atenção prestada no acompanhamento pré-natal.

1.16 TESTES RÁPIDOS EM UMA UNIDADE DE SAÚDE NA ZONA RURAL: ALGUMAS REFLEXÕES (Resumo Expandido)

Sabrina Chapuis de Andrade, Juciane Furlan, Marta Ziziane Dorneles Wachter

Introdução: O teste realizado para detectar o vírus da imunodeficiência humana (HIV), licenciado em 1985, dirigia-se inicialmente para o controle de sangue e hemoderivados. Posteriormente, também se recomendava a oferta da testagem voluntária com aconselhamento para pessoas com risco acrescido em serviços de saúde, constituindo-se como padrão de prevenção primária e secundária. Entre os anos de 1987 e 1988, foram criados os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), então designados Centros de Orientação e Apoio

Sorológico (COAS), os quais eram voltados para a testagem gratuita, confidencial e anônima principalmente aos designados “grupos de risco” – homossexuais masculinos, profissionais do sexo e usuários de drogas

injetáveis. De acordo com o Ministério da Saúde, atualmente, mais de 600 mil pessoas vivem com o HIV, sendo que quase metade destas pessoas desconhecem portar esta sorologia. Para realizar o diagnóstico da infecção pelo HIV podem ser utilizados testes rápidos, os quais fornecem um diagnóstico preciso em menos de meia hora, momento em que é ofertado, também, o aconselhamento pré e pós teste, independentemente do resultado do exame. A importância do diagnóstico precoce dessa doença é imprescindível para estabelecermos medidas de controle epidemiológico, assim como instituir tratamento adequado ao seu portador, e trabalhar a educação em saúde dessas pessoas, principalmente como evitar a incidência de novos

casos, voltado para prevenção de novos agravos e de doenças oportunistas.

Objetivo: Este estudo trata-se de um relato de experiência das autoras quando em atuação em uma Unidade de Saúde da Família, na zona rural de um município da Região Metropolitana de Porto Alegre, durante o segundo semestre do ano de 2013.

Descrição da experiência: A meta do Ministério da Saúde é levar a todas Unidades de Saúde a oferta de testes rápidos para detectar o HIV e a Sífilis; uma vez que não mais somente determinados grupos populacionais (antes denominados “grupos de risco”) devem ser testados, mas sim qualquer pessoa que tenha sido exposta a situação de risco para o HIV e para a Sífilis, independentemente da sua orientação sexual e demais características pessoais. Em nosso município iniciou no ano de 2013 a capacitação dos profissionais da saúde de nível superior para a realização desses testes. Na zona rural do município, a realização da testagem rápida para o HIV e para a Sífilis iniciou no mês de junho de 2013, sob a oferta de livre demanda; isto é, para realizar o teste somente é necessário portar um documento de identificação com foto e apresentar-se na Unidade no horário de funcionamento da mesma, das 8 às 17 horas, sendo dispensável prévio agendamento. Além de que, foram distribuídos panfletos explicativos sobre infecções sexualmente transmissíveis (IST), bem como orientações de como é realizado a testagem rápida e da segurança e confiabilidade do exame. Entretanto, a procura espontânea dos usuários para realização dos testes manteve-se baixa, totalizando de quatro a cinco usuários por mês. Definimos como baixo esse número, uma vez que em outra Unidade de Saúde do mesmo município, mas localizada na zona urbana, o número de usuários que buscam espontaneamente realizar o teste é superior a vinte a cada mês. Para aumentar o número de testes realizados em nossa Unidade, o exame é oferecido nas consultas de pré-natal a todas as gestantes e seus parceiros ou acompanhantes. Outra estratégia que tem surtido efeitos positivos, aumentando o número de exames realizados, é a oferta da testagem rápida nos grupos realizados na Unidade, como o planejamento familiar e o grupo de saúde mental, por exemplo.

Discussão: Em suma, constata-se que a população da zona rural, onde localiza-se a Unidade em que trabalhamos, ainda está bastante relutante em relação à testagem rápida para o HIV e a Sífilis. Pode-se atribuir a isso o fato de nossa população ser predominantemente idosa, em torno de 40 por cento dos usuários cadastrados tem mais de 60 anos, acreditando estar imune a essas doenças por terem crescido sob uma cultura em que o risco de infectar-se por alguma IST estava restrito a homossexuais e profissionais do sexo. Evidenciou-se, frente aos dados, que é necessário um trabalho eficiente junto à política de saúde sexual para esta população.

Considerações finais: Enfim, fica o desafio aos profissionais da saúde que atuam na zona rural de conscientizar os usuários sobre as suas vulnerabilidades, pois qualquer pessoa que mantenha relações sexuais desprotegidas ou exponha-se a situações de risco pode adquirir uma IST, sendo necessário saber proteger-se para evitar a instalação de uma doença, bem como realizar o diagnóstico e o tratamento precoce quando esta já estiver em curso. Dessa forma, é fundamental que o vínculo entre o serviço de saúde, profissionais da saúde, e comunidade seja forte e estável, pois assim esta terá segurança e se sentirá impelida de ir ao encontro daqueles que poderão lhe fornecer informações precisas e o tratamento mais adequado para cada caso, conforme as necessidades individuais de cada usuário. As campanhas publicitárias continuam sendo oportunas e devem ser utilizadas de forma a levar também à zona rural informações pertinentes ao cuidado em saúde, de acordo com este segmento populacional, enfocando suas particularidades e culturas locais. Sugerimos, ainda, que futuras campanhas devem reforçar que os testes rápidos para detectar o HIV e a Sífilis devem ser sempre voluntários, confidenciais e acompanhados de aconselhamento de alta qualidade, bem como mecanismos de referência e contra-referência, garantindo uma assistência integral e de qualidade, conforme preconizam os princípios e as diretrizes do Sistema de Saúde brasileiro.

1.17 REGISTROS EM DIÁRIOS DE CLASSE: DIÁLOGO NECESSÁRIO COM O PLANO DE ENSINO

João Batista Ramos

Reflexões sobre registros de conteúdos descritos nos diários de classe, de acordo com os eixos temáticos desenvolvidos no curso Técnico de Registro e Informação em Saúde. Os eixos constam no referido Plano de Ensino desenvolvido pelo Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em saúde (CETPS), conhecido como Escola GHC. Os eixos são: A realidade e os desafios da informação em saúde(CTRIS01); A Construção de dados em saúde – I (CTRIS02) e A informação nos processos decisórios - I (CTRIS03). A escolha do tema justifica-se devido à importância dos registros acadêmicos que podem ser verificados nos Diários de Classe, sendo registros da história das turmas as quais pertencem. Com eles, podemos saber quem estava presente, a base das discussões propostas nas temáticas, os resultados disso, entre outros temas significativos. A pesquisa, pela sua concepção metodológica, é descritiva e argumentativa, conduzindo-se no sentido de obter e descrever os dados visibilizando o registro dos conteúdos dos eixos temáticos nos Diários de Classe. O tratamento dos dados foi quali-quantitativo, associando as análises descritivas e o cálculo do total de aulas registradas, bem como o número de vezes que os conteúdos dos eixos temáticos aparecem mencionados no registro do Diário de Classe, e, após apresentando o número ideal de registro pelo número de conteúdos, com base no número de aulas ministradas. O planejamento escolar e a execução do mesmo são fundamentais para que se atinja plenamente os objetivos propostos no Plano de Ensino. Penso na visão de futuro, onde a Escola GHC possa vislumbrar seminários pedagógicos com ênfase na importância dos registros escolares nos diários de classe, com a maior riqueza de dados possíveis. Enfatizando, também, que tenham a convicção que o profissional pedagogo, principalmente o com habilitação em supervisão educacional, tem as qualificações necessárias para auxiliar o corpo docente nesta árdua tarefa, de transformar a arte de ensinar em “palpável”, ou seja, através de registros que guardem a memória dos acontecimentos, pois memória não registrada é memória perdida.

2. INTERDISCIPLINARIDADE E INTEGRALIDADE NA AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE

2.1 O TRABALHO DO TÉCNICO EM EDUCAÇÃO ESPECIALISTA EM PSICOPEDAGOGIA NA UNIDADE DE INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA PARA ADOLESCENTES (Resumo Expandido)

Patrícia Rosane Naymaer Schneider

Com relação à pessoa hospitalizada em unidade psiquiátrica, o tratamento de saúde não envolve apenas os aspectos biológicos da tradicional assistência médica à enfermidade. A experiência de adoecimento e hospitalização implica mudar rotinas; separar-se de familiares, amigos e objetos significativos e, ainda, sofrer com a solidão e o medo das mudanças típicas da adolescência. Reorganizar a assistência hospitalar, para dar conta desse conjunto de experiências assegura, entre outros cuidados, acesso ao lazer, convívio com o meio externo, informações sobre o processo de adoecimento, cuidados terapêuticos e exercício intelectual. Na impossibilidade de frequência à escola, necessita-se alternativas de organização e oferta de ensino de modo a cumprir com os direitos à educação e à saúde, tal como definidos na Lei e demandados pelo direito à vida em sociedade. Esta atenção também diz respeito ao paradigma de inclusão e contribui para com a humanização da assistência hospitalar. Em consonância com o Conselho dos Direitos da Criança e do Adolescente criou-se a função do Técnico em Educação na Unidade de Internação Psiquiátrica para Adolescentes. Durante todo o processo terapêutico a adolescente estará em processo avaliativo, pois como sujeito, a todo momento está agindo e aprendendo. O Psicopedagogo é o mediador nessa relação, abrindo espaço para que a jovem ocupe um outro lugar, para que ela reencontre o prazer de aprender sobre si mesma e sobre o mundo. Para essa consecução, o Psicopedagogo procura respeitar o ritmo da paciente porque pressupõe que o conhecimento deverá ser construído unicamente por ela a partir daquilo que ela mesma consegue processar e simbolizar durante o atendimento psicopedagógico. Desta forma abre-se a possibilidade para que a adolescente possa aprender no nível mais alto que suas condições orgânicas, constitucionais e pessoais lhe permitam.

2.2 EDUCANDO NA DIVERSIDADE: DIREITOS HUMANOS E DIVERSIDADE EM SERVIÇO DE SAÚDE

Lêda Fernandes Bertamoni, Carla Souza Baptista

O presente artigo é um relato de experiência da formação de Direitos Humanos realizada no Grupo Hospitalar Conceição voltada a trabalhadores de saúde. Esta foi desenvolvida através de curso de extensão, composto por aulas expositivas, seminário e oficinas. Dirigida, preferencialmente aos trabalhadores que têm acesso direto aos usuários do Sistema Único de Saúde, tem como objetivos a qualificação dos trabalhadores no atendimento acolhedor e humanizado, respeitando a diversidade.

2.3 A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE E A INTEGRAÇÃO DOS SABERES: POSSIBILIDADES E DESAFIOS

Sabrina Chapuis de Andrade, Márcia Mendes, Rosana Zorzo, Cristianne Maria Famer Rocha

O objetivo desta pesquisa foi analisar as possibilidades e dificuldades na implantação dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) no Brasil a fim de auxiliar os municípios na implantação deste Programa. A metodologia foi exploratória, descritiva, qualitativa, a partir de revisão bibliográfica. As possibilidades da RMS estão ligadas a melhoria dos serviços, favorecendo um atendimento mais integral aos usuários; as dificuldades são relativas à formação e modos de trabalho dos profissionais, bem como falta de recursos físicos para sua efetivação. Em suma, a RMS é uma importante estratégia de formação e possibilita a integração entre os profissionais.

2.4 AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA NO PROGRAMA DE SAÚDE NA ESCOLA DO SERVIÇO DE SAÚDE COMUNITÁRIA DO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO

Laura Garcia de Freitas, Aline Gerlach, Cristine Bertolini, Darlise Passos, Emilene Souza, Gisely Ganoza, Lena Azeredo de Lima, Luana Primon, Renata Escobar, Sara Bortoluz, Simone Reinehr, Sílvia Pauline

O Programa de Saúde na Escola (PSE) é uma parceria entre o Ministério da Saúde (MS) e da Educação que objetiva melhorar a qualidade de vida das crianças e adolescentes com ações de prevenção, promoção e atenção à saúde auxiliando na formação integral de estudantes da rede pública da educação básica. Avaliação nutricional e promoção da alimentação saudável são algumas das atividades desenvolvidas. A avaliação e classificação do estado nutricional de crianças de 2 a 18 anos juntamente com um trabalho anual com a família tem sido recomendados. Em 2013, foram realizadas ações do PSE em escolas localizadas nos territórios de quatro Unidades de Saúde do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição. A antropometria foi realizada em 741 crianças e adolescentes, estudantes de 1ª a 8ª série de escolas públicas vinculadas. A classificação do estado nutricional, através das curvas de IMC da OMS 2007, apresentou como resultado: 63% eutróficos, 18,5% com sobrepeso, 1,62% com baixo peso e 17% obesos. Estes foram entregues às escolas juntamente com informações de cada criança e a possibilidade de suporte nas Unidades. Além disso, foi utilizado um marcador de consumo alimentar para indivíduos de 5 anos de idade ou mais para verificar os hábitos alimentares destes estudantes. Neste mesmo ano, ações de educação em saúde relacionadas à alimentação foram realizadas nas escolas: dinâmicas sobre o tema presente na carteira do adolescente do MS, jogo de degustação de frutas. A perspectiva é que este ano siga o desenvolvimento de novas atividades. O diagnóstico nutricional de crianças e adolescentes viabiliza ações estratégicas de alimentação e nutrição que visam qualidade de vida e prevenção de condições crônicas como obesidade, dislipidemia, diabetes e hipertensão presentes na população adulta.

2.5 A INSERÇÃO DO PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PELO TRABALHO NA EMERGÊNCIA DO HOSPITAL CRISTO REDENTOR

Liziane G. H. da Cunha, Carolina Maltz, Thaís F. Rocha

Introdução: O Programa de Educação pelo Trabalho (PET) foi instituído pela Portaria nº 421/2010 e está inserido no Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ- SAÚDE), cujo objetivo é a integração ensino-serviço a fim de gerar transformações nos serviços de saúde (BRASIL, 2009). O PET é desenvolvido por acadêmicos e por tutores docentes, organizados a partir de grupos a nível de graduação nas Instituições de Ensino Superior do País, sendo respaldados pelos princípios da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão e da educação tutorial (BRASIL, 2013). Em 2011, o Ministério da Saúde reformulou a Política Nacional de Atenção às Urgências e instituiu a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) no Sistema Único de Saúde, cujo objetivo é consolidar as estratégias para a implementação da RUE no Brasil, permitindo uma melhor organização da assistência e definindo os fluxos e as referências corretas e, assim, buscando transformar o atual modelo de atenção fragmentado e desarticulado (BRASIL, 2013a).

Objetivo: O PET Redes de Atenção Urgências e Emergências tem como objetivo desenvolver atividades relacionadas à rede de Urgência e Emergência nos serviços de saúde do Distrito Docente Assistencial Norte/Eixo Baltazar.

Conclusão: No PET Urgência e Emergência da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, os discentes atuam através de oito horas semanais de trabalho e de reuniões com tutores, preceptores e acadêmicos a fim de discutir pontos positivos e negativos observados em relação aos fluxos. Com isso, a implantação deste Programa na Emergência do Hospital Cristo Redentor se torna fundamental para que sejam alcançados os objetivos da RUE, em que se busca maximizar a humanização no atendimento - foco principal da gestão do HCR no ano de 2014 – através de projetos que visam incluir os pacientes no contexto do processo saúde-doença, tornando-os conscientes das redes de atenção.

2.6 VIVÊNCIAS NO PET REDES DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS NA UPA MOACYR SCLiar (Resumo Expandido)

Clarissa Weiss Iuchno, Carine Blatt, Gislaine Saurin e Juliane Hochnadel da Silva

O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) foi instituído pelo Ministério da Saúde por intermédio da Portaria nº 421 de 3 de Março de 2010, no intuito de fomentar grupos de aprendizagem tutorial em áreas estratégicas para o Sistema Único de Saúde (SUS), através do princípio da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, realizando a integração ensino-serviço-comunidade (BRASIL, 2010). Por esses meios, o Ministério da Saúde visa estimular a formação de profissionais com qualidade técnica e científica, que conheçam melhor as necessidades de sua comunidade e região. O PET-Saúde é constituído pelos tutores, que são docentes de Instituições de Ensino Superior (IES) integrantes do PET-Saúde e têm o papel de orientar e de estimular a produção de conhecimentos resultantes das vivências dentro do Programa; os preceptores, que são profissionais vinculados aos serviços de saúde e que possuem a função de orientar os monitores em serviço; e monitores, que sob orientação dos tutores e preceptores, devem desenvolver vivências em serviço e produzir conhecimentos. Os monitores são acadêmicos regularmente matriculados em IES públicas ou privadas integrantes do PET-Saúde, cuja responsabilidade é participar de todas as atividades programadas por seus tutores e preceptores, desenvolver trabalhos de ensino, pesquisa e extensão, e publicar trabalhos acadêmicos em eventos científicos. O Ministério da Saúde disponibiliza bolsas para esses três elementos (BRASIL, 2010), mas a participação voluntária também é possível. O estabelecimento da extensão universitária advém da necessidade de integrar o Ensino Superior à Comunidade. Diante disto, a Extensão desempenha papel mediador entre esses dois universos, difundindo conhecimentos e tecnologias, ampliando visões de mundo, intervindo, promovendo práticas sociais e de Direitos Humanos, ajudando no desenvolvimento de uma consciência crítica e política dos acadêmicos e das próprias comunidades atendidas (BRASIL 2011, CARNEIRO 2011). A Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) foi contemplada em 2013 com o Programa PET Saúde, Redes de Atenção II/Urgência e Emergência. O programa é composto por três professoras tutoras, 12 preceptores, 24 alunos de diversos cursos e sete serviços: emergências hospitalares, unidade de pronto atendimento, programa de assistência domiciliar, coordenadoria municipal de saúde, gerência distrital (distrito docente assistencial da UFCSPA) e serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU). O objetivo do programa é fortalecer a atuação e articulação dos componentes da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RAUE) na região da Gerência Distrital Norte/Eixo Baltazar na cidade de Porto Alegre/RS. A unidade em que estamos inseridas é a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Moacyr Scliar, inaugurada em setembro/2012. Atende nas especialidades: clínico geral, odontologia, pediatria, cirurgia ambulatorial. Utiliza o Protocolo de Classificação de Manchester, baseado na gravidade e no tempo de espera recomendado, através de cores. A nossa equipe é composta pela preceptora - enfermeira do serviço -, uma acadêmica de enfermagem e uma de fisioterapia. No primeiro mês de vivência foi realizado o reconhecimento da unidade e elaborada uma apresentação e um resumo sobre a mesma para divulgação dos dados do primeiro ano de funcionamento da UPA. Foi aplicado um instrumento de identificação do perfil dos pacientes e sua percepção sobre o serviço. Um projeto de pesquisa, referente ao perfil dos usuários, encontra-se em fase de elaboração. Realizamos também relatórios ao final de cada mês e avaliações trimestrais. Além disso, participamos das reuniões mensais com os envolvidos no programa, onde discute-se sobre a Rede de Urgência e Emergência. Na área da saúde, a extensão assume uma importância expressiva no sentido de qualificar de maneira humanizada os acadêmicos, de levá-los a conhecer os problemas da comunidade na qual estão inseridos, de conhecer os pacientes dentro de uma abordagem holística, e de aprender a trabalhar onde as condições e ferramentas nem sempre são ideais, aprimorando sua criatividade (CARNEIRO 2011, HENNINGTON 2005, RIBEIRO 2005). Tudo isso se deve ao fato de a Extensão Universitária ser fonte de diálogos, discussões e de produção de conhecimentos, já que a mesma está indissolivelmente ligada à pesquisa científica, levando para o conhecimento acadêmico os resultados de experiências exitosas em contato com o “mundo real”. A inter/multi/transdisciplinaridade também é uma prática que comumente acompanha a Extensão, levando à integração dos diferentes profissionais e seus cursos superiores. Através de tudo isso se denota o enorme potencial transformador que o trabalho extensivo possui (HENNINGTON

2005, ACIOLI 2008).O PET-Saúde/VS propiciou aos acadêmicos da área da saúde, enquanto integrantes, ter um contato mais aprofundado com o SUS, com a comunidade de sua cidade, os profissionais de saúde, e com a própria epidemiologia, como ciência.O contato com acadêmicos de outros cursos e outras instituições favoreceu o desenvolvimento de novos conhecimentos e novas maneiras de ver a saúde, bem como maior conhecimento das áreas de atuação das outras ciências da saúde. O trabalho em equipe exigiu flexibilidade e perspicácia dos monitores, mas também foi favorecido pelas diferenças de horário e de personalidade de cada um, pois cada um tinha uma disponibilidade diferente, e diferentes conhecimentos a acrescentar.

2.7 A ASSISTÊNCIA DA ENFERMAGEM AO USUÁRIO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA (Resumo Expandido)

Marta Ziziane Dorneles Wachter, Andressa Albrecht Lopes, Juciane Aparecida Furlan Inchauspe, Sabrina Chapuis de Andrade

Introdução: A dependência química constitui um problema social em todos os países, sendo uma doença multicausal que necessita de tratamento clínico, farmacológico e de intervenções com abordagem psicossocial que contemplem as necessidades de saúde do usuário, sendo o enfermeiro um dos responsáveis por essa assistência. O fenômeno do uso de drogas na atualidade é abordado na área da saúde tomando-se os recortes do objeto pelos efeitos da substância propriamente dita sobre o sistema nervoso central, conforme interesse da farmacologia; pela condição de dependência, conforme visto pela psiquiatria, e pelos efeitos comportamentais que alegadamente o consumo de drogas imprime aos usuários. Raramente são discutidas e abordadas as causas sociais que estão nas raízes da produção, distribuição e consumo de drogas. Nesse sentido a educação em saúde é uma prática social sendo um processo que contribui para a formação e desenvolvimento da consciência crítica das pessoas a respeito de seus problemas de saúde, estimulando que esses busquem soluções organização para ações coletivas.

Objetivo: identificar e analisar a produção científica que aborda a assistência de enfermagem aos usuários de drogas.

Método: trata-se de uma revisão integrativa da literatura realizada em bases de dados LILACS e SciELO. Foram selecionados artigos no idioma português e com texto completo datando entre 2009 a 2012, no total de 21 produções.

Resultados: A análise dos dados foi realizada primeiramente pela leitura dos resumos dos artigos e após aqueles que contemplavam a temática da assistência de enfermagem ao usuário de substância psicoativa. Constatamos que ainda existe uma lacuna na prática desejada em relação à prática implementada. Porém alguns estudos trazem que diferente do cuidado clínico o cuidado em psiquiatria, mas especificadamente aos usuários de substâncias psicoativas, tem que envolver a família na terapêutica do paciente, e isso requer um trabalho em equipe. Evidenciou-se que os enfermeiros são os profissionais que possuem maior contato com os usuários dos serviços de saúde, tendo potencial para conhecer a história atual do uso de substâncias psicoativas, seu padrão de consumo e cientes dos problemas relacionados ao seu uso, podem realizar o acolhimento e sensibilização pelo confronto dos problemas relatados pelo paciente e sua associação com o uso da substância promovendo também a educação em saúde. Apesar do papel do enfermeiro não estar ligado somente ao tratamento de usuários e sua respectiva doença, possuindo também um caráter de educação em saúde, informação e reintrodução social. E por fim, apesar de que para alguns, a função de vigiados pacientes estar ainda enraizada, outros relatam que o profissional tem que sentar com paciente e assim buscar interagir com ele para que o cuidado aconteça. **Discussão:** O consumo de substâncias psicoativas é atualmente um dos mais preocupantes problemas de saúde pública no mundo. Embora com baixa prevalência na população brasileira, por onde passa deixa um rastro de doenças, violência e criminalidade, por atingir, em maior escala, uma parcela com baixa escolaridade, famílias desestruturadas e baixo poder aquisitivo. São em sua maioria jovens que não reconhecem sua dependência e têm grande dificuldade para aderir ao tratamento. Ainda há o que fazer e uma boa porcentagem dos usuários de crack recuperam-se com o tratamento.

Conclusão: a carência na formação destes profissionais relacionadas à temática de substâncias psicoativas e o pouco conhecimento de conteúdos específicos que favoreçam sua inserção no campo de práticas desses

cenários restringem as ações desses profissionais ao cuidado do usuário de substâncias psicoativas e ao seu encaminhamento a serviços mais especializados em saúde mental dificultam o processo de trabalho e desenvolvimento. Neste sentido percebe-se que o campo da saúde mental aponta para a necessidade de uma construção de uma atividade em que os profissionais de enfermagem tenham participação ativa neste processo. Onde a consolidação dos princípios da atenção psicossocial, centrado nos recursos do sujeito, valorizando a história de vida, viabilizando a construção de novas possibilidades, fortaleça a construção de um trabalho de enfermagem sustentado no paradigma psicossocial, principalmente no que se refere à atenção ao sujeito em sofrimento psíquico.

2.8 O USO DA ARTE COMO UMA NOVA TECNOLOGIA DE CUIDADO: REFLETINDO A PRÁXIS TERAPÊUTICA DA ARTE NA ASSISTÊNCIA E NO TRABALHO EM EQUIPE (Resumo Expandido)

Deisi Macedo dos Santos

O presente trabalho visa abordar a utilização da arte como um recurso terapêutico e sua aplicabilidade em usuários do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II) do Serviço de Saúde Mental (SSM) - Serviço de Saúde Comunitária (SSC) do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) . Sendo esta modalidade terapêutica considerada como uma nova tecnologia de cuidado e, estando contemplada na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, visa atuar nos campos da prevenção de agravos e da promoção, manutenção e recuperação da saúde, baseada em modelo de atenção humanizada e centrada na integralidade do indivíduo, resultando em uma abordagem mais ampla no cuidado, que transcende o atendimento biomédico tradicional. A utilização da arte , como um campo de saber na saúde também vem a acrescentar nas equipes , pois é mais um dispositivo disponível a ser oferecido ao paciente no seu plano terapêutico singular (PTS) .

Introdução: Ao trabalhar com a arte com o intuito de promover a saúde, estamos evocando no ser humano o que ele tem de melhor: sua capacidade de criar e de lidar com adversidades por meio do seu potencial criador. A arte abre espaço para outras formas de comunicação que não só a verbal, servindo para aliviar sintomas e entender o outro e a si próprio. Abre possibilidades de olhar o universo singular de cada pessoa, suas demandas, seus medos e desejos, sua alma. Por trabalhar com as sensações, emoções, intuição e percepções favorece o contato com vivências internalizadas e experienciadas e que, muitas vezes, precisam ser resignificadas. As atividades com arte promovidas pelo terapeuta artístico ou arteterapeuta tem o intuito de utilizar os recursos da arte para auxiliar as pessoas em sofrimento a elaborarem seus processos de criação de imagens, as quais são uma forma de autorepresentação e que como objetos do mundo externo, separadas do seu criador, auxiliam no processo de confrontação pessoal. Buscam oportunizar momentos de experimentação e manuseio de materiais que serão mediadores para expressar o que em palavras fica difícil, num primeiro momento. Dando formas e contornos surge uma fala inicial que desencadeará o processo de reflexão e pensar . Posteriormente esta fala silenciosa ganhará voz e entendimento. Historicamente a arte sempre esteve presente na vida do ser humano. Desde os primórdios de nossa civilização, o homem sentiu necessidade de deixar registrado o que lhe acontecia nas paredes das cavernas , sendo através de desenhos, riscos ou manchas. Estes registros se fazem necessário para dar forma, definição aos acontecimentos da vida e como estes são sentidos e percebidos pelo homem. Para muitos a arte é vista como lazer , que pode ser entendido como um passatempo, distração, entretenimento, desenvolver habilidades que ajudem na socialização ou apenas disparador do processo catártico ou ainda como conjunto de ocupações em que a pessoa realiza de livre vontade que ao praticar sinta-se descansada, repouse, divirta-se, alivie-se, distensione-se, libere energias, sirva para recrear-se ou ainda para desenvolver sua informação ou formação desinteressada, porém a arte utilizada no ambiente terapêutico precisa de um espaço que propicie a decodificação da produção, um significado que faça sentido no contexto de vida da pessoa, oportunizando que possa elaborar, com a ajuda de um profissional, seus conflitos e sofrimentos, compreender as mensagens subliminares do material simbólico produzido. Outro aspecto importante é que não tem a intenção de formar artistas. O trabalho arteterapêutico, quando socializado na equipe, contribui para enriquecer e entender o processo de evolução de cada paciente. Abre-se possibilidades de estabelecer diálogos e conexões entre

saberes . O que ocorre é que muitas vezes as equipes não estão preparadas ou abertas para novas tecnologias de cuidado. Alguns profissionais ainda não estão maduros para abrirem-se para outras propostas. Essa escuta encontra barreiras e fica prejudicada , pois não consegue ser validada e respeitada como um saber que vale a pena ser ouvido. Os profissionais dando-se conta disso podem ofertar aos seus clientes formas prazerosas e criativas de tratarem-se , onde a fala irá se dar pela imagem, escrita, música, trabalhos manuais, pintura, desenho, escultura, etc.. O verbal vem no segundo momento , com mais clareza e riqueza de conteúdos, fazendo com que o atendimento prossiga de forma favorável para um bom desfecho.

Referencial Teórico: A arteterapia tem sua origem na interface entre duas disciplinas, que são a arte e a psicologia. Para que se utilize esta modalidade de atendimento o arteterapeuta baseia-se em um referencial teórico que norteará sua forma de agir e pensar o atendimento. Carvalho et al. (1995) referem que atualmente a conceituação de arteterapia pela *American Art Therapy Association* (AATA) é a que utiliza essencialmente os recursos artísticos com finalidade terapêutica: Arteterapia é uma profissão assistencial ao ser humano. Ela oferece oportunidades de exploração de problemas e de potencialidades pessoais por meio da expressão verbal e não verbal e do desenvolvimento de recursos físicos, cognitivos e emocionais, bem como a aprendizagem de habilidades, por meio de experiências terapêuticas com linguagens artísticas variadas. Ainda que as formas visuais de expressão tenham sido básicas nas sociedades desde que existe história registrada, a arteterapia surgiu como profissão na década de 30. A terapia por meio das expressões artísticas reconhece tanto os processos artísticos como as formas, os conteúdos e as associações, como reflexos de desenvolvimento, habilidades, personalidade, interesses e preocupações do paciente. O uso da arte como terapia implica que o processo criativo pode ser um meio tanto de reconciliar conflitos emocionais, como de facilitar a autopercepção e o desenvolvimento pessoal. Dentre as várias abordagens arteterapêuticas utilizadas temos a psicanalítica, a junguiana, a cognitiva comportamental, a sistêmica , a gestáltica, dentre outras. Por ser um campo novo de conhecimento, segundo Philippini (2004), muitos são os questionamentos que levam as pessoas a se perguntarem em qual campo de trabalho está inserido este saber. Percebe-se ainda uma necessidade grande dos profissionais que trabalham em equipe em demarcar espaços, territórios, com o intuito de criar uma identidade. Mas aqueles que estão envolvidos diretamente com a práxis da arteterapia reconhecem que sua proposta é transdisciplinar. As intervenções feitas com a arte permitem olhar para o sujeito como único é fundamental para conseguirmos compreender seu sofrimento e suas necessidades, sendo a partir desta concepção que o cuidado acontece Santos (2008) refere que a arte possibilita formas de expressar os conteúdos internos e é desprovida de uma lógica comum, de uma estética única, tornando possível ao homem representar sua vida como uma experiência singular, não podendo ser generalizada em sua essência ou em sua na abordagem. Com a arteterapia pode-se trabalhar com grupos e individualmente, com as várias faixas etárias e patologias. Oferece um grande campo de ação terapêutica e pode ser utilizado com idosos, gestantes, crianças, adolescentes, pacientes em fase terminal, portadores de HIV, diabéticos, hipertensos, depressivos, fóbicos, dependentes químicos, distúrbios alimentares como anorexia e bulimia, etc. É um campo rico, já explorado por algumas instituições de saúde mas pouco utilizado nas instituições públicas de modo geral. Para Valladares e Carvalho (2006) quando propomos um trabalho com arteterapia criamos a possibilidade de organizar percepções, sentimentos e sensações porque a descarga de tensão e o prazer de fazer arte apresentam-se como uma forma menos invasiva de abordar as questões conflitivas que provocam o adoecimento.

Objetivos: Os objetivos desta apresentação são: refletir, divulgar, analisar e socializar os efeitos e contribuições da arte como um dispositivo terapêutico, utilizado no tratamento de pacientes com transtornos mentais, visando contribuir na recuperação do bem estar do usuário, criando um ambiente favorável à promoção da saúde física, psíquica e emocional.

Metodologia: No CAPS II atividades utilizando as linguagens expressivas fazem parte do cardápio rotineiro das propostas que compõem o dia-a-dia de trabalho e são oferecidas aos usuários quando de seu ingresso no tratamento. O tipo de atendimento prestado são grupos, oficinas, atendimentos individuais, acompanhamento terapêutico (AT), visitas domiciliares (VD). O profissional dessa área ocupa-se em oferecer aos usuários formas que instigue, motive, chame atenção e desperte curiosidades pelo uso e manuseio dos mais variados materiais. Como muitas vezes o mesmo paciente é atendido por mais de um profissional, a troca sobre o que está sendo visto e observado é necessária. A equipe dá suporte e espaço para que os saberes possam

aproximar-se e se entrelaçar. Em mine equipes do Serviço os profissionais reúnem-se constantemente para conversar e rever os planos terapêuticos de casa usuário. Neste momento o olhar de cada profissional é importantíssimo. Como as oficinas e grupos, bem como os demais atendimentos são semanal, pode-se observar a evolução do quadro do paciente, suas dificuldades, suas resistências, seu suporte na rede que compõem outros serviços e atividades culturais. O plano de alta também é visto em equipe, sendo que procura-se efetivá-la de acordo com a melhora do paciente e, para isso o tempo é ele quem vai nos dar e não pelo tempo estipulado como ideal para todos.

Resultados e Discussão: Percebe-se que os atendimentos realizados utilizando a arte como modalidade terapêutico contribuem para que as pessoas elevem sua auto estima, autonomia, melhorem suas relações afetivas, ampliem suas relações interpessoais, descubram interesses, desenvolvam habilidades expressivas, a percepção e coordenação motora, a cognição, a sensibilidade e principalmente desperte seu potencial criador. O fato da arte favorecer a projeção, faz com que os símbolos emergam e tomem forma, contorno. Cria-se um espaço para refletir e dar sentido as coisas. Estas produções, sendo compartilhadas com os demais profissionais, propiciam maior entendimento quanto ao sofrimento do paciente e possibilidades de pensar e criar formas para melhor tratá-lo.

Conclusões: Face ao acima exposto pode-se perceber que novas possibilidades de tratar as pessoas fazem-se necessárias na saúde, em especial na saúde mental, pois cada pessoa é única e se oportunizamos formas de falarem de seus sofrimentos menos invasivas trará benefícios e uma boa evolução no tratamento. Para que a utilização de novas tecnologias dêem resultados, levando-se em consideração o trabalho em equipe, é necessário que a mesma seja receptiva a novos olhares e dê valor a fala do profissional, pois vem somar e potencializar na proposta terapêutica do paciente.

2.9 O TORNAR-SE SUJEITO NA INFÂNCIA, PENSANDO A QUESTÃO DO "ABRIGAMENTO" (Resumo Expandido)

Vivian de Souza Rolim e Lisandra Alves Nascimento

O presente estudo se trata de um artigo de revisão bibliográfica, e teve sua origem a partir do interesse de se compreender melhor os processos envolvidos nessa temática, visando pensar a relação referente à constituição do sujeito frente a algumas questões inerentes à institucionalização na infância. A partir dos descritores infância e abrigo foram utilizadas as bases de dados Scielo e Bireme, a pesquisa não considerou um período específico tendo em vista o pouco material encontrado sobre o tema, sendo os demais dados utilizados encontrados em livros, revistas de Psicologia on-line, trabalhos de conclusão e apresentação em seminários, os artigos escolhidos se deram pela proximidade com o tema de interesse, nos quais foram enfocados aqueles que tivessem relação direta com o mesmo. Donald Woods Winnicott como autor de base se deu pela identificação da pesquisadora e pela importância de seus estudos frente à constituição do sujeito, desenvolvimento infantil e suas relações. A realização da análise teve como base a Análise de Conteúdo por Bardin (1977) e a partir de algumas categorias emergidas no estudo, discutem-se sobre dados relevantes a esta temática encontrados pela pesquisadora.

A constituição do Sujeito Psíquico

Quando o bebê nasce, a mãe desenvolve um tipo de identificação com a criança que faz com que esta perceba suas necessidades e as satisfaça. Para Winnicott (1975), o bebê se encontra em um estado de indiferenciação em relação à mãe, e se neste momento inicial, ainda não tem capacidade de se distinguir da mesma, ele também não se diferencia do mundo. Em um primeiro momento é extremamente necessário que isto ocorra, já que o bebê ainda não tem uma estrutura que possa dar conta do mundo que lhe está sendo apresentado. É neste momento também que deve se instaurar a tão importante metáfora paterna, sendo o pai aquele que deve se introduzir na relação mãe e filho com o objetivo de impedir que essa relação fusional se prolongue por muito tempo, obstaculizando o desenvolvimento da individualidade da criança. Sendo que a partir dessas interações surgirão os caminhos possíveis e as impossibilidades dos relacionamentos diante de novos objetos. Bem se sabe que nem sempre esse investimento acontece e que, por inúmeras situações, muitas crianças são privadas de seus lares por não receberem os cuidados considerados suficientes ou "adequados" (alimentação, higiene, afeto, educação...) e, por muitas vezes, sofrerem abusos dos pais

variados tipos sejam eles de ordem física, sexual ou psicológica, estando esta última geralmente associada a todos os outros citados. Também, muitas famílias em outras situações, por diferentes motivos tais como os que envolvem condições emocionais, familiares, econômicas dentre outras, acabam por não conseguir dar conta das necessidades básicas de seus filhos, não se julgando capazes de garantir segurança e cuidado (e muitas vezes talvez não o sejam), o que acaba gerando o abandono e posterior acolhimento por instituições destinadas ao cuidado de crianças em situação de negligência e/ou abandono. De acordo com diversos autores que se dedicaram ao tema da infância tais como Winnicott (1988), Bowlby (1981) a falta de um cuidado suficientemente bom nos primeiros anos de vida da criança pode vir a causar sérias questões que influenciarão a construção da subjetividade e, portanto, a forma como ela perceberá e reagirá ao mundo futuramente.

Tecendo olhares sobre o abrigo e o cuidador...

Para refletir sobre a origem da institucionalização na infância se faz necessário pensar sobre o histórico do abandono infanto-juvenil. Albornoz (2006) retoma esse histórico no Brasil falando das primeiras embarcações lusitanas por volta de 1530, nas quais muitas crianças embarcavam solitárias, crianças estas oriundas de famílias pobres que em troca de uma pensão autorizavam seus filhos a embarcarem nos navios como serviçais. Nestes trajetos eram expostas as mais variadas privações e violências, sendo que muitas acabavam ficando pelo caminho, no fundo do mar. Dentro desse contexto histórico, também se faz importante retomar a “Roda dos Expostos” ou Casa dos Enjeitados, forma de atendimento à infância abandonada que teve início no Egito e existiu em vários países do mundo nos séculos XVIII e XIX, sendo retomada atualmente na Itália, causando sentimentos diversos entre os profissionais que trabalham com a temática da infância. Pensando os abrigos, como se constituem atualmente, foi realizado em 2004 um Levantamento Nacional de Abrigos no qual foram encontrados cerca de 20.000 crianças e adolescentes vivendo em 589 abrigos no Brasil, sendo em sua maioria meninos de 7 a 15 anos, negros e pobres. Os dados mostraram ainda que 87% das crianças e adolescentes abrigados têm família, sendo que 58% mantêm vínculo com seus familiares, sendo também constatado que o tempo de duração da institucionalização pode variar chegando a um período superior a 10 anos (SIQUEIRA; DELL’AGLIO, 2006). Neste sentido, faz-se importante refletir sobre os aspectos referentes ao papel da instituição e do cuidador que acaba por ir muito além da preocupação com os cuidados básicos destas crianças, envolvendo questões referentes ao desenvolvimento, constituição do sujeito e aspectos familiares e sociais destas crianças e adolescentes. De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (1990), balizados pelo capítulo III art.19, os abrigos deveriam assegurar o direito que toda criança e adolescente tem de ser criado e educado junto a sua família de origem ou família substituta em algumas situações. Desta forma, o abrigo surge com o intuito de espaço provisório de cuidado e proteção, até que as crianças ou adolescentes possam retornar a suas famílias de origem ou serem destinadas aos processos de adoção. Entretanto, em nossa realidade observa-se que as discussões e decisões judiciais a cerca das crianças em situação de abrigamento acabam levando muito tempo, o que faz com que crianças e adolescentes permaneçam durante longo período em situação de institucionalização. Também, pode-se constatar intensa rotatividade de profissionais cuidadores que trabalham nos abrigos, o que pode nos remeter a diversos motivos como condições de trabalho inadequadas, mas também nos faz pensar na delicada condição de cuidar de um outro. Percebe-se, desta maneira, a necessidade de um trabalho voltado também a estes profissionais cuidadores, para que possam resgatar junto às crianças e adolescentes questões importantes a seu desenvolvimento, através do resgate de histórias, formação de vínculos seguros, fortalecimento de suas potencialidades e processos de resiliência, pensando as crianças e adolescentes como sujeitos em construção, que se constituem e se modificam de acordo com suas relações.

O Atendimento Psicológico como espaço de ressignificação: em busca de novos sentidos...

Percebe-se que algumas crianças e adolescentes conseguem, através da rede de apoio constituída no abrigo, terem plenas condições para expressarem suas potencialidades e seguirem com o desenvolvimento adequado para sua faixa etária, porém, em outros casos, verifica-se a necessidade de ajuda especializada, se inserindo neste momento o papel do psicólogo. Trabalhar com crianças em situação de abandono suscita os mais diferentes sentimentos e com certeza meche com nossos próprios medos de abandono enquanto seres humanos, ajudar estas crianças e adolescentes de forma a não julgar as famílias, a não demonstrar

sentimentos de piedade e não tomá-las como vítimas de uma sociedade onde as famílias estão fragilizadas, se mostra como um desafio essencial. Nestes atendimentos algumas dificuldades são encontradas tais como a falta de informações importantes sobre as crianças e adolescentes, suas histórias de vida anteriores ao abrigo, seus vínculos familiares, muitas vezes a falta de um profissional de referência para a criança, o que faz com que o atendimento psicológico isolado não dê conta das questões suscitadas na clínica. Portanto, deve-se refletir sobre outras formas de atendimento oferecidas pelos profissionais da psicologia, além de pensar a criança como sujeito único e diferenciado, pode-se pensar nas particularidades das instituições e dos profissionais que nelas trabalham, principalmente quando se trata dos cuidadores. Oferecer apoio institucional poderia ser de grande significado, pensando o funcionamento das instituições, suas regras, rotinas, espaço para a discussão de casos, planejamentos, a fim de pensar juntamente com os profissionais, dentre eles os cuidadores, em formas de cuidado mais saudáveis para as crianças e adolescentes, com objetivo de promover autonomia e protagonismo dos sujeitos, oferecendo segurança e afeto. Neste espaço, o profissional da Psicologia seria um facilitador destes diálogos, promovendo espaços de escuta e acolhimento aos profissionais envolvidos no cuidado e proteção das crianças e adolescentes em situação de abrigo. Neste mesmo sentido, se faz importante os cursos de formação, os espaços de troca entre os profissionais da instituição e também com a rede dos municípios.

Algumas considerações possíveis...

Pensar as crianças e adolescentes institucionalizados remete ao questionamento das instituições e dos profissionais envolvidos no atendimento a temática, dentre este aspecto também se suscitando diversas questões. Primeiramente, pode-se refletir sobre o histórico de abandono infanto-juvenil como parte integrante da história do Brasil, porém, a partir da recente constituição de espaços, instituições, com o objetivo de acolher às crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade, assim como, com a construção do Estatuto da Criança e do Adolescente em 1990, passaram-se algumas décadas a partir das quais a criança começou a ser pensada como sujeito de direitos a serem respeitados, repensando-se assim as condições para que estes direitos sejam assegurados nos contextos nos quais está inserida. Percebe-se que, de acordo com diversos estudos a situação de institucionalização pode ou não oferecer riscos para o desenvolvimento e constituição do sujeito psíquico, dependendo da adequação desse ambiente às necessidades destas crianças principalmente no que se refere às demandas emocionais deste público de característica tão particular. Para que isto aconteça, se mostrou extremamente importante um olhar apurado sobre a instituição e os cuidadores que nela se inserem, de forma a também serem olhados com cuidado, oferecendo espaços onde possam realizar aperfeiçoamentos e trocas, com o intuito de aprenderem sobre o desenvolvimento das crianças e adolescentes e demais questões importantes a sua subjetividade, mas também com o objetivo de se refletir sobre seus sentimentos e condições emocionais suscitadas no cuidado a estes sujeitos em formação.

Faz-se importante pensar em políticas públicas que possam repensar as discussões frente ao abrigo das crianças e adolescentes e também os processos de adoção, pensando em formas que não levem tanto tempo para que decisões possam ser tomadas quanto ao destino de cada criança acolhida nas instituições, fazendo com que sua referência única e por muito tempo seja o abrigo. Ainda, se poderia refletir neste mesmo sentido sobre outras formas de intervenção junto às famílias em diversas condições de vulnerabilidade as quais fazem com que seja instalado o abandono ou a retirada dos filhos por parte das instituições responsáveis por sua proteção, evitando assim institucionalizações precoces que geram o afastamento das famílias. Com relação ao papel do atendimento psicológico de viés psicanalítico, constata-se sua importância para a elaboração das vivências das crianças e adolescentes em situação de abrigo, fazendo com que posteriormente possam ressignificar suas histórias e seguirem novos caminhos. Sugere-se que também possam ser pensadas em outras contribuições da psicologia à temática da institucionalização na infância, pensando, em um primeiro momento, em um suporte às instituições de acolhimento e também aos profissionais responsáveis pelo cuidado a este público.

2.10 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE IDOSOS ATENDIDOS PELA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE BOSSOROCA – RS (Resumo Expandido)

Aline Basso; Maria Helena Schmidt

Introdução: No Brasil e no mundo todo, tem ocorrido um processo gradual de transição demográfica provocando um contínuo estreitamento da base da pirâmide etária devido ao declínio da fecundidade. A proporção da população de idosos aumentou de forma significativa nos últimos tempos, e o número de pessoas com 60 anos ou mais é expressivo em número absoluto e relativo, representando 8,6% da população total. Estudos apontam que em 2020, o Brasil será o sexto país do mundo com mais idosos, contabilizando em torno de 30 milhões de pessoas. As Nações Unidas projetaram para 2050, que 23,6 % da população brasileira serão de adultos idosos e o país será um dos cinco países do mundo com mais de 50 milhões de idosos.. A transição etária da população tem aumentado a expectativa de vida do povo brasileiro e, consequentemente gerado novos desafios para a sociedade. Há a necessidade de conhecer as condições de saúde e vida dos idosos e as causas determinantes envolvidas no processo de envelhecimento. Sabe-se que velhice não é sinônimo de doença, mas que existe uma alta prevalência de doenças crônicas nesta população, o que exige o planejamento de políticas públicas de saúde focadas nas necessidades do idoso. Pensando na mudança do quadro sócio-epidemiológico que vem acontecendo no Brasil, em 19 de outubro de 2006 foi aprovada a Portaria nº2528 do Ministério da Saúde que prevê a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Esta tem como objetivo recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos idosos, através da realização de ações de saúde voltadas para o indivíduo e o coletivo, baseado nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). A gestão do cuidado deve acontecer de forma integrada entre a rede de saúde, a família e o idoso. A Atenção Básica tem um papel importante na coordenação do cuidado, por ser a porta de entrada preferencial no sistema de saúde e propor um trabalho pautado no vínculo, na integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social. A Saúde da Família estratégia criada pelo sistema desenvolve esta proposta e atua diretamente na realidade da comunidade, considerando as particularidades e valorizando as diferentes necessidades do indivíduo e população. A Atenção Básica/Saúde da Família tem como objetivo na saúde do idoso, organizar e estruturar os serviços oferecidos a população, além de atuar no seu território de abrangência de forma a realizar um diagnóstico situacional, multidimensional identificando fatores de estilos de vida, ambiente onde vive, relação do profissional de saúde com o idoso, aspectos biológicos, sociais, funcionais e psíquicos. De acordo com o cenário descrito, é urgente a necessidade de conhecer o perfil epidemiológico desta população, sua situação socioeconômica, condição de saúde física e mental, estrutura familiar, grau de autonomia e independência funcional. Por isto, o presente estudo objetiva descrever o perfil epidemiológico dos idosos atendidos pelo Programa de Saúde da Família das três Unidades Básicas de Saúde do município de Bossoroca - RS, para, a partir das demandas identificadas, propor ações e atividades humanizadas voltadas para o cuidado a esta faixa etária.

Objetivo geral: Descrever o perfil epidemiológico dos idosos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família das três Unidades Básicas de Saúde do município de Bossoroca - RS;

Objetivos específicos: Caracterizar a situação pessoal e familiar dos idosos através das variáveis: sexo, idade, naturalidade, grau de instrução, estado civil, composição geral do domicílio, e grau de satisfação com vida; Identificar o estado geral de saúde referida pelos idosos; Identificar informações quanto ao conhecimento, direitos, uso e grau de satisfação dos idosos em relação aos serviços de saúde; Verificar a capacidade de autonomia e independência dos idosos quanto às atividades de vida diária; Identificar aspectos da saúde mental dos idosos; Levantar as condições socioeconômicas da população idosa;

Metodologia: Trata-se de um estudo transversal, quantitativo, do tipo exploratório-descritivo. "Os estudos descritivos têm por objetivo determinar a distribuição de doenças ou condições relacionadas à saúde, segundo o tempo, o lugar e/ou as características dos indivíduos." O local de realização da pesquisa será o município de Bossoroca, que está localizado nas Missões, na região noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, que ocupa uma área de 1.596,22 km², com uma população de 6.887 habitantes

segundo Censo IBGE/2010. As Principais atividades produtivas do município são a agricultura, pecuária, piscicultura e ovinocultura. Na área da Saúde, o município conta com uma rede de assistência composta por: três Unidades Básicas de Saúde (Estratégia de Saúde da Família) com cobertura de 100% da população local; Pronto Atendimento para casos de Urgência e Emergência; Núcleo de Apoio a Saúde da Família e Núcleo de Apoio a Atenção Básica, responsáveis pelo matriciamento nas áreas de fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, nutrição e assistência social. O período de realização do estudo será de dezembro de 2013 a maio de 2014.

A pesquisa será realizada com a população idosa de 60 anos ou mais, de ambos os sexos, residentes nas áreas de abrangência da Estratégia de Saúde da Família do Município de Bossoroca-RS. O programa atende 1224 idosos distribuídos nas três Unidades Básicas de acordo com os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab), referente ao mês de julho de 2013. A Unidade Básica de Saúde do Centro (Estratégia de Saúde da Família II) possui uma população de 431 idosos, sendo 210 homens e 221 mulheres. A Unidade Básica de Saúde do Bairro Bomfim (Estratégia de Saúde da Família III) possui 370 idosos, sendo 199 homens e 171 mulheres e a Unidade Básica de Saúde do Bairro Gaúcha (Estratégia de Saúde da Família I) possui uma população de 324 idosos, 170 homens e 154 mulheres. A amostra será composta por 545 idosos e foi estimada com base na proporção de 85% da população com problemas de saúde, e com um nível de significância de 95% e margem de erro de 3%. Os idosos serão selecionados aleatoriamente e proporcional a suas áreas distritais, totalizando uma amostra de 545 indivíduos. A amostra foi definida e calculada tendo como base o estudo de que realizaram sua pesquisa com usuários da Estratégia de Saúde da Família.

Os critérios de inclusão serão: residir na área de abrangência das unidades básicas da Estratégia de Saúde da Família, ser orientado no tempo e no espaço, com capacidade de verbalização e entendimento, concordar em participar do estudo e assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido. Serão excluídos os idosos não encontrados no domicílio após três tentativas de visita, não orientados no tempo e espaço, sem capacidade de verbalização e entendimento e que não concordem em participar do estudo. Para a realização da coleta de dados será utilizado o instrumento *Brazil Old Age Schedule* (BOAS) (Anexo I) questionário multidimensional estruturado e destinado para população idosa e que apresenta um padrão de validade e confiabilidade aceitáveis, sendo validado no Brasil. O mesmo está dividido em nove seções que procuram abordar as características, necessidades e problemas da população idosa. São elas: I Informações Gerais, II Saúde Física, III Utilização dos Serviços Médicos e Dentários, IV Atividades da Vida Diária, V Recursos Sociais, VI Recursos Econômicos, VII Saúde Mental, VIII Necessidades e Problemas que Afetam o Entrevistado e IX Avaliação do Entrevistador. Após aprovação e autorização do Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição, do gestor da Secretaria Municipal de Saúde e do Conselho Municipal de Saúde do município de Bossoroca, será dado início a coleta de dados. O instrumento será aplicado pelos agentes comunitários de saúde após treinamento dos mesmos pelo pesquisador para discussão e orientação da prática de aplicação do questionário. Para o treinamento das agentes será utilizado o Manual: Perfil do idoso brasileiro: questionário BOAS. A coleta será através de entrevistas domiciliares com os idosos definidos pela amostra. As entrevistas individuais terão início após aplicação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos envolvidos no estudo, com tempo previsto de preenchimento do questionário de no máximo 50 minutos.

Análise e Apresentação dos Resultados: Todos os dados coletados serão processados e analisados através do *Software Statistical Package for Social Science (SPSS)*, versão 21.0. Os resultados serão apresentados através de tabelas e gráficos e discutidos com base em referencial teórico.

2.11 SENTIMENTOS E PERCEPÇÕES DE MULHERES PORTADORAS DO HIV FRENTE AO IMPEDIMENTO DA AMAMENTAÇÃO: REVISÃO INTEGRATIVA

Sabrina Chapuis de Andrade, Dinara Dornfeld

O estudo teve como objetivo conhecer os sentimentos e as percepções de mulheres portadoras do HIV frente ao impedimento da amamentação. Seguindo a metodologia da Revisão Integrativa, buscou-se artigos nas bases de dados LILACS, IBECs, MEDLINE, Biblioteca Cochrane e SciELO, no período de janeiro de 2003 a agosto de 2013, onde foram selecionados sete artigos. A análise dos dados constatou que estas mulheres desenvolvem um sofrimento intenso diante da privação do aleitamento materno, e que muitas vezes os profissionais da saúde não são sensíveis, ou não implementam um cuidado integral que contemple todas as suas necessidades. Reconhecer as necessidades peculiares de apoio das mães HIV positivo é fundamental

para o planejamento do cuidado em saúde, e a educação permanente dos profissionais da saúde pode ser uma importante estratégia para a concretização desse cuidado.

2.12 A IMPLANTAÇÃO DAS ACADEMIAS DA SAÚDE A PARTIR DO CONTEXTO: UM ESTUDO SOBRE DESEJOS E RECURSOS FÍSICOS DE UMA COMUNIDADE DE DOIS DISTRITOS SANITÁRIOS DE PORTO ALEGRE

Luiz Carlos da Silva Viegas Júnior, Andréia Silveira Teixeira, Caroline Trindade, Eduardo Pacheco Castro, Elaine Oliveira de Souza, Fernando Mota Guimarães, Gabriela Costa Baptista, Giselda Endres, Gracieli Nadalon Deponti, Isadora Souza Basso, Janine Gamba, Kelly Cristina Silva de Carvalho, Laisa Helena Silva Silveira, Lucas Pereira, Luiz Henrique Rodrigues Moreira, Régis Gemerascas Mestriner, Rosângela Symanski da Cunha, Tamiris de Souza Diogo e Vitor Peña Prazido Rosa

Introdução: A portaria interministerial nº 421, de 3 de março de 2010, instituiu o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde, o PET-Saúde. É uma das estratégias do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde, o PRÓ- SAÚDE, visando à formação de recursos humanos para área da saúde com profissionais adequados às necessidades do país. O projeto é pautado na integração ensino-serviçocomunidade ao destinar ao grupo a elaboração e execução de um projeto de pesquisa baseado nas necessidades do serviço, além da inserção dos alunos nas Unidades de Saúde da Família. A PUCRS em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre participa atualmente do PET-Saúde em 9 projetos, sendo um deles conhecido como *PET-Academia da Saúde*, que tem como objeto de estudo e trabalho as doenças crônicas não transmissíveis (Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus tipo II) a partir da atividade física.

Objetivo: O projeto de pesquisa elaborado pela equipe do PET-Academia da Saúde tem como objetivo definir as melhores estratégias de intervenção a doenças crônicas não transmissíveis a partir da atividade física, em uma parcela da população vinculada a serviços públicos de Porto Alegre, tendo em vista o contexto, os desejos da população e os recursos disponíveis da comunidade.

Método: O estudo terá caráter qualitativo, se dará a partir de grupos focais com moradores do território e profissionais da saúde, além de avaliação dos recursos e características do território. Será solicitado aos participantes firmar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, tendo a participação voluntária, esclarecimento de riscos e benefícios, além de respeito ao sigilo.

Resultados parciais: O projeto de pesquisa encontra-se em análise no Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS, portanto ainda não foi iniciado.

2.13 RELATO DE CASO: PRIMEIRO ANO DE FUNCIONAMENTO DA UPA MOACYR SCLiar

Juliane Hochnadel da Silva, Clarissa Weiss Iuchno, Gislaine Saurin

Introdução: as Unidades de Pronto Atendimento integram a Política Nacional de Urgência e Emergência com o intuito de estruturar a rede de urgência e emergência no país, visando à diminuição das filas nas emergências hospitalares. A UPA Moacyr Scliar/Porto Alegre - porte III, atende até 450 pacientes/dia, via demanda espontânea e regulação do SAMU –, foi inaugurada em setembro/2012. Atende nas especialidades: clínico geral, odontologia, pediatria, cirurgia ambulatorial. Utiliza o Protocolo de Classificação de Manchester, baseado na gravidade e no tempo de espera recomendado, através de uma classificação de cores. **Objetivo:** descrever o funcionamento desta UPA no seu primeiro ano.

Metodologia: os dados foram obtidos através do acesso à intranet do GHC Sistemas e referem-se ao período de um ano de funcionamento da unidade. **Resultados:** Neste período foram realizados 129198 atendimentos, sendo 81318 clínicos, 14424 cirúrgicos, 19385 pediátricos, 14071 odontológicos. A média diária de atendimentos é 368 pacientes e a média de espera para o atendimento médico é de 78 minutos. A maioria dos pacientes é de Porto Alegre: 105787 pacientes, seguido de Alvorada: 17521, Viamão: 4145, Cachoeirinha: 2018, Gravataí: 1649 e Canoas: 513.

Conclusão: A UPA atende tanto a população de sua territorialidade, assim como outros bairros e cidades metropolitanas. A maior demanda é de paciente de baixa complexidade, que poderiam ser atendidos na Atenção Primária. Quanto ao tempo de espera para o atendimento médico, percebe-se que nos casos de emergência o atendimento está dentro do preconizado, porém, a média de espera não reflete a realidade, visto que os casos não graves possuem tempo de espera acima da média e dos tempos preconizados pelo protocolo.

2.14 REFLEXÕES SOBRE AS POSSIBILIDADES E DESAFIOS DE UMA CLÍNICA AMPLIADA E COMPARTILHADA PARA O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA NA ATENÇÃO BÁSICA

Mariana Mazzarino, Alexandra Jochims Kruel

O presente trabalho se propõe a refletir e discutir o cenário em que se encontra a infância e adolescência na Política de Saúde Mental vigente e analisar as possibilidades e os desafios de uma Clínica Ampliada e Compartilhada para o Cuidado em Saúde Mental na Infância e Adolescência na Atenção Básica. O desenvolvimento do artigo de reflexão embasou-se em documentos legais, como a Lei nº. 10.216 de 2001 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, a Portaria GM/MS nº. 3.088 de 2011 que institui a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, a Lei nº. 8.069 de 1990 referente ao Estatuto da Criança e Adolescente, as Diretrizes Nacionais para Atenção Integral de Adolescentes e Jovens, os Textos Básicos elaborados pelo Ministério da Saúde referentes à criação do Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-Juvenil, Atenção Psicossocial a crianças e adolescentes no SUS, e sobre a Clínica Ampliada. A partir dos referenciais bibliográficos pesquisados, constata-se que a Política de Saúde Mental vigente está mais voltada para o cuidado e a atenção da população adulta. O Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-Juvenil propõe que a clínica da infância e adolescência seja uma clínica ampliada e compartilhada com uma rede intersetorial, visando a corresponsabilização do cuidado entre os diversos atores envolvidos. Aposta-se na Atenção Básica como referência para organizar esse cuidado em rede, porém, é imprescindível repensar e reformular o modo como se faz a clínica, para a construção de uma Clínica Ampliada e Compartilhada, como também, é necessário que as equipes contem com o apoio matricial em saúde mental. Acredita-se que a construção e o fortalecimento de uma Política de Saúde Mental voltada para essa população específica poderá contribuir para a redução de agravos e prejuízos na vida adulta.

2.15 CONHECIMENTOS, PRÁTICAS E ATITUDES DE MÉDICOS E ENFERMEIROS SOBRE SAÚDE BUCAL NA PUERICULTURA

Mariana Loch dos Reis, Daniel Demétrio Faustino da Silva, Graziela Lavrati Escudeiro, Idiana Rita Luvison

O presente projeto tem como objetivos investigar quais são as informações de saúde bucal transmitidas por médicos e enfermeiros, contratados e residentes do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (SSC-GHC), aos pais nas consultas de puericultura e capacitar os profissionais médicos e enfermeiros, contratados e residentes do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (SSC-GHC), para as principais orientações em saúde bucal para crianças até 6 meses de idade. E, a partir disso, reorganizar as consultas odontológicas às crianças de zero a doze meses, revendo a necessidade de essas consultas serem anteriores aos seis meses de vida da criança, responsabilizando os profissionais da puericultura por esta etapa. Para isso, será aplicado um questionário aberto para saber o que os médicos e os enfermeiros, contratados e residentes, orientam sobre saúde bucal; o que eles consideram importante, mas não orientam e o motivo disso e ainda, quais as dificuldades encontradas para a transmissão dessas informações durante as consultas de puericultura. Após, será realizada uma capacitação com os profissionais a fim de que eles sintam-se seguros para transmitir as informações sobre saúde bucal, podendo assim, a consulta com o dentista ser postergada para após os seis meses. Será aplicado um questionário pré e pós teste, antes da capacitação e entre 15 e 30 dias após a mesma, para verificar o que de fato foi assimilado pelos profissionais. Será realizada a categorização das variáveis qualitativas e transformação em quantitativas. Após os dados serão apresentados na forma de estatísticas descritivas em frequências absolutas e relativas. Os dados serão tabulados e analisados com auxílio do software SPSS.

2.16 ATIVIDADES DE RELAXAMENTO COM ADOLESCENTES INTERNADAS: RELATO DE EXPERIÊNCIA DA TERAPIA OCUPACIONAL

Nátali Carina Dolvitsch Pfluck

Entendendo a complexidade do cuidado a adolescentes em tratamento intensivo para a dependência química em internação, verifica-se a necessidade do uso de novas tecnologias que facilitem a abordagem e o cuidado integral nessa fase do ciclo vital. Dessa forma, para promover melhor qualidade de vida durante o período de internação a Terapia Ocupacional realiza semanalmente atividades de relaxamento na Unidade de Internação Psiquiátrica de Adolescentes do Hospital Nossa Senhora da Conceição. As atividades ocorrem no refeitório ou consultório da unidade, preparando-se o ambiente com uso de recursos que facilitem a concentração através de estímulos sensoriais adequados (aromatizador de ambiente, luz suave, colchonetes e música tranquila). As técnicas mais utilizadas são a respiração diafragmática, relaxamento muscular progressivo e exercícios de *mindfulness*, orientadas pela terapeuta ocupacional. O uso de técnicas de relaxamento (*TR*), frequentemente associadas à terapia cognitiva-comportamental, tem como objetivos reduzir o nível de ansiedade e estresse, além de promover qualidade de sono e consequente maior autorregulação e autoeficácia dos pacientes. Seu uso interdisciplinar favorece a realização em diversos espaços terapêuticos e para diferentes populações em tratamento. Muitos estudos baseados em evidências sobre o uso de *TR* têm ampliado a adesão e diversificação das mesmas. Após a realização da atividade nota-se a melhora no humor e controle de ansiedade das pacientes que, de acordo com o interesse e aproveitamento de cada uma, pode perdurar e gerar mudanças comportamentais evidentes ao longo da internação. As técnicas são mais um elemento dentro do plano terapêutico que facilitam a expressão de sentimentos e a comunicação, auxiliam no manejo da fissura, promovem a diminuição da irritabilidade e a resistência para realizar tarefas e participar de outras atividades. Verifica-se, portanto, que atividades para aprendizado de *TR* propiciam às adolescentes maior autoconhecimento, autorregulação e autoeficácia, características essenciais para um melhor aproveitamento e tolerância ao período de internação.

2.17 ASSEMBLÉIA COM PACIENTES: TECNOLOGIA LEVE DE APOIO ÀS ROTINAS E AMBIÊNCIA DA INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA

Nátali Carina Dolvitsch, Fernanda Mohr Rohde

Na busca de efetivar as diretrizes do Ministério da Saúde, no campo da Saúde Mental, onde se preconiza a participação dos usuários dos serviços de saúde, de forma ativa e consciente, na organização dos serviços e em seu tratamento, a equipe da Unidade de Internação Psiquiátrica de Adultos do Hospital Nossa Senhora da Conceição propõe em seu projeto terapêutico a realização de Assembleia com pacientes, como tecnologia leve de monitoramento e qualificação da assistência prestada. A Assembleia acontece semanalmente, com dia e horário definido na sala de convivência da unidade. Os pacientes e membros da equipe de assistência (enfermagem, nutrição, assistente social, psicologia, terapia ocupacional e outros) participam de forma voluntária com o objetivo de discutir as rotinas da unidade, fornecer informações sobre o funcionamento da unidade e do hospital, criar espaço para discussão aberta e livre de críticas e sugestões relacionadas ao cuidado de equipe, conflitos e interação entre pacientes, atividades realizadas e demais assuntos que sejam de interesse coletivo. As Assembleias costumam ser dirigidas por um profissional da equipe (normalmente psicóloga ou terapeuta ocupacional) e mantém-se registro das pautas em ata específica. Nota-se que a Assembleia permite a troca de experiências e fortalecimento do sentimento de comunidade e participação através das escolhas de atividades (receita da oficina de culinária, lista de ajudantes do dia, etc), bem como é um facilitador da comunicação entre equipe e pacientes promovendo a aproximação através da acolhida das críticas e reivindicações ao mesmo passo que incentiva a responsabilidade mútua no cumprimento das combinações (principalmente nas alterações de rotinas da unidade). Considera-se, portanto a Assembleia como espaço de controle social compreendendo a discussão de problemas e busca de soluções alternativas de forma coletiva, a fim de incentivar o empoderamento e cidadania dos indivíduos, mesmo em ambiente restrito da internação psiquiátrica em hospital-geral.

2.18 A INTERSETORIALIDADE NO CUIDADO AO IDOSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Gláucia Bohusch, Tatiane Moreira de Vargas

O envelhecimento é um processo complexo, o qual necessita ser analisado dentro do conceito ampliado de saúde proposto pela OMS e defendido pelos princípios e diretrizes do SUS. No último censo, a população idosa no Brasil representou 7,4% da população total (IBGE, 2010). O aumento significativo da população idosa está mudando o perfil epidemiológico e demográfico da população brasileira. Isto torna necessária abordagem com características interdisciplinares e com foco intersetorial para apreensão da totalidade das dimensões sociais e superação histórica da setorização das políticas públicas para melhor atender as necessidades de saúde da população idosa (BRASIL, 2013). Neste contexto, a APS é o nível de atenção que possui mais apropriado para realizar tal abordagem. Neste contexto, a US Jardim Itu que compõe o SSC do GHC, sendo um dos cenários de práticas da RIS, como também, de pesquisas, possui uma equipe multiprofissional de trabalhadores contratados pelo GHC e conta com cinco núcleos profissionais da RIS. Neste cenário de prática, em contato com diversas histórias de vida, realidades socioeconômicas e necessidades de cuidado complexas dos usuários, o setor saúde não consegue, muitas vezes, ser resolutivo. Há dificuldade de articular-se com os demais setores para viabilizar e garantir um cuidado integral e intersetorial, buscando melhorar a qualidade de vida dos usuários. O presente projeto tem como objetivo central analisar a constituição da relação intersetorial entre as Políticas de Saúde e de Assistência Social no atendimento às necessidades de saúde da população idosa da US Jardim Itu do SSC do GHC no município de POA/RS. O estudo se orientará pelo método dialético crítico, entendido como compreensão dos fatores condicionantes da realidade social. Terá uma abordagem qualitativa. Os sujeitos participantes serão profissionais com ensino superior completo e que atuem em sua profissão de graduação na US Jardim Itu do GHC.

2.19 CURSO DE GESTANTES DA UNIDADE DE SAÚDE PARQUE DOS MAIAS: PROMOVENDO A INTEGRALIDADE NO PROCESSO DE TRABALHO

Simone Gonçalves Menegotto Reinehr, Carine de Moura Machado, Cristiane Steinmetz Campos, Dennis Axelrud Saffer, Joy Bergmann Soares, Juliana Silveira Emerim, Viviane da Silva Maciel

A gestação é um período de grandes mudanças na vida da mulher além de ser propício para o desenvolvimento de ações de promoção e educação em saúde. A atenção ao pré-natal em serviços de atenção primária deve incluir na sua rotina a formação de grupos ou cursos de gestantes. O curso de gestantes da Unidade de Saúde Parque dos Maias (USPM) teve como objetivo não só complementar a atenção ao pré-natal de baixo risco, mas também favorecer a troca de experiências e de conhecimentos entre profissionais e gestantes e entre elas mesmas. A USPM contava com 24 gestantes cadastradas no programa Pré-natal até outubro de 2013. Todas as gestantes foram convidadas a participar dos encontros via contato telefônico. Foram realizados oito encontros nos quais se abordou quatro eixos temáticos: cuidando de si, o parto e o puerpério, nutrição e odontologia e cuidados com o bebê. Os encontros eram semanais e teve-se um número de cinco gestantes participantes. Os temas partiram do cotidiano de cada uma das gestantes, de seus conhecimentos, questionamentos e significados. A participação de muitos profissionais de áreas diferentes permitiu que muitos assuntos fossem trazidos para discussão em grupo o que enriqueceu e ampliou os encontros. Ao término do curso, as participantes ganharam um certificado de conclusão e também uma foto artística como lembrança deste período tão importante.

2.20 CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO PACIENTE SEDADO À BEIRA DO LEITO: ESCALA DE RAMSAY - RELATO DE EXPERIÊNCIA

Patrícia Rodrigues Funck, Franciele Corrêa Schmitz, Aline Tambeiro da Silva, Cristiane Soares da Silva, Daniela Figueiredo, Victória Lemos, Elemara Frantz, Maria Aparecida Andreza Leopoldino

Introdução: a Escala de Ramsay é baseada em critérios clínicos, e possui numeração que varia de +4 a -5 pontos. Gradua a ansiedade, a agitação ou ambas até estado de coma irresponsivo (COSTA; MARCON; ROSSI, 2012). A avaliação do nível de sedação pela Escala de Ramsay deve ser feita rotineiramente. E qualquer alteração deve ser comunicada imediatamente a equipe médica (JERONIMO; CHEREGATTI, 2011).

Objetivo: é relatar experiência vivenciada por acadêmicos de enfermagem refletindo acerca dos cuidados de enfermagem prestados ao paciente sedado à beira do leito e a utilização da Escala de Ramsay.

Metodologia: Trata-se de um relato da experiência de acadêmicos de enfermagem durante a sua graduação numa unidade de terapia Intensiva num hospital de grande porte do município de Porto Alegre, RS.

Resultados/Discussões: a Escala de Ramsay, aproxima-se do ideal esperado para uma escala de sedação sendo considerada a escala mais simples e rápida a ser utilizada na UTI (JERONIMO; CHEREGATTI, 2011). Através dela pode-se ajustar a dose da medicação para o paciente (LUNA; SOUSA; FERRAZ, 2011). A Escala de Ramsay, tem quatro níveis de agitação graduados de forma crescente (positiva) de um a quatro, e mais cinco níveis de sedação graduados de um a cinco negativos (SOUSA NETO *et al.*, 2013). Por este motivo, a Escala de Ramsay é de fácil aprendizado, pode ser aplicado à beira do leito de forma simples e rápida, e possui sensibilidade e especificidade suficientes para ser considerado padrão de referência entre os escores de sedação existentes (MENDES *et al.*, 2008).

Conclusão: Contudo, o conhecimento do enfermeiro acerca da Escala de Ramsay é imprescindível para a determinação do sucesso do atendimento ao paciente sedado, pois permite o desmame dos sedativos. Por isto, acreditamos que este trabalho poderá contribuir para discussões/reflexões no processo de ensino-aprendizagem da sedação.

2.21 A INTERFACE DA SAÚDE MENTAL E A REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

Marta Ziziane Dorneles Wachter, Andressa Albrecht Lopes, Juciane Aparecida Furlan Inchauspe, Sabrina Chapuis de Andrade

Introdução: A Reforma Psiquiátrica evidenciou um novo paradigma de atenção à Saúde Mental (SM) no Brasil, mudando a concepção em seu modo de atuação. Na consolidação dessa reforma, uma das principais diretrizes é a articulação entre Atenção Primária de Saúde (APS) e Saúde Mental (SM). **Objetivo:** analisar e compreender a produção científica acerca desta temática.

Método: Trata-se de uma revisão de literatura dos últimos cinco anos, em que foram selecionados 20 artigos. Para a consulta, foi utilizado o banco de dados da biblioteca virtual LILACS, usando os seguintes descritores: atenção primária em saúde, saúde mental, atenção básica e saúde da família. **Resultados:** Os artigos pesquisados ressaltam a importância de haver uma articulação/comunicação entre as equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e os profissionais da SM a fim de oferecermos aos usuários uma assistência integral e de qualidade. Além de que, a partir dessa prática, os autores consultados perceberam melhorias nos processos de trabalhos das equipes, com repercussões positivas na assistência à saúde.

Conclusão: O trabalho em equipe multidisciplinar e de maneira transversal é de fundamental importância para uma assistência em saúde com base nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), onde o usuário é considerado na totalidade e a partir de suas singularidades. No que tange o cuidado em SM, torna-se ainda mais imperativa a necessidade de articulação dos profissionais da AP à SM, bem como aos demais dispositivos disponíveis nas Redes de Atenção à Saúde, desde que todos se inter-relacionem e possam somar conhecimentos para a melhoria da qualidade de vida das pessoas.

2.22 ENTREVISTA MOTIVACIONAL NO MANEJO DA CÁRIE PRECOCE DA INFÂNCIA: RELATO DE CASO NA UNIDADE SESC

Jéssica da Silveira, Daniel Demétrio Faustino-Silva

A Cárie Precoce da Infância - CPI é uma doença de alta prevalência e severidade que acomete crianças nos primeiros anos de vida, e por isso necessita de intervenções e abordagens precoces em nível individual e coletivo. Em razão de ser reconhecida como uma doença comportamental, sua prevenção e tratamento envolvem a mudança de hábitos e do estilo de vida da família.

A Entrevista Motivacional – EM, abordagem cujo objetivo principal é auxiliar o indivíduo nos processos de mudanças comportamentais, pode ser um aliado no manejo desta doença. O objetivo do presente trabalho é relatar o caso de uma paciente com CPI, cujo manejo foi guiado pelo método da EM com o propósito de aumentar a adesão ao plano de tratamento, mudar hábitos inadequados e comportamentos não saudáveis.

Paciente sexo feminino, 1 ano e 4 meses, ao exame clínico apresenta lesões cáries ativas nas superfícies vestibulares do 61 e 71 e mãe realiza higiene bucal com gaze. Alimentação: refeições principais restringem-se a arroz, feijão, carne e entre refeições salgadinhos e bolachas recheadas, aleitamento materno livre demanda diurno e noturno (coleito), nunca ingeriu frutas e verduras. A mãe relata não conseguir mudar a alimentação da filha e não tem perfil de adesão aos tratamentos. Após a realização de três consultas na abordagem de EM, a mãe aderiu ao tratamento e já apresentou mudanças em relação ao padrão alimentar da criança, inserindo frutas e verduras na dieta, iniciando a HB com escova e dentifrício fluoretado. Após um ano de acompanhamento, ao novo exame clínico a criança apresenta inatividade das lesões cáries, sem placa visível e mãe relata melhora significativa nos hábitos alimentares.

Com base nos resultados obtidos, a Entrevista Motivacional se mostrou eficaz na mudança de comportamentos não saudáveis, podendo ser usada na Atenção Primária a Saúde como abordagem no tratamento e prevenção de CPI e em busca da promoção da saúde bucal.

2.23 USO DE MEDICAMENTOS NA PRIMEIRA INFÂNCIA E SUA ASSOCIAÇÃO COM DEFEITOS DE ESMALTE DENTÁRIO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Ariston Frasnelli Rocha, Daniel Demétrio Faustino da Silva, Bruno Simas da Rocha

O esmalte dentário é um tecido altamente mineralizado e sem atividade metabólica após formado. Distúrbios ocorridos durante seu desenvolvimento podem se manifestar como defeitos permanentes nos dentes erupcionados. Uma alteração importantíssima é a hipomineralização molarincisivo (HMI). Estudos apontam a relação do uso de medicamentos com a HMI, como o uso de amoxicilina em crianças, levando a um possível aumento do risco de defeitos de esmalte em segundos molares decíduos com o uso da amoxicilina (6 semanas a 3 meses; 3 a 6 meses de vida), porém sendo necessários estudos adicionais para comprovar tal relação (Hong et al, 2004; Laisi et al, 2009;). Objetivo: avaliar se há associação entre o uso de medicamentos nos primeiros anos de vida e o desenvolvimento de defeitos de esmalte (DDE) em dentes permanentes de crianças de 6 a 12 anos (em 2012) na Atenção Primária. Delineamento: estudo analítico transversal. Os dados clínicos relacionados aos defeitos de esmalte serão derivados do estudo transversal concluído e previamente aprovado pelo CEP-GHC intitulado: “A asma e sua relação com as doenças bucais em duas unidades básicas de saúde de Porto Alegre-Rio Grande do Sul”, de *Lopes dos Santos, N. M. et al.* Os dados complementares serão coletados em prontuários de duas unidades do SSCGHC através de instrumento estruturado, buscando-se verificar o nº de consultas realizadas pelos pacientes, medicamentos utilizados e o tempo de tratamento. Serão incluídas as crianças inscritas e acompanhadas no Programa da Criança, nas suas respectivas unidades de saúde, do nascimento aos 4 anos de vida, e que participaram do estudo supracitado (n = 228). Os dados serão analisados no programa SPSS, com o cálculo da razão da prevalência (RP) para medir a força da associação entre a exposição aos medicamentos e o DDE; o teste qui-quadrado verificará a associação entre as variáveis (significância estatística de $p < 0,05$).

2.24 ATENÇÃO DOMICILIAR: USUÁRIO E FAMÍLIA NO CENTRO DO CUIDADO

Sabrina Chapuis de Andrade, Juciane Furlan, Marta Ziziane Dorneles Wachter

O cuidado à saúde deve englobar a compreensão dos modos de vida dos usuários. Para isso, é imprescindível o conhecimento do local onde esta pessoa reside e do território em que ela está inserida. A implementação do cuidado no âmbito da atenção domiciliar exige a reflexão sobre os modos de produção de saúde, a partir da organização das práticas no domicílio. É fundamental que os profissionais repensem suas práticas e coloquem o usuário e a sua família no centro da produção de cuidado; afinal, é para ele, e é com ele que o projeto terapêutico deve ser elaborado. Este estudo é um relato de experiência em uma Unidade de Saúde da Família, localizada na zona rural de um município da Região Metropolitana de Porto Alegre, durante o ano de 2013. Objetiva-se que o processo de trabalho descrito ao longo do estudo possa fornecer subsídios para o planejamento de ações em outras equipes de saúde, e que a partir do conhecimento de outros trabalhos possamos aperfeiçoar nossas práticas. Semanalmente, é reservado na agenda dos profissionais desta Unidade um dia para a realização das visitas domiciliares. Por estar responsável pela população da zona rural do município, a maioria dos atendimentos domiciliários é realizada a usuários que residem bastante distante da mesma. Por isso, é disponibilizado um veículo um dia por semana. Contudo, por ser grande o número de casos que necessitam acompanhamento domiciliário, o carro particular dos profissionais é utilizado, muitas vezes, como meio de transporte até a residência dos usuários. Em casos de pessoas acamadas, o acompanhamento domiciliário passa a ser desenvolvido de forma sistemática, onde a partir de um projeto terapêutico singular, realizado em conjunto com o usuário e sua família, são construídos os caminhos possíveis a serem seguidos, bem como os resultados que se objetivam alcançar. Em suma, vemos que a promoção da saúde e a prevenção de doenças no âmbito do domicílio deve ser possibilitada a todos usuários, pois assim conseguiremos diminuir intercorrências e melhorar a qualidade de vida das pessoas. Porém, frente às limitações que nós profissionais enfrentamos diariamente, como número insuficiente de pessoal, escassos recursos materiais, dentre outras dificuldades, torna-se imperativo a efetivação do princípio da equidade, onde precisamos selecionar famílias e usuários de maior risco e necessidades e implementar ações que possam contribuir para a melhoria da atenção à saúde e consequentemente do sistema como um todo.

2.25 A VIGILÂNCIA SANITÁRIA E A SAÚDE MENTAL: HÁ ESPAÇO PARA A INTEGRALIDADE? (Resumo Expandido)

Sabrina Chapuis de Andrade, Andressa Albrecht Lopes, Jessica De conti, Juciane Furlan, Marta Ziziane Dorneles Wachter

Introdução: A vigilância sanitária, após a Reforma Sanitária Brasileira, é compreendida como um dos objetivos do Sistema Único de Saúde (SUS), devendo agir em defesa dos princípios e diretrizes deste Sistema, abrangendo um largo campo de atuação. Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir, prevenir riscos e intervir na saúde de forma integral e com articulações entre os serviços. Assim, devem-se englobar atividades de promoção à saúde, prevenção de riscos e ações de assistência e reabilitação. Quanto à saúde mental no Brasil, após a Reforma Psiquiátrica, a qual tinha como objetivo construir um novo estatuto social para os portadores de distúrbios mentais, ficou assegurado a todos usuários o direito à integralidade da atenção; ou seja, garantindo sua cidadania, individualidade e respeito aos

seus direitos. Hoje, as políticas de saúde mental visam à melhoria no atendimento prestado por serviços de saúde através do atendimento integral às necessidades dos indivíduos, o qual deve ocorrer de maneira articulada, em rede, englobando todos os pontos de atenção à saúde a partir de uma visão holística do ser humano. Dessa forma, constatamos que a integralidade é uma das mais marcantes características das atuais políticas de saúde, sendo imprescindível para a efetivação de um cuidado em saúde de qualidade. Contudo, a partir da realização da nossa prática diária como enfermeiras de saúde pública e das situações que vivenciamos nos serviços de saúde, surgiu o interesse em estudar a seguinte temática: há espaço para a integralidade no que tange à vigilância sanitária e à saúde mental?

Objetivo: O objetivo deste estudo foi analisar a integração entre vigilância sanitária e a assistência à saúde mental.

Metodologia: Esta pesquisa foi realizada através de um estudo exploratório descritivo, de abordagem qualitativa, a partir de pesquisa documental e revisão bibliográfica. A pesquisa iniciou com a busca por publicações, artigos, revistas, teses, dissertações, Trabalhos de Conclusão de Cursos (TCC), em diferentes bases de dados: na *Scientific Electronic Library Online* (Scielo), na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), no Lume da UFRGS, no Google Acadêmico, em sites governamentais, entre outros. As buscas foram realizadas através de palavras-chave e expressões que pudessem localizar artigos e textos sobre essa temática, tais como “Vigilância Sanitária” e “Saúde Mental”, publicados em inglês, espanhol e português, nos últimos dez anos, englobando o período de janeiro de 2003 a novembro de 2013. A coleta dos dados aconteceu entre os meses de novembro e dezembro de 2013 e foi realizada nas seguintes etapas: busca dos artigos, leitura dos resumos e seleção para leitura do artigo completo. Dentre 83 estudos encontrados nas bases de dados, 32 deles foram

eliminados por não se apresentarem disponíveis na íntegra e on-line. Após a leitura de seus títulos e, quando necessário, de seus resumos, doze deles foram excluídos por não abordarem o tema, sendo um artigo excluído por tratar-se de duplicação. Assim, resultaram 38 publicações no formato de relatos de pesquisa.

Resultados: Os estudos apontam para o trabalho de forma isolada da vigilância sanitária nas secretarias da saúde, não abrangendo todos os princípios e diretrizes do SUS, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde. A temática da saúde mental apareceu em somente dez por cento dos documentos consultados, evidenciando que este assunto, apesar de ter alta relevância para a compreensão da saúde dos indivíduos como um todo, ainda não estão incluídas nas pautas da vigilância sanitária, demonstrando uma falta de

apropriação destas necessidades na área da saúde. Como explicação para não haver articulação entre os setores é apontado pelos autores pesquisados o desconhecimento dos profissionais de problemas em saúde mental que exijam a participação da vigilância sanitária; uma vez que, com inspeções, palestras e

ações pontuais os profissionais acreditam colaborar com a área. Além de que, segundo as fontes consultadas, foram evidenciadas dificuldades para a efetivação da integralidade na atenção à saúde, sendo o objetivo de trabalhar articulado com a rede de serviços um grande desafio, principalmente à vigilância sanitária.

Conclusões: Com os achados, vemos que a articulação entre os serviços de saúde, um dos pressupostos presentes na legislação do SUS, ainda ocorre de maneira fragmentada, ocasionando com isso, prejuízos à assistência aos usuários. A vigilância sanitária constitui uma poderosa ferramenta em saúde pública; contudo, ainda constata-se que existe a falta de apropriação das necessidades de atenção à saúde como um todo, de forma integral. Além de que, a vigilância sanitária não deve ser reduzida somente a mais um setor da secretaria da saúde, mas sim parte integrante e fundamental dos programas e políticas públicas dos municípios. Afinal, a vigilância sanitária pertence ao Sistema de saúde brasileiro e nele deve estar inserida e envolvida na complexidade da saúde de seus usuários para realizar práticas em saúde resolutivas e de qualidade, nelas incluídas o cuidado em saúde mental. E, no que tange ao cuidado em saúde mental, o uso de conhecimentos e tecnologias leves, as quais possuem baixa densidade, mas altíssima complexidade, se faz necessário, exigindo dos envolvidos neste trabalho o compartilhar de conhecimentos, potencializando, assim, as práticas em saúde. Afinal, trabalhar em redes é uma tarefa fundamental para a efetivação dos princípios e diretrizes do SUS e, conseqüentemente, do sucesso terapêutico dos nossos usuários.

2.26 A ENFERMAGEM E O CUIDADO À MULHER NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL

Sabrina Chapuis de Andrade, Juciane Furlan, Marta Ziziane Dorneles Wachter

A mulher no ciclo gravídico-puerperal necessita de acompanhamento por profissional da saúde capacitado e habilitado para tal. Dentre as competências do enfermeiro, segundo normas do Ministério da Saúde, está compreendido o cuidado à mulher gestante e puérpera. Por ser a prática do pré-natal uma das atividades mais realizadas pelas autoras deste estudo, objetivou-se realizar uma pesquisa para obter-se um panorama da atual

situação da saúde materna no município onde as mesmas trabalham, além de relatar um caso que ocorreu quando na oferta de cuidados puerperais. Ao comparar o atual panorama de saúde do município com anos anteriores observa-se que houve a redução da mortalidade materno-infantil o que possivelmente é decorrente da instituição de políticas públicas voltadas ao cuidado da saúde desse público, como a Rede Cegonha, por exemplo. As autoras, quando em atendimento a puérperas em um grupo na Unidade, prática que também é preconizada pela Rede Cegonha, depararam-se com dúvidas referentes ao uso de cascas de frutas para o tratamento de lesões secundárias à amamentação. Para responder a este questionamento foram apresentadas pesquisas científicas que desaconselham o uso desses materiais tendo em vista evidências desfavoráveis quanto a esta prática. Em suma, constata-se que políticas públicas que garantam o acesso das usuárias ao atendimento durante o ciclo gravídico-puerperal são imprescindíveis para a efetivação deste direito na atualidade. Quanto aos profissionais da saúde que realizam cuidados a essas usuárias, é de fundamental importância que estejam atualizados quanto às normas e publicações do Ministério da Saúde, órgão que deve embasar os nossos fazeres, além de estar muito bem instrumentalizado com práticas baseadas em evidências científicas, a fim de orientar corretamente as usuárias quanto a cuidados com a saúde e a esclarecer as suas dúvidas.

2.27 A CAPTAÇÃO DE SANGUE NA PERSPECTIVA DA HUMANIZAÇÃO E PRODUÇÃO DE SAÚDE

Maristela Costa de Oliveira, Almerinda R. C. Santos; Cristiane Ferraz Q. de Mello; Débora Cristina Abel; Letícia Della Méa Tagliapietra; Liziane Giacomelli H. da Cunha; Luci Roman; Maribela de Moura; Maria Bernardete D. Driemeyer

Este trabalho apresenta reflexões a partir da inserção do Serviço Social no Grupo de Captação de Doadores/as de Sangue do Hospital Cristo Redentor e de contatos com usuários/ familiares nas abordagens de rotina. O grupo de captação de doadores é formado por integrantes de diferentes setores do HCR. Conta quinzenalmente com a participação de representantes do Banco de Sangue do HNSC. Esse grupo tem como objetivo pensar e realizar coletivamente estratégias para ampliar e qualificar as ações de captação de doadores de sangue no GHC. Desde o momento em que o usuário ingressa no HCR, seja na emergência seja em unidades de internação, a assistente social realiza a sensibilização e orientação para a captação de doadores de sangue. Verificamos que vários usuários e/ou familiares foram/são doadores ou têm algum familiar doador. No contexto de hospitalização, os familiares tendem a se mostrar sensíveis e receptivos à solicitação de doações, embora identifiquemos alguns atravessamentos, desde a falta de informação, tabus, medos até situações concretas como a do usuário residir em outro município/estado, distante da sua rede familiar/social ou ainda encontrar-se em situação de vulnerabilidade social, sem possibilidade de acessar serviços, familiares ou amigos. Apesar do trabalho cotidiano de captação, há uma defasagem entre o número de transfusões efetivas e as doações realizadas. Necessidade de política institucional que inclua a participação dos profissionais na sensibilização, em todos os níveis, desconstruindo a fragmentação e verticalização dos processos de trabalho, enfatizando as dimensões biopsicossociais, clínicas e subjetivas dos usuários, através das tecnologias leves. A educação permanente em saúde constitui dispositivo essencial para a corresponsabilidade no cuidado em saúde. A captação de doadores poderia ser mais efetiva se a coleta fosse realizada no HCR com ambiência, acolhimento, horários flexíveis, agilização e qualificação no atendimento com possibilidade de fidelização e ampliação dos retornos e número de coletas.

3. PROCESSOS DE GESTÃO DE TECNOLOGIAS

3.1 O TÉCNICO DE REFERÊNCIA NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL COMO DIS(PARA)(DOR) DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL (Resumo Expandido)

Luciana da Silva Soares, Lisandra Alves Nascimento

Os serviços substitutivos ao modelo manicomial se pautam pela produção de intervenções que mudam significativamente o cuidado ao portador de sofrimento psíquico como: oferta de acolhimento na crise, atendimento integral, construção de vínculos de referência e oportunização de redes de reabilitação psicossocial inclusivas. Destes, escolho me debruçar sobre o dispositivo Técnico de Referência utilizado na Rede de Atenção Psicossocial, principalmente nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), bem como conceituar e refletir acerca de como esse arranjo é desempenhado pelos trabalhadores da Saúde Mental.

O técnico de referência pode ser considerado como um dos instrumentos indispensáveis para a humanização da atenção e da gestão em saúde, pois se trata da essência na clínica, que é o vínculo. Na saúde mental a relação entre usuário e profissional é uma ferramenta primordial para o trabalho e o processo terapêutico. O profissional de referência é quem poderá produzir a diferença ao cuidado. No modelo manicomial esta referência inexistia, sendo que o usuário é “da instituição”. Já na desinstitucionalização, ele é sujeito de cuidados de toda uma equipe, em que um profissional é o cuidador responsável, a referência. O olhar é de cooperação e não de dominação. Campos (1999) refere que essa nova ordenação pode potencializar alterações na subjetividade e na cultura dominante entre o pessoal de saúde, por meio de uma valorização concreta e operacional das diretrizes de vínculo terapêutico; transdisciplinaridade dos saberes e das práticas; e o de gestão de organizações como dispositivo para produção de grupos sujeitos. O Técnico de Referência parece-me um dos arranjos centrais na superação do paradigma hospitalocêntrico. Além disso, é uma forma de organizar a atenção nesses equipamentos substitutivos. Esse profissional vem sendo utilizado nos serviços de saúde e é um dos dispositivos organizacionais ainda pouco estudado e debatido. Dessa forma, buscou-se qualificar o conhecimento na área da Saúde Mental e reforçar a efetivação do cuidado integral preconizado pelas políticas vigentes. Para tanto, problematizo o trabalho do Técnico de Referência e seu reconhecimento nos serviços de Saúde Mental. Assim, o presente estudo tem por objetivos, nos serviços de saúde mental: identificar a importância deste dispositivo, refletir sobre esta função nas equipes e investigar as potencialidades e dificuldades de seu trabalho. O método adotado foi a pesquisa bibliográfica, metodologia de cunho qualitativo, que busca reconhecer o conhecimento já produzido sobre determinada temática a qual se busca uma resposta. A revisão foi realizada através da busca de publicações do Ministério da Saúde sobre o tema (sete documentos) e em bases de dados (SciELO e Lilacs) utilizando-se os descritores “técnico de referência”, “profissional de referência” e “equipe de referência”, tendo como resultado 419 textos, porém, pouquíssimos referindo-se ao tema em estudo (seis documentos). Assim, devido ao número pequeno de achados, não houve limitação temporal para seleção do material da pesquisa, o que resultou no período entre 1999 e 2011. Foi realizada a análise de conteúdo na modalidade análise temática, considerada apropriada para as investigações qualitativas em saúde, de acordo com Minayo (2006). Assim, desta análise emergiram problematizações quanto à definição, função, desafios e potencialidades do arranjo em estudo. Foi observado que a mudança na Política de Saúde Mental, com a Reforma Psiquiátrica, que foi impulsionada pelos trabalhadores da saúde, não vem garantindo, muitas vezes, mudanças das práticas, predominando o modelo biomédico, centralizando o tratamento na doença e perpetuando o controle e a tutela sobre os usuários. Ainda, há dificuldade dos trabalhadores reconhecerem a importância de seu trabalho como Técnico de Referência. Existe um enfoque maior nos desafios do que em suas potencialidades. Já os usuários e familiares valorizam o dispositivo. Dessa forma, se fazem necessárias a reflexão e discussão dessas práticas para que possamos ser trabalhadores mais comprometidos com a política atual, que incita ao cuidado integral e compartilhado.

3.2 LINHA DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL: POTENCIALIDADES DA REDE GHC (Resumo Expandido)

Rita Mello de Mello, Marta Orofino, Simone Faoro Bertoni, Carolina Meira Moser

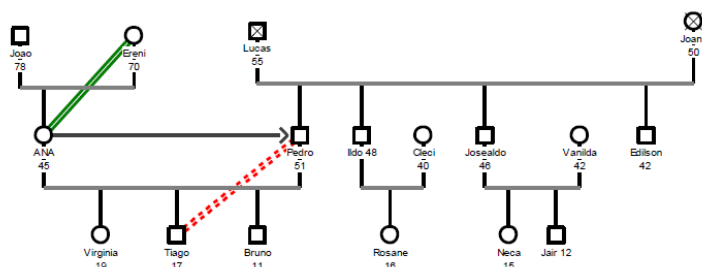
A utilização de tecnologias é complexa e consiste em fenômenos de muitas espécies, como agentes, instituições, produtos, conhecimentos e técnicas. Produzir tecnologia envolve o desenvolvimento de produtos materiais ou simbólicos que satisfaçam necessidades, bem como a organização do conhecimento acumulado e das ações humanas, em um processo contínuo de dimensões interdisciplinares. Na área da saúde, a utilização da tecnologia nos remete a uma gama infinita de possibilidades, fazendo-se social e politicamente necessária a construção de mecanismos de articulação entre os setores envolvidos na produção, incorporação e aplicação dessas tecnologias no sistema de saúde. A organização dos processos de trabalho surge como a principal questão a ser enfrentada para a mudança dos serviços de saúde, no sentido de colocá-los operando de forma centrada no usuário e em suas necessidades. A proposta pensada para vencer os desafios de uma assistência integral à saúde começa pela reorganização dos processos de trabalho na rede básica e vai somando-se a todas as outras ações assistenciais, seguindo o conceito de CECÍLIO & MERHY, enquanto uma complexa trama de atos, procedimentos, fluxos, rotinas e saberes, num processo dialético de complementação que compõem o que entendemos como cuidado em saúde. Esta discussão dá sentido para a idéia de que a linha do cuidado é fruto de um grande pacto que deve ser realizado entre os responsáveis pelo controle dos serviços e recursos assistenciais. Neste sentido, o presente trabalho busca compartilhar as experiências da Equipe Gestores do Cuidado em Saúde Mental nas ações que constroem, cotidianamente, as práticas dos diferentes profissionais, serviços e ações que compõem a Linha de Cuidado Saúde Mental do GHC (LCSM-GHC), no que se refere às atividades relacionadas à avaliação, incorporação, utilização e aprimoramento de tecnologias no sistema de saúde.

3.3 SAÚDE MENTAL E CICLOS DE VIDA: CONHECENDO A FAMÍLIA PARA ENTENDER OS PROCESSOS DE SAÚDE E DOENÇA (Resumo Expandido)

Sabrina Chapuis de Andrade, Andressa Albrecht Lopes, Jessica De conti, Juciane Furlan, Marta Ziziane Dorneles Wachter

A atenção integral à saúde dos usuários é uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde brasileiro. Assim, o cuidado à saúde mental deve se fazer presente no cotidiano da assistência em saúde. No que tange à assistência oferecida por equipes de Saúde da Família, as quais são responsáveis pelo cuidado de todos os usuários de seu território, o entendimento dos ciclos de vida pelos quais as famílias perpassam é de fundamental importância para o diagnóstico situacional e o planejamento de ações que serão efetivas e de acordo com a realidade de cada família. O presente estudo tem como objetivo relatar a experiência das autoras quando em atuação em uma Unidade de Saúde da Família da Região Metropolitana de Porto Alegre, no ano de 2013, quando a partir do entendimento dos ciclos de vida e da abordagem integral da família foi possível realizar um Projeto Terapêutico Singular, o qual foi construído em conjunto com estes usuários, alcançando-se resultados mais satisfatórios em relação ao cuidado em saúde destas pessoas. Ressalta-se que todos os aspectos éticos foram respeitados neste estudo, sendo que nenhum dos sujeitos envolvidos neste relato de caso foram identificados; uma vez que todos os nomes utilizados são fictícios e foram citados apenas para facilitar a compreensão da leitura do caso.

Descrição da Experiência: A Agente Comunitária de Saúde (ACS) responsável pela família da Sra. Ana comentou com a enfermeira da Unidade de Saúde da Família que gostaria de realizar uma visita domiciliar para a usuária, pois tem notado que cada vez ela está mais triste e desanimada com a vida. A enfermeira resolve então realizar visita domiciliar à família, e conversando com a Sra. Ana realiza o genograma da família e compreende o ciclo de vida familiar:



Fonte: produção da própria autora

Ana e Pedro nasceram na zona rural do município de Viamão. Os dois se conheciam desde criança e se casaram ainda bastante jovens, Ana tinha 16 anos e Pedro 22. Como fruto desse casamento, eles têm 3 filhos: Virginia, de 19 anos, Tiago, de 17 anos e Bruno, de 11 anos. Ana está com 45 anos e Pedro com 51 anos. Ela é dona de casa e ele é pedreiro e fumante há mais de 35 anos. Pedro é o filho mais velho de uma família de quatro irmãos. Como já é comum naquela região da cidade, todos trabalharam desde criança nas plantações e cuidando dos animais da família. Por ser muito difícil a vida no interior, e por necessitar ajudar seu pai no trabalho que dava o sustento para a sua família, Pedro estudou somente até a quinta série do ensino básico. Os irmãos de Pedro, o Ildo, 48 anos, e o Josealdo, 46 anos, deram seguimento a seus estudos e conseguiram se formar no ensino médio, sendo que Ildo é gerente de produção em uma fábrica no município de Alvorada, e Josealdo é corretor de seguros na capital, Porto Alegre. O irmão mais novo, o Edilson, está com 40 anos e é o único que não se casou e não tem filhos. Ildo casouse com a Cleci e eles têm uma filha, a Rosane. Josealdo é casado com a Vanilda, eles têm dois filhos: a Neca e o Jair. Os pais do Pedro são falecidos; Lucas faleceu de problema cardíaco aos 55 anos e a Joana por câncer de esôfago aos 50 anos, ela era fumante por mais de 30 anos. Pedro recebeu dos pais uma educação bastante rígida e depois da morte dos pais ele ficou responsabilizado pela família, por ser o irmão mais velho. Pedro confessa que gostaria de ter estudado mais, pois vê isso hoje como um problema para conseguir um emprego melhor. Pedro tem muitos tios e tias, ele vem de uma família grande, mas não possui contato com nenhum deles, pois quando da morte do pai brigaram muito para fazer a divisão dos bens que possuíam. A Ana é a única filha da Sra. Ereni, 70 anos, e do Sr. João, 78 anos. Ana possui o ensino médio completo, mas desde que teve os filhos, parou de trabalhar, antes ela era cozinheira em um restaurante da comunidade. A Sra. Ereni enfrentou um câncer de mama aos 45 anos que quase ocasionou a sua morte devido à depressão. Após esse fato, Ana passou a ser mais próxima da mãe, levando ela e o pai para morar com o Pedro e seus filhos. Pedro inicialmente gostou que os sogros fossem morar na mesma casa que ele e a esposa, afinal, os sogros ajudavam bastante financeiramente a Pedro. Porém, há uns 2 anos, o Sr. João descobriu-se portador de Alzheimer, necessitando a Sra. Ereni gastar muito do dinheiro de suas aposentadorias com medicações para ela e o esposo, o que provocou descontentamento de Pedro. Dos filhos de Ana e Pedro, apenas a Virginia, de 19 anos, trabalha. Esta, concluiu o ensino médio e atualmente cursa magistério e ministra aulas na escola da comunidade. Tiago, de 17 anos e Bruno, de 11 anos ainda estudam, estão no ensino básico. Pedro briga muito com o Tiago, pois pensa que ele é preguiçoso e gostaria que o filho tivesse mais responsabilidade, que seguisse o caminho igual ao do pai quando jovem. Ana fica nervosa com as brigas de Pedro com o filho e com os sogros.

Ela chora muito e sente-se culpada pela irritabilidade do esposo. Plano de atendimento a curto prazo Ao realizar o atendimento à Sra. Ana e sua família, a enfermeira tentou mostrar a eles como estava entendendo esta situação e devolveu o diagnóstico situacional. A enfermeira descreveu a etapa do ciclo de vida que esta família estava passando, com pessoas desde a idade que compreende a adolescência até idosos, e reforçou sua funcionalidade. Foi sugerido para a família que cada um falasse como estava compreendendo esta situação, o que cada uma poderia melhorar para contribuir no processo e apoiar seus familiares, pensando em um plano em comum. A enfermeira orientou que nessa etapa do ciclo de vida familiar é muito importante que as pessoas tenham uma maior flexibilidade, tentando um entender a singularidade do outro. Para o Pedro e para a Ana a enfermeira orientou mais paciência com os filhos e da importância de incluir a independência dos mesmos, de realizar atividades prazerosas em conjunto, que possam uni-los. Explicou para Pedro

que ele não necessita dispensar as mesmas atitudes que seu pai dispensava a ele para que o filho seja bem sucedido. Além de que, Pedro ainda é jovem e poderia iniciar um curso para qualificar-se profissionalmente e conseguir um emprego melhor. A enfermeira colocou em evidência os problemas clínicos de Pedro, pois através da história familiar de doença cardiovascular e câncer de esôfago, Pedro tem uma necessidade ainda maior de deixar de fumar e adotar hábitos de vida mais saudáveis. Plano de atendimento a médio prazo

A enfermeira convidou a Sra. Ana e seus pais para participarem do grupo de convivência na Unidade de Saúde, onde poderão ter contato com outras pessoas, saindo um pouco de dentro de casa e realizando atividades de distração e lazer. Por fim, a enfermeira realizou combinações finais e deixou agendado retorno de sua visita para a próxima semana a fim de saber como estava indo as relações da família.

Esses estranhos assentados, meus parentes? Não acredito. São visitas se divertindo numa sala que se abre pouco. Ficaram traços da família perdidos no jeito dos corpos. Bastante para sugerir que um corpo é cheio de surpresas. CARLOS DRUMMOND DE ANDRADE - In A Rosa do Povo, 1945

3.4 EVASÃO ESCOLAR EM CURSOS TÉCNICOS NA ÁREA DA SAÚDE: CAUSAS APONTADAS PELOS ALUNOS DA ESCOLA GHC NO PERÍODO DE 2010 A 2013

Izabel Alves Merlo

Introdução: Este estudo apresenta a evasão escolar sob o prisma do ensino técnico pós-nível médio, na área da saúde, especificamente desenvolvido pelo Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde – Escola GHC, em parceria com o Instituto Federal do Rio Grande do Sul – IFRS, Câmpus Porto Alegre, no período entre 2010 e 2013. **Objetivos:** Propõe-se a buscar na literatura causas de evasão escolar de alunos de cursos técnicos, bem como nos demais cursos, e compará-las às apontadas pelos alunos da Escola GHC, indicadas nas solicitações de cancelamento dos cursos, com a finalidade de encontrar subsídios que possam auxiliar a Escola GHC a dirimir a problemática em questão. **Método:** Estabelece uma análise quantitativa e qualitativa sobre a evasão dos alunos nos cursos técnicos de Registro e Informações em Saúde, Técnico em Enfermagem e Técnico em Saúde Bucal. Através da coleta de dados junto a formulários da secretaria acadêmica da Escola GHC, informa dados numéricos da evasão e também nomina os motivos indicados pelos alunos, quando do preenchimento do formulário de cancelamento do curso. Soma-se à análise a revisão de literatura pertinente ao tema, realizada nas bases de dados Lilacs, Scielo, Portal Capes, Google Acadêmico e sua relação com os relatos de causas apresentados no estudo. **Resultados:** Na análise dos dados numéricos e qualitativos disponibilizados pela secretaria acadêmica da Escola GHC, expostos no trabalho, consideramos elevado e permanente o índice de evasão. E quanto à análise das causas, acreditamos que a mostra, embora numericamente insuficiente por não termos documentos referentes à maioria dos alunos, evidenciou idênticas causas referidas na literatura.

3.5 AÇÕES DO PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PELO TRABALHO PARA SAÚDE EM UMA UPA DE PORTO ALEGRE

Luiza Suita Fauth, Patrícia Antoni, Alexander de Quadros

Introdução: O Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (PET- saúde) visa à inclusão de estudantes na vivência prática do funcionamento do SUS. O PET redes de atenção à saúde II da UFCSPA objetiva conhecer serviços integrados à rede urgência e emergência da região norte de Porto Alegre.

Objetivo: Evidenciar potencialidades e dificuldades encontradas no cotidiano do trabalho em urgência e emergência, de uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA). **Método:** Realizou-se análise através da observação participativa de acadêmicas, no período médio de um mês, nos turnos manhã e noite. A dinâmica iniciou-se com abordagem a alguns usuários após seu cadastramento e prévio consentimento verbal. A técnica observacional consistiu em sistematizar tempo de cadastramento até classificação de risco; tempo de classificação de risco pelo enfermeiro e cor atribuída conforme protocolo de Manchester; tempo de espera para consulta médica; duração da consulta; encaminhamento para sala de exames e medicação.

Resultados e conclusão: Resultados parciais apontam que a maioria dos usuários buscaram outros serviços antes de optarem pela UPA. Observou-se presença de pessoas de localidades, além da região norte. Nos períodos observados, tempo de espera para classificação, bem como, tempo de classificação estavam dentro do preconizado pelo protocolo. Evidencia-se grande quantitativo de pacientes classificados com cor verde, denominado pouco urgente. Tempo de espera para consulta foi indicado durante a classificação de risco com média de sete horas, como consequência muitas pessoas desistiram do atendimento. Não foi identificado uma reclassificação ativa dos pacientes, o que pode negligenciar a piora dos sintomas na sala de espera. Consultas tiveram duração aproximada de quinze minutos. Encaminhamento para exames e sala de medicação apresentou falhas devido falta de comunicação e orientação dos pacientes. Este estudo precisa ser ampliado e sistematizado para fidelizar informações, pois, o cenário apresenta nuances e variáveis no seu cotidiano, que podem alterar os resultados.

3.6 CATETER DE SWAN-GANZ: CUIDADOS DE ENFERMAGEM - RELATO DE EXPERIÊNCIA

Patrícia Rodrigues Funck, Franciele Corrêa Schmitz, Aline Tambeiro da Silva, Cristiane Soares da Silva, Daniela Figueiredo Victória Lemos, Elemara Frantz, Maria Aparecida Andreza Leopoldino, Vanessa Ferraboli dos Santos,

Introdução: o Cateter de Termodiluição Swan-Ganz é utilizado como instrumento de diagnóstico para a determinação rápida das pressões hemodinâmicas e do débito cardíaco quando usados em conjunto com um computador de débito cardíaco compatível (JERONIMO; CHEREGATTI, 2011).

Objetivo: Relatar experiência vivenciada por acadêmicos de enfermagem refletindo acerca dos cuidados de enfermagem essenciais no pós instalação do Cateter de Termodiluição Swan-Ganz.

Metodologia: Trata-se de um relato da experiência de acadêmicos de enfermagem durante a sua graduação num Serviço de Urgência e Emergência num hospital de grande porte do município de Porto Alegre, RS. Resultados/Discussões: Segundo Bisinelli, Mendes e Lourenço (2008), o paciente crítico internado é um ser dependente dos cuidados de enfermagem, portanto, os enfermeiros devem atuar de forma sistematizada na assistência de enfermagem prestada ao paciente internado em UTI. Portanto cabe aos enfermeiros o papel da monitorização hemodinâmica, pois, compete a observação constante das alterações do estado clínico do doente, bem como avaliar a eficácia dos tratamentos aplicados (CAPITÃO; PIRES, 2009). Por isso, monitorizar um doente grave envolve vários saberes que resultam em um cuidado mais seguro se inseridos na prática da enfermagem. Principalmente o que tange aos cuidados de enfermagem com o Cateter de Termodiluição Swan-Ganz, bem como a utilização dos dados obtidos no planejamento da assistência de enfermagem (BRIDI, 2013).

Conclusão: acreditamos que é necessário haver mais discussões a respeito dos cuidados de enfermagem com o Cateter de Swan-Ganz, pois os conhecimentos específicos sobre as indicações e aplicações clínicas da monitorização hemodinâmica, são fatores fundamentais para a monitorização e os cuidados de enfermagem para esse tipo de procedimento.

3.7 CUIDANDO DA FARMÁCIA CASEIRA: ATIVIDADES EDUCATIVAS REALIZADAS COM GRUPOS DE USUÁRIOS E AGENTES COMUNITÁRIOS DE UNIDADES DE SAÚDE

Ana Zilda de Castro Reck, Fabiane Elizabetha de Moraes Ribeiro, Paola Bell Felix de Oliveira, Patrícia Anelise S. da Silva, Victória Sakamoto, Kellen C. Borges de Souza, Luciane Kopittke e Aline Lins Camargo

Introdução: Educação em Saúde é uma prática social, cujo processo contribui para a formação da consciência crítica das pessoas a respeito de seus problemas de saúde, estimulando busca de soluções e organização para ações individuais e coletivas. Dados indicam que parte da população utiliza práticas inadequadas para guarda e descarte de medicamentos e que faltam conhecimentos sobre uso correto de plantas medicinais.

Objetivo: Apresentar as atividades educativas desenvolvidas pelo Projeto de Extensão da UFCSPA “Cuidando da Farmácia Caseira” em Unidades de Saúde (US), que visam à sensibilização dos usuários e

agentes comunitários de saúde sobre a importância da guarda e descarte correto de medicamentos e uso correto de plantas medicinais.

Materiais e Métodos: As atividades educativas foram desenvolvidas no ano de 2013 com grupos de usuários da US Parque do Maías, e também com usuários e agentes comunitários da US Costa e Silva, ambas do Serviço de Saúde Comunitária do GHC. Foram estruturadas oficinas sobre cuidados com estoque e descarte de medicamentos e também sobre manejo e uso adequado de plantas medicinais. Os temas foram trabalhados através de atividades interativas e lúdicas. Ao final de cada oficina foi realizada pesquisa de satisfação. **Resultados e Conclusões:** Foram realizadas 5 oficinas para 2 grupos de usuários da US Parque dos Maías e para 1 grupo da US Costa e Silva, em que participaram 39 usuários, em média 8/oficina. 74% daqueles que preencheram o questionário de avaliação (n=31) avaliou seu aprendizado nas oficinas como ótimo. Para os agentes comunitários de saúde foram realizadas 2 oficinas na Unidade Costa e Silva, em que participaram 21 profissionais, em média 10/oficina. Dos 12 participantes que responderam à pesquisa, 11 (92%) consideraram a atividade realizada como ótima. Por meio das atividades realizadas foi possível disseminar informações sobre guarda e descarte de medicamentos e uso de plantas medicinais.

3.8 O PAPEL DA GESTÃO NO PROCESSO DE FORMAÇÃO DO RESIDENTE EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Edinadia M. Dalberto, Daniela Dallegrave

Este projeto de intervenção organiza a proposta de Estágio Curricular de gestão para Residentes de segundo ano do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição, com ênfase em Saúde da Família e Comunidade que realizam o processo formativo no município de Marau. Ele busca mostrar a importância do papel da gestão no processo de formação em Saúde da Família do residente em que a sua Unidade de Saúde da Família está inserida. Será desenvolvido em um período com duração mínima de 6 semanas, carga horária de 16 horas semanais com um total de 96 horas, podendo durar até 120 horas, após a realização do gerenciamento na Unidade de Saúde. Será realizado sob supervisão da Preceptora do Núcleo de Enfermagem e Coordenadora da Atenção Básica Municipal. O residente, no decorrer do estágio, acompanhará a supervisora e desenvolverá atividades com o Nasf – Núcleo de Apoio à Saúde da Família, Numesc – Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva, PIM – Programa Primeira Infância Melhor, Vigilância em Saúde e demais Programas desenvolvidos no município, conforme desejo do residente e articulado com a necessidade da gestão. O contato com este espaço de gestão dará ferramentas para estes residentes colocarem em prática durante seus futuros processos de trabalho na Saúde da Família. Além disso, este estágio proporcionará aos residentes, futuros profissionais especialistas em Saúde da Família, a vivência e a experimentação da realidade da gestão do SUS.

3.9 PROPOSTA DE QUALIFICAÇÃO DOS PROCESSOS ADMINISTRATIVOS RELATIVOS AO FATURAMENTO HOSPITALAR

Ruth Milene Saran Dornelles, Alexandra Jochims Kruehl, Jose Matias Rizzotto

Este projeto de intervenção tem por objetivo a promoção da qualificação de processos administrativos dentro de uma instituição hospitalar de grande porte, localizada em Porto Alegre. Seu público alvo são os trabalhadores de nível médio lotados nas unidades assistenciais e administrativas envolvidas com os processos de faturamento. Há dificuldades durante o processo de aprendizagem de tarefas, uma vez que para este profissional não é exigida uma formação específica. Os resultados deste processo e a importância dos registros adequados nem sempre estão claros e definidos, comprometendo muitas vezes os objetivos da instituição e a segurança de pacientes e profissionais. O referencial teórico está fundamentado na literatura da área da Administração, principalmente Gestão de Processos. Para contextualizar este projeto, o diálogo com a Gestão Hospitalar se faz necessário, também porque a metodologia escolhida é a de pesquisa-ação, um formato interativo entre o pesquisador-interventor e o ambiente.

3.10 DESENVOLVIMENTO DE SISTEMAS INFORMACIONAIS EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DO GHC

Letícia Piccoli Tergolina, Carolina Meira Moser, Eliana Dable de Mello

Produzir tecnologia envolve também a organização do conhecimento acumulado e das ações humanas, em um processo contínuo. Na área da saúde, os sistemas informacionais representam uma potencial ferramenta para o desenvolvimento e implementação de ações voltadas à melhoria do cuidado integral. Para efetivação de mudanças nos serviços de saúde, a organização dos processos de trabalho surge como uma questão central a ser enfrentada no sentido de colocá-los operando de acordo com as necessidades dos pacientes. Com o objetivo de possibilitar a análise dos processos de trabalho dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), a Coordenação Estadual de Saúde Mental tem indicado a implantação do RAAS (Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde) nesses serviços. O RAAS foi instituído pelo Ministério da Saúde através da Portaria 276 de 30 de março de 2012 e adaptado às particularidades e procedimentos realizados nos CAPS de acordo com a Portaria SAS/SUS 854. Entretanto, em função da presente incompatibilidade do sistema de *software* do GHC com o do RAAS, ainda não foi possível sua implementação. Frente a essas situações, e com a consequente ausência de uma sistematização dos registros assistenciais e do perfil sociodemográfico dos pacientes assistidos pela equipe interdisciplinar do CAPS-II, surgiu a ideia de iniciar a construção de um banco de dados próprio simultaneamente à introdução do uso temporário do RAAS em papel. Como projeto piloto, estão sendo levantadas as informações referentes aos pacientes que ingressaram nesse Centro de Atenção Psicossocial desde janeiro de 2013. Serão apresentados os resultados preliminares deste estudo em implementação.

3.11 TAXA DE RESPOSTA A TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DE PACIENTES COM TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS INTERNADOS NA UNIDADE DE PSIQUIATRIA DO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO

Claudia Quadros, Vanessa Camargo de Azevedo, Felipe Zanchet, Vinícius da Cruz Luz, Airton Tetelbom Stein, Marina Netto, Carolina Meira Moser

A refratariedade dos transtornos psiquiátricos ao tratamento farmacológico ainda representa um desafio. Estimativas de prevalência desses casos são dificultadas pela multiplicidade de definições para os conceitos de resistência e refratariedade e pela interferência da adesão aos psicofármacos no sucesso terapêutico. Objetivos: Descrever a taxa de resposta a tratamento farmacológico de pacientes internados na Unidade de Psiquiatria do Hospital Nossa Senhora da Conceição.

Métodos: Avaliação de amostra consecutiva de pacientes internados em relação à gravidade sintomática nas primeiras 72 horas de internação e 6 semanas após a intervenção farmacológica com escalas BPRS, HAM-D, YMRS e CGI-S. O diagnóstico psiquiátrico, perfil psicossocial e história clínica também foram avaliados. O estudo foi aprovado pelo CEP-GHC em 28/08/2013.

Resultados: Foram recrutados 41 pacientes e 29 foram incluídos no estudo. O tempo médio de internação foi de 31 dias; 86,2% da amostra tinha feito uso de psicofármacos antes da internação e mais da metade tinha história de má adesão. Cerca de 50% dos pacientes tinha internação psiquiátrica prévia e presença de comorbidade clínica. A taxa de resposta da amostra total pela BPRS foi de 76%, sendo esta taxa de 70% entre os pacientes com Transtorno Psicótico Primário. Entre os pacientes com sintomas depressivos, a taxa de resposta pela HAM-D foi de 85,7% ; sendo de 71,4% pela YMRS para pacientes com sintomas maníacos. Discussão: A distinção entre má adesão e refratariedade, bem como a identificação destas taxas, são fundamentais para o desenvolvimento de abordagens terapêuticas mais efetivas para os transtornos psiquiátricos. Será dada continuidade ao presente estudo a fim de identificar a prevalência de refratariedade ao tratamento farmacológico dos principais transtornos psiquiátricos em nosso meio. Para essa estimativa, nossos resultados preliminares sugerem a necessidade de controle da variável má adesão como potencial fator de confusão.

3.12 AVALIAÇÃO DO CONSUMO ALIMENTAR DE CRIANÇAS COM UM ANO DE IDADE ASSISTIDAS PELO SERVIÇO DE SAÚDE COMUNITÁRIA DO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO

Laura Garcia de Freitas, Daniel Demétrio Faustino da Silva, Renata de Souza Escobar

O trabalho de conclusão de residência trata-se de um estudo transversal descritivo aninhado a pesquisa de coorte “Impacto de Programas Preventivos de Saúde Bucal Infantil na Atenção Primária a Saúde” previamente aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do GHC. O estudo sobre consumo alimentar no primeiro ano de vida é de grande relevância aos serviços de saúde. Os hábitos alimentares são formados na primeira infância e esse é o período ideal para intervenções educativas em nutrição que envolvam promoção e prevenção em saúde. Hábitos alimentares nesse período relacionam-se ao desenvolvimento psicomotor e cognitivo da criança e, se inadequados, com diversos desfechos de saúde da vida adulta principalmente relacionados às condições crônicas de saúde. O objetivo do trabalho é avaliar o consumo alimentar de crianças com um ano de idade assistidas pelo Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição. O estudo será realizado nas 12 Unidades de Saúde do GHC, e será aplicado, aos responsáveis pelas crianças, um questionário sobre consumo alimentar, para faixa etária, do SISVAN (Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional). Nesse questionário há perguntas que abordam aleitamento materno e a presença de frutas, verduras, leguminosas, carne, açúcar na alimentação das crianças.

3.13 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: ESTRATÉGIAS PARA O ENFRENTAMENTO

Sabrina Chapuis de Andrade, Juciane Furlan, Marta Ziziane Dorneles Wachter

Um dos maiores problemas de saúde em todo o mundo é a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). No Brasil, a HAS constitui uma das principais causas de óbitos. O objetivo deste estudo é relatar a experiência das autoras em uma Unidade de Saúde da Família na zona rural de um município da Região Metropolitana de Porto Alegre, durante o ano de 2013, onde identificou-se que os diagnósticos mais prevalentes estavam relacionados à HAS. Uma vez que fatores de risco para o desenvolvimento e agravamento dessa doença estão relacionados ao estilo de vida, identificou-se a necessidade de desenvolver atividades que fossem além das tradicionais consultas, iniciando, então, na unidade, o grupo de “Saúde e Qualidade de Vida”, no qual são realizadas atividades expositivo-dialogadas com assuntos relevantes para a prevenção de doenças e melhoria do bem estar das pessoas, com foco na prevenção de agravos decorrentes da HAS. O primeiro grupo que realizamos não contou com a participação de muitos usuários. Por se tratar de uma comunidade que localiza-se na zona rural do município, identificamos a dificuldade para os usuários irem até a Unidade. Então, nós, equipe de saúde, fomos até a comunidade. O grupo passou a ser realizado no Centro de Tradições Gauchescas (CTG), contando com um número maior de participantes. Analisando os indicadores de saúde dos usuários cadastrados em nossa Unidade verifica-se que o número de internações por complicações de HAS diminuiu em torno de 20% em relação ao ano de 2012. Assim, concluímos que a realização de atividades grupais, que visem à discussão de assuntos relevantes para a promoção e a prevenção de agravos à saúde é de fundamental importância e provocam diferenças significativas nos indicadores de saúde, refletindo, assim, as melhorias alcançadas no que tange a qualidade de vida das pessoas.

3.14 CAUSAS DE ÓBITO SEGUNDO SUAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS EM UMA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE PORTO ALEGRE

Patrícia Antoni, Luiza Suita Faurh, Alexander de Quadros

Introdução: As estatísticas de mortalidade constituem-se uma das principais fontes de dados para os diagnósticos de saúde. No entanto, devemos atentar para as suas limitações, uma vez que são construídas com os dados retirados das declarações de óbito. São comuns, também, os estudos com estimativas indiretas, apoiadas em restrições quanto ao comportamento demográfico das populações. As estatísticas atuais oferecem um campo de exploração, cujos dados carregam um poder explicativo que pode apontar tendências e padrões de comportamento.

Objetivos: Descrever as características sociodemográficas dos óbitos ocorridos entre janeiro de 2013 e janeiro de 2014 em uma Unidade de Pronto Atendimento da região de Porto Alegre, e averiguar se estes condicionam padrões característicos de óbito.

Método: A pesquisa terá uma abordagem quantitativa, com objetivo exploratório e descritivo, do tipo pesquisa documental retrospectiva, com um período estabelecido de um ano, entre janeiro de 2013 a janeiro de 2014. A população do estudo será os dados, dos prontuários, do caderno de registro de óbitos da sala de urgência e das cópias dos atestados de óbito, de todos os pacientes que foram a óbito neste período. As variáveis serão coletadas através de um formulário, previamente testado, e analisadas no software estatístico SPSS, estas são divididas em variáveis sócio-demográficas e variáveis relacionadas ao óbito. O projeto será encaminhado à Plataforma Brasil para aprovação dos Comitês de Ética em Pesquisa do GHC e da UFCSPA.

Resultados Esperados: Pretende-se contribuir para a discussão e compreensão das características e causas dos óbitos ocorridos neste cenário, juntamente com os gestores e profissionais. Além disso, subsidiar a realização de intervenções que aprimorem a assistência aos pacientes em situação de urgência, garantindo um melhor atendimento.

3.15 USO DA ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO PARA ORGANIZAR O MANEJO DE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS EM UMA UNIDADE DE SAÚDE

Rosane Maria Esteves

Introdução: A hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes melito (DM) são condições crônicas prevalentes na atenção primária à saúde, demandando adequado manejo para a prevenção de complicações crônicas. O manejo de cada paciente depende, dentre outros fatores, da severidade de sua condição clínica e de sua capacidade de autocuidado. O presente estudo tem como objetivo estratificar o risco cardiovascular e capacidade de autocuidado dos pacientes hipertensos e diabéticos, conforme a escala de Stürmer & Bianchini, para organizar seu manejo.

Métodos: A escala de Stürmer & Bianchini foi aplicada a todos os hipertensos e diabéticos da Unidade de Saúde Santíssima Trindade (USST) de julho 2013 a janeiro de 2014, em consulta médica individual.

Resultados: A estratificação de risco foi aplicada em 208 (76%) dos 272 hipertensos cadastrados e 54 (45%) dos 121 diabéticos cadastrados na USST. Destes, 127 (61%) encontravam-se no estrato 2, 47 (23%) no estrato 3, 24 (12%) no estrato 4 e 10 (5%) no estrato 5.

Conclusão: Como esperado, a maioria dos pacientes com HAS e DM da USST encontra-se no estrato de risco 2, necessitando, além de consultas periódicas, apenas de atividades de educação em saúde. Somente 5% dos pacientes estão no estrato 5, que demanda gestão de caso.

3.16 PERFIL DEMOGRÁFICO DE USUÁRIOS DE UMA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA) DE PORTO ALEGRE

Carolina Souza da Silva, Daniela Vidal Rocha, Alexander de Quadros

As Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) têm por finalidade o atendimento à saúde de caráter intermediário, situado entre a Saúde Básica e a Saúde Hospitalar devendo acolher os usuários em livre demanda e sem restrições de acesso (Ministério da Saúde, 2013). A UPA Moacyr Scliar de Porto Alegre é considerada de Porte 3, sendo capaz de atender uma demanda diária de cerca de 450 pacientes. O fluxo deste serviço é composto por usuários advindos de Porto Alegre, região metropolitana, entre outros, sendo que mais da metade dos atendimentos diários são advindos da região metropolitana. O crescimento pela procura desta unidade vem ascendente desde sua inauguração em setembro de 2012, tendo variações sazonais. O serviço oferece atendimento clínico, pediátrico, cirúrgico e odontológico e se utiliza do Protocolo Manchester de Classificação de Risco aplicado logo após o paciente realizar seu cadastro na Recepção. Inúmeros serviços situados em Porto Alegre e região metropolitana referenciam e orientam os usuários a buscarem seu atendimento na UPA. A caracterização do perfil demográfico dos pacientes frequentadores da UPA Moacyr Scliar se torna necessária e de extrema relevância, sendo que a maior parcela de usuários do serviço não têm origem no município onde esta Unidade está localizada. Acredito que a caracterização do fluxo de clientes auxiliaria numa melhoria do atendimento e, se possível, como sugestão na ampliação deste serviço para locais adjacentes a Porto Alegre, perfazendo a distribuição da demanda vigente.

4. REFLEXÕES SOBRE A PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO FRENTE A NOVAS TECNOLOGIAS.

4.1 O LÚDICO COMO ESTÍMULO PARA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE (Resumo Expandido)

Ana Celina de Souza

Introdução: A experiência aqui relatada é a da confecção e uso de um jogo de tabuleiro como estratégia de educação permanente em saúde na equipe de enfermagem, junto à equipe de enfermagem da Unidade de Saúde Jardim Itu, do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição. A temática colocada para a discussão foi o processo de trabalho na sala de vacinas, em toda sua extensão, considerando a complexidade que está dada neste sítio de trabalho. O jogo proporcionou a reflexão, troca de conhecimento e repactuação do processo de trabalho, considerando sua complexidade. Da chegada dos usuários e das famílias na Unidade de Saúde, passando pela revisão dos antigos e novos imunobiológicos inseridos no calendário vacinal, até as técnicas de aplicação e as tecnologias relacionais que a equipe constrói para acolher e cuidar das famílias.

Contextualização: Desde 2012 as Educações Permanentes das equipes de enfermagem do SSC estão acontecendo de modo descentralizado, na Unidade de Saúde. Idealmente, o calendário de educações permanentes da enfermagem, é organizado para acontecer uma vez ao mês, totalizando uma hora de estudos de temáticas relacionadas às necessidades do trabalho em saúde.

Porém, na prática as demandas organizativas e administrativas acabam por tomar todo o tempo de reunião que a equipe dispõe durante seu cotidiano de trabalho. Atividades que necessitam maior fôlego são prejudicadas pela falta de tempo na semana típica das trabalhadoras.

Outra característica que fragiliza esta categoria profissional é a sua natureza de constante atendimento ao público, o que dificulta a reunião de todas as integrantes. Sendo assim conforme as temáticas tornam-se emergentes, a equipe reúne-se em horário alternativo (sábados) para estudar e atualizar seu processo de trabalho. Para Ceccim (2005), as equipes de saúde com base no território de moradias têm sido convocadas a enfrentar o desafio complexo que é buscar atualizar conhecimentos e práticas na medida em que a velocidade das mudanças nestas áreas acontece. Para tanto, operar a construção do trabalho em saúde na perspectiva de aprender a aprender e a trabalhar em equipe são ferramentas para exercer permanentemente o potencial pedagógico de uma equipe. Uma característica deste processo de ensino e aprendizagem é a interface com o trabalho em saúde, estando seus agentes, consequentemente, encharcados pela prática, o que torna o desafio do fazer pedagógico bastante rico. Como valorizar este saber do cotidiano do trabalho? Quais práticas pedagógicas permitem o empoderamento das trabalhadoras e de seu saber? Considerando que a temática “Imunobiológicos” engloba diferentes densidades tecnológicas, quais dispositivos são potentes para abarcar os processos cognitivos, atitudinais, cuidadores e afetivos neste sítio de trabalho?

A construção de um jogo de tabuleiro foi um modo que a equipe de enfermeiras encontrou para aprender e repactuar as necessidades deste sítio de trabalho. Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (2012) é atribuição das enfermeiras “contribuir, realizar e participar das atividades de educação permanente das equipes de enfermagem” Considerando as críticas que alguns autores realizam a partir do campo do ensino da saúde (Luz, 1979; Mitre et al, 2008; Ceccim, 2005; Koifmann e Oliveira, 2006), nos quais as práticas pedagógicas são centradas na transmissão dos conteúdos e estes essencialmente biomédicos, a experiência aqui relatada buscou romper com a lógica da “enfermeira que sabe, técnica de enfermagem que faz”. Para tal objetivo consideramos esta prática do trabalho em saúde como eixo estruturante da formação do jogo. As perguntas que nortearam o jogo foram produzidas a partir de situações reais enfrentadas pela equipe, dúvidas que surgem enquanto o trabalho vivo acontece, dúvidas

que são respondidas com estudo imediato e trocas entre as colegas, a fim de tomar a melhor decisão, com segurança clínica e em coerência com a organização do trabalho.

A organização do jogo: O jogo de tabuleiro é formado por 50 casas, que se dividem em pontos de exclamação ou seringas, distribuídos alternadamente. As jogadoras foram organizadas em duplas, mesclando o turno da tarde com o turno da manhã. As casas correspondem a dois tipos de cartas: as cartas de exclamação (lilás e rosa) que correspondem à possibilidade de sorte, revés ou poesias/músicas que remetem ao cotidiano de trabalho; e as cartas de seringas (laranja e azul) correspondem aos casos reais e exigem respostas complexas. Cada carta (seringas ou exclamação) tem um número determinado de casas para avançar ou retroceder. O terceiro tipo de carta são as cartas-objetivos (verdes) que cada jogador terá que cumprir até chegar o final do jogo, ou seja, além de responder as perguntas e viver as sortes e os revezes do jogo, os participantes precisam, ao longo do jogo, considerar o desafio colocado em seu objetivo. Esta última carta foi pensada para mobilizar a postura e as atitudes das jogadoras durante o jogo, e as convida para traçar um percurso colaborativo no qual o trabalho em equipe seja transversal. Esta foi uma alternativa para tornar o jogo mais colaborativo do que competitivo. O início do jogo foi determinado pelos dados mais altos e a partir daí o sentido anti-horário. Foi fornecido material técnico para a consulta durante o jogo.

Os deslocamentos no tabuleiro acontecem na medida em que as duplas tiram no dado o número de casas. Caso for uma casa exclamação a dupla pode gozar sua sorte ou sofrer as penalidades do revés, ou ainda declamar uma poesia ou cantar uma música para os colegas. Caso for uma seringa a dupla tem o desafio de responder o caso, de modo mais completo possível. Ao responder a questão o coletivo de jogadoras avalia se aquela resposta dá conta de todos os aspectos solicitados no caso. Caso ainda ocorra possibilidade de complementar a pergunta, a dupla anterior ganha este direito, tendo direito de andar no tabuleiro metade dos pontos que a dupla original andou. E assim por diante. E caso a resposta seja formulada coletivamente todas as duplas andam 1 casa. O jogo durou 2 horas e a equipe considerou a experiência diferenciada no sentido de disparar uma discussão. O lúdico foi potente para desencadear as conversas “mais sérias”, visto que o método para realizar as discussões, de um tema denso, proporcionou leveza e risos. Entretanto, sugeriu-se o uso de ampulheta para marcar o tempo da formulação das respostas, bem como um sinal a ser acionado quando a dupla em jogo não completar a resposta, consequentemente dando a chance de qualquer dupla (a mais rápida) poder responder a pergunta e levar a metade dos pontos.

Considerações finais: Considero que a experiência pode ser compartilhada com outras equipes a fim de qualificar o jogo, mas principalmente poder estudar sobre um processo de trabalho tão importante para a atenção primária em saúde, de modo lúdico.

A construção de estratégias de educação permanente em saúde que sejam baseadas em metodologias ativas também devem ser reconhecidas como modalidade de aumentar os diálogos entre os profissionais, evitando o saber unidirecional; valorizar o saber prático dos trabalhadores reconhecendo-os como sujeitos de saber e de ação; aprofundar as relações interpessoais entre os integrante da equipe como uma estratégia de consolidar o trabalho em equipe.

E principalmente aproximar o trabalho do prazer, da brincadeira e do riso, considerando estes predicados importantes para saúde mental dos trabalhadores.

4.2 IMPLANTAÇÃO DA GESTÃO DE CASOS COMPLEXOS EM UM SERVIÇO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (Resumo Expandido)

Léia Dilene Piovesan Shlindvein, Ananyr Porto Fajardo

As doenças crônicas não transmissíveis são um problema de saúde de grande magnitude no Brasil, sendo que em 2007 constituíram 72% das causas de morte. De forma geral, alguns fatores de risco são os responsáveis por grande parte da morbidade e mortalidade decorrentes de doenças não-transmissíveis, entre elas: hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM), além de demandarem custos financeiros significativos para o sistema de saúde. Dessa forma, as Doenças e Agravos Não-Transmissíveis (DANT) constituem um enorme desafio para as políticas de saúde dos países em desenvolvimento, agravado pelas desigualdades sociais e econômicas e pela má distribuição de renda. Em 2002 o Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (SSC/GHC) estabeleceu como prioridade de atenção no campo da Saúde do Adulto os problemas da HAS e DM; desde então vem desenvolvendo ações de promoção e educação em saúde, detecção precoce, tratamento e acompanhamento das pessoas com estas enfermidades crônicas e outros fatores de risco na população residente na sua área de abrangência. Com vistas à qualificação do serviço e à atenção às condições de saúde, o SSC/GHC realizou, ao longo de 2011, oficinas de Educação Permanente em HAS e DM, juntamente com a produção e distribuição de material disponibilizado para a capacitação em Gestão de Caso como uma das tecnologias de atenção para profissionais de APS. A gestão de caso é uma modalidade de atenção desenvolvida entre profissional gestor de caso, pessoa portadora de uma condição de saúde complexa e sua rede de apoio social. O gestor de caso desta condição de saúde responsabiliza-se pela pessoa durante toda a duração da condição crônica de saúde, avaliando sua necessidade de atenção à saúde e a conformidade dos serviços ofertados pela rede de cuidados. Tem a incumbência de coordenar a atenção à saúde utilizando-se de todos os recursos disponíveis na rede de atenção, determinando qual nível de atenção é adequado e verificando se o plano de cuidado está sendo seguido. Levando em conta estas características, Mendes (2012) considera que a Estratégia da Saúde da Família é um lugar privilegiado para esta modalidade de atenção. O objetivo desta modalidade de cuidado é proporcionar qualidade na atenção à saúde e o eficiente uso de recursos, procurando oferecer o máximo de autonomia e independência à pessoa assistida e sua família. A gestão de caso tem por finalidades “planejar, monitorar e avaliar opções de cuidados e de coordenação da atenção à saúde, de acordo com as necessidades da pessoa e com o objetivo de propiciar uma atenção de qualidade, humanizada, capaz de aumentar a capacidade funcional e de preservar autonomia individual e familiar” (MENDES, 2012, p. 403- 404).

O autor destaca que a gestão de caso normalmente é conduzida por um enfermeiro ou assistente social que, além de exercitar a coordenação da atenção, cuidam da mobilização de recursos e monitora os resultados, constituindo o “formato mais comum da proposta denominada de *hands-off*, em que o gestor de caso exercita a coordenação da atenção, cuida da mobilização dos recursos e monitora os resultados, sem se envolver diretamente na prestação de serviços” (MENDES, 2012, p. 405). O processo da gestão de caso é desenvolvido mediante “a seleção do caso, a identificação do problema, a elaboração e a implementação do cuidado e o monitoramento do plano de cuidado” (MENDES, 2012, p. 406). Este resumo se refere a um projeto de pesquisa para elaboração do Trabalho de Conclusão da Residência apresentado à Residência Integrada em Saúde – ênfase Saúde da Família e Comunidade – do Grupo Hospitalar Conceição. Está em andamento e tem como objetivo geral conhecer o processo de implantação da modalidade de gestão de casos complexos em hipertensão e diabetes no SSC/GHC. Especificamente, pretende: (1) descrever este processo; (2) identificar quantas unidades do serviço já implantaram essa modalidade de intervenção, quantas estão em processo de implantação e quantas ainda não o fizeram; e (3) conhecer os condicionantes do processo de implantação. O interesse por estudar este tema surgiu pela sua relevância no acompanhamento às condições crônicas e a necessidade do serviço responder à demanda por atendimento a estas condições de saúde. Atualmente, nas doze Unidades de Saúde do SSC/GHC, são atendidos 14.737 pacientes com HAS e 5.161 com DM. Esta estimativa considera os pacientes acima de 18 anos inscritos na ação programática desde sua implantação até março de 2013 (SIS-SSC, 2013). As condições crônicas normalmente levam a mais sintomas e, às vezes, à perda da capacidade funcional, sendo este o motivo da necessidade de cuidados. Deve-se

considerar que as condições crônicas manejadas de maneira inadequada também podem se manifestar sob a forma de eventos agudos (MENDES, 2012). Estas condições de saúde podem ainda evoluir insidiosamente e silenciosamente, decorrendo disto a necessidade da atenção continuada, a qual requer a articulação e integração dos diferentes níveis e locais de prestação de cuidados. Podemos perceber o empenho em enfrentar as condições crônicas se considerarmos o que foi apontado por Ham (*apud* MENDES, 2012) - a epidemiologia moderna mostra que os problemas prevalentes de saúde, definidos em termos de impacto sanitário e econômico, giram em torno das condições crônicas. É importante desmistificar ainda que as doenças crônicas ocorram somente em idosos ou pessoas que vivem de maneira desregrada, por exemplo, para não correremos o risco de negligenciar novas epidemias. O trabalho que aqui apresentamos trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva, do tipo estudo de caso. Participarão gestores institucionais e locais, além de usuários implicados com a atenção a estas condições. A interação será viabilizada mediante entrevista e questionário semi-estruturado e os dados serão submetidos à análise de conteúdo. O projeto de pesquisa foi apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição, conforme a Resolução 466/2012, tendo sido aprovado em 5 de fevereiro de 2014. A investigação deverá estar concluída em dezembro de 2014.

4.3 AVALIAÇÃO DA REDUÇÃO DO ABSENTEÍSMO ÀS CONSULTAS MARCADAS EM UM SERVIÇO DE REFERÊNCIA EM DIABETES (Resumo Expandido)

Mirian Farias da Silva; Daniel Klug; Balduino Tschiedel; Matilde Canterji Gerchman; Marcia Puñales

Introdução: O Instituto da Criança com Diabetes (ICD), atuando na área da saúde desde 2004, presta atendimento integral e gratuito a crianças, adolescentes e adultos jovens portadores de diabetes, através do convênio de parceria que mantém com o Grupo Hospitalar Conceição (GHC). Este atendimento é realizado através de uma equipe interdisciplinar (endocrinologistas, pediatra, oftalmologistas, nefrologista, psiquiatra, odontologistas, nutricionistas, enfermeiras, psicóloga, assistentes sociais e educador físico), com atendimentos diários através de três modalidades: ambulatorial, hospital-dia e atendimento telefônico (*hotline*) (TSCHIEDEL et al., 2008). Conhecendo as dificuldades que os pacientes com diabetes enfrentam,

principalmente os que se deslocam de municípios mais distantes, e sabendo da importância do atendimento com vários profissionais no manejo da doença, o ICD implantou uma forma de atendimento diferenciada. Este processo consiste na marcação de várias consultas, com especialistas diferentes, em um mesmo dia. Seu

principal objetivo visa facilitar para que o paciente não necessite retornar inúmeras vezes ao ICD, o que acarretaria algumas dificuldades como custo elevado, faltas na escola e ao trabalho e também grandes transtornos para os acompanhantes, que em sua maioria precisam ausentar-se de suas atividades para prestar este acompanhamento. Com o passar dos anos, porém, o ICD percebeu que ocorria um índice elevado de faltas às consultas marcadas. Essa situação caracteriza-se pelo não comparecimento do paciente agendado, sem aviso prévio, impossibilitando a transferência destas consultas a outros pacientes que estão aguardando. Na intenção de melhorar este processo, em 2011 foi realizado um levantamento dos dados onde foi possível conhecer as principais causas/motivos das faltas dos pacientes e também as fragilidades existentes no processo de marcação de consultas do ICD. A partir desta iniciativa foram realizadas reuniões juntamente com os gestores do ICD, que, em consenso, decidiram implantar um conjunto de ações com vistas à melhoria no processo de marcação de consultas, bem como à redução do absenteísmo às consultas previamente agendadas.

Objetivo: Avaliar o absenteísmo às consultas marcadas no Instituto da Criança com Diabetes, a partir das ações de melhorias implantadas pela instituição.

Justificativa: O Diabetes Mellitus (DM) é hoje um dos maiores problemas de saúde pública do mundo, acometendo 382 milhões de pessoas em todo o planeta. Caracteriza-se como uma doença crônica, grave, de evolução lenta e progressiva, que pode causar complicações advindas do mau controle (cegueira,

amputação, hemodiálise). O diabetes mellitus tipo 1 (DM1) - que responde por 5 a 10% de todos os casos de diabetes - afeta principalmente crianças e adolescentes e requer tratamento intensivo com múltiplas aplicações de insulina ao dia, automonitorização, plano alimentar balanceado e prática regular de atividade física. O atendimento com a equipe interdisciplinar tem por objetivos diminuir o número e o tempo de internações

hospitalares plenas por situações agudas relacionadas ao diabetes, como hipoglicemia e cetoacidose, e minimizar ou postergar o aparecimento das complicações crônicas, advindas do mau controle, oferecendo suporte psicossocial para melhor adesão ao tratamento e qualidade de vida. Considerando a complexidade da doença, importância da adesão ao tratamento e também a necessidade de um melhor aproveitamento dos serviços oferecidos junto à equipe interdisciplinar, o ICD detectou a necessidade de avaliar o conjunto de ações de melhorias implementado, como forma de reduzir o absenteísmo. Além disso, torna-se imprescindível verificar se estas medidas estão sendo efetivas no diagnóstico e na tomada de decisão, a partir dos resultados obtidos.

Material e Métodos: O presente estudo caracteriza-se como uma pesquisa observacional, exploratória e descritiva, tipo transversal, de abordagem quantitativa. O estudo se desenvolverá no ambulatório do ICD. O ambulatório localiza-se no 5º andar, onde são atendidos, em média, 28 ± 5 pacientes/dia, representando uma média/mês de 2.164 atendimentos em consultas. A população alvo desta pesquisa são todos os pacientes com

diabetes, em acompanhamento no serviço, que agendaram suas consultas no período de janeiro a junho de 2012 e no período de janeiro a junho de 2013. A amostra será escolhida por conveniência de tempo, composta por todos os pacientes com consultas agendadas em dois períodos distintos: seis meses antes do

plano de intervenção - janeiro a junho de 2012 – e seis meses após o início da implantação das ações - janeiro a junho de 2013. A coleta de dados será realizada através de informações obtidas pelo GHC Sistemas, que é a base de dados utilizada pelo Grupo Hospitalar Conceição e que possibilita gerar relatórios com informações, tanto dos dados referentes à marcação de consultas, quanto dos registros de atendimentos. Também servirão como fonte de informações as planilhas de fluxo de atendimentos diários, utilizadas para controle interno do ICD, e os relatórios dos contatos telefônicos realizados através do programa de “busca ativa”, mantido pelo serviço social. As ações implantadas como forma de reduzir o absenteísmo são as

seguintes: a) redução na marcação de consultas de cinco para quatro consultas/paciente/dia, em um único turno (manhã ou tarde); b) distribuição de um informativo com as normas de funcionamento do serviço; c) envio de mensagem através de *Short Message Service* (SMS), uma semana antes da data agendada, lembrando a data da marcação das consultas e solicitando que, caso não possam comparecer, liguem com antecedência para desmarcar; d) otimização no sistema de marcação de consultas (GHC Sistemas), evitando demora na marcação por telefone; e) abertura mensal das agendas médicas, evitando acúmulo de pacientes para marcação (fila virtual); f) “pílulas informativas” que são projetadas, através de slides, na televisão localizada na sala de espera do ambulatório, durante o período em que os pacientes aguardam a chamada para as consultas. Diante do exposto, este estudo busca avaliar o absenteísmo no período de janeiro a junho de 2012, seis meses antes do início do envio das mensagens de SMS e também no mesmo período em 2013, seis meses após o início do envio das mensagens. Os dados referentes ao absenteísmo às consultas agendadas serão tabelados e analisados por meio de média e desvio-padrão e serão descritos e representados por meio de tabelas e gráficos estatísticos. Este projeto será desenvolvido atendendo a Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde e, do Ministério da Saúde. O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Nossa Senhora da Conceição, dando início ao procedimento de coleta de dados.

4.4 A INTERCONSULTA EM SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (Resumo Expandido)

Gabriely Buratto Farias, Ananyr Porto Fajardo

Introdução: A interconsulta constitui uma tecnologia leve em saúde que promove a ação pedagógica entre serviços, equipes/trabalhadores e usuários para qualificar a assistência. Permite que casos complexos sejam discutidos de forma mais integral, envolvendo diversos olhares e contribuindo para a formação dos seus agentes, pois é atividade interprofissional e potencialmente interdisciplinar. Os serviços de atenção primária assumem um importante papel na organização da atenção de um sistema de saúde, pois coordenam o cuidado de acordo com as necessidades do sujeito. Constituem um conjunto de funções que se configuram como um nível de atenção singular e que orientam a abordagem em saúde a partir de um conceito ampliado, valorizando não apenas práticas clínicas e curativas, mas também reabilitação e ações preventivas e de promoção. Utilizam ferramentas de baixa densidade tecnológica, orientadas para as necessidades de saúde, com aproximação ao território/ comunidade. É no interior desta organização de um sistema integral que propomos a discussão sobre a interconsulta nos serviços de saúde, especificamente no âmbito da atenção primária à saúde.

Método: Foram incluídos nessa pesquisa quali-quantitativa sete serviços de atenção primária à saúde da região noroeste de Porto Alegre/RS. Estes são mantidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (SMS/POA), configurados em Unidades Básicas de Saúde e Estratégias de Saúde da Família, e pelo Grupo Hospitalar Conceição (GHC), configurados em Unidades de Saúde., correspondendo a um universo de 94 profissionais. A amostra foi composta por 28 profissionais de saúde com ensino superior completo e que atuavam em sua profissão de graduação (Enfermagem, Medicina, Nutrição, Odontologia, Psicologia e Serviço Social), com um representante por categoria profissional de cada serviço de saúde, quando havia apenas um profissional/núcleo, e aleatória, quando havia mais de um por núcleo. A investigação objetivou verificar como a interconsulta ocorre no âmbito da atenção primária à saúde, buscando identificar: a compreensão dos participantes sobre essa modalidade de interação pedagógico-assistencial; para quais demandas solicitam ou são solicitados a realizá-la; qual o fluxo seguido; e as dificuldades e facilidades encontradas no processo e cenário de trabalho para o seu exercício. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre/RS em 21/11/2012 e 11/01/13, sob os números 12-152 e 184.879, respectivamente.

Resultados: A *primeira questão* investigou o que os profissionais entendiam por interconsulta e como a realizavam. As categorias de análise geradas foram *ação em saúde*, *tarefa assistencial* e *aprimoramento profissional*, englobando espaço, opinião, mecanismo, ação, atividade de interação, ferramenta para compartilhar o cuidado, instrumento de trabalho, interface entre profissionais e tecnologia leve. Em uma análise por categoria profissional, observou-se que cada núcleo evidenciou um objetivo e uma finalidade do exercício desta tecnologia, e mesmo entre os núcleos profissionais houve heterogeneidade de compreensão. As respostas à *segunda questão* identificaram para quais demandas os profissionais realizam interconsultas e foi evidenciado que a maioria dessas situações de saúde é sensível à APS. Outras demandas de saúde também se configuram como ações programáticas de saúde, desenvolvidas em campo de atenção básica. A *terceira questão* se referia ao fluxo seguido pelos participantes para viabilização de interconsultas. Ficou evidente que a maioria dos sujeitos faz da discussão de caso a dimensão preferencial pela qual se viabiliza interconsulta, seguindo-se ou não ao atendimento conjunto. As *questões 4 e 5* abordavam a facilidade e a dificuldade para o exercício da interconsulta. Ambos os serviços representados na pesquisa apresentavam diferenças na organização do seu processo de trabalho, refletidas na diversidade de carga horária entre colegas e na composição da equipe. Com isso, a dificuldade de conciliar as agendas profissionais e promover espaços interdisciplinares para discussão foi uma realidade evidenciada pela maioria dos serviços, além do espaço físico inadequado. A constituição multidisciplinar das equipes e ser campo para programas de residência multiprofissional em saúde foram indicados como aspectos facilitadores para desenvolvimento da

modalidade investigada. A *última questão* permitiu identificar que a interconsulta era acionada de maneira sistemática e que é mais frequente nos serviços que contam com maior variedade de profissionais.

Discussão: Quando desenvolvida nos espaços de trabalho, a interconsulta permite que casos complexos sejam discutidos de forma mais integral, contribuindo para a formação dos diferentes profissionais. Portanto, possibilita uma discussão que envolva as diferentes visões sobre uma situação, atribuindo responsabilidades à equipe de referência – ao mesmo tempo em que se apresenta como uma rede apoio/assistência ao profissional – e permite construir em conjunto com o usuário o seu projeto de cuidado. Ao analisar a compreensão que os profissionais participantes têm, como exercem e para quais demandas são solicitados ou solicitam interconsultas, fica evidente que na prática este é um instrumento dos profissionais de saúde em geral, não sendo específico a um núcleo. Contudo, a proximidade conceitual entre interconsulta e matriciamento pelos sujeitos confunde a discussão teórica desta ação em saúde nos serviços de APS, conforme podemos observar nos resultados do estudo. Esta relação com o apoio matricial contribui para o exercício da interconsulta atribuído a algumas categorias profissionais. Ao analisar os dados da pesquisa, fica evidente a maior aproximação e apropriação do termo por alguns núcleos profissionais, como serviço social e psicologia. Compreendemos isso pelo contexto sócio-histórico e a inserção social destas profissões no cenário da saúde, pois historicamente estão ligadas ao campo da saúde mental e, em segundo lugar, são profissões que normativamente estão lotadas em equipes de apoio matricial pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). No que se refere às demandas solicitadas para sua realização, a pesquisa identificou que a interconsulta ampliou seu campo de atuação e não está mais associada apenas a demandas de saúde mental. Há um reconhecimento pelos profissionais de saúde de que a exercitam também para outras necessidades não ligadas somente a este campo, mas também a condições crônicas e agudas. Em relação às dificuldades e facilidades, ficaram evidentes os atravessamentos da organização do trabalho nos espaços sócio-ocupacionais destes trabalhadores. A forma como está organizado o processo de trabalho atinge diretamente a qualidade da assistência aos usuários, ficando claro na fala dos participantes a dificuldade de se concretizar um trabalho mais integral.

Considerações finais: O estudo identificou que a falta de referencial sobre interconsultas na atenção primária não prejudica o nível de compreensão dos profissionais sobre o tema, pois a maioria a realiza conforme a produção teórica existente, sendo este espaço entendido como campo especial para o seu exercício. Constitui uma tecnologia leve, facilitadora e potencializadora para a integralidade do trabalho nos serviços de saúde.

4.5 INTERSECÇÕES DA TEMÁTICA SEGURANÇA DO PACIENTE NO CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM DA ESCOLA GHC (Resumo Expandido)

Gabriela Manito Guzzo, Alana Martins Gonçalves

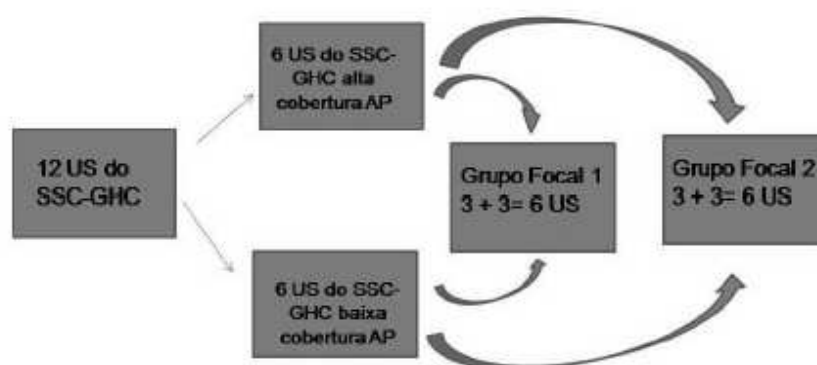
Os erros associados à assistência parecem ser preocupações de longa data, visto que Hipócrates, no século IV a.C., e Florence Nightingale no século XVII, já discutiam o princípio de não causar dano. Com o avanço dos estudos sobre eventos adversos, e o incremento de evidências sobre a influência da formação profissional com o enfoque na segurança do paciente na redução dos danos causados aos pacientes, o Ministério da Saúde lançou o Programa Nacional de Segurança do Paciente, sendo um de seus objetivos a inclusão do tema na formação dos profissionais de saúde brasileiros. O objetivo desse trabalho foi, a partir de uma análise documental, discutir como a temática de segurança do paciente proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS) através do “*Patient Safety Curriculum Guide: Multi-professional Edition*”, pode se relacionar com o Projeto Político Pedagógico do Curso técnico em enfermagem da Escola GHC. Encontrou-se diversas possibilidades de inclusão da temática, oportunizando a inclusão dos 11 tópicos de segurança do paciente propostos pela OMS. Ressalta-se, no entanto, que existe uma necessidade de capacitação dos docentes para o trabalho com a temática proposta, uma vez que para a maioria deles a segurança do paciente não foi um assunto presente em sua formação.

4.6 AÇÃO PROGRAMÁTICA DA CRIANÇA: AVALIAÇÃO DE METAS E PERCEPÇÕES DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL DE UM SERVIÇO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (Resumo Expandido)

Anna Schwendler, Daniel Demétrio Faustino da Silva, Cristianne Famer Rocha

A cárie dentária pode ser classificada como uma doença de natureza infecciosa e açúcar-dependente, decorrente da interação de uma série de fatores que resultam na perda de estruturas mineralizadas do elemento dentário (NEWBRUN, 1882). Por tratar-se de uma das doenças mais prevalentes entre os humanos, a cárie é considerada como um importante problema de saúde pública (BERKOWITZ, 2003). Quando acomete crianças de 0 a 3 anos de idade, recebe a denominação de Cárie Precoce da Infância (CPI), por tratar-se do aparecimento de lesões cáries em dentes decíduos na medida em que erupcionam (BERKOWITZ, 2003). Na odontologia, os fatores de risco associados à doença cárie já foram exaustivamente estudados em nível individual e contribuíram significativamente no avanço da prevenção à doença e promoção de saúde bucal, no entanto não é uma prática recorrente dos profissionais de saúde bucal basear suas condutas a partir de protocolos e programas comunitários. Considerando a Atenção Primária à Saúde (APS) como porta de entrada das crianças no sistema de saúde, entende-se que é atribuição essencial das unidades de saúde propor medidas educativo preventivas em busca da promoção da saúde bucal. A Política Nacional de Saúde Bucal preconiza que o acesso à saúde bucal das crianças de 0 a 5 anos deve-se dar no máximo a partir dos 6 meses, aproveitando as campanhas de vacinação, consultas clínicas e atividades em espaços sociais ou em grupo de pais. Além disso, recomenda que as ações em saúde bucal sejam parte de programas integrais da criança, compartilhados com a equipe multiprofissional e não desenvolvida isoladamente pelo dentista (BRASIL, 2008). A Cárie Precoce da Infância, por ser uma doença de alta prevalência e severidade, necessita de intervenções e abordagens precoces em nível individual e coletivo (SILVA, 2007). A primeira infância é o período ideal para introduzir bons hábitos e iniciar um programa educativo/preventivo de saúde bucal, mas é importante contar com a participação ativa da família, sobretudo porque pais ou responsáveis por crianças costumam apresentar inadequados conhecimentos sobre os cuidados com a saúde bucal nessa fase da vida (FAUSTINO-SILVA et al., 2008). Por ser fundamental a priorização de ações educativas voltadas a esse público na Atenção Primária à Saúde (APS), o Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (SSC-GHC) implantou, em suas 12 Unidades de Saúde (US), uma Ação Programática (AP) de Saúde Bucal com o propósito de que todas as crianças nascidas a partir de 2010 recebam ao menos uma consulta odontológica no primeiro, no segundo e no terceiro ano de vida. Nessas consultas são avaliadas as condições de saúde bucal das crianças e fornecidas orientações para o adequado cuidado bucal para mãe/pai ou cuidadores de acordo com a fase/idade das crianças. A partir então, estabeleceram-se metas de cobertura da saúde bucal no programa da criança no SSC-GHC. Por se tratar de um projeto piloto, não houve um critério para o estabelecimento das metas e nem diretrizes para o cumprimento das mesmas. Portanto, neste momento, passados 3 anos da inclusão do indicador da saúde bucal, faz-se necessário uma avaliação quantitativa e qualitativa do processo com as Equipes de Saúde Bucal e dos resultados obtidos até o momento. Com estes resultados talvez seja possível estabelecer metas e coberturas mais adequadas às realidades das equipes e da população assistida. Nessa pesquisa, pretende-se avaliar o cumprimento das metas da Ação Programática da Criança nas US do SSC-GHC e a percepção dos integrantes das Equipes de Saúde Bucal. Para isto, será realizado, primeiramente, uma pesquisa quantitativa sobre a cobertura das consultas odontológicas nas 12 US do SSC-GHC em relação à Ação Programática da Criança e, posteriormente a esta avaliação, um estudo qualitativo através da constituição de dois Grupos Focais para a discussão sobre os fatores relacionados ao cumprimento da meta desta ação. Na etapa quantitativa, as variáveis relacionadas à cobertura populacional da consulta odontológica das crianças da coorte de 2010; à meta de cobertura estabelecida para 2010, 2011 e 2012; à composição das Equipes de Saúde Bucal por US; à população da área adscrita; ao número de crianças no território da US; e à cobertura de consulta odontológica no Programa da Gestante nos anos de 2009 e 2010, permitindo a comparação do comparecimento destas gestantes à consulta odontológica, meta estabelecida pelo SSC, e do comparecimento das crianças nascidas em 2010 na consulta odontológica da Ação Programática, serão coletadas do Sistema de Informações e dos Relatórios Anuais de Monitoramento e Avaliação do SSC-GHC. Para a análise das

variáveis, não serão necessários testes estatísticos, pois se tratam de dados populacionais. Estas serão, apenas, descritas e comparadas conforme os dados encontrados e apresentadas através de frequências absolutas e relativas. Na etapa qualitativa, haverá a formação de dois grupos com as Unidades de Saúde do SSC-GHC. Através do Relatório Anual de Monitoramento e Avaliação, será realizada a busca das coberturas anuais que as 12 US obtiveram na meta da Ação Programática da Criança para a coorte de 2010. Após a obtenção destes dados será realizada uma média aritmética do percentual de cobertura de cada ano (2010, 2011 e 2012). A partir desta média, as Unidades serão estratificadas em dois grupos: 6 US que obtiveram as maiores porcentagens e por 6 US com as menores porcentagens de cobertura neste período, de modo a compor 2 Grupos Focais mistos, conforme diagrama abaixo:



Após a divisão das 12 Unidades participantes da pesquisa, serão convidados a participar do estudo 2 membros das Equipes de Saúde Bucal (Cirurgião-Dentista contratado ou residente e Técnico em Saúde Bucal) que estiverem diretamente envolvidos na Ação Programática. Será utilizada a técnica do grupo focal realizado com os integrantes das Equipes de Saúde Bucal, através de um roteiro com seis questões norteadoras que auxiliem na condução do tema rumo à focalização. A discussão obtida a partir do roteiro com as questões norteadoras será gravada, transcrita e, posteriormente, categorizada e analisada através da Técnica de Análise de Conteúdo usando referencial de Bardin (2004). A técnica do Grupo Focal possibilita uma aproximação dos pesquisadores à experiência dos participantes do estudo, permitindo a interação das pessoas em torno ao tema proposto, evidenciando-se as similaridades e diferenças nas opiniões e experiências (GUI, 2003). Neste sentido, faz-se necessário uma avaliação do processo de implementação da Ação Programática da Saúde Bucal no Programa da Criança, com as Equipes de Saúde Bucal, através da pluralidade de idéias, opiniões e experiências em relação ao tema, que poderão contribuir não só com o SSC-GHC, mas também com a Estratégia da Saúde da Família e outros serviços que atuam na lógica da APS, especialmente pela escassez atual de dados na literatura sobre o tema.

4.7 ATIVIDADES EDUCATIVAS NO SERVIÇO DE APS: A EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE ORIENTA OS PRINCÍPIOS DESSAS PRÁTICAS?

Renata Dutra Ferrugem, Renata Pekelman, Lúcia Rublescki Silveira

A pesquisa realizada no ano de 2012 e 2013 teve como objetivo conhecer as atividades coletivas de educação em saúde propostas nas Unidades de Saúde do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição – SSC/GHC, e analisar se as orientações teórico-metodológicas presentes nestas atividades acompanham a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no Sistema Único de Saúde – PNEPS/SUS. Primeiramente foi realizada uma revisão acerca do tema educação popular e a participação de trabalhadores e usuários em atividades coletivas de educação em saúde. Para coleta de informações foi utilizado um questionário dirigido aos gestores locais das doze unidades de saúde do GHC, posteriormente, foram selecionadas quatro atividades coletivas. Para coletar as informações nestas atividades, utilizou-se a observação participante e a realização de entrevistas semi-estruturadas com usuários e trabalhadores das

quatro atividades. A presente pesquisa consiste em um estudo descritivo exploratório quanti-qualitativo pautado no método materialista dialético e histórico, utilizando de forma articulada suas principais categorias. As categorias explicativas da realidade são: educação popular, participação e atividades coletivas de educação em saúde. As informações foram analisadas através da técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin. A partir desta pesquisa pode-se afirmar que as atividades coletivas de educação em saúde são alternativas que possibilitam a troca de experiências entre os atores envolvidos, assim como otimizam os recursos da saúde. Além disto, a saúde passa a contar em 2012 com a PNEPS/SUS, o que instiga a pesquisar o quanto esta Política está presente nas atividades desenvolvidas pelas unidades de saúde, buscando assim a inclusão dos sujeitos, o fortalecimento da autonomia e participação da população.

4.8 O USO DE CARTILHA BASEADA NA TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL NO TRATAMENTO DE ADOLESCENTES USUÁRIAS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

Alessandro Pacheco, Irma Rossa, Patrícia Schneider

A Unidade de Internação Psiquiátrica de Adolescentes 4F2, caracteriza-se por receber pacientes provenientes da capital e interior do Rio Grande do Sul, em sua maioria institucionalizadas ou vindas de famílias disfuncionais. No decorrer do trabalho, desde inauguração da unidade, observou-se que o público adolescente se beneficia com abordagens terapêuticas individualizadas em função das características próprias. O tempo de permanência em uma sessão individual teve que ser adequado, pois o foco da atenção é flutuante e há exigência de complementação do tratamento com atividades de dinâmica de grupo, recreativas e educativas. Percebendo que os modelos de tratamentos utilizados para pacientes adultos nem sempre podem ser generalizado para o tratamento de pessoas nesta faixa etária, a equipe buscou alternativas para operacionalizar uma mudança de estratégia na abordagem convencional. Desenvolveu-se então uma metodologia específica para o perfil desta unidade, com base na Terapia Cognitivo Comportamental, que conforme a literatura, mostra-se eficaz no tratamento de problemas relacionados ao consumo de drogas.

Os maiores desafios na implantação do projeto foram, devido às características da unidade, a dificuldade de aceitação do novo motivada, sobretudo, pelos diversos perfis dos profissionais de apoio. A elaboração de uma cartilha permitiu que a equipe refletisse sobre suas práticas e rotinas de trabalho, propiciou que as regras da unidade fossem revisadas e uma padronização de manejo por parte da equipe fosse facilitada. Pretende-se implementar integralmente o modelo proposto no decorrer do ano de 2014 para posterior análise dos resultados. Os resultados preliminares evidenciam uma aderência significativa ao modelo pelas pacientes. A cartilha propicia um espaço para reflexão e mudança de comportamento, conforme evidenciado por casos de sucesso cujo relato obtivemos através do processo de acompanhamento dos casos.

4.9 GRUPO EDUCATIVO DE DOR CRÔNICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Simone Pellin De Nardi, Mara Marcon, Sônia Lepkoski

Este resumo é um relato de experiência do trabalho desenvolvido no Grupo Educativo de Dor Crônica do Serviço de Dor e Cuidados Paliativos do HNSC. Em relação as doenças crônicas, a dor é uma das principais causas de incapacidade física e funcional, comprometendo as atividades de vida diária e laborativas. Limitando e/ou impossibilitando atividades de lazer, relações sociais e familiares. As implicações da dor crônica na qualidade de vida dos pacientes são complexas e profundas e atingem todos os aspectos da vida dos pacientes. O formato de grupo possibilita discussões acerca das implicações e significados que a situação dolorosa tem para os diferentes pacientes. A troca de experiências e a confrontação de diferentes pontos de vista podem facilitar a correção de crenças, hábitos e mostrar novas possibilidades, visando agregar qualidade à vida. Na abordagem de grupo reforça-se a importância da intervenção interdisciplinar que visa motivar o paciente a ser protagonista de seu tratamento, através do auto-conhecimento, da recuperação da autoconfiança, estimulando a interação e convívio social e familiar. No nível cognitivo proporciona um ambiente de aprendizagem onde podem se experimentar, promovendo um processo de mudança da resposta emocional da dor para conviverem melhor com ela. Observamos no decorrer dos encontros que o grupo propicia um “modo diferente de viver com dor”.

“ A minha vida mudou desde que para este grupo, aprendi a me cuidar e vou voltar a dançar”(sic).

4.10 OS TRABALHOS ARTÍSTICOS COMO RECURSO TERAPÊUTICO NA UNIDADE DE INTERNAÇÃO DE SAÚDE MENTAL DO HOSPITAL MUNICIPAL GETÚLIO VARGAS / SAPUCAIA DO SUL

Sandra Helen Bittencout Meyer

As atividades artísticas (pintura, desenho, artesanato, reciclagem, etc) como instrumentos terapêuticos para amenizar a dor, angústias e facilitador da recuperação de pacientes em crise. Estas atividades se mostram como uma aliada no enfrentamento da aridez do hospital, engessado em sua rotina. No momento em que os pacientes participam das atividades, as atenções, que estavam voltadas somente para a doença, mudam de foco, colaborando para o resgate da autoestima e descoberta de talentos nunca imaginados. Neste processo os pacientes são forçados a se confrontar com as diversas facetas do seu íntimo que estão geralmente em conflito com suas ideias e comportamento consciente.

O paciente é estimulado a produzir, refletir sobre o seu trabalho, conhecer novos meios de expressão e materiais para desenvolver e concretizar a sua ideia. É importante o resgate do desejo de cura, autorregeneração e desenvolvimento de formas criativas de lidar com a doença e redução do stress pela internação.

Interpretar a dor e o significado da loucura por meio das atividades artísticas é abrir um canal de comunicação, muitas vezes impossível pelos métodos tradicionais, sendo uma aliada essencial aos profissionais, por viabilizar um contato sincero e profundo do indivíduo com seu mundo e quem sabe fazer conexão com o mundo de fora. As atividades propiciam experiências de construção e criação coletiva, em que o indivíduo pode se ver pertencendo, recebendo acolhimento e reassseguramento individual ou em grupos. É possível, por meio deste instrumento terapêutico, revitalizar de forma prazerosa núcleos bloqueados, áreas adormecidas, resgatar energias psíquicas, fortalecendo a comunicação entre inconsciente e consciente.

Tomar o sujeito como único é fundamento para conseguirmos compreender seu sofrimento e suas necessidades, movimento possível àqueles que apostam na sensibilidade como instrumento básico na relação e no cuidado humano.

4.11 HEMOTERAPIA: TECNOLOGIA X TREINAMENTO E CAPACITAÇÃO

Rosimari Melgarejo Benites

A redução dos riscos relacionados à transfusão de sangue e o melhor aproveitamento do suporte hemoterápico tornaram-se metas constantes para a Hemoterapia, incentivando uma reestruturação e organização dos serviços. Introduzir novas tecnologias nas atividades hemoterápicas é prover maior segurança, promover maior controle sobre os procedimentos desenvolvidos, assegurando maior qualidade do produto sanguíneo desde sua coleta à transfusão propriamente dita. Entretanto, mesmo investindo em avanços tecnológicos, a conquista de resultados efetivos somente será possível se o treinamento e a educação continuada e permanente dos profissionais atuantes estiverem aliados a estes avanços, pois a inabilidade dos executantes pode comprometer os processos, impactando na qualidade do serviço prestado. O desenvolvimento de fato se deve a novos conhecimentos aplicados e a conquistas acumuladas pela ciência e tecnologia. Investimentos na padronização de procedimentos e na utilização de tecnologia de última geração implicam em qualidade e segurança na assistência aos pacientes. O uso de técnicas rigorosas, treinamentos adequados refletem na identificação dos riscos inerentes às transfusões e controles de qualidade rígidos no que se referem a equipamentos, insumos e reagentes, testes laboratoriais, gerenciamento de resíduos, implicam em qualidade. Por outro lado, a formação profissional não avança no mesmo ritmo e precisa ser repensada; a falta de conhecimento compromete todo o investimento nessa área. É preciso salientar o interesse de empresas fornecedoras de tecnologia e serviços em oferecer e participar destas ações educativas, pois profissionais qualificados produzem mais, com menos retrabalho, com visão crítica dos processos, habilidade na realização dos procedimentos técnicos e ação decisiva na incorporação de produtos, equipamentos e insumos.

4.12 CONCEPÇÕES DE RESOLUTIVIDADE NO ACOLHIMENTO DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE: PERCEPÇÕES DE USUÁRIOS, ENFERMEIROS ACOLHEDORES E GESTOR

Vanessa Scheck; Daniela Dallegrave; Janaína Ketennhuber

O acolhimento foi pensado como estratégia de mudança no processo de trabalho em saúde sendo uma ferramenta para ampliar o acesso da população ao serviço de saúde e uma postura acolhedora e humanizada do profissional que deve ver além da queixa clínica, um ser com questões psicossociais e com outros aspectos da sua vida que vão para além da doença. Neste sentido a resolutividade deste processo pode ir muito além de uma consulta médica ou da medicalização. Pode envolver outros atores, inclusive o próprio usuário e pode levar tempo para que ele próprio perceba suas reais necessidades.

Sendo assim o presente projeto de conclusão da residência tem como objetivo conceituar a resolutividade em saúde no acolhimento a partir da visão de usuários e enfermeiros da USJL e representante da gerencia no Serviço de Saúde Comunitária do GHC.

Será um estudo descritivo de natureza qualitativa, utilizando a técnica de entrevista em profundidade. Sua população será composta pelos enfermeiros da unidade Jardim Leopoldina, com exceção da enfermeira que coordena o trabalho, usuários que participam e compõe o conselho local de saúde e o representante da gerência do serviço de saúde comunitária do GHC.

Visto que as unidades de saúde são a principal porta de entrada e o primeiro contato das pessoas com o sistema de saúde a cada novo evento de saúde, é necessário compreender o que trabalhadores e usuários entendem por resolutividade em saúde e se consideram a forma como é realizado o acolhimento o mais adequado no sentido de facilitar o acesso do usuário ao serviço.

4.13 A ESPIRITUALIDADE NA VISÃO DO ENFERMEIRO PEDIATRA NO TRATAMENTO ONCOLÓGICO (Resumo Expandido)

Karine Almerão, Daniela Figueiredo Victória Lemos, Elemara Frantz, Maria Aparecida Andreza Leopoldino

Introdução: na história da Enfermagem brasileira, Tomasso, Beltrame e Lucchetti (2011), afirmam que a religião tem ocupado um lugar privilegiado, chegando a ser a porta-voz da outra, na formulação de um pensamento e na consolidação de atitudes que influenciam a formação e o exercício profissional dos enfermeiros. Objetivo: analisar a espiritualidade na visão do enfermeiro e sua relação com o cuidado de enfermagem na oncologia pediátrica. Metodologia: pesquisa exploratória, de cunho descritivo e de abordagem qualitativa. Resultados/Discussões: o cuidado é parte integrante da vida; sem ele, o ser humano não conseguiria sobreviver. O cuidado é uma relação de afetividade que se configura numa atitude de responsabilidade, atenção, preocupação e envolvimento com o cuidador e o ser cuidado. Logo, torna-se essencial adotar uma prática assistencial que esteja fundamentada no bem-estar biopsicossocial e espiritual da pessoa em sua finitude, a fim de proporcionar uma melhor qualidade de vida e minimizar o sofrimento durante a doença terminal (FERNANDES *et al.*, 2013). Conforme Andrade *et al.* (2012), a enfermagem é uma profissão que preocupa-se, com o cuidado holístico e humanizado, tendo o objetivo de assistir o paciente em sua totalidade biopsico-social-espiritual, demonstrando assim, um forte vínculo com a filosofia do cuidado paliativo, mesmo antes de ser reconhecido como modalidade terapêutica em saúde. Segundo Macedo, Romanek, e Avelar (2013), o cuidado holístico que envolve o gerenciamento da dor de pacientes com câncer que foram submetidos a uma cirurgia compreende a necessidade de consideração sobre os aspectos biológicos, emocionais e comportamentais. Conclusão: o enfermeiro não tem apenas um papel de avaliação e intervenção no cuidado do paciente, mas tem a obrigação de ofertar a esse paciente um cuidado espiritual. Sendo assim, os resultados obtidos por este estudo poderão nortear o desenvolvimento de condutas no cuidado de enfermagem espiritual, no tratamento de pacientes pediátricos oncológicos.

4.14 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA UPA MOACYR SCLiar

Daniela Vidal Rocha, Alexander de Quadros, Carolina Souza da Silva

O acolhimento com classificação de risco nos serviços de urgência e emergência faz parte da proposta de humanização do Ministério da Saúde e é definido como uma postura ética nas ações de atenção e gestão que estabelece relação de confiança e compromisso entre equipes e serviços. Esse trabalho propõe uma reflexão sobre a humanização do enfermeiro classificador diante do cliente que busca os serviços de urgência, tendo como base a política do HumanizaSUS. Sabe-se que as consultas nas portas de urgência e emergência possuem grande rotatividade e exigem agilidade nos atendimentos. Diante disso, o enfermeiro classificador objetiva realizar uma triagem de qualidade, preconizando o acolhimento e acesso ao serviço de urgência/emergência, humanização do atendimento, garantia de um atendimento rápido e efetivo, escuta qualificada, identificação e priorização das urgências/emergências, entre outros. O protocolo de classificação de risco utilizado na Unidade de Pronto Atendimento Moacyr Scliar é o Protocolo de Manchester, onde o enfermeiro classifica o paciente em cores conforme a gravidade, estimando o tempo de espera para atendimento. O protocolo em questão ainda sugere que a classificação seja realizada em até três minutos. Dentre os desafios a serem superados na prática do acolhimento na UPA e demais serviços de urgência e emergência, destacam-se: superlotação, processo de trabalho fragmentado, conflitos de poder, exclusão dos usuários na porta de entrada, desrespeito aos direitos desses usuários, pouca articulação com o restante da rede de serviços, entre outros. É preciso, portanto, repensar e criar novas formas de agir em saúde que levem a uma atenção resolutiva, humanizada e acolhedora a partir da compreensão da inserção dos serviços de urgência na rede local.

4.15 CRACK: VAMOS PENSAR SOBRE ISTO! (Resumo Expandido)

Sabrina Chapuis de Andrade, Juciane Furlan, Marta Ziziane Dorneles Wachter

Introdução: O uso de substâncias psicoativas sempre esteve em nosso meio, independentemente da raça, credo ou classe social, sendo usado em situações e em espaços variados. Entretanto, quando se institui um abuso e conseqüente dependência dessas substâncias, agrega-se a essa situação, uma problemática em saúde pública. Sabe-se que o consumo de drogas no Brasil, atualmente, evidencia-se como um grave problema de saúde pública, pois cada vez mais pessoas estão fazendo uso de substâncias psicoativas e muitas destas por abusarem da quantidade e da frequência com que as consomem, estão sofrendo as conseqüências negativas de tais ações. Inúmeras são essas drogas; todavia, o Crack é um dos assuntos mais temidos pela sociedade e que tem despertado campanhas publicitárias que incitam as pessoas a não pensar sobre esta temática. Por tratar-se de uma droga relativamente nova, onde seu primeiro relato de uso no Brasil deu-se em 1989, na cidade de São Paulo, muitos são os estigmas associados ao uso do Crack. Por definição, o Crack é uma substância psicoativa, estimulante, a qual tem por base a mistura da pasta de Cocaína com o Bicarbonato de Sódio. **Objetivo:** analisar como a mídia apresenta a temática do Crack.

Metodologia: trata-se de um estudo exploratório, descritivo, no qual realizou-se buscas em jornais online, no período de janeiro de 2010 a outubro de 2013, sobre a temática do Crack.

Resultados: foram analisadas 54 notícias publicadas em jornais online. As notícias evidenciavam para o perigo do uso do Crack e do alto poder de dependência que a droga possui. As ilustrações que apareceram nas notícias analisadas mostravam pessoas de classes sociais menos favorecidas, muito emagrecidas e com pouca higiene. Outro dado relevante é a associação da criminalidade ao uso do Crack.

Discussão: A partir da análise das notícias publicadas pela mídia identificamos que existe um preconceito em relação ao usuário de Crack; uma vez que este é visto como pobre, sujo e criminoso, características que os fazem ser temidos pela sociedade, pelas “pessoas de bem”. Embora pesquisas comprovarem que há usuários de Crack em todas as camadas sociais e que existem pessoas que conseguem fazer o uso recreativo desta droga, não tendo impacto negativo sobre as suas demais atividades cotidianas, ainda existe o estigma e principalmente o medo de abordar o assunto do Crack na sociedade contemporânea de uma forma clara e sem prejulgamentos. Entretanto, falar sobre o uso de drogas, particularmente sobre o Crack, traz à tona

questões relacionadas diretamente ao campo da saúde, pois dada a sua magnitude, evidencia-se como um problema de saúde pública em âmbito mundial, sendo alvo de discussões e de numerosos estudos. Conclusões: O Crack, assim como as demais drogas, deve ter o seu uso desestimulado, pois as reações adversas e as consequências negativas para o corpo e a mente são claras e bem descritas pela ciência atual. Contudo, uma vez que o ser humano tem o livre arbítrio, podendo e devendo fazer as escolhas que julgar melhor para a sua vida, nós, profissionais da saúde, temos o compromisso de oferecer o cuidado que melhor se enquadre em cada contexto de vida e precisamos nos despir dos preconceitos, os quais muitas vezes são construídos e amplamente divulgados pela mídia. Além de que, devemos, na prática diária, desconstruir esses tais conceitos pré-estipulados e impostos na sociedade, pois assim conseguiremos que o Crack seja enfrentado como um problema de saúde pública e não como um fantasma no qual não se pode e não se deve pensar sobre.

4.16 O TRABALHO EM SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA: IMPLEMENTAÇÃO DE TECNOLOGIAS LEVES NO CUIDADO

Andressa Costa Padilha da Silveira, Gustavo Costa de Oliveira, Gímerson Erick Ferreira, Mara Luisa Rangel

Nos últimos anos, com o advento da reforma psiquiátrica, mudanças significativas ocorreram no campo da saúde mental e da psiquiatria, dentre as quais, destaca-se a descentralização da assistência, com a finalidade de reabilitar pessoas em sofrimento psíquico e de promover maior inserção social. Do mesmo modo, no âmbito da atenção primária, o trabalho em saúde mental tem proposto o desenvolvimento de ações em prol da integralidade no cuidado, valorizando a interdisciplinaridade e adotando práticas de cuidado mediante utilização de tecnologias leves as quais considerem aspectos biopsicossociais do usuário. Assim, objetivou-se com este trabalho, relatar a experiência de implementação de tecnologias leves no trabalho em saúde mental, no contexto da atenção primária de saúde. Trata-se da descrição de vivências profissionais a partir do desenvolvimento de ações em saúde mental em uma Unidade Básica de Saúde de Porto Alegre, RS, ao longo de 2013. Por meio do suporte individual e de grupo, foram realizados atendimentos de enfermagem aos usuários, nos quais se observou o cenário de saúde/doença destes e, a partir da implementação de tecnologias leves, potencializou-se o entendimento do sujeito em sua singularidade e subjetividade, favorecendo a consolidação do trabalho em saúde mental direcionado às suas demandas. No decorrer destas experiências, percebeu-se a oportunidade do acolhimento, vínculo, corresponsabilização e autonomia como tecnologias leves postas em prática no cuidado em saúde mental no âmbito da atenção primária. O trabalho em saúde mental, nesse contexto, revelou a importância de profissionais proativos, os quais sejam agentes de mudanças e desenvolvam suas ações coadunadas com a perspectiva interdisciplinar, centradas em práticas cooperativas, participativas e de integração entre profissionais e usuários. Essa reflexão constitui-se importante passo em relação à qualificação do cuidado a estes atores e à consolidação de melhores práticas em saúde mental, com vistas à integralidade e à humanização na atenção primária de saúde.

4.17 ATRIBUTOS E DESAFIOS DO PRECEPTOR NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Rosane Lorenzetti, Daniela Dallegrave

Este resumo foi produzido a partir de trabalho de conclusão de curso de especialização em *Saúde da Família e Comunidade: gestão, atenção e processos educacionais* oferecido pela Escola GHC. O objetivo foi elucidar o papel do preceptor, bem como aclarar as principais habilidades e características que são imperativas ao preceptor que acompanha residentes na Atenção Primária no Sistema Municipal de Saúde. Dessa forma, apresenta um estudo das aptidões necessárias aos profissionais que se envolvem com a tarefa de preceptoria da Residência Multiprofissional em Saúde, formando profissionais da área da saúde. O relato de experiência se dá a partir da vivência de uma das autoras como preceptora da Residência Integrada em Saúde – RIS, do Grupo Hospitalar Conceição – GHC, ênfase em Saúde da Família e Comunidade – SFC, campo descentralizado no município de São Domingos do Sul, no ano de 2013. Com a oportunidade da

descentralização da SFC na RIS/GHC, foi percebida a necessidade de qualificação da preceptoria. As profissionais que receberiam os residentes, bem como as equipes, descobriram a importante tarefa que o preceptor desempenha na ação de educar e formar novos profissionais. Esta ação envolve atividades docentes, com ações de ensino, pesquisa, além daquelas de assistência que já estavam sob sua responsabilidade. O preceptor atua em contato direto com o residente, orientando e acompanhando todas as suas atividades e ações. Integra o residente à equipe de Saúde e se constitui como elo com a comunidade e demais serviços nos quais este residente atuará durante o período da residência. O desenvolvimento do estudo se deu em articulações das vivências registradas em portfólio de acompanhamento com o estudo de referencial teórico. Buscamos teorizar a prática através um processo reflexivo de nossas ações e condutas profissionais. Através dos escritos de autores e trabalhos de colegas que já vivenciaram experiências e dificuldades semelhantes às nossas, procuramos encontrar os atributos do preceptor, fazer comparações e analisar nosso papel de acompanhamento, nesta função. Buscamos encontrar também aquilo que tínhamos e o que nos faltava para que o trabalho melhorasse sempre mais, tendo em vista o papel fundamental que desempenha o preceptor, como articulador da residência, tanto para o residente, quanto para a equipe de saúde e, ainda, para a população para a qual o trabalho está sendo desenvolvido. O estudo evidenciou a importância do papel do preceptor como educador, mediador, referência, orientador e, principalmente, como elo de relações entre todos os atores envolvidos destacando as relações pessoais como marcantes no processo dos serviços de saúde para o desenvolvimento de um trabalho produtivo e diferenciado na saúde da família com vistas aos atributos da Atenção Primária em Saúde em consonância aos princípios do Sistema Único de Saúde.

4.18 A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE NO MUNICÍPIO DE SANTO ÂNGELO, RS: DESAFIOS E POSSIBILIDADES

Sabrina Chapuis de Andrade, Márcia Mendes, Rosana Zorzo, Cristianne Maria Famer Rocha

A proposta de implantar Programas de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) pode oportunizar uma formação teórico-pedagógica mais compatível com os princípios e diretrizes da integralidade da atenção e da intersetorialidade do Sistema Único de Saúde, garantindo a equidade do acesso e o direito à saúde. As autoras realizaram este estudo devido à grande importância das RMS e devido a este Programa ser uma das alternativas para a formação integral aos profissionais de saúde. Outro motivo pela escolha do tema é a inexistência de Residências Multiprofissionais em Saúde na Região Missioneira e no município de Santo Ângelo.

Objetivo: analisar as facilidades e dificuldades de implantação das Residências Multiprofissionais em Saúde no Brasil.

Metodologia: Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, realizado através da pesquisa bibliográfica e documental.

Análises e resultados: os resultados são apresentados em duas categorias para caracterizar os desafios e possibilidades de implantação das RMS e seis subcategorias mostrando o que mais foi citado.

Desafios: desorganização da rede de serviços, falta de qualificação dos profissionais de saúde, processo político pedagógico.

Possibilidades: reorganização do processo de trabalho e mudança do modelo de atenção, organização da rede de serviços de saúde, desenvolvimento da educação permanente em saúde.

Considerações finais: as possibilidades geradas pela implantação da RMS devem sobrepor os desafios encontrados para a sua efetivação. Uma vez que inexistem, atualmente, Residências Multiprofissionais em Saúde na Região Missioneira e no município de Santo Ângelo, espera-se que este estudo possa fornecer subsídios aos gestores para a implantação desse Programa que, conforme pesquisas, pode melhorar as práticas em saúde e consequentemente a qualidade de vida dos usuários.

4.19 PREVALÊNCIA DE SOFRIMENTO PSÍQUICO EM HIPERTENSOS E DIABÉTICOS DESCOMPENSADOS DE UMA UNIDADE DE SAÚDE

Rosane Maria Esteves

Introdução: A hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes melito (DM) são condições crônicas prevalentes na atenção primária à saúde. Sofrimento psíquico é um fator que pode afetar o autocuidado de pacientes com HAS e DM. Este trabalho tem como objetivo avaliar o sofrimento psíquico em hipertensos e diabéticos da Unidade de Saúde Santíssima Trindade (USST) em 2012 e 2013.

Métodos: Foi aplicado, pelos agentes de saúde, nos anos de 2012 e 2013, o questionário SRQ-20 a hipertensos e diabéticos descompensados da USST.

Resultados: o SRQ-20 foi aplicado a 43 hipertensos e/ou diabéticos em 2012 e a 75 em 2013. Foi considerado positivo (escore igual ou maior que 7) em 28 (65%) pacientes em 2012 e 34 (45%) em 2013.

Conclusão: Os resultados deste estudo confirmam que sofrimento psíquico é uma condição frequente em hipertensos e diabéticos descompensados, evidenciando a importância de se abordar esta condição nestes pacientes.

5. PARTICIPAÇÃO COMO DISPOSITIVO DE AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE.

5.1 A PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE EM SAÚDE COMO TECNOLOGIA DE POLÍCIA

Rodrigo de Oliveira Azevedo

No presente trabalho, pretende-se mostrar como a *participação da comunidade em saúde* pode ser percebida – ainda que não exclusivamente – como estratégia que se destina ao controle, à manutenção de certa ordem social mais previsível e menos tensa e à administração de parcelas específicas da população brasileira, tais como negros, idosos, pessoas com deficiências, gays, lésbicas, bissexuais, travestis, transexuais e transgêneros. Por meio do recorte efetuado, intenta-se demonstrar como esses controles, a manutenção dessa ordem e as estratégias de governo utilizadas, em alguns dos seus aspectos, fazem uso de postulados que se aproximam das características do Estado de polícia descrito por Foucault (2008) no livro *Segurança, Território, População*. Para se alcançar os fins almejados, toma-se a *Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa – ParticipaSUS* (BRASIL, 2009) como objeto principal de estudo. As análises discursivas realizadas parecem evidenciar que a estatística (mediante diversos aspectos) e a educação (como estratégia para aproximar os desejos das pessoas dos objetivos ou atividades institucionalmente ou socialmente valorizadas) estão sendo utilizadas para regular condutas de maneira bastante ativa.

5.2 PRONTUÁRIO: MEIO DE COMUNICAÇÃO ENTRE OS MEMBROS DA EQUIPE - REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Karine Almerão, Daniela Figueiredo Victória Lemos, Cristiane Soares da Silva, Elemara Frantz, Franciele Corrêa Schmitz, Maria Aparecida Andreza Leopoldino, Patrícia Rodrigues Funck

Introdução: o prontuário é um documento constituído por um conjunto de informações, sinais e imagens registradas geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde e a assistência prestada ao paciente (BRASIL, 2002). Objetivo: identificar na literatura científica a importância do prontuário para a atuação do enfermeiro no atendimento ao paciente; descrever as vantagens para a qualidade na comunicação entre os membros da equipe bem como na continuidade da assistência prestada. Metodologia: trata-se um estudo de revisão integrativa da literatura, utilizou fontes bibliográficas disponíveis nas bases de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e na Base de Dados de Enfermagem (BDENF) contemplando o período de 2009 a 2013. Resultados/Discussões: a Sistematização da Assistência de Enfermagem organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do Processo de Enfermagem que é o instrumento metodológico que orienta o cuidado de Enfermagem (BRASIL, 2009). Portanto, a anotação de enfermagem consiste em um importante meio de comunicação para a equipe, pois além de indicar as ações realizadas, possibilita uma sequência na continuidade da assistência (SILVA *et al.*, 2012). Sendo, assim, é por meio do registro que se pode assegurar a execução e a continuidade do tratamento adequado, bem como, viabilizar a equipe de saúde a prestação de um atendimento respaldado no conhecimento, nos aspectos éticos e legais (SOUSA; SASSO; BARRA, 2012). Conclusão: Este trabalho poderá contribuir para discussões/reflexões acerca da valorização dos registros de enfermagem. Podendo, assim, melhorar a tecnologias de processo do cuidado de enfermagem, além de propiciar a visibilidade do cuidado e das ações cotidianas de enfermagem.

5.3 RELATO DE EXPERIÊNCIA: CAPACITAÇÃO PARA CUIDADORES - ATIVIDADE PROMOVIDA POR ALUNOS DE UMA ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DO IDOSO

Ananyr Porto Fajardo, Júlio Baldisseroto, Maria Helena Schmidt, Sérgio Antonio Sirena

Introdução: equipes interdisciplinares qualificadas e sensibilizadas para a atenção à saúde dos idosos são fundamentais para atender às necessidades desta população. Contudo, também é necessário constituir redes de apoio local para manutenção do cuidado em casa. O Curso de Especialização em Gestão da Atenção à Saúde do Idoso, voltado para trabalhadores da saúde, tem como uma de suas atividades didático-pedagógicas o desenvolvimento de um curso para cuidadores de idosos, promovido pelos alunos. Objetivo: capacitar cuidadores de idosos com vínculo formal ou na condição de familiares para prestação de cuidado qualificado. Desenvolvimento da capacitação: a atividade desenvolvida teve um caráter didático-pedagógico e o conteúdo foi construído pelos alunos da especialização ao longo da disciplina de Vivência em Serviços de Saúde, com supervisão do corpo docente. Foram abordados os seguintes temas: Urgências - sinais e sintomas de agravamento de doenças crônicas; Cuidando de quem cuida; Alimentação saudável; Hábitos saudáveis em relação às atividades físicas; Cuidados básicos diários na saúde do idoso frágil; Saúde mental do idoso e relação com familiares; e Ambiente seguro e saudável. Foi implementado aproveitando recursos próprios da comunidade do entorno com a carga horária total de 8 horas, tendo sido elaborado um almoço comunitário entre os 30 participantes, alunos-ministrantes e docentes. Avaliação das atividades: os alunos consideraram que o processo como um todo contribuiu para integração da turma e aproximação com a comunidade. Os cuidadores participantes avaliaram que o dia foi muito útil, trazendo novos conhecimentos, além de promover intercâmbio das vivências e troca de experiências para resolução de problemas no cotidiano como cuidadores. Também foi solicitado que a atividade seja repetida, com diversas sugestões de aprimoramento. Conclusão: entendemos que essa atividade constitui uma atividade de extensão à comunidade, que propiciou um exercício didático-pedagógico que se mostrou eficiente no desenvolvimento dos conteúdos propostos.

5.4 A INTERVENÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL EM UM HOSPITAL DE TRAUMA: NOVAS PERSPECTIVAS DE TECNOLOGIAS LEVES

Liziane Giacomelli H. da Cunha, Almerinda R. C. Santos, Cristiane Ferraz Q. de Mello, Débora Cristina Abel, Letícia Della Méa Tagliapietra, , Luci Roman, Maristela Costa de Oliveira, Maribela de Moura, Maria Bernardete D. Driemeyer

O presente trabalho tem como objetivo a reflexão acerca das especificidades do Serviço Social em um hospital de trauma, sintonizado com as conquistas e desafios da categoria profissional na consolidação do projeto Ético Político. O Serviço Social no Hospital Cristo Redentor têm sua inserção e intervenção a partir das diferentes expressões da questão social que se transversalizam e se agudizam no processo de saúde-doença dos usuários que acessam o serviço. O Serviço Social têm suas intervenções pautadas pela concepção de saúde como direito, cuja expressão é influenciada pelos determinantes sociais. A intervenção está orientada para um fazer Ético e crítico buscando a produção da saúde integral fazendo uso das tecnologias leves na priorização das necessidades do usuário possibilitando-lhe ser um agente ativo e criativo na produção da sua saúde. As atividades desenvolvidas incluem abordagem e acolhimento desde o ingresso do usuário no HCR, objetivando a identificação precoce de demandas que possam interferir no tratamento e ou na sua alta hospitalar, bem como a interlocução com a equipe multiprofissional e a rede sócio-assistencial,

saúde, jurídico e proteção. Constitui-se desafio para a categoria profissional reafirmar cotidianamente seu projeto societário para superar a estrutura fragmentária dos serviços de saúde focados na doença e não na qualidade de vida. Nesse contexto torna-se/ revela-se imprescindível instaurar e ampliar espaços de interlocução que possibilitem a compreensão por parte das demais/ outras categorias profissionais, que efetivam suas práticas no mesmo espaço, sobre as particularidades do exercício profissional e das atribuições das assistentes sociais no âmbito da saúde dentro da perspectiva do SUS. Tendo em vista o compartilhamento do cuidado e dos múltiplos olhares, entende-se que todos podem acolher e escutar, interagir com a possibilidade de instaurar novos modelos que priorizem as tecnologias relacionais, tendo os usuários como centralidade das ações.

5.5 AS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO GHC E O SEU CONTEXTO DE TRABALHO

Cecília Helena Glanzner

Avaliar a descrição do contexto de trabalho sob a ótica dos próprios trabalhadores permite captar, tratar e analisar as representações que os indivíduos fazem de seu contexto de trabalho, o que é considerado um requisito central para permitir mudanças que visem promover o bem-estar no trabalho, a eficiência e a eficácia dos processos produtivos. O estudo tem o objetivo de descrever a organização, condições e relações sociais de trabalho dos profissionais das equipes de Saúde da Família do GHC. Trata-se de uma pesquisa transversal, com abordagem quantitativa em que foi aplicada a Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho que se constitui em um importante instrumento psicométrico que diagnostica as condições de trabalho, a organização e as relações socioprofissionais. Foi aplicada em todos profissionais das equipes de SF do grupo estudado, por meio de convite individual e entrega do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição. Os dados foram organizados em planilha de Excel e posteriormente analisados pelo SPSS. Para análise dos dados foram utilizadas medidas de tendência central e medidas de dispersão. Foi realizado o Teste de Kolmogorov-Smirnov e foram utilizados testes paramétricos e não paramétricos. Para avaliar a correlação entre as variáveis foram calculados os coeficientes correlação de Pearson ou coeficiente de correlação de Spearman. Foram preenchidos 162 instrumentos e 9 foram excluídos, totalizando 153 instrumentos válidos. Os profissionais das equipes de SF avaliaram seu contexto de trabalho com um risco moderado de adoecimento relacionado ao trabalho. A organização do trabalho apresentou resultado moderado, sendo avaliado por 71,2% dos profissionais. Os resultados mais negativos foram o ritmo de trabalho é excessivo e as tarefas são repetitivas, os mais positivos foram os itens as normas para execução das tarefas são rígidas e os resultados esperados estão fora da realidade. O fator condições do trabalho foi considerado moderado por 60,8% dos profissionais. Os itens o mobiliário existente no local de trabalho é inadequado e o espaço físico para realizar o trabalho é inadequado foram os resultados mais negativos. E, as condições de trabalho oferecem riscos à segurança das pessoas e o material de consumo é insuficiente mais positivos. O fator relações sócio profissionais apresentou resultado moderado por 68% dos profissionais. Foram avaliados negativamente os itens existem disputas profissionais no local de trabalho e a comunicação entre funcionários é insatisfatória. E, positivamente os itens existem dificuldades na comunicação entre chefia e subordinados e falta apoio das chefias para o meu desenvolvimento profissional. No entanto, o principal limite da escala é o caráter psicométrico do instrumento, pois permite a representação coletiva dos respondentes sobre os fatores e itens, mas não revela as causas e o caráter dinâmico do fenômeno constatado. Por isso, a importância de ampliar a investigação com uma abordagem qualitativa para que permita realmente conhecer o contexto de trabalho dos profissionais dessas Equipes de Saúde da Família, estudo que foi realizado e encontra-se em fase de análise final.

5.6 A IMPORTÂNCIA DO INCENTIVO À CRIAÇÃO DE ESPAÇOS PARA A EXPRESSÃO ARTÍSTICO CULTURAL DOS PACIENTES PSIQUIÁTRICOS INTERNADOS

Gilmar Santos Vargas

Este estudo tem por objetivo valorizar a existência de espaços para o uso da linguagem cultural e artística dos pacientes, nas internações psiquiátricas, numa perspectiva de acolhimento. Essa possibilidade de apoio terapêutico pode despertar nos indivíduos com sofrimento psíquico autonomia e protagonismo de suas vidas. Foram buscadas referências via bibliografias científicas e portais científicos da área da saúde. A maioria dos autores estudados indica serem úteis e necessários os espaços para a manifestação artístico cultural dos pacientes psiquiátricos internados. Quando acolhidos desse modo, percebendo a valorização de suas produções artísticas, os indivíduos podem desenvolver sua autonomia, aumentando o sentimento de segurança, quando tomam decisões sobre sua saúde.

6. TECNOLOGIAS EM SAÚDE.

6.1 PLASMOCITOMA DE LARINGE COM EVOLUÇÃO CLÍNICA FAVORÁVEL: RELATO DE CASO

Kátia M. Foltz, Eduardo Cambuzzi, Karla L. Pêgas, Andreza M. De Azeredo

Introdução: plasmocitomas extraósseos/extramedulares(PE) são tumores localizados de plasmócitos, os quais constituem menos de 5% de todas as neoplasias plasmocitárias. A média de idade dos pacientes com PE é igual a 55 anos, e dois terços dos casos acometem o sexo masculino. PE geralmente ocorrem como lesões nodulares localizadas. Aproximadamente 75% dos casos de PE acometem o trato respiratório superior, incluindo seios nasais e orofaringe. Outros locais comprometidos PE incluem linfonodos, glândula parótida, glândula tireoide, mama e trato gastrointestinal. Os autores relatam um caso de plasmocitoma primário de laringe determinando obstrução respiratória acentuada, e discutem os principais achados clínicos e histopatológicos deste raro processo.

Relato de caso: paciente masculino, 52 anos, procurou o serviço hospitalar referindo dispnéia acentuada De início súbito, com evolução aproximada de uma hora. O paciente negava tabagismo e etilismo. Ao Exame físico, apresentava taquicardia, taquipneia, elevação da pressão arterial sistêmica e diminuição do Murmúrio vesicular em ambos os pulmões. O exame de laringoscopia exibiu área de abaulamento da mucosa Glótica e infraglótica. O quadro clínico era compatível com obstrução respiratória alta, sendo o paciente Submetido à traqueostomia de urgência. O exame de tomografia computadorizada (TC) da região cervical Revelou a presença de lesão tumoral na laringe. O estudo radiológico convencional e o exame de TC do Tórax não revelaram alterações. Os exames laboratoriais evidenciaram anemia leve. O paciente foi submetido à laringectomia parcial. O espécime cirúrgico media 8,0x5,0x3,5cm, e apresentava área de abaulamento da mucosa. Aos cortes, mostrou nódulo tumoral pardo---acinzentado, fosco, mal delimitado E elástico, que media 3,2x2,8x2,2cm. O exame histológico revelou uma neoplasia maligna constituída Por células plasmocitoides exibindo citoplasma eosinofílico, núcleo ovalado periférico e alguns corpúsculos De Russell. O estudo imunoistoquímico da lesão revelou positividade para os anticorpos CD138, CD38, Cadeias leves lambda, CD79a e MUM1, e negatividade para CD20, CD3, citoqueratinas. A biopsia de Medula óssea e o estudo radiológico e cintilográfico do esqueleto encontravam---se dentro da normalidade. O diagnóstico de plasmocitoma solitário extramedular foi então estabelecido. O paciente foi encaminhado A tratamento adjuvante. Após um seguimento clínico de seis anos, o paciente encontra---se hígido, sem evidências de recidiva ou disseminação sistêmica da doença.

6.2 DESFECHO CLÍNICO DE PACIENTES CIRRÓDICOS SUBMETIDOS A TRATAMENTO COM ALFAPEGINTERFERONA ASSOCIADO A RIBAVIRINA (Resumo Expandido)

Alberi Adolfo Feltrin, Camila Aguilar Delgado, Denise Bueno

Introdução: A hepatite C é um grave problema de saúde pública tanto no Brasil como no mundo. Estima-se que 3% da população mundial esteja infectada, totalizando 170 milhões de casos¹. No Brasil, de acordo com os dados do Boletim epidemiológico de hepatites virais do Ministério da Saúde, 2010, o resultado global da prevalência referente ao conjunto das 26 capitais do Brasil e do DF foi de 1,38%².

A cirrose é um fator associado a uma diminuição da resposta virológica sustentada ao tratamento de alfapeginterferona associado à ribavirina³. Isso significa que o paciente tem menos chance de negatificação do vírus da Hepatite C seis meses após o término do seu tratamento. O estudo tem como objetivo verificar o desfecho clínico dos pacientes cirróticos submetidos a tratamento com alfapeginterferona associado à ribavirina.

Metodologia: Trata-se de um estudo descritivo e retrospectivo. Os dados foram coletados das fichas farmacoterapêuticas dos pacientes cirróticos que finalizaram o tratamento com alfapeginterferona e ribavirina no Hospital Nossa Senhora da Conceição, no período de março de 2004 a junho de 2013. As informações foram analisadas no programa Epi-Info.

Resultados e Discussão: Ao total, 224 fichas farmacoterapêuticas de pacientes cirróticos foram selecionadas para participar do estudo. Os possíveis motivos de final de tratamento foram classificados em cinco categorias, conforme observado na prática clínica do centro de referência em questão: suspensão por PCR, desistência voluntária do paciente, óbito, suspensão por RAM e término do tratamento, conforme é apresentado na figura 1.

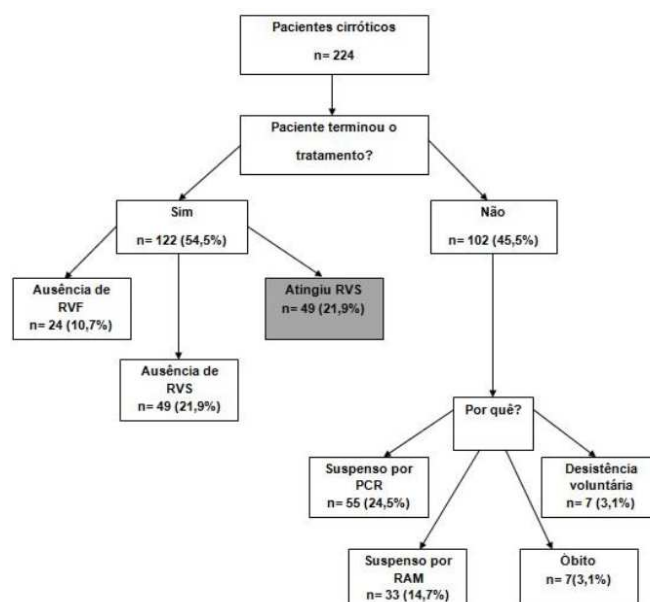


Figura 1. Algoritmo dos possíveis desfechos clínicos.

O Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para hepatite viral C e coinfeções, do Ministério da Saúde, preconiza que o paciente obtenha uma resposta virológica precoce ou resposta virológica precoce parcial na 12ª semana de tratamento⁴. Isso significa que o paciente deve realizar o teste de biologia molecular PCR e deve apresentar resultado indetectável ou a carga viral deve ter diminuído no mínimo 2 log (100 vezes), caracterizando o sujeito como respondedor lento. Caso nenhum desses dois resultados seja obtido, o tratamento deve ser suspenso⁴, o que ocorreu com 55 pacientes. O tratamento medicamentoso para hepatite C apresenta diversos eventos adversos. Como consequência disso, ocorre uma diminuição da qualidade de vida do indivíduo, ocasionando, assim, uma diminuição na adesão ao tratamento ou até mesmo desistência⁵, como ocorreu com sete pessoas do grupo. Do grupo em questão, 65 (29%) pacientes necessitaram de terapia medicamentosa de suporte, devido a alterações hematológicas (anemia e/ou neutropenia), sendo que 24 pacientes necessitaram fazer uso de eritropoetina, 26 de filgrastima e 15 de ambos os medicamentos, seguindo os parâmetros do Protocolo vigente⁴. Já 44 pacientes necessitaram reduzir a dose de alfapeginterferona e 36 necessitaram reduzir a dose de ribavirina. Este tipo de intervenção não-medicamentosa se faz presente em aproximadamente 30% dos casos⁶, o que foi observado neste estudo, totalizando 35,7% dos casos nos quais ocorreu esse tipo de intervenção. Quando a reação adversa apresentada é muito intensa que a qualidade de vida do indivíduo esteja prejudicada em demasia, o tratamento deve ser descontinuado⁵, como ocorreu em 33 casos (14,7%) do conjunto pesquisado. O óbito é considerado um evento adverso do tratamento e, dentro do conjunto de pesquisa, sete pessoas faleceram como resultado de complicações do tratamento. Dos 224 sujeitos que iniciaram o tratamento, apenas 122 (54,5%) conseguiram terminá-lo. Após o término do tratamento, o paciente deve realizar o exame qualitativo de PCR novamente para verificar se a resposta virológica ao final do tratamento foi atingida. Essa resposta foi atingida por apenas 98 indivíduos, os demais 24 continuaram com o vírus da hepatite C detectável. Após 24 semanas faz-se novamente o exame, no qual 49 indivíduos demonstraram resultado detectável e 49 demonstraram resultado indetectável, caracterizando a resposta virológica sustentada. Portanto, 21,9% dos pacientes conseguiram alcançar a cura da hepatite C. Sabe-se que a cirrose é um complicador no tratamento para hepatite C e acaba diminuindo a chance de obtenção de RVS³. Estudos demonstraram, baixos resultados de RVS. Em um estudo, 34,9% dos pacientes cirróticos submetidos a tratamento que obtiveram

RVS7. Já outra pesquisa demonstrou que apenas 33% dos pacientes cirróticos com genótipo 1 obtiveram RVS contra 57,5% de pacientes cirróticos com genótipo não-18.

Conclusão: Demonstrou-se que a resposta virológica sustentada obtida pelos pacientes cirróticos do estudo é inferior ao observado em ensaios clínicos e que há grande dificuldade de atingir-se resposta virológica parcial, sendo realmente a cirrose um complicador na cura da Hepatite C.

6.3 REAÇÕES ADVERSAS AO TRATAMENTO DA HEPATITE C: DADOS DE UMA COORTE DE PACIENTES EM SEGUIMENTO FARMACOTERAPÊUTICO (Resumo Expandido)

Iago Christofoli de Barros, *Letícia Viatroski Carvalho*, *Camila Aguiar Salgado*, *Alberi Adolfo Feltrin*, *Aline Lins Camargo*

Introdução: A farmacovigilância assegura os pacientes de danos causados por medicamentos através da identificação precoce do risco e intervenção prévia¹. A incidência de efeitos adversos durante a vigência do tratamento para Hepatite C é frequente², sendo de suma importância ações de farmacovigilância. Este trabalho tem por objetivo identificar e quantificar as principais reações adversas (RAMs), relatadas por pacientes em seguimento farmacoterapêutico.

Método: Trata-se de um estudo transversal, com dados de uma coorte. Os dados foram coletados das fichas farmacoterapêuticas dos pacientes em tratamento com alfapeginterferona e ribavirina em seguimento em um centro de referência de hospital de grande porte, no período de março de 2004 a abril de 2013. O atendimento prevê a realização de uma entrevista com o farmacêutico no início do tratamento para coleta de dados do paciente, anamnese farmacoterapêutica e orientações sobre o tratamento. Após, são realizadas entrevistas mensais durante todo tratamento. As informações foram analisadas no programa Epi-Info.

Resultados: Foram incluídos no estudo 1074 pacientes com idade média de 50,5 anos. A maioria são homens (54,9%), com genótipo 1 (73,5%) e grau de fibrose avançado, considerando classificação Metavir superior a F2 (44,9%). As características dos pacientes são apresentadas na tabela 1.

O número médio de RAM por paciente foi de 5,6. As RAM mais frequentes foram cefaléia (n=629;10,4%), astenia (n=563;9,3%), mialgia (n=560;9,3%), febre (n=503;8,3%) e irritabilidade (n=389;6,4%). As RAM com maior gravidade mais frequentes foram àquelas relacionadas ao sistema hematológico: anemia (n=167;2,8%), neutropenia (n=129;2,1%) e plaquetopenia (n=81;1,3%).

Tabela 1 – Características dos pacientes em seguimento farmacoterapêutico em centro de referência para tratamento da Hepatite C

Características	n	%
Gênero		
Masculino	590	54,9
Feminino	484	45,1
Genótipo		
Tipo 1	759	70,7
Tipo 2	29	2,7
Tipo 3	242	22,5
Tipo 4	3	0,3
Sem informação	41	3,8
Grau de Fibrose		
F0-F2	453	42,2
F3-F4	482	44,9
Sem Biópsia	139	12,9

O farmacêutico fez contato com o médico responsável em função de RAM em 287 casos. Para maioria dos pacientes que manifestaram RAM durante o tratamento foi necessário contatar o médico² a 5 vezes (47,3%), conforme apresentado na Figura 1. O tratamento de 109 pacientes (10,1%) foi suspenso em função de RAM.

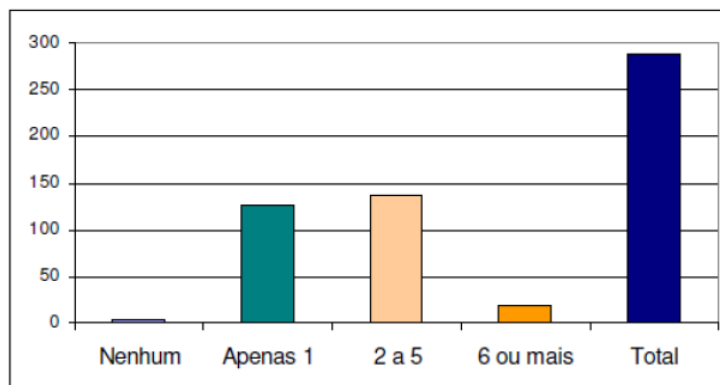


Figura 1 – Número de contatos realizados pelo farmacêutico com o médico assistente por pacientes com RAM durante tratamento para Hepatite C

Conclusão: O perfil de RAM encontrado nesta coorte é similar ao observado nos ensaios clínicos e descrito no protocolo clínico vigente no país². O seguimento farmacoterapêutico oportuniza uma intervenção precoce em caso de RAM, aumentando a segurança do tratamento.

6.4 CONDISSARCOMA PRIMÁRIO DE EPIGLOTE - RELATO DE CASO

Kátia M. Foltz, Eduardo Cambruzzi, Karla L. Pêgas, Andreza M. De Azeredo

Introdução: o condissarcoma (CS) representa uma neoplasia maligna constituída por células condróides dispostas em lacunas e em meio a matriz condróide hialina. CS corresponde ao terceiro tipo histológico Mais comum dentre os tumores malignos ósseos, e pode ser classificado como primário ou secundário, Central ou periférico, ou, ainda, como convencional, desdiferenciado, de células claras ou mesenquimal. A Maioria dos casos de CS acomete os ossos pélvicos, úmero e fêmur, sendo raros no trato respiratório superior e face.

Relato de caso: paciente masculino, 44 anos, procurou o serviço hospitalar referindo disfagia e dispnéia leve a moderada, com início há trinta dias. O paciente negava tabagismo e etilismo. Ao exame físico, apresentava discreta diminuição do murmúrio vesicular em ambos os pulmões. Os demais órgãos e sistemas não apresentavam alterações. Os exames laboratoriais encontravam---se dentro dos limites da normalidade. O Estudo radiológico convencional e a tomografia computadorizada (TC) de tórax não revelaram alterações. A endoscopia digestiva alta identificou alterações esofágicas moderadas compatíveis com esofagite de refluxo. O exame de laringoscopia e TC da região cervical exibiram lesão tumoral expansiva na epiglote, a qual determinava obstrução aérea relevante. O paciente foi encaminhado à laringectomia total. O espécime cirúrgico media 8,5x5,5x5,2cm, e apresentava massa tumoral branco-- acinzentada, lobulada e firme, que Comprometia a epiglote e media cerca de 4,2x3,5x3,1cm. O exame histológico revelou uma neoplasia mesenquimal maligna constituída por células condróides dispostas em lacunas, com atipias moderadas, focos De necrose e matriz condroide. O conjunto dos achados histopatológicos eram compatíveis com condissarcoma convencional (clássico) primário de epiglote, de grau histológico 2. O estudo radiológico e Cintilográfico do esqueleto encontravam---se dentro da normalidade. O paciente foi encaminhado a tratamento adjuvante. Após um seguimento clínico de vinte e quatro meses, o paciente encontra---se hígido, sem evidências de recidiva ou disseminação sistêmica da doença.

6.5 D-DÍMEROS: UM MÉTODO DE EXCLUSÃO NO DIAGNÓSTICO DE EMBOLIA PULMONAR

Claudia Severgnini Eugenio

Introdução: A embolia pulmonar pode ser definida como, um trombo que se forma no sistema venoso profundo. As estratégias diagnósticas para o tromboembolismo precisam ser técnicas adequadas e precisas. Dentre os testes laboratoriais, um dos que mais vem se destacando são os D-dímeros, pois auxiliam na exclusão do diagnóstico de Tromboembolismo pulmonar (TEP) em situações agudas. **Objetivos:** Comparar níveis dos D-dímeros, obtidos pelo monitor portátil alere triage® e método coagulométrico, em pacientes na sala de emergência com suspeita clínica de TEP. **Métodos:** Trata-se de um estudo com abordagem quantitativa, transversal em que os pacientes serão selecionados retrospectivamente no período de agosto a setembro de 2013. A população será composta por pacientes que foram admitidos na emergência do Hospital Nossa Senhora da Conceição com diagnóstico de TEP e que realizaram a coleta de D-dímeros pelo monitor alere triage® e método coagulométrico. Os pacientes foram submetidos à coleta sanguínea realizada por venopunção para a realização do teste dos D-dímeros no laboratório de análises clínicas da instituição e simultaneamente a coleta de sangue para medida pelo monitor portátil alere triage®. O teste padrão foi realizado utilizando o método coagulométrico.

6.6 SÍNDROME DE BOERHAAVE

Andreza Mariane de Azeredo, Jéssica Venites, Alexia Reis, Danielle Figueiró, Airtton Schneider

A Síndrome de Boerhaave ou ruptura esofágica espontânea é uma situação rara que apresenta elevada mortalidade. Geralmente evolui para mediastinite e sepse devido à invasão de conteúdo gástrico na cavidade mediastinal. O objetivo desse relato é apresentar um caso de fístula esôfago-pleural, que após toracotomia foi revelada Síndrome de Boerhaave.

Paciente J.R, 66 anos, foi transferido ao Hospital Universitário Ulbra/Mãe de Deus (HUUMD), visando à correção de uma fístula esôfago-pleural, tratamento para pneumotórax e empiema pleural bilateral. Paciente tabagista, hipertenso, com DPOC e histórico de pneumotórax espontâneo durante internação. Foi submetido a uma endoscopia digestiva alta (EDA) que revelou que a fístula se comunicava com o espaço pleural, sendo o alimento exportado pelo dreno de tórax e extravasamento das secreções gástricas na cavidade mediastinal. Os exames de imagem apresentavam pneumotórax, sinais de DPOC e empiema pleural bilateral. Foram propostas pelo serviço de Cirurgia Torácica, as seguintes medidas: toracotomia bilateral exploratória, visando a descorticação e drenagem do empiema; liberação do esôfago com a colocação de dois drenos torácicos; laparotomia; gastrostomia e jejunostomia para que, posteriormente, fosse feita a correção da fístula precedente. No pós-operatório, apresentou choque séptico e insuficiência renal aguda. Paciente permaneceu na UTI com esquema antimicrobianos: piperacilina/tazobactam; vancomicina; meropenem, polimixina B e bactrim por 20 dias, mesmo assim não resistiu e foi a óbito.

Dessa forma, confirmou-se o diagnóstico de Síndrome de Boerhaave, após submeter o mesmo à EDA e posteriormente à toracotomia. A perfuração do esôfago torácico é um quadro grave, causando frequentemente sepse ou mediastinite, de alta mortalidade - aproximadamente 60% em quadros tratados. Quadro de difícil diagnóstico, principalmente por ser facilmente confundido com casos frequentes como infarto agudo do miocárdio, pancreatite aguda e úlcera péptica.

6.7 PICADA DE BOTHROPS DESENCADEANDO ANEMIA HEMOLÍTICA MICROANGIOPÁTICA (AHM) (Resumo Expandido)

Andreza Mariane De Azeredo; Flávia Sabrina Roloff Serafim; Carlos Augusto Mello Da Silva

Introdução: Na anemia hemolítica microangiopática (AHM), os eritrócitos sucumbem ao cisalhamento, desgaste e laceração, resultando em hemólise intravascular que acaba em hemoglobinúria. A microangiopatia trombótica está associada com o envenenamento de algumas espécies de ofídios. As microangiopatias trombóticas são um grupo raro de doenças com características clássicas tais como AHM, trombocitopenia e insuficiência renal aguda (IRA) de início nas primeiras 48 horas após o envenenamento.

Objetivo: Ressaltar a importância e raridade do quadro clínico apresentado devido à picada de *Bothrops*.

Relato de Caso: Paciente masculino, 49 anos, 94 kg picado por *Bothrops* em dorso do pé direito em acidente ocupacional. Procurou atendimento médico no hospital de Saldanha Marinho, no interior do Rio Grande do Sul, 02 horas após a picada. No momento do atendimento, apresentava edema até o joelho, sem sinais de sangramento local e/ou sistêmico. No hospital, foi realizada antissepsia local, drenagem postural, analgesia, controle da diurese, revisão da vacina antitetânica, exames antes da aplicação do soro e 08 ampolas de soro anti-botrópico (SAB) foram aplicadas, conforme orientado pelo Centro de Informação Toxicológica do Rio Grande do Sul (CIT/RS) de acordo com o estadiamento do caso – estadiado como moderado. Após 01 hora da aplicação do SAB, o edema havia regredido. Os resultados dos exames coletados pré-soro foram: Hematócrito – 50%; Hemoglobina – 16 g/dL; Plaquetas – 232.000/mm³; Uréia – 28 mg/dL; Creatinina – 0,6 mg/dL; Tempo de Coagulação (TC) – 7 minutos; Tempo de Protrombina (TP) – 15 segundos; RNI – 1,3; Atividade – 78%; Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada (KTP) – 32 segundos; Exame Qualitativo de Urina (EQU) – alguns cilindros hialinos e granulados. Os exames 12 horas pós- SAB foram: Hematócrito – 42%; Hemoglobina – 13,5 g/dL; Plaquetas – 63.000/mm³; Creatinina – 4,5 mg/dL; Uréia – 82,8 mg/dL; TP – 13,9 segundos; Atividade – 80%; RNI – 1,27; KTP – 31,05 segundos; TC – 22 minutos; EQU – traços de proteína e hemoglobina. Um dia após a picada, o paciente apresentava edema local e oligúria, sem sinais de sangramento; após algumas horas evoluiu com anúria. Por isso, foram realizadas mais 07 ampolas de SAB, segundo orientações do CIT/RS. No segundo dia, o paciente foi submetido à hemodiálise, pois apresentava IRA. Após 06 dias de evolução, o paciente permanecia em hemodiálise, sem melhora da função renal e ainda havia edema local. Os resultados dos exames do sexto dia de evolução do quadro mostravam: Hematócrito – 32,9%; Hemoglobina – 11 g/dL; Plaquetas – 53.000/mm³; TP – 13,2 segundos; Atividade – 98%; RNI – 1; KTP – 33 segundos; Uréia – 110 mg/dL; Creatinina – 4,21 mg/dL. No sétimo dia, o paciente já não apresentava mais edema, seguia realizando hemodiálise, pois ainda estava com a função renal alterada. Depois de 09 dias internado, o paciente seguia sem edema, sem sangramentos e sem realizar hemodiálise; apresentava Creatinina – 2,83 mg/dL e Uréia – 76 mg/dL. Após 10 dias internado, o paciente recebe alta melhorada, pois já apresentava melhora função renal e estabilização de eritrócitos.

Conclusão: A hipótese de AHM surgiu pelo fato do paciente ter normalizado as provas de coagulação com SAB, mas ter evoluído com declínio diário de hematócrito e hemoglobina sem perda sanguínea, com hemoglobinúria e IRA. As microangiopatias trombóticas são um grupo de desordens raras associadas à trombocitopenia, AHM e IRA. As microangiopatias trombóticas podem ser classificadas de acordo com a sua causa. A microangiopatia trombótica foi descrita após picada de ofídio, durante muitos anos, mas só recentemente tem sido reconhecida como síndrome de microangiopatia trombótica. O mecanismo exato de microangiopatia trombótica em envenenamento ainda não é totalmente conhecido. Acredita-se que a microangiopatia é desencadeada pela redução da permeabilidade e estreitamento luminal. Por outro lado, a maioria das anemias hemolíticas ocorridas por toxinas de ofídios, assim como grande parte das anemias hemolíticas, os eritrócitos são fagocitados na medula óssea, baço e fígado, e o ferro é reutilizado. Uma pequena quantidade de hemoglobina liberada intravascularmente é reaproveitada a haptoglobina. Por fim, assim como no relato a cima descrito, essa condição parece ter um bom prognóstico e o manejo deve se concentrar em soroterapia e cuidados de suporte, incluindo hemodiálise para IRA.