

# ANAIIS



## **“Por uma Saúde Melhor: Participação e Aprendizado Colaborativo”**

9-10-11 | DEZEMBRO | 2014

UNIVERSIDADE POSITIVO | CURITIBA | PR

Realização: Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba





## **SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE CURITIBA**

Secretário: Adriano Massuda

Superintendente Executivo: Jane Sescatto

Superintendente de Gestão: Cesar Monte Serrat Tilton

Diretor do Centro de Educação em Saúde e Coordenador Geral do 9º ESCC: Antonio Dercy Silveira Filho

---

### **Comissão Científica**

Coordenador: Samuel Jorge Moysés

Membros: Antonio Dercy Silveira Filho, Magrit Fabian Sarturi, Elaine Rossi, Maria Rita de Cássia Barreto Almeida, Leda Maria Albuquerque, Cynthia Calixto Fraiz, Elizabeth Guinart Araújo, Viviane Maria Sutile, Florence Jussara Scremin Munhoz, Rafaela Caroline Novatzki.

Apoios: Michel Deolindo, Simone Ribas, Carla da Ros, Cristiane Dias, Ariane B. S. dos Santos, Rodrigo M. Pequeto Lima, Paula Regina J. Campos, Jéssica Cristina Ruths, Mariana Danieli Kampa, Junia Ap. L. da Mata Fujita, Larissa C. V. Gomes, Nicole Nicolaiko Temperly, Juliana Moleta, Isabelle de Freitas Rolim, Cynthia Ramos Soares, Clarissa G. N. Aliski, Ivete Kwasnei, Valine Meira Gaensly, Lúcia Mara Xani Avaneo, Camila Monteiro Mazzarin, Cristiane Aragão, Manoela Lorenzi.

---

### **Comissão de Infraestrutura**

Coordenador: Angelo Roberto Massuchetto

Membros: Solange Santiago, Ronald Gielow, Karina Maria Camargo Sizenando, Deizi Lourdes Zanin Groszewicz, Milton Nunes Pessoa Filho.

---

### **Comissão de Secretaria**

Coordenador: Ronald Gielow

Membros: Deizi Lourdes Zanin Groszewicz, Gisele Cristine da Silva, Fabíola Lucia Stencel, Raquel, Ferraro Cubas, Gisele Cristine da Silva, Regina Helena Terêncio de Lara, Thais Aparecida Vieira, Rafaela Caroline Novatzki.

Apoios: Claudia Schneck de Jesus, Angela Leite Mendes, Claudine Esmaniotto, Anne Zeghbi, Maria Terumi Kami, Elisabete Correa, Cristiane Nakamura, Edla Romanzini, Karen Bernartt, Ingrid Lowen, Ana Lucia Ratton de Medeiros, Jurema Arlinda Paz, Silmara de Oliveira Franco, Simone Ribeiro Del Forno, Ingrid Maria da Rocha, Sirley Wenciboski, Ana Beatriz Cordeiro Pinto, Cristiane Ferreira, Cintia Cristine Ribeiro da Silva, Anderson Cirilo Demarch, Rosane Monica Russi da Costa, Orilde Maria Balestrin, Andréa Diná da Costa, Marcia Regina Savi, Eliane de Fatima Vaz, Jussara do Rocio R. de Marques, Liege Scussiatto, Jéssica de Assis de Andrade, Paula Suzeni Valori Messias, Isabel Munhoz da Cunha, Simone Muniz, Sidneia Correa Hess.

---

### **Comissão de Cultura e Lazer**

Coordenador: Florence Jussara Scremin Munhoz

Membros: Elsa Marília Andujar de Oliveira, Elisie Rossi Ribeiro Costa.

## APRESENTAÇÃO

O 9º Encontro de Saúde Coletiva de Curitiba ocorreu nos dias 9, 10 e 11 de dezembro de 2014 no Campus da Universidade Positivo.

O conceito central para essa edição do Encontro foi da **prática colaborativa**, promovendo encontros entre diferentes atores, especialmente os servidores públicos da saúde e a comunidade acadêmica, para troca de experiências, identificação de novas perspectivas de atuação, avaliação da implementação de políticas e fortalecimento para a atuação em cenários de mudança.

Os Encontros de Saúde Coletiva se firmaram ao longo do tempo por agregar um conjunto diversificado de atores, para o debate em torno da saúde, da educação, da gestão e do trabalho em saúde, da participação cidadã, na perspectiva do fortalecimento do SUS. Caracterizam-se por proporcionar um espaço privilegiado a todos os servidores da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, além de outros atores, dando-lhes a oportunidade de mostrar ações de sucesso de seu trabalho profissional ou formativo, provocando o interesse e sensibilização de todos quanto à importância desses eventos.

No 1º Encontro de Saúde Coletiva, realizado no ano de 1991, foram apresentados 36 trabalhos científicos. O 9º Encontro, realizado em 2014, contou com 328 trabalhos, no formato de pôsteres eletrônicos (*e-banners*). As salas sempre com grande frequência, o entusiasmo dos apresentadores, a intensidade das trocas com a audiência, e o consenso geral dos cerca de 1800 participantes nos três dias do evento, sinalizaram como de extrema importância a iniciativa desta sua última reedição. Neste 9º Encontro, além dos trabalhos internos das equipes, ampliou-se o espaço para as apresentações de trabalhos externos, desenvolvidos no ambiente acadêmico seja em nível de graduação ou de pós-graduação, por servidores, alunos e pesquisadores que utilizaram a nossa estrutura como campo de aprendizagem e pesquisa. Ainda, foram realizados 18 minicursos, 6 mesas redondas, além de inúmeras atividades culturais e dialógicas contemplando a boa convivência e a saúde dos participantes. Mais uma vez, o Encontro reafirmou uma oportunidade de crescimento humano, profissional, e de pertencimento ao Sistema Único de Saúde que é de todos os curitibanos e brasileiros.

Desse modo, firma-se como espaço de criatividade e compromisso, em que trabalhadores transformam a instituição, diferenciando o fazer, com resultados surpreendentes, abordando os processos de trabalho cotidianos que podem ser inovados e melhorados.

O evento contribuiu para a consolidação de práticas participativas e de aprendizado colaborativo, em rede, em busca de mais saúde para os cidadãos curitibanos. A reorientação dos processos de gestão, dos modelos de atenção e dos processos formativos desencadeados no atual período de gestão, impõe aos gestores, equipes, parceiros da rede pública e movimentos sociais e populares a intensificação do diálogo com vistas ao bem comum. Isto propicia reafirmar a defesa da saúde como direito universal de cidadania e da democracia como princípio de uma sociedade justa e solidária.

**PROGRAMAÇÃO**

| DIA 09/12/2014 - Programação |                                                                                                              |                |                       |
|------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-----------------------|
| Horário                      | Atividade                                                                                                    | Local          | Bloco                 |
| 8h/9h                        | Acolhimento "Café com Arte: Palhaços Dida e Duda"                                                            | Saguão         | Bege                  |
| 8h/17h                       | Exposição Trailer para Testagem do HIV                                                                       | Estacionamento | Bege - E 18           |
| 8h/17h                       | Exposição dos Projetos Aplicativos - Especialização IEP/HSL                                                  | Hall           | Azul                  |
| 9h/12h                       | MC 1 - Ações Integradas para o Enfrentamento de Epidemias, Pandemias e das Doenças Emergentes e Reemergentes | Auditório      | Bege                  |
| 9h/12h                       | MC 2 - Novas Tecnologias na APS (Espirometria, Eletrocardiograma, Pré-Natal e Puericultura)                  | Auditório      | Azul                  |
| 9h/12h                       | MC 3 - Práticas Integrativas e Complementares: Fitoterapia, Plantas Medicinais, Homeopatia e Acupuntura      | Auditório 1    | Vermelho              |
| 9h/12h                       | MC 4 - Ferramentas para Gestão – Negociação, Liderança de Equipe, Resolução de Conflitos                     | Auditório 2    | Vermelho              |
| 9h/10h                       | SPE 1 - Educação Permanente e Apoio Institucional                                                            | Sala 1         | Pós-graduação         |
|                              | SPE 1 - Vigilâncias                                                                                          | Sala 2         |                       |
|                              | SPE 1 - Integração Ensino-Serviço                                                                            | Sala 3         |                       |
|                              | SPE 1 - Planejamento, Monitoramento Avaliação                                                                | Sala 4         |                       |
|                              | SPE 1 - Vivências e Narrativas em Distintos Cenários                                                         | Sala 5         |                       |
|                              | SPE 1 - Redes de Atenção                                                                                     | Sala 6         |                       |
|                              | SPE 1 - Educação em Saúde                                                                                    | Sala 7         |                       |
|                              | SPE 1 - Atenção Especializada e SADT                                                                         | Sala 8         |                       |
|                              | SPE 1 - Vigilâncias                                                                                          | Sala 9         |                       |
|                              | SPE 1 - Planejamento, Auditoria e Gestão em Saúde                                                            | Sala 10        |                       |
| 10h/11h                      | SPE 2 - Educação Permanente e Apoio Institucional                                                            | Sala 1         | Pós-graduação         |
|                              | SPE 2 - Vigilâncias                                                                                          | Sala 2         |                       |
|                              | SPE 2 - Integração Ensino-Serviço                                                                            | Sala 3         |                       |
|                              | SPE 2 - Planejamento, Monitoramento Avaliação                                                                | Sala 4         |                       |
|                              | SPE 2 - Vivências e Narrativas em Distintos Cenários                                                         | Sala 5         |                       |
|                              | SPE 2 - Redes de Atenção                                                                                     | Sala 6         |                       |
|                              | SPE 2 - Educação em Saúde                                                                                    | Sala 7         |                       |
|                              | SPE 2 - Atenção Especializada e SADT                                                                         | Sala 8         |                       |
|                              | SPE 2 - Vigilâncias                                                                                          | Sala 9         |                       |
|                              | SPE 2 - Planejamento, Auditoria e Gestão em Saúde                                                            | Sala 10        |                       |
| 11h/12h                      | SPE 3 - Educação Permanente e Apoio Institucional                                                            | Sala 1         | Pós-graduação         |
|                              | SPE 3 - Vigilâncias                                                                                          | Sala 2         |                       |
|                              | SPE 3 - Integração Ensino-Serviço                                                                            | Sala 3         |                       |
|                              | SPE 3 - Planejamento, Monitoramento Avaliação                                                                | Sala 4         |                       |
|                              | SPE 3 - Vivências e Narrativas em Distintos Cenários                                                         | Sala 5         |                       |
|                              | SPE 3 - Redes de Atenção                                                                                     | Sala 6         |                       |
|                              | SPE 3 - Educação em Saúde                                                                                    | Sala 7         |                       |
|                              | SPE 3 - Atenção Especializada e SADT                                                                         | Sala 8         |                       |
|                              | SPE 3 - Vigilâncias                                                                                          | Sala 9         |                       |
|                              | SPE 3 - Planejamento, Auditoria e Gestão em Saúde                                                            | Sala 10        |                       |
| 12h/14h                      | Almoço com Arte - confraternização                                                                           | Restaurantes   | Bege, Azul e Vermelho |
| 12h/13h                      | DB - Novas estratégias para enfrentamento do HIV                                                             | Auditório      | Bege                  |
| 13h/13h45                    | Meditação "Mãos sem fronteiras"                                                                              | Auditório      | Bege                  |
| 13h/13h45                    | Contação de Histórias                                                                                        | Auditório 1    | Vermelho              |
| 13h/13h45                    | Teatro "Dida e Duda"                                                                                         | Auditório 2    | Vermelho              |
| 13h/13h45                    | Avaliação física e Caminhada pela UP                                                                         | Área externa   | Bege                  |
| 13h/13h45                    | Canto e violão                                                                                               | Área externa   | Vermelho              |
| 13h30/18h                    | AP - Especialização UNICAMP/SMS Curitiba                                                                     | Sala 205       | Azul                  |
|                              | AP - Especialização UNICAMP/SMS Curitiba                                                                     | Sala 206       |                       |
|                              | AP - Especialização UNICAMP/SMS Curitiba                                                                     | Sala 207       |                       |
|                              | AP - Especialização UNICAMP/SMS Curitiba                                                                     | Sala 208       |                       |
| 14h/15h                      | RC - Alfabetização com saúde para os usuários das US                                                         | Hall           | Azul                  |
| 14h/16h45                    | MC 5 - O Apoio Institucional como ferramenta de fortalecimento da gestão                                     | Auditório      | Bege                  |
| 14h/16h45                    | MR 1 - Estratégias para otimização da atenção especializada no SUS Curitiba                                  | Auditório      | Azul                  |
| 14h/16h45                    | MR 2 - Núcleos de Saúde Coletiva: experiência do SUS Curitiba                                                | Auditório 1    | Vermelho              |
| 14h/16h45                    | MC 6 - Abordagem de Sono na APS                                                                              | Auditório 2    | Vermelho              |
| 14h30/16h30                  | VD 1 - Envelhecimento Saudável                                                                               | Sala 201       | Azul                  |
|                              | VD 2 - O veneno está na mesa                                                                                 | Sala 202       |                       |
| 15h30/16h30                  | RC - Parto natural humanizado                                                                                | Hall           | Azul                  |

MC = Minicurso; SPE = Sessão de pôster comentado; DB = Debate; RC = Roda de Conversa; MR = Mesa Redonda; VD = Vídeo debate; AP = Atividade paralela

| DIA 10/12/2014 - Programação |                                                                                              |                |                       |
|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-----------------------|
| Horário                      | Atividade                                                                                    | Local          | Bloco                 |
| 8h/9h                        | Acolhimento "Café com Arte: Palhaços Dida e Duda"                                            | Saguão         | Bege                  |
| 8h/17h                       | Exposição Trailer para Testagem do HIV                                                       | Estacionamento | Bege - E 18           |
| 8h/17h                       | Exposição dos Projetos Aplicativos - Especialização IEP/HSL                                  | Hall           | Azul                  |
| 9h/12h                       | MC 9 - Boas Práticas nos Serviços de Saúde                                                   | Auditório      | Bege                  |
| 9h/12h                       | MC 10 - Ampliação do Acesso na APS: Medicina, Enfermagem e Odontologia                       | Auditório      | Azul                  |
| 9h/12h                       | MC 7 - A percepção da equipe odontológica nos maus tratos infantis e dos adolescentes        | Auditório 1    | Vermelho              |
| 9h/12h                       | MC 8 - Política de Cuidado para Adolescentes em Conflitos com a Lei                          | Auditório 2    | Vermelho              |
| 9h/10h                       | SPE 1 - Educação em Saúde                                                                    | Sala 1         | Pós-graduação         |
|                              | SPE 1 - Carteira de Serviços e Tecnologias em Saúde                                          | Sala 2         |                       |
|                              | SPE 1 - NASF e Redes de Atenção                                                              | Sala 3         |                       |
|                              | SPE 1 - Vigilâncias                                                                          | Sala 4         |                       |
|                              | SPE 1 - Vivências e Narrativas em Distintos Cenários e Saúde Bucal                           | Sala 5         |                       |
|                              | SPE 1 - Humanização, Ética/Bioética em Saúde e Participação e Controle Social                | Sala 6         |                       |
|                              | SPE 1 - Integração Ensino/Serviço e Educação em Saúde + Gênero Sexualidade                   | Sala 7         |                       |
|                              | SPE 1 - Abordagens da Vulnerabilidade: Violências, Drogas e Outros                           | Sala 8         |                       |
|                              | SPE 1 - A Saúde e seus Agentes: ACS e Proc. Trabalho Multiprofissional                       | Sala 9         |                       |
|                              | SPE 1 - Determinação Social, Iniquidades, Promoção Saúde e Vigilâncias                       | Sala 10        |                       |
| 10h/11h                      | SPE 2 - Educação em Saúde                                                                    | Sala 1         | Pós-graduação         |
|                              | SPE 2 - Carteira de Serviços e Tecnologias em Saúde                                          | Sala 2         |                       |
|                              | SPE 2 - NASF e Redes de Atenção                                                              | Sala 3         |                       |
|                              | SPE 2 - Vigilâncias                                                                          | Sala 4         |                       |
|                              | SPE 2 - Vivências e Narrativas em Distintos Cenários e Saúde Bucal                           | Sala 5         |                       |
|                              | SPE 2 - Humanização, Ética/Bioética em Saúde e Participação e Controle Social                | Sala 6         |                       |
|                              | SPE 2 - Integração Ensino/Serviço e Educação em Saúde + Gênero Sexualidade                   | Sala 7         |                       |
|                              | SPE 2 - Abordagens da Vulnerabilidade: Violências, Drogas e Outros                           | Sala 8         |                       |
|                              | SPE 2 - A Saúde e seus Agentes: ACS e Proc. Trabalho Multiprofissional                       | Sala 9         |                       |
|                              | SPE 2 - Determinação Social, Iniquidades, Promoção Saúde e Vigilâncias                       | Sala 10        |                       |
| 11h/12h                      | SPE 3 - Educação em Saúde                                                                    | Sala 1         | Pós-graduação         |
|                              | SPE 3 - Carteira de Serviços e Tecnologias em Saúde                                          | Sala 2         |                       |
|                              | SPE 3 - NASF e Redes de Atenção                                                              | Sala 3         |                       |
|                              | SPE 3 - Vigilâncias                                                                          | Sala 4         |                       |
|                              | SPE 3 - Vivências e Narrativas em Distintos Cenários e Saúde Bucal                           | Sala 5         |                       |
|                              | SPE 3 - Humanização, Ética/Bioética em Saúde e Participação e Controle Social                | Sala 6         |                       |
|                              | SPE 3 - Integração Ensino/Serviço e Educação em Saúde + Gênero Sexualidade                   | Sala 7         |                       |
|                              | SPE 3 - Abordagens da Vulnerabilidade: Violências, Drogas e Outros                           | Sala 8         |                       |
|                              | SPE 3 - A Saúde e seus Agentes: ACS e Proc. Trabalho Multiprofissional                       | Sala 9         |                       |
|                              | SPE 3 - Determinação Social, Iniquidades, Promoção Saúde e Vigilâncias                       | Sala 10        |                       |
| 12h/14h                      | Almoço com Arte - confraternização                                                           | Restaurantes   | Bege, Azul e Vermelho |
| 12h/13h                      | DB - Novas estratégias para enfrentamento do HIV                                             | Auditório      | Bege                  |
| 13h/13h45                    | Meditação "Mãos sem fronteiras"                                                              | Auditório      | Bege                  |
| 13h/13h45                    | Contação de Histórias                                                                        | Auditório 1    | Vermelho              |
| 13h/13h45                    | Teatro "Dida e Duda"                                                                         | Auditório 2    | Vermelho              |
| 13h/13h45                    | Tutores do Riso                                                                              | Auditório      | Azul                  |
| 13h/13h45                    | Avaliação física e Caminhada pela UP                                                         | Área externa   | Bege                  |
| 13h/13h45                    | Canto e violão                                                                               | Área externa   | Vermelho              |
| 14h/15h                      | RC - Alfabetização com saúde para os usuários das US                                         | Hall           | Azul                  |
| 15h30/16h30                  | RC - Acesso e vínculo em área de conflito                                                    | Hall           | Azul                  |
| 14h/18h                      | AP - Reunião dos Pesquisadores Locais da RAC                                                 | Sala 203       | Azul                  |
| 14h/16h45                    | MR 3 - A Rede de Urgência e Emergência no SUS Curitiba e Região Metropolitana                | Auditório      | Bege                  |
| 14h/16h45                    | MR 4 - Organização do modelo de atenção no Sistema Único de Saúde: desafios e avanços        | Auditório      | Azul                  |
| 14h/16h45                    | MC 11 - Promoção da Saúde do trabalhador na Saúde: (Re) Significando as relações de Trabalho | Auditório 1    | Vermelho              |
| 14h/16h45                    | MC 12 - Desafios atuais no enfrentamento das zoonoses                                        | Auditório 2    | Vermelho              |
| 14h30/16h30                  | VD 1 - Segurança do Idoso em casa e no trânsito                                              | Sala 201       | Azul                  |
|                              | VD 2 - O veneno está na mesa                                                                 | Sala 202       |                       |
| 15h30/16h30                  | RC - Parto natural humanizado                                                                | Hall           | Azul                  |

MC = Minicurso; SPE = Sessão de pôster comentado; DB = Debate; RC = Roda de Conversa; MR = Mesa Redonda; VD = Vídeo debate; AP = Atividade paralela

| DIA 11/12/2014 - Programação |                                                                                                  |                |                       |
|------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-----------------------|
| Horário                      | Atividade                                                                                        | Local          | Bloco                 |
| 8h/9h                        | Acolhimento "Café com Arte: Palhaços Dida e Duda"                                                | Saguão         | Bege                  |
| 8h/17h                       | Exposição Trailer para Testagem do HIV                                                           | Estacionamento | Bege - E 18           |
| 8h/17h                       | Exposição dos Projetos Aplicativos - Especialização IEP/HSL                                      | Hall           | Azul                  |
| 9h/12h                       | MC 13 - A consulta de Enfermagem e a Prescrição do Enfermeiro no Cuidado Integrado dos Pacientes | Auditório      | Bege                  |
| 9h/12h                       | MC 14 - Habilidades de Comunicação: Como Atender Bem o Usuário no SUS                            | Auditório 1    | Amarelo               |
| 9h/12h                       | MC 15 - A Segurança dos Pacientes nos Serviços de Saúde                                          | Auditório 1    | Vermelho              |
| 9h/12h                       | MC 16 - Ampliando as Competências Técnico-Relacionais em Gestão do Trabalho em Saúde             | Auditório 2    | Vermelho              |
| 9h/10h                       | SPE 1 - Assistência farmacêutica e medicalização na sociedade                                    | Sala 1         | Pós-graduação         |
|                              | SPE 1 - NASF                                                                                     | Sala 2         |                       |
|                              | SPE 1 - Saúde Bucal na APS/ESF                                                                   | Sala 3         |                       |
|                              | SPE 1 - Prática do Cuidado da Enfermagem na APS/ESF                                              | Sala 4         |                       |
|                              | SPE 1 - Proc. Trabalho Multiprofissional                                                         | Sala 5         |                       |
|                              | SPE 1 - Território e Intersetorialidade e Saúde                                                  | Sala 6         |                       |
|                              | SPE 1 - Saúde Mental                                                                             | Sala 7         |                       |
|                              | SPE 1 - Gestão em Saúde, Clínica e Atenção Médica na APS/ESF                                     | Sala 8         |                       |
|                              | SPE 1 - Práticas Integrativas e Complementares                                                   | Sala 9         |                       |
| 10h/11h                      | SPE 2 - Assistência farmacêutica e medicalização na sociedade                                    | Sala 1         | Pós-graduação         |
|                              | SPE 2 - NASF                                                                                     | Sala 2         |                       |
|                              | SPE 2 - Saúde Bucal na APS/ESF                                                                   | Sala 3         |                       |
|                              | SPE 2 - Prática do Cuidado da Enfermagem na APS/ESF                                              | Sala 4         |                       |
|                              | SPE 2 - Proc. Trabalho Multiprofissional                                                         | Sala 5         |                       |
|                              | SPE 2 - Território e Intersetorialidade e Saúde                                                  | Sala 6         |                       |
|                              | SPE 2 - Saúde Mental                                                                             | Sala 7         |                       |
|                              | SPE 2 - Gestão em Saúde, Clínica e Atenção Médica na APS/ESF                                     | Sala 8         |                       |
|                              | SPE 2 - Práticas Integrativas e Complementares                                                   | Sala 9         |                       |
| 11h/12h                      | SPE 3 - Assistência farmacêutica e medicalização na sociedade                                    | Sala 1         | Pós-graduação         |
|                              | SPE 3 - NASF                                                                                     | Sala 2         |                       |
|                              | SPE 3 - Saúde Bucal na APS/ESF                                                                   | Sala 3         |                       |
|                              | SPE 3 - Prática do Cuidado da Enfermagem na APS/ESF                                              | Sala 4         |                       |
|                              | SPE 3 - Proc. Trabalho Multiprofissional                                                         | Sala 5         |                       |
|                              | SPE 3 - Território e Intersetorialidade e Saúde                                                  | Sala 6         |                       |
|                              | SPE 3 - Saúde Mental                                                                             | Sala 7         |                       |
|                              | SPE 3 - Gestão em Saúde, Clínica e Atenção Médica na APS/ESF                                     | Sala 8         |                       |
| 12h/14h                      | Almoço com Arte - confraternização                                                               | Restaurantes   | Bege, Azul e Vermelho |
| 12h/13h                      | DB - Novas estratégias para enfrentamento do HIV                                                 | Auditório      | Bege                  |
| 13h/13h45                    | Meditação "Mãos sem fronteiras"                                                                  | Auditório      | Bege                  |
| 13h/13h45                    | Contação de Histórias                                                                            | Auditório 1    | Vermelho              |
| 13h/13h45                    | Teatro "Dida e Duda"                                                                             | Auditório 2    | Vermelho              |
| 13h/13h45                    | Avaliação física e Caminhada pela UP                                                             | Área externa   | Bege                  |
| 13h/13h45                    | Canto e violão                                                                                   | Área externa   | Vermelho              |
| 14h/15h                      | RC - Alfabetização com saúde para os usuários das US                                             | Hall           | Amarelo               |
| 14h/16h45                    | MR 5 - Estruturação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em Curitiba                           | Auditório      | Bege                  |
| 14h/16h45                    | MR 6 - A consulta farmacêutica no cuidado integral dos pacientes                                 | Auditório 1    | Amarelo               |
| 14h/16h45                    | MC 17 - A Prática de Curativos pela Enfermagem                                                   | Auditório 1    | Vermelho              |
| 14h/16h45                    | MC 18 - Doenças Relacionadas ao Trabalho na APS                                                  | Auditório 2    | Vermelho              |
| 14h30/16h30                  | VD 1 - Envelhecimento Saudável                                                                   | Sala 201       | Azul                  |
|                              | VD 2 - O veneno está na mesa                                                                     | Sala 202       |                       |
| 15h30/16h30                  | RC - Parto natural humanizado                                                                    | Hall           | Amarelo               |
| 17h/18h                      | Cerimônia de Encerramento                                                                        | Auditório      | Bege                  |

MC = Minicurso; SPE = Sessão de pôster comentado; DB = Debate; RC = Roda de Conversa; MR = Mesa Redonda; VD = Vídeo debate; AP = Atividade paralela



# TRABALHOS APRESENTADOS

## *(e-banners)*

❖ Para localizar seu trabalho, siga os passos abaixo:

- 1) Abra um dos arquivos Adobe Reader (pdf) – Anais 9º ESCC-Trabalhos.
- 2) No menu selecione a opção “Editar” e depois “Pesquisa”.
- 3) Na caixa “Qual palavra ou frase você deseja Pesquisar?” digite o seu nome e aperte o botão “Pesquisa”.
- 4) Ao encontrá-lo, verifique na barra de status do rodapé o nº da página do seu trabalho.

| DIA 09/12/2014 - Programação |                                                                                                              |                |                       |
|------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-----------------------|
| Horário                      | Atividade                                                                                                    | Local          | Bloco                 |
| 8h/9h                        | Acolhimento "Café com Arte: Palhaços Dida e Duda"                                                            | Saguão         | Bege                  |
| 8h/17h                       | Exposição Trailer para Testagem do HIV                                                                       | Estacionamento | Bege - E 18           |
| 8h/17h                       | Exposição dos Projetos Aplicativos - Especialização IEP/HSL                                                  | Hall           | Azul                  |
| 9h/12h                       | MC 1 - Ações Integradas para o Enfrentamento de Epidemias, Pandemias e das Doenças Emergentes e Reemergentes | Auditório      | Bege                  |
| 9h/12h                       | MC 2 - Novas Tecnologias na APS (Espirometria, Eletrocardiograma, Pré-Natal e Puericultura)                  | Auditório      | Azul                  |
| 9h/12h                       | MC 3 - Práticas Integrativas e Complementares: Fitoterapia, Plantas Medicinais, Homeopatia e Acupuntura      | Auditório 1    | Vermelho              |
| 9h/12h                       | MC 4 - Ferramentas para Gestão – Negociação, Liderança de Equipe, Resolução de Conflitos                     | Auditório 2    | Vermelho              |
| 9h/10h                       | SPE 1 - Educação Permanente e Apoio Institucional                                                            | Sala 1         | Pós-graduação         |
|                              | SPE 1 - Vigilâncias                                                                                          | Sala 2         |                       |
|                              | SPE 1 - Integração Ensino-Serviço                                                                            | Sala 3         |                       |
|                              | SPE 1 - Planejamento, Monitoramento Avaliação                                                                | Sala 4         |                       |
|                              | SPE 1 - Vivências e Narrativas em Distintos Cenários                                                         | Sala 5         |                       |
|                              | SPE 1 - Redes de Atenção                                                                                     | Sala 6         |                       |
|                              | SPE 1 - Educação em Saúde                                                                                    | Sala 7         |                       |
|                              | SPE 1- Atenção Especializada e SADT                                                                          | Sala 8         |                       |
|                              | SPE 1 - Vigilâncias                                                                                          | Sala 9         |                       |
|                              | SPE 1 - Planejamento, Auditoria e Gestão em Saúde                                                            | Sala 10        |                       |
| 10h/11h                      | SPE 2 - Educação Permanente e Apoio Institucional                                                            | Sala 1         | Pós-graduação         |
|                              | SPE 2 - Vigilâncias                                                                                          | Sala 2         |                       |
|                              | SPE 2 - Integração Ensino-Serviço                                                                            | Sala 3         |                       |
|                              | SPE 2- Planejamento, Monitoramento Avaliação                                                                 | Sala 4         |                       |
|                              | SPE 2 - Vivências e Narrativas em Distintos Cenários                                                         | Sala 5         |                       |
|                              | SPE 2 - Redes de Atenção                                                                                     | Sala 6         |                       |
|                              | SPE 2- Educação em Saúde                                                                                     | Sala 7         |                       |
|                              | SPE 2 - Atenção Especializada e SADT                                                                         | Sala 8         |                       |
|                              | SPE 2 - Vigilâncias                                                                                          | Sala 9         |                       |
|                              | SPE 2 - Planejamento, Auditoria e Gestão em Saúde                                                            | Sala 10        |                       |
| 11h/12h                      | SPE 3 - Educação Permanente e Apoio Institucional                                                            | Sala 1         | Pós-graduação         |
|                              | SPE 3 - Vigilâncias                                                                                          | Sala 2         |                       |
|                              | SPE 3 - Integração Ensino-Serviço                                                                            | Sala 3         |                       |
|                              | SPE 3 - Planejamento, Monitoramento Avaliação                                                                | Sala 4         |                       |
|                              | SPE 3 - Vivências e Narrativas em Distintos Cenários                                                         | Sala 5         |                       |
|                              | SPE 3 - Redes de Atenção                                                                                     | Sala 6         |                       |
|                              | SPE 3 - Educação em Saúde                                                                                    | Sala 7         |                       |
|                              | SPE 3 - Atenção Especializada e SADT                                                                         | Sala 8         |                       |
|                              | SPE 3 - Vigilâncias                                                                                          | Sala 9         |                       |
|                              | SPE 3 - Planejamento, Auditoria e Gestão em Saúde                                                            | Sala 10        |                       |
| 12h/14h                      | Almoço com Arte - confraternização                                                                           | Restaurantes   | Bege, Azul e Vermelho |
| 12h/13h                      | DB - Novas estratégias para enfrentamento do HIV                                                             | Auditório      | Bege                  |
| 13h/13h45                    | Meditação "Mãos sem fronteiras"                                                                              | Auditório      | Bege                  |
| 13h/13h45                    | Contação de Histórias                                                                                        | Auditório 1    | Vermelho              |
| 13h/13h45                    | Teatro "Dida e Duda"                                                                                         | Auditório 2    | Vermelho              |
| 13h/13h45                    | Avaliação física e Caminhada pela UP                                                                         | Área externa   | Bege                  |
| 13h/13h45                    | Canto e violão                                                                                               | Área externa   | Vermelho              |
| 13h30/18h                    | AP - Especialização UNICAMP/SMS Curitiba                                                                     | Sala 205       | Azul                  |
|                              | AP - Especialização UNICAMP/SMS Curitiba                                                                     | Sala 206       |                       |
|                              | AP - Especialização UNICAMP/SMS Curitiba                                                                     | Sala 207       |                       |
|                              | AP - Especialização UNICAMP/SMS Curitiba                                                                     | Sala 208       |                       |
| 14h/15h                      | RC - Alfabetização com saúde para os usuários das US                                                         | Hall           | Azul                  |
| 14h/16h45                    | MC 5 - O Apoio Institucional como ferramenta de fortalecimento da gestão                                     | Auditório      | Bege                  |
| 14h/16h45                    | MR 1 - Estratégias para otimização da atenção especializada no SUS Curitiba                                  | Auditório      | Azul                  |
| 14h/16h45                    | MR 2 - Núcleos de Saúde Coletiva: experiência do SUS Curitiba                                                | Auditório 1    | Vermelho              |
| 14h/16h45                    | MC 6 - Abordagem de Sono na APS                                                                              | Auditório 2    | Vermelho              |
| 14h30/16h30                  | VD 1 - Envelhecimento Saudável                                                                               | Sala 201       | Azul                  |
|                              | VD 2 - O veneno está na mesa                                                                                 | Sala 202       |                       |
| 15h30/16h30                  | RC - Parto natural humanizado                                                                                | Hall           | Azul                  |

MC = Minicurso; SPE = Sessão de pôster comentado; DB = Debate; RC = Roda de Conversa; MR = Mesa Redonda; VD = Video debate; AP = Atividade paralela

# DIA 10/12/2014 - Programação

| Horário     | Atividade                                                                                    | Local          | Bloco                 |
|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-----------------------|
| 8h/9h       | Acolhimento "Café com Arte: Palhaços Dida e Duda"                                            | Saguão         | Bege                  |
| 8h/17h      | Exposição Trailer para Testagem do HIV                                                       | Estacionamento | Bege - E 18           |
| 8h/17h      | Exposição dos Projetos Aplicativos - Especialização IEP/HSL                                  | Hall           | Azul                  |
| 9h/12h      | MC 9 - Boas Práticas nos Serviços de Saúde                                                   | Auditório      | Bege                  |
| 9h/12h      | MC 10 - Ampliação do Acesso na APS: Medicina, Enfermagem e Odontologia                       | Auditório      | Azul                  |
| 9h/12h      | MC 7 - A percepção da equipe odontológica nos maus tratos infantis e dos adolescentes        | Auditório 1    | Vermelho              |
| 9h/12h      | MC 8 - Política de Cuidado para Adolescentes em Conflitos com a Lei                          | Auditório 2    | Vermelho              |
| 9h/10h      | SPE 1 - Educação em Saúde                                                                    | Sala 1         | Pós-graduação         |
|             | SPE 1 - Carteira de Serviços e Tecnologias em Saúde                                          | Sala 2         |                       |
|             | SPE 1 - NASF e Redes de Atenção                                                              | Sala 3         |                       |
|             | SPE 1 - Vigilâncias                                                                          | Sala 4         |                       |
|             | SPE 1 - Vivências e Narrativas em Distintos Cenários e Saúde Bucal                           | Sala 5         |                       |
|             | SPE 1 - Humanização, Ética/Bioética em Saúde e Participação e Controle Social                | Sala 6         |                       |
|             | SPE 1 - Integração Ensino/Serviço e Educação em Saúde + Gênero Sexualidade                   | Sala 7         |                       |
|             | SPE 1- Abordagens da Vulnerabilidade: Violências, Drogas e Outros                            | Sala 8         |                       |
|             | SPE 1 - A Saúde e seus Agentes: ACS e Proc. Trabalho Multiprofissional                       | Sala 9         |                       |
|             | SPE 1 - Determinação Social, Iniquidades Promoção Saúde e Vigilâncias                        | Sala 10        |                       |
| 10h/11h     | SPE 2 - Educação em Saúde                                                                    | Sala 1         | Pós-graduação         |
|             | SPE 2 - Carteira de Serviços e Tecnologias em Saúde                                          | Sala 2         |                       |
|             | SPE 2 - NASF e Redes de Atenção                                                              | Sala 3         |                       |
|             | SPE 2 - Vigilâncias                                                                          | Sala 4         |                       |
|             | SPE 2- Vivências e Narrativas em Distintos Cenários e Saúde Bucal                            | Sala 5         |                       |
|             | SPE 2 - Humanização, Ética/Bioética em Saúde e Participação e Controle Social                | Sala 6         |                       |
|             | SPE 2 - Integração Ensino/Serviço e Educação em Saúde + Gênero Sexualidade                   | Sala 7         |                       |
|             | SPE 2- Abordagens da Vulnerabilidade: Violências, Drogas e Outros                            | Sala 8         |                       |
|             | SPE 2 - A Saúde e seus Agentes: ACS e Proc. Trabalho Multiprofissional                       | Sala 9         |                       |
|             | SPE 2 - Determinação Social, Iniquidades Promoção Saúde e Vigilâncias                        | Sala 10        |                       |
| 11h/12h     | SPE 3 - Educação em Saúde                                                                    | Sala 1         | Pós-graduação         |
|             | SPE 3 - Carteira de Serviços e Tecnologias em Saúde                                          | Sala 2         |                       |
|             | SPE 3 - NASF e Redes de Atenção                                                              | Sala 3         |                       |
|             | SPE 3 - Vigilâncias                                                                          | Sala 4         |                       |
|             | SPE 3- Vivências e Narrativas em Distintos Cenários e Saúde Bucal                            | Sala 5         |                       |
|             | SPE 3 - Humanização, Ética/Bioética em Saúde e Participação e Controle Social                | Sala 6         |                       |
|             | SPE 3 - Integração Ensino/Serviço e Educação em Saúde + Gênero Sexualidade                   | Sala 7         |                       |
|             | SPE 3- Abordagens da Vulnerabilidade: Violências, Drogas e Outros                            | Sala 8         |                       |
|             | SPE 3 - A Saúde e seus Agentes: ACS e Proc. Trabalho Multiprofissional                       | Sala 9         |                       |
|             | SPE 3 - Determinação Social, Iniquidades Promoção Saúde e Vigilâncias                        | Sala 10        |                       |
| 12h/14h     | Almoço com Arte - confraternização                                                           | Restaurantes   | Bege, Azul e Vermelho |
| 12h/13h     | DB - Novas estratégias para enfrentamento do HIV                                             | Auditório      | Bege                  |
| 13h/13h45   | Meditação "Mãos sem fronteiras"                                                              | Auditório      | Bege                  |
| 13h/13h45   | Contação de Histórias                                                                        | Auditório 1    | Vermelho              |
| 13h/13h45   | Teatro "Dida e Duda"                                                                         | Auditório 2    | Vermelho              |
| 13h/13h45   | Tutores do Riso                                                                              | Auditório      | Azul                  |
| 13h/13h45   | Avaliação física e Caminhada pela UP                                                         | Área externa   | Bege                  |
| 13h/13h45   | Canto e violão                                                                               | Área externa   | Vermelho              |
| 14h/15h     | RC - Alfabetização com saúde para os usuários das US                                         | Hall           | Azul                  |
| 15h30/16h30 | RC - Acesso e vínculo em área de conflito                                                    | Hall           | Azul                  |
| 14h/18h     | AP - Reunião dos Pesquisadores Locais da RAC                                                 | Sala 203       | Azul                  |
| 14h/16h45   | MR 3 - A Rede de Urgência e Emergência no SUS Curitiba e Região Metropolitana                | Auditório      | Bege                  |
| 14h/16h45   | MR 4 - Organização do modelo de atenção no Sistema Único de Saúde: desafios e avanços        | Auditório      | Azul                  |
| 14h/16h45   | MC 11 - Promoção da Saúde do trabalhador na Saúde: (Re) Significando as relações de Trabalho | Auditório 1    | Vermelho              |
| 14h/16h45   | MC 12 - Desafios atuais no enfrentamento das zoonoses                                        | Auditório 2    | Vermelho              |
| 14h30/16h30 | VD 1 - Segurança do Idoso em casa e no trânsito                                              | Sala 201       | Azul                  |
|             | VD 2 - O veneno está na mesa                                                                 | Sala 202       |                       |
| 15h30/16h30 | RC - Parto natural humanizado                                                                | Hall           | Azul                  |

**MC = Minicurso; SPE = Sessão de pôster comentado; DB = Debate; RC = Roda de Conversa; MR = Mesa Redonda; VD = Vídeo debate; AP = Atividade paralela**



## DIA 11/12/2014 - Programação

| Horário     | Atividade                                                                                        | Local          | Bloco                 |
|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-----------------------|
| 8h/9h       | Acolhimento "Café com Arte: Palhaços Dida e Duda"                                                | Saguão         | Bege                  |
| 8h/17h      | Exposição Trailer para Testagem do HIV                                                           | Estacionamento | Bege - E 18           |
| 8h/17h      | Exposição dos Projetos Aplicativos - Especialização IEP/HSL                                      | Hall           | Azul                  |
| 9h/12h      | MC 13 - A consulta de Enfermagem e a Prescrição do Enfermeiro no Cuidado Integrado dos Pacientes | Auditório      | Bege                  |
| 9h/12h      | MC 14 - Habilidades de Comunicação: Como Atender Bem o Usuário no SUS                            | Auditório 1    | Amarelo               |
| 9h/12h      | MC 15 - A Segurança dos Pacientes nos Serviços de Saúde                                          | Auditório 1    | Vermelho              |
| 9h/12h      | MC 16 - Ampliando as Competências Técnico-Relacionais em Gestão do Trabalho em Saúde             | Auditório 2    | Vermelho              |
| 9h/10h      | SPE 1 - Assistência farmacêutica e medicalização na sociedade                                    | Sala 1         | Pós-graduação         |
|             | SPE 1 - NASF                                                                                     | Sala 2         |                       |
|             | SPE 1 - Saúde Bucal na APS/ESF                                                                   | Sala 3         |                       |
|             | SPE 1 - Prática do Cuidado da Enfermagem na APS/ESF                                              | Sala 4         |                       |
|             | SPE 1 - Proc. Trabalho Multiprofissional                                                         | Sala 5         |                       |
|             | SPE 1 - Território e Intersetorialidade e Saúde                                                  | Sala 6         |                       |
|             | SPE 1 - Saúde Mental                                                                             | Sala 7         |                       |
|             | SPE 1 - Gestão em Saúde, Clínica e Atenção Médica na APS/ESF                                     | Sala 8         |                       |
|             | SPE 1 - Práticas Integrativas e Complementares                                                   | Sala 9         |                       |
| 10h/11h     | SPE 2 - Assistência farmacêutica e medicalização na sociedade                                    | Sala 1         | Pós-graduação         |
|             | SPE 2 - NASF                                                                                     | Sala 2         |                       |
|             | SPE 2 - Saúde Bucal na APS/ESF                                                                   | Sala 3         |                       |
|             | SPE 2 - Prática do Cuidado da Enfermagem na APS/ESF                                              | Sala 4         |                       |
|             | SPE 2 - Proc. Trabalho Multiprofissional                                                         | Sala 5         |                       |
|             | SPE 2 - Território e Intersetorialidade e Saúde                                                  | Sala 6         |                       |
|             | SPE 2 - Saúde Mental                                                                             | Sala 7         |                       |
|             | SPE 2 - Gestão em Saúde, Clínica e Atenção Médica na APS/ESF                                     | Sala 8         |                       |
| 11h/12h     | SPE 3 - Assistência farmacêutica e medicalização na sociedade                                    | Sala 1         | Pós-graduação         |
|             | SPE 3 - NASF                                                                                     | Sala 2         |                       |
|             | SPE 3 - Saúde Bucal na APS/ESF                                                                   | Sala 3         |                       |
|             | SPE 3 - Prática do Cuidado da Enfermagem na APS/ESF                                              | Sala 4         |                       |
|             | SPE 3 - Proc. Trabalho Multiprofissional                                                         | Sala 5         |                       |
|             | SPE 3 - Território e Intersetorialidade e Saúde                                                  | Sala 6         |                       |
|             | SPE 3 - Saúde Mental                                                                             | Sala 7         |                       |
|             | SPE 3 - Gestão em Saúde, Clínica e Atenção Médica na APS/ESF                                     | Sala 8         |                       |
| 12h/14h     | Almoço com Arte - confraternização                                                               | Restaurantes   | Bege, Azul e Vermelho |
| 12h/13h     | DB - Novas estratégias para enfrentamento do HIV                                                 | Auditório      | Bege                  |
| 13h/13h45   | Meditação "Mãos sem fronteiras"                                                                  | Auditório      | Bege                  |
| 13h/13h45   | Contação de Histórias                                                                            | Auditório 1    | Vermelho              |
| 13h/13h45   | Teatro "Dida e Duda"                                                                             | Auditório 2    | Vermelho              |
| 13h/13h45   | Avaliação física e Caminhada pela UP                                                             | Área externa   | Bege                  |
| 13h/13h45   | Canto e violão                                                                                   | Área externa   | Vermelho              |
| 14h/15h     | RC - Alfabetização com saúde para os usuários das US                                             | Hall           | Amarelo               |
| 14h/16h45   | MR 5 - Estruturação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em Curitiba                           | Auditório      | Bege                  |
| 14h/16h45   | MR 6 - A consulta farmacêutica no cuidado integral dos pacientes                                 | Auditório 1    | Amarelo               |
| 14h/16h45   | MC 17 - A Prática de Curativos pela Enfermagem                                                   | Auditório 1    | Vermelho              |
| 14h/16h45   | MC 18 - Doenças Relacionadas ao Trabalho na APS                                                  | Auditório 2    | Vermelho              |
| 14h30/16h30 | VD 1 - Envelhecimento Saudável                                                                   | Sala 201       | Azul                  |
|             | VD 2 - O veneno está na mesa                                                                     | Sala 202       |                       |
| 15h30/16h30 | RC - Parto natural humanizado                                                                    | Hall           | Amarelo               |
| 17h/18h     | Cerimônia de Encerramento                                                                        | Auditório      | Bege                  |

MC = Minicurso; SPE = Sessão de pôster comentado; DB = Debate; RC = Roda de Conversa; MR = Mesa Redonda; VD = Video debate; AP = Atividade paralela

# COMPARAÇÃO DOS SISTEMAS DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CURITIBA FRENTE À RDC ANVISA Nº 306/2004

Autor principal/relator:  
Jussiane Tomaselli

Local de Trabalho: Coordenação de Vigilância em Saúde Ambiental  
Eixo Temático: Vigilâncias (epidemiológica, sanitária, ambiental, saúde do trabalhador)



## INTRODUÇÃO

De acordo com Jacobi (2011) um dos maiores desafios enfrentados pela sociedade consiste em dar um destino final ambientalmente seguro aos resíduos sólidos. Existe uma preocupação mundial em relação a estes resíduos tendo em vista o aumento da sua geração, do gerenciamento inadequado e da falta de áreas disponíveis adequadas para sua disposição final.

## DESENVOLVIMENTO

Este trabalho objetiva identificar o manejo dos resíduos de serviços de saúde em todas as suas etapas de planejamento, desde a sua geração até sua disposição final, confrontando o sistema implantado com a ANVISA RDC nº306/2004, legislação vigente utilizada para este manejo.

A delimitação da pesquisa está restrita ao quadro de equipamentos de saúde da Secretaria Municipal da Saúde do Município de Curitiba, mais especificamente as Unidades Básicas de Saúde (UBS), por meio dos seus respectivos Planos de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) que contemplam o descritivo das ações de manejo e planejamento acerca dos resíduos, realizadas em todos os equipamentos de saúde.

Quanto aos meios de investigação podemos considerar esta pesquisa um estudo de caso que analisou os PGRSS, tendo como base de discussão a pesquisa bibliográfica, especialmente o regulamento técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde disposto pela ANVISA RDC nº306/2004. dentre os requisitos analisados contidos na lei, ressaltamos os seguintes: classificação, acondicionamento, identificação, coleta interna, coleta externa, armazenamento externo e disposição final.

## CONCLUSÃO

Conclui-se que os referidos equipamentos de saúde atendem em sua maioria aos requisitos contidos na legislação vigente utilizada para este estudo. Apenas as questões estruturais do abrigo externo de resíduos atende parcialmente aos requisitos especificados na referida legislação.

Ressaltamos a importância de investir na promoção da educação ambiental e da valorização pessoal buscando desempenho responsável de tarefas em relação ao meio ambiente e a melhoria da qualidade no ambiente de trabalho.

## REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Resolução RDC nº 306 de 7 de dezembro de 2004 dispõe da regulamentação técnica para o gerenciamento de resíduos dos serviços de saúde. Diário oficial da União; Poder Executivo, 10 dez 2004.

JACOBI, P. R.; BESEN, G. R. Gestão de resíduos sólidos na Região Metropolitana de São Paulo - avanços e desafios. São Paulo em Perspectiva, São Paulo, v.20, n.2, 2006.

# ATUAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE EM CUIDADOS PALIATIVOS

Autor principal/relator: Angélica C. Izaías

Colaboradores: Ana Paula Hey, Edinael Marciano, Juliana da Silva Maeda e Ana Maria Cláudia.

Local de Trabalho: Unidade de Saúde São João Del Rey.

Eixo Temático: A saúde e seus agentes: ACS



## INTRODUÇÃO

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) têm um papel fundamental na Estratégia de Saúde da Família (ESF), fazendo o elo entre o usuário e a Unidade de Saúde (US). Participam de ações de promoção à saúde e prevenção de doenças individuais e coletivas; prevenção secundária e terciária de doenças; o que inclui pacientes em cuidados paliativos (CP). Sabe-se que a assistência a pacientes em CP no ambiente domiciliar, exige do cuidador articulação de conhecimentos técnicos, e uma atitude de compaixão-empatia para com o outro (QUEIROZ, *et al.*, 2013). Entretanto, essa condição só pode ser alcançada se o profissional estiver assistido e capacitado para tal, o que geralmente não ocorre no caso dos ACS, um profissional cuja principal habilidade requerida ao integrar a equipe multidisciplinar é sua integração na comunidade (COSTA, *et al.*, 2012).

Assim, o objetivo desse estudo consistiu em identificar as percepções dos agentes comunitários de saúde, de uma unidade de saúde de Curitiba, acerca de sua atuação frente à pacientes em cuidados paliativos. Com isso, espera-se que compreender a percepção dos ACS em relação aos cuidados paliativos, poderá contribuir para a conquista de benefícios para toda a equipe multidisciplinar; já que permitirá a reflexão acerca do tema. Além disso, conhecer as percepções dos ACS's acerca do assunto também pode contribuir para a tomada de decisão em relação a temas que permeiam a educação continuada e a qualificação desses profissionais

## DESENVOLVIMENTO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, realizada em uma unidade de saúde de Curitiba com 11 ACS cuja coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semi estruturada, gravada, e posteriormente transcrita. A análise de conteúdo foi realizada pelo método proposto por Laurence Bardin (2011). Os resultados permitiram identificar três categorias: 1) Percepções das ACS's em relação ao conceito de cuidados paliativos; 2) Percepções das ACS's em relação à prática de cuidados paliativos e; 3) Percepções das ACS's em relação à importância do seu papel frente aos pacientes em cuidados paliativos.

A percepção das ACS em relação ao conceito apreendido de CP está relacionado a conforto ao paciente, manutenção das necessidades humanas básicas e fase terminal do paciente, o que envolve o atendimento às suas vontades. Do mesmo modo, as ACS's percebem que a prática das visitas domiciliares à pacientes em CP está correlacionada às orientações das necessidades humanas básicas, motivação ao paciente diante da doença, atenção ao cuidador e visão integral.

A pesquisa também identificou que as ACS's percebem que seu papel frente a pacientes em CP é importante, sobretudo, na transmissão de confiança, apoio emocional e, elo entre família e US.

## CONCLUSÃO

O ACS possui um grau de autonomia, que o permite tomar algumas decisões frente ao paciente em CP de modo que é nos fatores que possibilitam essa autonomia, identificados nesse trabalho, que o enfermeiro deve desenvolver um plano de ação para qualificar o atendimento prestado por esses profissionais.

## REFERÊNCIAS

BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2011.

COSTA, Marta Cocco da; SILVA, Ethel Bastos da; JAHN, Alice do Carmo; *et al.* *Processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: possibilidades e limites*. Rev. Gaúcha Enferm. Porto Alegre, v.33, n.1.. 2012.

QUEIROZ, Ana Helena Araújo Bomfim; PONTES, Ricardo José Soares; SOUZA, Angela Maria Alves.

*Percepção de familiares e profissionais de saúde sobre os cuidados no final da vida no âmbito da atenção primária à saúde*. Ciência e Saúde Coletiva, v.18, n.9, p.2615-2623, 2013.



# NOTIFICAÇÃO DA PERDA AUDITIVA RELACIONADA AO TRABALHO EM CURITIBA DE 2007 A 2014

Autor principal/relator: Hugo Carlos Pedroso  
Colaborador: Profa Dra Claudia Giglio O. Gonçalves

Local de Trabalho: CEREST Curitiba  
Eixo Temático: Vigilância em Saúde do Trabalhador



## INTRODUÇÃO

Apesar da Perda Auditiva Induzida por Ruído - PAIR ser um agravado freqüente à saúde dos trabalhadores, seus dados epidemiológicos no Brasil são escassos e referem-se a determinados ramos de atividades e, portanto, não há registros epidemiológicos fidedignos que caracterizem a real situação. Os dados disponíveis sobre as ocorrências mostram apenas uma idéia parcial da situação de risco relacionada à PAIR, dificultando a execução de políticas de saúde e a vigilância em Saúde do trabalhador (BOGES ET AL, 2009; GONÇALVES, 2009; CAVALCANTI ET AL, 2013). A PAIR é reconhecida como uma das doenças relacionadas ao trabalho mais comuns em todo o mundo. Segundo a Organização Mundial da Saúde (2009), o ruído é a 3ª causa, entre os fatores ocupacionais, que mais gera anos vividos com incapacidade. Em Curitiba, a notificação de casos de PAIR é compulsória e realizada em uma ficha específica do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

**OBJETIVOS:** Caracterizar o perfil dos trabalhadores notificados por PAIR em Curitiba entre 2007 e 2014, residentes na capital e Região Metropolitana.

### MÉTODOS:

Estudo descritivo, quantitativo, aprovado pelo Comitê de ética em Pesquisa sob n.18942413.2.0000.0103. Foi realizado o levantamento das notificações da PAIR a partir dos dados disponíveis no SINAN, identificando Curitiba e Região Metropolitana, segundo variáveis geográficas, socioeconômicas e ocupacionais.

### RESULTADOS:

As notificações de PAIR no SINAN no período de janeiro de 2007 até junho de 2014 totalizaram 44 casos (**Tabela 1**).

**Tabela 1:** Distribuição dos casos de PAIR notificados por sexo e ano

| Sexo      | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2014 | Total |
|-----------|------|------|------|------|------|------|------|-------|
| Masculino | 3    | 1    | 9    | 5    | 2    | 18   | 2    | 40    |
| Feminino  | 0    | 0    | 0    | 0    | 2    | 2    | 0    | 4     |
| Total     | 3    | 1    | 9    | 5    | 4    | 20   | 2    | 44    |

O ano 2013 foi atípico, no qual não foram notificados casos de PAIR em Curitiba. Observa-se concentração do sexo masculino (90,9%).

A **Tabela 2** mostra a distribuição dos casos por faixas etárias, com predominância da faixa entre 35 e 64 anos, representando 72,7% dos casos.

**Tabela 2:** Distribuição dos casos de PAIR notificados no SINAN por faixas etárias N=44

| Fx Etária | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2014 | Total |
|-----------|------|------|------|------|------|------|------|-------|
| 20-34     | 0    | 0    | 2    | 1    | 0    | 1    | 0    | 4     |
| 35-49     | 1    | 1    | 6    | 4    | 0    | 2    | 0    | 14    |
| 50-64     | 2    | 0    | 1    | 0    | 2    | 11   | 2    | 18    |
| 65-79     | 0    | 0    | 0    | 0    | 2    | 5    | 0    | 7     |
| 80 e+     | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 1    | 0    | 1     |
| Total     | 3    | 1    | 9    | 5    | 4    | 20   | 2    | 44    |

**Tabela 3:** Distribuição dos casos de PAIR notificados no SINAN por grau de escolaridade. N=44

| Escolar          | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2014 | Total |
|------------------|------|------|------|------|------|------|------|-------|
| Ign/Branco       | 3    | 1    | 1    | 0    | 1    | 5    | 0    | 11    |
| 1ªa4ªsérie incom | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 5    | 0    | 5     |
| 4ªsérie completa | 0    | 0    | 0    | 0    | 1    | 1    | 0    | 2     |
| 5ªa8ªsérie incom | 0    | 0    | 0    | 0    | 2    | 4    | 2    | 8     |
| Ensino F. comp   | 0    | 0    | 6    | 5    | 0    | 0    | 0    | 11    |
| Ensino M.incomp  | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 2    | 0    | 2     |
| Ensino M. compl  | 0    | 0    | 2    | 0    | 0    | 2    | 0    | 4     |
| Superior compl   | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 1    | 0    | 1     |
| Total            | 3    | 1    | 9    | 5    | 4    | 20   | 2    | 44    |

Houve prevalência do ensino fundamental completo (25%).

**Tabela 4** - Distribuição dos casos notificados por ocupação. N=44.

| Grande grupo do CBO                                            | Nº | %    |
|----------------------------------------------------------------|----|------|
| 1- trabalhadores de serviços administrativos                   | 2  | 4.5  |
| 2- trabalhadores agropecuários, florestas e da pesca           | 4  | 9.1  |
| 3- trabalhadores da produção de bens e serviços inds (manuais) | 16 | 36.4 |
| 4- trabalhadores da produção de bens e serviços inds           | 8  | 18.2 |
| 5- trabalhadores em serviços de reparação e manut.             | 14 | 31.8 |
| Total                                                          | 44 | 100  |

De acordo com o grande grupo da Classificação Brasileira de Ocupação (CBO), os trabalhadores da produção de bens e serviços industriais manuais representaram 36,4% dos casos, e no ramo de atividade da Indústria de Transformação foi de 41%.

Trabalhadores com contrato de trabalho formal representaram 52,3% dos casos.

A CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho) não foi emitida para 38.6% dos casos notificados no SINAN.

## CONCLUSÃO

O perfil demonstrou a predominância de homens em idade produtiva, com escolaridade fundamental completo, inseridos no mercado formal, no ramo da indústria de transformação. Vale ressaltar que a PAIR ainda é subnotificada.

A PAIR tem longo tempo de latência, o que dificulta a sua identificação e relação com a ocupação, tanto pelos usuários trabalhadores, como pelos profissionais de saúde.

Portanto, é necessário que os profissionais estejam atentos a este problema de saúde e investiguem a inserção ocupacional, procurando estabelecer a relação entre a queixa e o os agressores presentes nos locais de trabalho e façam a notificação, em consonância com a Portaria GM/MS 1984/2014, de maneira a fortalecer as Políticas Públicas em Saúde do Trabalhador no SUS.

# TÉCNICA ART COMO UMA ALTERNATIVA PARA A SAÚDE BUCAL DE ESCOLARES EXAMINADOS NAS ESCOLAS PELAS UNIDADES DE SAÚDE DE CURITIBA

Relator: Roseli Ap. P de Paiva Müller  
Colaboradores: Elizabete Gonçalves Cordeiro  
Joceler de Fátima Araújo

Unidade de saúde Cajurú  
Eixo Temático: Saúde Bucal na APS



## INTRODUÇÃO

Após a realização de exame bucal em 225 alunos da Escola Municipal Prefeito Omar Sabbag, em Curitiba, encontrou-se, 71 alunos com um ou mais dentes cariados. Procurou-se então, adicionar às técnicas de prevenção e promoção de saúde bucal, a técnica de restaurações atraumáticas (ART) realizada com ionômero de vidro que libera flúor continuamente por longo período e é de fácil aplicação



## DESENVOLVIMENTO

Iniciou-se o processo com as 71 crianças que apresentaram um ou mais dentes cariados, destas, apenas 28 foram autorizadas pelos responsáveis a receberem o tratamento na US. Foram atendidas de 6 a 8 crianças, às quartas feiras durante os meses de agosto a outubro. Os responsáveis pelas crianças que não compareceram ao tratamento, alegaram perda do comunicado, outros preferiram trazê-las pessoalmente, e em outros casos as próprias crianças alteraram a autorização com medo do tratamento.

A escola aderiu ao projeto disponibilizando uma funcionária para acompanhar as crianças juntamente com uma TSB e uma ASB de nossa equipe. Acrescentou-se a técnica restauradora atraumática (ART), a qual utiliza o ionômero de vidro, às técnicas de promoção e prevenção já realizadas, como as palestras educativas e a escovação supervisionada com flúor.

O objetivo foi obter resultados mais efetivos devolvendo a saúde bucal aos escolares com alta atividade de cárie.



## CONCLUSÃO

O programa mostrou-se efetivo para as crianças que receberam a autorização dos pais, e esses escolares foram atendidos na unidade, devido à cooperação entre a escola e a U.S. Observou-se ainda, a necessidade de trabalhar-se no próximo ano a conscientização dos pais bem como da escola, sobre a importância da saúde bucal, para que desta forma possa-se na medida do possível, atender o total de crianças com cáries, cujos pais não podem acompanhar até a unidade de saúde.



# ARTE GESTACIONAL COMO ESTRATÉGIA DE HUMANIZAÇÃO EM MATERNIDADE PÚBLICA

Autor/Relator: Júnia Aparecida Laia da Mata Fujita  
Antonieta Keiko Kakuda Shimo

Instituto de Ensino e Pesquisa da FEAES e  
Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP.  
Eixo Temático: Vivências e narrativas sobre  
práticas do cuidado em diversos cenários.



## INTRODUÇÃO

A Arte Gestacional (*Baby Bump Painting*) é uma técnica de pintura na barriga de gestantes, praticada por parteiras e *midwives*. Foi aplicada por uma Enfermeira Obstetra, em mulheres em situação de indução de parto e no trabalho de parto, em uma maternidade pública de Curitiba, Paraná. Objetiva-se relatar a experiência da aplicação da Arte Gestacional e seus resultados.

## DESENVOLVIMENTO

Não existem pesquisas sobre os efeitos da Arte Gestacional, contudo, percebeu-se seu potencial para o alívio de tensões da mulher (ou do casal) e promoção do vínculo entre mãe-bebê-família.

Os desenhos realizados têm a ver com o imaginário materno, incluindo: o bebê na situação, posição e apresentação que se encontra, a placenta, o cordão umbilical e o nome da criança. Nas pinturas utilizou-se pincel e tinta Guache (não tóxica).

Inicialmente, aplicou-se a técnica em mulheres internadas para a indução do trabalho de parto, pois permaneciam por um período prolongado na instituição, apresentando, muitas vezes, estresse, ansiedade, medo e insegurança. Seu uso mostrou-se bastante positivo, assim, foi estendida para mulheres em trabalho de parto, que ao conhecerem a Arte Gestacional, realizada nas gestantes em indução, mostraram grande desejo em serem submetidas à técnica.

## CONCLUSÃO

Foram constatados os seguintes benefícios: maior relaxamento da parturiente, promoção do conhecimento sobre o parto e nascimento, alívio de estresse relacionado à espera e vivência positiva da parturição.

Sentimentos e percepções da Enfermeira Obstetra: *“com amor traço linhas, aplico cores, possibilito a construção de amores. Desenho o que está no imaginário materno e familiar e oportunizo a cada mãe sentir, conhecer, sonhar e amar num momento tão sublime. Dizem que faço arte no trabalho, não faço, ela é que se faz a cada cuidado que realizo”* (FUJITA, J.A.L.M).

## REFERÊNCIAS

Baby Bump Art. Disponível em: [http://www.paintertainment.com/Hire\\_BabyBump.html](http://www.paintertainment.com/Hire_BabyBump.html). Acesso em: 04 nov. 2014.



# LEPTOSPIROSE COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA E SAÚDE DO TRABALHADOR NO MUNICÍPIO DE CURITIBA

Autor principal/relator: **Elver, A Moronte** - CEREST Regional de Curitiba

Colaboradores: **Ana, V. A. Carli** - SMS/Distrito Sanitário Cajuru; **Luciana, A. Strobel** - CEREST Regional de Curitiba.

Local de Trabalho: CEREST Regional de Curitiba  
Eixo Temático: Vigilância em Saúde do Trabalhador



## INTRODUÇÃO

A leptospirose é uma doença infectocontagiosa de distribuição universal. O ministério da Saúde reconhece que há determinados grupos populacionais de maior risco de exposição às Leptospiras, especialmente algumas profissões: trabalhadores em limpeza e desentupimento de esgotos, garis, catadores de lixo, agricultores, veterinários, tratadores de animais, pescadores, laboratoristas, bombeiros, dentre outros (BRASIL, 2010).

## OBJETIVO

Análise conjunta e interação da Vigilância em Saúde do Trabalhador com a Vigilância Epidemiológica para constatar que diversos casos notificados como contaminação de origem indeterminada ou não relacionada ao trabalho, na verdade estão relacionadas às condições de trabalho.

## DESENVOLVIMENTO

O resultado evidenciou que no período de 01/01/2010 até 22/03/2013, foram realizadas 3478 notificações de suspeitas da doença, sendo confirmados 531 casos. Em 87 ocorrências (16% do total), houve relação de atividades de trabalho com a exposição ao agente patógeno. Após análise conjunta e interação da Vigilância Epidemiologia e Vigilância em Saúde do Trabalhador, constatou-se que diversos casos estudados eram notificados como contaminação de origem indeterminadas ou não relacionada ao trabalho, quando na verdade estavam relacionadas às condições de trabalho. Após a revisão dos critérios, as contaminações relacionadas ao trabalho aumentaram aproximadamente em 50%, chegando a significar 31% do total de casos confirmados. A integração das Vigilâncias Epidemiologia e em Saúde do Trabalhador se mostrou imprescindível para compreensão do panorama real de adoecimento real por leptospirose no município, proporcionando ferramenta importante para a construção das políticas públicas no combate a esse agravo.

## CONCLUSÃO

A contaminação pode acontecer durante o exercício de atividades profissionais, devendo nesses casos ser considerada como doença relacionada ao trabalho (BRASIL 2001). Por se tratar de uma doença grave, com possibilidade de complicações e óbito, existe necessidade de investimento na prevenção da contaminação e na detecção e tratamento dos casos o mais precocemente possível, sendo prioritárias as ações de Vigilância em Saúde; existe relação com o trabalho em grande parte dos casos.

Gráfico 1 – Relação do casos confirmados com as prováveis fontes de infecção no período de julho a agosto de 2013.

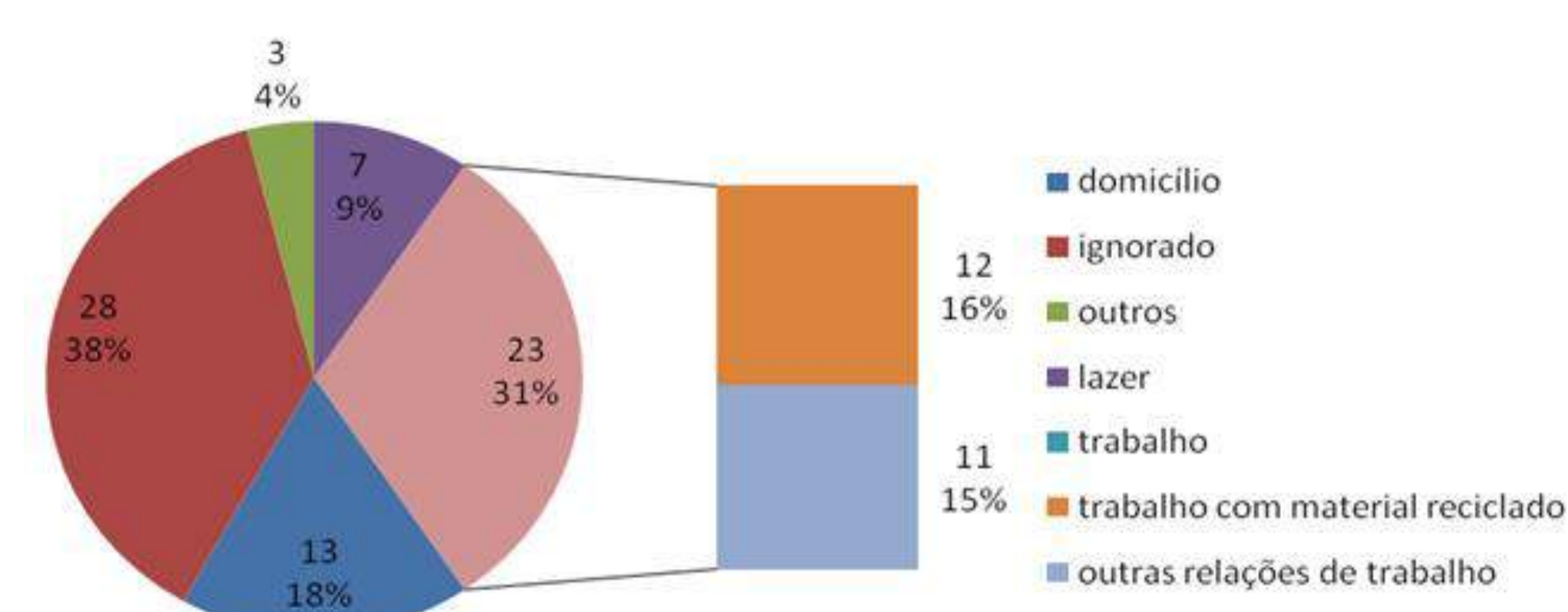


Gráfico 2 – Relação de óbitos por leptospirose com as prováveis fontes de infecção. Dados de julho/agosto de 2013.

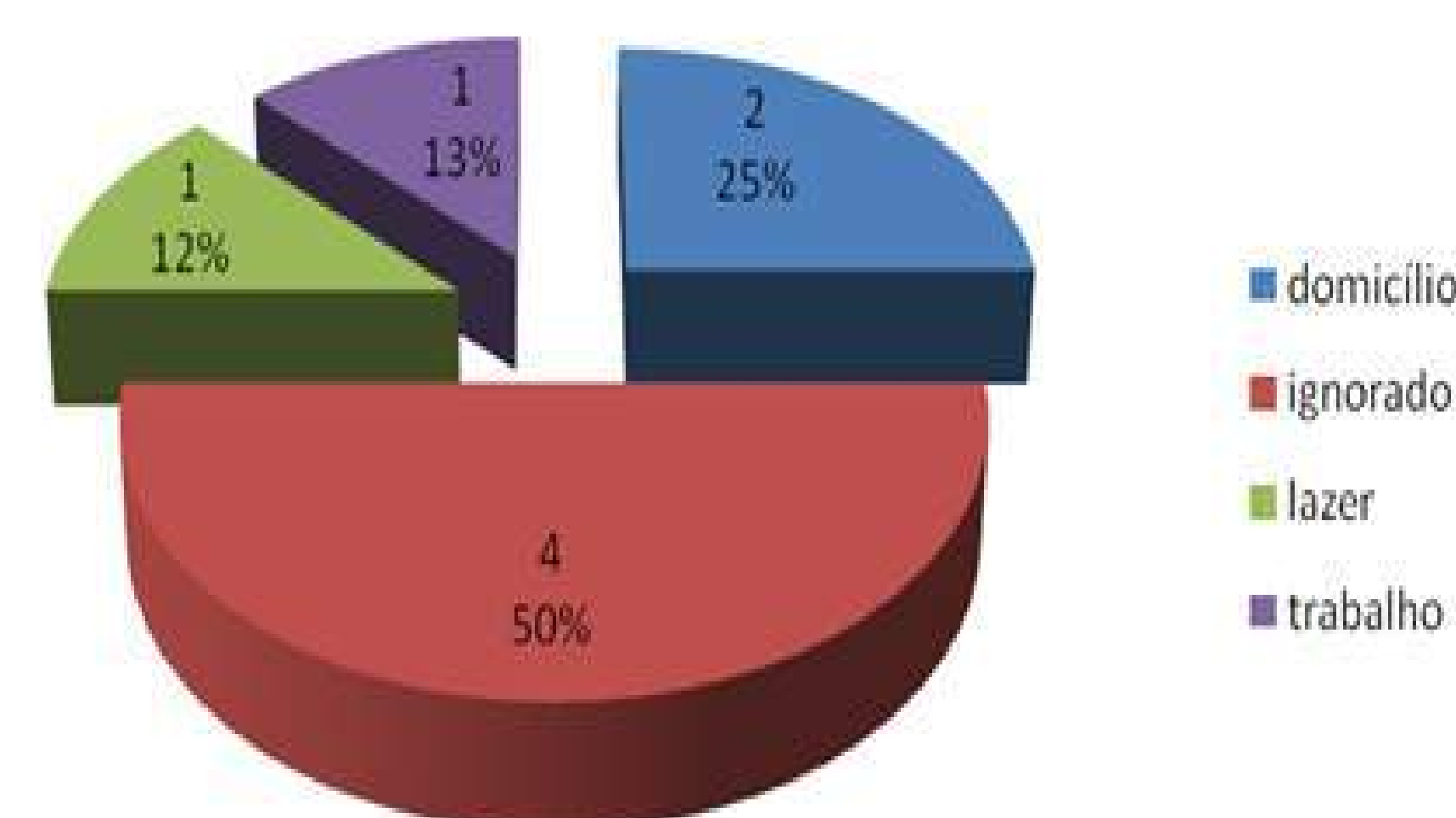


Foto 1 - Poças de água da chuva com risco de exposição às Leptospiras no ambiente de trabalho



## REFERÊNCIAS

BRASIL, MINISTERIO DA SAÚDE. Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso, 8ª Ed. Brasília, 2010. 444 p.

BRASIL, MINISTERIO DA SAÚDE/OPAS; Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Editora MS. Brasília, 2001. 290 p.

# ATUAÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NO PSE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Autor principal/relator: Karina Possamai  
Colaboradores: Rosane B. Reinchebach,  
Adriana F. Manoel, Álvaro L. Machado, Danielli  
P. Muller, Priscila Seino e Terezinha A.M.  
Oliveira.

Local de Trabalho: UBS Santos Andrade - ESF  
Eixo Temático: Saúde bucal na APS/ESF



## INTRODUÇÃO

O objetivo do trabalho é mostrar como é desenvolvido o Programa Saúde na Escola (PSE), que é realizado de forma integrada pela equipe multiprofissional da Unidade da Estratégia Saúde da Família, com ações nas áreas de saúde bucal, nutricional, oftalmológica, auditiva e situação vacinal.

## DESENVOLVIMENTO

As ações foram desenvolvidas na Escola Municipal Jardim Santos Andrade que tem 288 alunos do 1º ao 5º ano.

Em agosto de 2014 foram realizadas avaliações odontológicas e enviados bilhetes para os responsáveis pelas crianças com necessidade de tratamento. Em setembro de 2014 foram detectadas as crianças que não concluíram ou não iniciaram o tratamento. A busca ativa foi limitada para as crianças das turmas A e B do 5º ano e seus familiares.

Das 59 crianças dos 5ºs anos, 13 apresentaram necessidade de tratamento odontológico. Porém 10 não iniciaram ou não concluíram o tratamento.

As famílias foram separadas entre as equipes através da territorialização. Foram identificadas situações de risco, doenças crônicas, necessidades de tratamento odontológico, resgate de vacinas e atualização da situação vacinal, exames preventivos de câncer de boca, colo de útero e de mamas.

O vínculo com as famílias foi desenvolvido e fortalecido através das visitas domiciliares, dos agendamentos de consultas e exames.

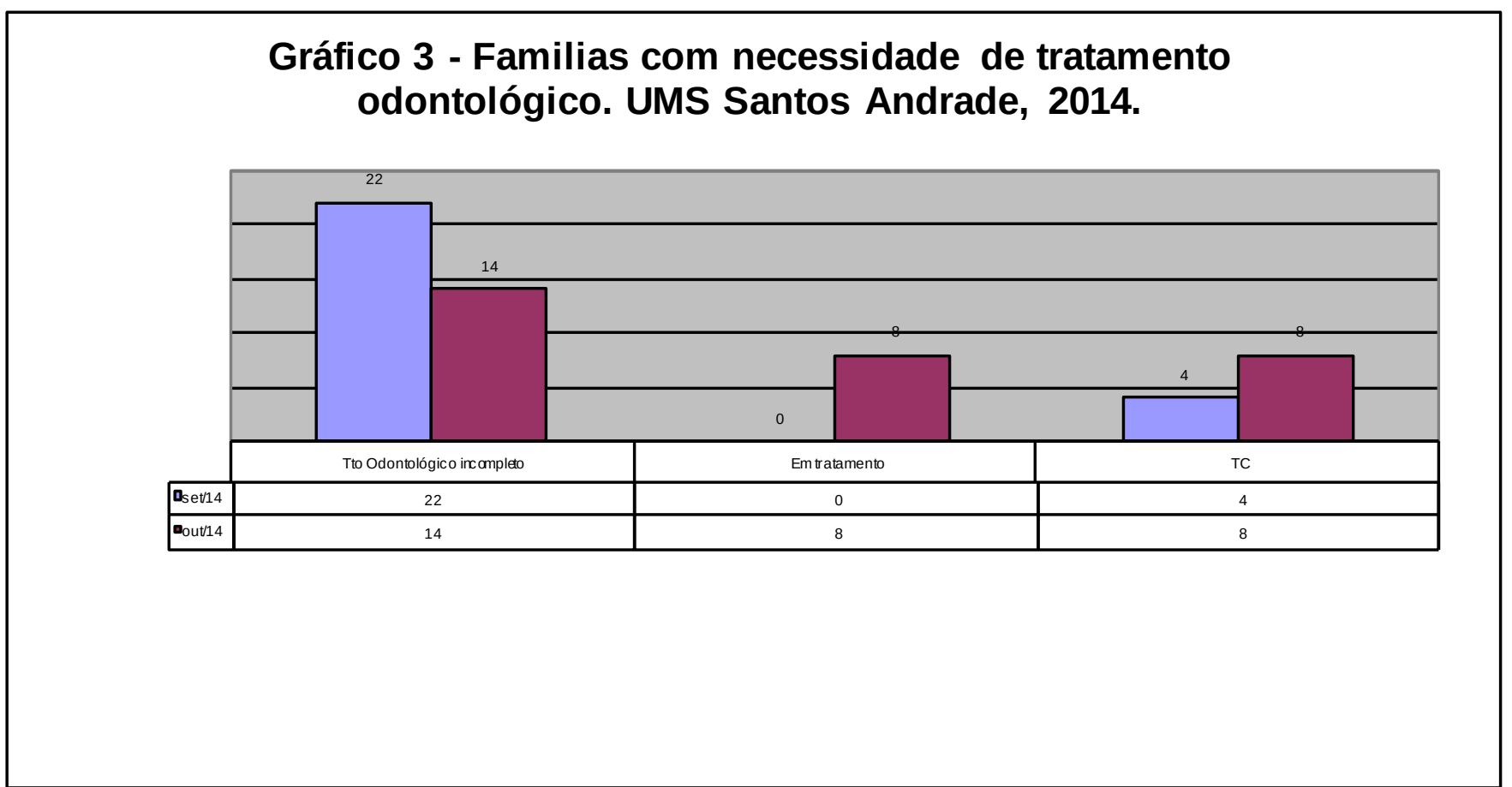
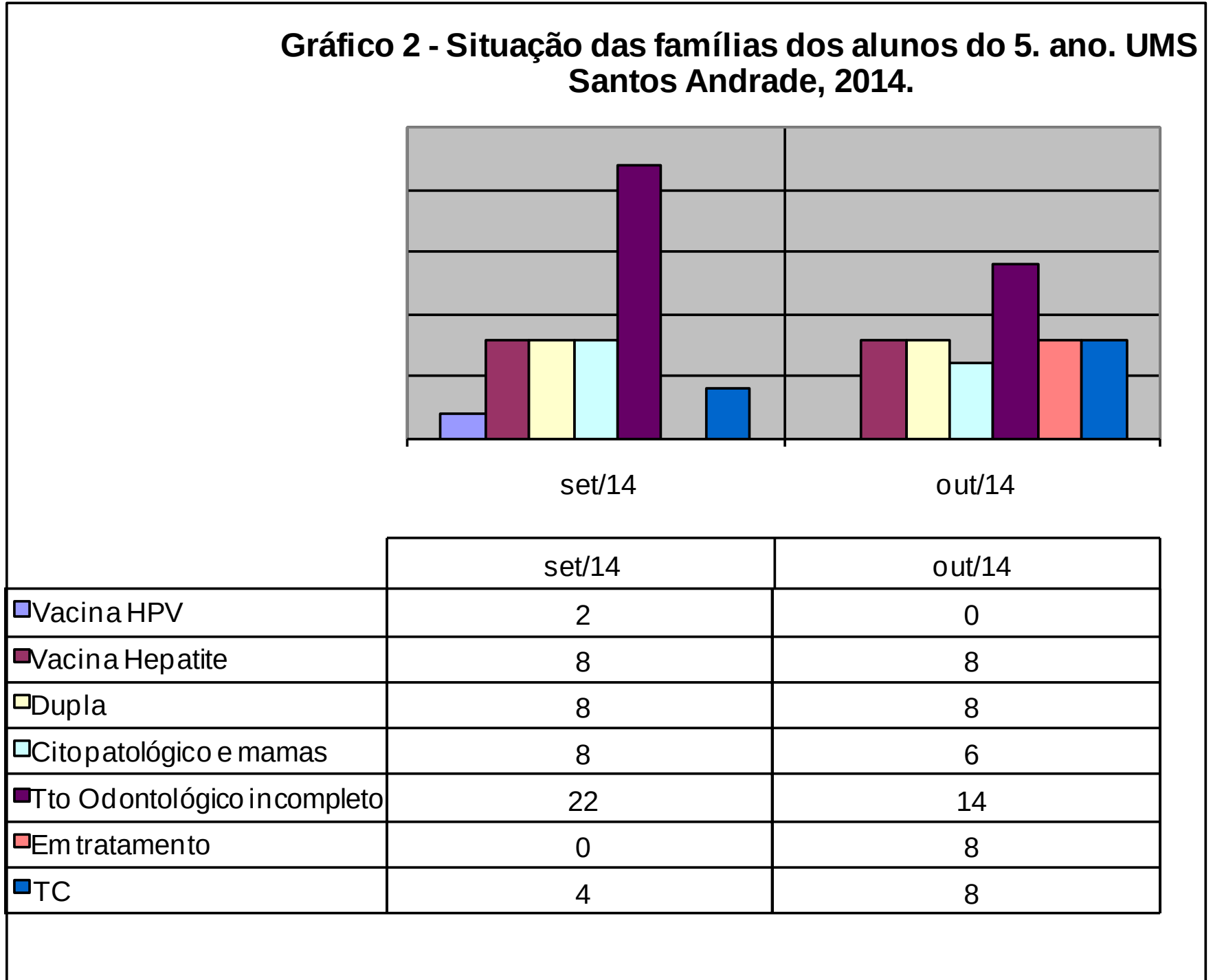
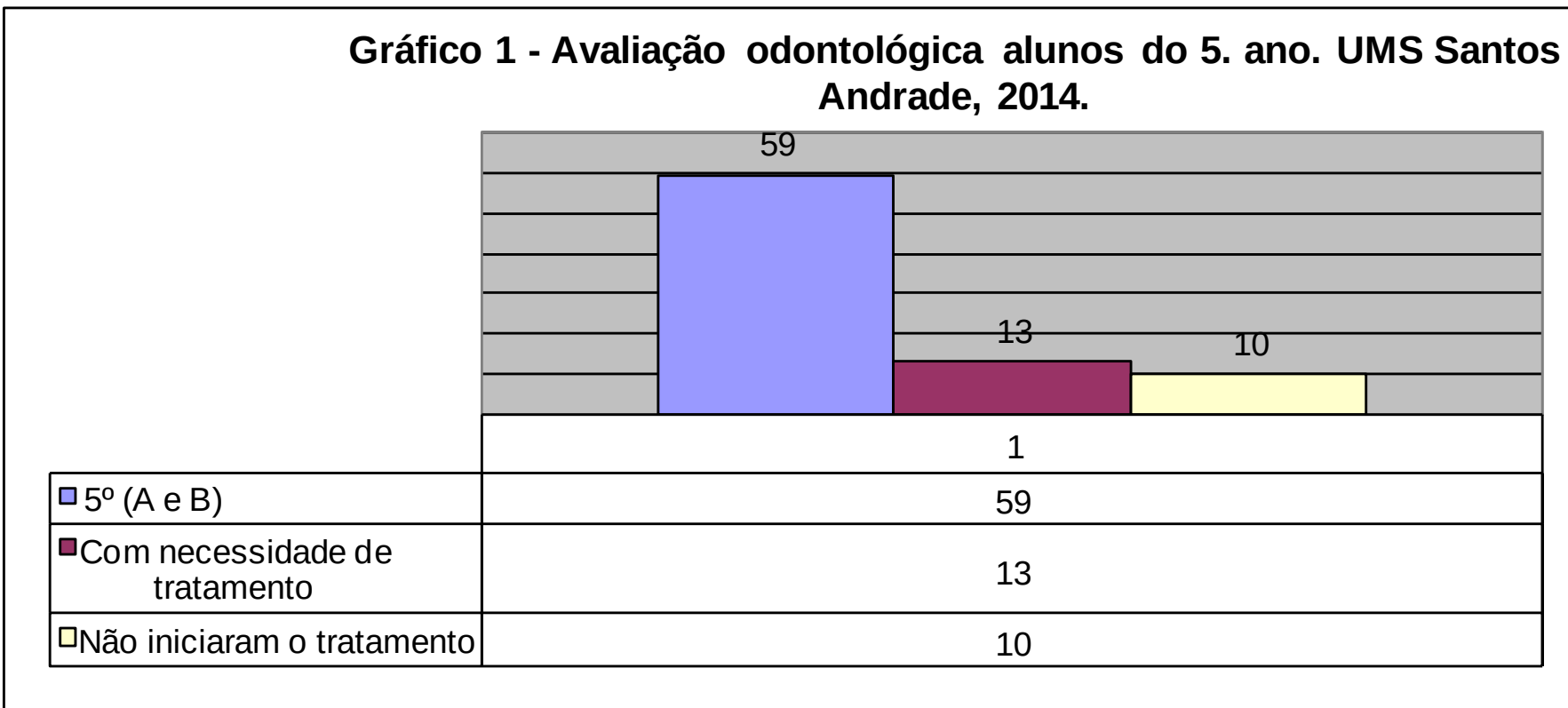
## CONCLUSÃO

Em algumas famílias de risco social e biológico é difícil conseguir a adesão aos cuidados com a saúde. O tratamento foi concluído para algumas pessoas das famílias abordadas e outras estão em tratamento. Através da busca ativa várias pessoas foram motivadas a cuidar de sua saúde. Essas ações terão continuidade em 2015 com algumas adequações.

## REFERÊNCIAS

Figueiredo NE, A Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica do SUS. 1. ed. São Paulo: UNA-SUS/UNIFESP, 2011. 2-10 p.

Lubiana FN, Moysés JS, Groisman S, Programa de Atualização em Odontologia Preventiva e Saúde Coletiva..Ciclo 3. módulo1.Porto Alegre, 2009. 9-54 p.



# O IMPACTO DO CADASTRO DEFINITIVO NA COBERTURA VACINAL

Autor principal/relator: Ana V .A. Carli  
Colaboradores: Alexandra Ap. A. D. Fogaci;  
Izabel Schamne; Tammy T. F. Perrout; Sueli T. Schiavon

Local de Trabalho: Distrito Sanitário Cajuru  
Eixo Temático: Vigilância Epidemiológica



## INTRODUÇÃO

Uma medida importante para a prevenção e controle de doenças transmissíveis é a vacinação<sup>1</sup>. Com a finalidade de atingir a meta de 95%, estabelecida pelo PNI (Programa Nacional de Imunização), foram traçadas estratégias para vinculação das crianças.

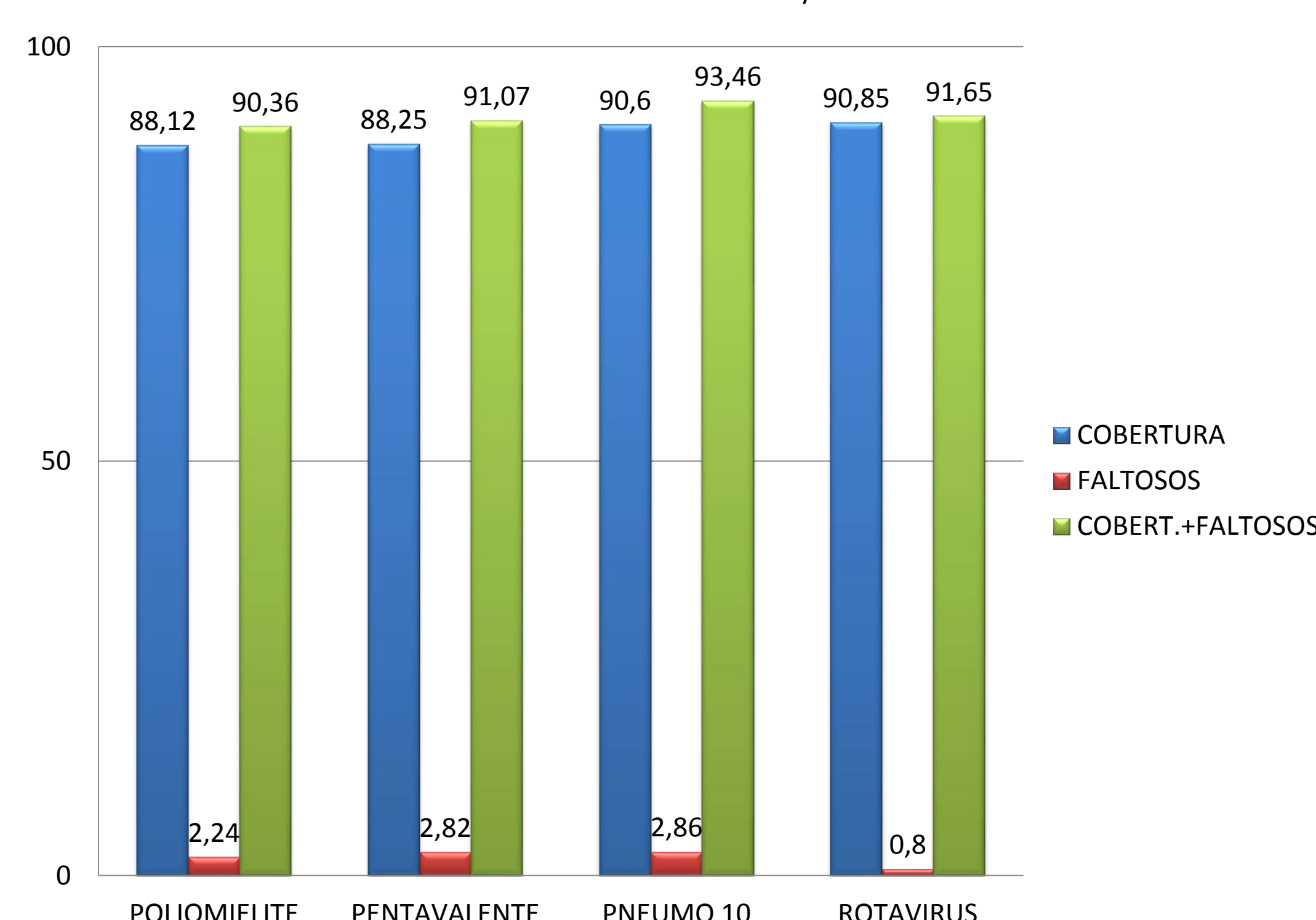
## DESENVOLVIMENTO

Mensalmente, desde janeiro de 2014, a Vigilância Epidemiológica do Distrito Sanitário Cajuru, encaminha relação das Declarações de Nascidos Vivos (DNV), para que as unidades monitorem as crianças de risco, bem como verifiquem a situação cadastral e a situação vacinal.

Mesmo com este monitoramento, no mês de setembro, ao adicionar o número de faltosos em vacina na meta atingida pelo Distrito este valor não alcançava os 95% para as vacinas de poliomielite, pentavalente, pneumo 10 e rotavírus (Gráfico 1). Este fato ocorria em função do número de crianças (menores de um ano) com cadastro ser inferior ao teoricamente residente na área.

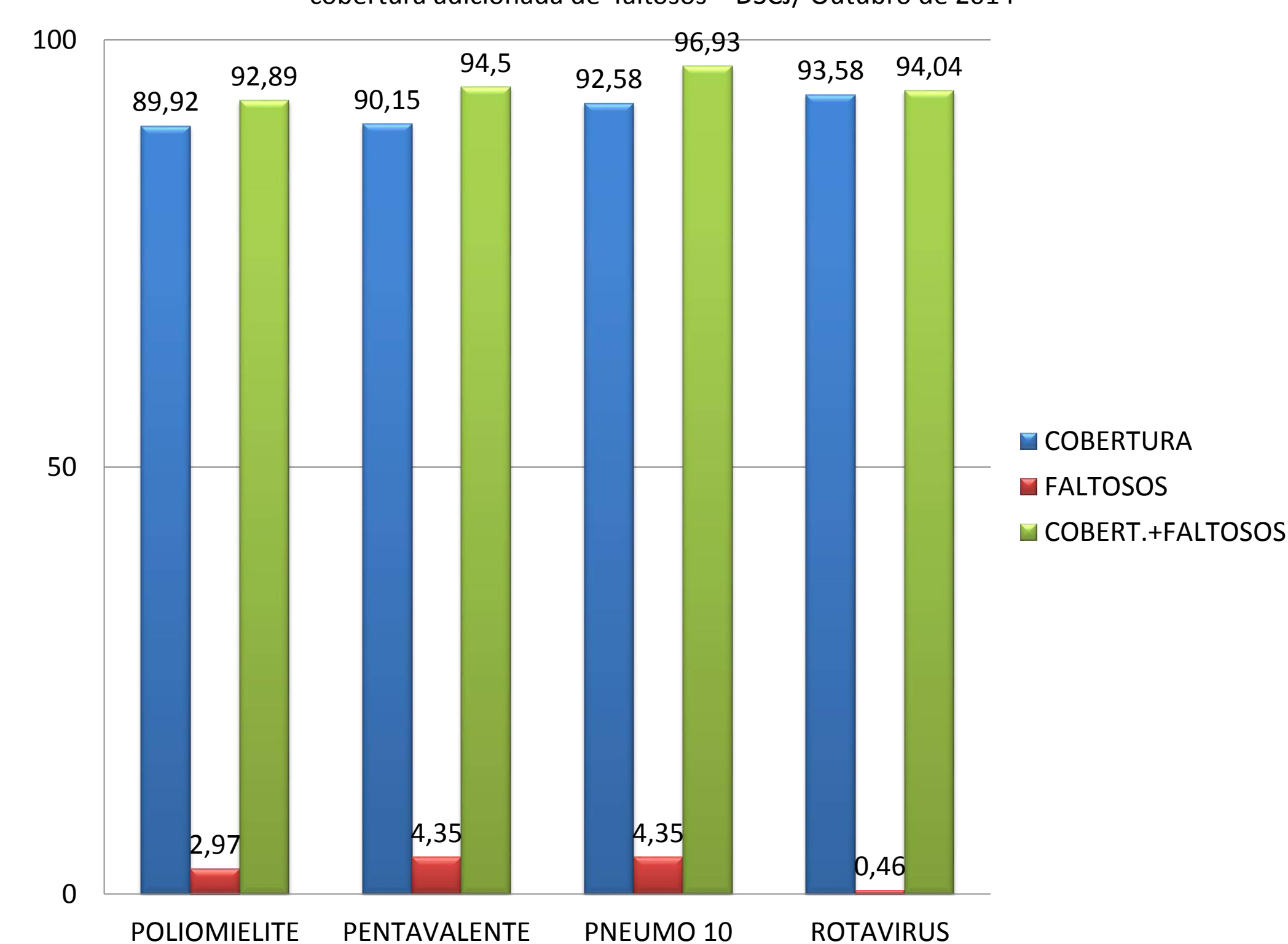
A avaliação individual do monitoramento com as Coordenadoras das UMS, reforçou a importância do cadastro definitivo para as crianças, o que impactou na avaliação de outubro, alterando o cenário da cobertura vacinal (Gráfico 2).

Gráfico 1 - Comparação das proporções de cobertura vacinal, faltosos em vacina e cobertura adicionada de faltosos – DSCJ/ Setembro de 2014



Fonte: e-saúde set/2014

Gráfico 2- Comparação da proporção de cobertura vacinal, faltosos em vacina e cobertura adicionada de faltosos – DSCJ/ Outubro de 2014



Fonte: e-saúde out/2014

## CONCLUSÃO

Com este monitoramento foi possível demonstrar o impacto e a importância dos cadastros definitivos para cobertura vacinal, pois não há como identificar as crianças em situação não ideal de vacinação, quando estas possuem cadastro provisório. O acompanhamento mensal das DNV é uma importante ferramenta para identificação das crianças residentes na área refletindo no acompanhamento da situação vacinal.

## REFERÊNCIAS

<sup>1</sup>YOKOKURA, A.V.C.P.: et al. *Cobertura vacinal e fatores associados ao esquema vacinal básico incompleto aos 12 meses de idade*, São Luís, Maranhão, Brasil, 2006. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 29, n. 3, mar. 2013. Disponível em <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 10 nov. 2014.

# CUIDANDO DAS NOSSAS MULHERES

Autor principal/relator: Bibiana da S. P. de Oliveira  
Colaboradores: Danielly Monik M. Gomes, Luciléia das G. Fabiano, Sílvia R. M. Brito

Local de Trabalho: Unidade de Saúde Jardim Paranaense.  
Eixo Temático: Determinação Social, iniquidades e Promoção da Saúde



## INTRODUÇÃO

Nosso objetivo principal foi reunir usuárias da área de abrangência num ambiente acolhedor, em espaço da comunidade, para uma tarde de convivência. Aproveitando a temática do outubro rosa, orientar as mulheres quanto a prevenção do câncer de colo de útero e de mama, estimular realização dos exames periódicos e prática de uma vida saudável.

## DESENVOLVIMENTO

O trabalho se iniciou com a abordagem das usuárias pelos ACS para comparecerem ao evento. Foram priorizadas as pacientes que tem histórico de depressão, solidão ou problemas familiares. Foram convidadas cerca de 50 mulheres e compareceram cerca de 30 delas. O ambiente foi preparado de forma acolhedora, aproveitando a temática do outubro rosa, com flores, fotos e depoimentos de pacientes que venceram o câncer e fotos que aumentam a auto estima.

Realizamos algumas atividades de forma rápida, a fim de respeitar o horário e tempo proposto; no primeiro momento deixamos as usuárias interagirem entre si, para criar um clima bem agradável. No segundo momento foi realizado uma fala com orientações focadas na prevenção do câncer de mama e colo de útero. No terceiro momento, um profissional da comunidade, propôs um alongamento com as pacientes, estimulando assim a prática de atividades físicas.

Para finalizar, foi feito uma dinâmica onde se perguntava o porque a pessoa deveria ganhar um presente, percebemos através das respostas, momentos de emoção, carência e auto estima prejudicada. Após a dinâmica sortearmos alguns presentes e foi servido um lanche. Ao se despedir muitas pacientes vieram agradecer a equipe pela atividade.

## CONCLUSÃO

Percebemos que, conforme Daher e Debona (2010), os grupos de convivência são entendidos como cenários de resgate da auto estima ou de ressocialização, onde as pessoas se identificam e se deparam com coincidências para reativar sua história. E como profissionais de saúde temos a responsabilidade em promover ações focadas, não somente em condições físicas, mas em ações que promovam o bem estar completo das pacientes, mudando assim seus modos de vida. Isso está em nosso alcance!

## REFERÊNCIAS

DAHER, D.V.; DEBONA, K.V. Reelaborando o viver: o papel do grupo no cotidiano de mulheres idosas. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, p. 670-676, out-dez 2010.



# RECICLAR E CRIAR

Autor principal/relator: Edinael Marciano

Colaboradores: Sônia Rocha

Siumara Andrade

Roberta Vaz de Mello

Benedita Aparecida Felix

Local de Trabalho: Unidade de Saúde São João Del Rey

Eixo Temático: Território, intersectorialidade e saúde



## INTRODUÇÃO

Durante os trabalhos de orientação a comunidade para identificação, remoção e destruição de possíveis criadouros do mosquito da Dengue, duas auxiliares de saúde perceberam a importância da reciclagem de materiais produzidos na US. A partir deste momento iniciou-se uma nova rotina de separação e armazenamento destes materiais de forma consciente.

## DESENVOLVIMENTO

Nos dois primeiros anos, as auxiliares de saúde bucal eram as principais envolvidas no projeto. O grande desafio foi conciliar o trabalho na clínica odontológica e sensibilizar outros membros da equipe. As auxiliares de serviço gerais foram as primeiras a se envolver nesta iniciativa.

A persistência foi a principal aliada para motivar a equipe a acondicionar os materiais em lixeiras seletivas, identificadas e distribuídas no serviço de saúde.

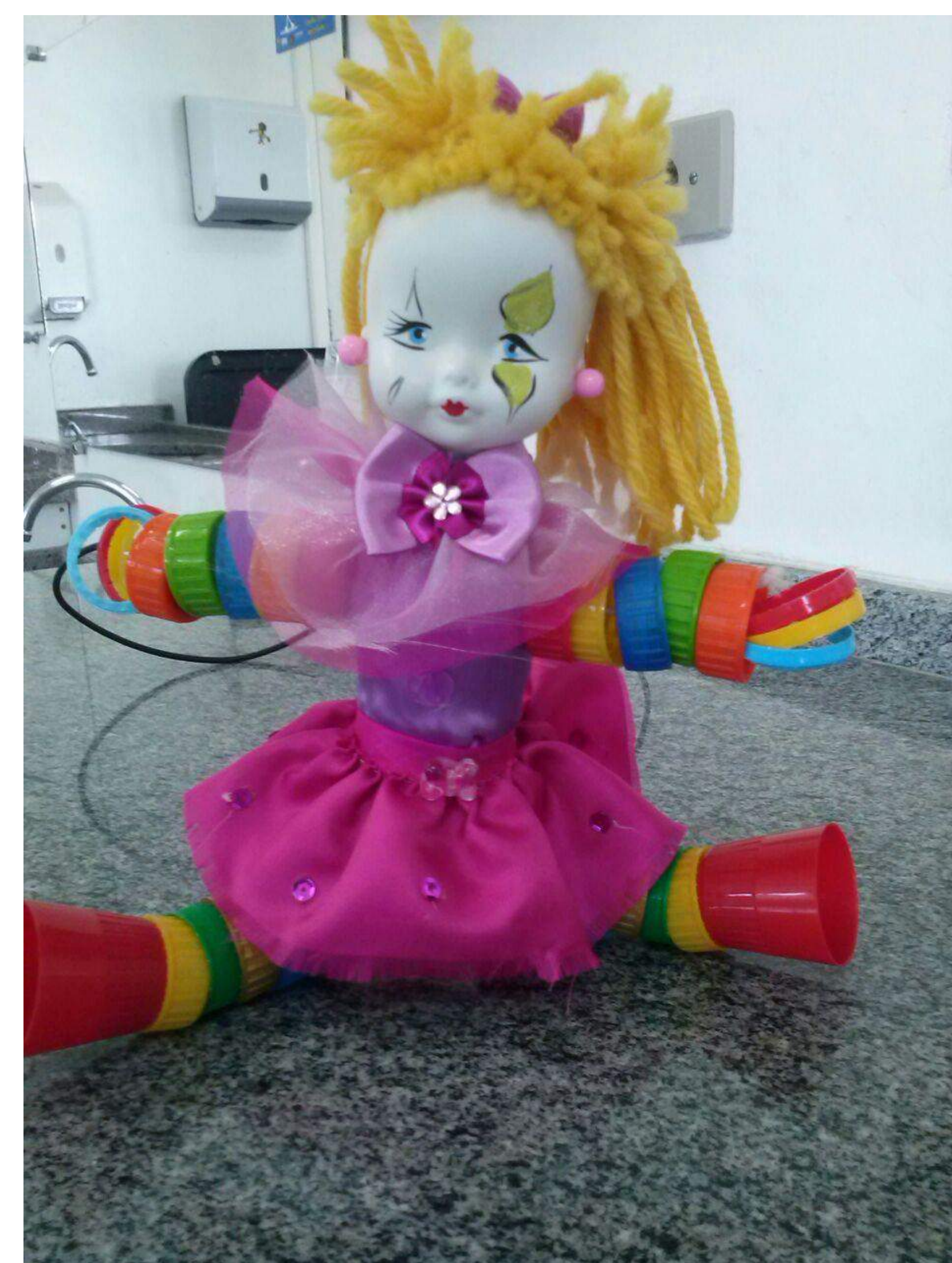
Foi realizada uma parceria com um morador que comercializa material reciclado. Bimestralmente ocorre a pesagem e a venda do material. Em média são coletados 150 kg de material que gera uma renda aproximada de R\$ 50,00. Esse recurso é destinado a pequenas melhorias na Unidade de Saúde, bem como na decoração de eventos em datas especiais.

## CONCLUSÃO

O material reciclado foi o instrumento para estimular um novo projeto. Em 2014 foram realizadas sucessivas aproximações com a comunidade para a elaboração de uma proposta de trabalho, que é transformar o material reciclado em artesanato. A atividade será mensal, no espaço saúde, e os participantes serão multiplicadores de conhecimento. A atividade além de promover convívio social, gera uma fonte de renda alternativa.

## REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILANCIA SANITÁRIA- RDC n 306, de 07 de dezembro de 2004





# MULTIDISCIPLINARIDADE COMO FERRAMENTA DO PROCESSO DE TRABALHO NA REDE DE PROTEÇÃO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE EM SITUAÇÃO DE RISCO PARA A VIOLÊNCIA, UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Autor principal/relator: Jéssica C. Ruths  
Colaboradores: Juliana Moleta

Local de Trabalho: USF João Cândido  
Eixo Temático: processo de trabalho multiprofissional na APS/ ESF



## INTRODUÇÃO

O presente trabalho visa evidenciar os pontos positivos vivenciados durante o trabalho multiprofissional, em abordagens a casos da Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco, de uma USF, do município de Curitiba.

## DESENVOLVIMENTO

A violência é hoje no Brasil, umas das principais causas de morte na faixa etária de 5 a 49 anos, sendo que de 15 a 29 anos ela atinge o alarmante percentual de 64,4% das mortes. Sendo assim, considera-se que a violência possui um caráter de sério problema de saúde pública (GOMES DESLANDES, 2008).

De acordo com Gomes e Deslandes (2008) a violência, bem como a saúde, são consideradas um processo social complexo no qual intervêm fatores estruturais, ideológicos e culturais e, portanto, não podem prescindir de uma abordagem de cooperação entre as disciplinas. Esta linha de pensamento leva-nos a entender que a interdisciplinaridade configura-se como uma exigência imposta pela complexidade deste objeto.

Diante de tamanha tarefa, cabe o relato da vivencia do trabalho multidisciplinar frente ao objeto que nos é imposto dentro da Rede de Proteção.

A metodologia deste processo de trabalho consiste em reuniões periódicas, mensais ou quinzenais, variando de acordo com a demanda, das quais participam representantes de diversos equipamentos, entre eles a USF, o Distrito Sanitário, escola e CREA, a fim de discutir os casos da Rede de Proteção, bem como as ações e intervenções cabíveis. Esta interação permite a cooperação e justaposição de saberes de diversos profissionais, enfermeiro, auxiliar de dentista, dentista, professor, assistente social, pedagogo, entre outros, possibilitando a elaboração de ações mais resolutivas, comprovadas por esta vivência, culminando na grande maioria dos casos, na proteção, promoção da saúde e bem estar dos envolvidos.

## CONCLUSÃO

Em 2013, foram realizadas 6 reuniões com a participação dos diferentes representantes da Rede de Proteção, que incluíram a participação de residentes, em que foram propostas ações como palestras, atividades em sala de espera, projetos terapêuticos singulares entre outras atividades.

Entende-se que a multidisciplinaridade enquanto ferramenta de gestão de abordagens a problemas reais de usuários, em especial aos relacionados à violência, se mostra axiomática tendo em vista que é uma forma de aproximação de todos os saberes, bem como de mediação entra as diversas ciências e o mundo da vida cotidiana.

## REFERÊNCIAS

GOMES, R. ; DESLANDES, S. F. Interdisciplinaridade na saúde pública: um campo em construção. Rev.Latino-am. enfermagem – Ribeirão Preto – v.2 – n. 2 – p. 103-114 – julho 2008.

# MOVIMENTA SUS CURITIBA E O DIA MUNDIAL DO DIABETES

Autor : Diego Spinoza dos Santos

Local de Trabalho: NASF BN1  
Eixo Temático: Comunicação em saúde, mídias, redes interativas e cibercultura na saúde



## INTRODUÇÃO

Os dados da PNAD<sup>1</sup> apontam um crescimento do uso da internet. Segundo Honorato<sup>2</sup>, este novo cenário apresenta um grande desafio para a construção de políticas de saúde capazes de lidar com essa nova configuração social. Neste sentido, a criação da página eletrônica (*fan page*) “Movimenta SUS Curitiba” busca ampliar o relacionamento e o vínculo entre os profissionais de Educação Física (PEF) dos NASF e os usuários do SUS-Curitiba, possibilitando maior envolvimento nas ações de Educação em Saúde.

## DESENVOLVIMENTO

A utilização da plataforma Facebook para estreitar as relações entre os usuários das UBS e os PEF do NASF se mostrou uma ferramenta muito potente para ampliação do vínculo, do acesso às atividades oferecidas e também da oferta de informações qualificadas em saúde.

No período entre 10 e 14/11/2014 a campanha “Desafio Sexta Azul” alusiva ao Dia Mundial do Diabetes realizada através da página, que buscava dar visibilidade à prevenção e ao controle do DM com a publicação de fotos com a cor azul, obteve o alcance de 6.700 atividades da rede social relacionadas ao tema, além de atingir individualmente mais de 1.100 pessoas no período.

Para efeito comparativo, as páginas oficiais da SMS e SMELJ no período obtiveram conjuntamente o envolvimento em 290 ações contra 682 curtidas, comentários e compartilhamentos da Movimenta SUS Curitiba.

A forma de abordagem desta estratégia, que coloca os usuários como participantes ativos das ações, demonstra uma capacidade muito maior de envolvimento com os temas da saúde, se comparadas ao método tradicional de replicação de conteúdos em formato de reportagem, usuais nas páginas na SMS e SMELJ.

## CONCLUSÃO

A realização do Desafio Sexta Azul resultou em um aumento de 26,7% no número de pessoas que acompanham as ações da página e se mostrou eficaz na tentativa de destacar a temática do Diabetes. A popularização da internet e das mídias sociais proporciona uma nova forma de atingir os usuários do SUS com informações qualificadas sobre os temas de interesse da saúde. Contudo, esse novo contexto oferece um grande desafio para os profissionais, devido a maior capacidade de interação das pessoas com aqueles que lhe prestam cuidado. Esta ação nos mostra que cada vez mais os usuários devem ser protagonistas das ações de Educação em Saúde para que os resultados sejam satisfatórios.

## REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios*. Síntese de Indicadores 2013. Rio de Janeiro – RJ, IBGE, 2014.
2. HONORATO, Eduardo Jorge. *A interface entre Saúde Pública e Cibercultura*. Ciência & Saúde Coletiva, vol. 19, núm. 2, Janeiro-Fevereiro, 2014, pp. 481-485.
3. Relatório de páginas: Facebook Insights Data Export - Movimenta SUS Curitiba - 2014-11-15

Envolvimentos no período de 10 a 15/11/14

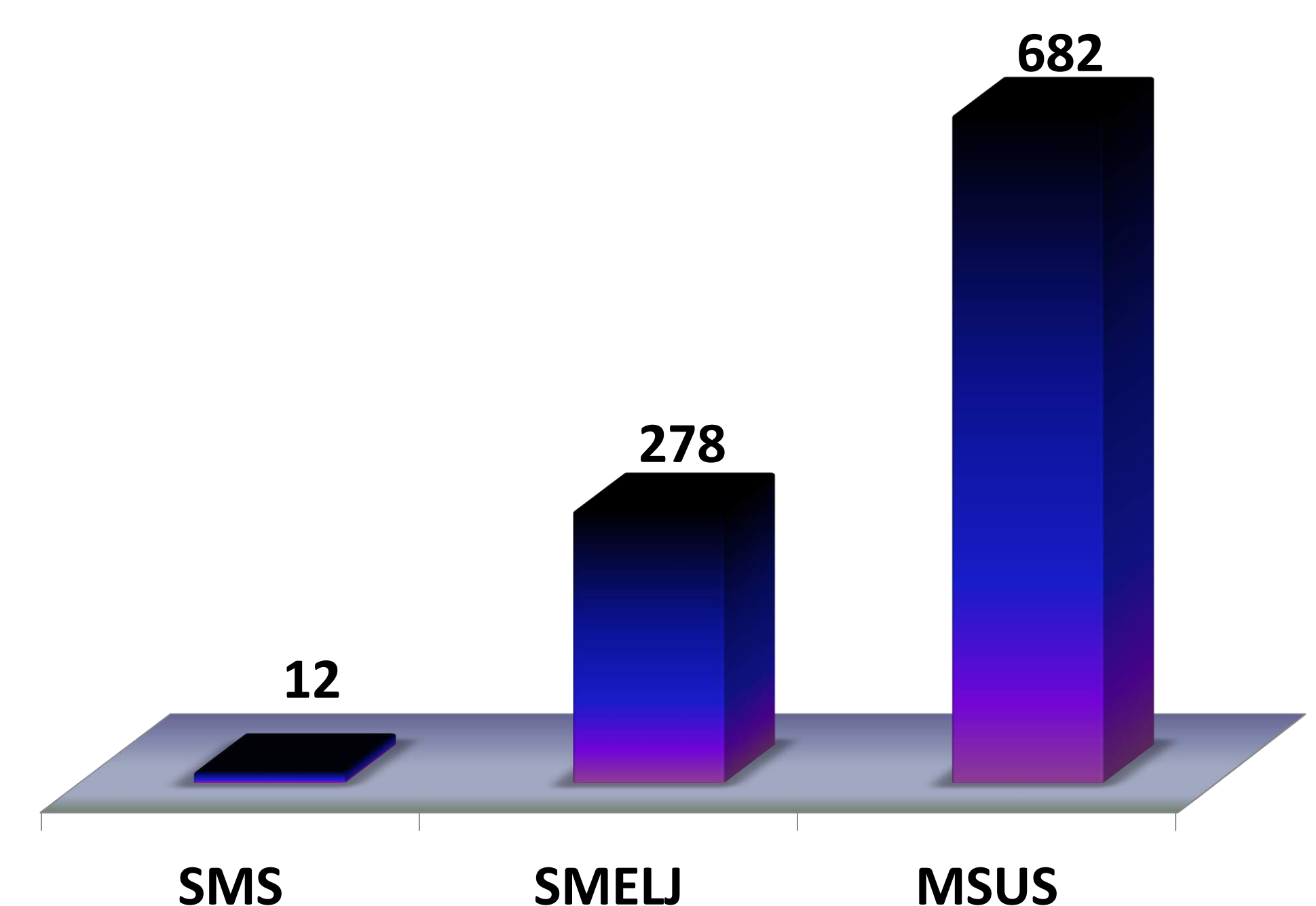


Figura 1. Curtidas, comentários e compartilhamentos por página

Pessoas alcançadas pelas publicações por Região

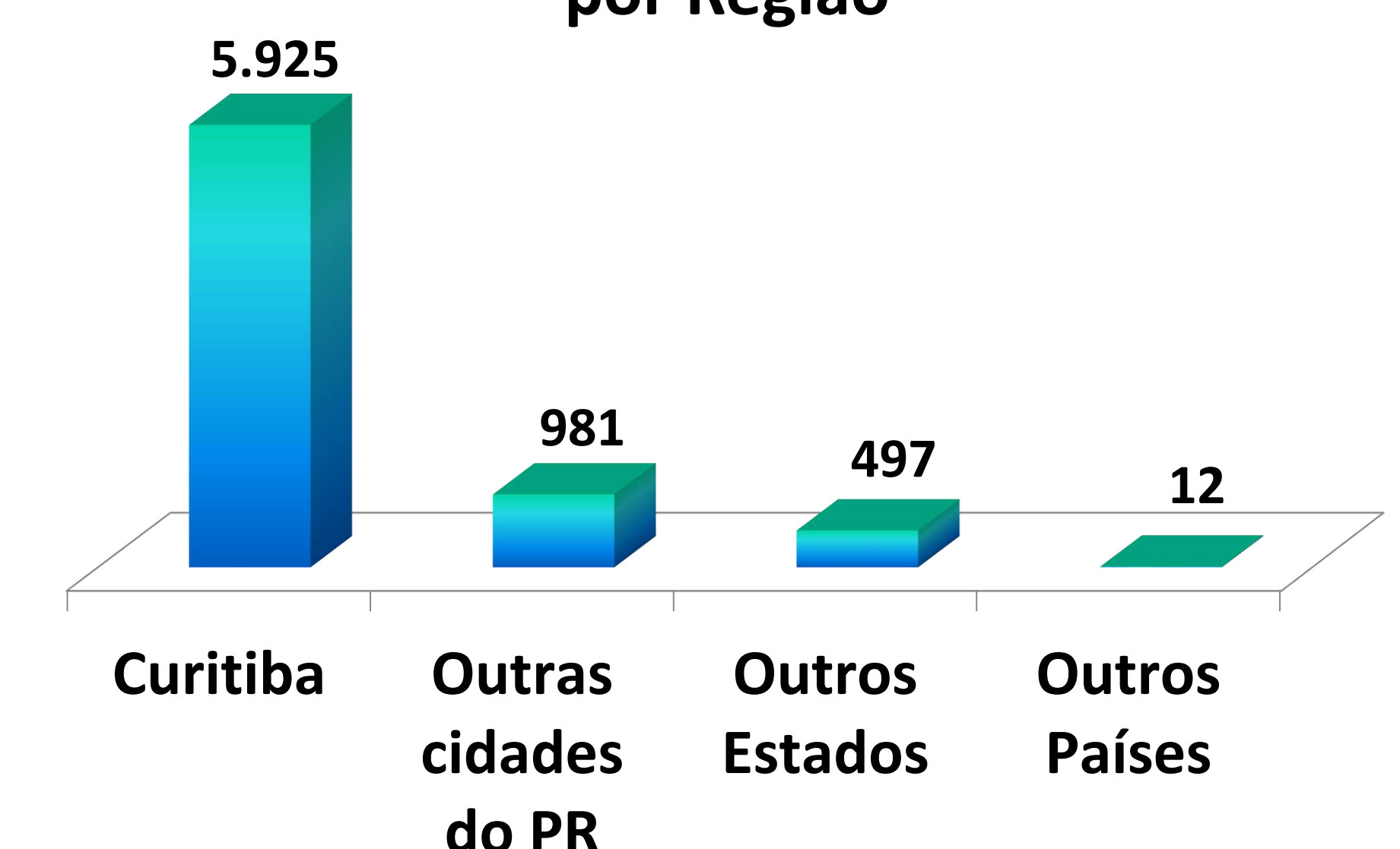


Figura 2. Pessoas que visualizaram as publicações por região.



Figura 3. Resumo de fotos publicadas

# MORTALIDADE PROPORCIONAL POR DISTRITO SANITÁRIO. CURITIBA: 2006 A 2013

Autor principal/relator: Célia R.P. Battaglin  
Colaboradores: Maria Lúcia Becker, Juliane C. C. de Oliveira

Local de Trabalho: Centro de Epidemiologia  
Eixo Temático: Vigilância Epidemiológica



## INTRODUÇÃO

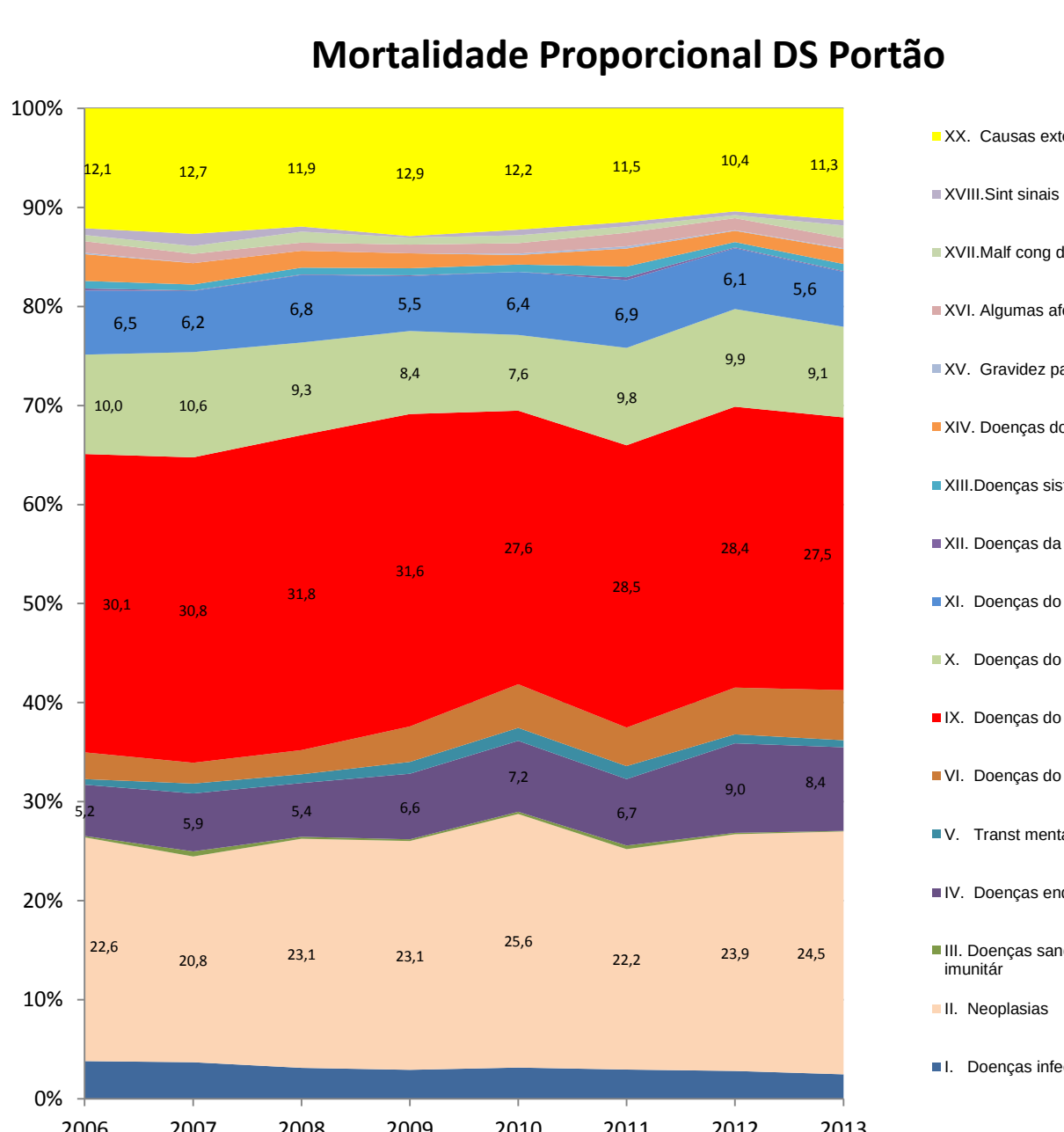
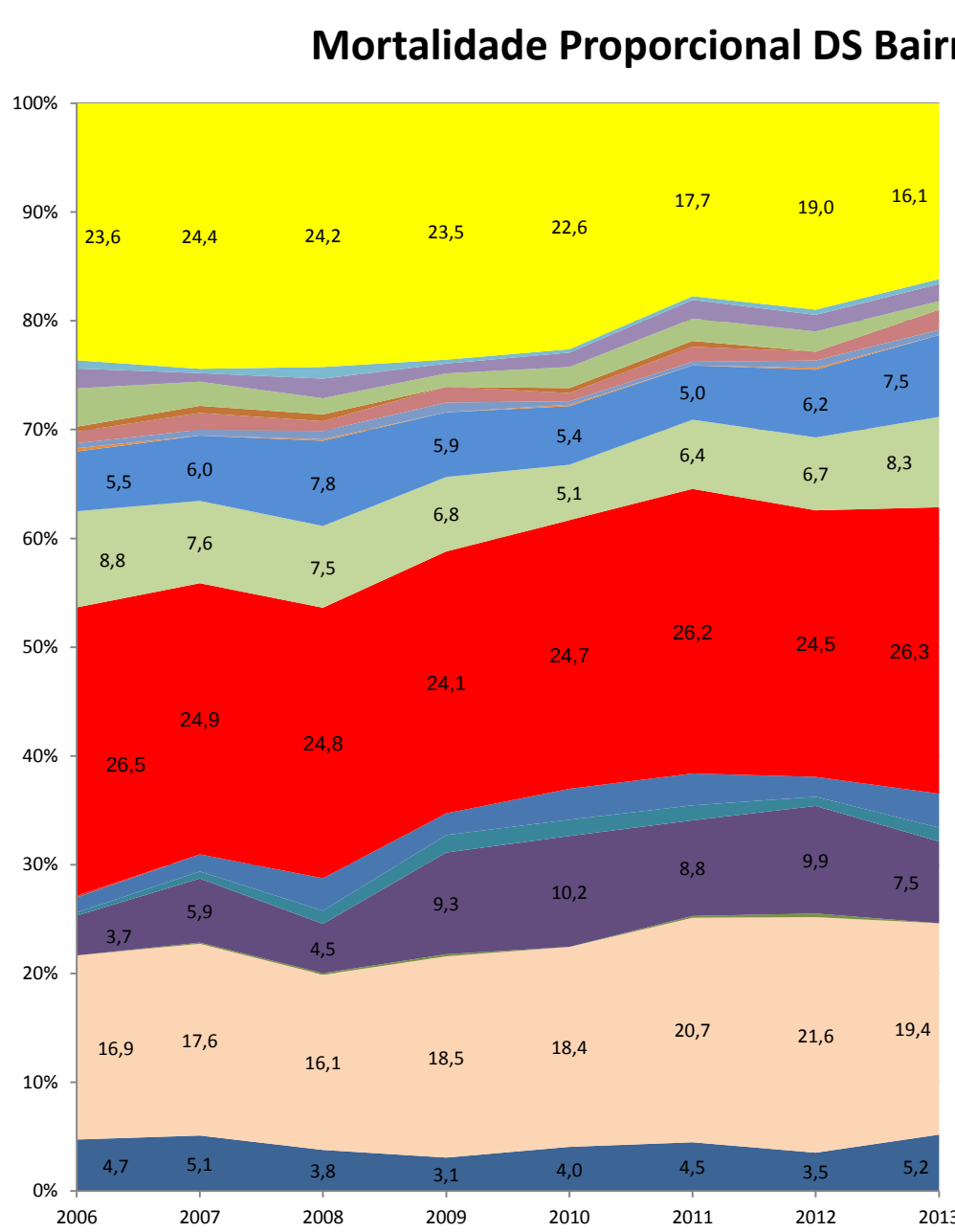
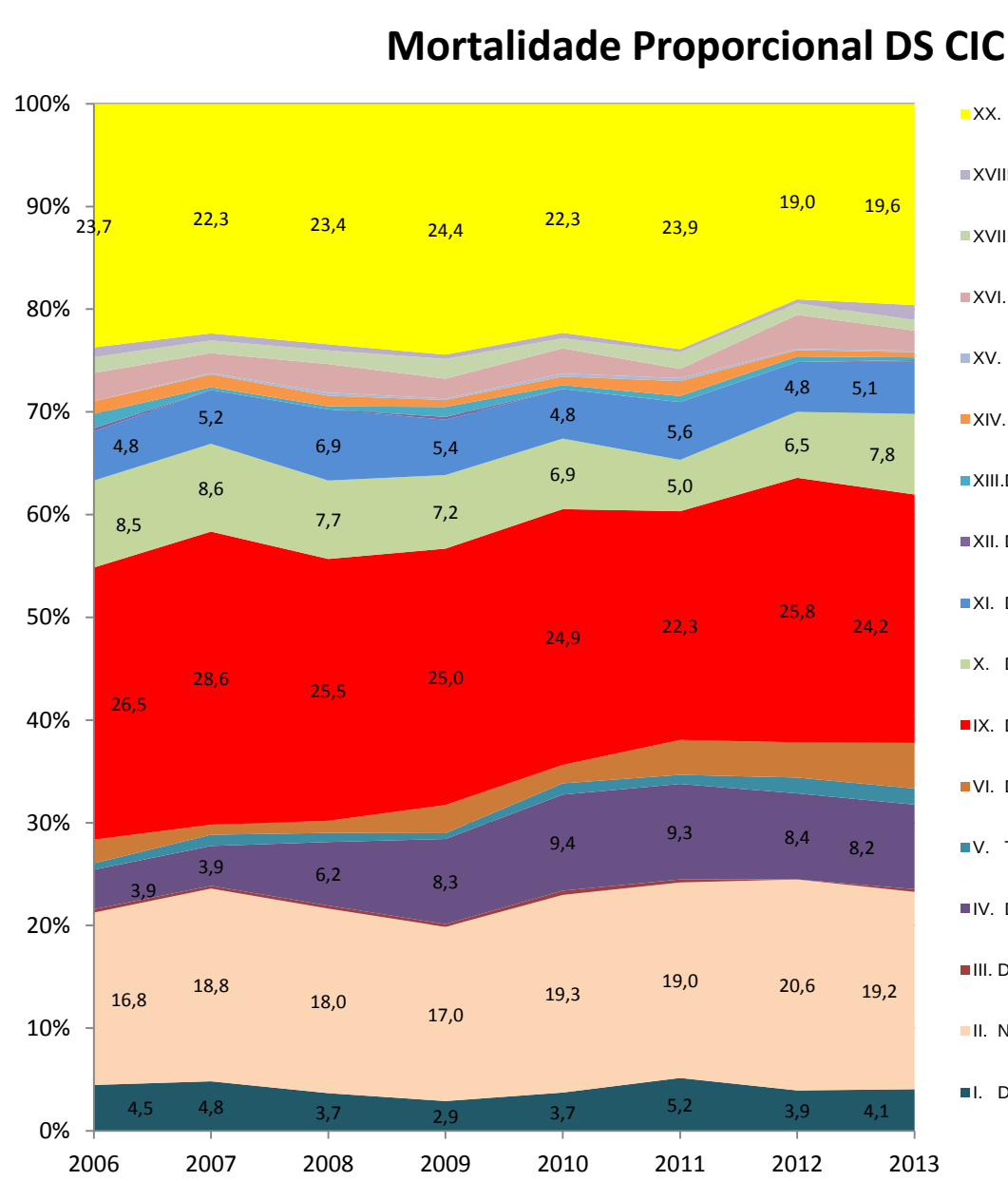
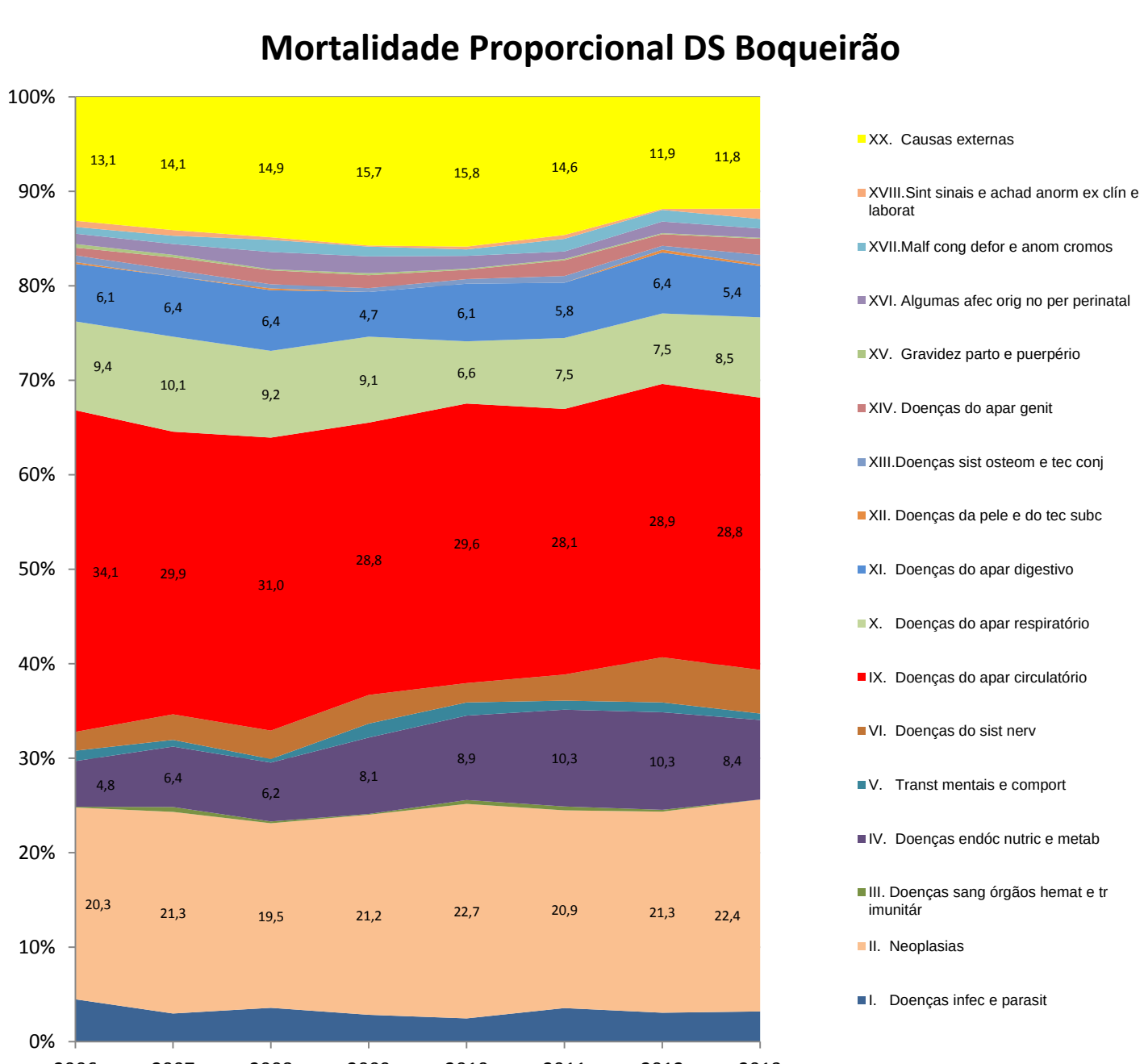
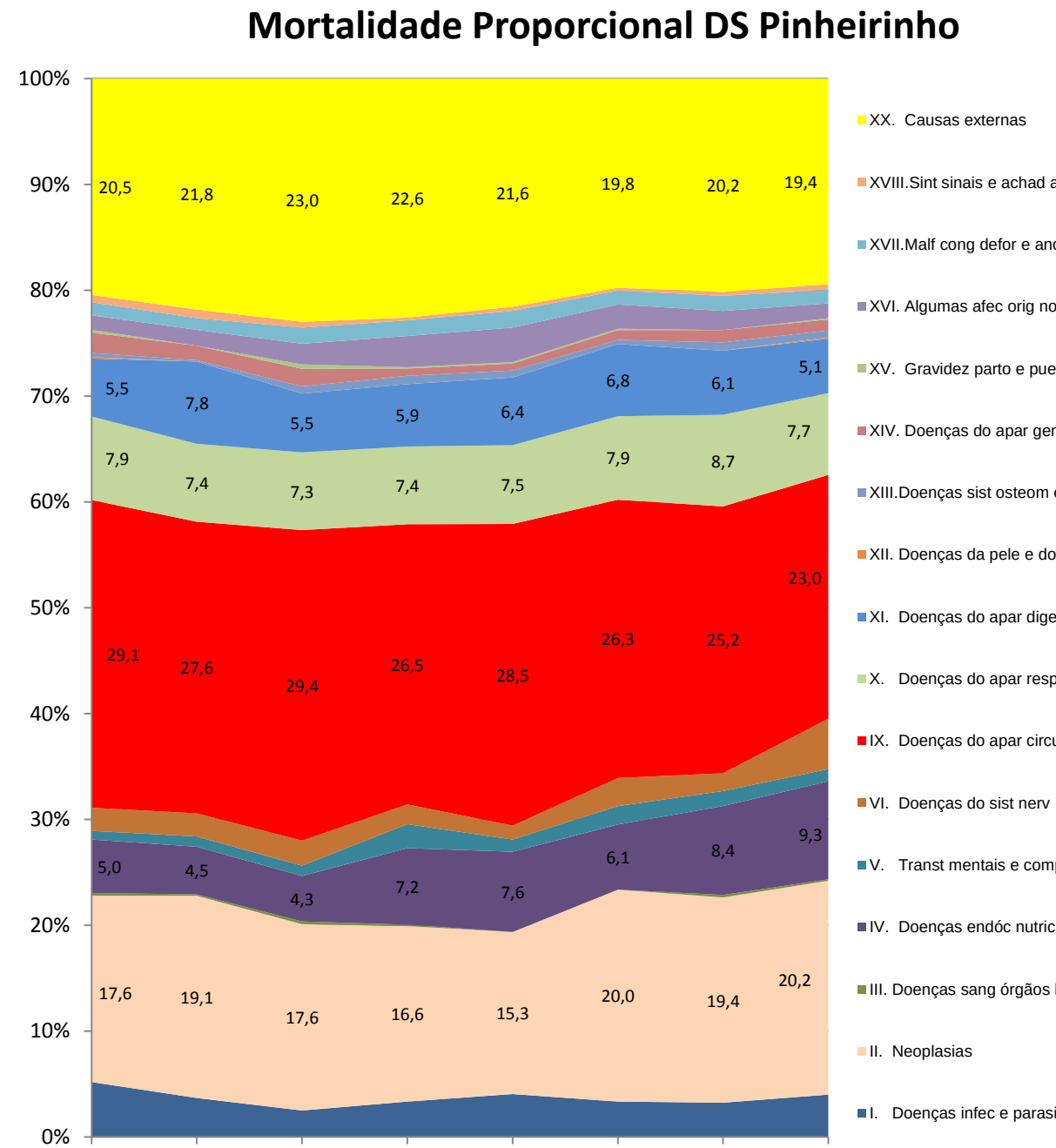
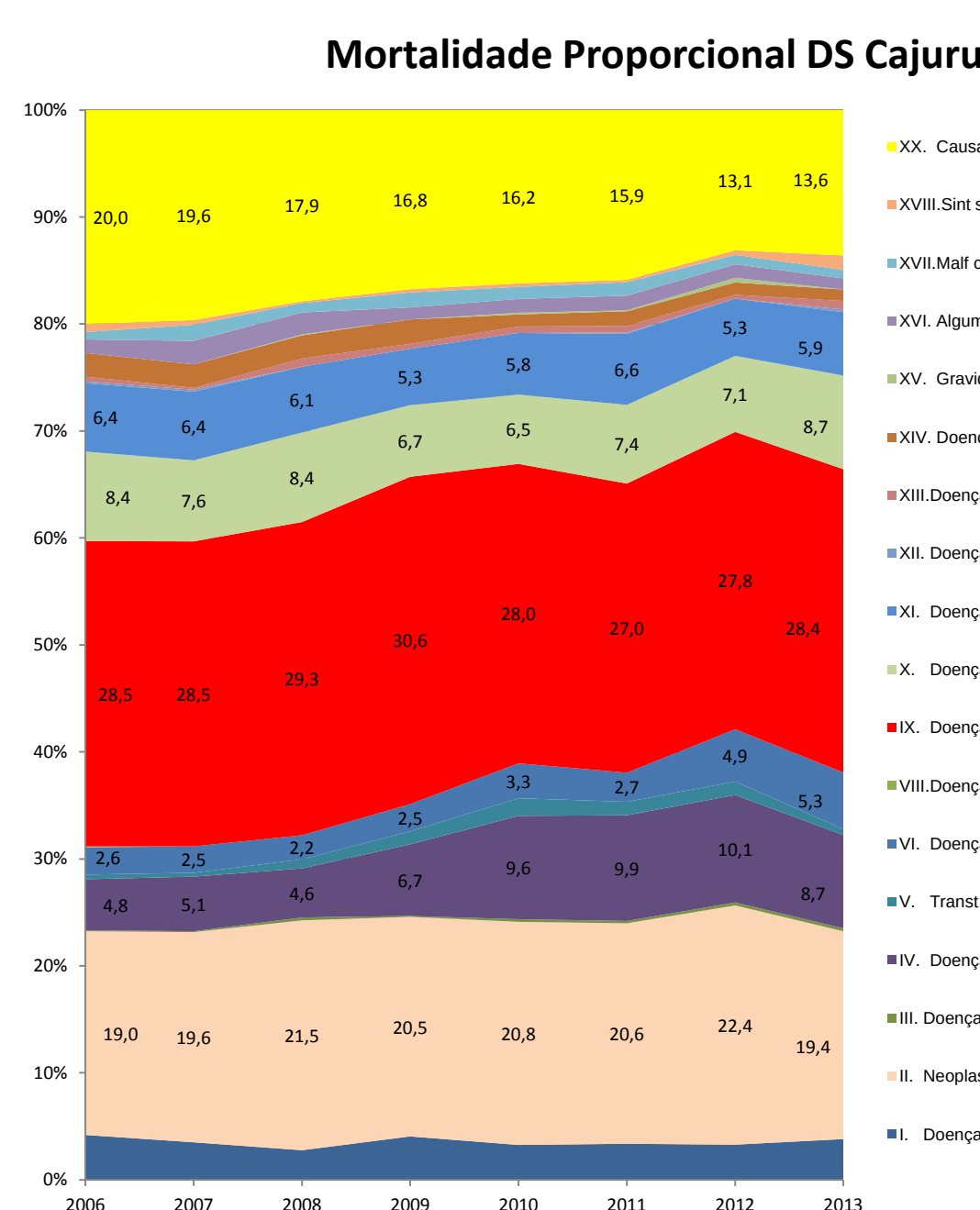
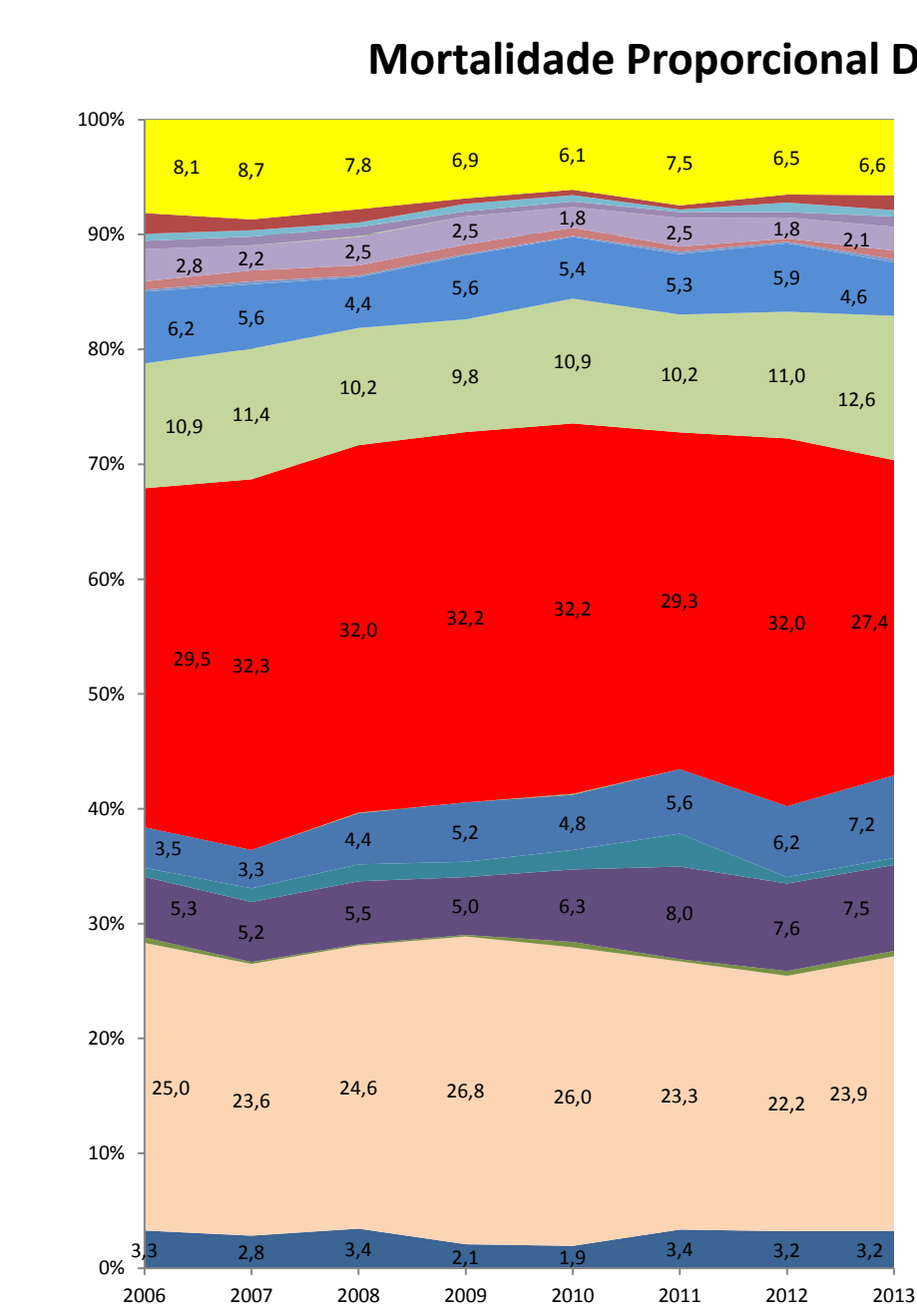
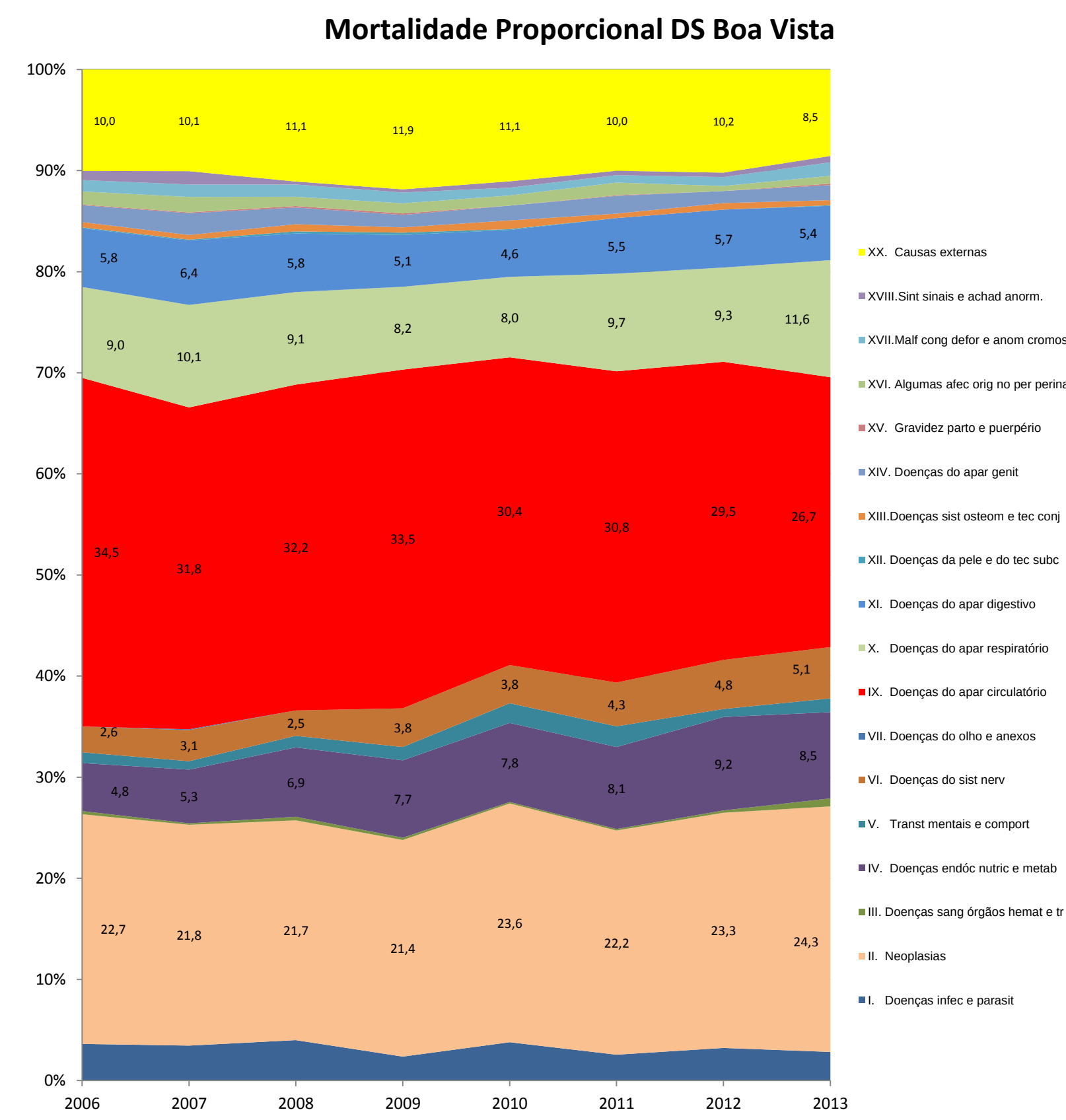
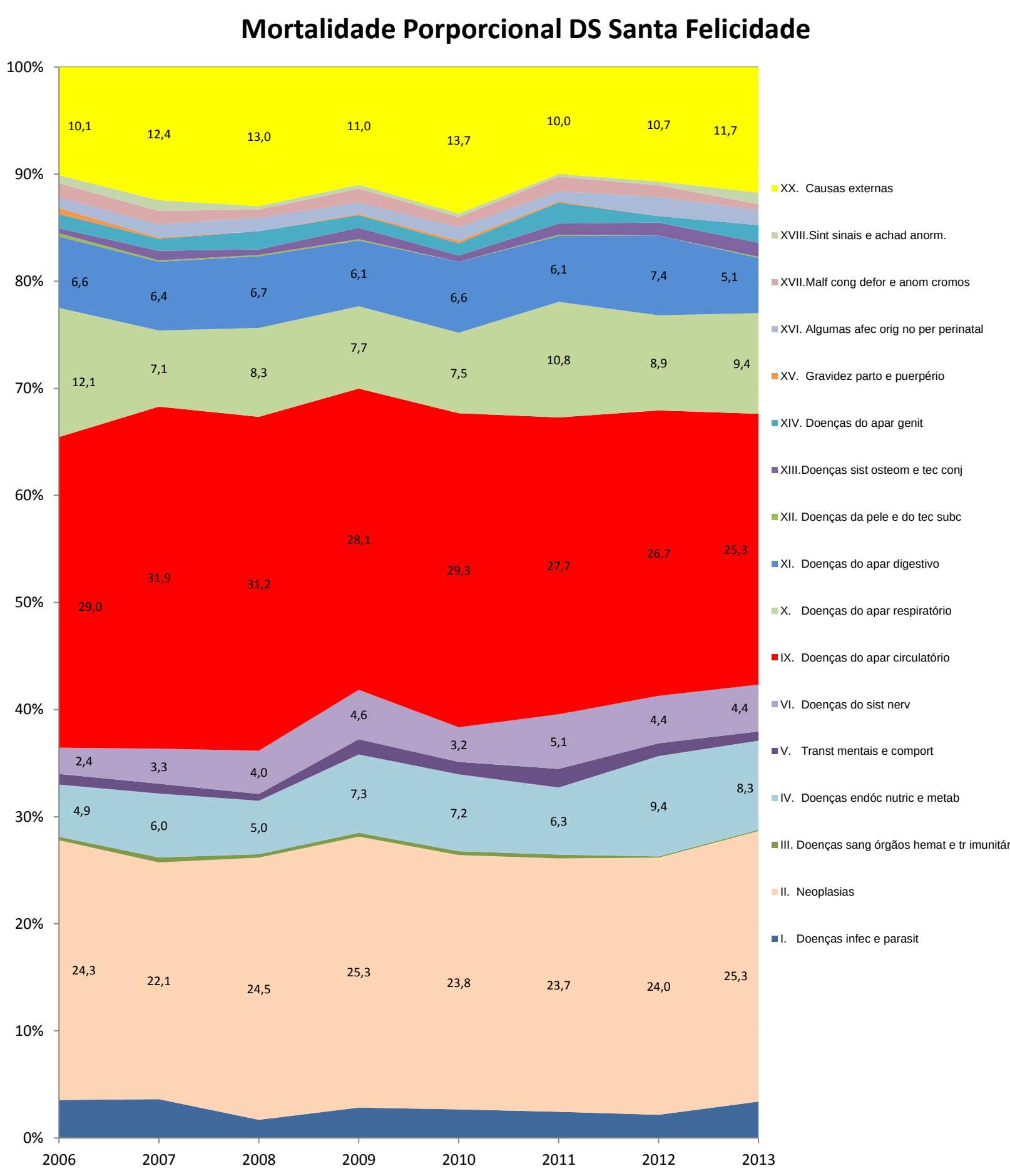
Esta análise tem por objetivo avaliar a evolução das causas de óbito no período selecionado e demonstrar a diversidade das causas de morte por local de residência, em um município de grande porte.

## DESENVOLVIMENTO

Os dados foram extraídos do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) através de tabulação no TABWIN e posterior confecção de gráficos no EXCEL.

## CONCLUSÃO

No ano de 2013 as neoplasias atingiram o mesmo patamar das doenças cardiovasculares em vários Distritos Sanitários, (DS) enquanto as mortes por causas externas apresentaram declínio, exceto no Distrito Sanitário de Santa Felicidade, mas proporcionalmente diferente entre os outros DS. Observamos estabilidade do número de óbitos das doenças infecciosas, aumento no grupo das doenças endócrinas e das neurológicas.



# I MOSTRA DE TRABALHOS DO DSPN

Autor principal/relator: Alessandra Lopes dos Santos  
Colaboradores: Byanca de Cassia Kusminski, Evelize Mayer Bera, Lucélia Ribeiro, Raquel F. Cubas

Local de Trabalho: Distrito Sanitário  
Pinheirinho Eixo Temático: Educação  
Permanente



## INTRODUÇÃO

O Distrito Sanitário Pinheirinho promoveu durante o ano de 2014, momentos de reflexão, valorização e aproximação entre os servidores. Dentro desta proposta, ocorreu a I MOSTRA DE TRABALHOS, que tinha como objetivos oportunizar a troca de experiências; estimular as equipes a desenvolver ações inovadoras nos territórios, reconhecer e valorizar as experiências exitosas desenvolvidas pelas equipes.

## DESENVOLVIMENTO

O evento aconteceu na Rua da Cidadania, no dia 16 de agosto, em um sábado. Foram apresentados 58 trabalhos, em forma de cartaz, dispostos em um varal. De maneira lúdica, cada participante do evento recebeu um “Passaporte” que convidava para uma viagem pelas estações do Distrito Sanitário. Na sequência os servidores elegeram as duas experiências que mais gostaram. Os três trabalhos mais votados foram premiados.

Com o objetivo de incentivar o lado criativo dos profissionais, em paralelo, acontecia o FESTIVAL DE TALENTOS. Os servidores tiveram a oportunidade de compartilhar com seus colegas não apenas a experiência exitosa no trabalho mas também outras habilidades que possuem, demonstrando seu talento nas artes manuais, música, poesia, culinária. Mais de 20 servidores participaram da exposição.

## CONCLUSÃO

O evento contou com quase 200 participantes, evidenciando o interesse dos servidores na temática. A parceria com os “Tutores do Riso” trouxe momentos de descontração tornando o evento agradável e divertido. A Mostra possibilitou que as equipes compartilhassem experiências inovadoras, demonstrando a importância, criatividade e empenho das equipes da APS. Permitiu ainda a revelação e valorização de talentos individuais no Distrito Sanitário.



# I ENCONTRO DOS PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM DO DSPN

Autor principal/relator: Alessandra Lopes dos Santos  
Colaboradores: Byanca de Cássia C. Kusunski,  
Evelize Mayer, Lucélia Ribeiro, Raquel F. Cubas

Local de Trabalho: Distrito Sanitário Pinheirinho  
Eixo Temático: Educação Permanente



## INTRODUÇÃO

O “I ENCONTRO DOS PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM DO DISTRITO SANITÁRIO PINHEIRINHO – Fortalecendo o cuidado e contribuindo para um mundo melhor”, comemorou a Semana da Enfermagem e tinha por objetivos valorizar a importância destes profissionais para o SUS Curitiba, contribuir para a qualificação dos servidores nos temas técnicos abordados e no desenvolvimento de capacidades na busca de conhecimentos.



## DESENVOLVIMENTO

O Encontro ocorreu no dia 31 de maio de 2014, no Hospital do Idoso Zilda Arns, em um sábado, das 8h00 às 12h00. Os servidores foram recepcionados com café da manhã e a programação iniciou com a palestra “O Protagonismo da Enfermagem no processo de cuidar”. Na sequência, os “Tutores do Riso” e o Instituto História Viva, fizeram apresentações, estimulando a participação da plateia, divertindo, trabalhando a auto-estima dos profissionais.



Num segundo momento foram realizadas oficinas com os temas: Urgência/Emergência, Humanização, Rede de Imunobiológicos e “Mantenha a Calma”. Para a escolha destes temas foi feito levantamento junto à equipes de quais seriam os assuntos que despertavam maior interesse para capacitação.

Como forma de estimular a pesquisa bibliográfica e a reflexão da prática profissional, todos os participantes foram convidados a elaborar a tarefa de dispersão, com prazo de 20 dias para entrega, escolhendo um dos temas abordados no Encontro, orientado pelo “Termo de Referência”. Estes trabalhos foram avaliados posteriormente pela Comissão Organizadora.



## CONCLUSÃO

O Encontro contou com importantes parceiros, representantes da Política Nacional de Humanização do MS, Instituto História Viva, “Tutores do Riso” e Instituto Brahma Kumaris que conduziu a oficina “Mantenha a Calma”. Os momentos no auditório e as oficinas possibilitaram um espaço de troca de saberes, que instigou a reflexão sobre a prática profissional e também o resgate de valores, com foco na reavaliação do ser humano para a construção de um mundo melhor.



# GRUPO DE ATIVIDADE FÍSICA DA US SÃO JOÃO DEL REY

Autor principal/relator: Leticia Carneiro  
Colaboradores: Sergio Burkot

Local de Trabalho: Unidade de Saúde São João Del Rey  
Eixo Temático: NASF



## INTRODUÇÃO

O trabalho tem como objetivo principal promover a melhoria da qualidade de vida do idoso, a partir da participação em prática de exercícios, atividades físicas orientadas e yoga. Nesta confraternização, levá-los a testar seus próprios limites, fortalecendo sua saúde física, psicológica e o convívio social.

## DESENVOLVIMENTO

Em resposta a uma pergunta que se fazia há algum tempo: o que fazer com nossos idosos que tem apresentado muitos problemas de saúde e que estão precisando fazer atividade física? O grupo de atividade Física da US São João Del Rey surgiu em 2008, tendo como parceiros a Igreja Vitória, a fisioterapeuta do DSBN e alguns profissionais da odontologia. Com o surgimento das equipes NASF e a entrada dos profissionais de educação física em março de 2009, as atividades neste grupo ficaram ainda mais fortalecidas.

Usando uma abordagem simples com brincadeiras para aquecimento, exercícios de fortalecimento e alongamento e, em um segundo momento, a prática da hatha yoga com seus ásanas (posturas), pranayamas (controle da respiração), mudrás (selos com as mãos), dhiana (meditação), foi possível propiciar aos idosos um corpo forte e uma mente equilibrada. Os livramos do sedentarismo e até mesmo amenizamos o próprio uso de medicamentos.

## CONCLUSÃO

Após seis anos de atividade e de muitos idosos terem passado pelo grupo, aprendemos algumas lições. Vemos que todos têm o seu tempo e devemos respeitá-los. Além disso, muitos deles chegaram com reclamações referentes a dores articulares, coluna, dores musculares, depressão e que, após alguns meses participando do grupo e realizando as atividades oferecidas, relataram melhoras significativas no humor e nas dores que sentiam.

## REFERÊNCIAS

ESTEVES, Beatriz. *Yoga para 3ª idade*. 1 ed. São Paulo: Ícone, 1991, 141p.

HERMÓGENES, José. *Yoga para nervosos*. 22 ed. Rio de Janeiro: Record, 390p.

WAGORN, Y. *Manual de ginástica e bem estar para a terceira idade*. São Paulo: Marco Zero, 2002.



# UPA COMO CENÁRIO DE APRENDIZAGEM DE ESTUDANTES DE MEDICINA

Autor principal/relator: Chiu Yun Yu Braga  
Colaboradores: Darci Martins Braga, Luiz Henrique P.Furlan, Ipojuca Calixto fraiz.

Local de Trabalho: UPA CIDADE INDUSTRIAL  
Eixo Temático: Integração Ensino/Serviço



## INTRODUÇÃO

A grande distância que separava a realidade do atendimento em unidades de saúde do SUS e a formação médica que predominou no século XX levou os Ministérios da Educação e da Saúde a repensar este modelo e propor mudanças curriculares.

As Unidades de Pronto Atendimento (UPAS) fazem parte da Política Nacional de Urgência e Emergência, lançada pelo Ministério da Saúde em 2003, que estrutura e organiza a rede de urgência e emergência no país, e torna-se um potencial cenário de integração ensino-serviço. Descrever um modelo de interação entre serviço e academia no atendimento dos pacientes de urgência e emergência. Analisar quais os principais desafios na utilização das UPAS como cenário de aprendizado de alunos do curso de medicina.

## DESENVOLVIMENTO

A experiência dos alunos se dá por uma interação entre os profissionais de saúde do sistema SUS e sua dinâmica no atendimento aos pacientes em situações de emergências e urgências e a presença de um professor acompanhando todas as atividades. Este é um cenário rico de aprendizagem para o aluno. Se difere dos hospitais escolas onde há mais recursos de todos os tipos, o que acaba induzindo até ao uso excessivo da tecnologia em detrimento do raciocínio clínico. Já nas UPAS para realizar o diagnóstico tem que usar com muito mais racionalidade os escassos exames disponíveis (radiológicos e laboratoriais). Mesmo assim há uma boa resolutividade dos casos internados, o que dá credibilidade junto à população que ali busca atendimento.

O desafio foi criar uma rotina para os alunos que favoreça a aprendizagem na prática, mas sem interferir na conduta de cada profissional da área da saúde (médicos, enfermeiros, auxiliares). Rotina diária de discutir à beira do leito todos os casos internados; a padronização de condutas; fornecer ao paciente um resumo de alta para levar à UBS e uso racional de antimicrobianos. A população também reconhece o benefício da presença da academia, pois há mais atenção individualizada a cada caso e uma relação mais humana e próxima dos pacientes e familiares.

Com a crescente demanda por atendimentos na saúde se tornam insuficientes os recursos materiais e humanos. O desafio constante de encontrar uma vaga no nível terciário de atendimento, quer seja para internação clínica ou terapia intensiva através da central de leitos faz parte da rotina desse serviço de UPA. É justamente aqui diante das dificuldades do sistema que torna-se mais relevante para o aluno as discussões sobre a gestão e financiamento da saúde pública no país.

## CONCLUSÃO

As UPAS constituem-se em rico cenário de aprendizado para educação médica por atender enfermidades e agravos mais prevalentes na população que geram demanda por atendimento de urgência e emergência, dando ao estudante de medicina uma visão realista do que vai enfrentar no trabalho no SUS após a sua formação médica

## REFERÊNCIAS

- Brasil . Ministério da Saúde .Política Nacional de atenção às urgências /Ministério da saúde.3ª ed. ampliada-Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.
- Martins, HS; NETO, AS; VELASCO, IT. Emergências clínicas. Ed. Manole, 2008.
- Higa EMS; Atallah NA. Medicina de Urgência. Ed. Manole, 2ª edição, 2008.
- Fauci AS; Braunwald E; Kasper DL. Harrison Medicina Interna, Ed. McGrawHill, 17ª edição, 2009.
- Knobel, E. Condutas no paciente grave. Ed. Atheneu, v.2, 3ª Ed, 3.124p., 2006.
- Martins, HS; Damasceno, MC; Awada, SB. Pronto-Socorro. Editora Manole, 2007.



# TERAPIA FOCADA NO APOIO E NA ESCUTA: ACOMPANHAMENTO DE GESTANTE COM TRANSTORNO BIPOLAR, UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Autor principal/relator: Jéssica Cristina Ruths

Eixo Temático: Prática do cuidado da  
Enfermagem na APS/ ESF



## INTRODUÇÃO

O presente trabalho visa exemplificar a experiência do acompanhamento de uma gestante portadora de Transtorno Bipolar de uma ESF de Curitiba, através da terapia focada no apoio e na escuta, após a suspensão do uso da medicação, Lítio, a fim de prevenir possíveis teratogênicas.

## DESENVOLVIMENTO

As mulheres portadoras de transtornos bipolares (TB), enfrentam situações complicadas no momento em que engravidam, devido a inexistência de um tratamento claramente estabelecido.

O lítio, medicamento utilizado pela usuária gestante, portadora de TB, está classificado na categoria, C, pela *Food and Drug Administration (FAD)*, sendo contraindicado na gestação (BASSITI, et al., 2012). Este medicamento atravessa as barreiras placentárias, de maneira que este contato com o psicofármaco, expõe o feto ao risco de malformações congênitas, síndromes perinatais e alterações neurocomportamentais de surgimento tardio (WARD; ZAMORSKI, 2002).

De acordo com Bassitt et al. (2012), depois da suspensão da farmacoterapia, o risco de recorrência/ cronicidade aumenta significativamente, seja na gravidez ou no pós parto. Tendo em vista este fato, aliado ao risco do uso, a equipe multiprofissional que atende a usuária em questão optou pela interrupção do tratamento e o uso da terapia focada na escuta como abordagem mais viável.

As escutas realizadas pelo enfermeiro, ocorrem semanalmente e são em média de 30 minutos, Caso ocorra disponibilidade dos familiares, estes também participam.

Ressalta-se que nas duas primeiras semanas a usuária relatou irritabilidade e labilidade emocional em momentos em que se encontrava sozinha. Nas semanas que se seguiram, relatou estar tranquila, sem alterações emocionais negativas. Passaram-se 8 semanas desde o início da terapia até o início do mês de novembro de 2014.

## CONCLUSÃO

Percebeu-se durante este pequeno período de acompanhamento, que a orientação psicológica e o monitoramento clínico atento são essenciais para o bem estar de usuárias gestantes portadoras de TB. Sendo a terapêutica baseada no apoio e na escuta eficaz como estratégia no tratamento. Outro aspecto que se mostrou importante é a relação entre a equipe de saúde, a usuária e a família, proporcionando apoio e respeito as decisões conjuntas.

## REFERÊNCIAS

BISSITT, D. et al. Uso de Lítio durante o primeiro trimestre da gravidez, seguido de suspensão, acompanhamento próximo e terapia focada na escuta e no apoio. Ver. Bras. Psiquiatr. V. 34, p. 356-59, 2012.

WARD, R.K.; ZAMORSKI, M.A. Ben fits and risk of p ychiatr medicat ons duri g pregnancy. American FmlyPhsican v. 66, nº. 4, p.29-635, 2002.

# USO DA PROBLEMATIZAÇÃO NA EDUCAÇÃO PERMANENTE

Cristiane Pavelski Dias  
Júnia Aparecida Laia da Mata Fujita  
Elaine Rossi Ribeiro  
Gustavo Justo Schulz

Instituto de Ensino e Pesquisa da Fundação  
Estatual de Atenção Especializada em Saúde de  
Curitiba – IEP/FEAES.  
Eixo Temático: Educação Permanente.



## INTRODUÇÃO

Objetivou-se neste trabalho relatar a experiência do uso da Problematização no curso de capacitação sobre cultura organizacional de excelência para o atendimento ao cidadão. Trata-se de uma metodologia ativa inovadora, que valoriza a troca de saberes e experiências, com enfoque na realidade social.

## DESENVOLVIMENTO

Trata-se de relato da experiência. O curso foi desenvolvido, junto a 41 colaboradores administrativos atuantes nas recepções das unidades da Feaes, entre os meses de junho e julho do ano de 2014. Foi realizada uma revisão de literatura para fundamentar este trabalho.

Relato da experiência:

- Desenvolvimento do Curso de Capacitação;
- Aprendendo Sobre Cultura Organizacional de Excelência para o Atendimento ao Cidadão;
- Resultados do Uso da Problematização no Curso.

## CONCLUSÃO

Na experiência aqui relatada, verificou-se o quanto a Problematização possibilita olhar para a realidade de forma crítica-reflexiva e sensibilizar os indivíduos para aprenderem a partir dela. A estratégia possui grande potencial para atender às atuais demandas da Educação Permanente, apreendendo as experiências dos trabalhadores, buscando compreender, refletir e transformar a realidade, a partir da construção coletiva de conhecimento, norteadas pelo contexto social.

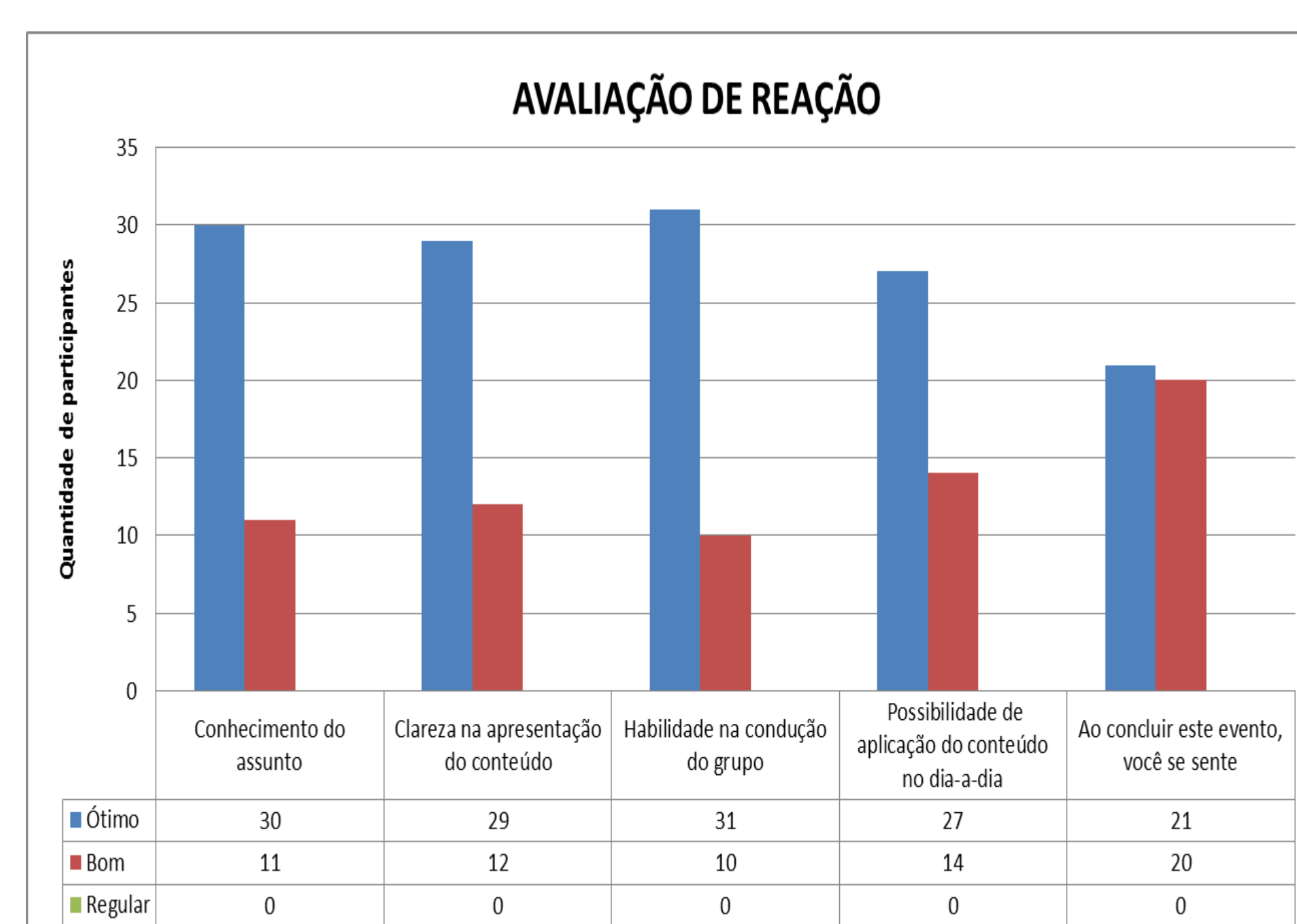
## REFERÊNCIAS

BORDENAVE, Juan Díaz; PEREIRA, Adair Martins. *A estratégia de ensino aprendizagem*. 26 ed. Petrópolis: Vozes, 2005.

FILATRO, Andrea; PICONEZ, Stela Conceição Bertholo. *Design instrucional contextualizado*. Associação Brasileira de Educação à Distância: ABED, 2004. Disponível em: <http://www.abed.org.br/congresso2004/por/htm/049-tc-b2.htm>. Acesso em: 28 out. 2014.

| EDUCAÇÃO PERMANENTE - IEP                                                                                                           |                                                                     |                                                                     |                                                                                      |                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| DESENHO INSTRUCIONAL PARA DESENVOLVIMENTO DE CAPACITAÇÃO                                                                            |                                                                     |                                                                     |                                                                                      |                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                            |
| FEAES ( )                                                                                                                           | HIZA ( )                                                            | CAPS ( )                                                            | SAD ( )                                                                              | UPA ( )                                                                                                    | CMCBN ( ) IEP ( )                                                                                                                                                                                          |
| Título da atividade:                                                                                                                |                                                                     |                                                                     |                                                                                      |                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                            |
| Facilitador responsável:                                                                                                            |                                                                     |                                                                     |                                                                                      |                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                            |
| Data:                                                                                                                               |                                                                     |                                                                     |                                                                                      |                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                            |
| OBJETIVOS                                                                                                                           | PÚBLICO ALVO                                                        | ATIVIDADE                                                           | DURAÇÃO E PERÍODO                                                                    | CONTEÚDO                                                                                                   | FERRAMENTAS                                                                                                                                                                                                |
| (o que se deseja alcançar com a atividade proposta, deve iniciar com um verbo de ação)                                              | (são os recursos humanos envolvidos. Anexar escala do público alvo) | (breve histórico do que se trata a atividade e seu desenvolvimento) | (número de horas necessárias para a aplicação da atividade proposta para cada turma) | (informar endereço da web/links de arquivos, quaisquer conteúdo este envolvido. Anexar material utilizado) | (informar todos os recursos e materiais utilizados)<br>( ) sala de aula<br>( ) auditório<br>( ) caneta<br>( ) vídeo<br>( ) data-show<br>( ) papel sulfite<br>( ) flip chart<br>( ) prancheta<br>( ) outros |
| AVALIAÇÃO                                                                                                                           |                                                                     |                                                                     |                                                                                      |                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                            |
| (informar como será realizada a avaliação da atividade proposta)<br>( ) Pré e pós teste<br>( ) Prática<br>( ) Teórica<br>( ) outros |                                                                     |                                                                     |                                                                                      |                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                            |

ASS. SOLICITANTE ASS. COORD. EDUCAÇÃO PERMANENTE ASS. FACILITADOR RESPONSÁVEL



# EXPERIÊNCIA DE UM GRUPO DE ESTUDOS E PESQUISA EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA

Júnia Aparecida Laia da Mata Fujita  
Priscila de Lima Nascimento  
Elaine Ribeiro Rossi  
Gustavo Justo Schulz

Instituto de Ensino e Pesquisa da Fundação  
Estatual de Atenção Especializada em Saúde de  
Curitiba – IEP/FEAES.  
Eixo Temático: Integração Ensino e Serviço.



## INTRODUÇÃO

Relato da experiência da criação e condução de um grupo de pesquisa em uma maternidade pública de Curitiba. O mesmo é denominado: Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde da Mulher e do Recém-nascido – GEPESM. Foi implantado em fevereiro de 2014. Mantêm-se sob a liderança de duas Enfermeiras e desenvolve reuniões mensais.

## DESENVOLVIMENTO

O GEPESM, integrado ao Instituto de Ensino e Pesquisa da FEAES, objetiva: 1- refletir e discutir sobre questões relacionadas à saúde da mulher e do recém-nascido, enfocando o cuidado integral e humanizado; 2- debater sobre as práticas de atenção à saúde realizadas na instituição a fim de construir e garantir um modelo de cuidado de qualidade e humanizado; 3- desenvolver estudos científicos com enfoque no cuidado integral à mulher e ao recém-nascido, nas abordagens quantitativa e qualitativa, que possam gerar evidências para a prática profissional; 4- divulgar as produções desenvolvidas no grupo. Conta com a participação de diferentes profissionais da instituição.

Até o momento, foram realizadas discussões e reflexões sobre: a importância da produção científica para a prática de saúde, redação científica<sup>1</sup>, participação em eventos, grupos de pesquisa em saúde e prática baseada em evidências<sup>2</sup>.

## CONCLUSÃO

O GEPESM têm contado com a participação de residentes de Enfermagem Obstétrica e de diferentes profissionais. Apesar da sensibilização realizada pela liderança do grupo, há baixa adesão dos colaboradores. Já possui um projeto, desenvolvido pelas enfermeiras líderes do grupo, denominado: “*Conhecer Mais*”, que tem o intuito de promover e oportunizar a leitura científica aos profissionais da maternidade, por meio de uma biblioteca itinerante, constituída de artigos científicos sobre os temas: prática baseada em evidências, pesquisa científica e saúde da mulher e do recém-nascido.

## REFERÊNCIAS

VOLPATO, G. L. Como escrever um artigo científico. Anais da Academia Pernambucana de Ciência Agronômica, v. 4, p. 97-115, 2007.

GALVÃO, C. M; SAWADA, N. O. Prática Baseada em Evidências: estratégias para sua implementação na enfermagem. Rev Bras Enferm, Brasília, v. 56, n. 1, p. 57-60, 2003.



# AÇÃO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA EM UM AÇOUGUE

Autor principal/relator: Lucimara Batista Prox

Local de Trabalho: DSMZ  
Eixo Temático: Vigilância Sanitária



## INTRODUÇÃO

A inspeção no açougue se deu por conta de uma denúncia através da central 156 sobre esgoto aberto no açougue.

## DESENVOLVIMENTO

No momento da inspeção foi verificada a procedência da denúncia. Condições higiênicossanitárias precárias, com câmara fria apresentando mofo nas paredes, forro com pintura descascando e suporte de ganchos e porta enferrujados, resíduos de carne na serra fita, além da ferrugem, banheiro de funcionários sem trinco na porta, ausência de assento no vaso sanitário, azulejos quebrados, entre outras irregularidades. Diante da situação, o estabelecimento foi autuado e interditado.

Conforme a Lei Municipal 9000/96, o estabelecimento tem 15 dias para apresentar defesa administrativa. É instituído um Processo Administrativo Sanitário que o técnico da vigilância sanitária do município instrui com relatório técnico, pesquisa de antecedentes do infrator e provas das infrações (geralmente são utilizadas fotos), além da defesa administrativa do infrator. Este processo é julgado em primeira instância pela chefia imediata e pode resultar em advertência escrita ou multa conforme gravidade da infração.

No caso da interdição, o estabelecimento deve solicitar autorização para abertura de lacre para fazer as adequações necessárias. Depois de feitas as adequações, o infrator solicita nova inspeção pela vigilância sanitária que avaliará o local e poderá lavrar o Termo de Desinterdição, liberando o estabelecimento para funcionamento novamente.

Dez dias depois, o estabelecimento solicitou a desinterdição, o que foi prontamente concedido, pois melhorou em todos os aspectos, como pode ser observado nas fotos.

## CONCLUSÃO

Uma vez interditado um estabelecimento, significa que o mesmo esteve inadequado, com riscos à saúde do consumidor. Mas se foi desinterditado, isso significa que realizou as adequações necessárias e que o consumo pode ser exercido sem medo porque já atende as legislações sanitárias vigentes.

## REFERÊNCIAS

CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde. Lei Municipal nº 9000 de 27 de dezembro de 1996. Institui o Código de Saúde de Curitiba, dispõe sobre a proteção à saúde no âmbito do Município e dá outras providências. Diário Oficial Atos do Município de Curitiba, 31 de dezembro de 1996.



**ANTES:** câmara fria com forro descascando, suporte de ganchos enferrujado, paredes mofadas, porta da câmara enferrujada e com parte em madeira, serra fita enferrujada e suja, porta sem trinco e vaso sem assento no banheiro de funcionários, tanque com azulejos quebrados, esgoto aberto (sob caixa de madeira), interdição de estabelecimento.



**DEPOIS:** câmara fria nova e limpa, realizada manutenção em serra fita, banheiro de funcionários com trinco e vaso sanitário com assento e tampa, esgoto foi isolado e ralo arrumado para escoar corretamente.

# VERIFICAÇÃO DA SITUAÇÃO CADASTRAL DE ESTABELECIMENTOS DIVULGADOS NA VEJA CURITIBA COMER&BEBER 2012/2013, PERANTE A VISA/CURITIBA – LICENÇA SANITÁRIA VIGENTE OU NÃO

Autor principal/relator: Lucimara Batista Prox  
\* trabalho apresentado no VI SIMBRAVISA (2013)

Local de Trabalho: DSMZ  
Eixo Temático: Vigilância Sanitária



## INTRODUÇÃO

Foram analisados os estabelecimentos indicados pela Veja Comer&Beber quanto a sua regularização perante a Vigilância Sanitária de modo a verificar a atuação deste serviço em Curitiba. A pesquisa foi feita utilizando o Sistema Municipal de Informação em Vigilância Sanitária e Ambiental – SIMIVISA, de maneira que também se possa avaliar o desempenho deste sistema.

## DESENVOLVIMENTO

Foram listados todos os estabelecimentos divulgados na revista Veja Comer&Beber 2012/2013 que comercializam alimentos. A revista fornece o nome Fantasia, endereço e telefone de contato dos estabelecimentos divulgados, os quais totalizaram 924. De posse destes dados foi consultado no SIMIVISA, entre os dias 21/01/13 e 25/01/13, quais possuem Licença Sanitária vigente.

No momento da consulta, foram encontradas várias dificuldades, tais como Nome Fantasia escrito errado no SIMIVISA, com letras duplicadas ou palavra parecida; endereço registrado no sistema com o número errado, estabelecimentos de esquina, cuja rua divulgada na revista é perpendicular à rua registrada no SIMIVISA, ausência do registro no sistema do Nome Fantasia da empresa, sendo repetida a Razão Social, registros duplicados do mesmo estabelecimento. Destes estabelecimentos, foram considerados aqueles que são conhecidos pela pesquisadora e que puderam ter seus registros encontrados no sistema.

Dos 924 estabelecimentos pesquisados, foram encontrados 313 com Licença Sanitária vigente, 443 sem Licença Sanitária vigente e 4 estabelecimentos cujas atividades foram encerradas. Sobraram 164 estabelecimentos, dos quais não foram encontrados registros no SIMIVISA.

Especula-se que os estabelecimentos cujos registros não foram encontrados são novos, ou que tanto o Nome Fantasia quanto o endereço que está registrado no SIMIVISA estão diferentes daqueles divulgados na revista, ou que a Vigilância Sanitária nunca fez inspeção no local.

Os estabelecimentos sem Licença Sanitária vigente foram pesquisados mais a fundo, verificando quais possuem protocolo de solicitação ou renovação de Licença Sanitária e quais não possuem protocolo. Dos 443 estabelecimentos que não possuem Licença Sanitária vigente, 203 já entraram com o processo de solicitação de Licença Sanitária, sendo que 103 deles já tiveram alguma inspeção e 100 estão em estágio inicial, aguardando inspeção pela equipe da Vigilância Sanitária.

Os 240 estabelecimentos restantes sem Licença Sanitária vigente não deram entrada ao processo de solicitação de Licença Sanitária. O que significa que tais estabelecimentos não tiveram inspeção pela equipe da Vigilância Sanitária ao menos no último ano. Isso pode significar um risco sanitário caso o estabelecimento não siga as normas sanitárias vigentes.

## CONCLUSÃO

Existe a necessidade de uma busca ativa aos estabelecimentos que manipulam alimentos pela equipe da Vigilância Sanitária. O SIMIVISA é uma ferramenta importante para informação sobre o histórico dos estabelecimentos de interesse para a Vigilância Sanitária, no entanto as estratégias de intervenção não devem ser baseadas somente em seus dados, posto que não contempla todos os estabelecimentos existentes no município. É imperativo que seja realizado um cadastro correto dos estabelecimentos, não só conferindo Razão Social e CNPJ, como também Nome Fantasia e endereço correto.

## REFERÊNCIAS

CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde. Lei Municipal nº 9000 de 27 de dezembro de 1996. Institui o Código de Saúde de Curitiba, dispõe sobre a proteção à saúde no âmbito do Município e dá outras providências. Diário Oficial Atos do Município de Curitiba, 31 de dezembro de 1996.  
MARUITI, C. K.; REGO, A. M. B. SIMIVISA – A Informação ao Alcance da Vigilância Sanitária e Ambiental. Fórum de Vigilância Sanitária – ANVISA p.448 Brasília, 2009.

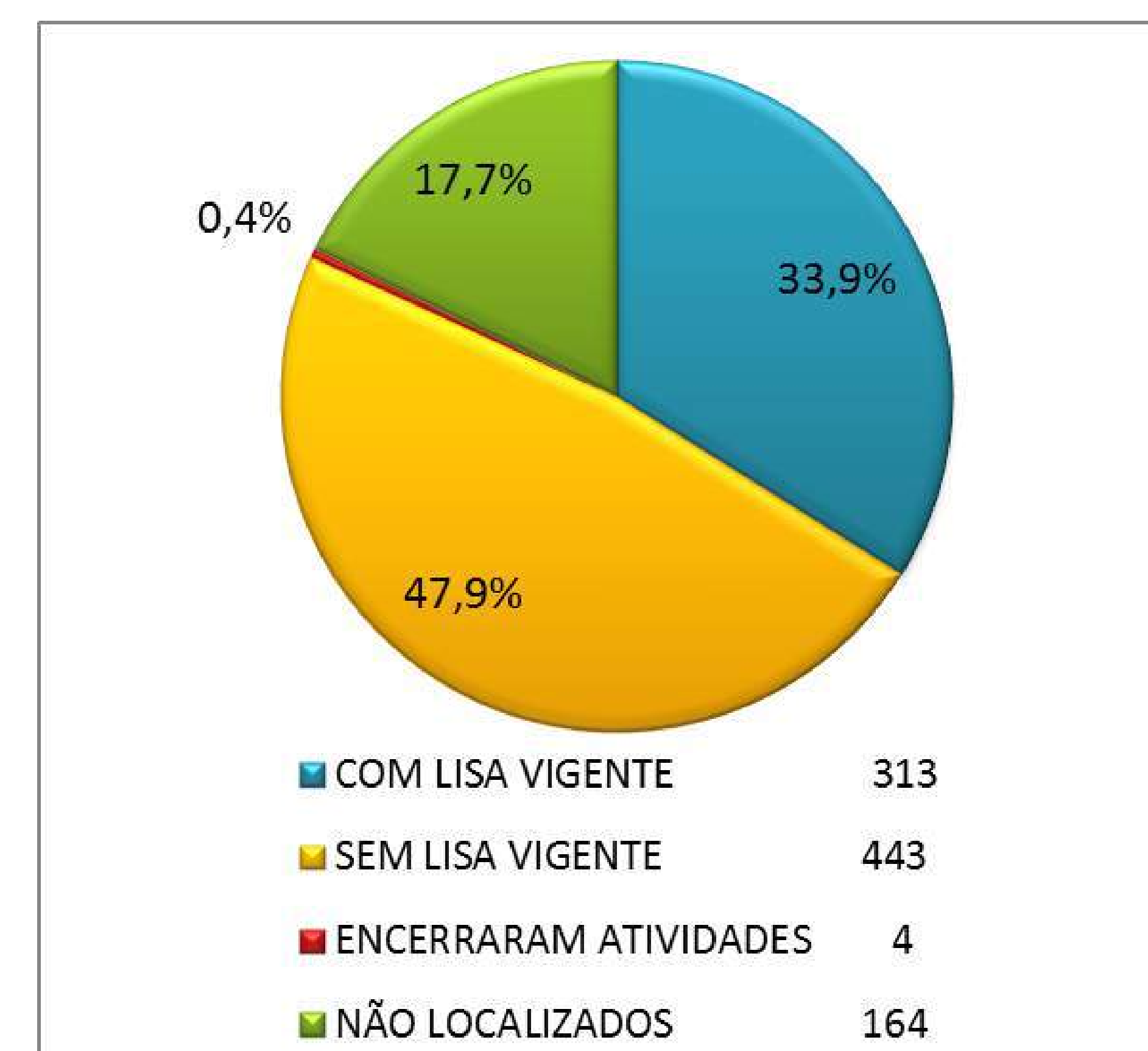


Gráfico 1: porcentagem dentre os 924 estabelecimentos listados na Veja Comer&Beber pesquisados no SIMIVISA quanto a Licença Sanitária (LISA).



Gráfico 2: porcentagem dentre os 443 estabelecimentos listados na Veja Comer&Beber que não têm Licença Sanitária quanto ao protocolo de renovação da mesma e inspeção realizada.

# ESTUDO PRELIMINAR DA OCORRÊNCIA DA ESPÉCIE *Aedes (Stegomyia) albopictus* (Skuse) NO DISTRITO SANITÁRIO PORTÃO, MUNICÍPIO DE CURITIBA, PARANÁ, BRASIL

Autor principal/relator: Elydia Paulina Campanholo Busetti

Local de Trabalho: Centro de Saúde Ambiental/Coordenação de Vigilância em Saúde Ambiental  
Eixo Temático: Vigilância Ambiental



## INTRODUÇÃO

O município de Curitiba não apresenta transmissão local de Dengue (casos autóctones), mas isso não exime a população de estar suscetível aos tipos de vírus que circulam no país. O *Aedes albopictus* por ter maior valência ecológica do que o *Aedes aegypti*, possui maior amplitude de distribuição e maior capacidade de adaptação a diferentes ambientes e situações (SOARES et.al, 2008). Este fato deve estar favorecendo o aumento da infestação desta espécie, em especial no Distrito Sanitário Portão. Para explicar este aumento da espécie nesta localidade foi relacionado o número de focos com fatores ambientais do Distrito Sanitário Portão e fatores climáticos de Curitiba.

## DESENVOLVIMENTO

A empresa Saneamento Ambiental Urbano (SAU) é executora do controle da Dengue em Curitiba e utiliza a metodologia do Ministério da Saúde (BRASIL, 2001 e 2009). Para avaliar a ocorrência do *Aedes albopictus* no Distrito Sanitário do Portão foram utilizados os dados de controle vetorial do ano de 2013. O número de focos foi relacionado com as condições ambientais do Distrito Sanitário Portão (Figura 1) e com os dados climáticos de Curitiba (Banco de Dados Meteorológicos (PROTIM./CPTEC/INPE)). O Distrito Sanitário Portão é o menor em extensão territorial e com o maior número de imóveis e de pessoas da cidade. A análise por tipo de imóvel mostrou que as residências (Gráfico 1) foram mais visitadas pela espécie por ser o tipo de imóvel predominante na área e com elevada oferta de criadouros artificiais situados no peridomicílio. O Novo Mundo foi o bairro com o maior número de focos e que preferencialmente foram encontrados nas residências (Gráfico 2). A precipitação acumulada não demonstrou ter relação direta com a espécie sugerindo que este evento meteorológico pode ser melhor entendido se for estudado considerando a sazonalidade das chuvas. A temperatura teve relação direta com o maior número de focos encontrados confirmando que em meses mais quentes sua ocorrência é favorecida (Gráfico 3).

## CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES

A presença do *Aedes albopictus* no Distrito Sanitário Portão pode ser reforçada pela evidência da sua ampla valência ecológica, da sua facilidade de adaptabilidade e amplitude de distribuição. Desta forma, recomenda-se que: 1 - monitorar e controlar o *Aedes albopictus* através de metodologia própria, pois seu comportamento difere, em muitos aspectos, do *Aedes aegypti*; 2 - intensificar a remoção mecânica de recipientes nos meses mais frios e menos chuvosos, e 3 - integrar informações geográficas, climáticas, epidemiológicas, entomológicas e socioambientais na definição do diagnóstico situacional dos Distritos Sanitários para orientar as estratégias de controle segundo as especificidades destas localidades que compõe o município.

## REFERÊNCIAS

- BRASIL. Dengue: Instruções para pessoal de combate ao vetor: **Manual de Normas Técnicas**. 3.ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Diretrizes nacionais para prevenção e controle de epidemias de dengue**. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Brasília, 2009.
- BRASIL. Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação. **Centro de Previsão de Tempo e Estudos Climáticos/Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais**. Banco de Dados PROTIM. Disponível em: <http://www.cptec.inpe.br>. Acesso em 2 out. 2013.
- SOARES, V.A R.C; RODRIGUES, W C; CABRAL, M M O. **Estudos de áreas e depósitos preferenciais de Aedes albopictus** (Skuse, 1894) e *Aedes aegypti* (Linnaeus, 1762) no município de Paracambi – Rio de Janeiro, Brasil. *EntomoBrasilis*, 1(3), p.63-68, 2008. Disponível em: <http://www.periodico.ebras.bio.br>.

**Figura 1** - Mapa das Regiões Administrativas de Curitiba e Bairros

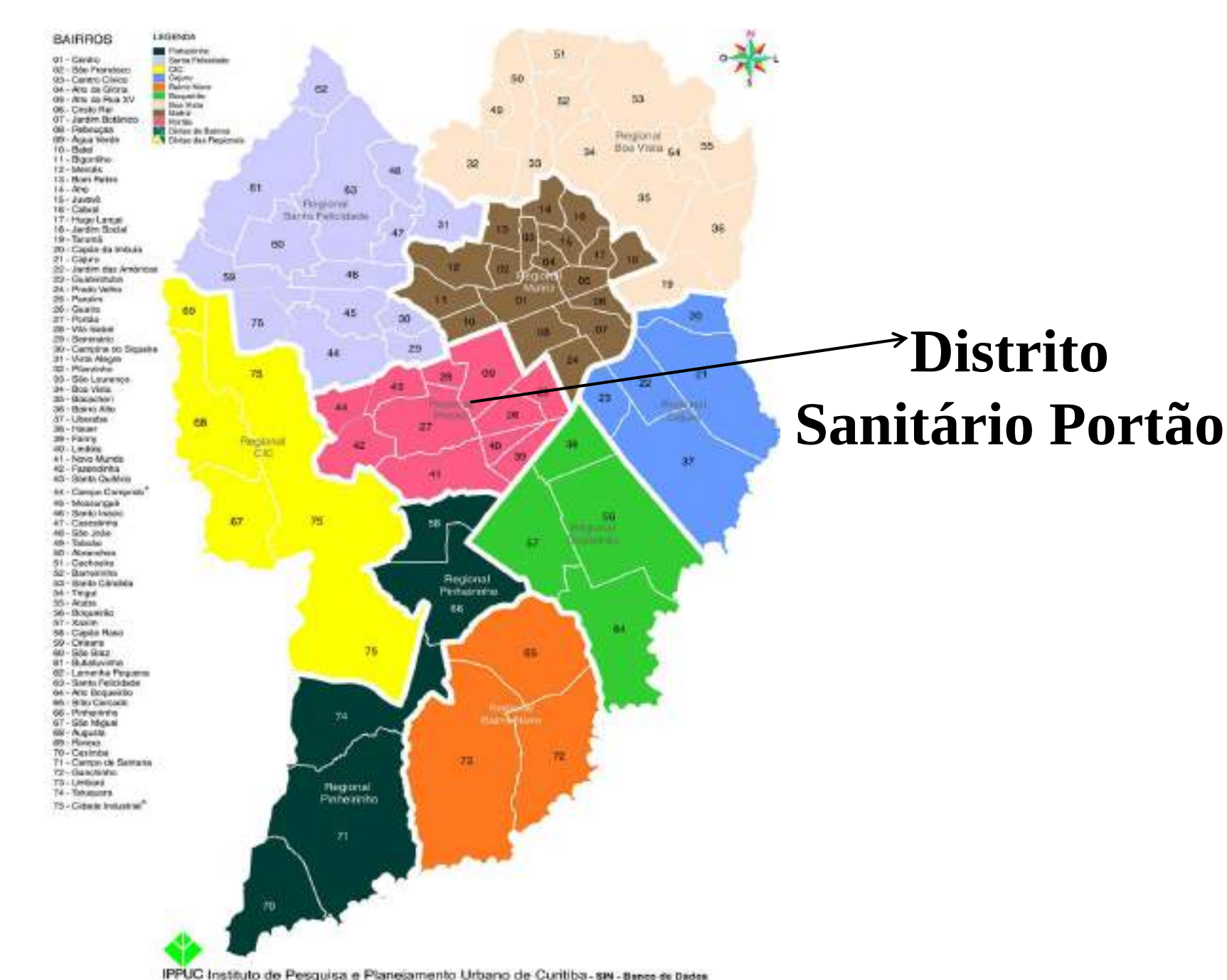
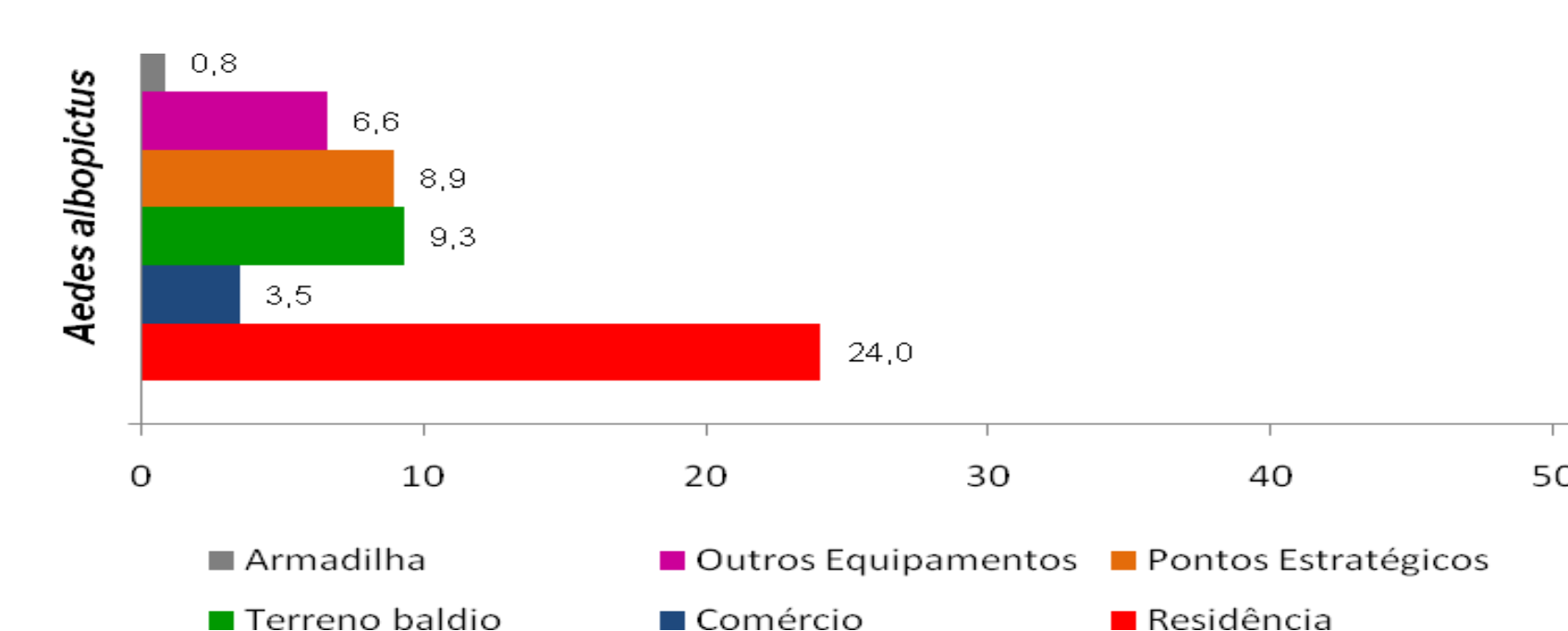
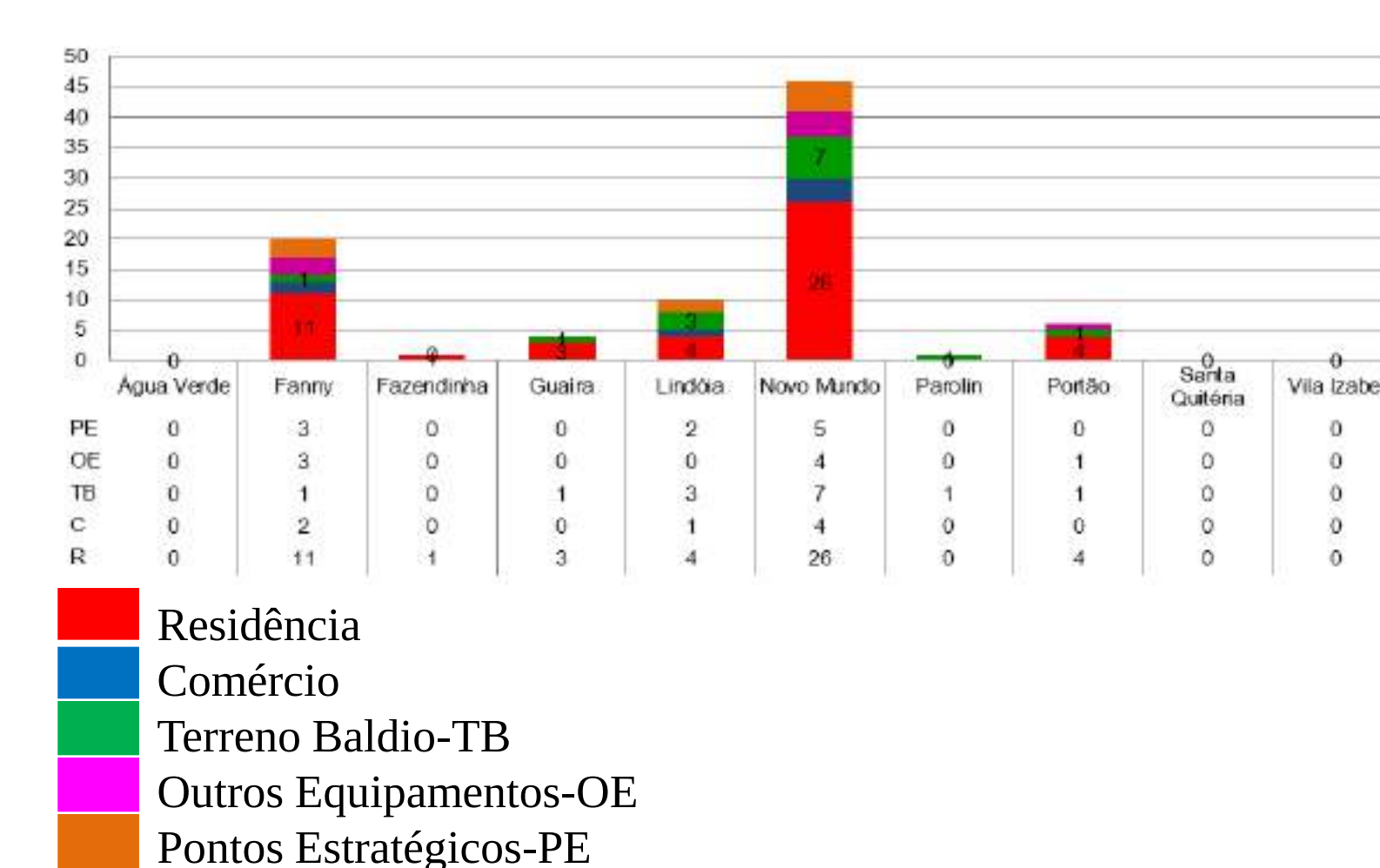


**Gráfico 1** – Ocorrência da espécie *Aedes albopictus* (%), por tipo de imóvel, Distrito Sanitário Portão, 2013



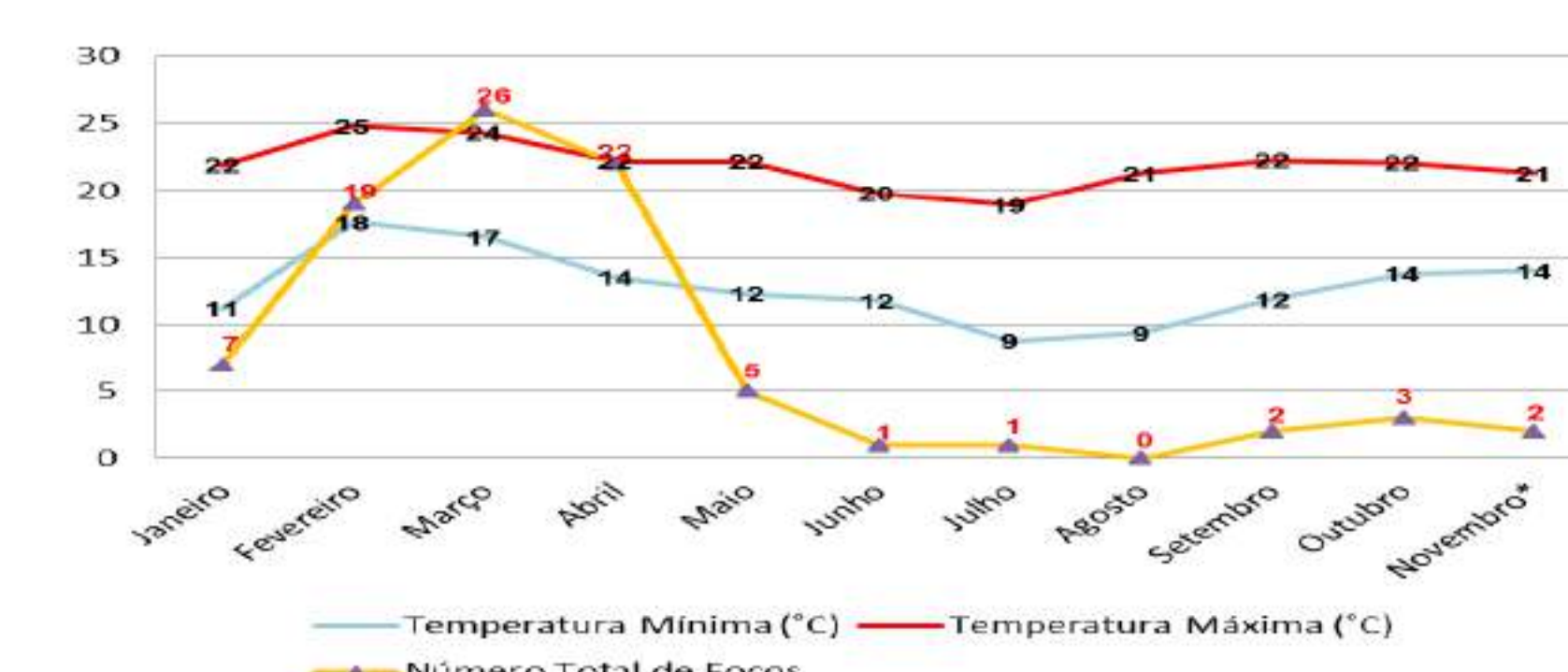
FONTE: SMS-PMCD/SAU

**Gráfico 2** – Número de focos de *Aedes albopictus*, por tipo de imóvel, por bairro, 2013



FONTE: SMS-PMCD/SAU

**Gráfico 3** – Média mensal das temperaturas (°C) e o número de focos de *Aedes albopictus*, 2013



FONTE: SMS-PMCD/SAL e CPTEC/PROTIM

# A GESTÃO DA QUALIDADE SOB A ÓTICA DO PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA – PMAQ – AB

Autora: Monique Boese –  
mboese@sms.curitiba.pr.gov.br  
Orientadora: Profª Drª Aida Maris Perez

Eixo temático: Gestão da Qualidade



## INTRODUÇÃO

Com a implantação do Sistema Único de Saúde – mais precisamente com a municipalização – os gestores locais anseiam por instrumentos capazes de auxiliá-los a avaliar o sistema de saúde de maneira orientada. Implementar e avaliar a qualidade em organizações de saúde exige que padrões sejam estabelecidos, de forma que a qualidade se torne mensurável. Assim, foram criados programas que padronizam estruturas e processos e propiciam acreditação dos serviços de saúde, funcionando como um modelo de prestação de serviços. Neste vertente o MS criou o PMAQ - AB, servindo aos propósitos de criar um padrão de qualidade comparável nos níveis nacional, regionais e locais. A determinação da escolha do programa para acreditação depende do perfil, posicionamento estratégico, missão, visão e valores de cada instituição, sendo o PMAQ a ferramenta mais adequada a realidade da atenção básica em nosso país. Para avaliar a qualidade é necessário atender as expectativas do instrumento avaliador, aperfeiçoando o atendimento, estabelecendo etapas a serem realizadas para que os resultados desejados sejam alcançados. Assim, o objetivo do trabalho é construir um manual de apoio que permita a implantação da gestão de qualidade tendo como base os princípios do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica – PMAQ-AB.

## DESENVOLVIMENTO

Para o desenvolvimento da proposta de melhoria, optou-se pela utilização de dois instrumentos gerenciais para o planejamento e acompanhamento das etapas e prazos contidos no programa, o 5W2H e o ciclo PDCA. Ao utilizá-los descrevemos as etapas subsequentes deste trabalho, (plano implantação, recursos, resultados esperados, riscos ou problemas e medidas preventivo-corretivas), as quais estão compreendidas na elaboração das planilhas de acordo com os instrumentos supra citados, que aqui descreveremos em etapas, resumidamente.

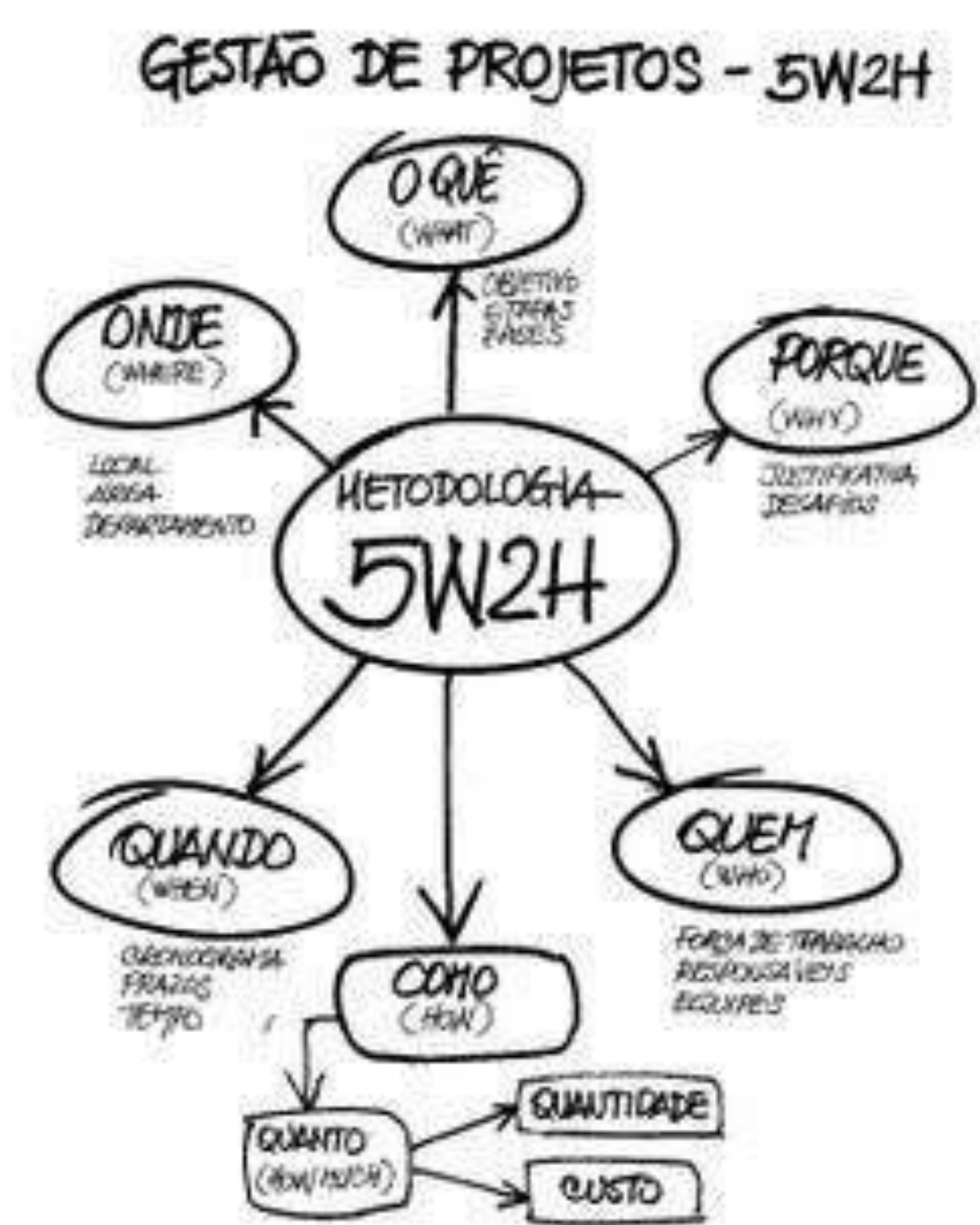
- Etapa 1: Reconhecimento - Basear as informações de entrada no sistema de qualidade, sob a ótica das quais será concebido.
- Etapa 2: Capacitação da alta administração. Identificar as metodologias e ferramentas da gestão da qualidade que poderão formar um elenco de opções.
- Etapa 3: Identificação do sistema produtivo. Identificar como são transformadas as informações e mapear os processos necessários para fornecer o cuidado ao paciente.
- Etapa 4: Sensibilizar 100% dos profissionais da unidade de saúde.
- Etapa 5: Assinatura termo responsabilidade - Primeira etapa do PMAQ – AB: adesão e contratualização.
- Etapa 6: Implantação dos conceitos do 5S.
- Etapa 7: Avaliação do sistema, para a garantia da manutenção da proposta inicial. - Segunda etapa do PMAQ – AB, desenvolvimento.
- Etapa 8: Estruturação do processo: auditorias - Terceira etapa do PMAQ – AB, avaliação externa.
- Etapa 9: Registro dos dados para complementar a estrutura do processo.
- Etapa 10: Levantamento de metas e pactuação de melhorias.- Quarta etapa do PMAQ – AB, recontratualização.
- Etapa 11: Controle e averiguação dos resultados.

## CONCLUSÃO

Diante dos problemas, devemos buscar mais eficiência que, de preferência, esteja acompanhada de mais qualidade e segurança no cuidado aos pacientes e usuários de serviços, sendo a qualidade um dos focos permanentes da gestão, em uma perspectiva de melhoria continua. A obtenção de resultados em curto prazo, embora comuns durante a aplicação do processo, não devem ser a preocupação da organização, deve-se vislumbrar sempre o melhor possível diante das condições apresentadas e a melhoria das mesmas vislumbrando um padrão de excelência. Para as equipes locais, a implantação do programa serve como modelo de discussão e reflexão crítica do trabalho e possibilita a identificação de necessidades e mudanças, mas para tanto se faz necessário um conjunto de investimentos que consolidem um processo socialmente pactuado a médio e longo prazo envolvendo as três esferas da gestão. Neste momento em que vivemos em nosso país, e principalmente em nosso município, onde a APS volta a ser foco de atenções e investimentos, a diversificação e aperfeiçoamento de estratégias de gestão e melhoria da qualidade dos serviços ofertados, podem ser o impulso para as mudanças necessárias para a efetivação, em fim, dos princípios e diretrizes de nosso SUS, resultando em praticas de atenção mais responsivas e inclusivas.

## REFERÊNCIAS

- 1.LUONGO, J. Gestão da qualidade em saúde. 1 ed. São Paulo: Ridel, 2011.
- 2.BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde mais perto de você – Acesso e qualidade programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica – PMAQ. Manual instrutivo. Brasília: Distrito Federal; 2012.
- 3.ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. Manual brasileiro de acreditação I. Brasília, 2010



## Ciclo PDCA



| O QUE?                                                                                                                                              | POR QUE?                                                                                                                                                                                                                                                    | COMO?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | QUEM?                                                                 | ONDE?                       | QUANDO?                                                                                               | QUANTO?                                                                  | ANALISE CRÍTICA | FASE PDCA |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-----------------|-----------|
| Reconhecimento ou primeiros contatos – fase zero<br>Basear as informações de entrada no sistema de qualidade, sob a ótica das quais será concebido. | Deve – se buscar a maior quantidade possível de informações sobre o tema. Para que o conceito de qualidade, a filosofia do instituto, aos objetivos e processos para adquirir a qualidade seja passado de forma similar em todas as unidades participantes. | Deve haver uma preparação, através da homogeneização de conhecimentos para todos aqueles considerados vitais para o sucesso da implementação.<br>Superar a elaboração de palestras, seminários e estudos de caso, a fim de que, todos os responsáveis uniformizem a linguagem e conceitos;<br>- Aprofundar os conhecimentos acerca da metodologia do instrumento avaliador a ser utilizado, neste caso o PMAQ-AB;<br>- Treinar e aprofundar os conhecimentos acerca da implantação dos SS. | Secretário de saúde; Gerentes de distrito; Coordenadores de unidades. | Sala de atos Parque Baquij. | A ser definido quando da implantação do projeto. Sugerido: prazo de 3 meses com encontros quinzenais. | Sem custo (utilizam-se os recursos disponíveis na prefeitura municipal). | Planejado       | PLA       |

# ESPAÇO MAMÃE E BEBÊ

Autor principal: Suelen do C. dos Anjos Scarabotto  
Colaboradores: Marilis J. Natal / Equipe da US Ipiranga

Local de Trabalho: Unidade de Saúde Ipiranga  
Eixo Temático: Redes de Atenção – Linhas do Cuidado (Gestante)



## INTRODUÇÃO

A construção do Espaço Mamãe Bebê, réplica de um quarto de bebê, teve como objetivo propiciar um espaço adequado e confortável para o aconselhamento no aleitamento materno, realização de oficinas para gestantes e também para enfatizar à gestante e puérpera a importância do acompanhamento do profissional de saúde.

## DESENVOLVIMENTO

A construção do Espaço contou com a participação de funcionários e comunidade. O projeto teve início a partir da sensibilização dos profissionais, que sentiram a necessidade de ter um espaço calmo, tranquilo e confortável, destinado à orientação das gestantes e puérperas. A partir desta sensibilização, foram realizados contatos com empresas e empresários, bem como com a comunidade, os quais também se sensibilizaram com a causa e fizeram doações para a elaboração do espaço e brindes para as Oficinas de Gestante.

Os profissionais organizaram o espaço como a réplica de um quarto de bebê, propiciando um ambiente sereno, em especial para a amamentação.

Na inauguração, as nossas gestantes foram acolhidas com um café da manhã, participaram de uma roda de conversa sobre a importância do aleitamento materno e para finalizar tivemos um chá de bebê em que todas receberam brindes.

## CONCLUSÃO

Existe em nosso dia a dia a preocupação com a humanização e acolhimento dos usuários, a qual implica em transformações, inclusive no modo de ver o usuário. Vivenciar esta realidade de humanização vai muito além de proporcionar um ambiente adequado, mas acreditamos que nossa preocupação em proporcionar o bem estar e um ambiente que não seja “improvisado” reflete positivamente na recepção do usuário, levando ao estreitamento das relações e proporcionando a melhoria no atendimento e acolhimento.

Com o Espaço Mamãe Bebê obtivemos experiências positivas nas orientações, bem como maior privacidade tanto para o profissional quanto para a usuária do serviço, as quais têm se demonstrado bastante satisfeitas com o Espaço Mamãe Bebê.



# A CONTRIBUIÇÃO DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA PARA A CONSTRUÇÃO DO SUS E CONSOLIDAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM CURITIBA

Autor principal: Jéssica Oliveira de Lima  
Colaboradora: Ivete Kwasnei

Local de Trabalho: Unidade de Saúde Concórdia e Rio Bonito (DSPN)  
Eixo Temático: Integração Ensino/Serviço



## INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) surgiu com o objetivo de inovar a prática assistencial que predominava no país, remodelando a atenção primária através de uma nova maneira de trabalhar a saúde, colocando a família e a comunidade no centro de atenção da equipe de saúde (ROSA & LABATE, 2005). O trabalho em equipes multiprofissionais se tornou um dos principais instrumentos de intervenção para atingir a integralidade nas práticas dispensadas às famílias (SANTOS & CUTOLO, 2003). Historicamente, trabalhar de forma multiprofissional sempre foi um desafio que os profissionais que se encontram na saúde pública enfrentam, tendo em vista que o atendimento à saúde por longos anos se caracterizou de forma curativa e imediatista, centrado na figura de um único profissional. Dessa maneira, baseada na residência médica, o Ministério da Saúde, em 2002, criou a Residência Multiprofissional em Saúde (RMS), tendo como objetivo a construção da multidisciplinariedade através da valorização da estratégia pedagógica, com foco na qualidade do processo de aprendizagem dos residentes inseridos nos serviços, aproximando o ensino da gestão. Constitui-se uma modalidade de pós-graduação lato sensu, que se concretiza através de uma vivência prática nos serviços de saúde (BRASIL, 2006).

## DESENVOLVIMENTO

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família em Curitiba iniciou-se em 2014, possuindo como instituição proponente e executora a Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, e como instituição formadora a Faculdade Pequeno Príncipe. As áreas profissionais que são contempladas no programa são: Enfermagem (10 vagas), Odontologia (2 vagas), Fisioterapia (2 vagas), Psicologia (2 vagas), Nutrição (2 vagas) e Farmácia (2 vagas), totalizando a oferta de 20 vagas para o programa.

A seleção dos candidatos ocorreu em 2014, dividida em 2 etapas, através de um processo seletivo que abrangeu a aplicação de uma prova teórico-objetiva, de caráter eliminatório, e após, uma entrevista com análise do currículo dos classificados na primeira etapa do processo.

As atividades práticas dos residentes iniciaram em Março de 2014, sendo que o critério para a divisão dos locais de prática de campo foi o local de lotação dos preceptores das 6 áreas profissionais envolvidas no programa. Atualmente, os residentes encontram-se em 6 distritos sanitários diferentes (Boa Vista, CIC, Pinheirinho, Bairro Novo, Cajuru e Matriz), desempenhando suas atividades dentro das Equipes Saúde da Família e Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

De acordo com a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), a residência se caracteriza como treinamento em serviço sob supervisão de profissionais habilitados, devendo o residente executar a prática de campo com dedicação exclusiva, não sendo permitido assumir qualquer vínculo empregatício durante o programa. A carga horária que a CNRMS descreve é de 60 horas semanais, sendo que, recentemente, através da resolução nº 5 publicada no Diário Oficial União em 15 de Novembro de 2014, foi definido que a carga horária total deve ser dividida em 80% (oitenta por cento) sob a forma de estratégias educacionais práticas e teórico-práticas, com garantia das ações de integração, educação, gestão, atenção e participação social e 20% (vinte por cento) sob forma de estratégias educacionais teóricas.

A inserção dos residentes nas unidades pertencentes à Estratégia Saúde da Família possibilita um riquíssimo aprendizado, pois permite a integração da prática com os saberes teóricos, tendo em vista que estes participam ativamente das atividades das equipes de saúde da família, com os atendimentos individuais e em grupos, visitas domiciliares, treinamentos e capacitações, envolvimento com a gestão e ensino, quando participam das discussões de categorias e acompanham alunos das graduações e pós-graduações, além de possuírem acesso ao sistema de prontuário eletrônico da rede, permitindo que seus atendimentos internos e externos sejam registrados, tornando-os integrantes do processo de trabalho na rede municipal de saúde.

A maior contribuição do programa de residência multiprofissional para a consolidação da estratégia em Curitiba é a possibilidade de formar profissionais comprometidos com os princípios do SUS, capazes de desempenhar suas atividades profissionais de forma interdisciplinar, respeitando acima de tudo os usuários que utilizam os serviços, e fortalecendo assim as equipes de saúde da família no município.

Como qualquer programa de residência multiprofissional que se encontra em processo de construção na sua existência, algumas foram as fragilidades enfrentadas ao decorrer do primeiro ano do programa, como a falta de conhecimento das equipes em relação ao papel do residente dentro da ESF, a base teórica para o desempenho da prática clínica, a clareza no processo avaliativo e a participação dos preceptores na formação dos residentes foram as situações mais discutidas pelos residentes.

## CONCLUSÕES

Ao finalizar o primeiro ano do programa de residência multiprofissional em Saúde da Família, é perceptível a evolução dos residentes a respeito dos conhecimentos necessários para atuar com a promoção da saúde e a prevenção nas equipes onde estão inseridos. Dessa forma, se confirma a relevância do programa como estratégia de formação de profissionais que trabalhem e defendam o SUS, possibilitando a construção do sistema no município e a consolidação da estratégia entre os profissionais da rede e a população curitibana. Há ainda muitos desafios a serem enfrentados, pois estamos em processo de construção e reconhecimento da residência multiprofissional em Curitiba, entretanto, através do trabalho e esforço de cada um, instigaremos o cuidado voltado para a integralidade do indivíduo, vindo ao encontro do que se estabelece nas diretrizes do SUS.

## REFERÊNCIAS

- ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa Saúde da Família: A construção de um modelo de assistência. *Rev Latino-am Enfermagem*, v.13, n.6, p. 1027-1034, 2005.
- SANTOS, M. A. M.; CUTOLO, L. R. A. A interdisciplinaridade e o trabalho em equipe no Programa de Saúde da família. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, v. 32, n.4, 2003.
- NASCIMENTO, D.D.G.; OLIVEIRA, M. A. C. Competências profissionais e o processo de formação na residência multiprofissional em Saúde da Família. *Saúde Soc. São Paulo*. v.19, n.4, p. 814-827, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 414 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- BOURGET, M. M. M. Estratégia Saúde da Família: a experiência da equipe de reabilitação. São Paulo: *Martinari*, 2008.



Referência:  
[http://www.saocarlosocial.com.br/noticias/?n=UFSCar+recebe+inscricoes+no+Programa+de+Residencia+Multiprofissional+em+Saude+da+Familia+e+Comunidade\\_LQRMGBTCY4](http://www.saocarlosocial.com.br/noticias/?n=UFSCar+recebe+inscricoes+no+Programa+de+Residencia+Multiprofissional+em+Saude+da+Familia+e+Comunidade_LQRMGBTCY4)

### RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL SMS - CURITIBA

|                          |
|--------------------------|
| 10 Enfermeiros           |
| 2 Cirurgiões - Dentistas |
| 2 Farmacêuticos          |
| 2 Fisioterapeutas        |
| 2 Nutricionistas         |
| 2 Psicólogos             |



Referência: <http://sofiacasiraghi.blogspot.com.br/>



# CASO DE ÓBITO POR VARICELA HEMORRÁGICA

Autor principal/relator: Alexandra Ap. A. D. Fogaci  
Colaboradores: Anna V. A. Carli; Kelly C. Polzin;  
Sandra F. Azevedo Baú; Silmara de F. Sudan

Local de Trabalho: distrito Sanitário Cajuru  
Eixo Temático: Vigilância Epidemiológica



## INTRODUÇÃO

A varicela é uma doença comum na infância e altamente contagiosa, mas geralmente benigna. Uma das complicações é a púrpura secundária levando a síndrome de coagulação intravascular disseminada com evolução grave<sup>1</sup>. Em 2014 um caso grave de óbito por varicela hemorrágica no Distrito Cajuru, demonstrou a importância da introdução da vacina tetraviral no calendário de imunização.

## DESENVOLVIMENTO

Cerca de 10 mil casos de varicela são notificados anualmente em Curitiba<sup>2</sup>. Doença comum na infância, porém com complicações que trazem um alerta quanto sua gravidade em alguns casos.

Relata-se o caso de GMDA, 2 anos, com vacinação em dia, exceto da varicela devido recente implantação no calendário. Procura o Unidade de Pronto Atendimento Cajuru (UPACJ) em 28/06 por varicela. Em 30/06 vai a unidade de saúde por vômito e vesículas. Em 02/07 familiares levam ao UPACJ em parada cardiorrespiratória, com palidez cutânea, e vesículas hemorrágicas. Realizada tentativa de reanimação com sangramento intenso em tubo orotraqueal. Constatado óbito e encaminhado ao Instituto Médico Legal, com laudo de Meningite pós Varicela Zoster. A coleta de amostra post-mortem de líquido detectou o vírus da Varicela Zoster.

Analisando a clínica da paciente, sugere-se que a varicela hemorrágica teria sido o desencadeante do óbito nesta criança e a meningite outra complicação.

## CONCLUSÃO

A experiência com este caso levanta a importância de conhecer a doença, sintomas, complicações e tratamento. Reforça-se a relevância da vacinação, disponível como Tetraviral (Sarampo, Caxumba, Rubéola e Varicela) no calendário do Programa Nacional de Imunização. É uma vacina segura e bem tolerada, que apresenta soroconversão de mais de 93% após uma dose. A eficácia global da vacina é próximo a 70% contra a infecção, e de mais de 95% contra as formas graves da doença.

## REFERÊNCIAS

<sup>1</sup>FREIRE, M.S.; FREIRE, B.M. *Infecção pelo Vírus Varicela-Zoster: considerações diagnósticas e terapêuticas*. Disponível em: <[http://www.sbp.com.br/show\\_item2.cfm?id\\_categoria=24&id\\_detalhe=943&tipo\\_detalhe=s](http://www.sbp.com.br/show_item2.cfm?id_categoria=24&id_detalhe=943&tipo_detalhe=s)> Acesso em: 10 de nov. 2014.

<sup>2</sup>ARIAS, G.M. *Varicela em crianças: análise das complicações e dos custos da doença em um hospital pediátrico Terciário e no município de Curitiba*. 2009. 131 f. Dissertação – Faculdades Pequeno Príncipe, Curitiba. 2009. Disponível em: <[http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/premio2010/mestrado/trabalho\\_alexandregmarias\\_mh\\_m.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/premio2010/mestrado/trabalho_alexandregmarias_mh_m.pdf)> Acesso em : 10 de nov. 2014.

# PERFIL DO 1º QUADRIMESTRE DA REDE DA CRIANÇA E ADOLESCENTE - DSCJ

Autor principal/relator: Terezinha M. A. Cruz Ribeiro  
Colaboradores: Ana V. Almeida Carli; Fátima Handar;  
Sonia T. Linhares; Sueli T. Schiavon; Tammy T.  
Figueiredo Perrout

Local de Trabalho: Distrito Cajuru  
Eixo Temático: Vigilância Epidemiológica



## INTRODUÇÃO

A Rede de Proteção da Criança e do Adolescente é composta por ações integradas e intersetoriais, que tem por objetivo prevenir a violência doméstica e sexual, além de desenvolver estratégias para proteger a criança e o adolescente em situação de risco<sup>1</sup>. Para tanto se faz necessário a visibilidade das suas ações, a capacitação dos profissionais e o atendimento das famílias.



## DESENVOLVIMENTO

O primeiro sinal de alerta que aponta para uma situação de violência intrafamiliar é a constatação da diminuição ou ausência de vínculo entre pais e filhos. A vítima de violência tem sua auto-estima diminuída, geralmente é tímida, sempre com medo, os bebês tem dificuldade de ganhar peso, crianças podem apresentar desenvolvimento psicomotor abaixo do esperado para a idade, na escola têm dificuldade de aprendizado e na adolescência sua reação é agressividade e/ou desenvolvimento sexual precoce<sup>1</sup>.

No primeiro quadrimestre de 2014, das 1.121 notificações de Curitiba, 147 foram realizadas pela Regional Cajuru. Em muitos casos ocorrem mais de um tipo de violência, estratificando estes dados temos: 40 casos de violência física, 23 psicológica, 17 sexual, 97 negligência e 8 trabalhos infantis<sup>2</sup>.

## CONCLUSÃO

As notificações são fundamentais para traçar o perfil epidemiológico da violência da Rede de Proteção da Criança e Adolescente. O profissional deve ficar atento as características dos sinais de alerta e ao histórico familiar. Diante destes casos é necessário o preenchimento da Notificação Obrigatória, com acionamento dos parceiros para as ações necessárias.

## REFERÊNCIAS

CURITIBA. Prefeitura Municipal. *Protocolo da Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para a Violência*, 2008.p17, 47-51.

<sup>2</sup>CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde.*Boletim de Informações da Vigilância Epidemiológica da Rede de Proteção de Crianças e Adolescente em Situação de Risco para Violência – 1º Quadrimestre 2014*. Curitiba, 2014.

# FLUXO DE ENCAMINHAMENTO DAS TENTATIVAS DE SUICÍDIO ATRAVÉS DAS FICHAS DE NOTIFICAÇÃO DE INTOXICAÇÃO

Autor principal/relator: Kelly Cristian Polzin  
Colaboradores: Alexandra Ap. A. Disner Fogaci; Sonia T. Linhares;Terezinha M. A. Cruz Ribeiro;Sandra F. Azevedo Baú; Silmara de Fátima Sudan

Local de Trabalho: Distrito Sanitário Cajuru  
Eixo Temático: Redes de atenção – linhas de cuidado (mulher, criança, gestante, idoso e adolescente)

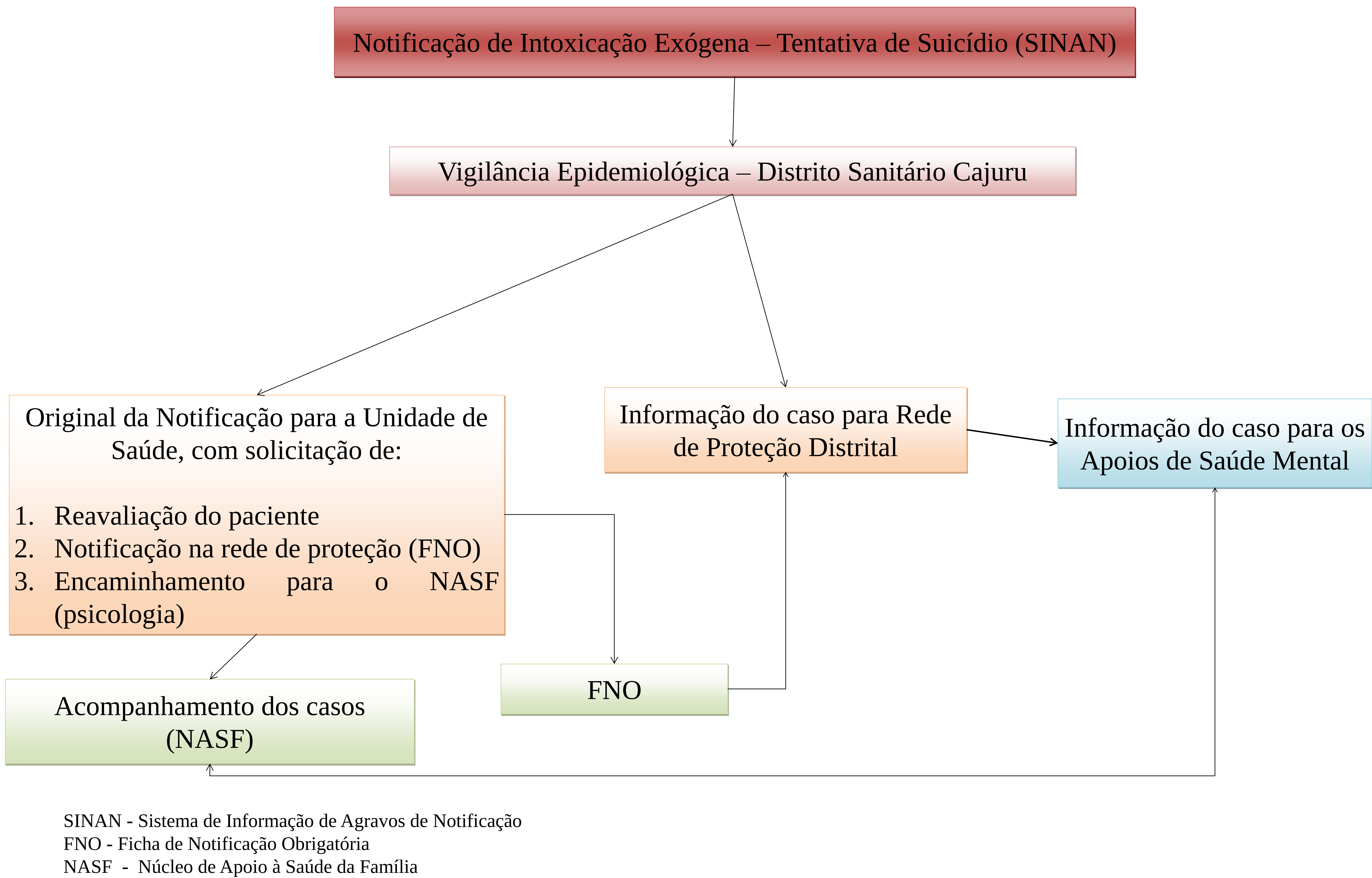


## INTRODUÇÃO

A rotina do trabalho da vigilância epidemiológica no acompanhamento e monitoramento das notificações de intoxicações exógena de tentativa de suicídio, firmou a necessidade de um novo fluxo com objetivo de melhorar o encaminhamento e comunicação dos setores envolvidos.

## DESENVOLVIMENTO

Com a participação do Apoio de Saúde Mental, Coordenação Regional da Rede de Proteção e o Serviço de Vigilância Epidemiológica foi traçado o fluxo abaixo.



## CONCLUSÃO

Com a nova dinâmica de trabalho percebe-se uma maior visibilidade dos casos a serem acompanhados, com melhor encaminhamento o que pode impactar na diminuição da reincidência.

# A IMPORTÂNCIA DA AÇÃO INTERSETORIAL E PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO ENFRENTAMENTO DO COLECIONISMO

Autor principal/relator: Cristiane G. M. dos Santos  
Colaboradores: Aline Zulian; Célia P. B. Gadelha Leite;  
Célia Regina Cattani Perroni; Daniele Cristine Stremel

Local de Trabalho: Distrito Sanitário Bairro Novo  
Eixo Temático: Território, intersetorialidade e saúde



## INTRODUÇÃO

Este trabalho visa apresentar uma experiência de abordagem, intervenção e acompanhamento do caso de um idoso, envolvendo acúmulo de objetos e resíduos, negligência com autocuidado e moradia. Diante do desafio de casos como este salienta-se a importância de ações intersetoriais e articuladas com a comunidade no enfrentamento desta complexidade.

## DESENVOLVIMENTO

O caso em questão refere-se a um usuário do SUS, 82 anos, sem vínculos familiares e que reside com seu cachorro. Apresenta negligência com higiene pessoal e moradia, isolamento social e incapacidade de descarte de objetos, características estas presentes em quadros de Síndrome de Diógenes, colecionismo e acumulador compulsivo.

A comunidade preocupada com a situação, procurou o auxílio dos Serviços do Distrito Sanitário Bairro Novo (DSBN). Estes, articularam ações com os Serviços da Fundação de Ação Social (FAS), UMS Osternack e Secretaria Municipal do Meio Ambiente para discutir, planejar e realizar intervenções que auxiliariam à população, mas principalmente ao idoso envolvido. Foram realizadas visitas domiciliares e colegiados com representação de todos os envolvidos, inclusive do controle social.

O usuário acompanhou a retirada dos resíduos e após, permaneceu por 10 dias em tratamento no CAPS III Boqueirão. Neste período, os profissionais da SMS/DSBN e a comunidade uniram-se em ações de revitalização da moradia. O idoso é cuidado diariamente por pessoas de sua confiança e permanece sob acompanhamento do DSBN e FAS.

## CONCLUSÃO

Valoriza-se a importância do comprometimento e sensibilização da comunidade, bem como o olhar epidemiológico dos profissionais envolvidos para o enfrentamento de casos como o colecionismo, visto que doenças como a Leptospirose, Dengue e Chikungunya entre outros não se limitam apenas onde estão acumulados os resíduos, mas estende-se a todo o território. Portanto, a integralidade e a intersetorialidade são indispensáveis para o enfrentamento desta situação.

## REFERÊNCIAS

SILVA, L. L. *et all.* **Vigilância Sanitária e Saúde Ambiental: um estudo sobre colecionismo/acumulador compulsivo.** Rev. Gestão Pública em Curitiba. V. III, n. II, ed. 09, 103- 109, 2012.

STUMPF, B. P.;ROCHA, F. L. **Síndrome de Diógenes.** J. bras. Psiquiatria. V. 59, n. 2, p. 156-159, 2010.

VAZ, E. C.; AMORÓS, R. M. **Síndrome de Diógenes. A propósito de um caso.** Rev. Assoc. Esp. Neuropsiq., 2010; 30 (107), 489-495.



# CATEGORIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE ALIMENTAÇÃO

Autor principal/relator: Sabrina Vianna Mendes

Colaboradores: Carlos Edivaldo Bonacim; Daniele Kuster; Lindamir Vaz de Oliveira; Lucimara Prox; Marcela Braga Gressele;

Local de Trabalho: Centro de Saúde Ambiental

Eixo Temático: Vigilâncias



## INTRODUÇÃO

Com vistas ao fortalecimento das ações de vigilância sanitária em serviços de alimentação, por meio da incorporação de critérios de risco e estratégias específicas de comunicação de riscos aos consumidores, a ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária instituiu apoio financeiro de custeio para a implementação do projeto-piloto de categorização de serviços de alimentação, nas cidades-sede da Copa do Mundo FIFA 2014 (Portaria nº2793/2012), mediante a apresentação de proposta de ação do município em consonância com as diretrizes nacionais do projeto, que foram definidas pela RDC nº 10/2014. O município de Curitiba aderiu a este projeto e escolheu categorizar uma amostra dos estabelecimentos (n=202) localizados nos pólos gastronômicos da cidade, devido à grande procura que estes locais poderiam ter durante o evento Copa do Mundo.

## DESENVOLVIMENTO

Os estabelecimentos tiveram ciência do roteiro de inspeção e iniciou-se o período de auto-inspeção (60 dias) para que eles próprios avaliassem o seu serviço e adiantassem a correção de possíveis irregularidades. Decorrido este tempo, os fiscais deram início as inspeções referentes ao primeiro ciclo de avaliação. Após um intervalo mínimo de 4 meses, ocorreu o segundo ciclo de inspeções, sendo este definitivo para a classificação do serviço. O resultado desta categorização foi divulgado na mídia e os selos ostentando a categoria obtida pelo estabelecimento foram afixados em local visível no restaurante.

Em Curitiba, foram categorizados 176 estabelecimentos (20 encerraram suas atividades e em 6 não foi possível realizar a avaliação – estabelecimento fechado ou o responsável não estava presente). O perfil encontrado foi o seguinte, para o primeiro e segundo ciclo respectivamente: categoria A – 7% e 46%; categoria B – 51% e 38%; categoria C – 29% e 11%; pendentes – 13% e 5% (estes restaurantes apresentaram quantidade de falhas em patamar inaceitável para a categorização e a VISA adotou as medidas necessárias de acordo com o caso). Após o segundo ciclo de inspeção, pode-se observar que: 56% dos serviços melhoraram a nota obtida na primeira ciclo; 39% mantiveram a nota obtida e 5% pioram a sua classificação. As irregularidades mais frequentemente observadas foram: 1. ausência de termômetro comprovadamente calibrado para aferição da temperatura dos alimentos; 2. matérias-primas fracionadas adequadamente acondicionadas e identificadas; e 3. temperatura das matérias-primas e ingredientes perecíveis verificada na recepção e no armazenamento.

## CONCLUSÃO

A categorização mostrou ser um projeto inovador que permitiu que, pela primeira vez, os cidadãos conheçam a situação sanitária dos estabelecimentos que freqüentam. Ao estabelecimento possibilitou o entendimento do impacto que suas falhas têm e a compreensão da necessidade do cumprimento das Boas Práticas estabelecidas para o setor. Além disso, permitiu ao serviço de vigilância sanitária agir de forma mais estratégica, focando suas ações nos estabelecimentos com maior número de inconformidades e, propiciando uma avaliação do processo de inspeção sanitária atualmente realizado.

## REFERÊNCIAS

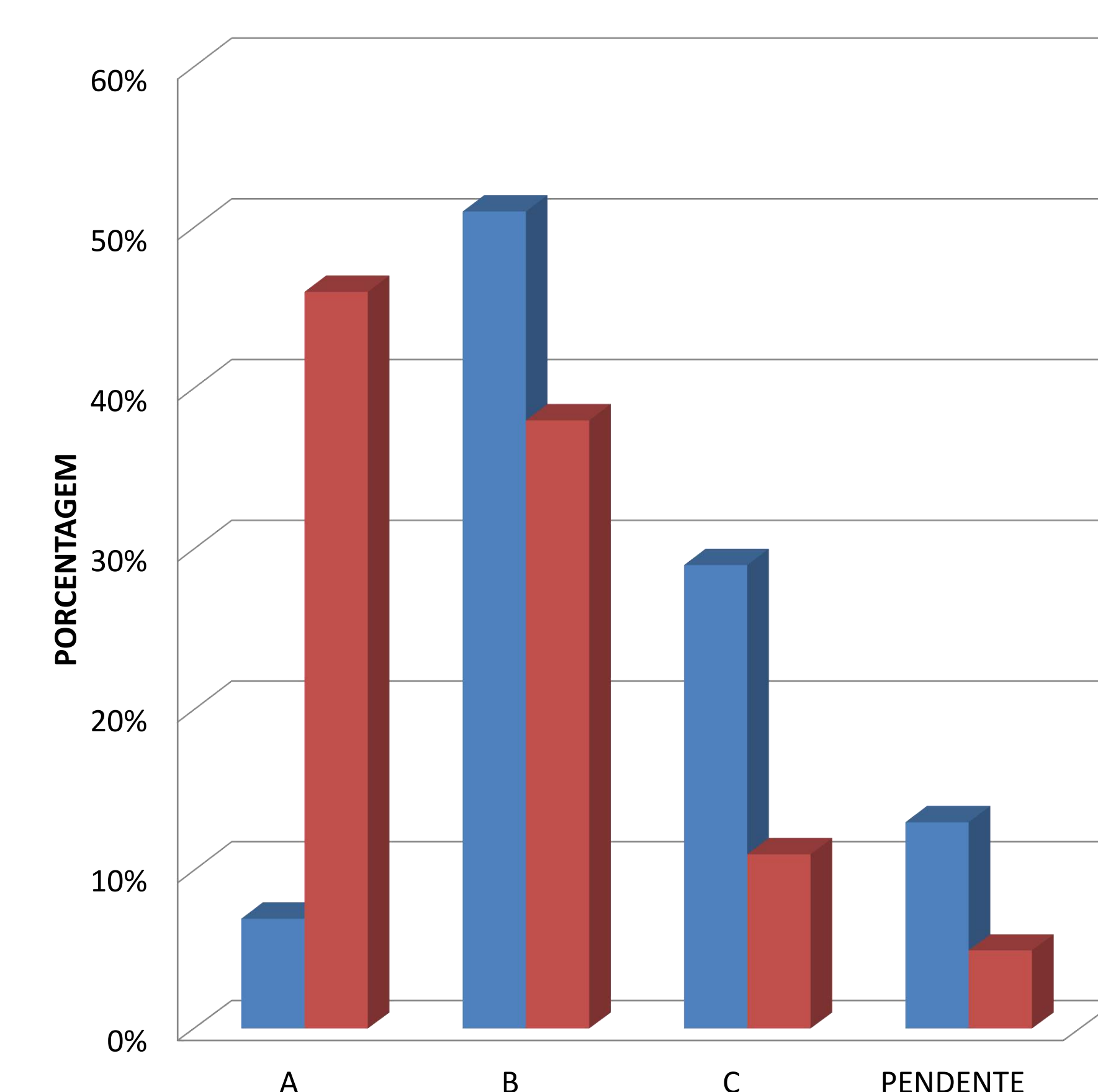
BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2793, de 6 de Dezembro de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 817, de 10 de maio de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC nº 10, de 11 de março de 2014.



COMPARAÇÃO ENTRE OS 2 CICLOS DE INSPEÇÃO



# A PRÁTICA DE ENFERMAGEM NO CONSULTÓRIO NA RUA: CUIDANDO NA RUA

Autor relator: Renilda Pereira Royko Kozlowski

Colaboradores: Juciane Aparecida Krambeck, Maria Terumi Maruyama Kami, Liliana Müller Larocca, Oneida da Silva

Local de Trabalho: US Ouvidor Pardinho  
Eixo Temático: Prática do cuidado da enfermagem na APS/ESF



## INTRODUÇÃO

Consultório na Rua (CnaR) é um dispositivo potencial para acesso à população em situação de rua no SUS (BRASIL, 2009). Compostas por equipe multiprofissional tendo a enfermagem papel importante no cuidado à população em situação de rua (PSR).

Objetivo: Relatar como é realizado o cuidado de enfermagem no CnaR.

## DESENVOLVIMENTO

O cuidado de enfermagem é realizado a partir de:

- Estabelecimento de relação de vínculo e confiança
- Reconhecimento da singularidade de cada morador de rua
- Conhecimento do território “rua”
- Desvestir-se de preconceitos e rótulos
- Visão geral de como a situação de rua interfere na prática do cuidado
- Aliar humildade ao conhecimento
- Intersetorialidade para efetivação do cuidado
- Trabalho em rede e multidisciplinar
- Estratégias de cuidado para efetivação da assistência (busca ativa)

## CONCLUSÃO

Enquanto enfermeiros que assistimos esta população, devemos estar atentos aos impactos que os modos de vida na rua tem sobre o processo saúde-doença para estas pessoas.

Requer sensibilidade e competência profissional para articular diferentes formas de conhecimento e compreensão do fenômeno “*vida na rua*”.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Governo Federal. Decreto nº 7.053 de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 24 dez. 2009. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato\\_2007-2010/2009/Decreto/D7053.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato_2007-2010/2009/Decreto/D7053.htm). Acesso em 18/11/2014



Foto: Thais Krukroski



Foto: Renilda Kozlowski



*O que se opõe ao descuido e ao descaso é o cuidado.  
Cuidar é mais que um ato; é uma atitude.  
Representa uma atitude de ocupação, preocupação,  
de responsabilização e de envolvimento afetivo  
com o outro.*

*Leonardo Boff*

# COBERTURA VACINAL: UM COMPROMISSO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

Autor principal/relator: Ana Maria Claudia Teodoro de Moraes

Colaboradores: Priscila Vargas; Gloria de Oliveira; Lucilene Alves; Mirian Rocha ;Alda Silva;

Local de Trabalho: US São João Del Rey  
Eixo Temático: A Saúde e seus Agentes ACS



## Introdução

O presente relato mostra a importância do agente comunitário de saúde (ACS) frente a cobertura vacinal para crianças menores de um ano. Na avaliação dos indicadores da US, observou-se que a cobertura vacinal estava aquém da ideal. Foi então realizado com o gestor local um planejamento para definir ações de monitoramento e vigilância dos faltosos, que trouxessem melhores resultados no indicador de cobertura vacinal da US São João del Rey.



## Desenvolvimento

Detectado o problema da cobertura vacinal, passaram a ser realizadas reuniões semanais com os ACS para monitoramento dos faltosos de crianças menores e maiores de um ano de idade. Para subsidiar as discussões foram utilizados os relatórios emitidos pelo e-saúde que estavam disponíveis e passaram a ser atualizados diariamente.

Desta forma, intensificaram-se as visitas domiciliares com foco na orientação e sensibilização das mães, a fim de estimulá-las a procurarem a US São João Del Rey e realizarem as aplicações das vacinas que estivessem em atraso. Observou-se que algumas crianças não moravam mais nos endereços referidos nos cadastros, sendo deixadas em situação provisória, caracterizando-se mudança de bairro ou cidade. Em outros casos, foi necessário o resgate de vacinas realizadas em outros serviços. Também para crianças oriundas de outros municípios, estados ou outros países, a atualização do cadastro foi necessária.

## Conclusão

Nas ações realizadas pelos ACS, considerou-se que o monitoramento deve ser contínuo, pois, os resultados são imprescindíveis para produção do cuidado.

Percebe-se também que as participações de outros membros da equipe no enfrentamento de problemas de cobertura vacinal contribuem para obtenção de melhores resultados na assistência prestada as crianças e seus familiares, além de colocar o ACS como protagonista desse processo, evidenciando a importância do seu trabalho.



## Referências

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. MANUAL DO ACS.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. MANUAL DE VACINAÇÃO

ESAÚDE, PROTUARIO ELETRONICO SMS CURITIBA2014

# O HAITI É AQUI

Autor principal/relator: LUCIANA MÁISA DA SILVA  
SYDOR

Colaboradores: MARIA SOLANGE ALESSI, RAFAELA  
DE ANDRADE, CLAUDIA DENISE SCHERNERE, SILVANA  
DOS REIS DA SILVA

Local de Trabalho: UMS PALMEIRAS.  
Eixo Temático: PROCESSO DE TRABALHO  
MULTIPROFISSIONAL NA APS/ESF



## INTRODUÇÃO

A UMS Palmeiras localiza-se próximo ao Ceasa o que atrai o interesse de pessoas de fora de Curitiba por causa da oferta de trabalho. Devido a isto temos uma comunidade grande de Haitianos na área de abrangência da US. Este trabalho busca demonstrar as singularidades no atendimento a esta população e o processo de adaptação da equipe a esta nova realidade.

## DESENVOLVIMENTO

A UMS Palmeiras é uma unidade ESF que conta com 3 equipes, sendo que a equipe 1 que fica na área de abrangência do Ceasa é a que mais tem haitianos cadastrados, mas vale pontuar que toda a UMS se mobiliza para o atendimento da população haitiana tanto no que concernem as necessidades de saúde quanto a outras que viabilizem o bem estar, como doações de cobertores e outros utensílios de casa e orientações.

Algumas dificuldades foram encontradas:

- ✓barreira da língua e da cultura
- ✓grande prevalência de DST.

Pontos positivos observados:

- ✓promoveu uma noção de unidade de trabalho em equipe com foco em descobrir as necessidades do usuário;
- ✓a UMS se tornou um ponto de referencia que vai além das questões em saúde;
- ✓ incentivo ao estudo de outras línguas e a descobertas de outras culturas.

## CONCLUSÃO

O atendimento ao usuário haitiano proporcionou um desafio que mobiliza a equipe a se melhorar constantemente, seja na atenção as necessidades do usuário, seja em verificar várias vezes se a orientação fornecida foi entendida, seja no monitoramento constante das famílias envolvidas e principalmente no estímulo ao trabalho multiprofissional. Ainda temos fragilidades nestes atendimentos como a língua, a carência social dos usuários e a burocratização do sistema.

# A INTERSETORIALIDADE EM AÇÃO: UMS PALMEIRAS

Autor principal/relator: Luciana Maísa da Silva Sydor  
Colaboradores: Renata Cristina Carneiro, Gisele Carstens

Local de Trabalho: UMS Palmeiras  
Eixo Temático: Território, Intersetorialidade e Saúde



## INTRODUÇÃO

Este trabalho tem como objetivos divulgar ações intersetoriais que acontecem na US Palmeiras. Essas ações são importantes para melhorar a promoção da saúde da população, pois os saberes e atuações exclusivas do setor saúde são insuficientes para promover uma melhoria da qualidade de vida das pessoas.(Sena, 2012).

## DESENVOLVIMENTO

Atualmente a US Palmeiras desenvolve parcerias nos atendimentos da população com diferentes equipamentos do território, entre eles: CRAS Pompéia, Rede de Proteção, CMEI Palmeiras, Escola Municipal Antonio Pietruza e o SINDARUC/CEASA.

Devido a distância e a localização do outro lado da linha verde, o CRAS Pompéia (que atende uma parte do território da US) disponibiliza a assistente social para realizar atendimentos sociais uma vez por semana. Esse fato facilita ações em conjuntos como visitas, adiantamento de processos, relatórios, etc.

Devido a falta de espaço para atividades coletivas, a US utiliza espaços dos equipamentos vizinhos, sempre com um foco na intersetorialidade.

Diversas atividades são realizadas em conjunto, como: grupo de gestantes, educação em saúde, orientações quanto aos direitos/deveres do cidadão, atividades sociais, entre outras. Também existe parceria com outras entidades como as igrejas da região.

## CONCLUSÃO

O trabalho intersetorial proporciona uma maior proximidade entre os diferentes equipamentos, permitindo um maior contato entre os servidores, maior credibilidade no repasse de informações, uma visão integral do usuário assim como diferentes possibilidades de serviços a serem ofertadas para o cidadão.

Possibilita, tanto ao servidor quanto ao usuário uma visão integral do que a Prefeitura disponibiliza para o seu bem estar e maior garantia de seus direitos.

## REFERÊNCIAS

Sena, L. A. de, et al. Intersetorialidade e ESF: Limites e Possibilidades no Território de uma Unidade Integrada de Saúde da Família. R bras ci Saúde, 16(3):337-342, 2012.

# O TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: FERRAMENTA DE MONITORAMENTO DOS GRUPOS DE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS

Autor principal: Elenise Elaine Motta Brandalize  
Colaboradora: Silvia Cardozo Bueno

Local de Trabalho: UMS Vila Clarice  
Eixo Temático: A Saúde e seus agentes : ACS



## INTRODUÇÃO

A Atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) no que se refere a realização da visita domiciliar, é de fundamental importância para a assistência prestada, criando vínculo com as famílias, buscando melhoria do serviço de saúde, consequentemente melhoria na qualidade de vida das pessoas, condição imprescindível para a consolidação da qualidade na Atenção Primária à Saúde.

## DESENVOLVIMENTO

Este trabalho conta a experiência vivida por uma ACS que atua a mais 15 anos nesta área.

Com sua vivência do dia a dia, ela desenvolveu uma ferramenta de visita domiciliar para os grupos de hipertensos e diabéticos que é utilizada mensalmente durante o acompanhamento dessas pessoas.

Esta ferramenta, tem um formato de formulário contendo: o nome da rua, o nome das pessoas que é organizada por cores, de acordo com o grau de risco da doença (VERMELHO: muito alto risco; AMARELO: risco alto; VERDE: médio risco).

Esta forma de adequar o seguimento das pessoas permite um controle efetivo das visitas domiciliares e portanto um melhor atendimento/seguimento pelos profissionais da Unidade de Saúde.

O documento que foi criado pela ACS vem sendo utilizado há 6 meses para o acompanhamento dos usuários de sua área de abrangência.

## CONCLUSÃO

Observamos que esta ferramenta foi de grande importância. A ACS ao refletir a necessidade do seu cotidiano, acaba organizando seu processo de trabalho e consequentemente refletindo na melhoria da qualidade dos profissionais de saúde, no qual todos ganhando, especialmente a clientela assistida.

## REFERÊNCIA

- 1.BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Perfil de Competências Profissionais do Agente Comunitário de Saúde (ACS). Brasília:2003.26p.
- 2.BRASIL. Ministério da Saúde. Programa do Agente Comunitário de Saúde. Brasília:2008.

| RUA JOAQUIM ANTONIO DA CRUZ |  | H | D |
|-----------------------------|--|---|---|
| Nome:                       |  |   |   |
| Ass:                        |  |   |   |
| Nome:                       |  |   |   |
| Ass:                        |  |   |   |
| Nome:                       |  |   |   |
| Ass:                        |  |   |   |
| Nome:                       |  |   |   |
| Ass:                        |  |   |   |
| Nome:                       |  |   |   |
| Ass:                        |  |   |   |
| Nome:                       |  |   |   |
| Ass:                        |  |   |   |
| Nome:                       |  |   |   |
| Ass:                        |  |   |   |

|  |                  |
|--|------------------|
|  | Muito alto risco |
|  | Alto risco       |
|  | Baixo risco      |

# PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL

Autor principal/relator: Elaine Rossi Ribeiro  
Colaboradores: Adriano Massuda, Cristiane Pavelski Dias, Gustavo Justo Schulz, Júnia Aparecida Laia da Mata Fujita.

Local de Trabalho: Fundação Estatal de Atenção Especializada em Saúde de Curitiba  
Eixo Temático: Educação Permanente



## INTRODUÇÃO

O Instituto de Ensino e Pesquisa possui um Programa de Desenvolvimento Profissional fundamentado na aquisição de competências, sendo subsidiado por um “Framework”. A partir deste desenho foi possível iniciar um movimento de mudança na cultura educacional da Instituição. Objetivo é relatar a experiência do uso de um “Framework” para o alcance de metas do IEP/Feaes.

## DESENVOLVIMENTO

A Educação Permanente consiste em proposta que visa à transformação do trabalho, estimula a atuação crítica, reflexiva, compromissada e tecnicamente eficiente, direcionada à busca da competência pessoal, profissional e social, como meta a ser seguida, tendo como objetivo o aprimoramento profissional. A cada novo pedido educacional direcionado ao IEP, a equipe rediscute os conceitos, assumindo o que é realmente caracterizado como Educação Permanente, reorientando com os solicitantes qual a melhor forma de suprir o que consideram necessário para desenvolvimento de competências.

O IEP tem reforçado a importância da Educação Permanente em direção à integração de gestão, educação, qualidade e desenvolvimento profissional. Uma das maiores contribuições da Educação Permanente é criar um ambiente de trabalho em que se inclui e estimula o pensamento crítico, propiciando mudanças ao longo do tempo e adaptando-se mais facilmente à realidade vivenciada, garantindo atenção em saúde de qualidade.

## CONCLUSÃO

A partir do momento que a Educação Permanente consegue se ater aos seus pressupostos, proporcionará aos trabalhadores da FEAES uma qualificação profissional na qual se torna mais fácil adaptar-se às mudanças e exigências constantes da área da saúde. Desta forma, contribuindo para o enriquecimento profissional, institucional e, particularmente, à abrangência da FEAES em Curitiba. Sendo que esta abrangência poderá ser ampliada para outros locais via *expertise* do IEP, funcionando como propagador do conceito e operacionalização da Educação Permanente nas instituições de saúde.

## REFERÊNCIAS

MANCIA, Joel Rolim; CABRAL, Leila Chaves and KOERICH, Magda Santos. Educação permanente no contexto da enfermagem e na saúde. Rev. bras. enferm. [online]. 2004, vol.57, n.5, pp. 605-610.

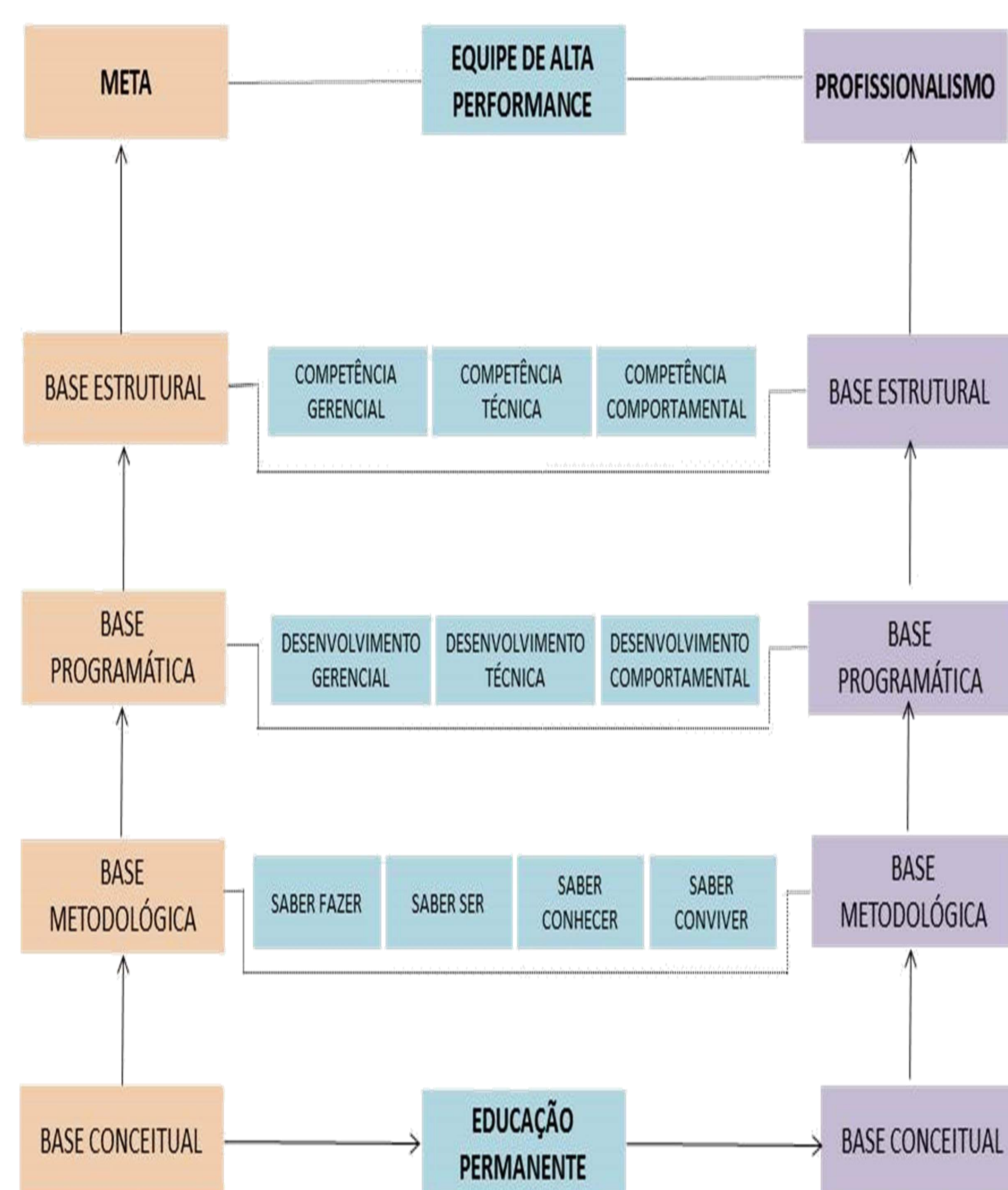


Figura : Framework da Educação Permanente da FEAES



# GRUPOS DE ORIENTAÇÃO PARA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

Autor principal/relator: Juliana Ceronato  
Colaboradores: Joselayne Correa dos Santos

Local de Trabalho: Unidades de Saúde Pinheiros e Butiatuvinha – Dist. Sant. Santa Felicidade.  
Eixo Temático: Educação em Saúde



## INTRODUÇÃO

O trabalho tem como objetivo incentivar a alimentação saudável, o auto cuidado e mudança no estilo de vida em pessoas adultas com obesidade, hipertensão, diabetes, hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia através de grupos mensais de reeducação alimentar.

## DESENVOLVIMENTO

A seleção dos pacientes para o grupo acontece através da avaliação realizada pelo médico e/ou enfermeiro. Os grupos acontecem mensalmente, de forma aberta, coordenados pela Nutricionista e com o apoio dos demais profissionais do Núcleo de Apoio a Saúde da Família. A cada mês um assunto central é abordado, seguindo a seguinte ordem: leitura de rótulos (fig.1); carboidratos e fibras (fig.2); gorduras (fig.3); sal, alimentos diet, light e zero (fig.4); e alimentos funcionais (fig.5). Além do assunto central o grupo faz discussões sobre planejamento diário para alimentar-se com qualidade, controle de peso, praticar atividade física e aspectos comportamentais e sociais relacionados a alimentação. As doenças crônicas são abordadas dentro de cada tema de maneira complementar. Para reforçar os assuntos abordados, foram elaborados materiais educativos com orientações nutricionais, esclarecimento sobre doenças crônicas e dicas práticas para o dia a dia.

## CONCLUSÃO

A realização de um grupo no formato aberto permite a entrada de novos participantes a cada encontro, isso possibilita que o paciente escolha o tema que mais lhe interesse caso não queira ou não possa participar todos os meses. Ao final de cinco meses todos os temas são abordados e um novo ciclo terá início. O grande benefício de um grupo de discussão sobre alimentação saudável é a troca de experiências entre os participantes, cada um tem um pouco a contribuir.

## REFERÊNCIAS

**Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2013-2014/Sociedade Brasileira de Diabetes** ; [organização José Egídio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio]. – São Paulo: AC Farmacêutica, 2014.

Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. Arq Bras Cardiol 2010; 95(1 supl.1): 1-51

Santos R.D., Gagliardi A.C.M., Xavier H.T., Magnoni C.D., Cassani R., Lottenberg A.M. et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. **I Diretriz sobre o consumo de Gorduras e Saúde Cardiovascular**. Arq Bras Cardiol. 2013;100(1Supl.3):1-40

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Rotulagem nutricional obrigatória: manual de orientação aos consumidores**. Universidade de Brasília – Brasília: Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária / Universidade de Brasília, 2005. 17p.

Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Informe técnico nº 9, de 21 de maio de 2004. **Orientação para utilização, em rótulos de alimentos, de alegações de propriedades funcionais de nutrientes com funções plenamente reconhecida pela comunidade científica**. (item 3.3 da resolução Anvisa/ MS nº 18/99).



Fig. 1 Material educativo: Leitura de Rótulos

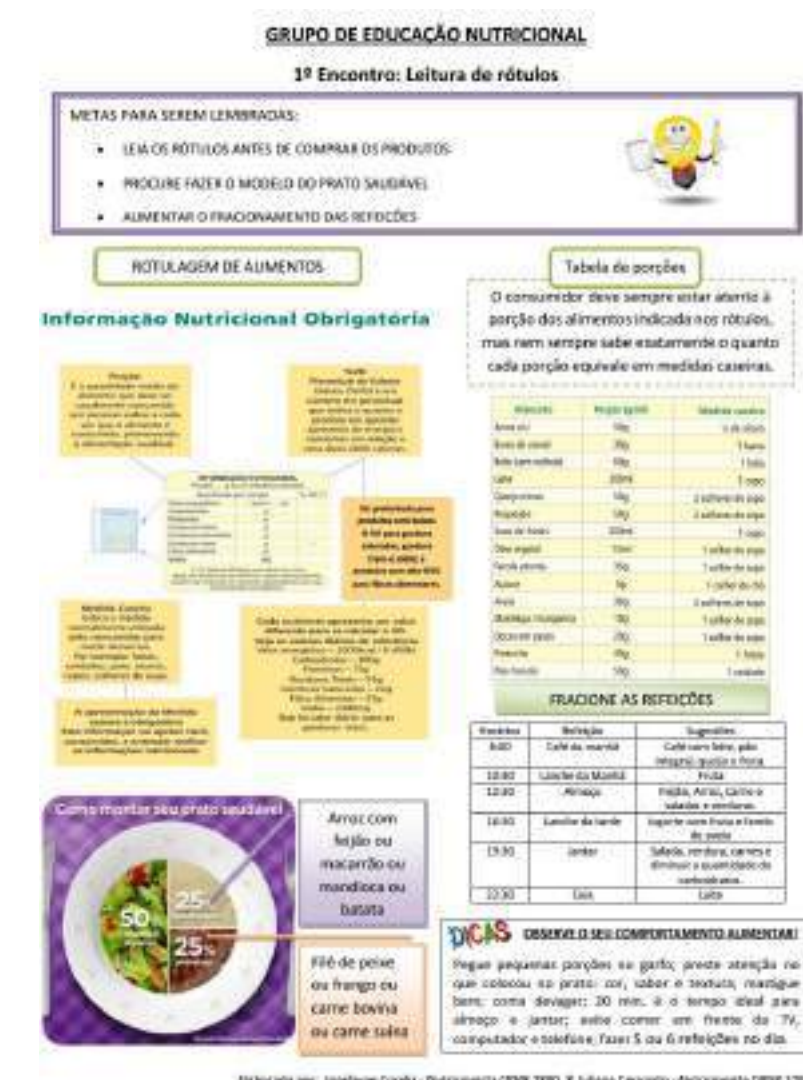


Fig. 2 Material educativo: Carboidratos e fibras

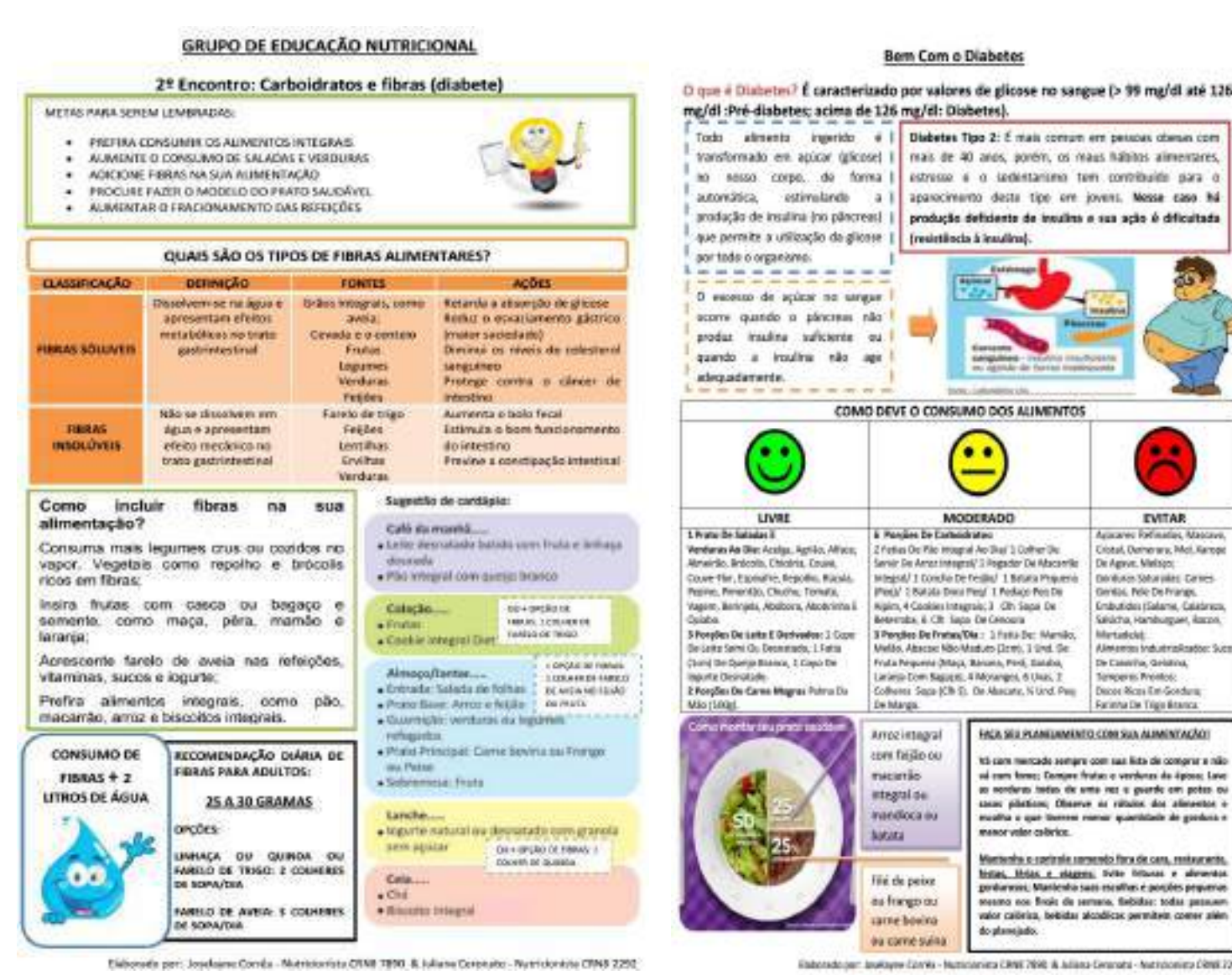


Fig. 3 Material educativo: Gorduras

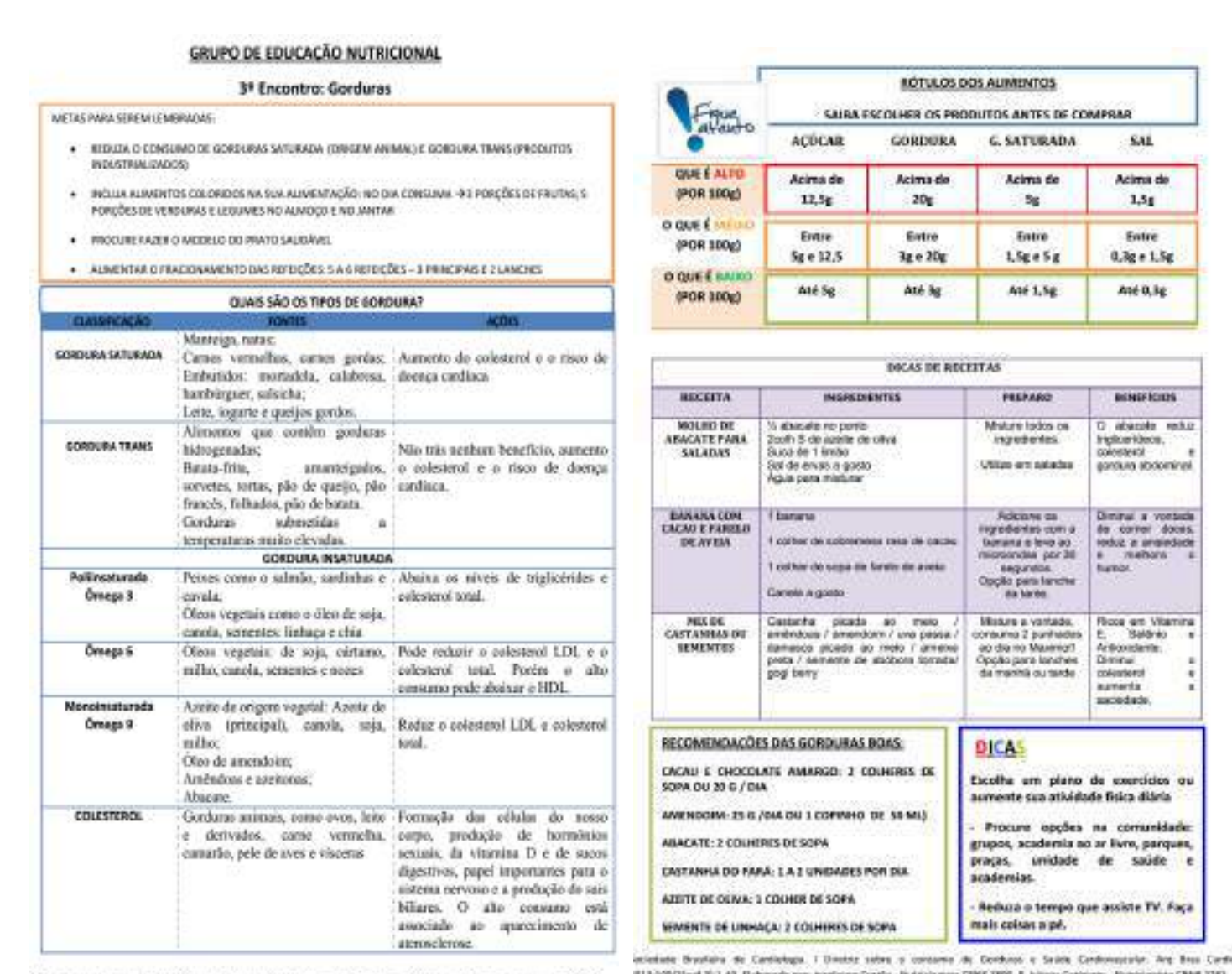


Fig. 4 Material educativo: Sal, alimentos diet, light e zero

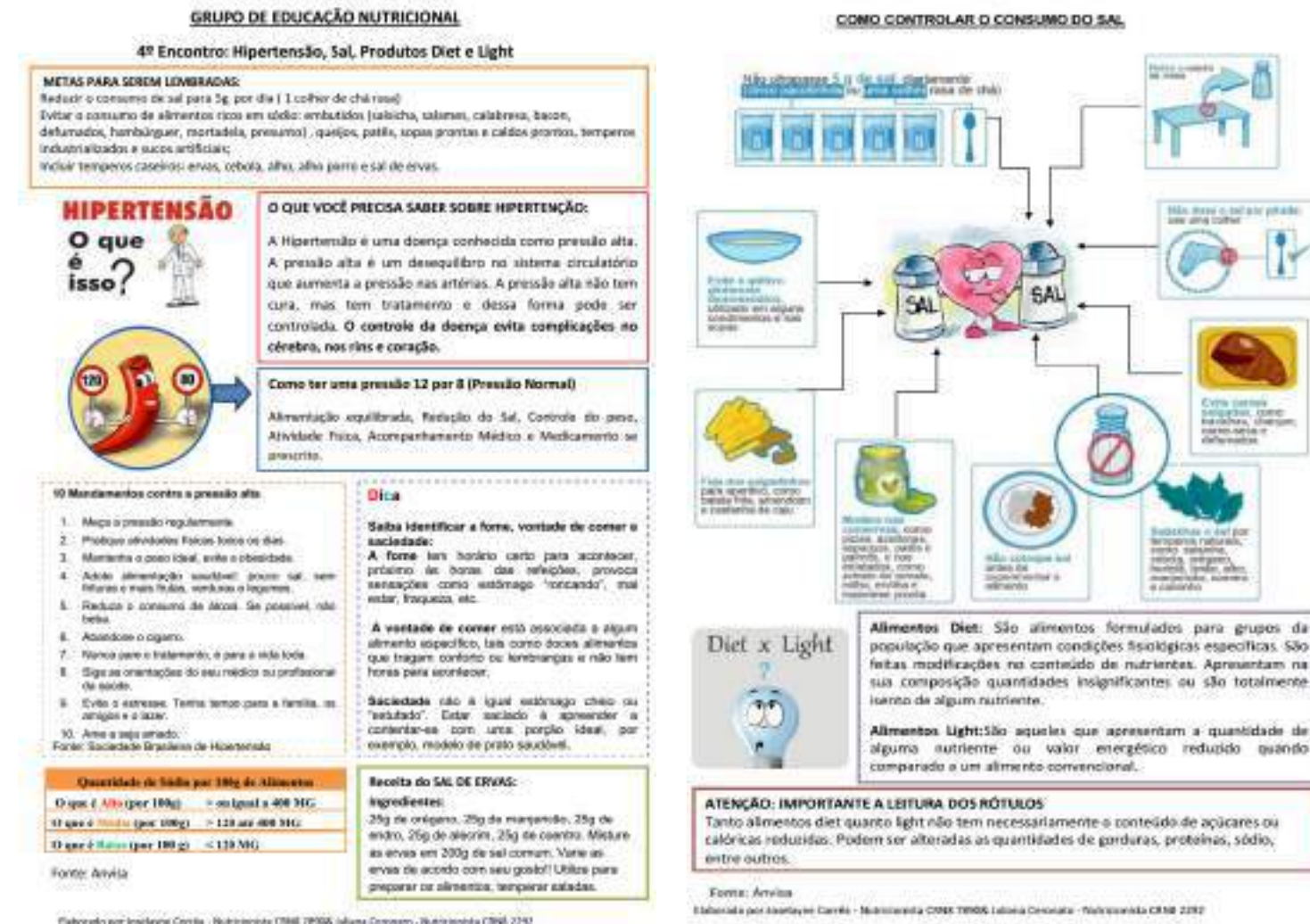
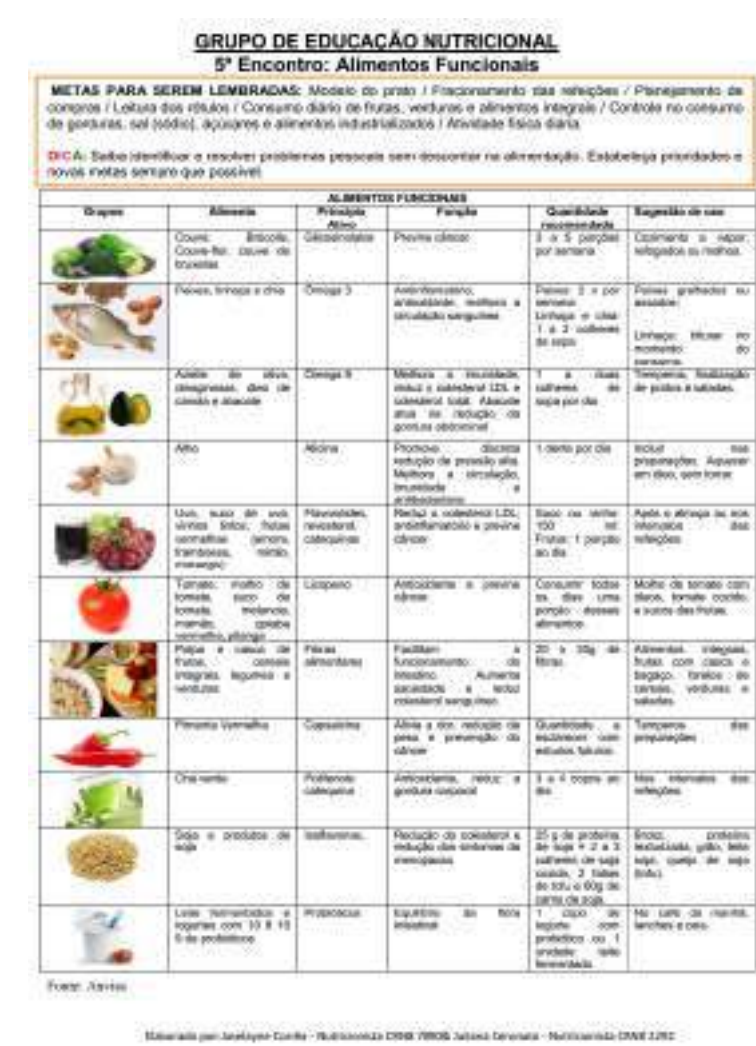


Fig. 5 Material educativo: Alimentos Funcionais



# PIRÂMIDE ALIMENTAR PARA IDOSO: UMA FERRAMENTA PARA EDUCAÇÃO NUTRICIONAL

Autor principal/relator: Joselayne Corrêa dos Santos  
Colaborador: Juliana Ceronato

Local de Trabalho: Unidade de Saúde Bom Pastor –  
Dist. Santa Felicidade  
Eixo Temático: Educação em Saúde



## INTRODUÇÃO

A alimentação saudável é essencial para uma saúde adequada e para prevenir os distúrbios nutricionais no idoso. Para ajudar a prevenir os agravos de saúde neste segmento da população, a educação nutricional se faz muito importante. O objetivo desse trabalho foi realizar atividades de educação nutricional, utilizando a Pirâmide Alimentar e os 10 passos para uma alimentação saudável.

A Pirâmide Alimentar para idoso tem como objetivo evitar carências nutricionais e as doenças relacionadas com a má alimentação, as recomendações que mais se destacam são: ingestão de alimentos integrais, vegetais, frutas, baixa concentração de gorduras e açúcares refinados, ingestão de líquidos saudáveis, consumo de produtos lácteos com pouca gordura, carnes magras, pescados, aves, ovos, feijões e nozes, e orientação para a atividade física. Os 10 passos para uma alimentação saudável demonstram de forma prática como incluir no dia a dia desta população.

## DESENVOLVIMENTO

O trabalho foi realizado com 14 idosos da comunidade (QUAL?), com abordagem na forma de grupo. As atividades de educação nutricional envolveram a Pirâmide Alimentar (fig.1 e 2) e os 10 passos para uma alimentação saudável para as pessoas idosas. Ao final foi entregue um material educativo com 10 passos para uma alimentação saudável para as pessoas idosas (fig. 3).

Após as práticas educativas, houve a participação dos idosos e a demonstração de interesse sobre alimentação saudável e esclarecimento de dúvidas sobre hábitos alimentares e bom entendimento sobre os conhecimentos passados.

## CONCLUSÃO

Esse trabalho mostrou a importância de estimular rotinas saudáveis por meio da educação nutricional para essa população que trará benefícios para a saúde e contribuirá para um ritmo favorável de envelhecimento.

## REFERÊNCIAS

TUFTS UNIVERSITY. GERALD J. and DOROTHY R. Friedman School of Nutrition Science and Policy. **Modified MyPyramid for Older Adults**. Tufts Researchers Update Their Food Guide Pyramid for Older Adults. Disponível em: [http://nutrition.tufts.edu/1197972031385/Nutrition-Page-nl2w\\_1198058402614.html](http://nutrition.tufts.edu/1197972031385/Nutrition-Page-nl2w_1198058402614.html)

LICHTENSTEIN AH, RASMUSSEN H, YU WW, EPSTEIN SR, RUSSELL RM. **Modified MyPyramid for Older Adults**. J Nutr. 2008;138(1):5-11.  
Disponível em: <http://jn.nutrition.org/cgi/content/abstract/138/1/5>.

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2007.

Figura 1. Pirâmide Alimentar para Idosos

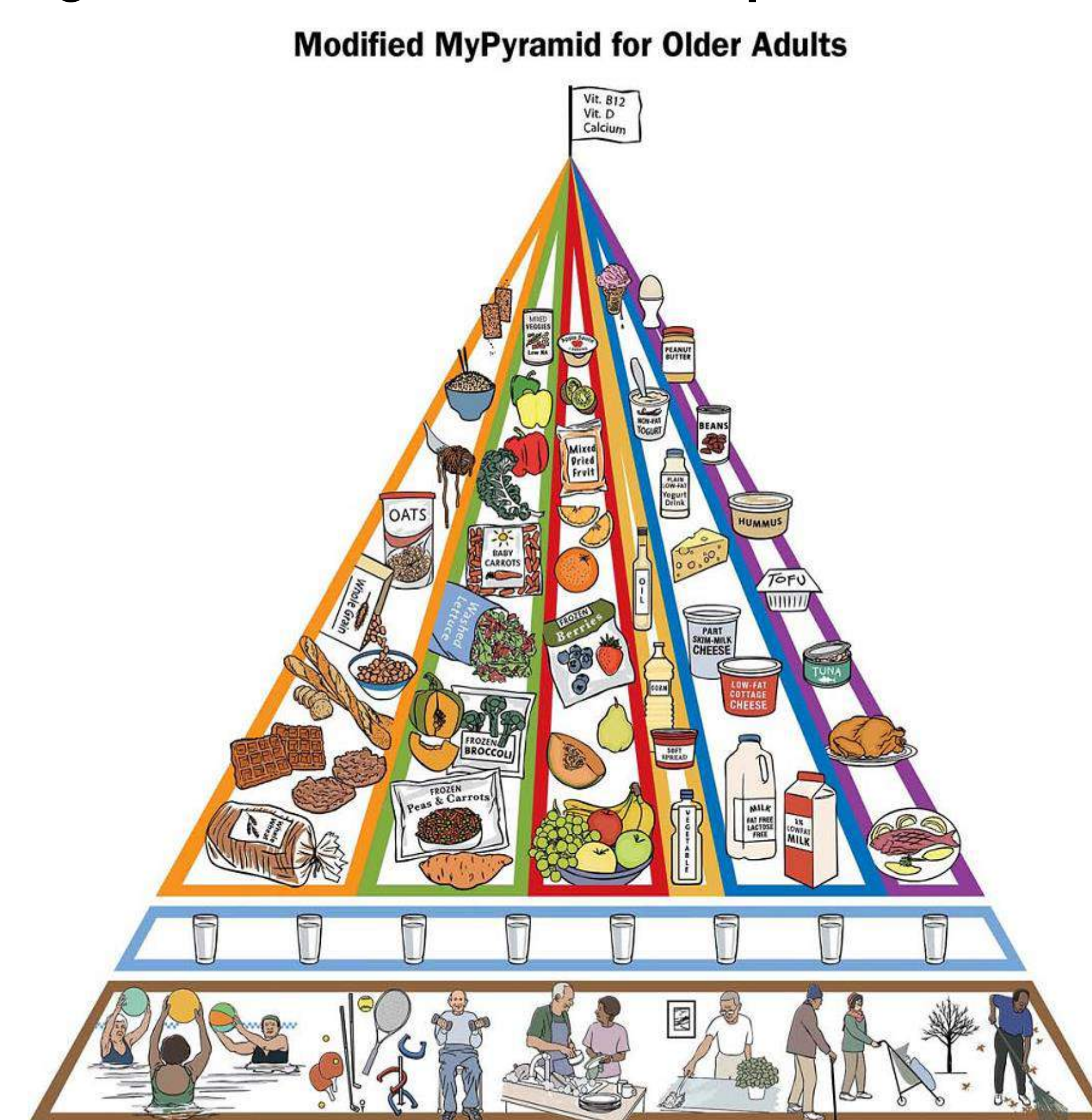


Figura 2. Demonstração da pirâmide alimentar



Figura 3. Material educativo



# ENDODONTIA SIMPLIFICADA NA APS/ESF

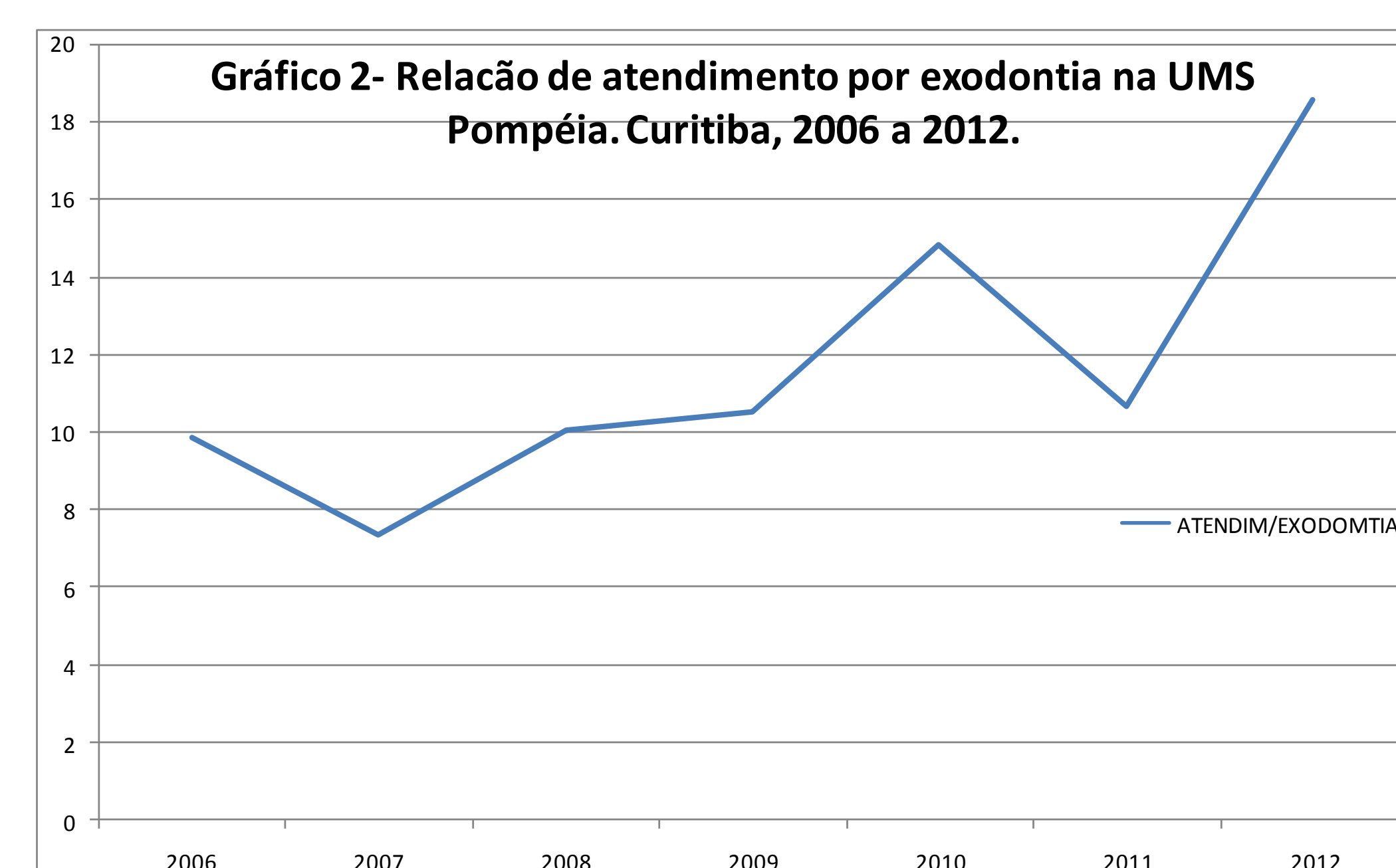
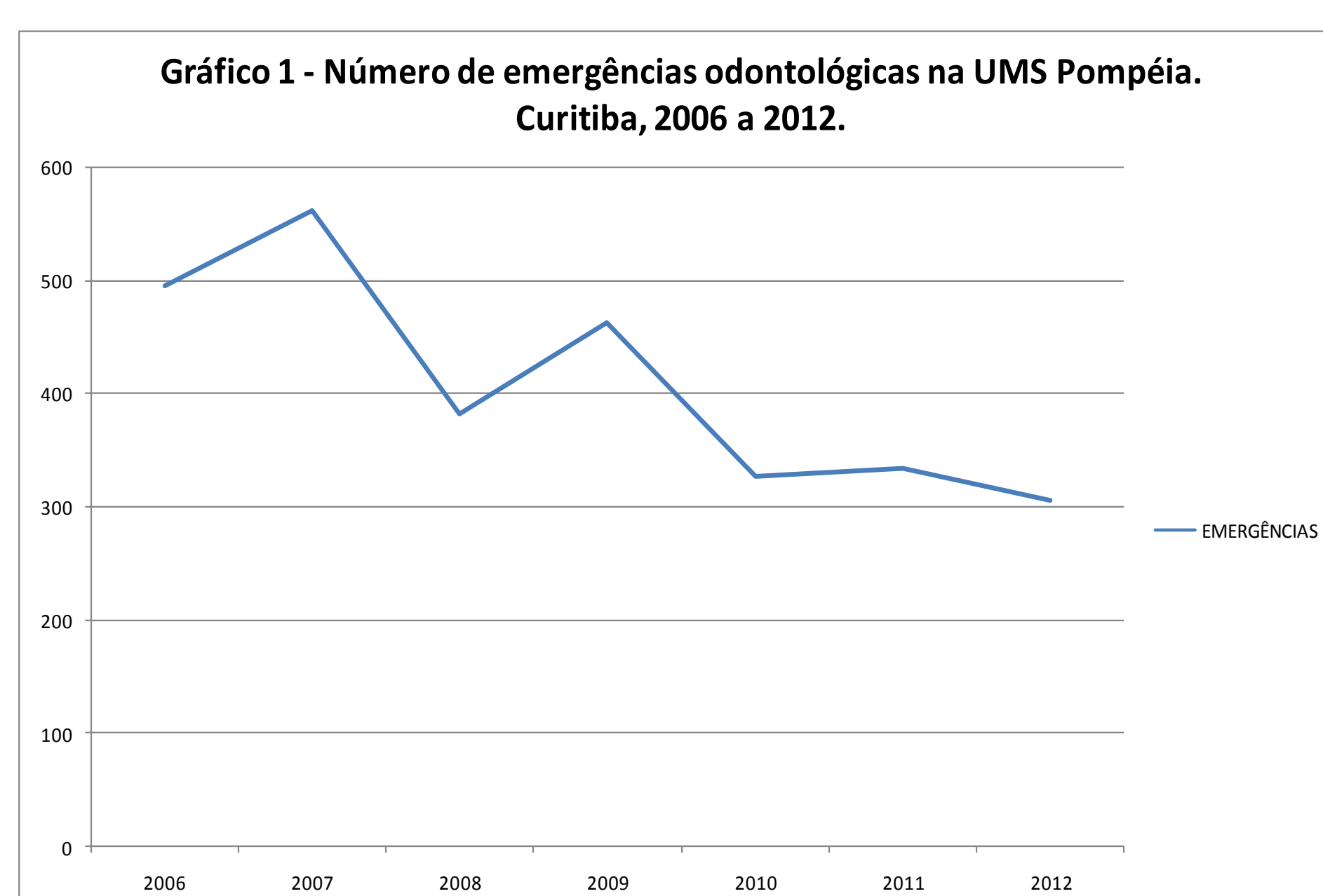
Autor/relator: PÉRICLES ANTONIO BARBOSA PINTO

UNIDADE DE SAÚDE POMPEIA  
SAÚDE BUCAL NA APS/ESF



## INTRODUÇÃO

O objetivo principal deste trabalho foi reduzir o índice de exodontias e emergências pós-curativo endodôntico, por demora no agendamento na especialidade, ou faltas neste, bem como aumentar a conclusão de tratamentos e realização de reconstruções estéticas em pacientes de notada exclusão social.



## DESENVOLVIMENTO

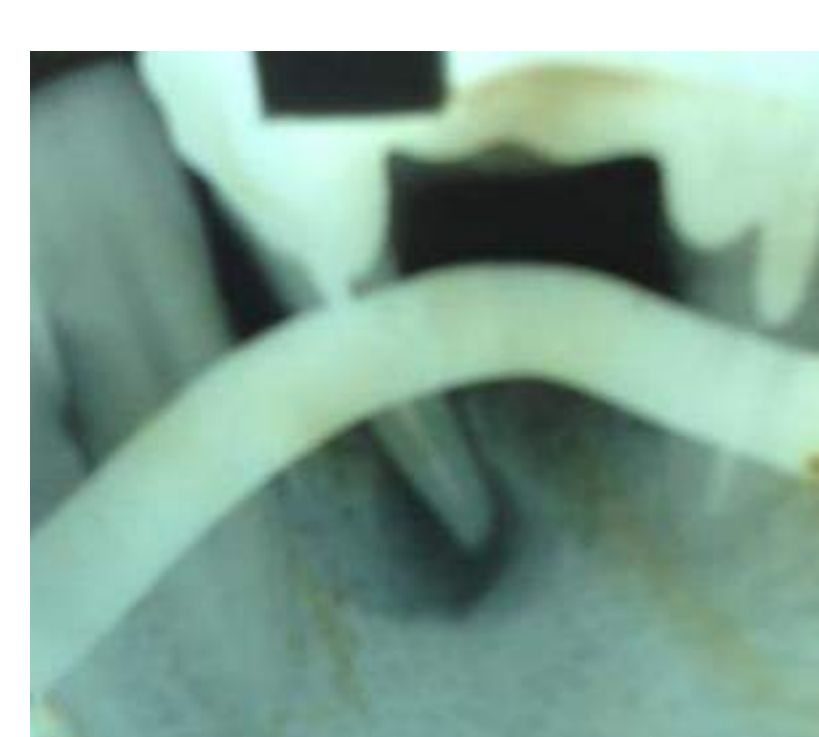
Após pesquisas na literatura sobre diversos materiais obturadores e observações clínicas dos resultados pós operatórios dos curativos endodônticos, chegou-se a uma eficiência ainda maior nos resultados pretendidos.

A utilização do uso de pasta de hidróxido de cálcio com iodofórmio em sua composição mostrou notada e fundamental eficiência nos resultados clínicos, com destaque para caso de fistula extra oral com regressão e cura da lesão.

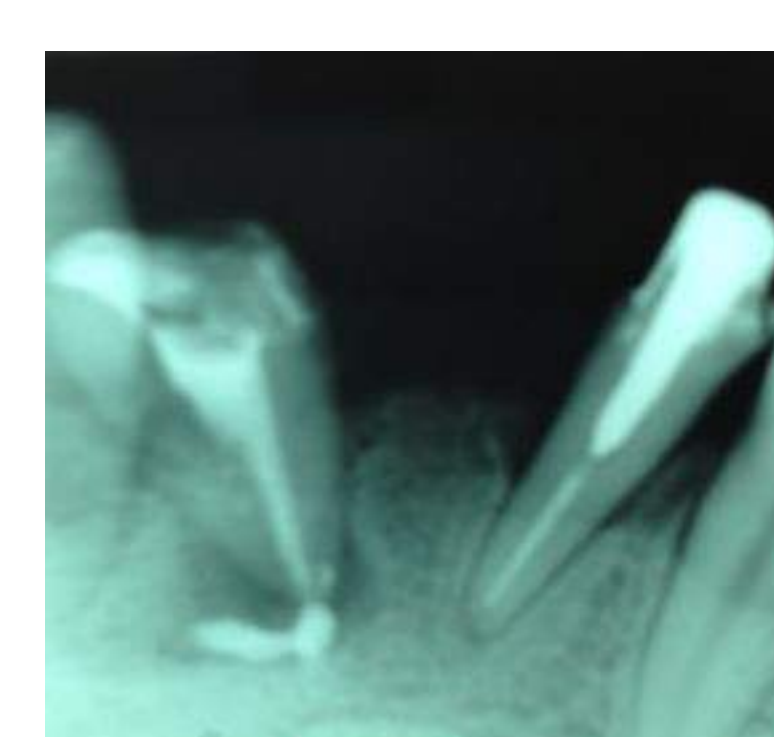
A técnica tem sido utilizada preferencialmente em dentes monoradiculares, devido à facilidade de acesso e instrumentação do canal pela média do comprimento dos mesmos utilizando limas 15, 20 e 25 para preparo, bolinhas de algodão estéril enroladas em lima 15 para secagem do canal e lentulo para a injeção do material a ser colocado intracanal.



**PAC. 1- ABR/12 AC.1- DEZ/13**



**PAC.2  
MAR/12**



**PAC.2  
ABR/12**



**PAC.2  
MAR/13**

## CONCLUSÃO

Obtiveram-se resultados excelentes com esta conduta, iniciando pela redução das emergências e consequente diminuição no número de exodontias, possibilitando o término dos tratamentos, uma vez que uma população com um risco social elevado, por vezes não tinha como comparecer ao dia agendado na especialidade.

O ponto inicial somos nós e independente do contexto em que estamos inseridos, nossas ações são fundamentais na evolução de qualquer processo.

# A VITÓRIA DO BRASIL É A GENTE QUE FAZ – PROJETO REALIZADO NA US SÃO BRAZ, DS SANTA FELICIDADE

Autor principal/relator: Ana Maria Filardo  
Colaboradores: Carolina C Poluceno; Ludimila L. Fernandes; Marcia Dias Pessoa; Rodrigo Nahhas Schmitz

Local de Trabalho: Unidade de Saúde São Braz  
Eixo Temático: Abordagem da Vulnerabilidade, Violência e Drogas



## INTRODUÇÃO

Em junho de 2014 o Brasil recebeu um dos maiores eventos esportivos do mundo, a Copa do mundo de futebol. Curitiba recebeu alguns jogos, e com isso tivemos a presença de muitos turistas estrangeiros. Pensando na vulnerabilidade dos nossos jovens, iniciamos este projeto para alertá-los sobre a exploração sexual infantil e de adolescentes na cidade de Curitiba.

## DESENVOLVIMENTO

A implantação do projeto foi feita por meio da discussão com os adolescentes alunos do Colégio Padre Silvestre Kandora, debatendo a ideia inicial e selecionado os interessados em participarem do projeto. Foram 25 adolescentes do 8º e 9º ano e 1º Adm. interessados. Este grupo decidiu o nome do projeto e se dividiu em 3 áreas: confecção de panfletos; palestras para outros adolescentes e comunidade; e criação da letra de uma música de rap com o tema focado no enfrentamento da exploração sexual.

A programação teve início com apresentações de palestras e distribuição dos panfletos no Colégio. Na sequência, os adolescentes cantaram a música de estilo RAP no evento em comemoração ao dia Mundial da Saúde realizado na UMS São Braz. Em outro momento, apresentaram-se no Colégio Padre Silvestre Kandora para os pais e adolescentes de outros colégios.

O encerramento do projeto acontece no Parque Barigui em parceria com a rede de proteção.

## CONCLUSÃO

Concluimos que, quando a saúde se une com a educação e os adolescentes são os protagonistas de suas ações, o resultado será o aumento na qualidade de vida dos mesmos como também de toda a sociedade em que estão inseridos, pois, as informações transmitidas pelos adolescentes com voz ativa são melhores absorvidas e multiplicadas.



**NÃO DEIXE QUE BRINQUEM COM A  
SUA INOCÊNCIA**



# ATENÇÃO À SAÚDE DOS TRABALHADORES CATADORES DE MATERIAIS RECICLÁVEIS

Autor principal/relator: Luciana A. Strobel.  
Colaboradores: Ana K. Pazda, Débora Cancela,  
Elver Moronte, Jociene Pimentel, Maria F.  
Pansini, Maria E. Ferraz; Maria Paula Costa.

Local de Trabalho: Centro de Referência em Saúde  
do Trabalhador – CEREST Curitiba  
Eixo Temático: Vigilâncias - Saúde do Trabalhador



## INTRODUÇÃO

O projeto visa a promoção à saúde dos catadores de material reciclável do município de Curitiba, bem como a prevenção de doenças, por meio do mapeamento do território e do cadastro dos catadores, garantindo prioritariamente a imunização contra Hepatite B, Dupla Adulto e demais vacinas oferecidas pelo Programa Nacional de Imunização.

## DESENVOLVIMENTO

A metodologia utilizada consiste no cadastro de todos os catadores na ficha cadastral da Atenção Primária à Saúde; imunização dos catadores (cobertura vacinal contra Hepatite B e dupla adulto); análise do posto de trabalho (exposição a situação de risco para leptospirose, exposição a acidente com material biológico, risco de acidente com material cortante e contaminado, risco de incêndio entre outros), ações educativas na comunidade e barracões de reciclagem.

Essas ações são realizadas pelas equipes envolvidas (UMS, Vigilância Sanitária, Ambiental e CEREST)

O projeto piloto iniciou na área de abrangência da UMS Capanema, localizada na Vila Torres, Distrito Sanitário Matriz e se estendeu ao Distrito Sanitário Cajuru, nos locais onde há grande concentração de catadores e barracões de material reciclável. O monitoramento acontece por meio do cadastro e controle de vacinas da UMS.

## CONCLUSÃO

O projeto piloto demonstrou que as equipes das Unidades de Saúde conhecem a população e mantém cadastro de grande parte dos catadores, porém, estas pessoas não estão identificadas no cadastro das Unidades de Saúde, conforme a Classificação Brasileira de Ocupações CBO (Catador de Material Reciclável) e consequentemente não foram priorizadas para imunização contra Hepatite B e Dupla Adulto. Há também dificuldades de se relacionar as doenças que os catadores de material reciclável estão expostas pela sua atividade laboral, como por exemplo a Leptospirose, Ler/Dort e outras. Diante destas questões, as ações desenvolvidas no projeto piloto passaram a integrar o Plano Municipal de Saúde do Município de Curitiba, para superação das dificuldades relatadas.



Posto de trabalho, mesa de separação de material reciclável



Ambiente de trabalho - Barracão de Reciclagem



Área de circulação interna do barracão

# ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO AMBULATORIAL EM CURITIBA: ANÁLISE COM RELAÇÃO A ACESSO E OFERTA DE SERVIÇOS

Gisela Soares de Souza  
Orientadora: Profa. Valeria Cabral Neves UFPR

NASF 1 Boa Vista  
Eixo Temático: Gestão em saúde



## INTRODUÇÃO

Visto que o atendimento fisioterapêutico constitui importante etapa da assistência a saúde, em especial no que diz respeito à garantia de autonomia e independência dos usuários que é garantida pelo acesso aos serviços de reabilitação, este trabalho busca a implantação de melhorias no âmbito do atendimento de média complexidade em fisioterapia no município de Curitiba

Realizou-se estudo da situação atual e uma proposta de intervenção que melhorasse a oferta de atendimento ambulatorial de fisioterapia na cidade de Curitiba, garantindo acesso e maior resolutividade da atenção, por meio da oferta regionalmente melhor distribuída e em número suficiente de procedimentos.

## DESENVOLVIMENTO

Foi realizada análise de documentos e dados públicos fornecidos pelo SIH/SUS disponível no DATASUS referentes à produção ambulatorial do SUS entre os anos de 2008 e 2013, além de relatórios de gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba e dados do CNES e IBGE. Os procedimentos realizados foram relacionados aos dados de morbimortalidade da cidade, analisando-se a potencial demanda para a especialidade.

Percebeu-se que o atendimento em Curitiba é realizado eminentemente por prestadores privados, em especial para o grupo de procedimentos denominado “alterações motoras” e para o grupo etário acima de 40 anos. Apesar de haver aumento progressivo dos gastos com procedimentos fisioterapêuticos, ainda há grande diferença entre os dados do DATASUS para pagamentos de procedimentos de fisioterapia e os parâmetros de cobertura recomendados pela portaria 1101/2002/MS. Além disso, percebe-se que, o pagamento de procedimentos é concentrado para o tratamento de patologias do grupo “alterações motoras”, os quais são principalmente osteomusculares, sendo que, para outras questões prevalentes (como distúrbios respiratórios, uroginecológicos e neuromotores), os usuários não recebem este atendimento.

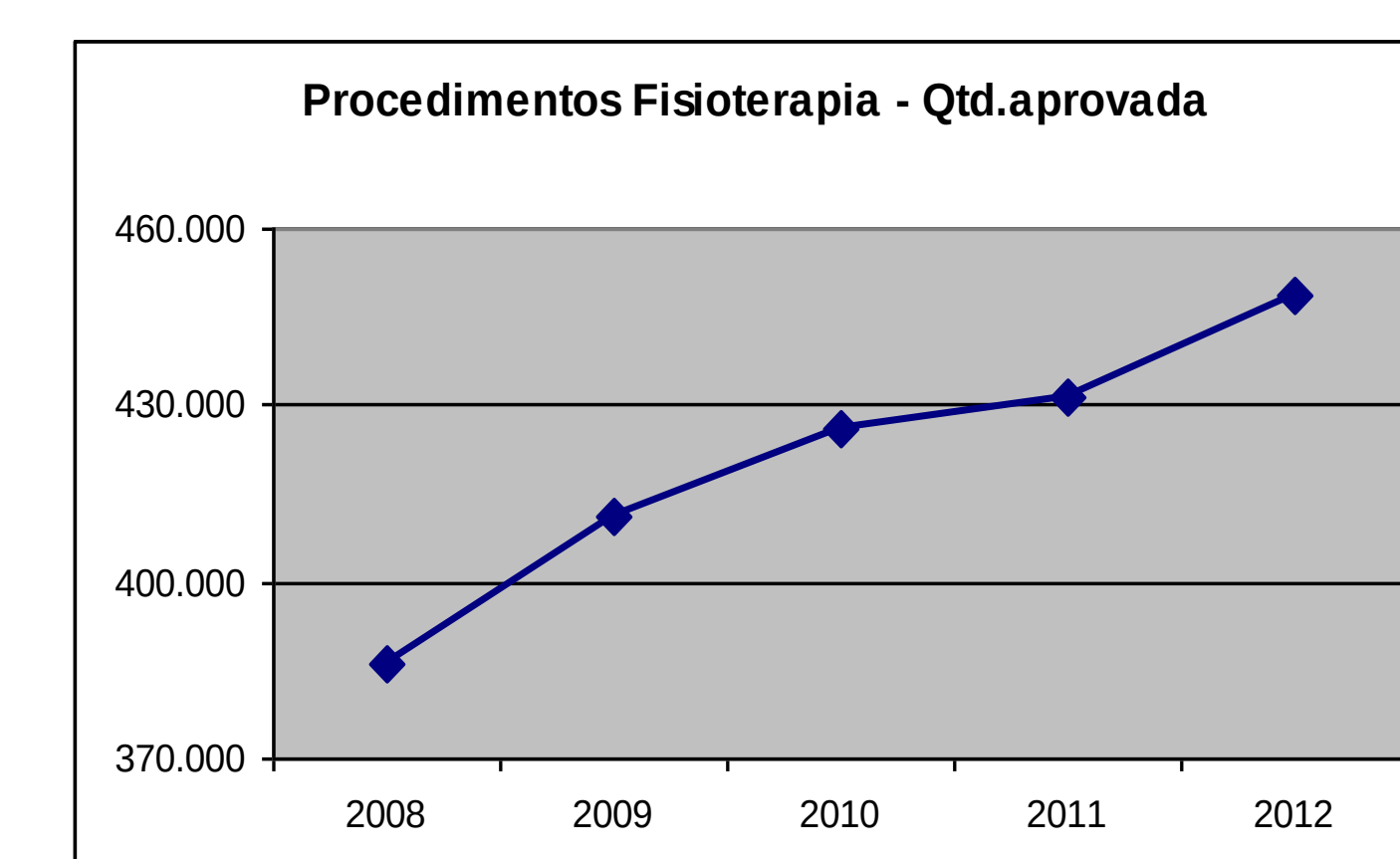
Como estratégias de melhoria do atendimento sugere-se, entre outras ações, aumentar progressivamente a disponibilidade de procedimentos de fisioterapia em média complexidade e refazer os contratos com as clínicas prestadoras atuais, estudar a viabilidade de uma clínica municipal e/ou realizar novas contratualizações considerando localização geográfica e padrões de qualidade.

## CONCLUSÃO

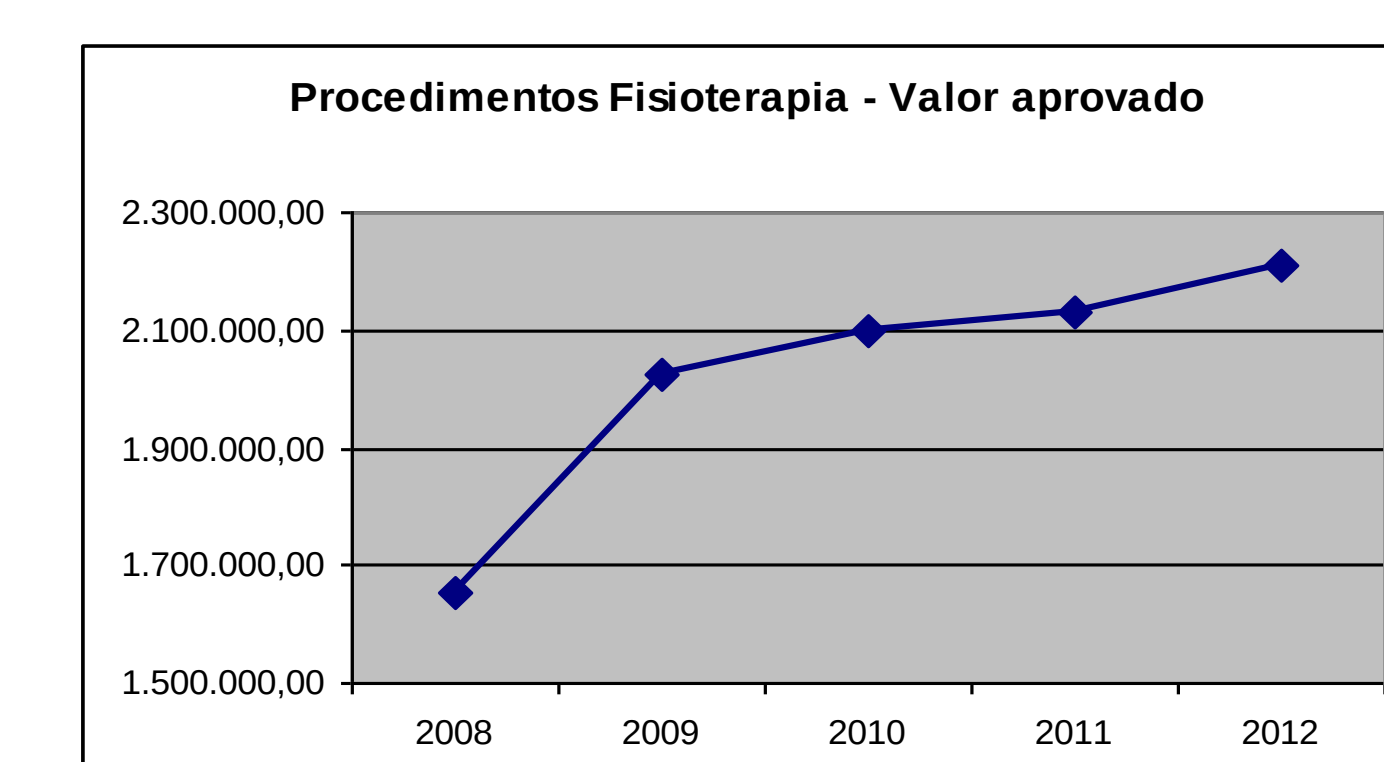
Os resultados nos levam a questionar resolutividade da atenção ofertada e salienta a necessidade de se desenvolverem ações para aumentar a qualidade do atendimento. As modificações desta realidade, no entanto, são complexas e envolvem a participação de várias instâncias da SMS e de toda a rede de atenção, inclusive do controle social, mas é de grande relevância para aumento da resolutividade da atenção à saúde no SUS.

## REFERÊNCIAS

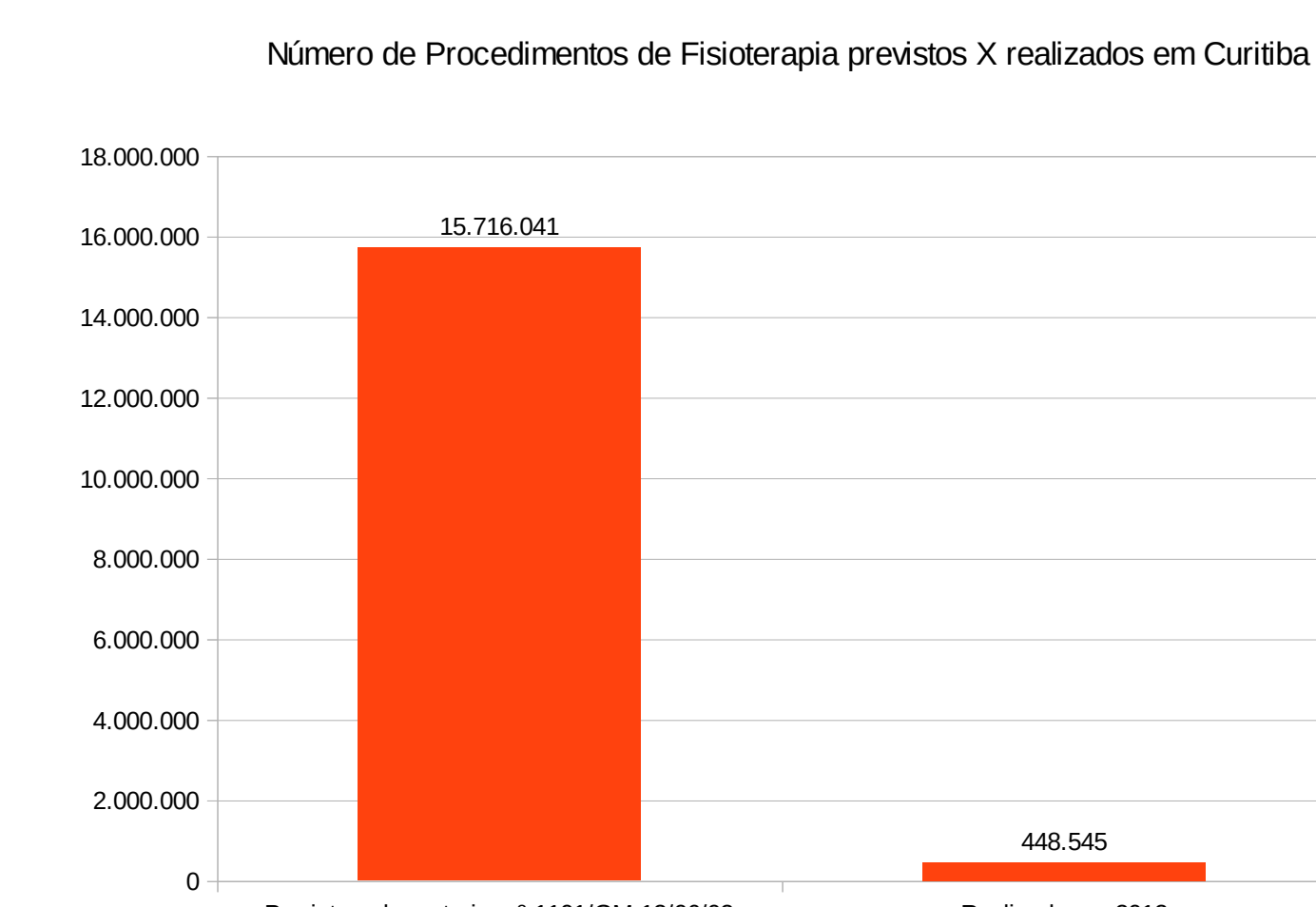
- 1)BRASIL. PORTARIA N.º 1101/GM DE 12 DE JUNHO DE 2002. Dispõe sobre os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União 2002; 12 jun.
- 2)BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2011. 223 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011;
- 3).MENDES, EV. Os Grandes Dilemas do SUS. Coleção Saúde Coletiva, Editora Casa da Saúde, 2001.



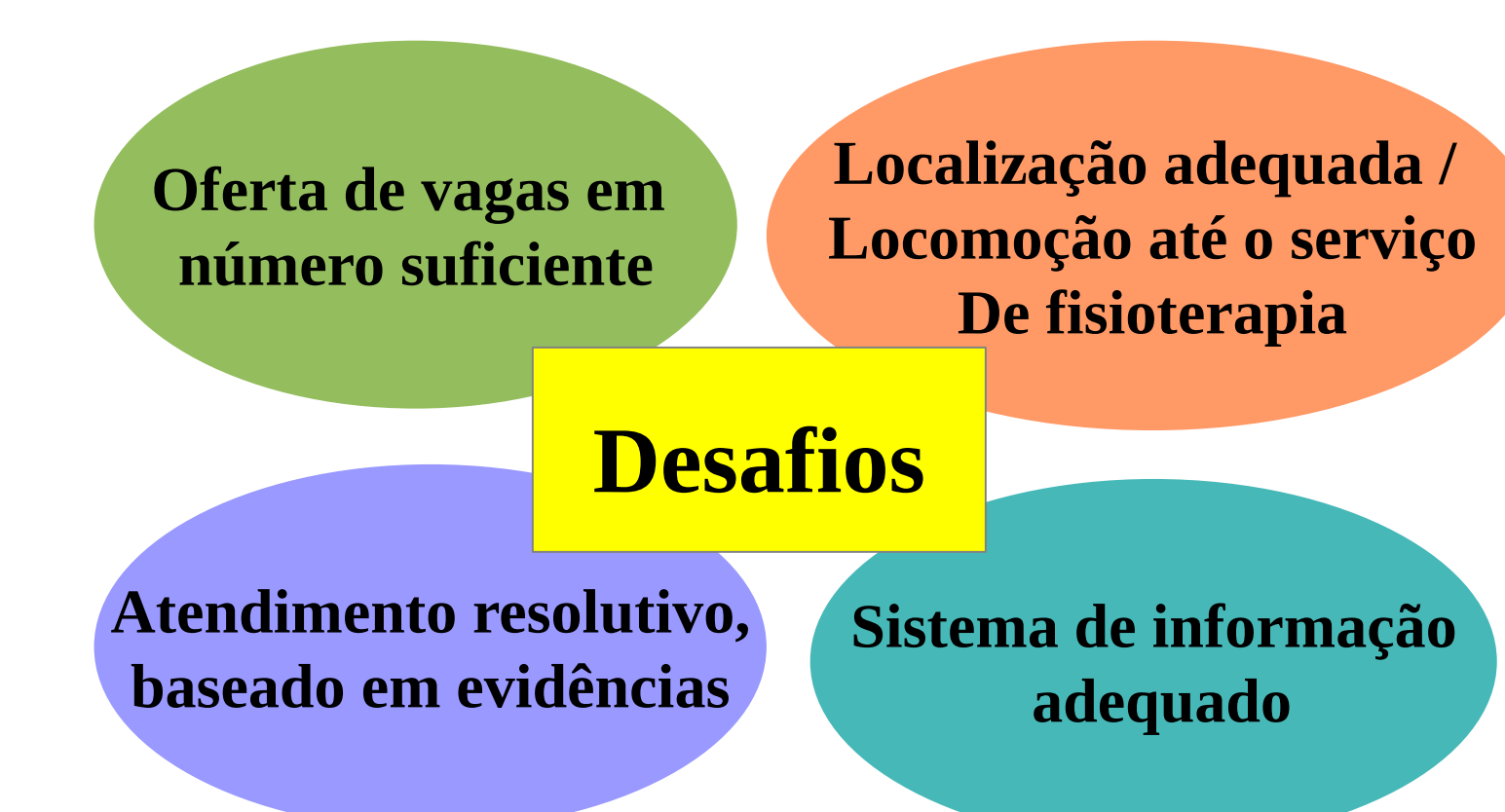
Fonte: (cite a fonte)



Fonte: (cite a fonte)



Fonte: (cite a fonte)



# AÇÃO SANITÁRIA EM SALÕES DE BELEZA DO DISTRITO SANITÁRIO DO BOQUEIRÃO

Autor principal/relator: Luciane Maluf  
Colaboradores: Aline Bortolini, Andrea dos Santos Justus.

Local de Trabalho: Distrito Sanitário do Boqueirão.  
Eixo Temático: Vigilâncias (epidemiológica, sanitária, ambiental, saúde do trabalhador)



## INTRODUÇÃO

Uma série de problemas de saúde pode ser resolvida interligando as dimensões da vigilância em saúde: eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde. A assistência médico-sanitarista baseada na lógica das Redes de Atenção e Intersetorialidade. Nesse sentido, a resolução do aumento de casos de hepatites virais na população está na utilização das vigilâncias como fonte de dados e agentes de mudanças nas práticas de esterilização de instrumentais, reduzindo assim as chances de contaminação em salões de beleza em Curitiba – PR. Em inspeções constatou-se o desconhecimento sobre o processo de esterilização dos instrumentais (alicate, espátula e afins) utilizados no trabalho das manicures/pêdicures e sobre os riscos de doenças transmissíveis aos quais estão expostas as profissionais e os seus clientes. Assim como realizar o processo de esterilização de acordo com a legislação sanitária vigente

## DESENVOLVIMENTO

O trabalho em rede é essencial no caso de prevenção das Hepatites Virais. O primeiro passo foi a escolha da Unidade de Saúde, o critério seria o equipamento com maiores índices de casos notificados e dados de Hepatites Virais acompanhados pela Equipe de Vigilância Epidemiológica. O segundo passo, foi o apoio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) na identificação da população de risco (Manicures e Salões de Beleza). As ACS, realizaram um levantamento de todos os estabelecimentos e repassaram para a Vigilância Sanitária. Com posse desses dados, a Vigilância Sanitária local atuou com foco na orientação da correta esterilização de instrumental de manicures e pedicures. Utilizando o princípio da intersetorialidade podemos envolver os Equipamentos de Assistência Social, Ensino Profissionalizante e Secretaria do Trabalho. No Distrito Sanitário do Boqueirão foram notificados o total de 78 casos de hepatites virais no ano de 2013, sendo que 11 desses casos são de uma única Unidade Municipal de Saúde.

## CONCLUSÃO

As motivações da reunião foram problematizadas com os responsáveis, o desafio maior levantado é aquisição da autoclave, pois a grande maioria dos salões é de pequeno porte e também na periferia da cidade. Para solucionar o problema do processo de trabalho inadequado relativo aos materiais esterilizados foi orientado que cada cliente leve seu próprio material e os salões de beleza estarão adquirindo a autoclave, visto além da exigência legal, a necessidade de não colocar em risco à saúde da população.

## REFERÊNCIAS

BRASIL, 1994. Processamento de artigos e superfícies em estabelecimentos de saúde. Brasília. Ministério da Saúde. Coordenadoria de Controle de Infecção Hospitalar. 2º ed. Brasília. 1994.  
CAMPOS, Gastão Wagner Sousa. Vigilância Sanitária: Responsabilidade Pública na Proteção e Promoção da Saúde. [http://www.anvisa.gov.br/divulga/conavisa/cadernos/eixo1\\_texto01.pdf](http://www.anvisa.gov.br/divulga/conavisa/cadernos/eixo1_texto01.pdf). Acesso em 05.11.2014.  
FINKELMAN, Jacobo (Org.) Caminhos da saúde pública no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.  
MACHADO, Jorge Mesquita Huet; Porto, Marcelo Firpo de Souza Porto. Promoção da Saúde e Intersetorialidade: a experiência da vigilância em saúde do trabalhador nas construções de rede. Epidemiologia e Serviços de Saúde, 12 (3): 121 – 130, 2003.  
MENDES, V. Eugênio. As redes de atenção à saúde. RevMed Minas Gerais 2008; 18(4Supl 4): S3-S11, 2009.  
OLIVEIRA, Cátia Martins; Casanova, Ângela Oliveira. Vigilância da saúde no espaço de práticas da atenção básica. Ciência & Saúde Coletiva, 14 (3): 929 – 936, 2009.  
ROCHA, M.F. Cristianne. As Redes em Saúde: entre limites e possibilidades. 2005 VI Congresso Nacional da Rede Unida (Belo Horizonte, MG, Brasil, de 2 a 5 de julho de 2005 e necessárias discussões sobre o(s) tema(s) tratado(s).

| Ações                                                                  | Estratégias                                                                            | Prazos       | Responsáveis                                              |
|------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-----------------------------------------------------------|
| Reunião com os gestores do Distrito Sanitário do Boqueirão             | Explicar o projeto, obter aprovação.                                                   | 06/2014      | Luciane Maluf                                             |
| Reunião com os agentes comunitários e coordenadora da Unidade de Saúde | Agentes comunitários fazer busca ativa das manicures da área                           | 08/2014      | Luciane Maluf                                             |
| Fazer as turmas de manicures                                           | Vinte manicures por Turma.                                                             | 09/2014      | Luciane Maluf                                             |
| Preparar as palestras para as manicures.                               | Ação Educativa e será realizado a imunização contra Hepatite B para às quem necessitar | 09 e 10/2014 | Luciane Maluf                                             |
| Fazer Avaliação das oficinas das manicures                             | Através de inspeções realizadas nos estabelecimentos das manicures                     | 10/2014      | Luciane Maluf, Andrea dos Santos Justus e Aline Bortolini |
| Entrega de certificado                                                 | As manicures que estiverem dentro da legislação vigente.                               | 01/2015      | Luciane Maluf                                             |



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**



CURITIBA

# A IMPORTÂNCIA DA ODONTOLOGIA NA SAÚDE MENTAL

Autor principal/relator: Elaine S.O.Cornelius  
Colaboradores: Gislaine M. Thomaz  
João G. F. Borgio  
Maria Erondina Oliveira

Local de Trabalho: UBS ESF SÃO DOMINGOS.  
Eixo Temático: NASF



## INTRODUÇÃO

O modelo do NASF visa o apoio as equipes de saúde com intuito de fomentar as discussões trazendo o respaldo técnico específico de cada profissão proporcionando o resgate e o trabalho nos casos complexos. A multidisciplinaridade que compõe as equipes ESF e NASF favorece a atenção a saúde integral ao indivíduo na sua singularidade, onde o acesso ao sistema primário de saúde possui muitas portas de acesso e muitas possibilidades de vínculo. Dentre estas portas de acesso à UBS, este trabalho tem como objetivo retratar a importância do trabalho multidisciplinar da odontologia com o NASF para consolidação do vínculo e construção de um tratamento singular.

## METODOLOGIA

Este trabalho consiste no relato de uma experiência e foi elaborado a partir do caso do paciente PCRB, cadastrado na UBS ESF São Domingos, que compareceu a odontologia no mês de Outubro de 2013 e vem sendo acompanhado até o momento. A importância do relato deste caso se dá pela sua interface com as práticas da equipe da odontologia da ESF, equipe multidisciplinar e intersetorial.

## RESULTADO E DISCUSSÃO

Em decorrência do ingresso da psicóloga e do psiquiatra do NASF no trabalho da UBS ESF São Domingos, iniciou-se uma abertura na discussão dos casos complexos de saúde mental que há algum tempo vinham acontecendo sem êxito. Casos estes que se defrontam com tantas variáveis situacionais e de saúde de um modo geral que inviabilizam ações que consiga propor um tratamento adequado de saúde mental e mudança nas condições de vidas desses indivíduos. Neste período a odontologia da US ESF São Domingos recebeu um paciente na condição de urgência odontológica que muito falava, sem correlação com a realidade, sobre assuntos diversos, palavras soltas e vagas, citações de livros. Paciente sexo masculino, por volta dos 40 anos, alto, bem apessoado, asseado, inquieto e que pouco nos ouvia. Tinha um pedido: “cola meus dentes”. Era conhecido pela equipe responsável pela área, mas sem acompanhamento de saúde, pois perdera sua mãe que era a referência dele com a US. Para o início de um tratamento odontológico, necessitávamos contato com um familiar responsável para investigação de sua saúde geral e planejamento do caso, visto que envolvia exodontias e reabilitação estética, que era a sua queixa principal. A odontologia solicitou reunião com psicóloga NASF para discussão do caso. E a partir do reconhecimento deste paciente pela saúde mental do NASF, traçou em conjunto, ações como busca de uma referência familiar, informações em área com as ACS, manutenção do vínculo com a odontologia através do tratamento odontológico, encaminhamento para o CAPS, aproximação com equipe enfermagem, apoio de equipamentos sociais da área como farol do saber e instituições privadas parceiras como CNAPS, visando dar condições ao paciente de receber o tratamento odontológico desejado e a autonomia compartilhada com a família através da reinserção social.

## CONCLUSÃO

Ao longo deste acompanhamento percebemos a importância de aproximações multidisciplinares e intersetoriais para planejar e replanejar as ações em busca de novas soluções que se adequam ao perfil e necessidade deste paciente. Atualmente este paciente está medicado, com comportamento tranquilo, conexo com a realidade, realizando seu tratamento reabilitador estético num curso de pós-graduação odontológico com recurso proveniente do benefício do INSS. Ele decidiu em conjunto com sua família, que seu maior desejo seria investir no seu sorriso. Afinal, como disse: “Eu preciso sorrir”.

# A IMPORTÂNCIA DO PLANEJAMENTO PARA AS ATIVIDADES DE SAÚDE BUCAL

Autor principal/relator: Elaine S. O. Cornélius  
Colaboradores: Suely T. S. Araújo  
Naya C. da Rosa

Local de Trabalho: UBS ESF São Domingos.  
Eixo Temático: Saúde Bucal



## INTRODUÇÃO

Para o êxito do trabalho na ESF é necessário o reconhecimento territorial, epidemiológico, sócio/cultural e político de sua comunidade. Para o alcance da integralidade da atenção à saúde de uma população, a inclusão de equipes NASF como apoiadores nos processos de trabalho, em conjunto com o trabalho dos Agentes Comunitários de saúde, no planejamento e acompanhamento do resultado das ações é fundamental. O Planejamento Estratégico Situacional deve ser realizado em conjunto com a comunidade, afim de construir uma corresponsabilização e autonomia do cuidado.

Segundo Hartz et al. (2005), "Avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. Sendo assim o objetivo deste trabalho é apresentar o relato de experiência da equipe de saúde bucal de um ESF, destacando a integração do trabalho multidisciplinar na ESF e a intersetorialidade com o PSE.



## DESENVOLVIMENTO

Em decorrência da inexistência de equipamentos odontológicos em nossa unidade, por motivos alheios à gestão municipal, foi necessário uma reestruturação do trabalho da equipe de saúde bucal. Durante o período sem equipamentos, a equipe odontológica cancelava as agendas, realizando avaliação das procuras espontâneas, medicação e encaminhamento dos pacientes de urgência e emergência, apoiando as atividades de enfermagem e administrativas na Unidade de saúde. Mas no âmbito de saúde bucal o que fazer e como fazer estando inseridos numa estratégia de saúde da família?

Neste período foi necessário realizar avaliação para subsidiar a tomada de decisão para o novo planejamento.

De posse das informações levantadas pelo PSE (Programa Saúde da Escola) refizemos o planejamento com ações diferenciadas extra clínica, após apresentada e negociada as novas propostas com os gestores da SMS, foi agendada reunião com o conselho local de saúde e apresentado o novo planejamento, destacando-se as seguintes ações: - análise dos dados do PSE em conjunto com a enfermagem e profissionais NASF (nutricionista, psicóloga); - realizar visita domiciliar as famílias das crianças que apresentaram cárie em primeiro molar para orientação da família e procedimento de ART; - visita à lactentes, gestantes, acamados e saúde mental; - atividades de orientação de higiene e dieta, controle de placa e programa de flúor, objetivando dar continuidade no acompanhamento dos grupos priorizados e também dedicar-se as atividades externas.



## CONCLUSÃO

Essa experiência significou que é preciso avaliações críticas e sistemáticas nos processos de trabalho e resultados. Quando a organização de uma equipe é baseada num planejamento compartilhado entre os profissionais, gestores e a comunidade, o resultado de responsabilização pelas ações empodera o comprometimento de todos. O processo de avaliação crítica dos resultados obtidos nas ações significa a busca de novas práticas na atenção à saúde para o alcance de reais mudanças no comportamento/ saúde do indivíduo e sua coletividade. A grande dificuldade encontrada pela equipe foi ao se defrontar os dados apresentados no PSE, mudar o paradigma que a "odontologia está a disposição, mas é a comunidade que não tem o interesse pela saúde bucal" e motivar a equipe para mudanças.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Hartz MZA et al. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Fio Cruz 2005.

# A IMPORTÂNCIA DO VÍNCULO DA ENFERMEIRA COM A GESTANTE DURANTE O PRÉ-NATAL

Autor principal/relator: Juliana Moleta  
Colaboradores: Jéssica Cristina Ruths

Local de Trabalho: USF João Cândido  
Eixo Temático: Redes de atenção – linhas de cuidado (gestante)



## INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem por objetivo demonstrar a importância do vínculo do profissional enfermeiro com a gestante durante o pré-natal, nas consultas subsequentes em uma Unidade de Saúde de Curitiba – Paraná.

## METODOLOGIA

No campo de saúde da mulher e especialmente em obstetrícia, a enfermeira desempenha papel significativo na prática humanizada. Durante a gestação a mulher pode apresentar sinais de medo, insegurança e curiosidade. A angústia aparentada pela gestante em alguns casos pode influenciar diretamente na escolha pelo parto cirúrgico (NERY; TOCANTINS, 2006).

O pré-natal de qualidade se dá por meio do acolhimento, através da assistência integral, onde a enfermeira poderá intervir caso haja necessidade. O vínculo entre profissional e paciente é a peça chave para que haja um parto e puerpério de qualidade (GUERREIRO et al, 2012).

O acolhimento deverá ser um compromisso da enfermeira, com frequência baseada na idade gestacional (conforme protocolo do Ministério da Saúde) possibilitando à futura mãe sanar suas dúvidas. Nas consultas é importante que haja orientação sobre alimentação, aleitamento materno, tipos de parto, sinais do parto, sexualidade, vacinação, cuidados de higiene corporal e bucal, exame citopatológico, atividade física e posteriormente cuidados com o recém-nascido (BRASIL, 2006).

## CONSIDERAÇÕES

Com base no pressuposto, a enfermeira deverá prestar cuidado integral à gestante durante todo o pré-natal, facilitando seu entendimento e esclarecendo suas dúvidas, atentando-se para os aspectos humanísticos e a autonomia da paciente, perpassando-lhe segurança e motivação para o enfrentamento das possíveis intercorrências do período gestacional. O pré-natal é sem dúvida a preparação da mulher para o parto e é o momento de transmitir apoio em diversos aspectos, corroborando consequentemente para a redução de riscos de complicações.

## REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. Caderno nº 5. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

GUERREIRO, Eryjosy Marculino; RODRIGUES, Dafne Paiva; SILVEIRA, Maria Adelaide Moura da; LUCENA, NAJORI, Bárbara Ferreira de. O cuidado pré-natal na atenção básica de saúde sob o olhar de gestantes e enfermeiros. Rev Mineira Enferm. 2006; 7 (1).

NERY, TA; TOCANTINS, FR. O enfermeiro e a consulta pré-natal: o significado da ação de assistir a gestante. Rev Enferm UERJ. 2006;14(1):87-92.

# COLEGIADO GESTOR UMS XAPINHAL

Autor principal/relator: Alzira Derenievicki  
Colaboradores: Gabriele N. Cassemiro, Vera Lucia  
N. Lima, Rosemeri Horokoski, Avana Mocelin,  
Mario Casassa Neto

Local de Trabalho: UMS Xapinhal  
Eixo Temático: Planejamento, monitoramento e  
avaliação em saúde



## INTRODUÇÃO

Um dos desafios em 2014, foi a implantação do Colegiado Gestor na UMS Xapinhal. Esta estratégia veio fortalecer a gestão compartilhadas nas tomadas de decisões da Unidade em parceria com representantes dos membros da equipe da ESF.

## DESENVOLVIMENTO

O desafio da implantação do Colegiado Gestor iniciou com a busca do entendimento, objetivos e fortalecimento do gestor para dar efetividade a seu desenvolvimento.

Em reunião de equipe, por livre vontade dos servidores, montamos a equipe titular e suplente composta por um representante de cada categoria profissional. A primeira reunião se deu em julho/2014 e contamos com a participação dos membros da SMS, fortalecendo ainda mais o grupo. Fizemos as duas primeiras reuniões com intervalo de quinze dias e as demais mensalmente.

## CONCLUSÃO

A gestão compartilhada através do Colegiado Gestor, fortaleceu a equipe de ESF da UMS Xapinhal, trouxe transparência, igualdade, motivação para a realização do trabalho, beneficiando não somente a gestão e a equipe, mas também a população da área com melhor qualidade no atendimento e resultados significativos.

## REFERÊNCIAS

[bvsms.saude.gov.br/.../humanizasus\\_documento\\_gestores\\_trabalhadores](http://bvsms.saude.gov.br/.../humanizasus_documento_gestores_trabalhadores)



# GRUPO DE CONVIVÊNCIA VIVER BEM

Autor principal/relator: Eliane Bianco  
Colaboradores: Heloan Prado e Kaimi Costa

Local de Trabalho: UMS São Paulo.  
Eixo Temático: Humanização, ética e bioética em saúde



## INTRODUÇÃO

O Grupo Viver Bem é uma continuidade do Grupo Curitiba Minha Casa, criado em 2005 com uma iniciativa da FAS, ao término deste projeto percebemos a necessidade de manter os encontros do grupo, pois havia grande interesse dos participantes. Atualmente nossos encontros acontecem semanalmente em uma paróquia do bairro. Nosso foco é motivar e incentivar a participação das pessoas no grupo integrando-as na sociedade com bom humor, amizade e fraternidade. Enriquecer a visão de mundo, agregar valores e despertar para novos projetos que tenham o bem estar como principal meta.

## DESENVOLVIMENTO

Sabendo que idosos e pessoas com problemas de depressão, vivenciam o isolamento social e comumente vivem excluídos dos ambientes de relações interpessoais, perdendo seus vínculos de amizade, o Grupo Viver Bem promove estes encontros para que se sintam novamente inseridos na sociedade.

O objetivo dos encontros é aumentar o vínculo com a Unidade de Saúde, promover a reinserção social dos participantes, através do convívio com outras pessoas de diversas faixas etárias e também promover ações de Educação em Saúde, como: fisioterapia, psicologia, saúde bucal, nutrição, orientações sobre medicações com o farmacêutico, osteoporose e reposição hormonal com médicos, ginástica laboral entre outras.

## CONCLUSÃO

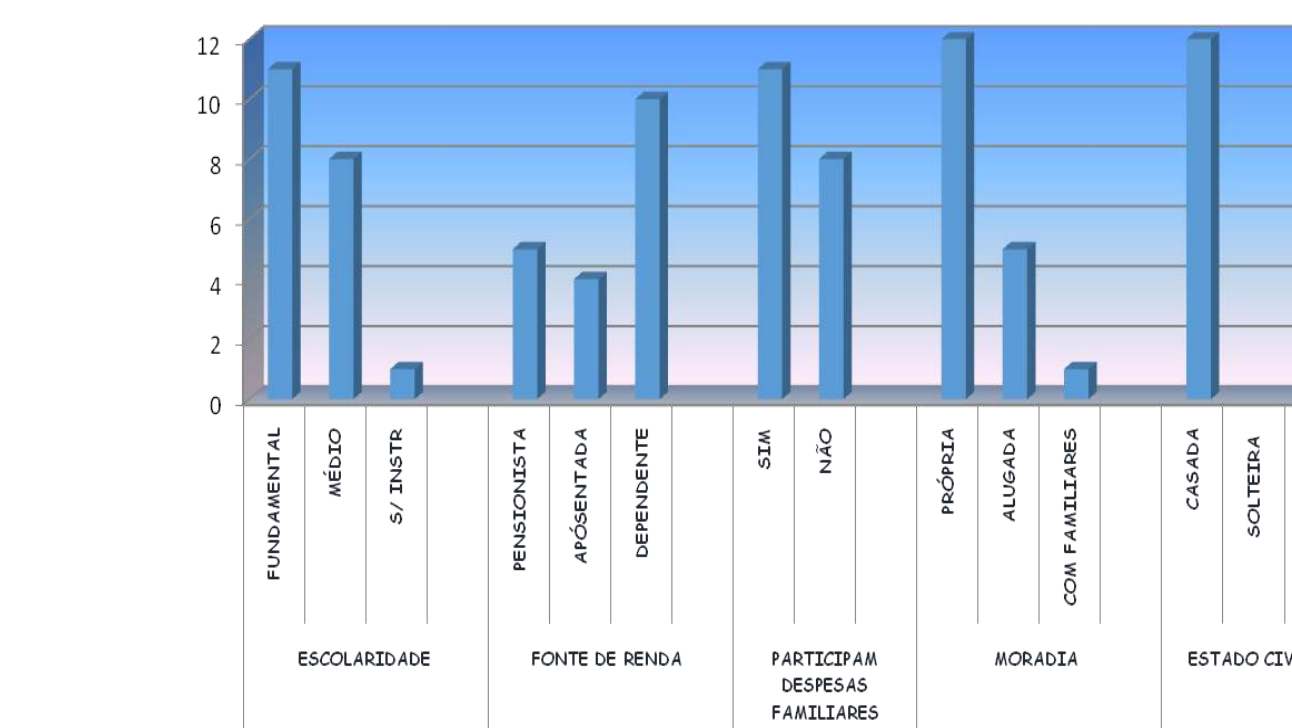
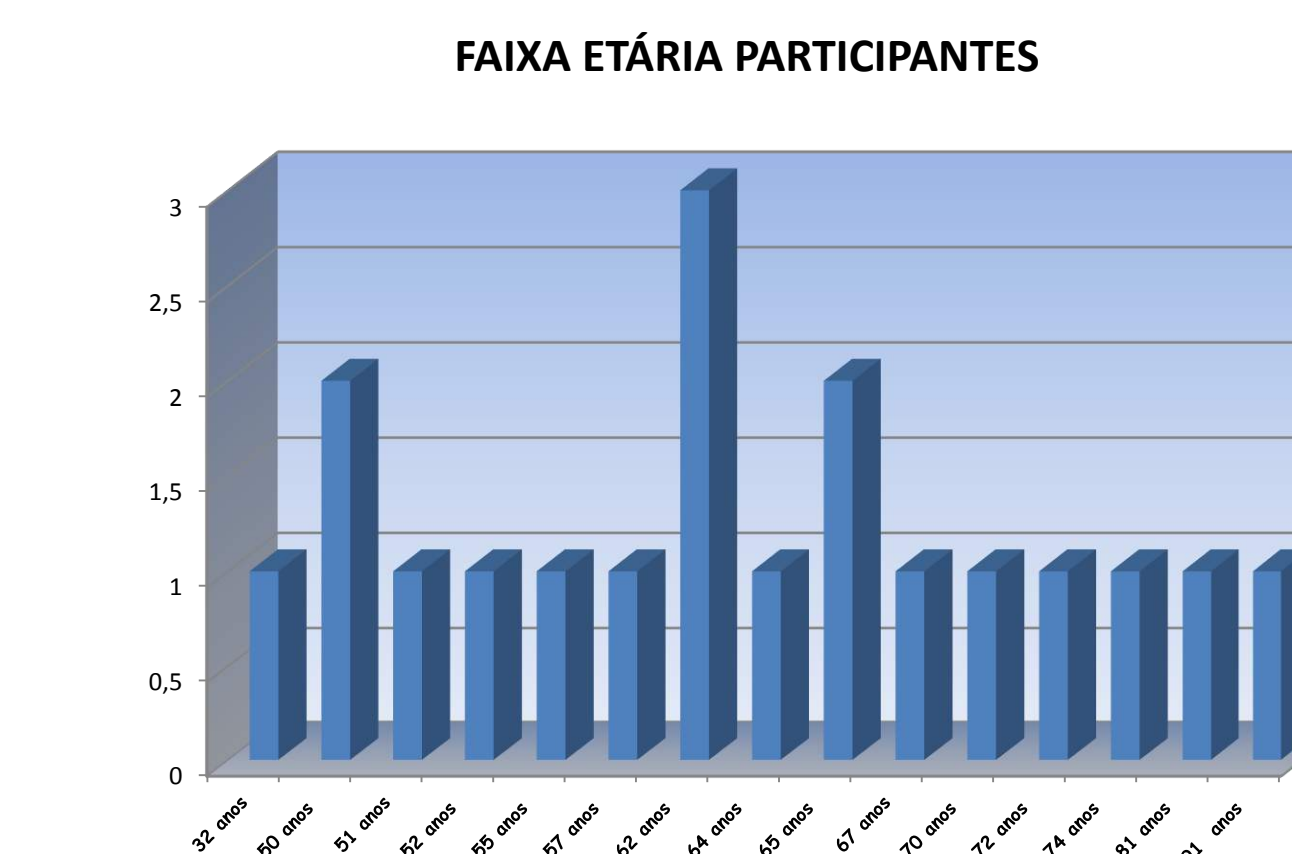
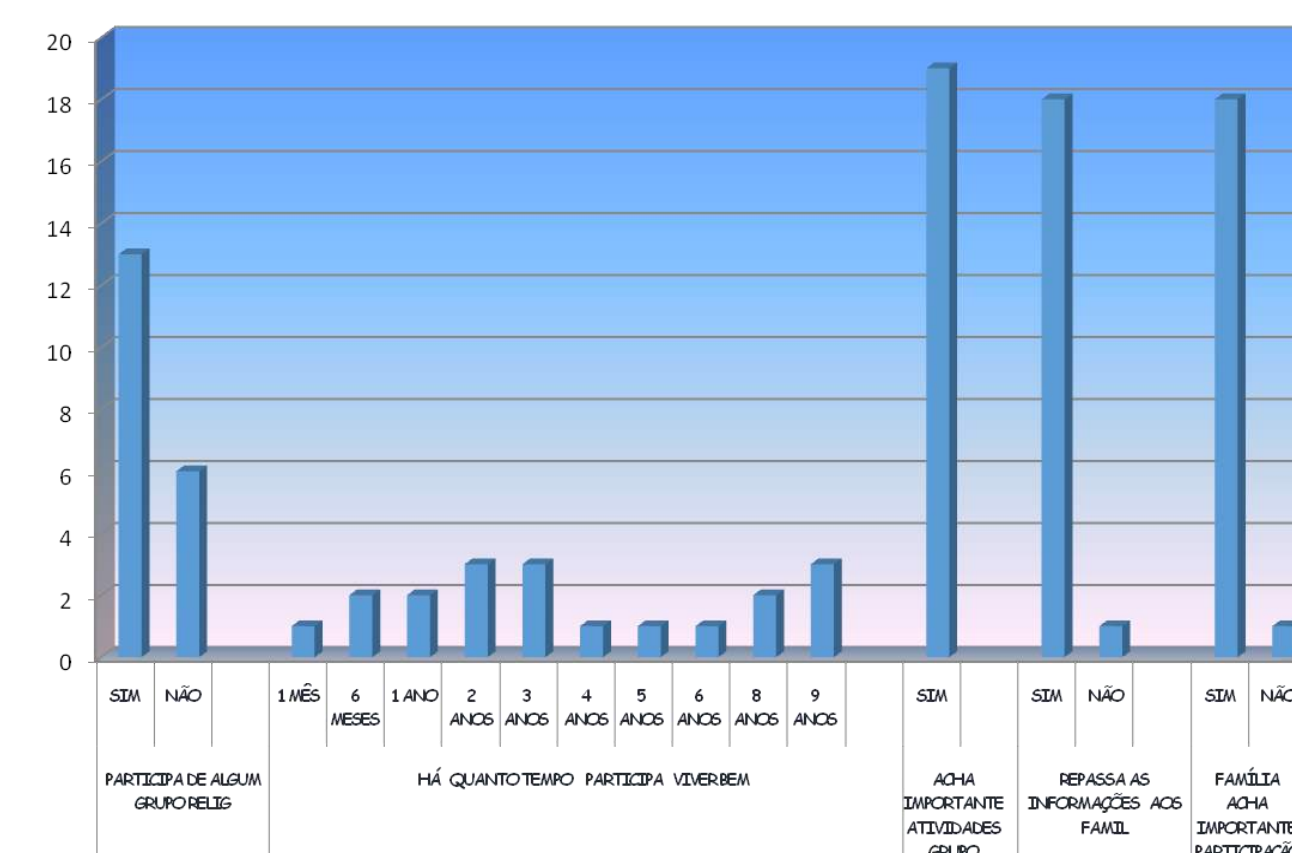
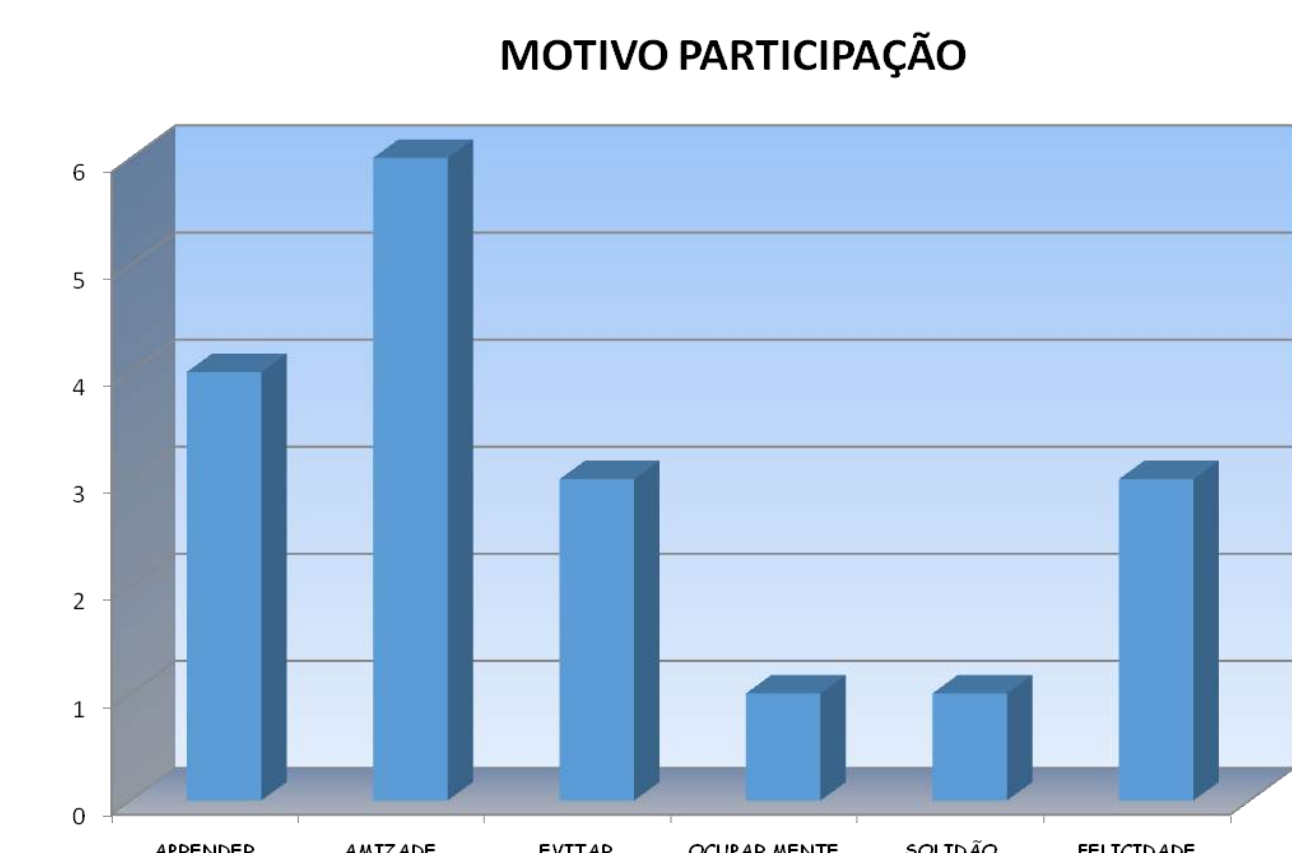
Percebemos a satisfação e necessidade da comunidade em participar do grupo, então mudamos o perfil realizando varias alterações no decorrer dos 9 anos, possibilitando aos participantes sugerir, sendo assim em 2008 ampliamos as atividades desenvolvidas, realizando junto com as atividades educativas e a terapia comunitária, confecção de trabalhos manuais e ginástica laboral. O Grupo tornou-se permanente coeso e as pessoas sempre trazem novos participantes. Este grupo visa tornar as pessoas produtivas, capacitando-as a realizar trabalhos manuais, que muitas vezes geram fonte de renda, prevenir e tratar doenças mentais (depressão), envolvendo lazer e inserindo as pessoas na comunidade e sociedade. Este ano realizamos um concurso de culinária, com o objetivo de mudar a rotina do grupo e também o cotidiano dos participantes, inserindo seus familiares neste processo de escolher a melhor receita, sendo que todos foram premiados.

## REFERENCIAS

Fukui, L; Marchetti, L; Vianna, M.S.L. – “Terapia Comunitária e o conceito de comunidade: a contribuição da sociologia” In: Barreto, A; Camarotti H (orgs): A Terapia Comunitária no Brasil. Anais dos trabalhos apresentados no primeiro congresso brasileiro de terapia comunitária: Morro Branco CE- Maio 2003.

## AGRADECIMENTOS

A equipe da Unidade de Saúde São Paulo, a Paróquia Menino Deus, ao Clube Rotary Cruzeiro do Sul Curitiba, a Empresa Electrolux e principalmente a DEUS por estar sempre conosco no grupo.



# CONSULTAS E EXAMES ESPECIALIZADOS

Autor principal/relator: Alzira Derenievicki  
Mendes da Silva  
Colaboradores: Anderson C. Demarki, Monica  
Moll, Vera Lucia N. Lima, Rosemeri Horokoski  
e Gabrielle Nogueira

Local de Trabalho: Unidade de Saúde Xapinhall  
Eixo Temático: Atenção Especializada



## INTRODUÇÃO

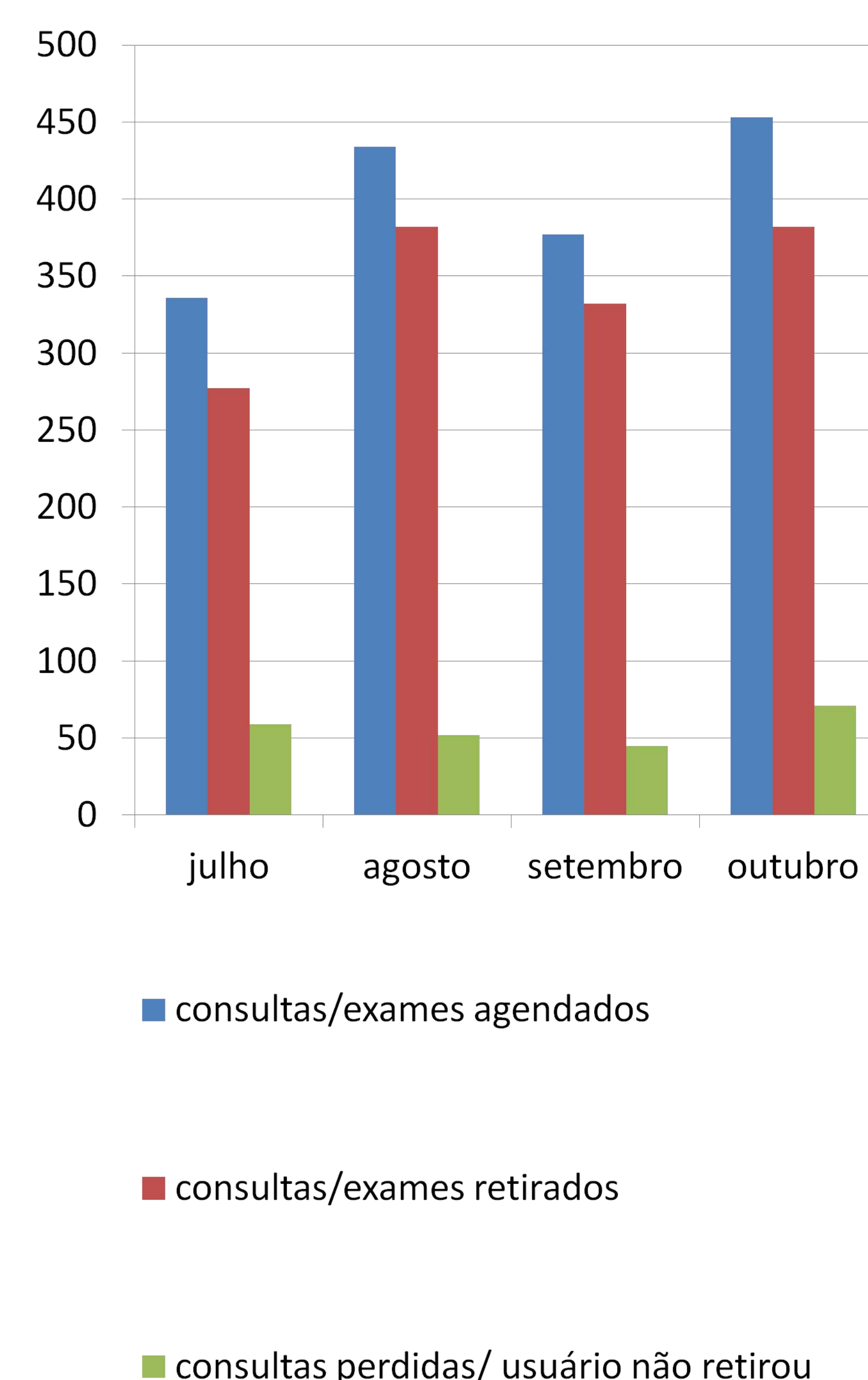
Esse trabalho tem como principal objetivo compartilhar as estratégias organizadas pela Unidade de Saúde Xapinhall, frente ao absenteísmo às consultas e exames especializados com a finalidade de avaliar se é na US que se encontra o nó crítico do absenteísmo às consultas e exames especializados.

## DESENVOLVIMENTO

Para avaliar em qual cenário se encontrava o nó crítico do absenteísmo dos agendamentos das consultas e exames especializados, a Us Xapinhall implantou como estratégias, a partir de julho/14, um protocolo de todas as consultas e exames que são retiradas do serviço, assinadas pelo usuário ao retirar a guia especializada e orientação quanto ao não comparecimento aos serviços e fluxo de inclusão em nova fila. Todas as consultas agendadas e reservadas são avisadas através do telefone pelo administrativo e as que não há essa possibilidade, as ACS levam até a residência dos usuário uma solicitação de comparecimento para retirar sua consulta com data limite e tempo hábil para que outro usuário seja inserido na especialidade caso não compareça para confirmar.

## CONCLUSÃO

As estratégias implantadas na US Xapinhall, nos mostrou que o nó crítico do absenteísmo nas consultas e exames especializados não se aplica à Unidade de saúde, tendo em vista todo o processo de monitoramento do trabalho realizado pela equipe de forma compartilhada.



# CURSO DE “PROMOCIÓN MATERNO INFANTIL - PAÍSES LATINOAMERICANOS”

Autor/relator: Vera Missao Kuniyoshi  
Nakashima  
Colaboradores: Japan International  
Cooperation Agency (JICA)

Local de Trabalho: UMS Alvorada.  
Eixo Temático:



## INTRODUÇÃO

O conteúdo do curso é dar formação em atividades saúde pública, os serviços médicos e cuidados de enfermagem que ocorre nas comunidades para disseminar a educação em saúde, com o objetivo de contribuir para a melhoria das condições de saúde materno-infantil de países latino-americanos.

## DESENVOLVIMENTO

O programa é destinado a enfermeiros, pertencente instituições e ONGs nacionais ou regionais que desempenham funções de planejamento, execução e gestão de projetos comunitários de saúde e materno-infantil. Conhecer a história da saúde materno-infantil de Okinawa através de palestras, visitas, observações e práticas para permitir a comparação com a situação em seu país e ver a viabilidade da aplicação de novos conhecimentos.

## CONCLUSÃO

No período de 2 meses tive oportunidade de conhecer o Sistema de Saúde do Japão, principalmente na Saúde da Criança e Saúde da Mulher. Através de Lei Federal, a comunidade (Conselho de Saúde, Sociedade de Saúde Infantil, Associação dos Enfermeiros, Secretaria da Saúde) convoca a população para informar a sua saúde. A troca de experiência com outros profissionais da América latina e suas dificuldades, e avanços nos indicadores de saúde.

## REFERÊNCIA

<http://www.jica.go.jp/brazil/portuguese/office/courses/>



# IMPLANTAÇÃO DA ESPIROMETRIA NAS UMS DE CURITIBA

Autor principal/relator: Claudia Schneck de Jesus  
Colaborador: Marcelo Garcia Kolling

Local de Trabalho: DAPS  
Eixo Temático: Carteira de Serviços



## INTRODUÇÃO

Com a aquisição de 110 equipamentos portáteis de espirometria, o Departamento de Atenção Primária em Saúde – DAPS, através da Coordenação da Carteira de Serviços, iniciou o processo de implantação dos exames de prova de função pulmonar junto às Unidades Municipais de Saúde - UMS.

## DESENVOLVIMENTO

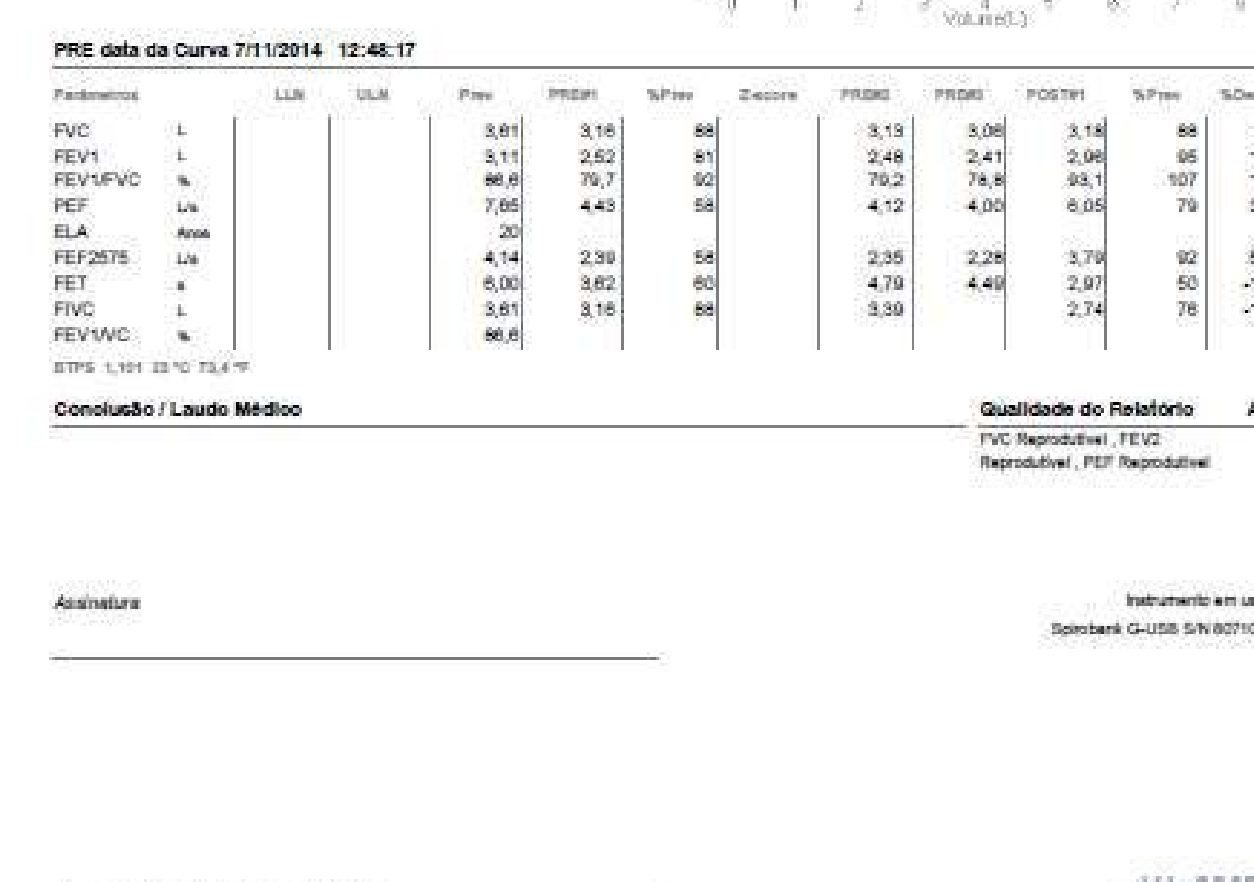
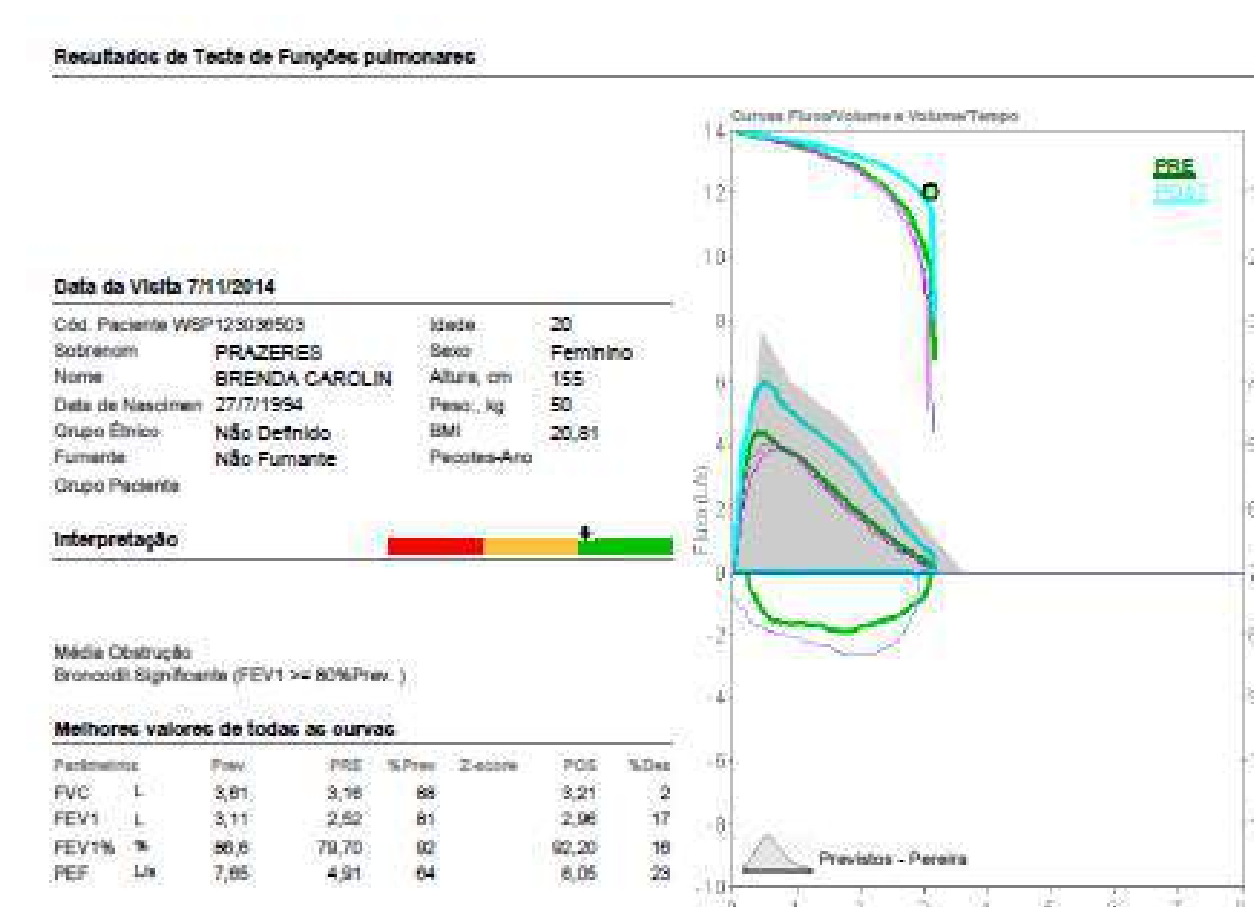
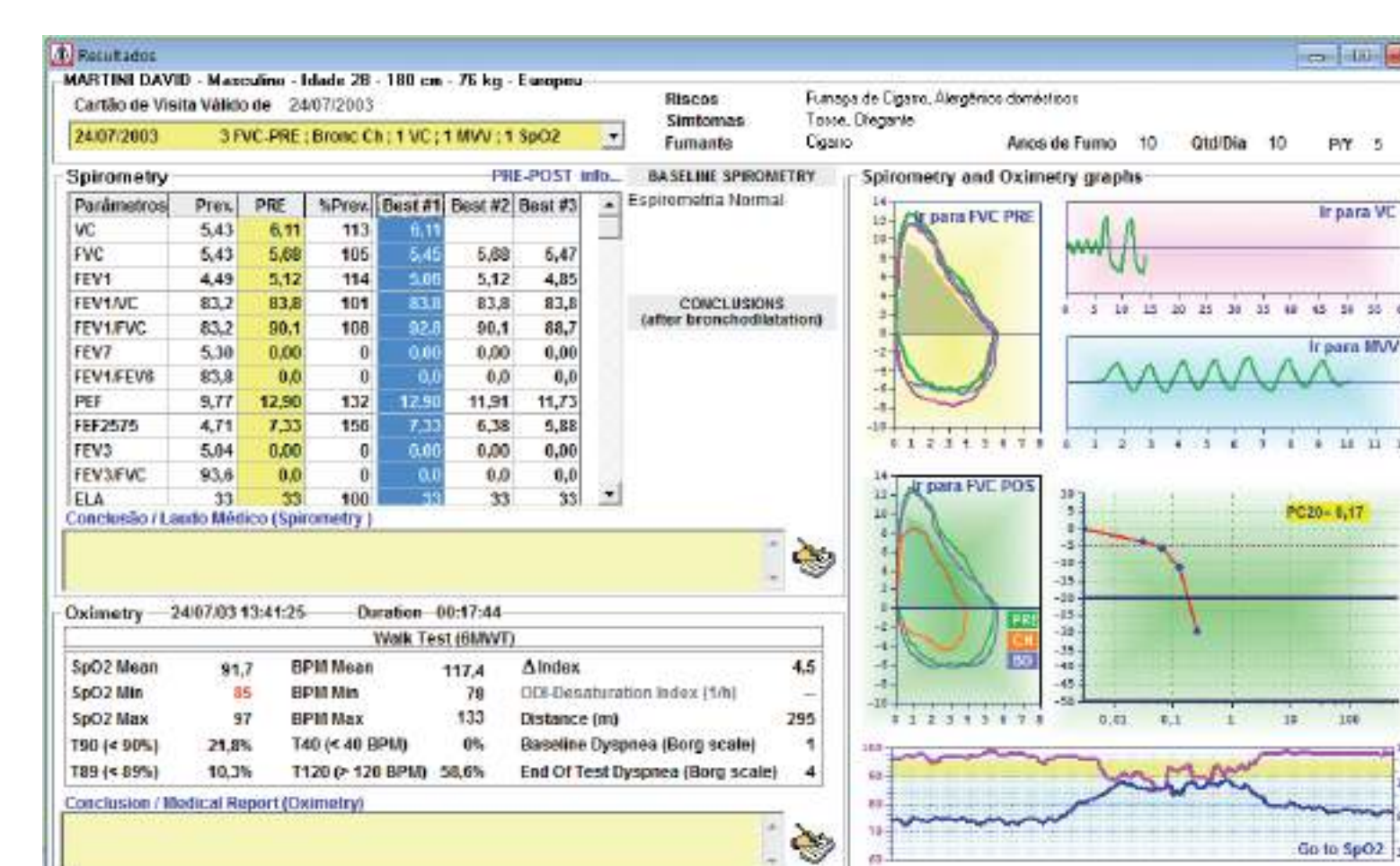
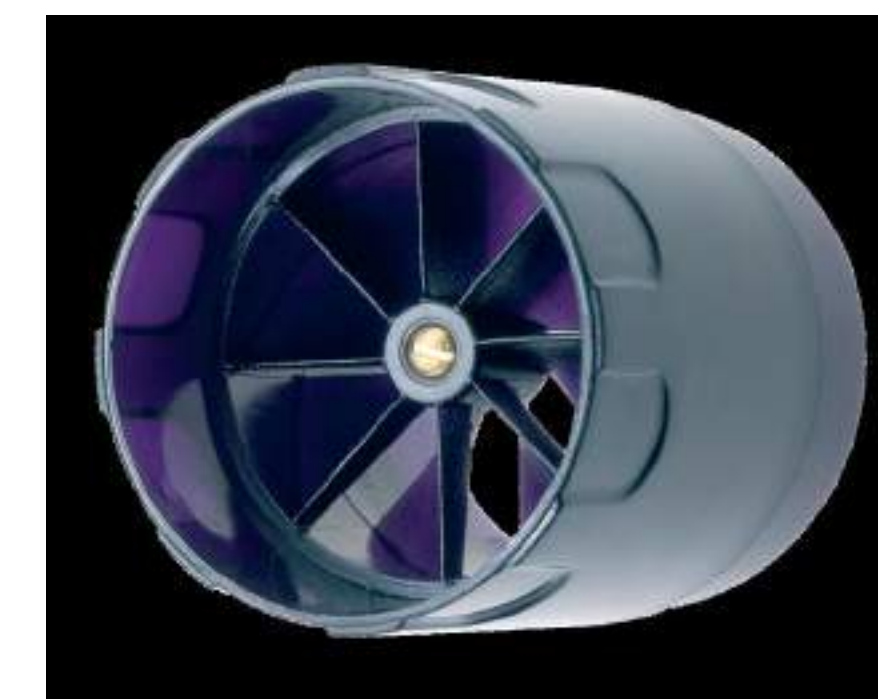
Realizadas as interlocuções com os demais departamentos e setores envolvidos para a efetivação dos referidos exames, dentre os quais encontram-se, Departamento de Redes de Atenção à Saúde, Centro de Especialidades Médicas da Matriz - CEMM, Centro de Recursos Materiais e Núcleo de Informação e Tecnologia além das próprias UMS e respectivos Distritos Sanitários e o centro responsável pela educação em saúde - CES.

Foram levantados diversos pontos da rede de atenção à saúde do município que estariam envolvidos na execução e efetivação dos exames e as necessidades das demandas reprimidas e futuros exames.

Realizada parceria com o CREFITO-8 e com a empresa fornecedora do equipamento, onde foram realizados diversos momentos de qualificação dos profissionais envolvidos; sendo capacitados 50 fisioterapeutas, que atuam nas UMS, na Casa do Oxigênio (empresa prestadora do serviço de oxigenoterapia domiciliar), no Programa Melhor em Casa (serviço de atendimento domiciliar) e residentes vinculados às UMS; além de 6 responsáveis pela tecnologia de informação nos Distritos Sanitários.

## CONCLUSÃO

Iniciada implantação nas UMS, com a realização da espirometria pelos fisioterapeutas das UMS e laudo pelo pneumologista do CEMM. Ainda em construção a formatação da inserção dos dados junto ao sistema de prontuário eletrônico do município. Verificado o quanto é importante a qualificação dos profissionais envolvidos e a pró-atividade destes para a efetivação das atividades propostas. Necessidade de acompanhamento e monitoramento desta ação para os ajustes sempre que necessário. Desde o início da realização dos exames, em agosto de 2014, até 12 de novembro de 2014, foram realizados 107 exames.



# ENCONTRO ANUAL DE DIABÉTICOS INSULINO-DEPENDENTES DA UMS CAIUÁ 2013/2014

Autor principal/relator: Katalin Mehes,  
Colaboradores: Helen R. D. Rautmann, Maria Lenita Patesser  
Luciana Kusman, Tatiana do Nascimento Braga Tocci, Norma  
Sueli Lima, Simone Silveira Araujo

Local de Trabalho: UMS Caiuá  
Eixo Temático: Educação em Saúde



## INTRODUÇÃO

Encontro Anual com os Pacientes Diabéticos Insulino-Dependentes da área de abrangência da UMS Caiuá com realização de atividades educativa/coletiva, avaliação individual dos pés e avaliação bucal.

## DESENVOLVIMENTO

No ano de 2013, os pacientes diabéticos eram atendidos em grupo e individualmente, por profissionais multidisciplinares. Mas quando chegavam no atendimento recusavam o exame dos pés, por não estarem preparados/sensibilizados. Então chegou-se a um consenso de se realizar os exames juntamente com a atividade coletiva. Foi então realizado um mutirão para o exame do pé do diabético.

Iniciou se pela confecção dos convites a serem entregue aos usuários pelas Agentes Comunitárias da Saúde, conforme relação nominal do relatório. Foi realizado contato com a palestrante. Solicitado apoio da Igreja Assembléia de Deus para a utilização do espaço, a fim de se realizar a atividade fora da Unidade de Saúde (onde foram utilizados dois ambientes: o 1º. espaço maior, aonde o grupo foi acolhido e realizou-se as atividades coletiva/educativa com a enfermeira, auxiliares de enfermagem, agentes comunitárias de saúde e farmacêutica. E um 2º espaço menor aonde foram realizados as avaliações/exames individuais pela fisioterapeuta, enfermeira e cirurgiã dentista). No momento em que usuário chegava ao espaço era acolhido e entregue uma senha. No primeiro espaço eram realizadas orientações, esclarecimento de dúvidas, queixas do grupo e questões estimuladas pelos profissionais, como: o que é diabetes, tipos de diabetes, formas de tratamento, auto-aplicação, cuidados pessoais, etc. Na outra sala os pacientes eram chamados pela senha, sendo avaliados e examinados os pés, pela fisioterapeuta e enfermeira, realizando-se orientações específica para cada individuo e após encaminhados para a dentista, a fim de se avaliar a saúde bucal. Terminando as avaliações o indivíduo retornava para participar da atividade coletiva.

## CONCLUSÃO

Observamos que o trabalho foi bem recebido pelos usuários, teve participação positiva, pois muitos tinham dúvidas básicas. Na avaliação dos pés foram encontrados vários problemas havendo o encaminhamento para tratamento. Na avaliação odontológica, foi identificado um usuário com lesão em cavidade oral. Entendemos que o enfrentamento da Diabetes baseia-se num tripé onde mudanças no estilo de vida, autocuidado e educação em saúde são fundamentais para a promoção da saúde e a prevenção de agravos aonde cada membro da equipe tem um papel.

## REFERÊNCIAS

*Diabetes Mellitus Tipo 2: diretrizes de atenção à pessoa com Diabetes Mellito Tipo 2 /*  
Coordenação Ana Maria Cavalcanti – Curitiba, PR : Secretaria Municipal da Saúde, 2010.



# ANÁLISE DA MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL NO CUIDADO DOMICILIAR

Autor principal/relator: Francielle C. Boarão

Colaboradores: Talita F. Turatti do Carvalhal, Marina M.

Mukai, Estela Turozi, Viviane C. Boarati Delena, Elaine C. da Luz, Rodrigo L. Schwanke e Clovis Cechinel

Local de Trabalho: Serviço de Atenção Domiciliar - Feaes.

Eixo Temático: Práticas integrativas e complementares



## INTRODUÇÃO

A Medida de Independência Funcional (MIF)<sup>1</sup> é um instrumento multiprofissional utilizado para quantificação da funcionalidade para atividades cotidianas em domicílio e tem como parâmetros: autocuidados, controle de esfíncter, mobilidade, locomoção, comunicação e cognição social<sup>2</sup>. O objetivo do presente estudo foi analisar os resultados da aplicabilidade da MIF em pacientes atendidos pelo Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) em Curitiba/PR.

## DESENVOLVIMENTO

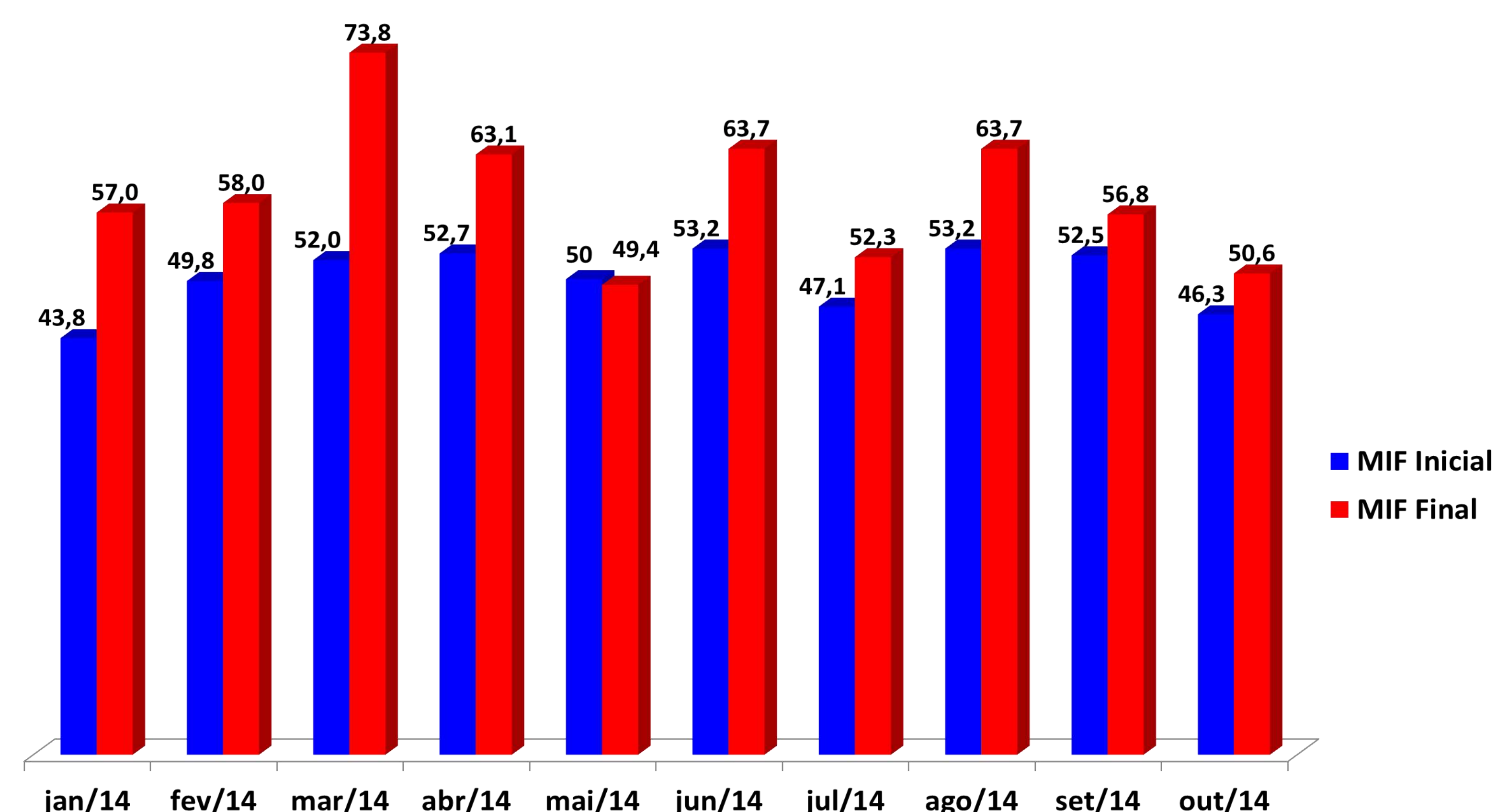
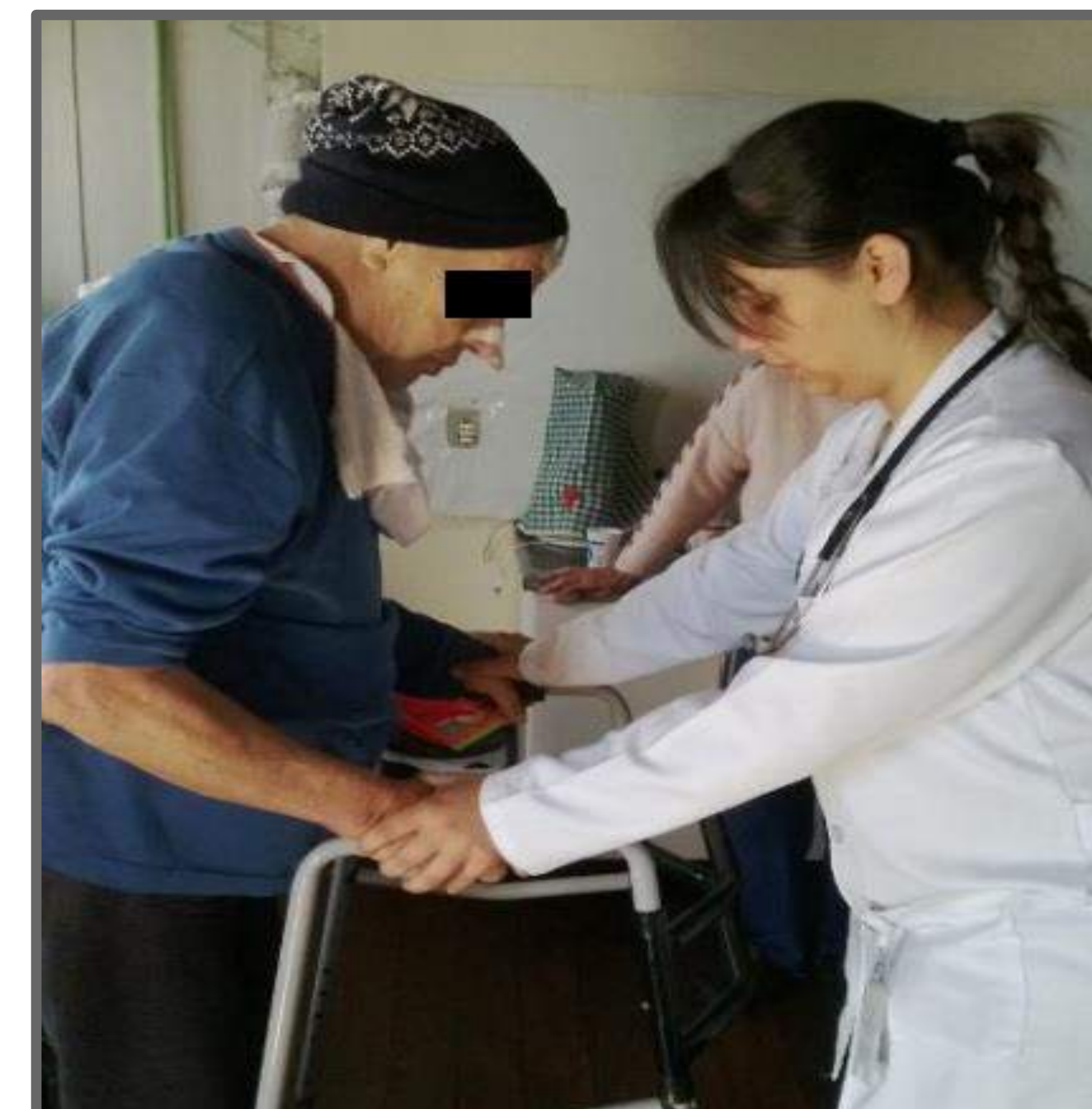
No período de Janeiro/2014 a Outubro/2014 foi realizado um estudo de dimensão temporal retrospectivo usando este instrumento. A amostra foi composta de 1150 pacientes da faixa etária de 60 a 108 anos. Os dados foram coletados pelos próprios pesquisadores nos prontuários dos pacientes, digitados em planilhas de Excel e submetidos a tratamento estatístico descritivo. A média de idade dos pacientes foi de 68,8 anos com predominância do sexo feminino (61,71%) e estes pacientes foram atendidos pelas fisioterapeutas do SAD em média 3 vezes durante o período de permanência. Em relação à MIF encontrou-se a média total de 50,1 no início do tratamento e 58,8 no final do tratamento.

## CONCLUSÃO

Diante dos dados apresentados, pode-se afirmar que no início do tratamento havia maior dependência funcional dos pacientes evoluindo para maior independência. Infere-se que atendimentos multidisciplinares em domicílio promovem melhor funcionalidade para atividades do dia a dia. A MIF mostrou ser um instrumento importante na avaliação da funcionalidade dos pacientes assistidos pelo programa.

## REFERÊNCIAS

1. Riberto M, Miyazaki M H, Jucá S S H, Sakamoto H, Pinto P P N, Battistella L R. Validação da Versão Brasileira da Medida de Independência Funcional. *Acta Fisiatr* 2004; 11(2): 72-76.
2. Granger CV, Hamilton BB, Keith RA, Zielezny M, Sherwin FS. *Advances in functional assessment for rehabilitation*. In Topics in geriatric rehabilitation. Rockville, MD: Aspen; 1986.



# SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR DE CURITIBA

Autor principal/relator: Talita F. Turatti do Carvalho  
Colaboradores: Rodrigo Luiz Schwanke; Clovis Cechinel, Luana Mesquita Berri

Local de Trabalho: Serviço de Atenção Domiciliar – Feaes  
Eixo Temático: Práticas integrativas e complementares



## INTRODUÇÃO

O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) de Curitiba assegura atendimento aos usuários do SUS nas modalidades AD2 e AD3; e de forma conjunta e articulada com a Atenção Primária (AD1) garantem a universalidade de acesso ao usuário do SUS. Este estudo descritivo exploratório com abordagem qualitativa tem por objetivo analisar o funcionamento do SAD implantado em Curitiba, identificando elementos que sinalizam a inserção desse programa na mudança da atenção à saúde.

## DESENVOLVIMENTO

Atualmente, o SAD é composto por 10 Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar e 3 Equipes Multiprofissionais de Apoio que tem como principais objetivos: prestar o cuidado aos usuários que necessitem de atenção domiciliar, desinstitucionalizar e ampliar a independência dos usuários e realizar a articulação dos pontos de atenção de modo a ampliar a resolutividade e a integralidade do cuidado. Desde a implantação do SAD em Curitiba, a quantidade de atendimentos realizados apresentou um aumento gradativo na medida em que a Rede de Atenção à Saúde obteve conhecimento e entendimento da finalidade e importância do serviço como benefício ao usuário do SUS; e tanto a avaliação quantitativa como qualitativa do serviço permite apontar para possibilidade de adaptação da iniciativa a diferentes contextos da saúde no âmbito do SUS.

## CONCLUSÃO

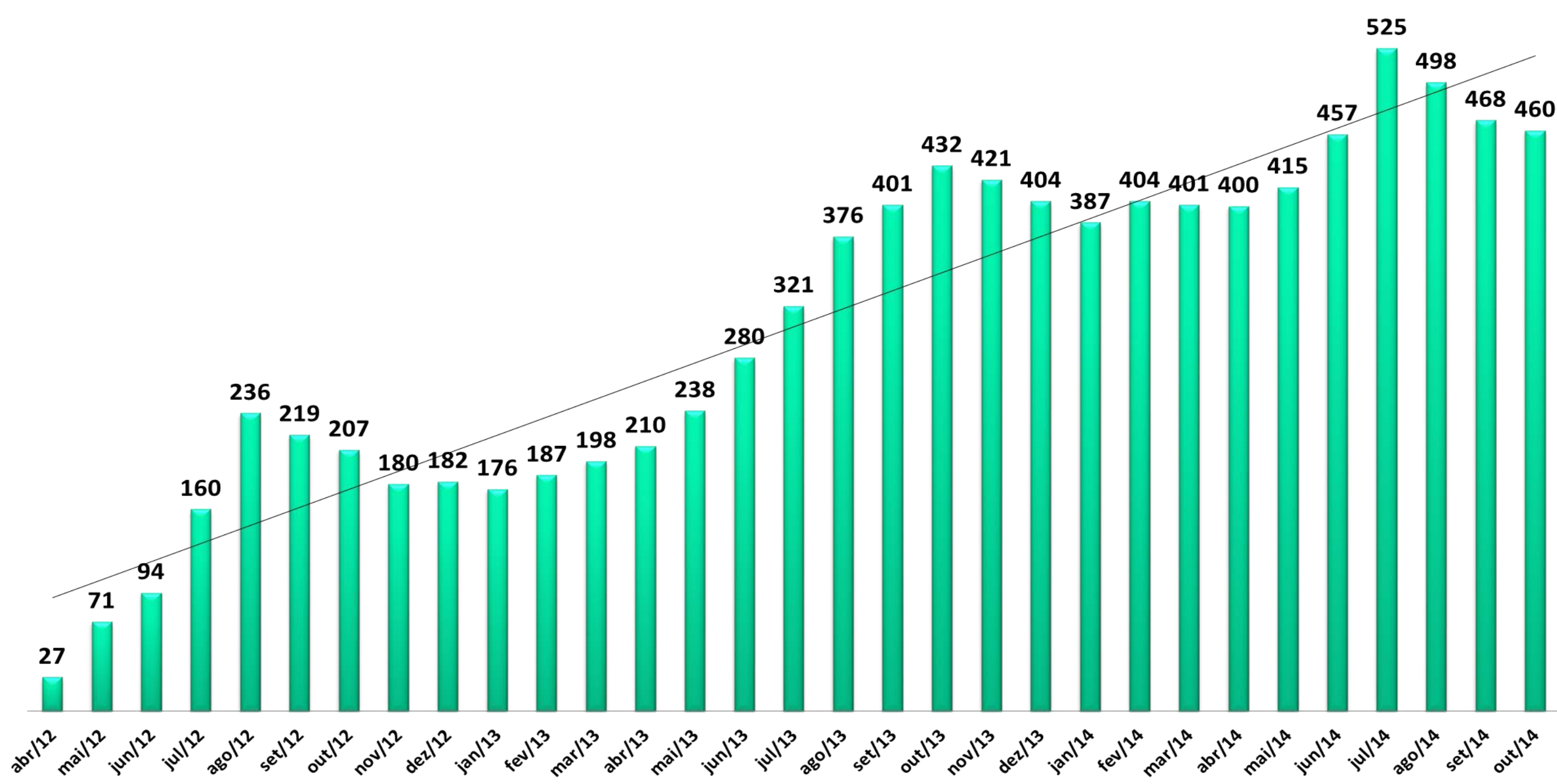
Conclui-se que a implantação do SAD no Município de Curitiba, articulado com os componentes da Rede de Atenção à Saúde, proporciona benefícios aos usuários do SUS garantindo humanização, integralidade e singularidade aos mesmos. A perfeita integração do programa à rede de assistência é uma necessidade e um desafio constante, para garantia de um cuidado individualizado, consolidando o SAD como novo ponto de articulação em serviços de saúde.



## REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual Instrutivo da Atenção Domiciliar**. Brasília, 2013.101 p.  
BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual Instrutivo da Atenção Domiciliar**, vol. 2. Brasília, 2013.204 p.

Número de Atendimento Mensal de Abril 2012 à Outubro 2014



# EXPERIÊNCIA ENSINO-SERVIÇO EM FISIOTERAPIA COM A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA- SMS/ FEAES NO NASF2 (DSPN)

Autor: RODRIGO MARIO PEQUITO LIMA.  
Colaboradores: VIVIAN RUPPENTHAL BOBATO  
POLLYANNA RIBEIRO CARDOSO

Local de Trabalho: DSPN NASF2  
Eixo Temático: Integração Ensino/Serviço



## INTRODUÇÃO

As residências multiprofissionais em saúde e em área profissional da saúde, tiveram sua regulamentação em 2005, com a [Lei nº 11.129](#). Estas são norteadas através dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir de reconhecer necessidades e realidades locais e regionais que abrangem as profissões da área da saúde ([Resolução CNS nº 287/1998](#)). (DABSAÚDE-2012) Assim sendo, considera-se de extrema importância o treinamento em serviço dos profissionais de Saúde Coletiva, afim de oportunizar a melhora do serviço nos quesitos de abrangência e acolhimento, fortalecendo uma constante meta-análise dos processos de trabalho e conseguindo extrair o melhor do aperfeiçoamento, da troca de experiências e das competências no ensino-serviço.

## DESENVOLVIMENTO

A partir da inserção do profissional residente junto a equipe NASF2 - lotado no Distrito Sanitário Pinheirinho (DSPN) - conseguiu-se realizar o processo do ensino-serviço, ampliando os serviços ofertados pelo apoio, proporcionando um benefício imediato aos usuários e aos profissionais da equipe, que iniciaram um processo de educação permanente junto ao residente, durante a extensão de todo o programa.

Dentre as mudanças e implementações das ações que desenvolveram-se durante o programa, pode-se elencar como resultado direto desse processo os seguintes pontos:

- Melhora do acesso e vínculo da população com o profissional fisioterapeuta;
- Reavaliação, através de instrumentos validados, de todos os grupos “Escola da Postura”, conseguindo subsidiar com dados técnicos as ações e o método de trabalho nos grupos terapêuticos de reabilitação;
- Ocorreu um aumento no número de grupos de “Escola da Coluna” e “Fisioqualiti” (em consequência, um aumento no número de usuários beneficiados) e iniciou-se Grupo fisioterapêutico-educativo de ombro;
- Inseriu-se na rotina dos profissionais fisioterapeutas estudos de caso semanais;
- A realização de ações interdisciplinares entre as categorias do apoio, tanto em grupos terapêuticos de reabilitação como em visitas domiciliares;
- Iniciou-se um projeto piloto para a revisão da fila de espera de ortopedia Joelho;
- Houve uma aproximação da equipe para discussão de casos e apoio matricial.

## CONCLUSÃO

Com o desenvolvimento do programa observou-se principalmente: O acolhimento e reconhecimento do profissional residente como pertencente à equipe é impactante. O treinamento em serviço favorece o entendimento e compreensão da amplitude de todos os fatores envolvidos no processo saúde-doença e o papel da APS nessa realidade. A constante capacitação propicia o desenvolvimento de um profissional diferenciado, com grande carga teórico-prática, o que deve ser incentivado – cada vez mais - pela gestão junto aos programas de residência e a capacitação de preceptores visando a qualidade do serviço e do programa. É necessário o fortalecimento da parceria ensino-serviço, pois se ambas as partes estiverem integradas e dispostas a receber os profissionais residentes em área, haverá um maior e melhor cuidado com o usuário.

## REFERÊNCIAS

1- DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE. Residência multiprofissional. Disponível em [http://dab.saude.gov.br/portaldab/residencia\\_multiprofissional.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/residencia_multiprofissional.php). Acesso em 13 de nov. 2014.

|      | ATIVIDADES | PARTICIPAÇÕES |
|------|------------|---------------|
| 2013 | 33         | 467           |
| 2014 | 70         | 1168          |



# INVESTIGAÇÃO DA PRESENÇA DE ARBOVÍRUS DE INTERESSE A SAÚDE PÚBLICA EM PRIMATAS NÃO HUMANOS DE VIDA LIVRE NO ESTADO DO PARANÁ, BRASIL

Autor principal: Tatiana Carneiro da Rocha  
Colaboradores: Walfrido Kühn Svoboda (UNILA)  
Eliane Carneiro Gomes (UFPR)

Local de Trabalho: UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
Eixo Temático: Vigilâncias



## INTRODUÇÃO

A maioria dos arbovírus circula em ambiente silvestre, trazendo riscos à população humana que adentra este *habitat*, uma vez que a maioria das infecções causadas pelos arbovírus possui caráter zoonótico. Os primatas não humanos (PNH) são importantes hospedeiros silvestres dos arbovírus e podem atuar como indicadores da circulação de arbovírus importantes para a saúde pública (KOWALEWSKI *et al.*, 2011). A maioria dos PNH habitam áreas de florestas tropicais e o contato com a população humana ocorre em uma interface de alto risco de transmissão viral por meio de vetores. Alguns desses vírus têm grande potencial em causar epidemias gerando impactos sociais e econômicos negativos, se tornando um grave problema de saúde pública (FIGUEIREDO, 2007). O gênero *Flavivirus* (família *Flaviviridae*) inclui alguns principais arbovírus patogênicos humanos e representam um sério problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Segundo dados do Ministério da Saúde, foram registrados no Brasil em 2013, mais de dois milhões de casos de Dengue com 213 óbitos (BRASIL, 2014a;b;c). Com relação à Febre Amarela, foram registrados 324 casos com 155 óbitos em um período de dez anos (2000-2010), a taxa de letalidade foi superior a 48% (BRASIL, 2011). Este estudo investigou a presença de arbovírus do gênero *Flavivirus* em PNH de vida livre que viviam em localidades onde havia a possibilidade de contato com seres humanos no estado do Paraná.

## DESENVOLVIMENTO

Foram analisadas 55 amostras de soro de primatas não humanos de três diferentes gêneros: *Alouatta*, *Callithrix* e *Sapajus*, demonstrados nas FIGURAS 1 - 4. Sendo 26 amostras (*Alouatta* n= 7, *Sapajus* n= 19) de PNH que viviam em fragmentos florestais do município de Porto Rico-PR; 18 (*Callithrix*) que viviam no Parque Barigui e 11 (*Callithrix*) que viviam no Bosque da Companhia de Energia Elétrica do Paraná, ambos localizados em Curitiba-PR. As amostras foram coletadas por técnicos especializados (FIGURA 5) com autorização do IBAMA e Comitê de Ética em Experimentação Animal. Um *screening* para a detecção da presença do genoma viral de *Flavivirus* foi feito utilizando as técnicas de biologia molecular de RT-PCR – adaptada de BONA *et al.*, 2011 pela adição de *primers* degenerados do gênero *Flavivirus* (MAHER-STURGESS *et al.*, 2008) – e eletroforese em gel de poliacrilamida 10%. Todas as amostras foram negativas para a presença de *Flavivirus*.

## CONCLUSÃO

Os resultados negativos indicam que os animais investigados não estavam infectados por *Flavivirus* no momento em que as amostras foram coletadas (ROCHA, 2014). Pelo fato de os PNH utilizados neste trabalho serem de vida livre e habitarem regiões onde havia a proximidade com seres humanos, o que poderia favorecer a transmissão de arboviroses por meio de vetores, os resultados obtidos indicam que os mesmos não ofereceram risco de transmissão de arbovirus do gênero *Flavivirus* para estas pessoas. Isto do ponto de vista sanitário é muito importante, pois nos parques, bosques e regiões com grande potencial turístico, os animais ficam muito próximos a visitantes e moradores destas localidades, podendo oferecer um grande risco de transmissão viral.

## REFERÊNCIAS

- BONA, A. C. D. *et al.* Genetic diversity of dengue virus serotypes 1 and 2 in state of Paraná, Brazil, based on a fragment of the capsid/ pre-membrane junction region. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 45, n. 3, p. 297-300, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Casos de Dengue, Brasil, Grandes Regiões e Unidades Federadas, 1990 a 2013**. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação, 2014a. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/marco/27/Casos-e-incid-dengue-ate-2013.pdf>>. Acesso em 10 jun 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Casos de Febre Amarela, Brasil, Grandes Regiões e Unidades Federadas 1990 a 2010**. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação, 2011. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/tabela\\_1\\_fa2010.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/tabela_1_fa2010.pdf)>. Acesso em 10 jun 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. In: **Óbitos por Casos Graves de Dengue, Brasil, Grandes Regiões e Unidades Federadas, 1990 a 2012**. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretarias Estaduais de Saúde, 2014b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Óbitos por febre hemorrágica da Dengue, Brasil, Grandes Regiões e Unidades Federadas 1990 a 2013**. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação, 2014c. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/marco/27/obitos-dengu-ate-2013.pdf>>. Acesso em 10 jun 2014.
- GOMES, E. C. Saguis. 2011. 1 fotografia, color.
- GOMES, E. C. Trabalho de campo. 2013. 1 fotografia, color.
- FIGUEIREDO, L. T. M. Emergent arboviruses in Brazil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 40, n. 2, p. 224-229, 2007.
- KOWALEWSKI, M. M. *et al.* Black and gold howler monkeys (*Alouatta caraya*) as sentinels of ecosystem health: patterns of zoonotic protozoa infection relative to degree of humam-primate contact. **American Journal of Primatology**, v. 73, n. 1, p. 75-83, 2011.
- MAHER-STURGESS, S. L. *et al.* Universal primers that amplify RNA from all three *Flavivirus* subgroups. **Virology Journal**, v. 5, n. 16, p. 1-10, 2008.
- ROCHA, T. C. **Investigação de arbovírus (gênero Flavivirus) de interesse à saúde pública em primatas não humanos nos estados do Paraná e Mato Grosso do Sul**. 95 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2014.
- SVOBODA, W. K. **Vigilância de epizootias em primatas não humanos (PNH) como instrumento de monitoramento de arboviroses e outras viroses de interesse em Saúde pública**. 136 f. Tese (Doutorado em Ciência Animal) – Setor de Ciências Agrárias, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2007.



FIGURA 1 – Foto de exemplar do gênero *Alouatta*. FOTO: MARCOS SHIOZAWA FONTE: SVOBODA (2007).

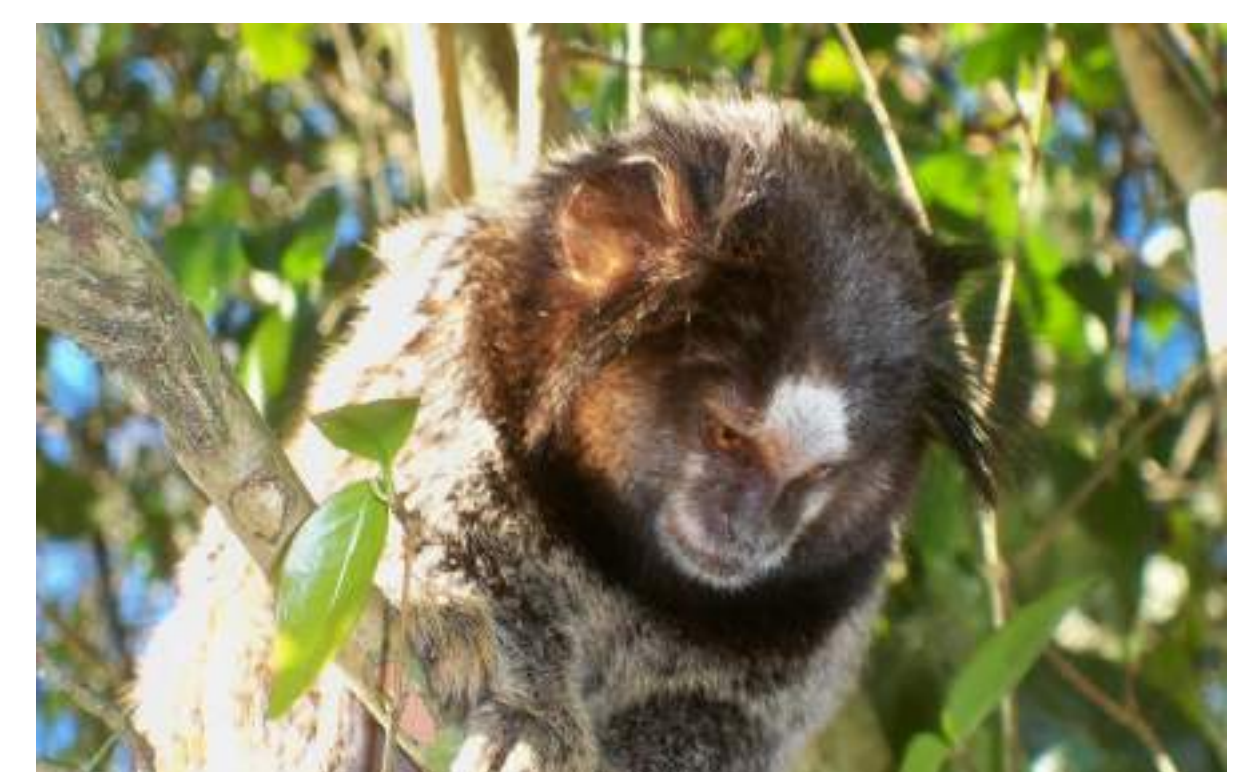


FIGURA 2 – Foto de exemplar do gênero *Callithrix*. FOTO: ELIANE C. GOMES (2011).



FIGURA 3 – Foto de exemplar do gênero *Sapajus*. FOTO: MARCOS SHIOZAWA FONTE: SVOBODA (2007).



FIGURA 4 – Colheita de amostra de sangue da veia femoral da veia de PNH do gênero *Callithrix*. FOTO: ELIANE C. GOMES (2013).

# GUERREIRO SILENCIOSO: APOIO ALTERNATIVO E VOLUNTÁRIO NO PÉ DIABÉTICO

Autor principal/relator: Valine M. Gaensly  
Colaboradores: Sônia Maria Andrioni, Ana Paula Zuchi, Marilda Ap. Palhano, Marcia Cristina Cardoso, Juliana S. da Silva Maeda

Local de Trabalho: Unidade de Saúde São João Del Rey – Distrito Sanitário Bairro Novo  
Eixo Temático: A saúde e seus agentes



## INTRODUÇÃO

Você já olhou seus pés? Eles significam muito mais do que imagina! Refletem as energias do seu corpo, mas podem sofrer lesões irreversíveis. Este relato retrata a experiência na parceria de uma ação voluntária que complementa as ações desenvolvidas na prevenção e promoção aos pacientes diabéticos.

## DESENVOLVIMENTO

As oficinas ocorrem a cada quinze dias na unidade de saúde com os pacientes de diabetes tipo I e II. Uma palestra informativa com os tipos da doença, funcionamento, cuidados, uso da insulina e medicamentos necessários, riscos para lesões de membros inferiores e uso de calçados adequados são passadas. Realizam testes de glicemia, verificação da pressão arterial e teste de sensibilidade dos pés. A necessidade de acompanhamento pelo oftalmologista também é avaliada. Os que apresentam alterações importantes passam em consulta médica/enfermagem ou são orientados sobre os cuidados necessários.

Após as informações e os testes os pacientes passam por uma fase prática que experimentam a massagem nos pés e a reflexologia e esta, se tornará uma alternativa de apoio através de um trabalho voluntário.

## CONCLUSÃO

Informação associada ao cuidado é uma visão de saúde. O pé diabético é uma das comorbidades e a falta de conhecimento é um desafio assim como o auto cuidado. A parceria de uma fonte voluntária foi inovador e a aceitação de uma nova fonte de informação em paralelo. Os pacientes tornaram-se mais interativos e participativos o que fundamenta o desafio em plantar a cultura do cuidado e da prevenção.

## REFERÊNCIAS

PEDROSA, Hermelinda C.; ANDRADE, Ana Cláudia de. *Consenso Internacional sobre pé diabético*. Secretária de Estado do Distrito Federal de Brasília, 2001.



# ACIDENTE DE TRABALHO: AMPUTAÇÃO

Autor principal/relator: Emerson Sant'Ana  
Colaboradores: Sandra R. Barcellos de Melo  
Fernando Cunha de Andrade

Local de Trabalho: Distrito Sanitário Boqueirão  
Eixo Temático: Vigilância em Saúde do Trabalhador



## INTRODUÇÃO

Este trabalho objetiva demonstrar os resultados das ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador, realizadas pelas equipes do Distrito Sanitário Boqueirão e do Cerest (DESCREVER A SIGLA) Municipal de Curitiba, em estabelecimento do ramo de confecção de artigos metálicos para mobiliários em geral, durante o período de 2010 a 2014.

As ações visaram intervir no ambiente de trabalho de maneira a promover a saúde dos trabalhadores, observando-se as normas e legislação que regulamentam, neste âmbito, as condições de trabalho.

## DESENVOLVIMENTO

Considerando a manutenção da saúde como objetivo maior das ações de Vigilância Sanitária, estabelece-se o processo de inspeção sanitária em estabelecimentos nos quais exista a possibilidade de agravos relacionados ao trabalho ou quando há a ocorrência de acidentes de trabalho e/ou doenças ocupacionais. Fazem parte de processo a inspeção in loco e a entrevista dos trabalhadores envolvidos.

Neste caso, a equipe técnica foi informada pelo trabalhador (vítima) que o acidente ocorreu durante a alimentação de prensa semi-automática com bobina de metal. A prensa, acionada, puxou a tira metálica, comprimindo o 3º dedo esquerdo do trabalhador, resultando em amputação traumática da extremidade da falange distal do segmento.

Durante inspeção, foram constatadas diversas irregularidades no ambiente laboral (p.ex., ausência de EPC's e de documentação referente à monitoração da saúde dos trabalhadores) o que motivou lavraturas de autos de infração e termos de intimação. Como resposta, houve apresentação de cronogramas e realização de inspeções sequenciais, reuniões periódicas envolvendo o estabelecimento, o Distrito Sanitário e o Cerest Municipal, em um processo tramitado por quatro anos devido a alta complexidade.



### ENCAMINHAMENTOS

| 2010/2011                                     | 2013/2014                            |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------|
| Protocolos de prorrogações de prazo           | Alteração do lay-out                 |
| Reuniões consultivas entre os envolvidos      | Instalação parcial de EPC's          |
| Elaboração/Revisão dos Programas em SST       | Sinalização de Segurança(circulação) |
| Protocolado cronograma de ações               | Implantação de Ginástica Laboral     |
| Estabelecida meta de instalação de EPC (2012) |                                      |

## CONCLUSÃO

Considerando que nas empresas deste ramo geram risco de acidente com repercussão negativa sobre a saúde do trabalhador, as ações da Vigilância em Saúde do Trabalhador são de suma importância na intervenção das relações entre trabalho e saúde, eliminando e/ou minimizando os riscos existentes bem como promover medidas preventivas no processo laboral da organização industrial.

## REFERÊNCIAS

MORAES, G.A. *Legislação de Segurança e Saúde Ocupacional*. 09.ed.Rio de Janeiro: GVC, 2012.

# USO DE SUBSTÂNCIAS LÍCITAS E ILÍCITAS NO BAIRRO SOLITUDE EM CURITIBA- PR

Autor principal: Beatriz Böger  
Colaboradores: Valquíria M. Zanetti, Derivan B.da Silva, Cláudia Cronan, Yanna D. Rattmann. Eliane C.Gomes.

Local de Trabalho: UFPR. SMS  
Eixo Temático: Abordagens da vulnerabilidade: violência e drogas.



## INTRODUÇÃO

O uso de derivados do tabaco, álcool e outras drogas é um fenômeno mundial que tem transcendido a categoria de “problema de saúde pública”. No mundo, em 2007, 172 a 250 milhões de pessoas usaram alguma droga ilícita. Entre as drogas de uso ilícito, a maconha surge frequentemente como a de maior prevalência anual de uso, seguida imediatamente pelas anfetaminas, cocaína, opiáceos e ecstasy (UNODC, 2009). Soma-se às drogas ilícitas, o consumo de álcool e produtos do tabaco, cujo caráter legal possibilita que sejam amplamente divulgados e distribuídos, contribuindo para o aumento, não apenas de sua prevalência de uso, mas também dos problemas de saúde deles decorrentes. O uso de produtos de tabaco afeta 25% da população mundial adulta. Quando comparado às drogas ilícitas, as estimativas apontam que 200 mil mortes por ano são decorrentes do consumo destas, enquanto que 5 milhões são atribuídas ao uso de tabaco (UNODC, 2008). Em relação ao consumo de álcool, seus efeitos de morbimortalidade têm se estendido para além das consequências de saúde de quem bebe, gerando um amplo conjunto de custos sociais atribuídos aos altos níveis de violência interpessoal, homicídios, comportamento sexual de risco, uso inconsistente de preservativos, aumento da incidência de doenças infectocontagiosas e acidentes com veículos automotores, resultando em uma perda significativa dos Anos Potenciais de Vida Perdidos Ajustados para Incapacidades (DALYs) (UNODC, 2007; Rehm et al., 2009).

## DESENVOLVIMENTO

Foi desenvolvido um estudo populacional observacional descritivo com amostra de 61 moradores da microárea 11 da Unidade de Saúde Solitude de Curitiba. A coleta de dados foi feita por meio de inquéritos domiciliares integrantes do projeto pedagógico de integração interdisciplinar e interinstitucional da disciplina de Saúde Ambiental do Curso de Farmácia da UFPR, que no caso desta questão “uso de substâncias” empregou a “questão 1” do instrumento da OMS, denominado ASSIST (FIGURAS 1 E 2). O grupo Pet-saúde apoiou os trabalhos. Os moradores desse bairro foram entrevistados em suas casas para melhor descrição e sigilo de suas respostas. Todos entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da UFPR sob CAAE:0011.0.091.00009. Desses 61 entrevistados, 58 % eram mulheres e 42% homens. A faixa de idade de mais de 50% dos participantes era de 25 a 55 anos. Em relação às características individuais, o gênero tem sido apontado como um fator interferente sobre o uso de drogas psicoativas. Enquanto os homens frequentemente experimentam álcool, inalantes, esteróides anabolizantes, cocaína e crack, o uso recreacional de medicamentos prescritos (principalmente tranquilizantes e anfetamínicos) é mais comum entre as mulheres (UNODC, 2008). Porém em nossa pesquisa este padrão não se manteve, pois 62,5% das mulheres consumiam álcool mensalmente, enquanto 31,25% dos homens consumiam álcool diariamente. Ou seja, o que se observou na frequência de uso por gênero, foi que quando homens fazem uso do álcool este consumo tende a ser diário, ao contrário das mulheres apesar de seu maior número de usuários. As prevalências de uso na vida de tabaco e álcool foram relatadas por 35 e 37% das pessoas entrevistadas, respectivamente.

Salienta-se que cocaína e/ou crack e maconha somaram 26 %. Entre os principais resultados, o uso nos últimos 30 dias de qualquer droga foi declarado por 47% dos entrevistados ( FIGURAS 3 e 4). Percebeu-se que em relação às drogas ilícitas a maconha é a mais usada e 9,8% dos entrevistados disseram fazer uso semanalmente. Quando foram questionados sobre o uso de drogas por algum membro da família 34,42% responderam “sim” e se havia problemas familiares pelo uso dessas substâncias, 29,50% responderam que existiam problemas em casa pelo uso de drogas.

## CONCLUSÃO

De acordo com os resultados obtidos foi possível perceber que os entrevistados utilizam em sua maioria tabaco e álcool, e que o uso concomitante é muito comum, agravando, assim, a dependência e dificultando a suspensão dos mesmos. Além disso pode ser constatado através do estudo, como foi citado anteriormente, que a maioria dos homens ingere com maior frequência o álcool, porém em contrapartida temos maior número de mulheres utilizando o álcool. O que pode ser explicado por questões culturais, relacionadas à forma que cada gênero lida com problemas familiares, depressão, e infelicidades. Portanto, através desse mapeamento de perfis dos usuários de determinadas drogas é possível estabelecer critérios que definam os principais riscos que o consumo pode acarretar e promover ações que reduzam estes riscos. Isto vale para as políticas públicas, através de palestras e orientações, mas também para ações no âmbito do círculo familiar, em que a família deve colocar em prática as ações que lhe foi transmitida a fim de obter uma diminuição nessas porcentagens e uma consequente melhoria na qualidade de vida para o usuário e para a comunidade.

## REFERÊNCIAS

•REHM,J.; MATHERS, C.; POPOVA, S.; THAVORNCHAROENSAP, M.; TEERAWATTANANON, Y.; PATRA, J. Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. **Lancet**, v. 371, n. 9682, p. 2223-33, 2009. Disponível em:< http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(09)60746-7/abstract>. Data de acesso: 14/11/2014  
•UFPR. Universidade Federal do Paraná. Setor de Ciências da Saúde. Departamento de Saúde Comunitária. Curso de Farmácia. Disciplina de Saúde Ambiental. Projeto de integração interdisciplinar e interinstitucional – **Coleta de dados sobre condições ambientais x higiênico-sanitárias x socioeconômicas e culturais em Curitiba e região metropolitana**. Curitiba, 2004.  
•UNODC - United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention. **World Drug Report 2007 -2009.**. Disponível em: <http://www.unodc.org/ >. Data de acesso: 14/11/2014  
•WHO Assist Working Group. Ali R, Awwad E, Babor T, Bradley F, Butau T, Farrell M, et al. The alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST): development, reliability and feasibility. **Addiction**, v. 97, p. 1183-94, 2002.



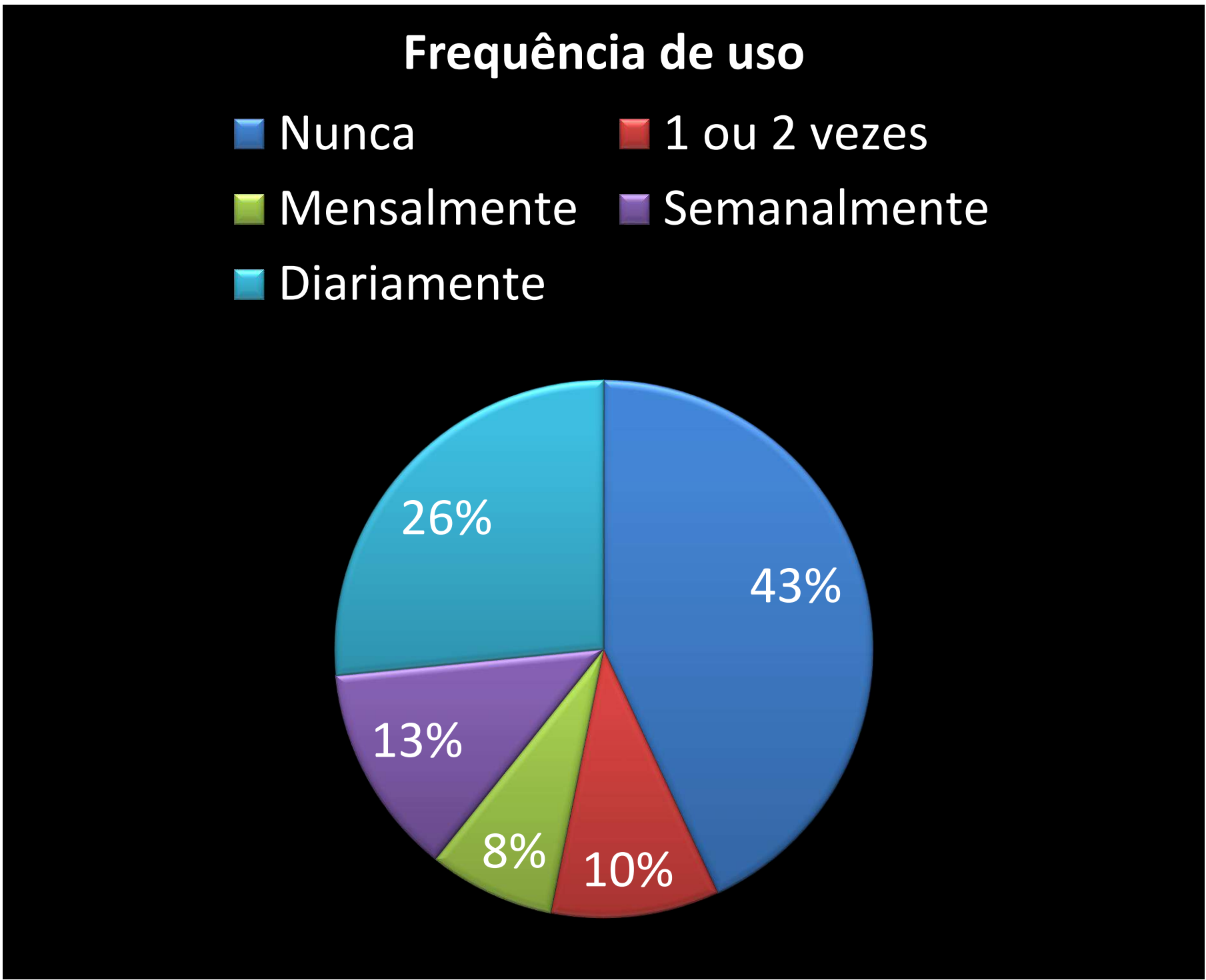
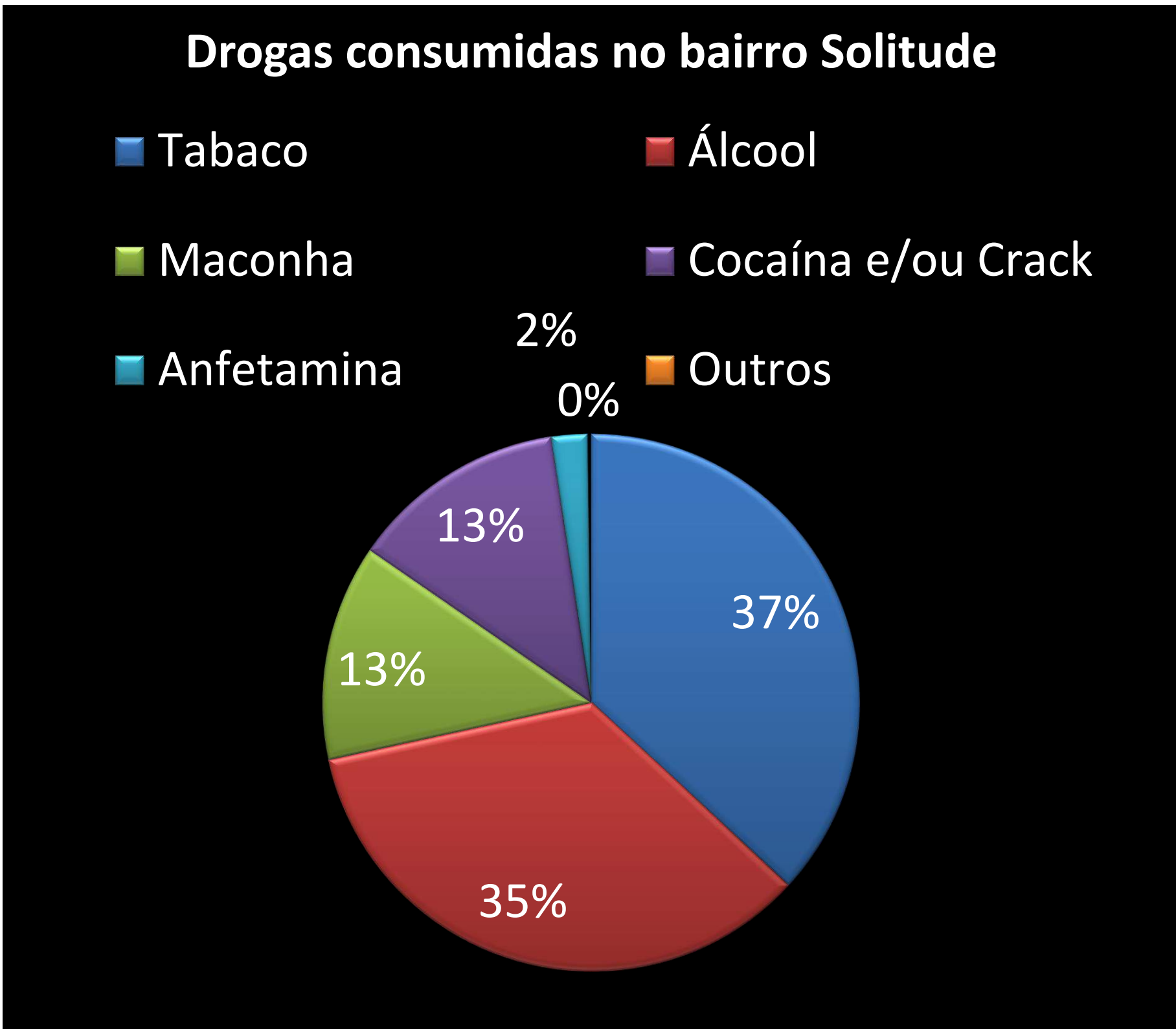
### ASSIST - OMS

| 1. Na sua vida qual(is) dessa(s) substâncias você já usou?<br>(somente uso não prescrito pelo médico) | NÃO | SIM |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| a. derivados do tabaco                                                                                |     |     |
| b. bebidas alcoólicas                                                                                 |     |     |
| c. maconha                                                                                            |     |     |
| d. cocaína, crack                                                                                     |     |     |
| e. anfetaminas ou éxtase                                                                              |     |     |
| f. inalantes                                                                                          |     |     |
| g.hipnóticos/sedativos                                                                                |     |     |
| h. alucinógenos                                                                                       |     |     |
| i. opióides                                                                                           |     |     |
| j. outras, especificar                                                                                |     |     |

### QUESTIONÁRIO PARA TRIAGEM DO USO DE ÁLCOOL, TABACO E OUTRAS SUBSTÂNCIAS.

| 2. Durante os três últimos meses, com que frequência você utilizou essa(s) substância(s) que mencionou?<br>(primeira droga, depois a segunda droga, etc) | NUNCA | 1 OU 2 VEZES | MENSALMENTE | SEMANALMENTE | DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------------|-------------|--------------|------------------------------------|
| a. derivados do tabaco                                                                                                                                   | 0     | 2            | 3           | 4            | 6                                  |
| b. bebidas alcoólicas                                                                                                                                    | 0     | 2            | 3           | 4            | 6                                  |
| c. maconha                                                                                                                                               | 0     | 2            | 3           | 4            | 6                                  |
| d. cocaína, crack                                                                                                                                        | 0     | 2            | 3           | 4            | 6                                  |
| e. anfetaminas ou éxtase                                                                                                                                 | 0     | 2            | 3           | 4            | 6                                  |
| f. inalantes                                                                                                                                             | 0     | 2            | 3           | 4            | 6                                  |
| g.hipnóticos/sedativos                                                                                                                                   | 0     | 2            | 3           | 4            | 6                                  |
| h. alucinógenos                                                                                                                                          | 0     | 2            | 3           | 4            | 6                                  |
| i. opióides                                                                                                                                              | 0     | 2            | 3           | 4            | 6                                  |
| j. outras, especificar                                                                                                                                   | 0     | 2            | 3           | 4            | 6                                  |

Figuras 1 e 2- Questões do instrumento ASSIST, OMS.



Figuras 3 e 4- Consumo e frequência de uso das principais drogas. Micro-área 11, Bairro Solitude, Curitiba, 2014

# A IMPORTÂNCIA DO TRABALHO INTERDISCIPLINAR NO SERVIÇO DE CLÍNICA FARMACÊUTICA

Autor principal: Cristiane Maria Chemin Quadros  
Colaboradores: Simone Aparecida Gavleto Busnelo

Local de Trabalho: UMS Fanny Lindóia  
Eixo Temático: Assistência Farmacêutica e processos de medicalização da sociedade



## INTRODUÇÃO

Com a intenção de apoiar, ampliar a abrangência, a resolutividade, a territorialização, a regionalização das ações da Atenção Primária a Saúde (APS) no Brasil, o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)<sup>1</sup>. Entre as ações do NASF, o serviço de clínica farmacêutica tem como objetivo orientar os usuários e as equipes de saúde quanto ao uso racional dos medicamentos.

## DESENVOLVIMENTO

Pacientes insulino-dependentes são bastante comprometidos principalmente pela falta de conhecimento sobre a doença e das medidas de prevenção para as comorbidades. Os resultados alterados de glicemia estão diretamente associados a falta de adesão à farmacoterapia.

Em consultas realizadas pela enfermeira na UMS Fanny Lindóia, os pacientes com resultados de glicemia capilar fora da meta, foram encaminhados para consulta na clínica farmacêutica. As consultas foram pré agendadas pela enfermeira e realizadas pela farmacêutica, seguindo o formulário desenvolvido no Projeto do Cuidado Farmacêutico. Foram realizadas vinte e uma consultas iniciais e sete retornos. Os pacientes eram polimedicados, em média nove medicamentos diferentes por paciente, todos apresentaram problemas relacionados à farmacoterapia e resultaram em intervenções farmacêuticas. Os resultados obtidos nas consultas foram discutidos posteriormente com a enfermeira.

## CONCLUSÃO

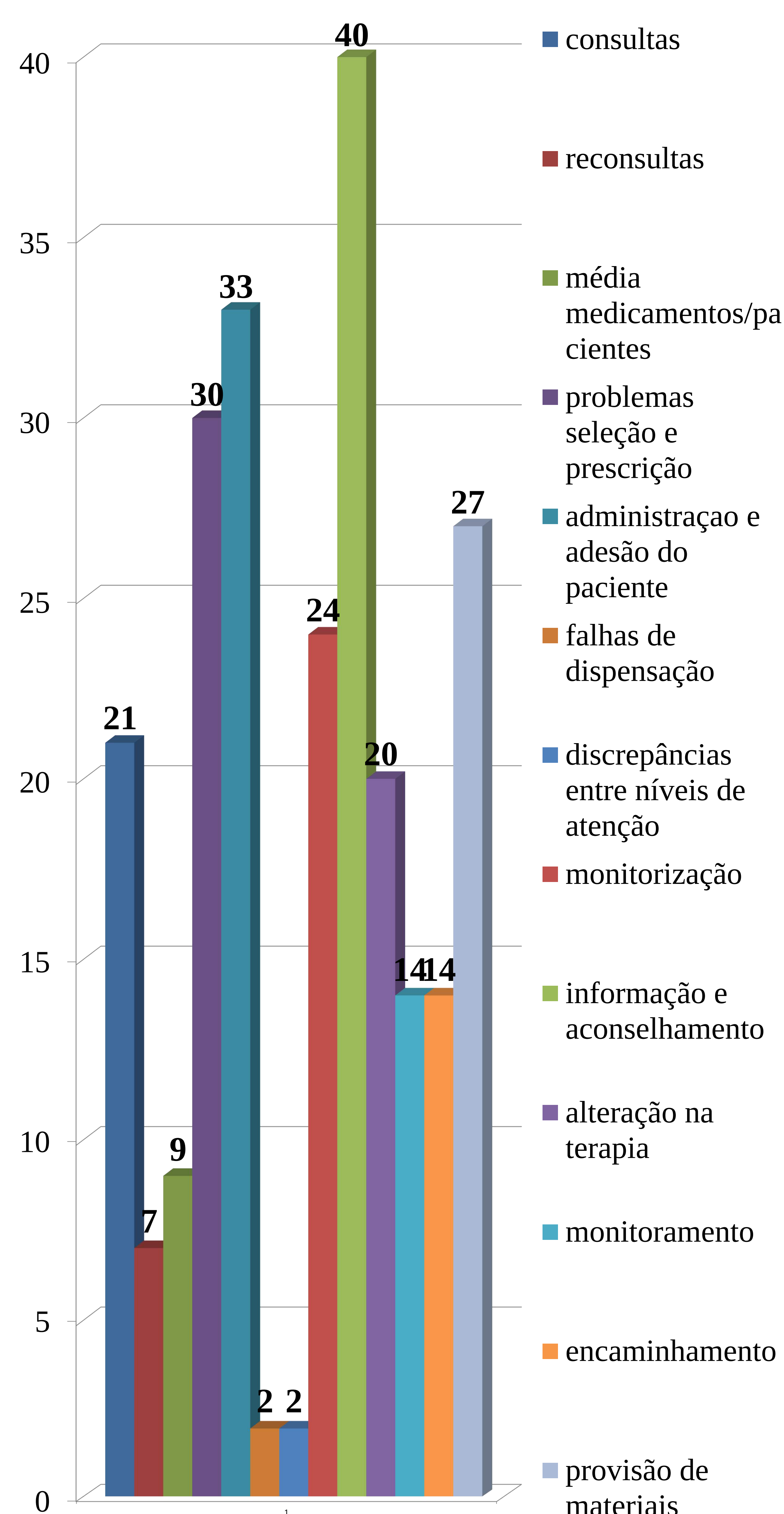
O trabalho em equipe se faz necessário para responder à complexidade dos problemas em atenção primária. Os profissionais da APS e NASF devem reformular os saberes oriundos dos bancos acadêmicos e as práticas isoladas dos serviços especializados<sup>2</sup>.

O trabalho interdisciplinar desenvolvido entre a enfermeira e farmacêutica na UMS Fanny Lindóia qualificou o cuidado aos pacientes diabéticos insulino-dependentes e fomentou a interdisciplinaridade APS/NASF.

## REFERÊNCIAS

- BRASIL, M. da Saúde do. *Portaria No 154: Diretrizes do nasf*. 2008. Disponível em: <[http://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt154\\_24\\_01\\_2008.html](http://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt154_24_01_2008.html)>. Acesso em: 06 Nov 2014.
- HARZHEIM, E.; MENDONÇA, C. S.; MONTENEGRO, H. *Inovando o papel da atenção primária nas redes de atenção à saúde*. Brasília: NAVEGADORSUS, 2011.

DADOS DAS CONSULTAS DE CLÍNICA FARMACÊUTICA



# EXAMES DE BAAR: UM ESTUDO COMPARATIVO

Autor principal/relator: Sonia Teixeira Linhares

Colaboradores: Alexandra Ap. A. Disner Fogaci; Sandra

Silmara de F.Sudan; Sandra de F. Azevedo Baú;

Terezinha M. A. Cruz Ribeiro

Local de Trabalho: Distrito Sanitário Cajuru).

Eixo Temático: Vigilância Epidemiológica



## INTRODUÇÃO

A tuberculose é um agravo de grande magnitude e vulnerabilidade. Uma das estratégias de monitoramento dos pacientes é a realização de exames mensais de BAAR (Bacilo Ácido Álcool Resistente) durante o período de tratamento. O objetivo deste estudo foi comparar os resultados dos exames de BAAR apresentados pelo Laboratório Municipal (LM) com os relatórios das Unidades Municipal de Saúde do Distrito Sanitário do Cajuru.

## DESENVOLVIMENTO

Como a transmissão do bacilo de Koch, agente etiológico da tuberculose, é feita por via aérea de pacientes pulmonares positivos, o melhor controle da doença é a busca dos sintomáticos respiratórios e o tratamento supervisionado dos pacientes.

Todos os meses, durante o período do tratamento, são realizados exames de BAAR, sendo a coleta do 2º mês de grande importância, pois corresponde ao final de tratamento da fase de ataque com a medicação RHZE (Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida e Etambutol). O estudo realizado levantou baciloscopias de 2º mês de 35 pacientes no período de janeiro a dezembro de 2011. Comparando os dados dos relatórios das UMS do DS Cajuru com o relatório do Laboratório Municipal, observou-se divergência nos resultados em 34,28% (12) dos exames. Os dados estratificados estão apresentados na Tabela 1.

## CONCLUSÃO

Este estudo demonstrou a necessidade de uma vigilância ativa dos relatórios encaminhados pelas UMS. Como enfrentamento para este problema foram propostos treinamentos e uma maior integração da Vigilância Epidemiológica com UMS.

## REFERÊNCIAS

LINHARES, S.T.; CONTE, T.M. *Auditoria das baciloscopias que são realizadas nos pacientes com tuberculose pulmonar positiva, no Distrito Sanitário Cajuru, no período de um ano.* Curitiba, 2012.

Tabela 1 – Comparação entre os resultados dos relatórios do LM e das UMS, nos casos divergentes.

| Resultado BAAR UMS | Resultado BAAR LM |
|--------------------|-------------------|
| 6 positivo         | Não realizado     |
| 5 negativo         | Não realizado     |
| 1 não realizado    | Negativo          |

Fonte: Relatórios mensais de BAAR das UMS e LM de 2011.

# TRAUMATISMO DENTOALVEOLAR

Autor principal: Lindomar Pinheiro  
Coautores: Siumara M<sup>o</sup> Andrade  
Solange Ap<sup>o</sup> Buhner Paulin Gerber

Local de Trabalho: UMS São João Del Rey  
Eixo Temático: Saúde Bucal na APS/ ESF



## INTRODUÇÃO

Por ocasião do Programa da Saúde Escolar (PSE), a equipe odontológica constatou a incidência de um expressivo número de dentes fraturados. A equipe programou ações voltadas para prevenção sobre traumatismo dentário.

## DESENVOLVIMENTO

Foram examinados 500 estudantes na faixa etária de 11 a 17 anos e o índice de traumatismo foi de 14%, com maior prevalência no sexo masculino. Os dentes afetados são na maioria incisivos superiores, com fratura do tipo coronária (esmalte e dentina) necessitando na sua maioria de tratamento restaurador. Os meninos foram os mais acometidos provavelmente por realizarem atividades físicas de maior exposição ou por envolvimento em brigas no colégio e comunidade.

Isto nos levou a realizar um trabalho junto à comunidade para orientar, alertar e informar sobre os procedimentos imediatos nos casos de traumas e avulsões em dentes permanentes. O conhecimento da população sobre o assunto foi avaliado por meio de questionário.

- 95% não sabem o que é avulsão dentária e quais os procedimentos corretos a tomar após um acidente com trauma dentário.
- 55% lavariam o dente com água corrente.
- 60% não sabem como agir diante de um acidente dentário.
- 100% consideraram importante receber informações sobre o assunto.

## CONCLUSÃO

Sabendo que o sucesso do tratamento para traumatismo dentoalveolar está diretamente relacionado ao tempo transcorrido entre os primeiros cuidados e o atendimento pelo cirurgião dentista, há necessidade de realizar educação em saúde sobre trauma dental, principalmente avulsão, nas unidades escolares

## REFERÊNCIAS

- ONETTO J.E., FLORES M.T., GARBARINO M.L., Dental Trauma in Children and Adolescents in Valparaiso, Chile. Endodontics & Dental Traumatology, Copenhagen, V.10, n.5, p.223-227, Oct 1994
- VASCONCELLOS, R.J.H. et al. Trauma na Dentição Decídua. Enfoque atual traumatic injuries in the primary dentition: Knowledge update. Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial, V.3, n.2, abr/jun 2003
- HALPERN, L.R. Orofacial injuries as markers for intimate partner violence. Oral maxillofacial surgery clinical North America v.22, n.2, p 239-46 May 2010



# PET SAÚDE – UM RECURSO PARA A FORMAÇÃO PROFISSIONAL QUE QUEREMOS

Autor principal/relator: Zilá Ferreira Dias  
Gonçalves dos Santos  
Colaboradores: Márcia Aparecida Dutra e Rita de  
Cássia Falcão Guilherme

Local de Trabalho: Unidade Municipal de Saúde  
Trindade II  
Eixo Temático: Integração Ensino/Serviço



## INTRODUÇÃO

A integração ensino/serviço e a quebra da dicotomia teoria e prática são desafios na formação profissional, e para enfrentá-los várias estratégias foram e estão sendo propostas e implementadas. Uma delas é o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde PET-Saúde, destinado a fomentar grupos de aprendizagem tutorial na Estratégia Saúde da Família. O PET-Saúde tem diversos objetivos, entre eles está fomentar a integração ensino e serviço da área de Saúde, melhorar a formação de profissionais e docentes, contribuir para a formação de profissionais com perfil adequado para às necessidades e às políticas de saúde do País, sensibilizar e preparar profissionais de saúde para o adequado enfrentamento das diferentes realidades de vida e saúde da população brasileira, promover ensino de qualidade e excelência através de grupos tutoriais e interdisciplinares, entre outros.

## DESENVOLVIMENTO

A proposta do PET-Saúde é basicamente de aprendizado, tanto para alunos como para tutores e preceptores. A literatura afirma que o aprendizado vitalício deve ser atraente e trazer em si uma grande satisfação, e quando se trata do discente a satisfação é considerada como muito importante, não só no aprendizado vitalício, mas em qualquer forma de aprendizado. E também que para sobreviver na sociedade e integrar-se no processo de trabalho o indivíduo necessita desenvolver muitas capacidades relacionadas ao trabalho em equipe, à autoaprendizagem e à adaptação a situações novas. O PET-Saúde se coloca como uma estratégia para esse aprendizado expondo o aluno a novas situações em diversos cenários de prática, em pesquisa para construção de artigos, e várias modalidades de estratégias pedagógicas como o acompanhamento tutorial, ao mesmo tempo oportuniza ao Profissional que o acompanha como preceptor o desafio de ensinar e aprender. Ao tutor acadêmico a responsabilidade de acompanhar e assessorar o processo de aprendizado. A experiência que venho experimentando como preceptora do PET-Saúde é bastante rica em diversos aspectos, mas traz vários desafios como: criar espaço dentro da Unidade de Saúde para a entrada do Aluno, conseguir que esse aluno se integre na equipe de saúde para que, de fato, realize trabalho multidisciplinar em saúde, explicar para a Comunidade atendida a importância desse aluno inserido no trabalho e o maior de todos que é conquistar o aluno para o trabalho em Atenção Primária em Saúde. A proposta da Odontologia da Universidade Federal do Paraná traz para a Unidade de Saúde além dos monitores do PET-Saúde também os alunos matriculados na disciplina de Saúde Coletiva.

## CONCLUSÃO

Como resultado temos observado uma grande transformação da equipe da Unidade de Saúde que vem gradativamente entendendo o seu papel de formador dos trabalhadores em Saúde e principalmente dos alunos envolvidos no processo, pois os mesmos iniciam as atividades procurando se “defender” do fazer, mas ao final do semestre temos tido a grata satisfação de ouvir os relatos desses mesmos alunos dizendo quanto a experiência foi transformadora e importante para a sua formação profissional, e muitos passam a entender qual seu real papel como Profissional de Saúde.

## REFERÊNCIAS

SIQUEIRA, A. M. O.; SILVA NETO, D.D. e FLORÊNCIO R. **A importância da afetividade na aprendizagem dos alunos.** Disponível e acesso em 18/11/2014  
<http://www.faceten.edu.br/Importancia%20da%20afetividade%20na%20aprendizagem.pdf>



# METODOLOGIA DE CLASSIFICAÇÃO DAS FAMÍLIAS POR GRAU DE RISCO

Autor Principal/ Relator: Zilá Ferreira Dias  
Gonçalves dos Santos

Local de Trabalho: Unidade Municipal de Saúde Trindade II  
Eixo Temático: Processo de Trabalho Multiprofissional na  
APS/ESF



## INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem por objetivo estruturar de uma forma prática e resolutiva a classificação das famílias do território por grau de risco, para posterior estabelecimento de plano de cuidado longitudinal individualizado.

## DESENVOLVIMENTO

No primeiro momento fizemos discussão em reunião de equipe sobre os objetivos de trabalharmos com famílias priorizadas e grau de vulnerabilidade. Diferenças entre exclusão social, resiliência e risco ao adoecimento. Posteriormente trouxe para discussão, aprovação e adaptação pela equipe do “Roteiro para classificação das famílias por grau de risco”, criado pela Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais e proposto para ser usado no Programa Saúde em Casa, naquele estado. Após as adaptações propostas pela equipe, passamos a proceder a classificação das famílias para cuidado longitudinal fazendo uso do instrumento que tornou mais objetivo essa tarefa que por vezes é muito subjetiva.

## CONCLUSÃO

Com o trabalho que realizamos com a equipe foi possível que refletíssemos em qual o nosso objetivo de cuidado em cada família priorizada, bem como porque priorizá-la nesse momento, ou mesmo em que momento podemos estar mais distante e mesmo assim cuidando. Proporcionou mais segurança para a equipe, pois o instrumento é objetivo.

## REFERÊNCIAS

1 – COSTA, M.S.; SANTOS M.C.L.; MARTINHO N.J.; BARROSO M.G.T. e VIEIRA N.F.C. Família em situação de risco: modelo de cuidado focalizando educação em saúde. Revista Gaúcha de Enfermagem, 2007.

2 – DE ANTONI, C.; HOPPE, M.W.; MEDEIROS, F. e KOLLER, S.H. Uma família em situação de risco: Resiliência e vulnerabilidade. Interfaces: Revista de Psicologia, 1999.

3 – MARTIN, V.B.; ANGELO, M. Significado do conceito de saúde na perspectiva de famílias em situação de risco pessoal e social. Rev. Latino-am.enfermagem, Ribeirão Preto, v. 6, n.5, p. 45-51, dezembro 1998.

4 – SES de Minas Gerais, Roteiro para Classificação das Famílias por Grau de Risco. Acesso em 17/11/2014  
<http://saude.mg.gov.br/images/documentos/Roteiro%20para%20a%20Classificacao%20de%20Risco%20Familiar.pdf>

| PONTUAÇÃO FINAL PARA CLASSIFICAÇÃO POR GRAU DE RISCO |                                         | CRITÉRIOS SOCIOECONÔMICOS |                               |                                   |                                   |
|------------------------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
|                                                      |                                         | Nenhum Fator de Risco     | Presença de um Fator de Risco | Presença de dois Fatores de Risco | Presença de três Fatores de Risco |
| CRITÉRIOS CLÍNICOS                                   | P                                       | 0                         | 1                             | 2                                 | 3                                 |
|                                                      | Nenhum componente com condição clínica  | 0                         | 1                             | 2                                 | 3                                 |
|                                                      | 1 componente com uma condição clínica   | 1                         | 2                             | 3                                 | 4                                 |
|                                                      | 2 ou mais comp. Com uma condição        | 2                         | 3                             | 4                                 | 5                                 |
|                                                      | 1 ou mais comp. Com 2 ou mais condições | 3                         | 4                             | 5                                 | 6                                 |

Fonte: (citar fonte)

| PONTUAÇÃO TOTAL | GRAU DE RISCO    |
|-----------------|------------------|
| 0               | Sem Risco        |
| 1 – 2           | Risco Baixo      |
| 3 – 4           | Risco Médio      |
| 5               | Risco Alto       |
| 6               | Risco Muito Alto |

Fonte: (citar fonte)

# ESCOLA E UNIDADE DE SAÚDE: UMA PARCERIA QUE DÁ CERTO

Autor principal/relator: Zilá Ferreira Dias Gonçalves dos Santos  
Colaboradores: Janine Domingues Câmara, Josefa da Silva, Márcia Aparecida Dutra, Márcia dos Santos e Rita Falcão Guilherme.

Local de Trabalho: Unidade Municipal de Saúde Trindade II  
Eixo Temático: Abordagens da vulnerabilidade: violência e drogas



## INTRODUÇÃO

No território da responsabilidade de nossa Unidade de Saúde (US), como em várias regiões de Curitiba encontramos muitos jovens sem perspectivas de melhoria de vida, muitos se envolvem com as drogas muito novos, engravidam e vivem à margem da sociedade. Pensando nisso estamos já a alguns anos trabalhando em parceria com a Escola Estadual Senhorinha de Moraes Sarmento em um projeto longitudinal e o foco principal é a prevenção da violência.

## DESENVOLVIMENTO

A violência em nossa sociedade tornou-se banal. Segundo Brito et al (2005) desde a década de 1970 a violência é apontada no Brasil como uma das principais causas de morbimortalidade, essa temática vai progressivamente deixando de ser considerada um problema exclusivo da área social e jurídica e passa a também ser incluída na saúde pública. A violência como um problema a ser enfrentado vem mobilizando diversos estudiosos a se debruçarem sobre o tema e encontrarem maneiras de ter impacto positivo nos indicadores, respeitando as diferenças de cenários e comunidades atendidas (SALIBA et al, 2007; BRITO et al, 2005; GOMES et al, 2002; NJAINE et al, 2007; BERGAMASCHI et al, 2007; MURARO et al, 2008). A escola é um espaço privilegiado para se trabalhar com a criança e com o jovem, assim, realizamos diversas ações em conjunto visando, ao longo do tempo, promover impacto positivo nessa comunidade. Desenvolvemos ações de educação em saúde com os alunos, professores e funcionários da escola; trouxemos a reunião da Rede de Proteção para dentro da escola; estreitamos os laços Escola/Conselho Tutelar/US; participamos de reuniões de pais; desenvolvemos elo de comunicação direta entre equipes de diferentes setores e incluímos atividades dos estagiários da US na Escola.

## CONCLUSÃO

Ainda temos um longo caminho a percorrer, mas a realidade já foi pior do que temos hoje. Ainda encontramos meninas muito novas grávidas, alunos que se agridem gratuitamente, alunos que chegam no sexto ano sem saber ler e outros problemas, mas com experiências como essa conseguiremos avanços e melhoria da qualidade de vida das crianças e adolescentes de Curitiba.

## REFERÊNCIAS

BERGAMASCHI, João Paulo Machado et al. **Análise das fraturas diafisárias do fêmur em crianças menores de 3 anos de idade.** Acta Ortopédica Brasileira. São Paulo, 2007;15(2): 72-75. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/aob/v15n2/v15n2a02.pdf> > acesso em 07 ago. 2010.

BRITO, Ana Maria M. et al. **Violência doméstica contra crianças e adolescentes: estudo de um programa de intervenção.** São Paulo. Ciência & Saúde Coletiva, 2005, 10(1):143-149. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n1/a15v10n1.pdf> > Acesso em 08 ago. 2010

GOMES, Romeu et al. **A abordagem dos maus-tratos contra a criança e o adolescente em uma unidade pública de saúde.** São Paulo. Ciência & Saúde Coletiva, 2002, 7 (2):275-283. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v7n2/10247.pdf> > acesso em 12 jul. 2010.

MURARO, Heidi Martha Soeder et al. **Protocolo da Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para a Violência.** Curitiba: Secretaria Municipal de Saúde, 2008.

NJAINE, Kathie et al. **Redes de prevenção à violência: da utopia a ação.** São Paulo. Ciência & Saúde Coletiva, 2007, 11(Sup):1313-1322. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11s0/a20v11s0.pdf> > acesso em 12 jul. 2010.

SALIBA, Orlando et al. **Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica.** São Paulo: Rev Saúde Pública, 2007;41(3):472-7. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n3/5805.pdf> > acesso em 12 jul. 2010.



Fotografia de Zilá Ferreira Dias Gonçalves dos Santos



Fotografia de Zilá Ferreira Dias Gonçalves dos Santos



Fotografia de Zilá Ferreira Dias Gonçalves dos Santos



Fotografia de Zilá Ferreira Dias Gonçalves dos Santos

# PMAQ COMO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO E PLANEJAMENTO EM SERVIÇO

Autor principal/relator: Zilá Ferreira Dias  
Gonçalves dos Santos

Local de Trabalho: Unidade Municipal de Saúde Trindade II  
Eixo Temático: Planejamento, monitoramento e avaliação em saúde.



## INTRODUÇÃO

Quando trabalhamos em Unidade Básica de Saúde (UBS), na Atenção Primária, temos a sensação de sermos engolidos pela demanda, pois, estamos com as portas abertas e a todo momento somos solicitados. O planejamento por vezes nos parece ser de difícil execução e quase que entendido como uma “perda de tempo”. Esse trabalho tem como objetivo mostrar o papel do PMAQ na avaliação e planejamento em saúde.

## DESENVOLVIMENTO

Desde a Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ) e mais recentemente com o PMAQ, as equipes da nossa UBS tem se reunido para fazer a autoavaliação e também construirmos juntos as matrizes de intervenções das situações que avaliamos estarem com problemas. Esse exercício tem feito com que o Planejamento em Saúde passe a ser uma das tarefas esperadas das equipes de saúde e também vem induzindo uma melhor atenção aos diversos problemas do nosso território. Hoje a equipe tem a preocupação de discutir nas reuniões o andamento do plano de trabalho e também de adaptar suas ações do decorrer do tempo.

## CONCLUSÃO

Concluimos que quando as equipes de saúde são desafiadas a desenvolverem novas atividades, e que se sentem valorizadas em sua execução, podemos transformar a visão que os profissionais tem de atividades que por vezes possa parecer dispensável. E com isso conseguimos uma melhor atenção para nossa população.

## MATRIZ DE INTERVENÇÃO

Descrição do Padrão: (4.18) A equipe de atenção básica acompanha as crianças com idade entre 12 meses e 9 anos, com definição de prioridades a partir da avaliação e classificação de risco e análise de vulnerabilidade.

Descrição da situação problema para o alcance do padrão: A Equipe de saúde somente tem acompanhado sistematicamente crianças até dois anos de idade.

Objetivo/Meta: Passar a acompanhar todas as crianças de zero a 9 anos com atendimentos em saúde dependendo da necessidade e vulnerabilidade.

| Estratégia para alcançar os objetivos e metas                                                                      | Atividades a serem desenvolvidas (Detalhamento da Execução)                                           | Recursos necessários para o desenvolvimento das atividades | Resultados esperados                                                           | Responsável | Prazos               | Mecanismos e indicadores para avaliar o alcance dos resultados |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-------------|----------------------|----------------------------------------------------------------|
| Oferecer uma consulta médica e de enfermagem anual a todas as crianças da área da nossa equipe de saúde da família | Visita do ACS a todas as crianças até 9 anos para identificar quais acompanham em serviço particular. | ACS                                                        | Ter identificadas todas as crianças que tem acompanhamento em saúde particular | Enfermeiro  | Até setembro de 2013 | 100% das crianças identificadas                                |
|                                                                                                                    | Para as crianças com acompanhamento particular realizar visita mensal do ACS                          | ACS                                                        | Ter todas as crianças acompanhadas pelo ACS                                    | Enfermeiro  | Até dezembro de 2013 | 100% das crianças acompanhadas mensalmente.                    |
|                                                                                                                    | Oferecer uma consulta anual para cada criança maior de 2 anos no mês de seu aniversário               | Recursos Humanos                                           | Ter todas as crianças acompanhadas com consulta anual.                         | Cintia      | Até dezembro de 2013 | 50% das crianças consultadas no ano.                           |

## REFERÊNCIAS:

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) : manual instrutivo / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 62 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) ISBN 978-85-334-1899-8

# UM OLHAR PARA A SAÚDE DO HOMEM E SAÚDE DO TRABALHADOR

Autor principal/relator: Zilá Ferreira Dias Gonçalves dos Santos  
Colaboradores: Cínthia Laranjeiras Nunes, Eva Lúcia Gomes, Ivani Amaro dos Santos, Janine Domingues Câmara, Josefa da Silva, Márcia Aparecida Dutra, Márcia dos Santos e Rita de Cássia Falcão Guilherme

Local de Trabalho: Unidade Municipal de Saúde Trindade II  
Eixo Temático: Processo de trabalho multiprofissional na APS/ESF



## INTRODUÇÃO

Ao discutirmos em reunião da Equipe de Saúde da Família as prioridades do nosso território e nas autoavaliações do PMAQ\*, sentimos a necessidade de melhorar o cuidado com a Saúde do Homem e Saúde do Trabalhador. Motivados organizamos uma estratégia de ação que começamos a colocar em prática no ano de 2013.

## DESENVOLVIMENTO

Como primeira atividade da ação estratégica em Saúde do Homem e Saúde do Trabalhador, as Agentes Comunitárias de Saúde e os profissionais da equipe, mapearam os pontos comerciais e empresariais existentes no território da Unidade de Saúde - US. O objetivo dessa atividade foi saber quantos e quais estabelecimentos existiam e onde estavam localizados. O segundo passo foi realizar uma visita ao estabelecimento e conversar com o responsável para disponibilizar ações de saúde dentro do espaço da empresa. O terceiro passo foi a realização da ação: de “roda de conversa” - enfocando a prevenção de doenças (inclusive as ocupacionais), aferição de pressão arterial e verificação da glicemia capilar, aplicação de vacinas, exame bucal com levantamento da necessidade de tratamento odontológico. Na quarta ação, foram realizados os encaminhamentos necessários para a US ou, os contatos com as US onde as pessoas possuem cadastro para serem assistidas clinicamente em suas necessidades.

## CONCLUSÃO

Em 2013 os estabelecimentos foram mapeados e em 2014 realizamos as ações em duas Empresas, a primeira funcionou como teste piloto, com 8 trabalhadores e a segunda com 60 trabalhadores. Fomos muito bem recebidos nas duas empresas e também os trabalhadores participaram efetivamente das atividades. Eles já retornaram à US para as outras doses de vacina, tratamento odontológico e nos procuram para que os ajudem nas suas necessidades em saúde, demonstrando assim que foi estabelecido o vínculo.

\* Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica



# ACUPUNTURA E A DOR

**Autor principal:** Paulo Francisco Arant Martins  
**Colaboradores:** Gislana Braga Machado, José Stechman-Neto, Killian Evandro Cristoff, Wagner Hummig, Rosane Sampaio Santos

**Local de Trabalho:** Unidade de Saúde Vila Verde  
**Eixo Temático:** Práticas Integrativas e Complementares



## INTRODUÇÃO

Determinar a evidência clínica atual para a prática da ativação de pontos de acupuntura com laser de baixa potência no tratamento da dor musculoesquelética, com base em resultados de ensaios clínicos randomizados (ECR) publicados no período de 2003 a janeiro de 2013.

## DESENVOLVIMENTO

Trata-se de uma revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados incluindo obrigatoriamente o uso da acupuntura a laser em pacientes com dor musculoesquelética. Foram pesquisadas as bases de dados entre 2003 e 2013, sem restrição de idioma. Os artigos foram avaliados em sua qualidade metodológica pela Delphi List, o nível de força de evidência foi classificado de acordo com Van Tulder.

Tabela 1 Escore Total da Delphi List

| ESTUDO                  | ANO  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | TOTAL |
|-------------------------|------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-------|
| Ferreira <sup>8</sup>   | 2013 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 07    |
| Ruth <sup>9</sup>       | 2010 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 06    |
| Glazov <sup>10</sup>    | 2009 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 07    |
| Yurtkuran <sup>11</sup> | 2007 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 06    |
| Aigner <sup>12</sup>    | 2006 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 05    |

## CONCLUSÃO

Conclui-se evidência moderada de que o laser é capaz de ativar os acupontos para o tratamento da dor musculoesquelética dos músculos mastigatórios pois existem achados consistentes em um ECR de alta qualidade e, evidência moderada de que o laser não é capaz de ativar acupontos para o tratamento de dor musculoesquelética de origem osteoartrítica de joelho, dorsalgia crônica, dor crônica lombar e lesão cervical do tipo chicote, porque existem achados consistentes em um ECR de alta qualidade para cada um desses tratamentos.

## REFERÊNCIAS

1 Ferreira, L. A. Oliveira, R. G. Guimarães, J. P. Carvalho, A. C. P. Paula, M. V. Q. (2013) *Laser acupuncture in patients with temporomandibular dysfunction: a randomized controlled trial*, *Lasers Med Sci*, London.

2 Ruth, M. Weber, M. Zenz, M. (2010) *Laserakupunktur bei chronischen Rückenschmerzen Eine klinische Doppelblinduntersuchung*. *Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes*. v. 24, p.485–493.

3 Glazov, G. Schattner, P. Lopez, D. Shandley, K. (2009) *Laser acupuncture for chronic non-specific low back pain: a controlled clinical trial*. *Acupunct Med* v. 27, p.94–100.

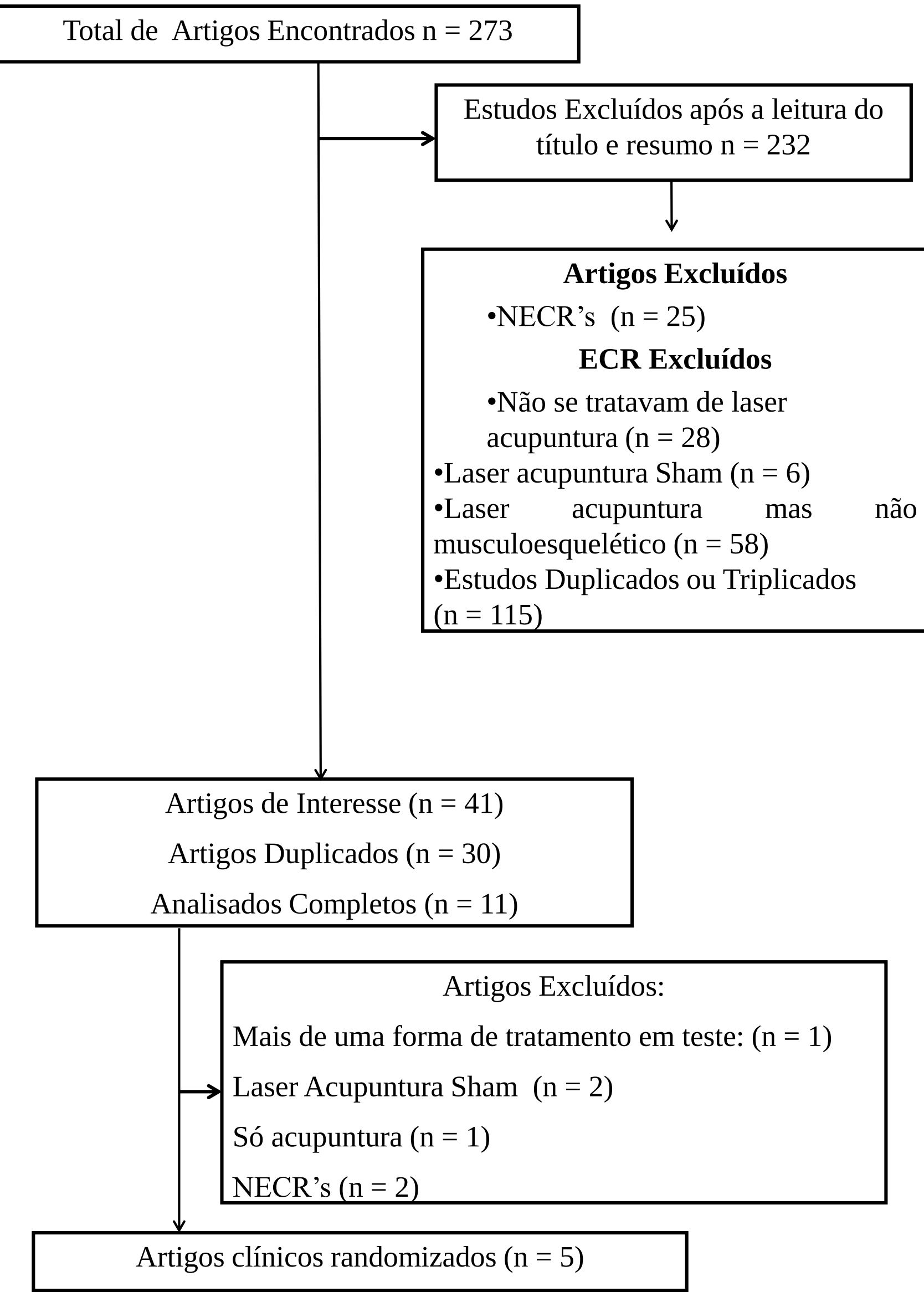
4 Yurtkuran, M. Alp, A. Konur, S. Özçakir, S. , Bingol, U. ; (2007) *Laser Acupuncture in Knee Osteoarthritis: A Double-Blind, Randomized Controlled Study*. *Photomedicine and Laser Surgery*, v. 25, n.1.

5 Aigner, N. Fialka, C. Radda, C. Vecsei, V. (2006) *Adjuvant laser acupuncture in the treatment of whiplash injuries: a prospective, randomized placebo-controlled trial*. *Wien Klin Wochenschr* v. 118, n.3–4, p.95–99.

6 Verhagen, A. P. de Vet, H. C. de Bie, R. A. (1998) *The Delphi List: A criteria list for quality assessment of randomized clinical trial for conducting systematic reviews developed by Delphi consensus*. *J. Clin Epidemiol* 1998;v.51, p.1235-1241.

7 Tulder, M. V. Furlan, A. Bombardier, C. Bouter, L. (2003) *Updated method guidelines for systematic reviews in the Cochrane collaboration back review group*. *Spine* 2003; v.28, p.1290-1299., PhD,\* and the Editorial Board of the Cochrane Collaboration Back Review Group.

Fig. 1 Fluxograma do processo de seleção dos ECR's.



NECR's – Não é ensaio clínico controlado randomizado

**Extração dos dados**  
Os artigos selecionados foram avaliados em sua qualidade metodológica pela Delphi List<sup>10</sup>, composta de nove itens desenvolvidos por Consenso Internacional, que avaliam:

- (1) Aplicação de um método de randomização?
- (2) Adequada ocultação de distribuição?
- (3) Similaridade básica nos grupos?
- (4) Especificação dos critérios de inclusão?
- (5) Cegamento do examinador dos resultados?
- (6) Cegamento do operador?
- (7) Cegamento do paciente?
- (8) Apresentação de pontos estimados e medidas de variabilidade para as aferições de resultados primários?
- (9) Inclusão de análise de segmento?

Cada resposta sim pontua com 1 ponto e resposta não ou não sei com 0 ponto.  
Cada artigo poderá ser graduado de 0 a 9, sendo que 5 ou mais pontos classificam o artigo com qualidade metodológica boa.

**Nível de evidência**  
Utilizou-se a classificação em níveis da força de evidência segundo Van Tulder<sup>11</sup>:

- Evidência forte: achados consistentes em mais de um ECR de alta qualidade.
- Evidência moderada: achados consistentes em mais de um ECR de baixa qualidade e pelos menos um de alta qualidade.
- Evidência limitada: achados consistentes em um ECR de baixa qualidade.
- Evidência conflitante: achados inconsistentes entre os ECR.
- Sem evidência: sem ECR publicados

# IMPLANTAÇÃO DA ESTRATÉGIA AMAMENTA E ALIMENTA BRASIL NO PINHEIRINHO

Autor principal/relator: Cristina Klobukoski.  
Colaboradores: Clarissa Gisbert Nicoletti Aliski;  
Josemari Regina Soares; Aline Sobania Hiittener.

Local de Trabalho: Unidades de Saúde do Distrito Sanitário do Pinheirinho .  
Eixo Temático: Processo de Trabalho Multiprofissional na APS/ ESF



## INTRODUÇÃO

Este trabalho teve como objetivo abordar a implantação da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil nas Unidades de Saúde pertencentes à Regional Pinheirinho. A Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil objetiva qualificar os funcionários das unidades de saúde para melhor atendimento ao usuário com relação ao aleitamento materno e à alimentação complementar saudável.

## DESENVOLVIMENTO

A Oficina da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil foi realizada no período de março a novembro de 2014, em 100% das Unidades de Saúde da Regional Pinheirinho, contando com a presença de no mínimo 75% de todos os funcionários, com duração média de 5 horas, ministrada pelas nutricionistas dos NASF's da respectiva regional.

A metodologia aplicada seguiu os moldes propostos na apostila da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil do Ministério da Saúde, sendo abordada a definição e objetivo da Estratégia e utilizado metodologias ativas de aprendizado para trabalhar os conteúdos propostos como: dinâmica de apresentação, dramatização de situação problema sobre aleitamento materno e alimentação complementar, habilidades de comunicação com leitura dinâmica, desenvolvimento de cartazes com trabalhos em grupo para discussão sobre o tema proposto.

Ao final das oficinas, foram definidas pelas UBS propostas para promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e alimentação complementar saudável.

## CONCLUSÃO

Com a implementação da Estratégia, emergiram pelas Unidades de Saúde propostas para promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e alimentação complementar saudável. Com a participação da equipe, pudemos perceber as dúvidas e os mitos que existem, e pensar em ações que proporcionem uma atualização constante do tema e a execução das propostas realizadas.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégia Nacional para promoção do aleitamento materno e alimentação complementar saudável no sistema único de saúde. Manual de Implementação. Brasília, 2013.



# A IMPORTÂNCIA DO TRABALHO DO NASF NA ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL

Autor principal/relator:  
ELCIO ANTONIO FOGGIATTO

NASF CIC (US Taiz Viviane Machado, US Vila Verde e US Vitória Regia  
CAPS ADi Centro Vida  
Eixo Temático: Saúde Mental



## INTRODUÇÃO

O trabalho no apoio matricial é de fundamental importância na constituição da atenção primária. Este trabalho sintetiza o trabalho realizado no NASF (Núcleo de Atenção a Saúde da Família) com enfoque na saúde mental.

## DESENVOLVIMENTO

As diretrizes do trabalho do NASF incluem identificar juntamente com as equipes de saúde da família e a comunidade, as atividades, as ações e as práticas a serem adotadas em cada uma das áreas cobertas, atuando de forma integrada e planejada nas atividades desenvolvidas pelas equipes.

O acolhimento e a promoção de saúde é de fundamental importância para o desenvolvimento de ações que incluem projetos terapêuticos singulares e coletivos.

A saúde mental é uma das áreas que envolvem o trabalho da atenção básica e que, por muito tempo foi “esquecida” ou deixada de lado devido ao modelo psiquiátrico vigente naquele momento. Com a mudança do modelo de atenção à saúde mental, a atenção primária passou a ser colaborativa nesta questão.

Segundo dados de prevalência internacionais adotados pelo Ministério da Saúde, 3% da população apresentam transtornos mentais severos e persistentes, necessitando de cuidados contínuos, e mais 9 a 12% (totalizando cerca de 12 a 15% da população geral do País, em todas as faixas etárias) apresentam transtornos mentais leves, que necessitam de cuidados eventuais. Com relação aos transtornos decorrentes do uso prejudicial de álcool e de outras drogas, estima-se que atingem cerca de 6% da população.

## CONCLUSÃO

O cuidado com saúde mental é de fundamental importância na atenção primária. O desenvolvimento de práticas educativas e terapêuticas exigem apoio dos profissionais do NASF e das equipes de saúde da família. É importante salientar que o trabalho multiprofissional se faz necessário nesta prática.

## REFERÊNCIAS

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diretrizes do NASF. Série A. Normas e Manuais Técnicos: Cadernos de Atenção Básica, n. 27. Brasília-DF, 2010. 152p

# PERFIL DE TRABALHO DAS ASBS NA ATENÇÃO SECUNDÁRIA (CEO SYLVIO GEVAERD)

Autor principal/relator: Elizandra de A. Pieruccini  
Colaboradores: Gisele de Bortolli Rauli e Eliete S. Takesiro

Local de Trabalho: Centro de Especialidades Odontológicas Sylvio Gevaerd  
Eixo Temático: Atenção Especializada



## INTRODUÇÃO

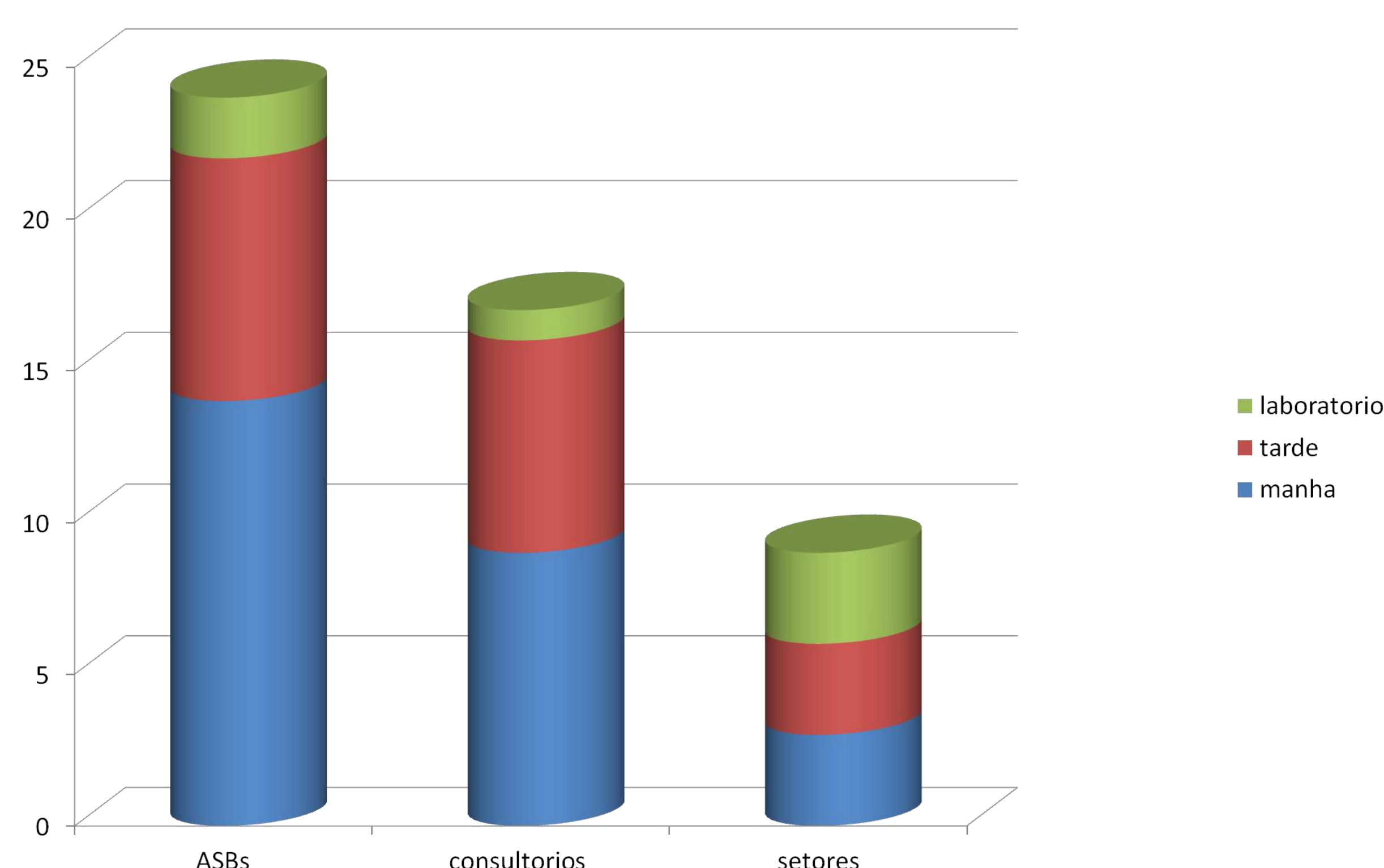
O atendimento na Atenção Secundária dentro da Odontologia, no Centro de Especialidades Sylvio Gevaerd, requer aperfeiçoamentos e treinamentos das ASBs específicos, dentro da atuação de cada especialidade.

## DESENVOLVIMENTO

As consultas odontológicas especializadas oferecidas no local são: Endodontia, Periodontia, Odontopediatria, Prótese Total, Cirurgia Oral Menor, Pacientes especiais, Estomatologia (Diagnóstico Bucal) e com diferenciais como: manipulação e processamento radiográfico em câmara escura, utilização de Óxido Nitroso e Laboratório de Prótese. Onde o cargo de Auxiliar em Saúde Bucal, exige grande conhecimento específico em cada área de atuação. O processo de implantação do sistema de funcionamento necessitou de material específico e detalhado, com o desenvolvimento de kits e bandejas, onde tem fundamental importância, visando agilizar o atendimento dos usuários, pois o sucesso do fluxo diário esta diretamente relacionado com o preparo e cuidado com os materiais/kits/bandejas para cada ato cirúrgico. O trabalho da equipe é realizado de forma rotativa e quinzenal, com um total de 24 funcionários atuando entre os 10 consultórios do local e nos setores de Expurgo, Esterilização, Recepção e o Laboratório de Prótese, com um média de 3.022 atendimentos nos últimos 3 meses.

## CONCLUSÃO

Com esta análise, conclui-se da necessidade de constantes treinamentos e atualizações da equipe de ASBs, devido aos frequentes avanços, mudanças biológicas e novas tecnologias, visando um atendimento de excelência ao usuário do serviço SUS, na Atenção Secundária.



# QUALIFICAÇÃO DA DEMANDA PARA PSICOLOGIA AMBULATORIAL

Autor principal/relator: Ariane Bassetti S. dos Santos  
Colaboradores: Cristiane Aragão Santos  
Mariana Danieli Kampa

Local de Trabalho: NASF BAIRRO NOVO 4.  
Eixo Temático: NASF.



## INTRODUÇÃO

É um desafio para as equipes de saúde manejar questões emocionais dos usuários, levando a um grande número de encaminhamentos aos serviços especializados. Diante da demanda gerada para o Ambulatório de Psicologia, percebeu-se a necessidade de reavaliar os usuários que aguardam em fila de espera com o objetivo de qualificar a busca para atendimento neste serviço.

## DESENVOLVIMENTO

Primeiramente foi solicitado que os Agentes Comunitários de Saúde de três (03) Unidades de Saúde da Família realizassem busca ativa dos usuários inseridos em fila de espera para Psicologia Ambulatorial. Aqueles que evidenciaram, nesta etapa, não precisar mais do atendimento foram retirados da fila. Em seguida, foi agendada para os demais usuários consulta com a Psicóloga do NASF ou Psicólogas Residentes em Saúde da Família nas Unidades de Saúde, com base em critérios pré-estabelecidos para o encaminhamento ao serviço ambulatorial. Neste atendimento, foi levantada a atual necessidade do usuário. A partir desta investigação, averiguou-se que alguns usuários apresentavam necessidade de permanência na fila de espera, alguns destes com priorização do atendimento ambulatorial, enquanto que a maioria dos usuários foram retirados da fila, visto não apresentarem, no momento, demanda para o serviço.

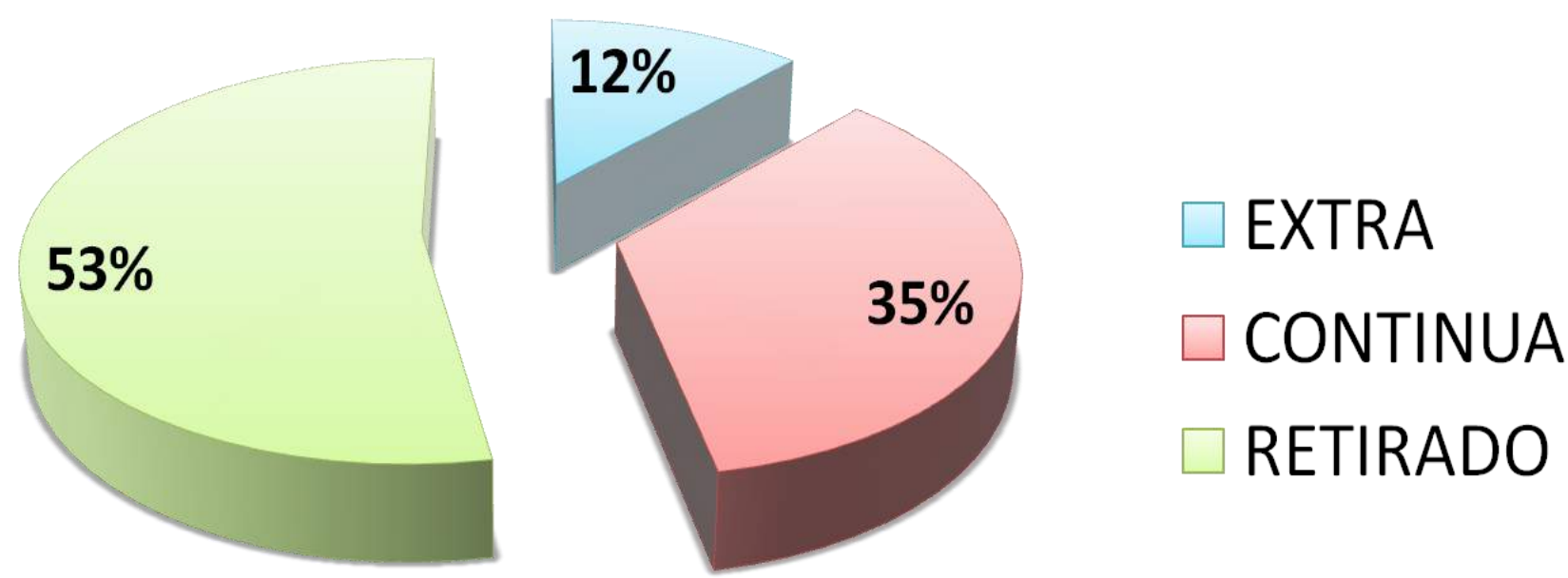
## CONCLUSÃO

Concluiu-se ser de extrema importância ações matriciais da Psicologia com vistas a potencialização da autonomia e segurança das equipes de saúde diante dos casos de Saúde Mental. Estas ações possibilitam a instrumentalização dos profissionais quanto ao caráter regulatório na qualificação do encaminhamento para a Psicologia ambulatorial, fortalecendo suas práticas diárias.

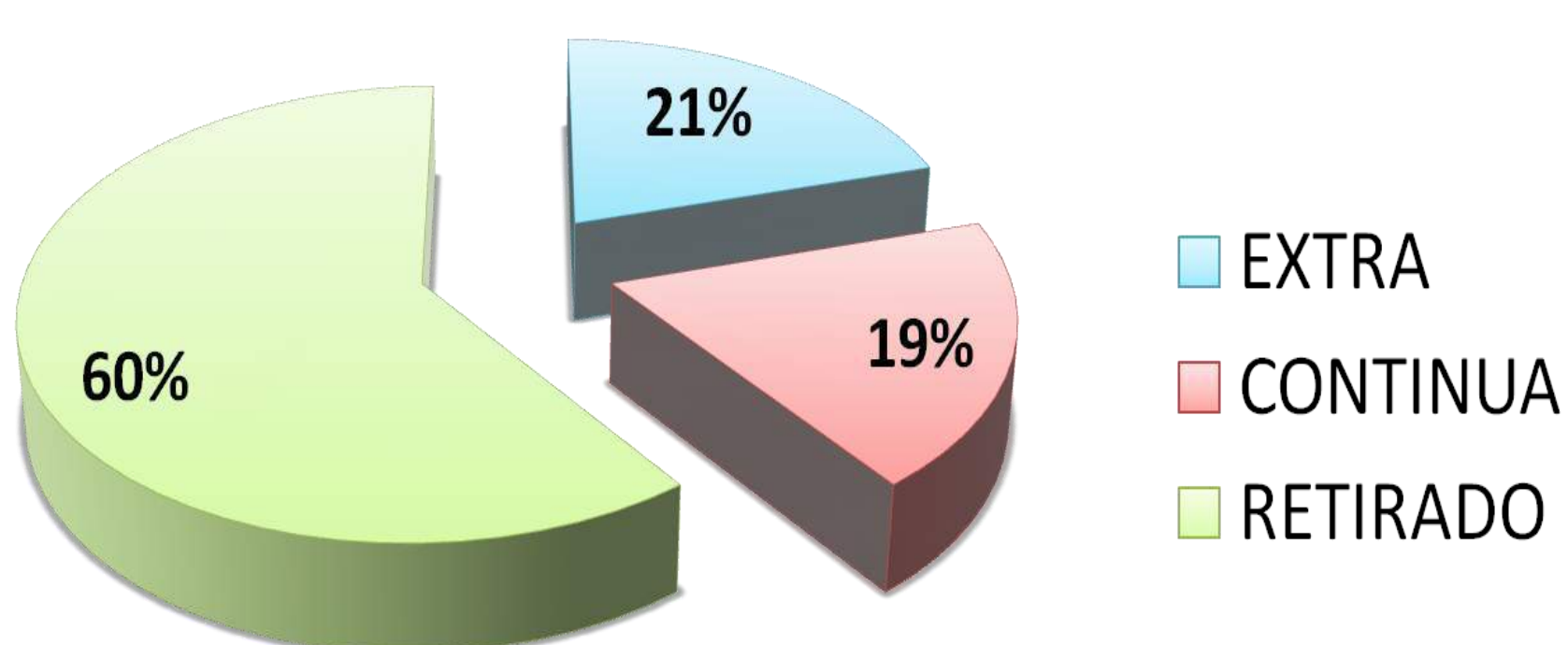
## REFERÊNCIAS

CAMPOS, G. W. S.; CUNHA, G. T.; FIGUEIREDO, M. D. *Práxis e Formação Paideia: apoio e cogestão em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2013. 402 p.

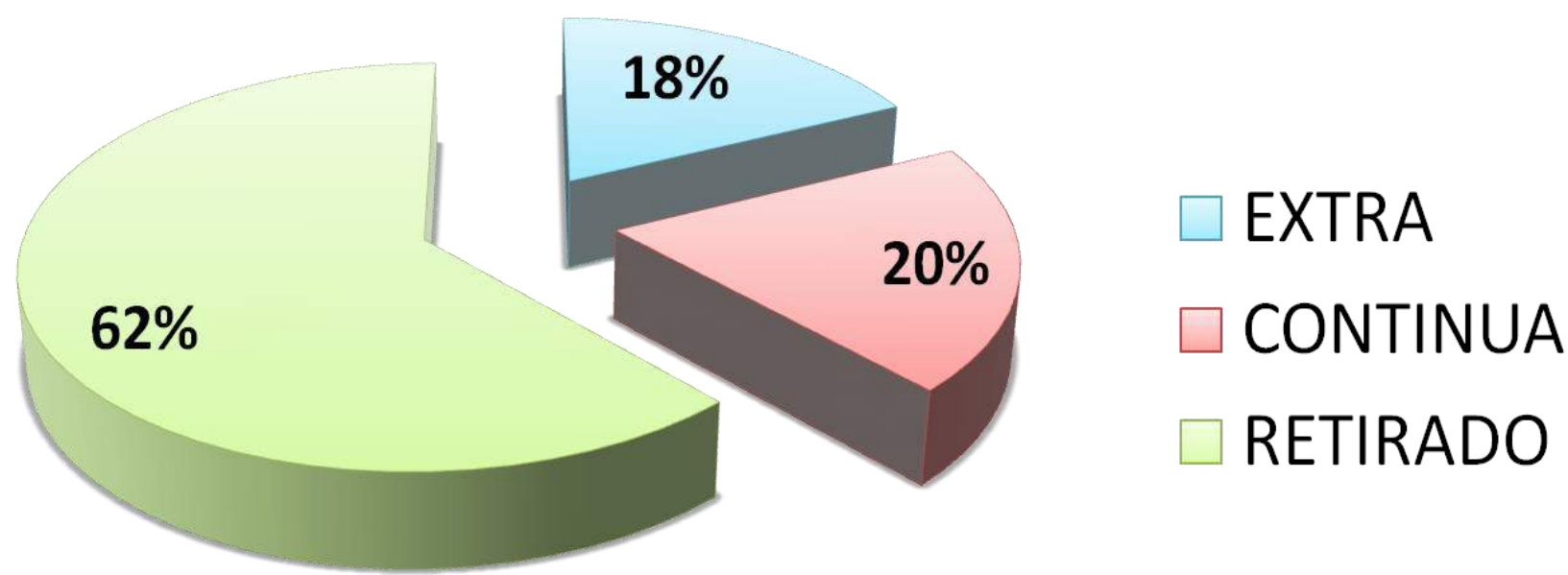
UNIDADE SAÚDE DA FAMÍLIA - A



UNIDADE SAÚDE DA FAMÍLIA - B



UNIDADE SAÚDE DA FAMÍLIA - C



|          | USF A | USF B | USF C |
|----------|-------|-------|-------|
| EXTRA    | 12    | 16    | 9     |
| CONTINUA | 35    | 15    | 10    |
| RETIRADO | 53    | 47    | 31    |
| TOTAL    | 100   | 78    | 50    |

# CUIDADO EM CASA

Autor principal/relator: Rafael de Oliveira Leal  
Colaboradores: Elenilda Aparecida Lopes;  
Denize Regina da Silva, Gisele Detoni de Paula,  
Simone Branco Falk, Luciana M. S. Sydor

Local de Trabalho: UMS PALMEIRAS.  
Eixo Temático: Prática de Cuidado da  
Enfermagem na Atenção Primária



## INTRODUÇÃO

Faz parte da prerrogativa de trabalho de uma UMS ESF o cuidado domiciliar aos usuários acamados e com dificuldades de locomoção, em especial os idosos. Este trabalho tem como objetivo mostrar os acompanhamentos e monitoramentos domiciliares de uma equipe ESF.

## DESENVOLVIMENTO

- Durante as reuniões de equipe de área, semanalmente, são discutidos a epidemiologia do território e os casos que necessitam monitoramento em casa;
- A equipe se divide para dar conta de realizar o máximo de visitas possíveis, levando em consideração a grande demanda, a urgência e a necessidade do usuário;
- As equipes se dividem de acordo com a necessidade do usuário, e acontecem pelo menos uma vez ao mês. Dependendo da demanda do usuário estas visitas podem acontecer até mais de uma vez na semana;
- Durante as visitas, são realizadas atendimentos de saúde, procedimentos, orientações, educação em saúde para família, e até banhos, cortes de cabelos e unhas, as vezes acompanhados do serviço social onde também são ofertados atendimento social.
- As visitas servem para que a equipe entenda a rotina e compreenda o estilo de vida do usuário, que serve de subsídio para posterior elaboração de plano de atendimento.

## CONCLUSÃO

A possibilidade de um atendimento domiciliar permite a equipe uma compreensão melhor do usuário e uma apreensão de seu território, aproximando os servidores da comunidade e criando um vínculo de confiança altamente eficaz para o bom desenvolvimento do serviço. Além do que o a aproximação da realidade da comunidade, torna a todos mais humanos e preocupados com o bem estar integral do cidadão.

# GESTÃO DE FILA DE ESPERA E A REGULAÇÃO DA SAÚDE MENTAL NA APS

Autor principal/relator: Adriana M. A. Villar  
Colaboradores: Ana Paula F. Gomes, Larissa T. Miguel,  
Patricia Muller da Costa

Local de Trabalho: NASF 1, 2 e 3 - DSSF  
Eixo Temático: Saúde Mental | Apoio Matricial



## INTRODUÇÃO

No início do ano de 2014, o contexto da saúde mental das Unidades de Saúde (US) do DSSF revelava usuários com sofrimento psíquico aguardando longos períodos em filas para avaliação nas especialidades de psiquiatria e psicologia ambulatorial. Quando no logro da vaga, era observado muitas faltas e baixa adesão ao tratamento.

## DESENVOLVIMENTO

Visando compreender as causas dessa realidade, as psicólogas e a psiquiatra do NASF do DSSF iniciaram processo de avaliação e qualificação destas filas de espera. Inicialmente, foi realizado um levantamento minucioso dos prontuários eletrônicos dos usuários que haviam sido encaminhados para psiquiatria e psicologia ambulatorial e ainda não haviam sido agendados. Avaliou-se no histórico do usuário o motivo do encaminhamento, o diagnóstico e as queixas, os tratamentos e as medicações prévias e se estavam sendo acompanhados pela US. Estes usuários foram avaliados na US, de acordo com a gravidade do caso e ordem de inscrição na fila de espera.

Percebeu-se que alguns usuários estavam em situação de crise por falta de assistência, outros realizaram tratamento particular ou comunitário, alguns haviam melhorado com o cuidado na US, e outros relataram que no momento do encaminhamento apresentaram uma queixa isolada, pontual, não necessitando tratamento. Alguns casos tinham demanda para acompanhamento em CAPS, CAPS Ad.

## CONCLUSÃO

O diagnóstico territorial e a gestão das filas de espera se revelaram tecnologias importantes para a regulação da saúde mental na Atenção Primária à Saúde (APS). Tais ações viabilizaram a priorização dos atendimentos conforme as necessidades dos usuários, a adequação de encaminhamentos e fluxos, problematização do território junto aos gestores e profissionais e pactuação de práticas de cuidado em saúde mental nas US, fomentando as ações de apoio matricial (discussão de casos, cuidado compartilhado e educação permanente) e articulação da rede de atenção, fortalecendo a atuação do psicólogo e psiquiatra do NASF no âmbito da APS.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CHIAVERINI, D. H et al. **Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

PAULON, S; NEVES, R. **Saúde mental na atenção básica: a territorialização do cuidado**. Porto Alegre: Sulina, 2013.

# CONSULTÓRIO NA RUA: UMA PONTE ENTRE O IMPOSSÍVEL E ALGUMA POSSIBILIDADE

Autor principal/relator: Juciane Aparecida Krambeck  
Colaboradores: Adriane Wollmann, , Thais Krukowski  
Marques e Silva, Renilda Pereira Royko Kozlowski ,  
Oneida da Silva, Vanessa Brasil Crespo

Local de Trabalho: Consultório na Rua.  
Eixo Temático: Vivências e narrativas sobre práticas do cuidado em diversos cenários



## INTRODUÇÃO

O Consultório na Rua pode ser entendido como uma porta de entrada preferencial do SUS, formando um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas em situação de rua.

## DESENVOLVIMENTO

As equipes de Consultório na Rua são multiprofissionais e prestam atenção integral à saúde da população em situação de rua, de forma itinerante. Diariamente lidam com diferentes problemas e necessidades de saúde dessa população, desenvolvendo também ações compartilhadas com os pontos da Rede de Atenção Psicossocial.

O Consultório na Rua sensibiliza a população em situação de rua para a importância dos cuidados de sua saúde e promove a ampliação do acesso aos equipamentos de saúde, em todos os níveis de complexidade. É necessário estabelecer o vínculo com os pacientes e constituir com eles uma relação de confiança. É através do vínculo que as equipes de Consultório na Rua se aproximam dessa população, que em sua maioria não tem acesso aos serviços de saúde. A partir dos cuidados de saúde também é possível estabelecer novas possibilidades de escolhas, respeitando sempre a singularidade, o tempo e o desejo de cada pessoa atendida.

## CONCLUSÃO

Muito mais do que atender a população em situação de rua, as equipes de Consultório na Rua acolhem o sujeito e lhe devolvem a possibilidade de estabelecer novas perspectivas de vida, assim como o resgate de sua cidadania e o olhar sobre si mesmo.

## REFERÊNCIAS

**BRASIL.** Ministério da Saúde. Portaria N° 122, de 25 de janeiro de 2012. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua.



# PRÁTICAS E ORIENTAÇÕES EM SAÚDE BUCAL PARA CRIANÇAS SUBMETIDAS AO TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA

Autor principal/relator: Elisa R. von B. Kadowaki  
Colaboradores: Fernanda M. Fernandes e Cassius T. Pereira

Local de Trabalho: UMS Tancredo Neves / HC.  
Eixo Temático: Atenção Especializada

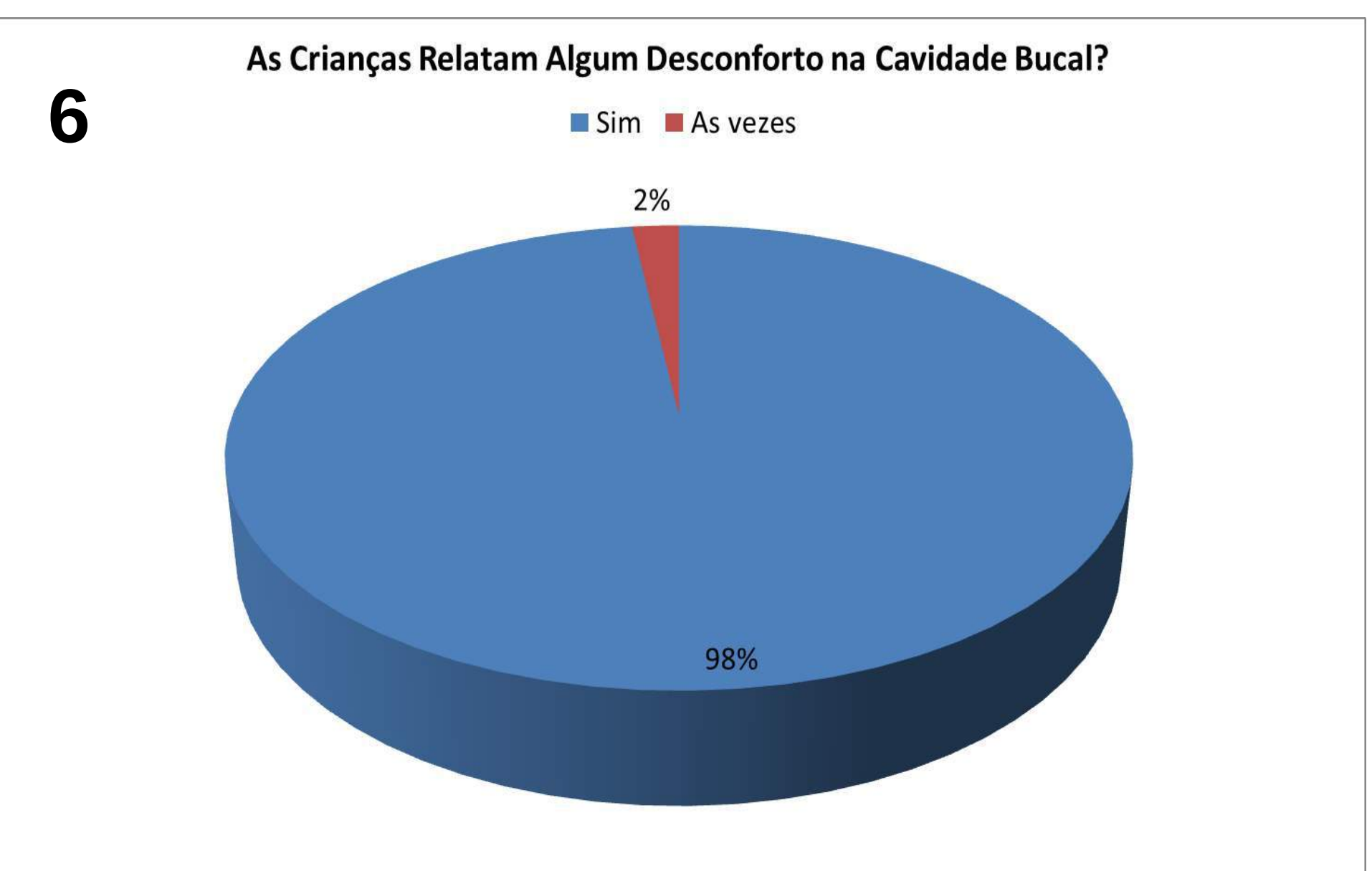
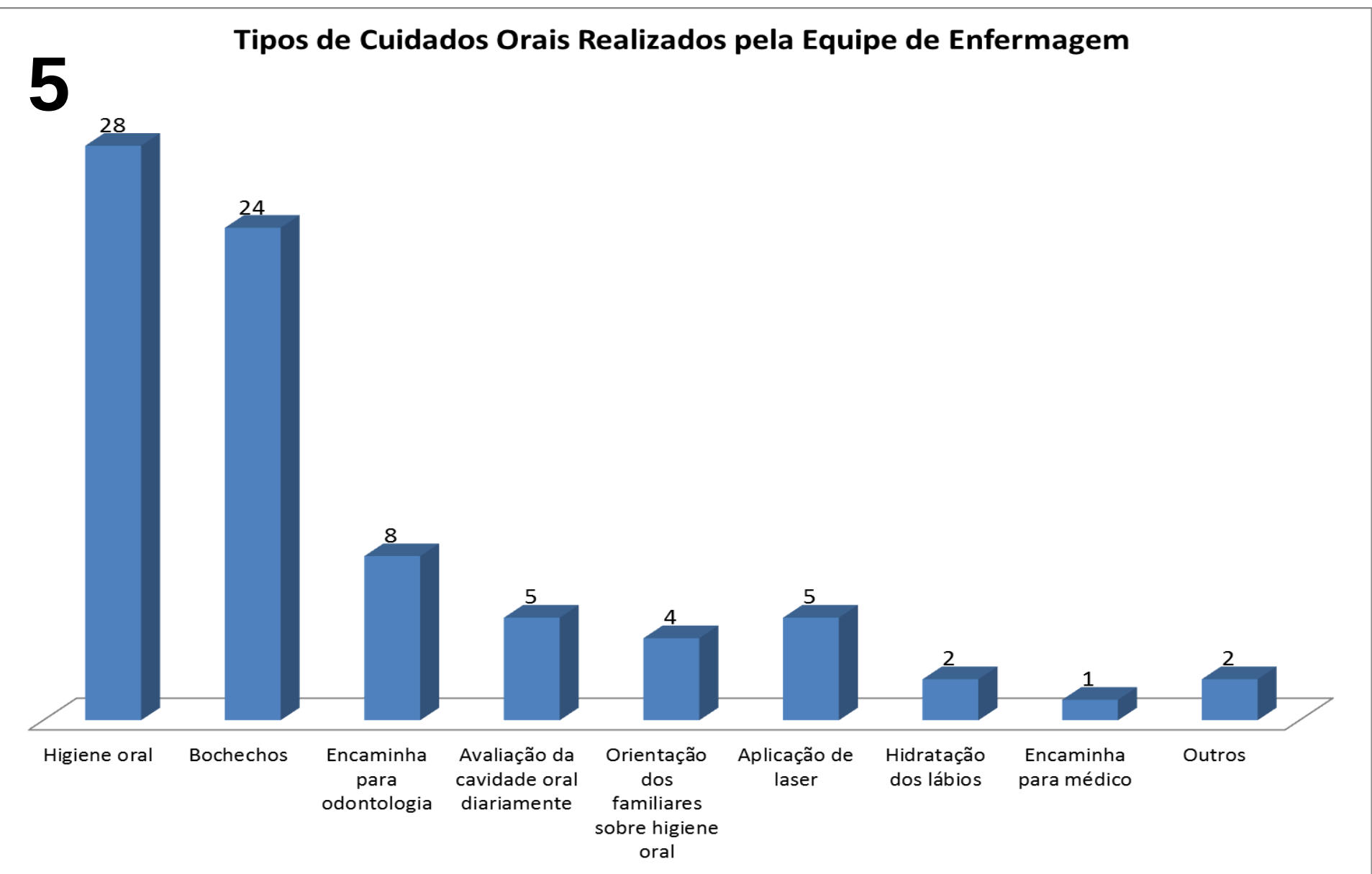
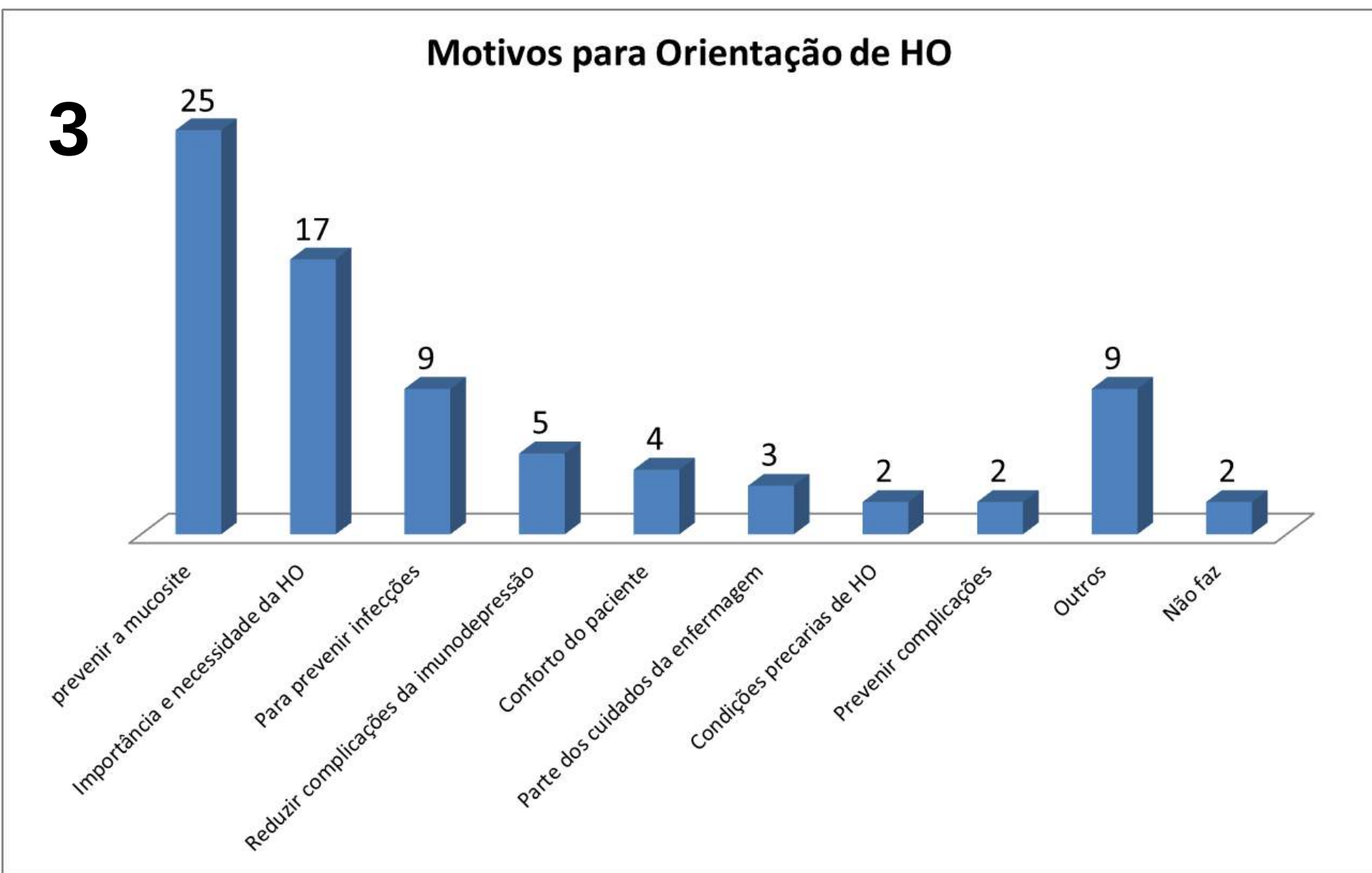
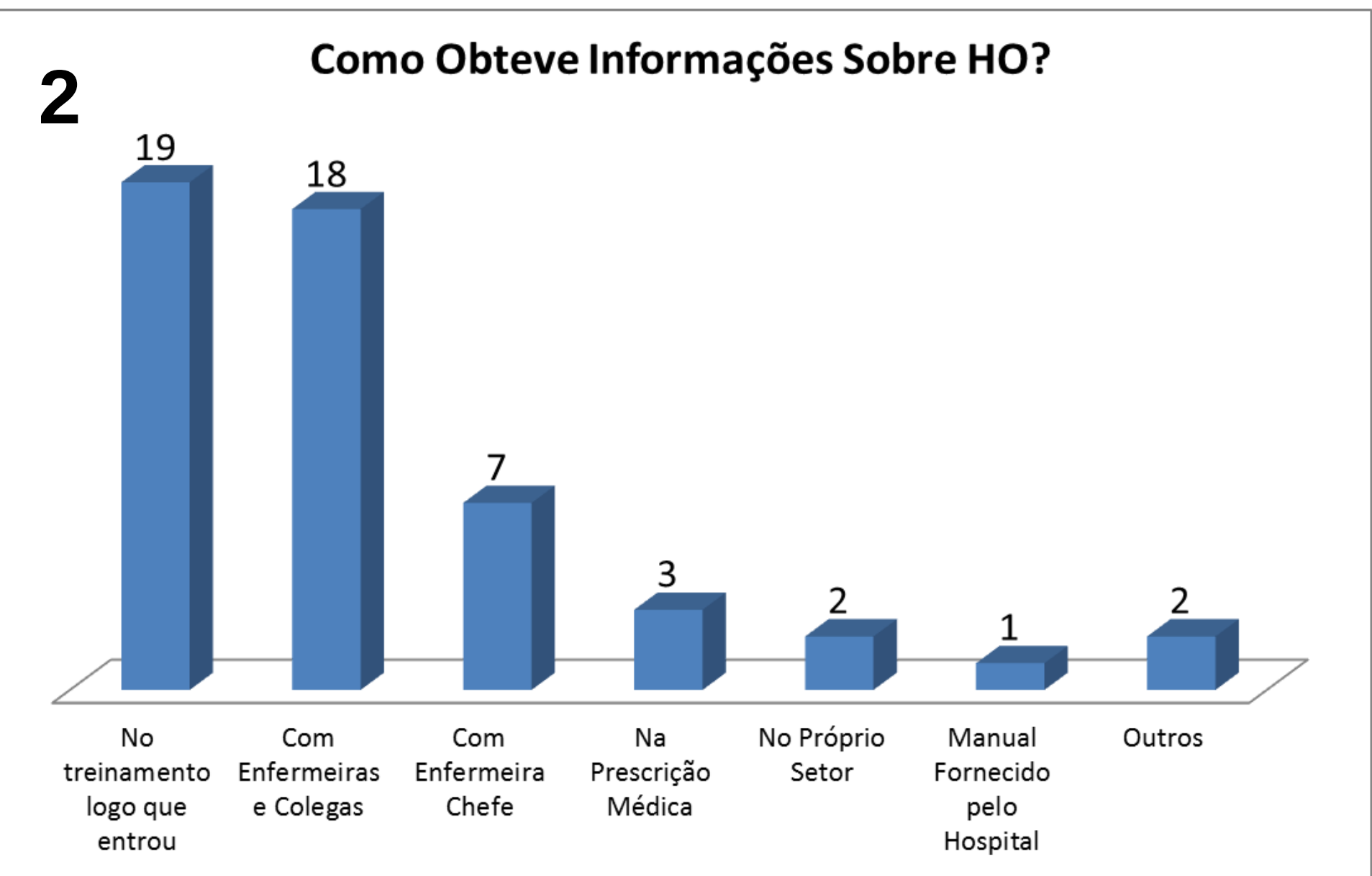
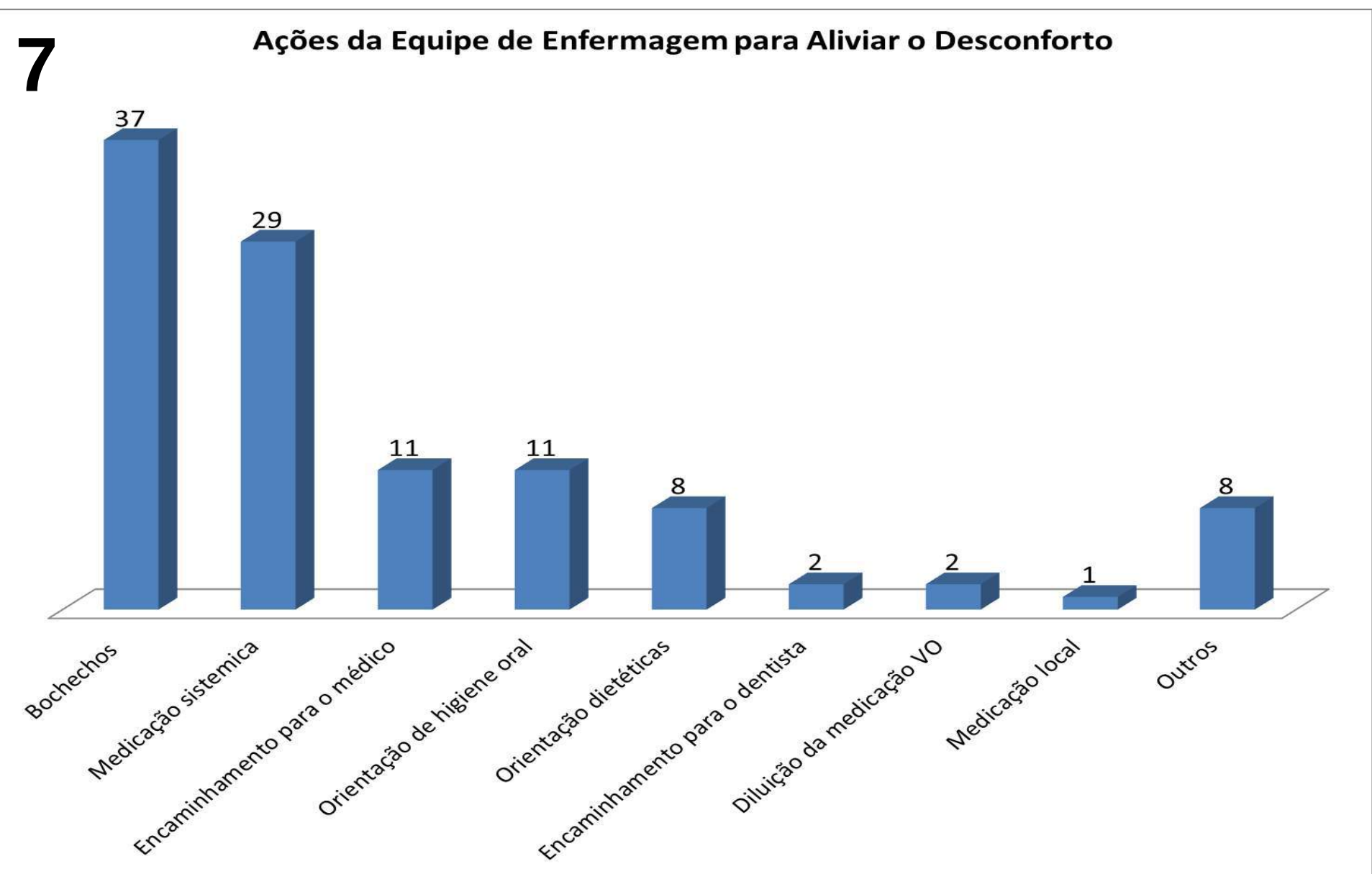
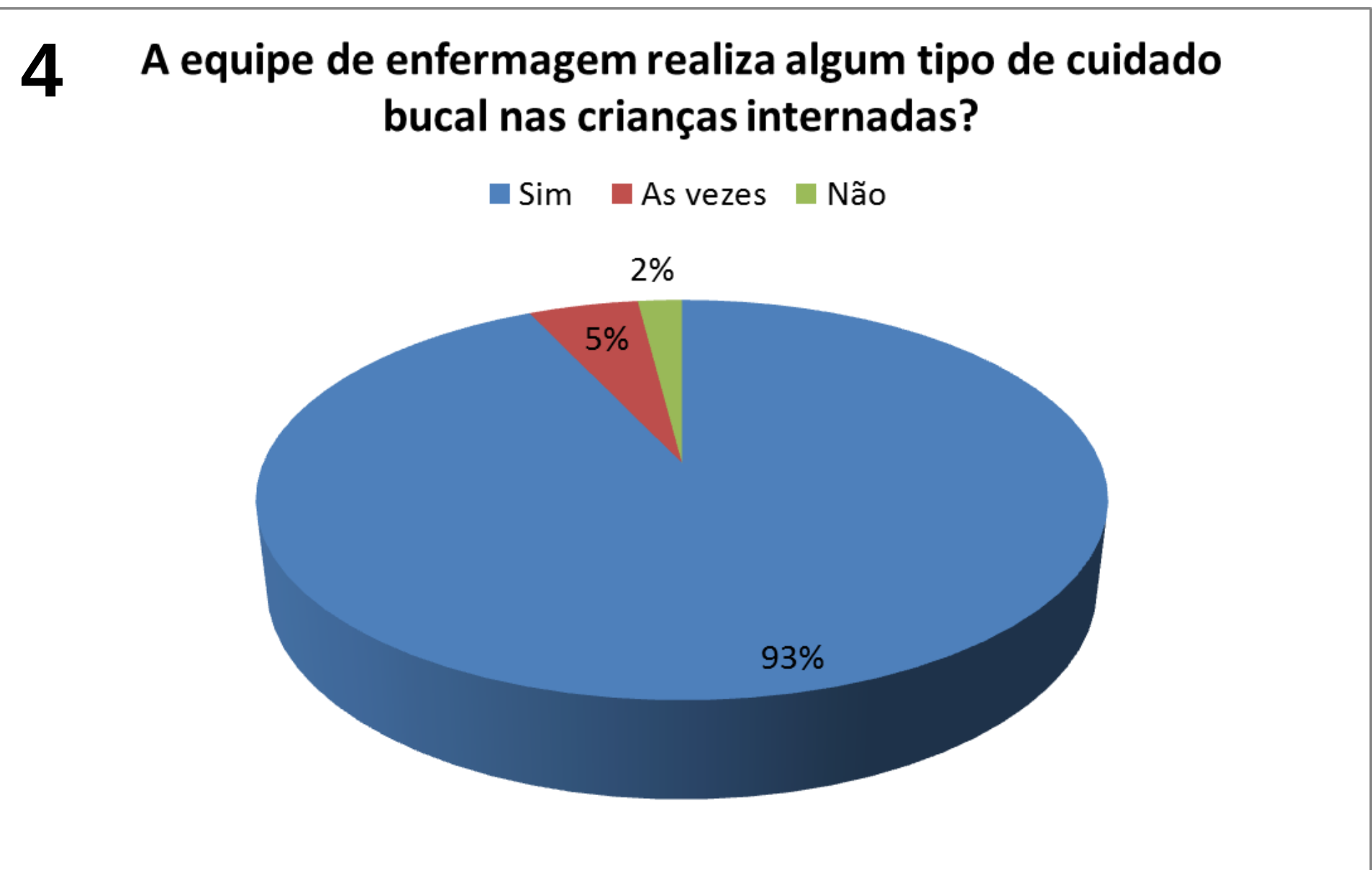
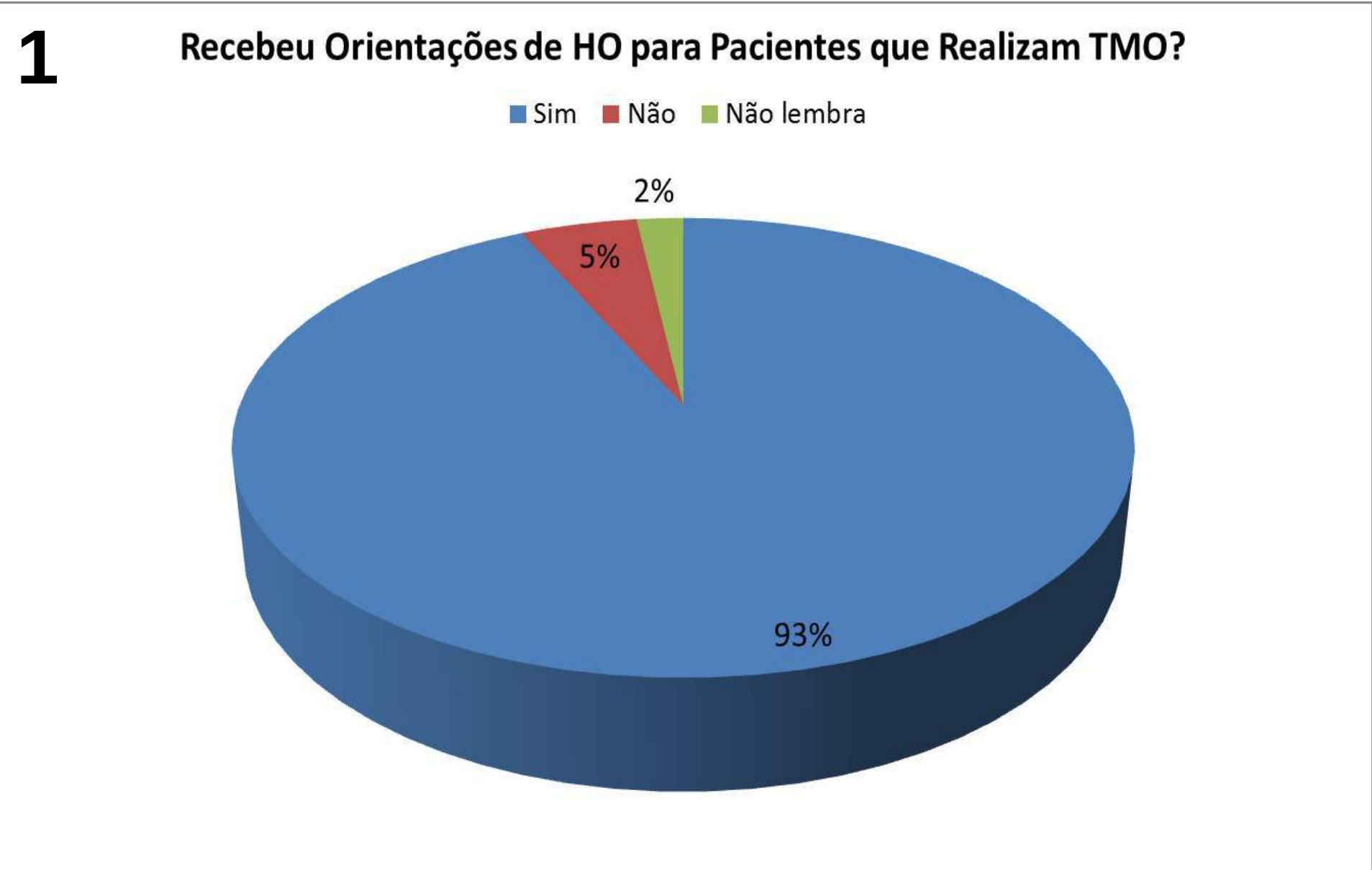
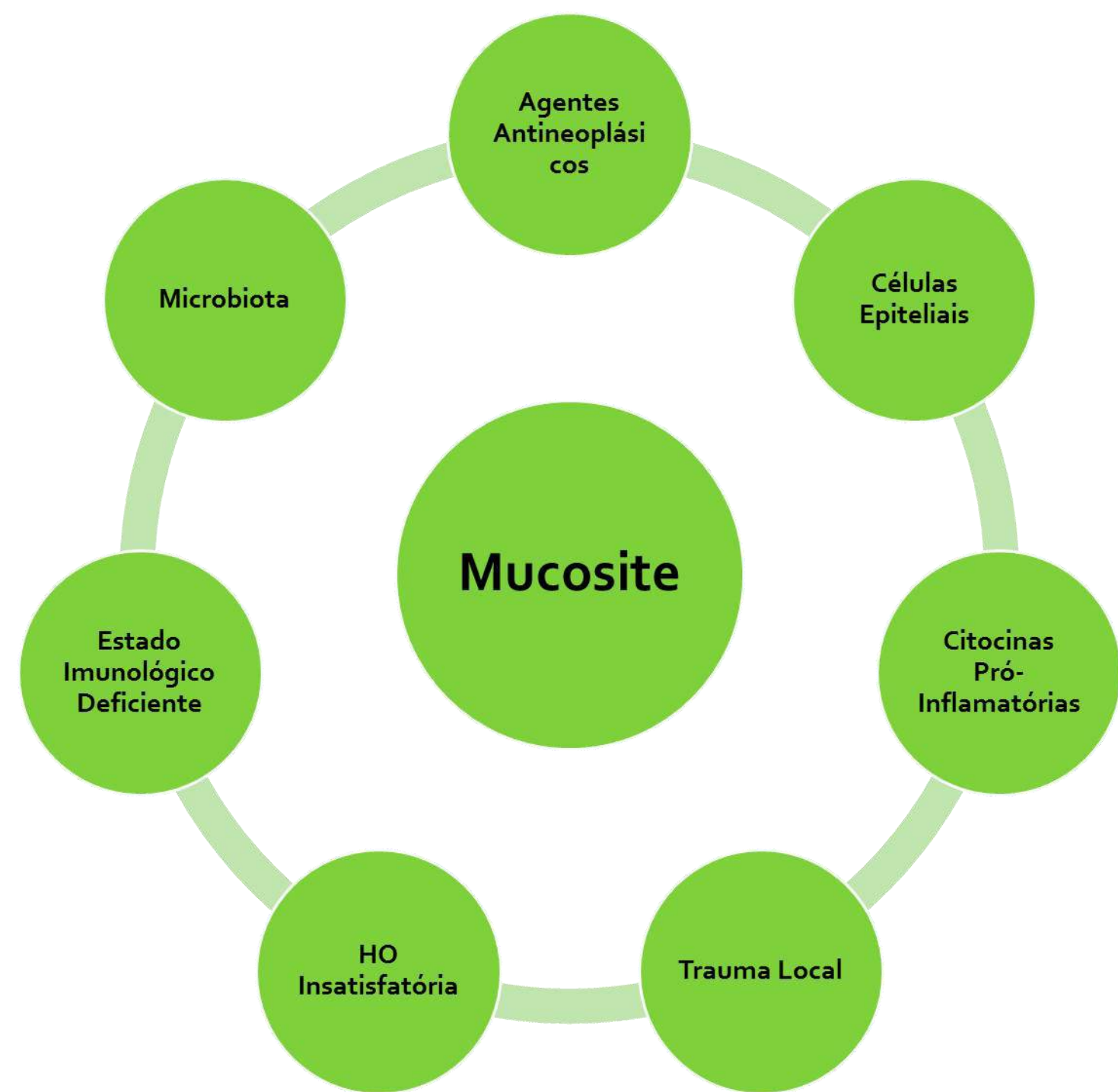


## INTRODUÇÃO

O objetivo deste trabalho é identificar o conhecimento e as práticas em saúde bucal realizados pela equipe de enfermagem do Serviço de Transplante de Medula Óssea (TMO) do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná devido a proximidade destes profissionais com os pacientes. O condicionamento realizado para o TMO pode provocar complicações orais como efeito colateral. Um exemplo é a Mucosite Oral (MO) que reduz a qualidade de vida dos pacientes dificultando a fala, a alimentação e causando dor.

## DESENVOLVIMENTO

Foi desenvolvido e aplicado junto aos profissionais da equipe de enfermagem um questionário visando avaliar o nível de conhecimento da equipe em relação aos cuidados bucais dos pacientes em tratamento no HC. Foram mensurados os seguintes tópicos: 1) Receberam instruções sobre cuidados de HO para estes pacientes? 2) Como obtiveram estas informações? 3) Por que realizam orientações de cuidados bucais? 4) Realizam algum tipo de cuidado bucal com as crianças? 5) Quais são estes cuidados? 6) As crianças relatam desconforto na cavidade oral? 7) Quais são as ações realizadas para aliviar este desconforto? Os resultados são apresentados nos gráficos abaixo:



## CONCLUSÃO

As equipes de enfermagem realizam orientações e cuidados de higiene oral para os pacientes submetidos ao TMO, mas não foi identificada a utilização de um protocolo. Uma aproximação entre a equipe de enfermagem e os profissionais da odontologia seria desejado, pois ao compartilhar ideias e conhecimento, o paciente pode ser beneficiado com um atendimento especializado e com enfermeiros capacitados para prevenir, identificar e auxiliar no tratamento de problemas bucais.

## REFERÊNCIAS

•FONSECA, M. da. Dental Care of the Pediatric Cancer Patient. **Pediatric Dentistry**, v.26, n.1, p.53-57, 2004.  
•FONSECA, M. da. Pediatric bone marrow transplantation: oral complications and recommendations for care. **American Academy of Pediatric Dentistry**, v.20, n.7, p.386-394, 1998.  
•MAJORANA, A.; SCHUBERT, M.M.; PORTA, F.; UGAZIO, A.G.; SAPELLI, P.L. Oral complications of pediatric hematopoietic cell trasplantation: diagnosis and management. **Support Care Cancer**, v. 8, n. 5, p. 353 – 365, 2000.  
•SONIS, S.T. Mucositis: The impact, biology and therapeutic opportunities of oral mucositis. **Oral Oncology**, v. 45, P.1015–1020, 2009.

# VIVÊNCIA COMPARTILHADA DAS RESIDÊNCIAS DE ENFERMAGEM E MEDICINA EM PUERICULTURA

Luana Tonin  
Larissa Cristiane Vaz  
Maria Eduarda de Luca Alves Wuicik

Local de Trabalho: ESF Nossa Senhora Aparecida.  
Eixo Temático: Processo de trabalho multiprofissional na APS/ESF.



## INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) implantada em 1994 visa uma reorientação do modelo assistencial existente até então. Como método de expansão da ESF, visando a consolidação do SUS e ampliação da atenção primária, surgem as Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS), as quais caracterizam-se por cursos de pós-graduação lato sensu, na modalidade treinamento em serviço, modelo o qual visa a articulação de saberes adquiridos na formação inicial, promovendo o trabalho em equipe (NASCIMENTO E OLIVEIRA, 2010). Dentro da ESF preside a ação programática em saúde da criança de acompanhamento do desenvolvimento infantil, denominada puericultura. Seguindo os preceitos propostos pelo Ministério da Saúde em seus Cadernos da Atenção Básica visando a realidade local, este relato busca expor a experiência de atendimentos de puericultura realizada no modelo de atendimento compartilhado entre enfermeiro e médico.

## DESENVOLVIMENTO

Se dá por um estudo descritivo o qual se pauta na experiência do atendimento compartilhado entre enfermeiras e médica residentes em saúde da criança e do adolescente e residente de saúde da família.

A presente experiência se deu entre os meses de agosto a outubro de 2014 em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) localizada no município de Curitiba – PR. UBS esta que possui em sua área de abrangência aproximadamente 14.457 habitantes onde se encontram três equipes da ESF ali instaladas.

Os atendimentos compartilhados de puericultura são realizados para crianças na faixa etária de 0 a 2 anos, vislumbrando a troca de conhecimentos entre os profissionais, de modo que as orientações comuns aos cuidados a criança fossem fixadas pelos profissionais tornando o atendimento de ambos mais qualificado e resolutivo na abordagem da condição.

## CONCLUSÃO

Por fim durante os atendimentos compartilhados obtivemos a percepção da importância da interprofissionalidade para ampliar o escopo de ações e atuações de ambos os profissionais. Na puericultura, por mais que esta seja uma atividade designada muitas vezes para o enfermeiro e que esta já esteja estabelecida para tal, a entrada da medicina com a proposta de apoio proporcionou a visão do passo necessário para o alcance da integralidade.

## REFERÊNCIAS

NASCIMENTO DDG, OLIVEIRA MAC. **Competências Profissionais e o Processo de Formação na Residência Multiprofissional em Saúde da Família**. Saúde. Soc. São Paulo, v.19, n.4, p.814-827, 2010.



# GRUPO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE: ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR

Autor principal/relator: Luciana Felipini.  
Colaboradores: Valerio Dezan, Tauliana Costa,  
Maceli Coelho, Rosangela Gequelin.

Local de Trabalho: US Higienópolis - DSBV  
Eixo Temático: Vivências e narrativas sobre  
práticas do cuidado em diversos cenários.



## INTRODUÇÃO

O objetivo deste trabalho é relatar a experiência da UMS Higienópolis em atividades desenvolvidas pela equipe multiprofissional com grupos da comunidade para promoção da saúde e qualidade de vida.

## DESENVOLVIMENTO

O grupo de “Promoção da Saúde” é realizado semanalmente em espaços da comunidade, com 2 horas de duração. Atualmente, o grupo possui 50 participantes, de diferentes faixas etárias (10 a 76 anos) de ambos os sexos.

A condução do grupo é realizada por 1 profissional de Educação Física, 1 Auxiliar de Enfermagem e 2 Agentes Comunitários de Saúde.

O grupo possui o apoio direto/indireto da equipe da US, NASE, e, do Conselho Local de Saúde.

As principais atividades desenvolvidas são:

- Acolhimento solidário,
- Exercícios físicos,
- Dinâmicas cognitivas,
- Atividades lúdicas,
- Avaliação individual,
- Matriciamento de temas em saúde,
- Eventos (ex: “baile outubro rosa”),
- Orientação sobre serviços da US e importância do Controle Social.

## CONCLUSÃO

As estratégias para promoção da saúde e qualidade de vida englobam variáveis físicas, mentais e sociais, exigindo uma abordagem multidisciplinar de diferentes áreas de conhecimento. Desta forma, a equipe vem conseguindo desenvolver o aprendizado efetivo do conceito de trabalho em Equipe Multiprofissional por meio de atividades em Grupos de Promoção a Saúde e Qualidade de Vida.



# A SUPERVISÃO DAS SALAS DE VACINAS PARA GARANTIA DA QUALIDADE DAS AÇÕES DE IMUNIZAÇÃO

Autor principal/relator: Raquel Farion  
Colaboradores: Karin Regina Luhm

Local de Trabalho: Divisão de Imunobiológicos  
Eixo Temático: Vigilância Epidemiológica



## INTRODUÇÃO

Para a efetividade das vacinas é importante a adoção de procedimentos adequados antes, durante e após a administração destes produtos. O grande número de produtos imunobiológicos disponibilizados pelo PNI com uma diversidade de esquemas, validades e orientações técnicas diferenciadas amplia o desafio para o trabalho nas salas de vacina. A supervisão periódica de salas de vacinas verificando a concordância com as normas técnicas garante a adequação dos processos constituindo-se em ação essencial dos programas de imunização.

## DESENVOLVIMENTO

A partir de 2009 a Divisão de Imunobiológicos (DI) da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba implantou uma rotina de supervisão das salas de vacinas do serviço público no município. Para a padronização da supervisão foi elaborado um formulário específico para o município com 23 itens baseado no Programa de Avaliação do Instrumento de Supervisão Sala de Vacinação (PAISSV) do PNI. Os itens selecionados foram aqueles passíveis de observação sendo também incluídos itens referentes às inadequações mais frequentemente detectadas pela equipe da DI.

A partir de 2012 o procedimento passou a ser realizado semestralmente. No decorrer dos anos foi também melhorado o instrumento de supervisão com inclusão ou alteração de novos itens para avaliação.

Desde 2013 o roteiro de avaliação contém 47 itens, dos quais 37 relacionados ao processo de trabalho. Entre os novos itens incluídos estão:

- Os cuidados com a rede de frio
- Avaliação do controle dos imunobiológicos
- Processo de aplicação das vacinas
- Estrutura física
- Monitoramento da cobertura vacinal e busca de faltosos

## CONCLUSÃO

Impacto positivo da supervisão das salas de vacina configura-se como instrumento de qualidade da atenção. A supervisão em salas de vacinas proporciona momentos aquisição de novos conhecimentos por parte da equipe diagnosticar as falhas que vem acontecendo, orientando as necessidades para capacitação. A incorporação de novos itens com maior detalhamento da avaliação é um passo importante para avançar no processo de supervisão.

## REFERÊNCIAS

Curitiba. Secretaria Municipal da Saúde, Centro de Epidemiologia, Divisão de Imunobiológicos, **Cartilha de Orientações Técnicas Para Equipes de Enfermagem** 5ª Edição.

| Itens avaliados                                                                   | Salas de vacinação com situação não preconizada |      |                  |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|------|------------------|-----|
|                                                                                   | 2009                                            |      | 2º semestre 2013 |     |
|                                                                                   | n                                               | %    | n                | %   |
| O funcionário lê diretamente no frasco o lote da vacina que está sendo aplicada ? | 39                                              | 36,4 | 2                | 1,9 |
| As vacinas são separadas por lote e validade ?                                    | 25                                              | 23,4 | 4                | 3,7 |
| Rotina mensal para controle de estoque e prazo de validade dos imunobiológicos ?  | 17                                              | 15,9 | 0                | 0,0 |
| O Manual da Rede de Frio está acessível para o funcionário da sala de vacinas ?   | 13                                              | 12,1 | 3                | 2,8 |
| As garrafas com água na última prateleira, são em número suficiente ?             | 18                                              | 16,8 | 10               | 9,3 |
| Refrigerador está distante de fonte de calor e a, pelo menos, 20 cm da parede ?   | 8                                               | 7,5  | 4                | 3,7 |

| Itens avaliados                                                                      | Salas de vacinação com situação não preconizada |      |             |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|------|-------------|-----|
|                                                                                      | 2009                                            |      | 2º sem 2013 |     |
|                                                                                      | n                                               | %    | n           | %   |
| A organização dos imunobiológicos permite a circulação de ar frio ?                  | 4                                               | 3,7  | 1           | 0,9 |
| Quantidade suficiente de bobinas recicláveis no congelador ?                         | 11                                              | 10,3 | 9           | 8,3 |
| É feito controle da caixa térmica com termômetro de máxima e mínima ?                | 2                                               | 1,9  | 0           | 0,0 |
| O lote da(s) vacina(s) é anotado na carteira de vacinas e no prontuário eletrônico ? | 2                                               | 1,9  | 0           | 0,0 |
| Refrigerador doméstico com , no mínimo, 280 litros ?                                 | 1                                               | 0,9  | 0           | 0,0 |
| A tomada elétrica é exclusiva para o refrigerador ?                                  | 0                                               | 0,0  | 0           | 0,0 |

| Itens avaliados                                                                                                        | Salas de vacinação com situação não preconizada |     |                  |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-----|------------------|-----|
|                                                                                                                        | 2009                                            |     | 2º semestre 2013 |     |
|                                                                                                                        | n                                               | %   | n                | %   |
| As caixas térmicas que estão sendo utilizadas, são de poliuretano ?                                                    | 0                                               | 0,0 | 0                | 0,0 |
| Limpeza do refrigerador a cada 15 dias ou quando camada de gelo atinge 0.5 cm ? Está sendo anotada a data da limpeza ? | 1                                               | 0,9 | 2                | 1,9 |
| Refrigerador exclusivo para conservação de imunobiológicos ?                                                           | 0                                               | 0,0 | 1                | 0,9 |
| O controle de temperatura do refrigerador é realizado 2 vezes ao dia, todos os dias ?                                  | 1                                               | 0,9 | 8                | 7,4 |

Bons resultados!



Foto : Geladeira UMS Iracema



Foto: Planilha de controle de estoque UMS Iracema

# NASF – GINECOLOGIA NO DS MATRIZ

Autor principal/relator: Rosilei Maria Antonievicz  
Colaboradora: Angela C. Lucas de Oliveira

Local de Trabalho: DAPS / NASF Matriz  
Eixo Temático: NASF



## INTRODUÇÃO

O trabalho tem como objetivo avaliar 3 meses de atuação de um ginecologista atuando numa equipe de Núcleo de Apoio em Saúde da Família (NASF) em 3 Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Distrito Sanitário (DS) Matriz.

## DESENVOLVIMENTO

Em agosto de 2014 iniciou-se a atuação de ginecologista em equipe de NASF no Distrito Sanitário Matriz, apoiando 3 UBS com Estratégia de Saúde da Família: Capanema, Mãe Curitibana e Ouvidor Pardinho. A ação desenvolvida pela profissional compreendeu principalmente o apoio matricial com discussão de casos presenciais e à distância através de telefone e emails e avaliação dos encaminhamentos prévios, chamando as pacientes para atendimento na própria UBS. Quando solicitado pelos médicos das UBS, o atendimento compartilhado foi realizado. Orientações relevantes aos fluxos e encaminhamentos foram repassadas aos profissionais das UBS. Outra ação importante foi a priorização dos casos mais urgentes, seja para realização de exames complementares diagnósticos ou indicações de cirurgias.

## CONCLUSÃO

Em 01/08/2014, somando as 3 UBS, 561 mulheres aguardavam consulta na especialidade de Ginecologia Geral; após 3 meses, este número foi reduzido para 320. Houve redução significativa no número de novos encaminhamentos. Profissionais das UBS foram capacitados para atendimento ginecológico. Pacientes priorizadas foram operadas. Exames mais urgentes foram realizados. Esses dados demonstram uma melhora da resolutividade da Atenção Primária à Saúde (APS), com o apoio do ginecologista do NASF.

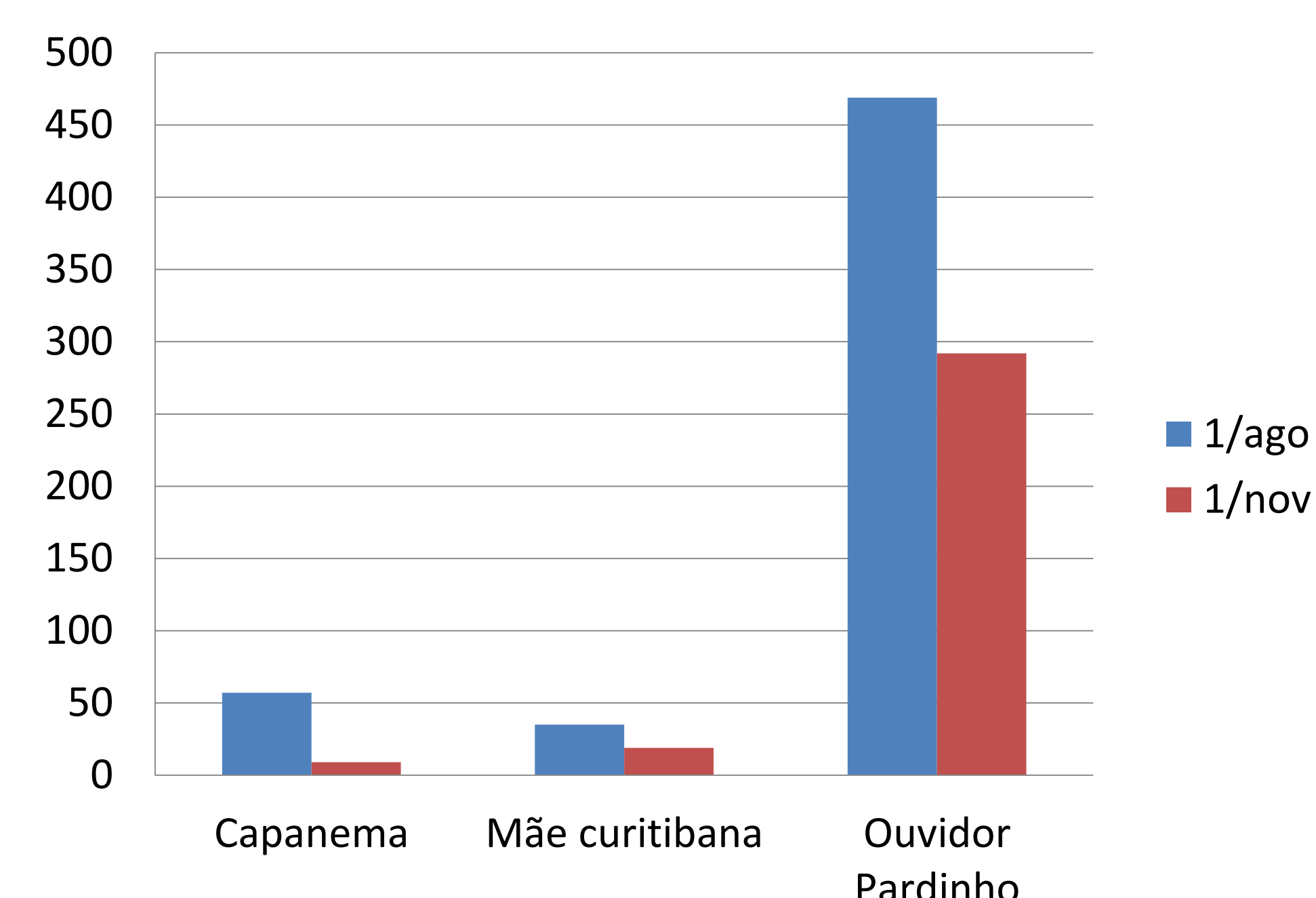
## REFERÊNCIAS

Relatório gerencial: Inscritos em Fila de Espera Aguardando Agendamento de Consulta

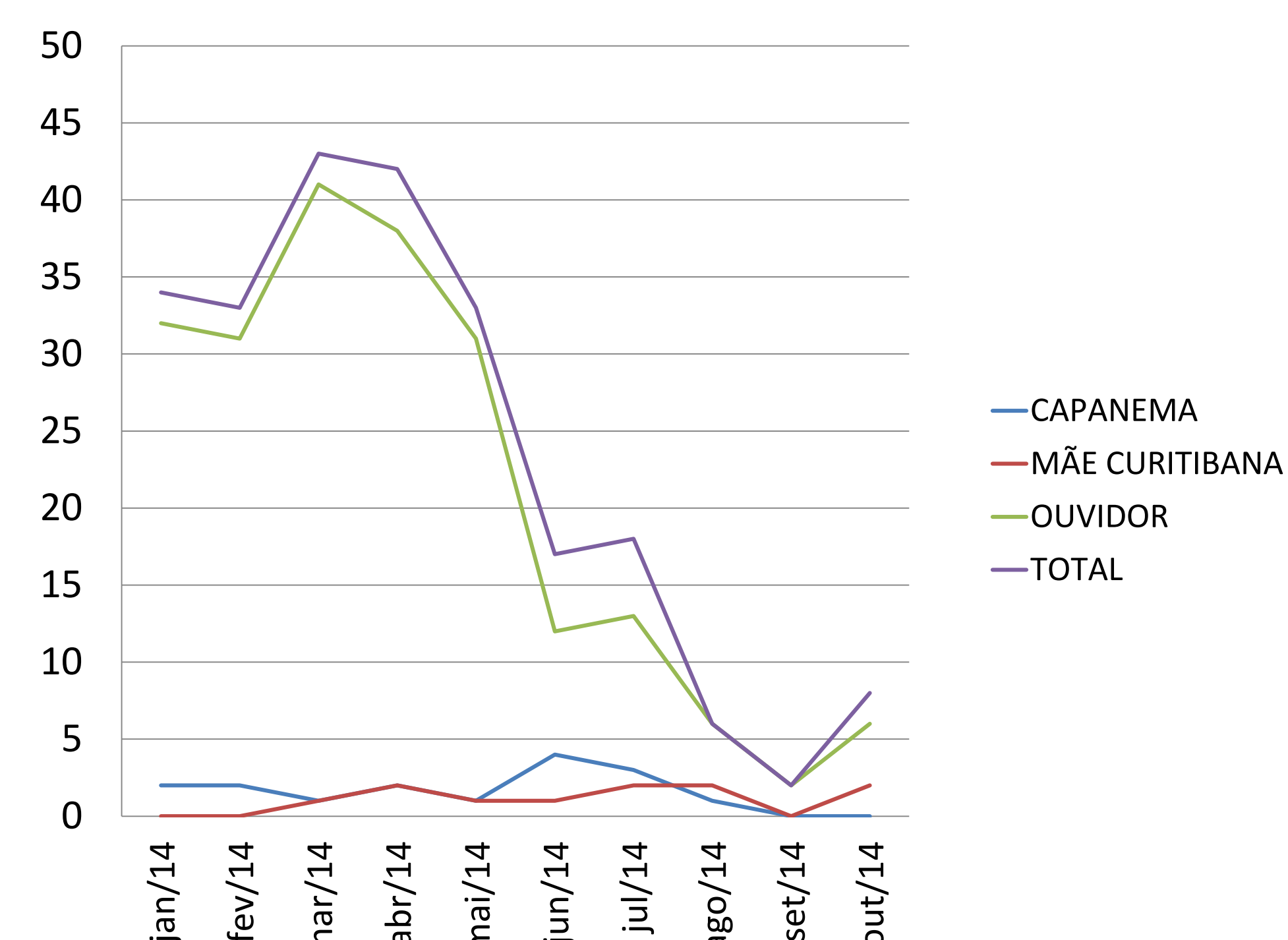


Matriciamento na UBS Capanema

Fila de espera para Ginecologia Geral, por UBS do DS Matriz



Número de encaminhamentos para Ginecologia Geral, por UBS e total do DS Matriz



# PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: UMA PARCERIA QUE DEU CERTO

**Autora/Relatora:** Rosiane Aparecida Neuburguer Pereira  
**Colaboradoras:** Marcia I.M.Kucarz, Ana Carolina S.R.Ceruti, Cristiane B. de Aguiar, Rosimeire B.Rosa, Nídia R.S.de Meira.

**Local de Trabalho:** Unidade de Saúde Nova Orleans  
**Eixo Temático:** Educação em Saúde



## INTRODUÇÃO

O Programa Saúde na Escola (PSE) foi criado em 5 de dezembro de 2007, pelo decreto presidencial nº 6.286 que integrou os Ministérios de Saúde e Educação na perspectiva da atenção integral à saúde das crianças, adolescentes e jovens do ensino básico público.

Com o intuito de estreitar os laços entre a Unidade Básica de Saúde e as Escolas pertencentes ao território de abrangência, o Programa Saúde na Escola (PSE) serviu como porta de entrada para outras ações viabilizadas pela saúde.

## DESENVOLVIMENTO

A parceria entre o setor de educação e de saúde possibilitou ampliar e desenvolver atividades para a construção de um território mais saudável.

No contato prévio com os gestores das Escolas, antes do início do PSE, foram reconhecidas demandas que iam além do proposto pelo Programa.

A partir disso, a Unidade Básica de Saúde se organizou para melhor atender a comunidade escolar de acordo com as suas necessidades. O atendimento das atividades extras demandadas foi realizado concomitantemente às atividades do PSE.

Nos Centros Municipais de Educação Infantil (CMEI), durante reunião geral com os pais, foram realizadas palestras sobre amamentação.

Orientações sobre “Alimentação Saudável” foram apresentadas para os profissionais responsáveis pela nutrição nas Escolas, incluindo atividades práticas quanto ao manuseio e preparação dos alimentos.

Durante o “Outubro Rosa”, a oferta e divulgação da coleta de citopatológico de colo de útero foi ampliada para as profissionais das Escolas e mães dos alunos.

## CONCLUSÃO

O Programa Saúde na Escola possibilitou estreitar e ampliar, de maneira significativa, a parceria saúde/escola.

As ações em conjunto resultaram em um fluxo de atendimento consistente, com acolhimento efetivo dos pais, alunos e profissionais das escolas.

A atenção integral, através da prevenção, promoção e educação em saúde, foi fortalecida, permitindo parcerias futuras.

## REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde e Ministério da Educação. **Orientações sobre Programa Saúde na Escola**. Brasília, DF, [pse@mec.gov.br](mailto:pse@mec.gov.br). Acesso em 18/11/2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica: **Saúde na Escola**. Brasília, DF, 2009.



# CONVERSA DE MÃE

Autor principal/relator: ROSELI EDNA DA SILVA MARTINHAK  
Colaboradores: JOELMA ROBERTA FERREIRA JOAY, SILVANIA VALIM DA COSTA, DINACIR NENA DE SOUZA, ANDRÉIA NAIR BITTENCOURT BATISTA

Local de Trabalho: UMS PALMEIRAS  
Eixo Temático: SAÚDE E SEUS AGENTES



## INTRODUÇÃO

O objetivo deste trabalho é demonstrar uma ação que as acs da ums palmeiras desenvolvem junto as puérperas da área de abrangência, através de orientações quanto a importância do aleitamento materno.

## DESENVOLVIMENTO

Em visita a área e durante as reuniões de equipe as ACS perceberam que as mães, especialmente as que estão tendo seu primeiro filho apresentam muitos medos, e que estes medos acarretavam em prejuízo para o bebê. Diante disto

Para auxiliar as mães, da área de abrangência, com dificuldades na amamentação (mastite, fissuras, pega do bebê de modo correto, medos, “leite fraco”, entre outros), as ACS receberam cursos de aperfeiçoamento e desenvolveram um trabalho junto as estas mães.

As mães são orientadas com algumas dicas para a melhor amamentação, como: orientação da postura, questões financeiras e logísticas, massagens, banho de luz, banhos quentes, prevenção durante a gestação, esgotamento do leite e manejo da pega do bebê. Orientam ainda a importância do acompanhamento de rotina na us, a carteira em dia da vacina e sempre que observam quaisquer sinal diferente discutem com a equipe sobre o caso.

## CONCLUSÃO

A estratégia resultou em:

- ❖ aumento na taxa de amamentação exclusiva até os 6 meses de vida do bebê;
- ❖ na diminuição do uso de chupetas, mamadeiras e complementos alimentares,
- ❖ no fortalecimento do vínculo da mãe com seu bebê;
- ❖ uma aproximação ainda maior com a comunidade, na qual se pode perceber que muitas vezes as dificuldades são fruto de medos irracionais das mães e que falta alguém que as oriente a esse respeito.

# COMPARTILHANDO CUIDADO

Autor principal/relator: DANIELE NEVES  
Colaboradores: JOANA ALMEIDA ROHDEN;  
EUNICE BORGES KRUPCZAK, ANA MARIA  
FONSECA KOHUT, ENEIDA CRISTINA  
PROCHMANN, BEATRIZ F. R. O. CARDOSO

Local de Trabalho: UMS PALMEIRAS.  
Eixo Temático: PROCESSO DE TRABALHO  
MULTIPROFISSIONAL NA APS/ESF



## INTRODUÇÃO

Foi realizado levantamento de dados junto à equipe das necessidades mais urgentes da Unidade de Saúde Palmeiras que estivessem relacionados ao atendimento do NASF. Avaliou-se necessário um trabalho com a puericultura. Por questões estruturais, priorizou-se, inicialmente, o atendimento às puérperas e seus bebês.

## DESENVOLVIMENTO

Dentro das equipes ESF 2 (verde) e ESF 3 (amarela) definiram-se realizar atendimentos compartilhados (enfermagem e nutrição; medicina e psicologia; e odontologia) uma vez ao mês com as puérperas e seus bebês, sendo esses encontros a primeira ou segunda consulta de acompanhamento pós-parto. Ficou estabelecido um atendimento compartilhado a terceira quinta-feira do mês, onde das 10hs às 12hs as agendas dos profissionais seriam abertas para o atendimento das puérperas e seus bebês. O processo ainda está em implantação na UMS devido às dificuldades estruturais, embora a idéia de atendimento compartilhado esteja em vigor, sendo solicitado o atendimento conjunto sempre que se fizer necessário. Os objetivos são, além da diminuição da mortalidade infantil, a garantia de informações coesas, um cuidado integral e o favorecimento do vínculo da díade mãe-bebê, assim como da mãe com a equipe.

## CONCLUSÃO

Não temos dados objetivos para apresentar embora alguns resultados possam ser observados:

- ofertar atendimento qualificado às puérperas, seguindo as prerrogativas do ESF/NASF;
- desenvolver na equipe a rotina de atendimento compartilhado e a subsequente discussão de casos;
- desenvolvimento de processos de trabalho integrados, sem a compartimentalização de saberes.

# CALOR HUMANO

Autor principal/relator: Claudia Denise Scherner  
Colaboradores: Beatriz F. R. O Cardoso; Eneida  
Cristina Prochmann, Sueli Wietkoski, Terezinha  
Albuquerque Correia

Local de Trabalho: UMS PALMEIRAS.  
Eixo Temático: Território, Intersetorialidade e  
Saúde



## INTRODUÇÃO

A UMS Palmeiras, o CRAS Pompéia e o Cei Antonio Pietruza realizaram ação conjunta para entrega de cobertores, escova dental, preservativos, e orientações de cidadania e saúde. O objetivo deste trabalho é demonstrar o atendimento conjunto com cuidado compartilhado para a população da área de abrangência da US.

## DESENVOLVIMENTO

Como a equipe Odontológica realiza levantamentos de saúde bucal e educação em saúde, continuamente, no CEI Antonio Pietruza, concluiu-se que o atendimento compartilhado atingiria um grande número de famílias da área de abrangência da US. Além do que, por se tratar de uma unidade ESF, entende-se que o cuidado integral e articulado, inclusive intersetorialmente, é imprescindível para garantia de resultados mais satisfatórios.

Junto ao CRAS e a Educação foram organizadas duas tardes de distribuição de cobertores para as famílias em necessidade. Com o auxílio das ACS na distribuição de senhas para as famílias selecionadas, estas compareceram ao CEI Antonio Pietruza. Nesses momentos foram dadas orientações à comunidade e palestras sobre o fluxo da Clínica Odontológica, os tipos de atendimentos e procedimentos realizados, informações em saúde bucal, esclarecimentos de dúvidas e distribuição de folderes e escovas dentais.

## CONCLUSÃO

Viu-se a importância da articulação com outros equipamentos da rede pública e percebeu-se que o contato com esses setores já resultou em retornos imediatos da população na Clínica Odontológica. Também foi possível perceber e proporcionar a aproximação da comunidade com os profissionais de saúde, além do que atingir uma faixa da população além da normalmente atingida nas atividades coletivas realizadas no CEI Antonio Pietruza.

# INVESTIGAÇÃO DE SURTO ALIMENTAR: RELATO DE CASO

Autor principal/relator: Andrea A.C. Moreira  
Colaboradores: Rosangela P. Santos, Raquele V. Mathias, Patricia V. Olmedo

Local de Trabalho: DSBN  
Eixo Temático: Vigilâncias Sanitária e Epidemiológica



## INTRODUÇÃO



Objetivos: descrever os procedimentos de investigação de surto de origem alimentar e o desfecho a partir do trabalho conjunto das vigilâncias sanitária e epidemiológica, ocorrido em estabelecimento no Distrito Sanitário Bairro Novo.

## DESENVOLVIMENTO

Em 17 de setembro de 2013, foi notificado surto, após denúncia de consumo de maionese caseira, adquirida em supermercado da região. Uma equipe de técnicos da VISA e da vigilância epidemiológica do DSBN, procederam à investigação. Verificou-se que 18 pessoas adoeceram, sendo que uma foi hospitalizada. Os principais sintomas foram febre, vômito e diarreia, sendo a mediana do período de incubação de 18hs. Nesta data foi coletada amostra de sobras de maionese na residência de um dos pacientes e encaminhada para o LACEN/PR.

A inspeção no estabelecimento foi realizada pela VISA e pela SMU, resultando em autos de infração, em função das irregularidades presentes e em embargo do local. Os resultados da amostra avaliados identificaram presença de *Salmonella sp.* E coliformes fecais em quantidades determinantes que o alimento estava impróprio para o consumo.

## CONCLUSÃO

A atividade que o estabelecimento desenvolvia era incompatível com sua estrutura e os proprietários não possuíam capacitação sobre as boas práticas de manipulação e seu impacto na saúde pública. Ou seja, esse fato remete a uma reflexão sobre o resgate do papel educativo da VISA. Os surtos de origem alimentar muitas vezes são subnotificados, o que gera dados estatísticos não condizentes com a realidade, fatos esses que merecem ser melhor divulgados e estudados.

## REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica** 6ed. Brasília: MS, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. ANVISA. RDC 216 de 15 de setembro de 2004. Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Boas Práticas para Serviços de Alimentação. Brasília, 2005.
- CURITIBA. Código de Saúde de Curitiba. Secretaria Municipal de Saúde, Curitiba/SMS, 2004. Lei Municipal nº 9000 de 27 de dezembro de 1996.



FIGURA 1. Imagem maionese caseira (ovos, leite, batata, cenoura, cheiro verde e azeitonas).

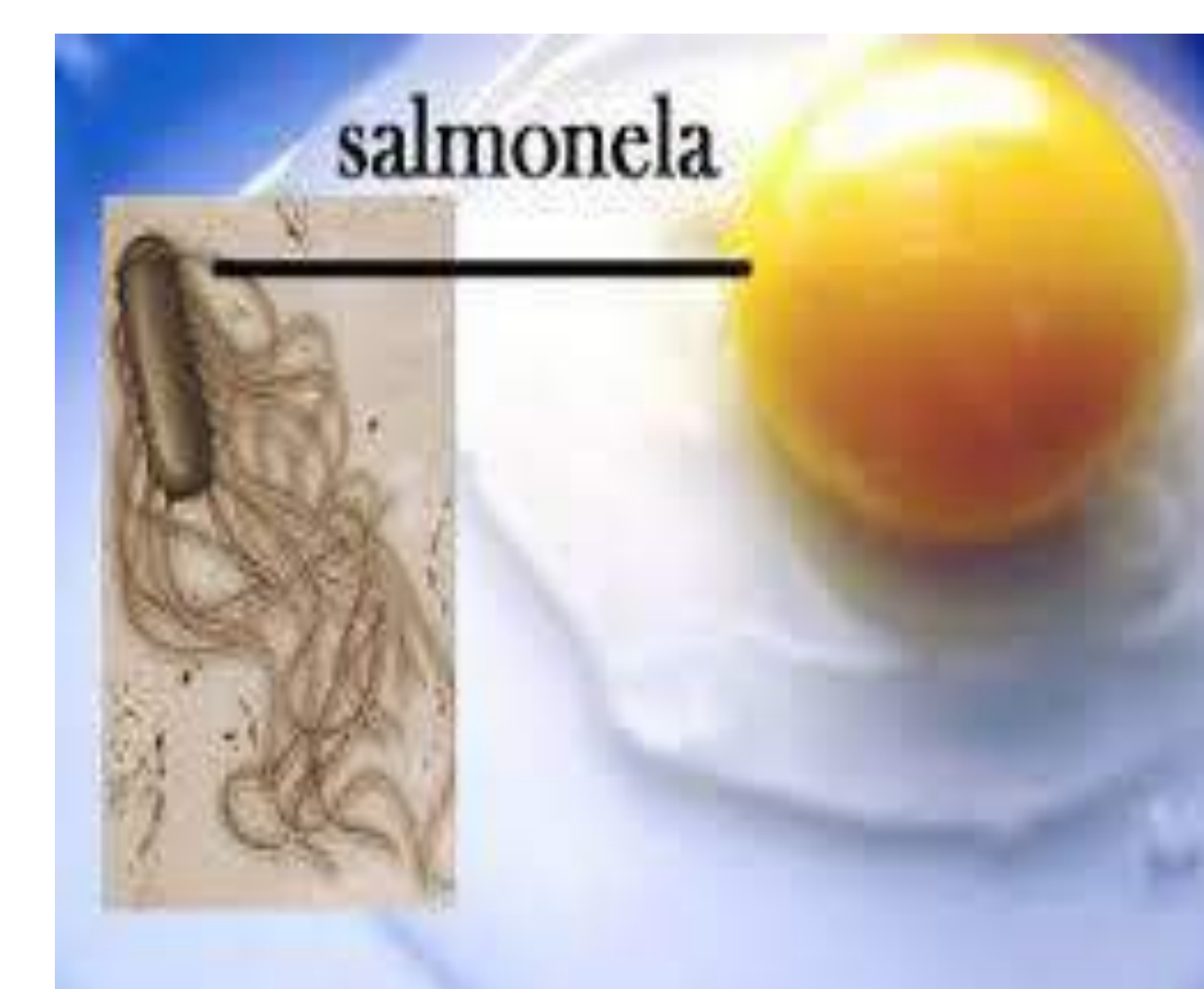


FIGURA 2. Imagem *Salmonella sp.* presente no ovo.

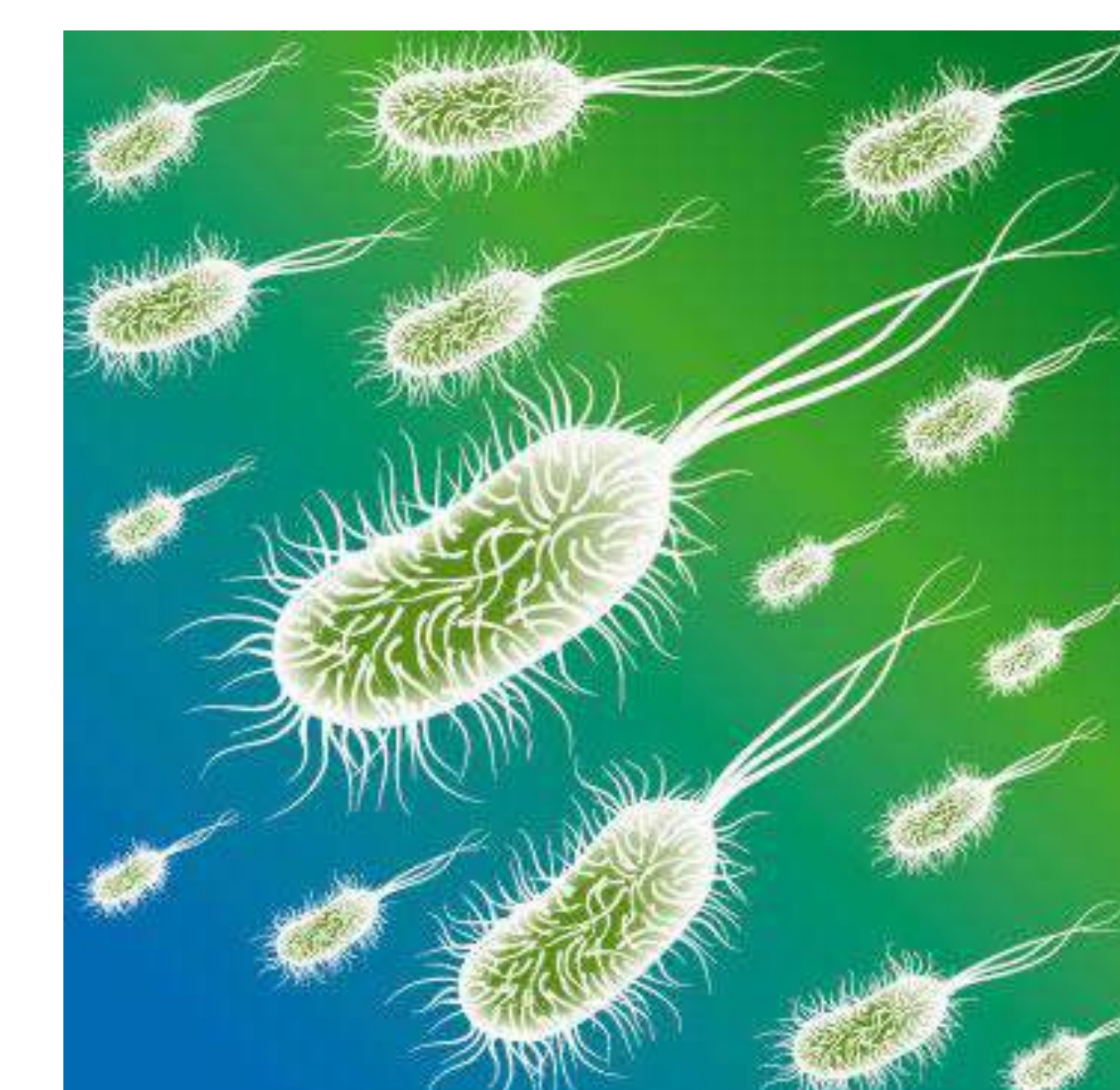


FIGURA 3. Imagem Coliforme fecal termotolerante (45°C).

# ESTADO NUTRICIONAL DE ADOLESCENTES DE UMA ESCOLA PÚBLICA DE CURITIBA/PR

Autor principal/relator: Patricia V. Olmedo  
Colaboradores: Talita C. G. Silva; Stela A. Vayego

Local de Trabalho: Colégio Estadual Arlindo  
Carvalho de Amorim/ US Barigui/ DSCIC.  
Eixo Temático: NASF



## INTRODUÇÃO

Realizou-se pesquisa descritiva, exploratória, transversal, com base em dados eletrônicos de 509 alunos, matriculados do 6º ao 9º ano, de ambos os sexos, com idades entre 10 e 18 anos, no Colégio Estadual Arlindo Carvalho de Amorim (área de abrangência da US Barigui, no DSCIC). O objetivo foi avaliar o estado nutricional de adolescentes de 10 a 18 anos de uma escola pública de Curitiba/PR e verificar se existem correlações entre o estado nutricional e as variáveis gênero e idade.

## DESENVOLVIMENTO

Solicitou-se assinatura de carta de autorização pela direção da escola; obteve-se os dados de peso, altura e idade; foi realizada avaliação nutricional: cálculo do IMC por idade em Escore-Z, para meninos e meninas com idades variando entre 10 e 19 anos (OMS/2007).

O modelo analítico incluiu dados relativos a alimentação, estilo de vida e condição de saúde dos adolescentes. Observou-se a prevalência de sobrepeso e obesidade; DCNT; e, o estado indicativo de puberdade. Para as análises estatísticas foram utilizados os testes:

- 1) Análises e medidas descritivas de idade, peso, estatura, IMC;
- 2) Análises de frequências absolutas e percentuais de gênero, idade, escolaridade e estado nutricional;
- 3) Qui-quadrado e Teste G de Willians, visando identificar associações entre as variáveis estado nutricional, idade, gênero.

## CONCLUSÃO

A prevalência de sobrepeso e obesidade em adolescentes tem forte relação com aspectos fisiológicos decorrentes da puberdade, com variações conforme idade e gênero. Evidenciou-se porém, que outros fatores também estão associados às alterações no crescimento, desenvolvimento e estado nutricional dos adolescentes, como fatores socioeconômicos, psicossociais e culturais, que podem gerar impacto nas condições de saúde e no estado nutricional dos adolescentes, merecendo ser alvo de outros estudos.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde do adolescente: competências e habilidades**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

CURITIBA. Prefeitura Municipal de Curitiba. Secretaria Municipal de Saúde. Centro de Informação em Saúde/Coordenação de Alimentação e Nutrição. Centro de Epidemiologia/Coordenação de Vigilância Nutricional. **Caderno de Gráficos para Diagnóstico do Estado Nutricional**. Curitiba, 2010, p. 9; 19.

CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba. **Protocolo de atenção à saúde do adolescente**. 2ª edição, revista e atualizada. Curitiba, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008/2009**. Rio de Janeiro, 2010.

VITOLO, M. R. **Nutrição da Geração ao Envelhecimento**. Rio de Janeiro: Rubio, 2008.

Gráfico 1 – Avaliação do estado nutricional de escolares, conforme faixa etária correspondente ao estirão da puberdade.

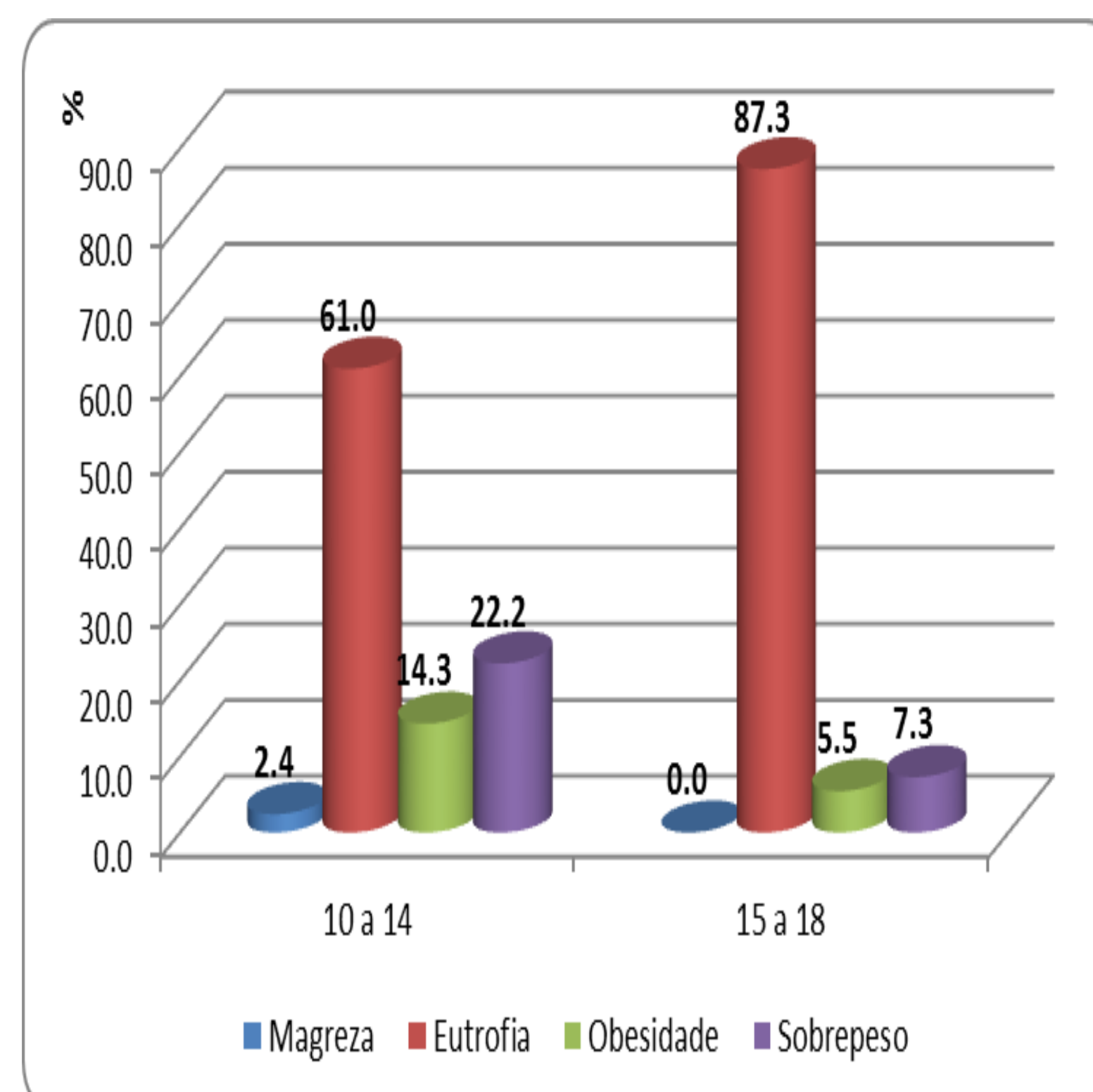


Gráfico 2 – Distribuição percentual geral da classificação do estado nutricional dos alunos, conforme gênero.

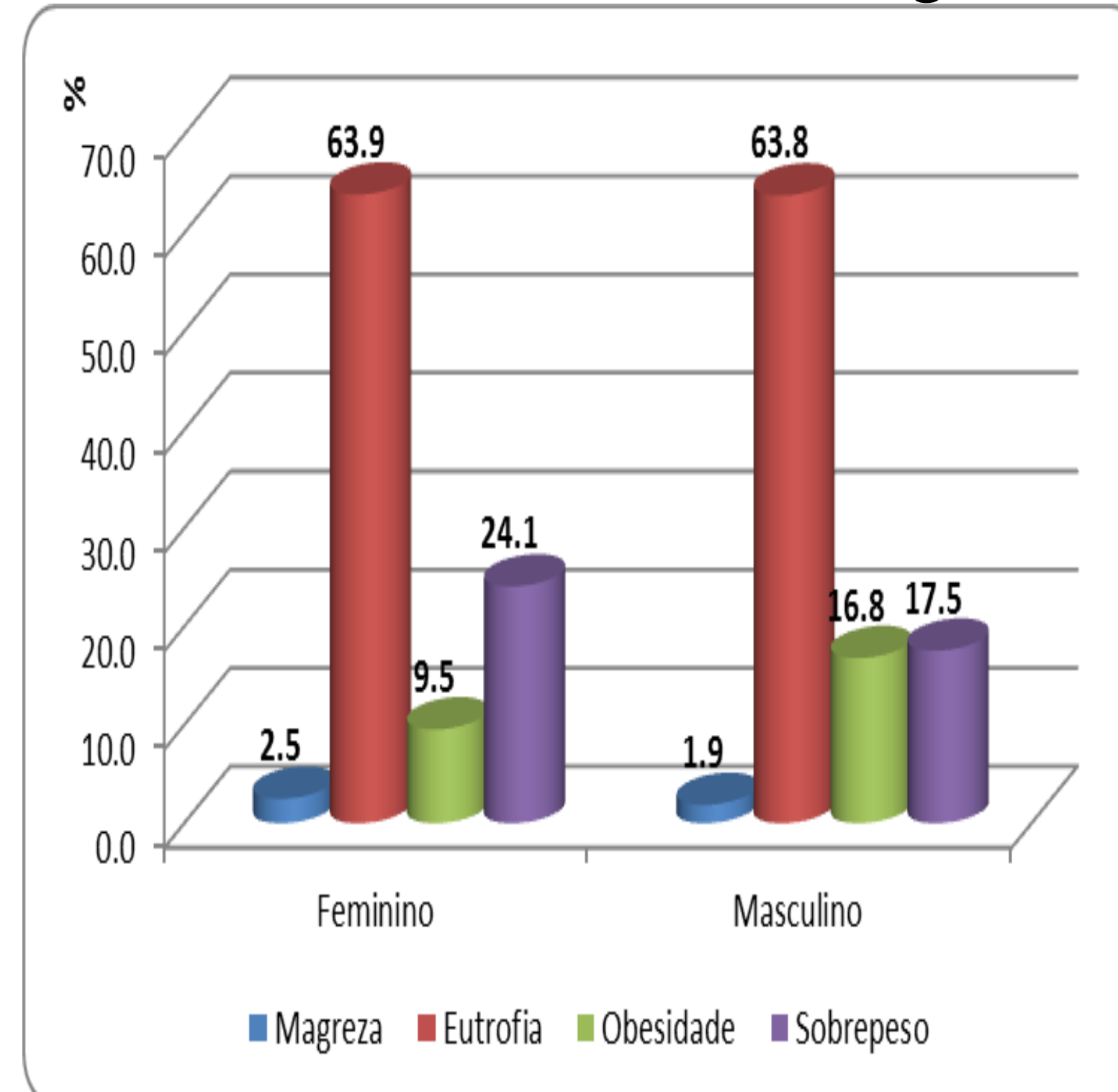
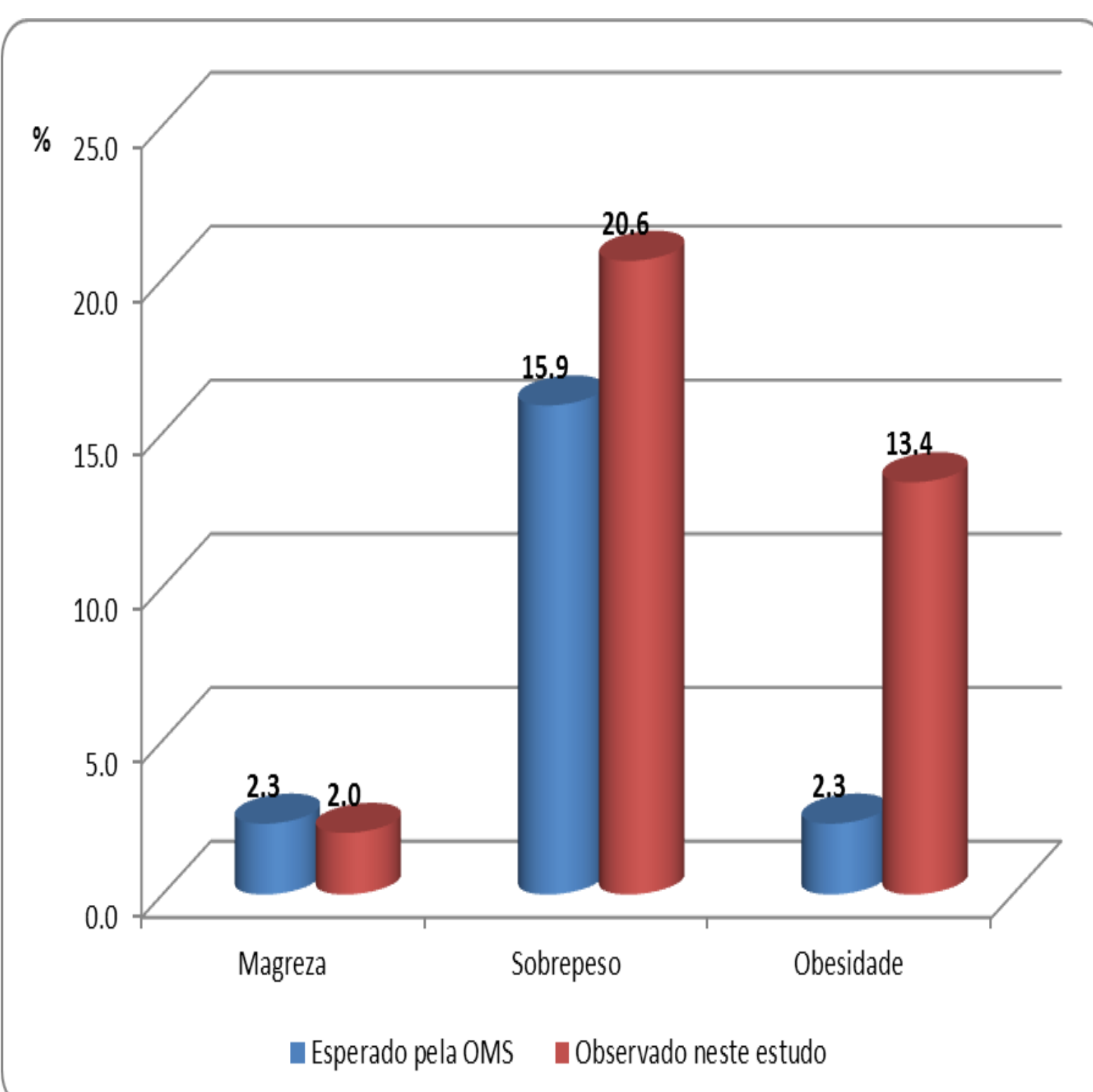


Gráfico 3 – Comparação entre o observado neste estudo e o esperado pela OMS (2007), referente à avaliação do estado nutricional de escolares.



# RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE O POTENCIAL DIDÁTICO DAS OFICINAS DE DIABÉTICOS

**Autor principal/relator:** Ana Carolina Santos Ribas Ceruti  
**Colaboradores:** Rosiane A. N. Pereira e Marcia I. M. Kucarz

**Local de Trabalho:** Unidade de Saúde Nova Orleans  
**Eixo Temático:** Educação em Saúde



## INTRODUÇÃO

Atualmente, observa-se o aumento da população idosa, sugerindo que está melhorando da qualidade de vida das pessoas. Em contrapartida, o número de casos de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como o diabetes Melito tipo 2, vem aumentando e alcança hoje proporções preocupantes.

As “Oficinas de Diabéticos” com foco na educação em saúde, possibilitam a conscientização dos indivíduos em relação à sua doença e contribuem para a mudança dos hábitos de vida.

O objetivo deste trabalho foi expor um relato de experiência sobre o impacto observado destas oficinas no tratamento das pessoas com diabetes Melito.

## DESENVOLVIMENTO

As oficinas foram planejadas pelo enfermeiro e realizadas em seis encontros, que ocorreram uma vez no mês, com duração de uma hora. As atividades foram desenvolvidas nos Espaços Saúde, com a participação da equipe multidisciplinar. Participaram: farmacêutico, cirurgião dentista, nutricionista, educador físico, fisioterapeuta e psicóloga. Foram abordados os temas: manuseio e administração da medicação, cuidados e alertas quanto à saúde bucal, alimentação saudável, importância do exercício físico, pé diabético e interferência de fatores sócio-psicossomáticos na doença. A equipe multidisciplinar preocupou-se em realizar as abordagens de forma clara para facilitar o entendimento dos usuários em relação às mudanças fisiológicas a que estão expostos em decorrência do diabetes. Acredita-se que ampliar a compreensão da sua doença e a conscientização das dificuldades de manejo, facilitam as mudanças dos hábitos de vida e estimulam o autocuidado.

## CONCLUSÃO

Observando os participantes das Oficinas, notou-se melhora na adesão ao tratamento. As abordagens realizadas de forma sistematizada, estimulam o usuário a frequentar periodicamente os serviços de saúde, melhorando seu vínculo e consequentemente a adesão ao tratamento. Apesar do reconhecimento pela equipe de saúde dos benefícios destas Oficinas, estudos futuros com desenhos científicos que possibilitem observação a médio e longo prazo, por exemplo, com desenho “experimental” ou “quase-experimental”, que acompanhe um grupo controle e outro experimental, alvo da abordagem sistematizada das Oficinas de Diabéticos, ainda se fazem necessários.

## REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes mellitus. Caderno de Atenção Básica n.16, Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- LIMA, A.P; PEREIRA, D.A.G; ROMANO, V.F. Perfil Sócio-Demográfico e de Saúde de Idosos Diabéticos Atendidos na Atenção Primária. Rev. Bras. de Ciências da Saúde, Belo Horizonte, v. 15, n. 1, p. 39-46, 2011.
- Secretaria Municipal de Saúde. Diretriz de Atenção à pessoa com Diabetes mellito tipo 2. Curitiba, PR, 2010.



# YOGATERAPIA COMO PROMOÇÃO NA SAÚDE DA FAMÍLIA

Autor principal/relator: Silvana Maria de Souza

Local de Trabalho: Unidade de Saúde Umbará II  
Eixo Temático: Práticas integrativas e complementares



## INTRODUÇÃO

O Yoga faz parte de um conjunto de conhecimentos filosóficos que tem como objetivo principal, o desenvolvimento espiritual, visando à autorealização por meio do equilíbrio entre os corpos físico, mental e emocional. Dentro desta perspectiva, trabalhamos estes valores por meio dos *Ásanas* ou posturas físicas, que são realizadas pelo corpo físico, mas a consciência da força aplicada, da dimensão, da habilidade, da destreza, do equilíbrio, da paciência, da concentração, da percepção máxima desses elementos, onde necessita-se estar concentrado para realizar qualquer ação. Aos poucos vai-se acalmando os impulsos dominantes e melhorando a saúde de forma integral. Um elemento chave que distingue a Yoga da ginástica ou da atividade física é a integração intencional entre respiração, postura e movimento. Classificada como “terapia”, a Yoga torna-se uma alternativa para se melhorar a saúde, uma tecnologia a serviço da Educação em Saúde de custo baixo, necessitando de poucos investimentos. O verdadeiro praticante, o yogui, procura o estado de relaxamento e harmonia que existe dentro de si, promovendo o encontro do ser na permissão do efeito da sua mente sobre o funcionamento do seu corpo físico, promovendo o seu bem estar e de todos ao seu redor.

## DESENVOLVIMENTO

A prática de *Hatha Yoga* é vivenciada nas dependências da Igreja São Sebastião nas quartas-feiras às 09h30min e as sextas-feiras às 16h com a duração de 60 min. Durante as práticas são trabalhados os conceitos básicos do Yoga tais como: condutas éticas e sociais (*Yamas* e *Nyamas*), as posturas físicas (*Ásanas*), exercícios respiratórios (*Pranayamas*), relaxamento (*Yoga Nidra*) e meditação (*Dhyana*). Acontecem sempre adaptada para a terceira idade, visando à melhoria das funções psicomotoras, possibilitando promover maior consciência corporal do espaço que seu corpo ocupa, movimento que ele pode voltar a fazer, das sensações sentidas e ainda de consciência respiratória.

## CONCLUSÃO

O Yoga nos oferece cultivar e conquistar boa saúde, desenvolver a força de vontade, melhoria do relacionamento humano, aprimoramento eficaz e intenso de nosso intelecto, concentração e memória, autoconhecimento, paz interior e alívio de estresse. Os benefícios físicos são: imunidade e a disposição aumentam; o sono, a postura, a flexibilidade das articulações, dos músculos e dos tendões melhoram; a capacidade e eficiência respiratória aumenta; a fibromialgia alivia; a L.E.E.R diminui; e, a coordenação motora, o equilíbrio e as funções cognitivas melhoram. Os benefícios mentais são perceptíveis na memória, concentração e na eficiência de aprendizado. A depressão e ansiedade diminuem. O humor, a estabilidade mental e emocional, a autoaceitação e autoatualização aumentam. A integração social, o estresse mental e emocional, a letargia mental e dependências psicológicas diminuem. Por fim, observou-se melhora no bem estar mental e emocional. Os frutos da boa prática de Yoga não se limitam apenas ao corpo, a mente, ao emocional e ao espírito, se projetam de maneira muito acentuada nas realizações profissionais e pessoais. A tão necessária prosperidade recebe um aliado de primeira grandeza, a harmonia e satisfação existencial também.



Fotografia de Bruna Souza, Meditação



Fotografia de Silvana Mª de Souza, Yoga Parque Lago Azul



Fotografia de Bruna Souza, Yoga na Igreja São Pedro

# PERFIL DOS USUÁRIOS DO PODP

Autor: Mirta Isa R. Gonçalves  
Colaboradores: Elaine V Tosin e Joari Stahlschmidt

Local de Trabalho: CEM Matriz  
Eixo Temático: Planejamento, Monitoramento e avaliação em Saúde.



## INTRODUÇÃO

O presente estudo teve por objetivo identificar o perfil epidemiológico de usuários acompanhados no Programa de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada (PODP), entre os anos de 2013 e 2014, a fim de avaliar, monitorar e identificar as melhores estratégias a serem desenvolvidas nos diferentes pontos de atenção.

## DESENVOLVIMENTO

Em parceria com representantes DS Matriz, DRAS, DAPS, NASFs e Pneumologista da APS, foi elaborado um Roteiro para Visita Domiciliar de 362 usuários acompanhados no PODP de Curitiba e executado pelos Fisioterapeutas dos NASF entre o 2º Semestre de 2013 e o 1º Semestre de 2014.

Alguns dados do perfil levantado indicam que 64% são do sexo feminino; o maior índice por idade é de 28%, entre 71 e 80 anos; 9% apenas são acompanhados pelo Programa Melhor em Casa; 29% possui plano de saúde; 12% moram sozinhos; 73% possui cuidador; 58% são cuidados pelos filhos; 90% estavam acamados; 43% tiveram internamentos recentes; 65% recebem visitas mensais da APS; 72% faz acompanhamento na APS; e 83% dos usuários estão satisfeitos com o PODP.

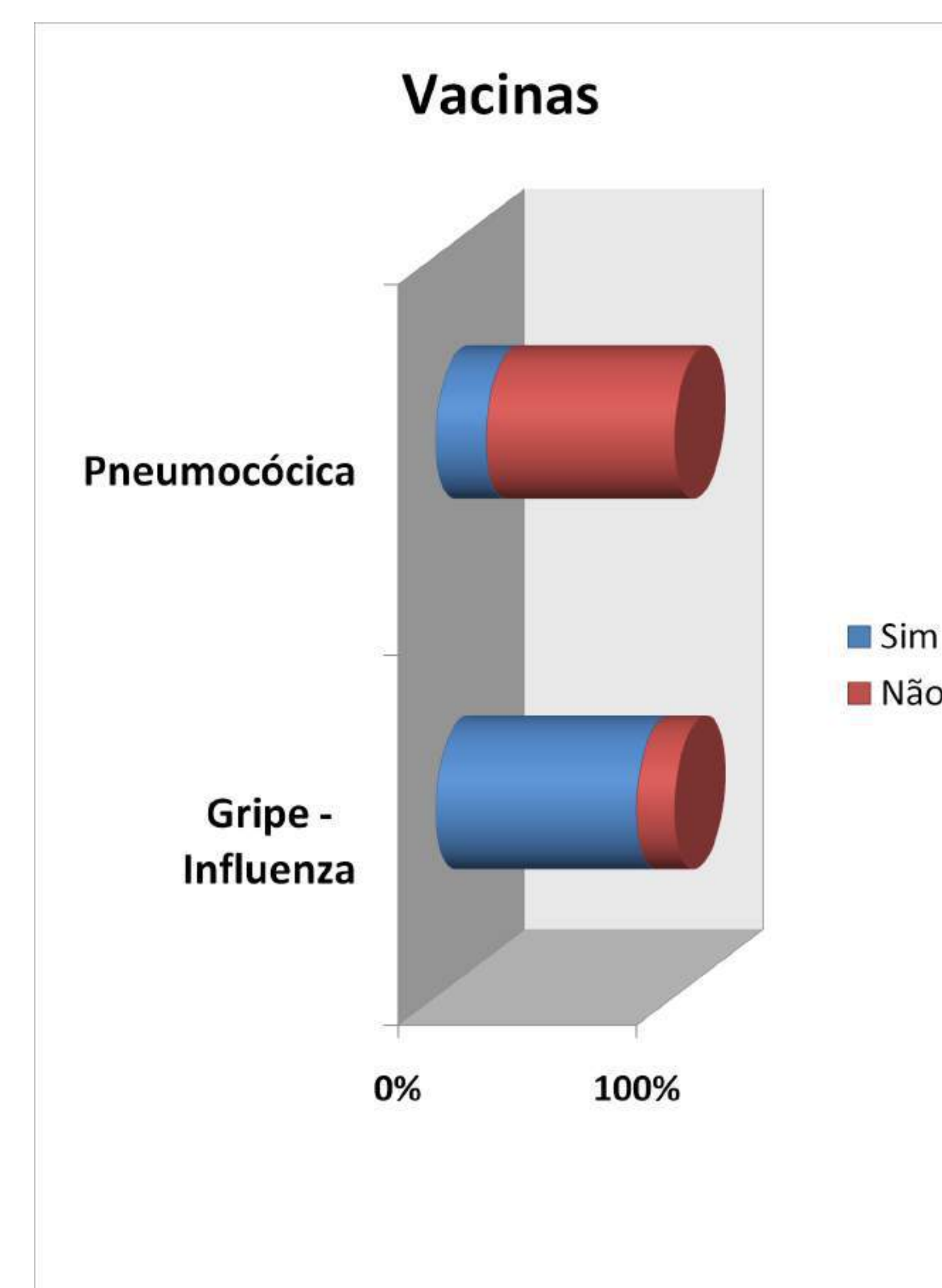
Identificado o perfil epidemiológico, foram traçadas as estratégias de cuidado para cada ponto de atenção.

## CONCLUSÃO

A relevância desta ação encontra-se desde a metodologia aplicada, que possibilitou envolver profissionais de diferentes pontos de atenção e especialmente na identificação dos pontos fortes e fracos das linhas de cuidados com esta população específica. Desta forma, com a identificação deste perfil epidemiológico, é possível planejar novas estratégias de cuidado e ações em saúde.

## REFERÊNCIAS

Dados coletados dos Roteiros de Visita Domiciliar – CEMM - SMS.



# AURICULOTERAPIA NO TABAGISMO

Autor principal/relator: Raquel Silva dos Santos  
Colaboradores: Karen Y. Watanabe Nagashima  
Rafael Contato Fonseca  
Hermes A. Colodel Junior  
Paulo Francisco Arant Martins

Local de Trabalho: Unidade de Saúde Vila Verde.  
Eixo Temático: Práticas Integrativas e  
Complementares



## INTRODUÇÃO

O grupo de Cessação do Tabaco, que é conduzido pelo NASF CIC 3, necessitava de uma motivação para os pacientes executarem as estratégias de parada do tabaco. Como os pacientes identificavam a questão emocional como obstáculo importante para esta eficácia, solicitou-se ao odontólogo, apoio em um dos grupos, com a Auriculoterapia, atuando no controle da ansiedade, estresse e outros fatores emocionais. Na sequência, a fisioterapeuta e a nutricionista capacitaram-se na técnica dando continuidade nos grupos seguintes, após os resultados satisfatórios obtidos.

## DESENVOLVIMENTO

Durante o primeiro dia do grupo, os pacientes são informados de que a equipe está ofertando a técnica de Auriculoterapia com sementes para favorecer o controle dos elementos emocionais inerentes ao uso do Tabaco, e aqueles que queiram receber a terapia devem sinalizar, pois esta não é obrigatória.

Os pacientes são orientados nos cuidados de preservação das sementes, pressão das mesmas e que devem mante-las por 7 dias. Ao fim deste prazo, devem retornar no grupo previsto, sem as sementes, para que estas possam ser refeitas, desprezando as antigas.

A técnica é usada nos 4 dias do referido grupo, que é semanal.

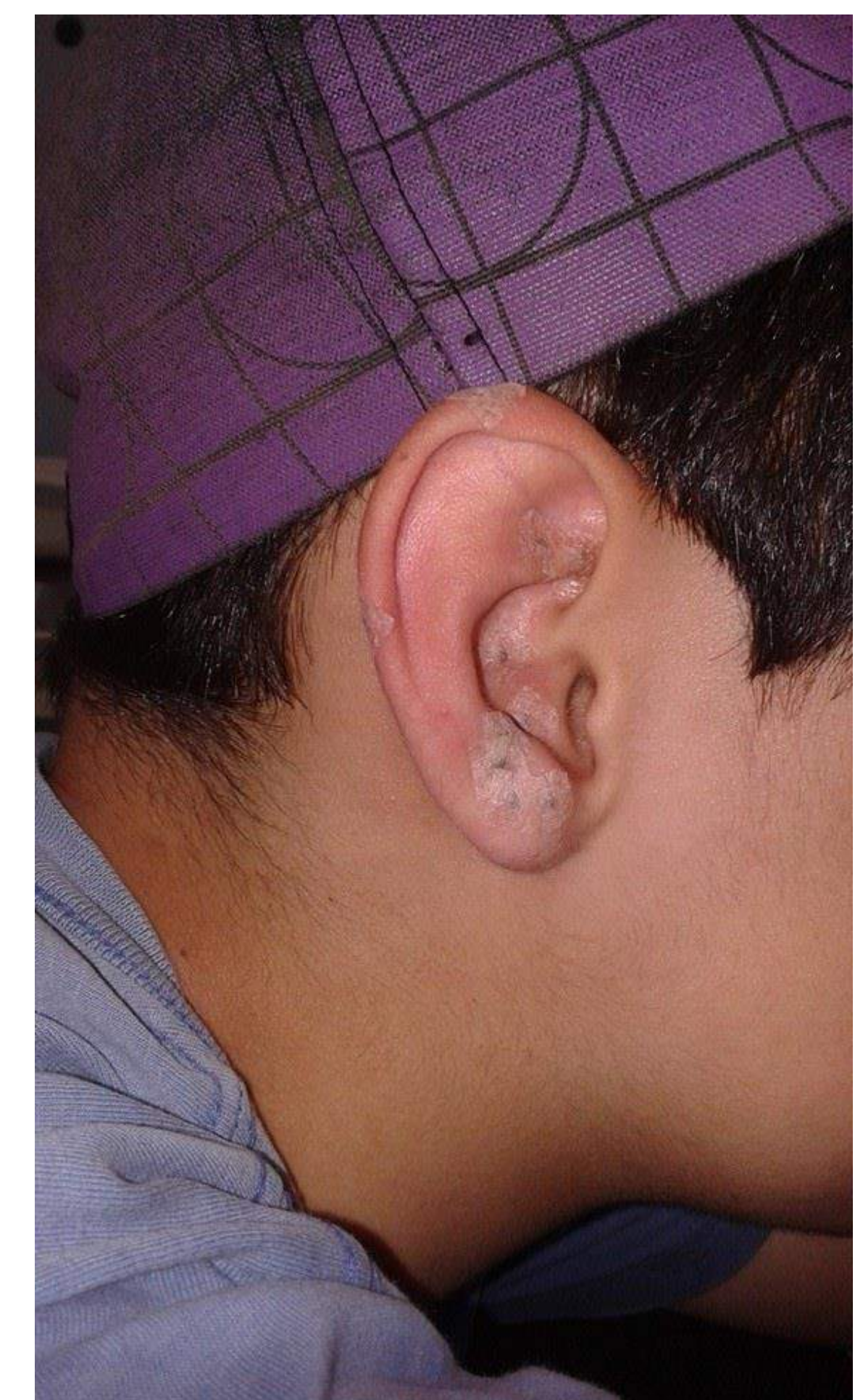
## CONCLUSÃO

O NASF CIC 3 realiza os grupos de Cessação ao Uso do Tabaco desde 2010. É inegável a mudança de comportamento na comparação entre os grupos nos quais não foram usados a técnica de Auriculoterapia e nos grupos subsequentes.

Essa mudança ocorreu tanto no relato dos pacientes quanto à observação de melhor controle emocional e promoção da calma, redução do nervosismo, redução da irritabilidade, quanto na adesão ao tratamento e na redução drástica do absenteísmo ao longo do grupo.

## REFERÊNCIAS

SOUZA, M.P.. *Tratado de Auriculoterapia*. , Brasília, Med Center, 2012. 352 p.



# O CNES COMO FERRAMENTA DE AUDITORIA NO SUS - CURITIBA

Autor principal/relator: Carmem Dallagnol  
Colaboradores: Elaine G Q Nascimento, Marilete Aparecida  
Luiz da Silva, Soriane Kieski Martins

Local de Trabalho: CCAA/CSCA  
Eixo Temático: AUDITORIA



## INTRODUÇÃO

Este trabalho tem como objetivo principal mostrar a importância do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) como uma ferramenta da auditoria impactando na qualidade da atenção à saúde.

## DESENVOLVIMENTO

O CNES é uma importante ferramenta para o acompanhamento e monitoramento dos estabelecimentos de saúde no que se refere a qualidade das informações. Neste ano desenvolvemos um acompanhamento dos estabelecimentos “in Loco” para a comparação dos dados informados no CNES de acordo com a urgência da atualização.

Agendadas visitas nos estabelecimentos e realizada a verificação das conformidades e solicitado o retorno ao CNES para as adequações. Observamos que tivemos 100% de retorno para as demandas solicitadas.

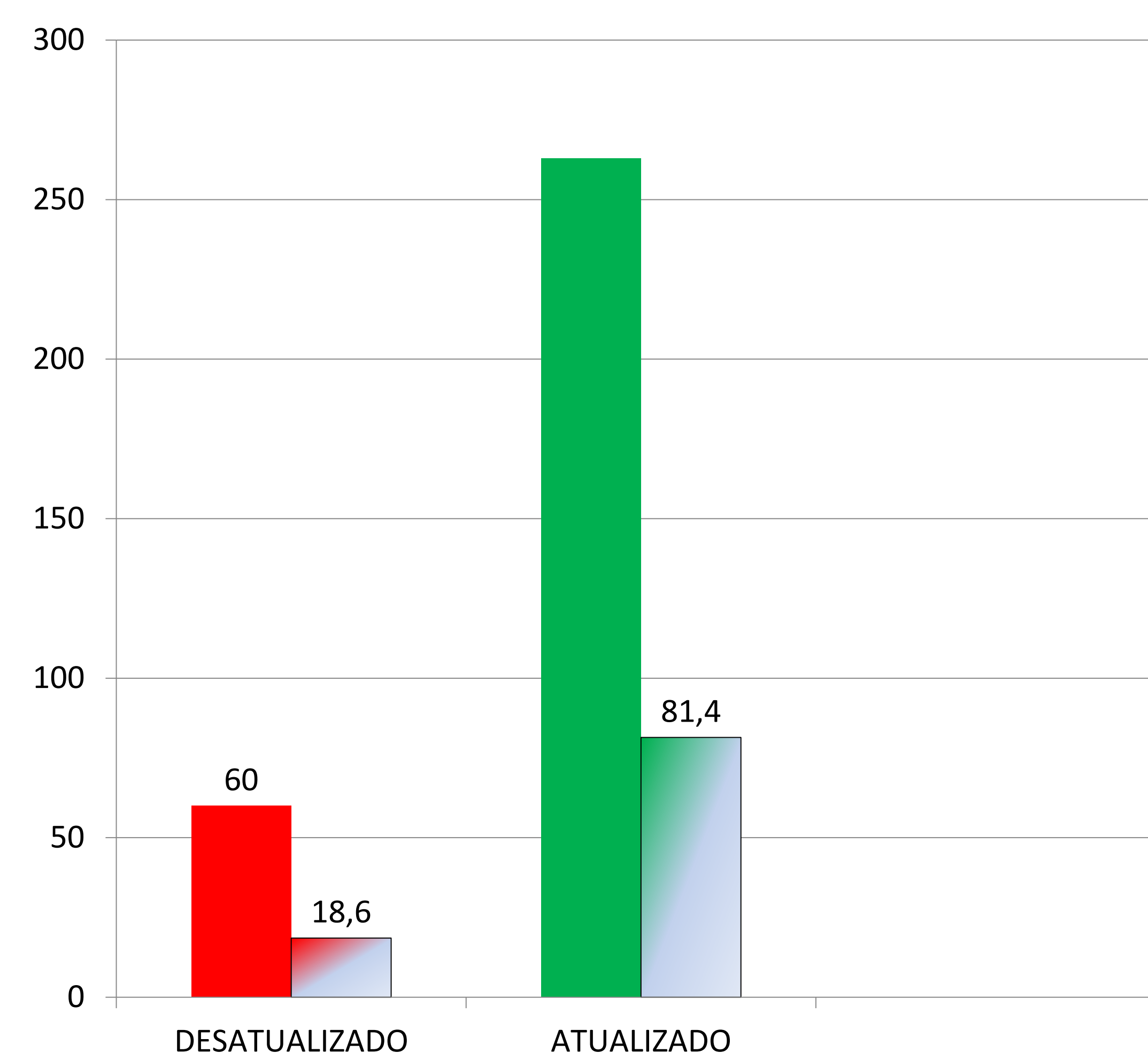
## CONCLUSÃO

Esta ação teve muito êxito para o acompanhamento e monitoramento dos estabelecimentos que apresentaram algumas inconformidades que foram apontadas por órgãos como Ministério Público e MS, onde tivemos mais propriedade para a resposta a estes órgãos. O estabelecimento também tem uma visão diferente quando recebe a visita do profissional auditor, e a resposta a essas demandas ocorreram com maior agilidade pelos prestadores.

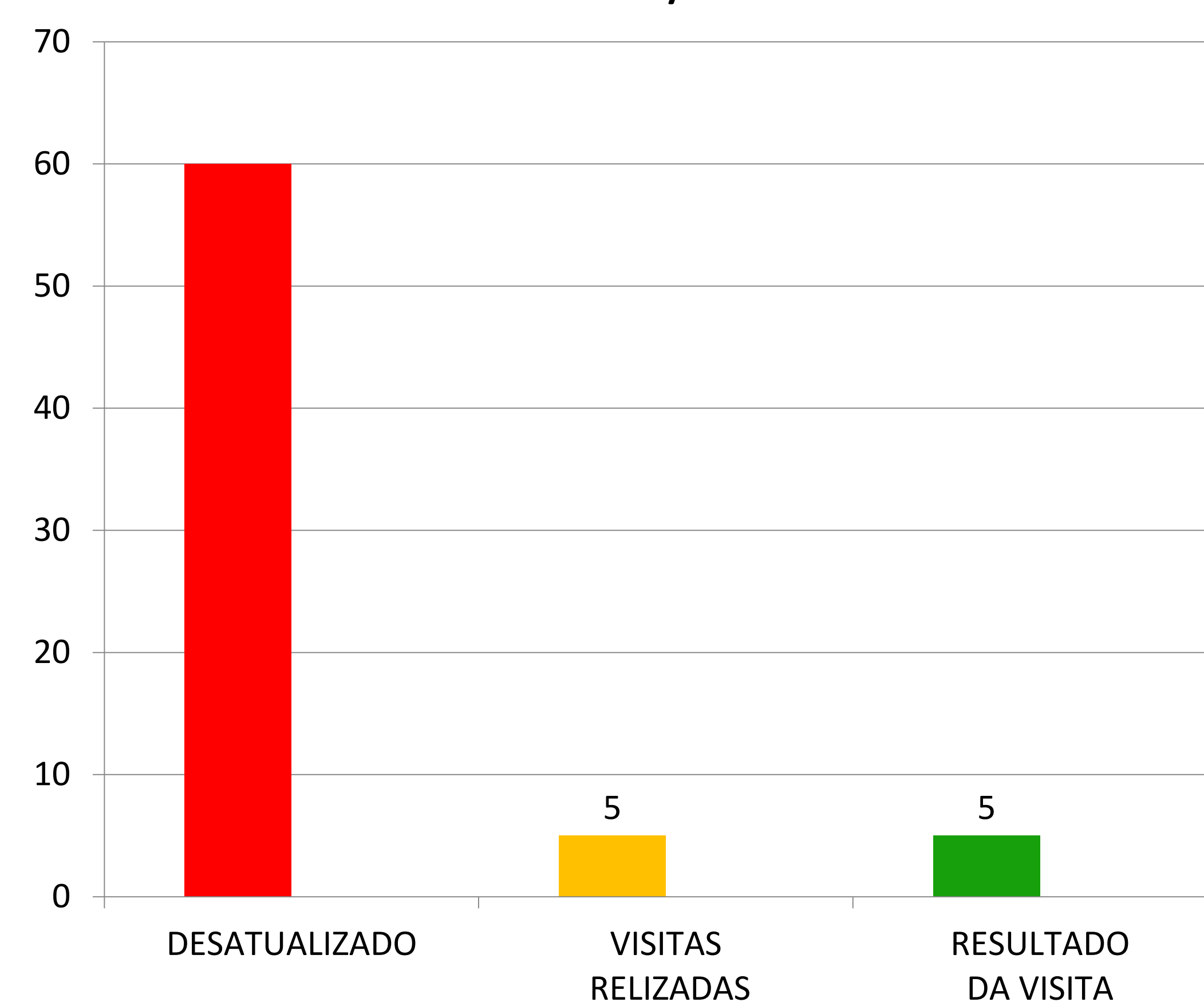
## REFERÊNCIAS

<http://cnes.datasus.gov.br>

Percentual dos Estabelecimentos SUS Cadastrados no CNES Curitiba 2014.



Resultado da Intervenção da Equipe na Situação dos Estabelecimentos Cadastrados no CNES Curitiba - Desatualizados no período de Julho a Setembro/2014



# PROJETO CIRANDA DA SAÚDE 2014

Cristina Johnsson C Calliari  
Rosana C S Silva, Adriana M Barreto, Claudia M  
Bornancin, Silvana G F Luiz, Vanilda A S Robatini

Unidade de Saúde São Domingos  
Educação em Saúde



## INTRODUÇÃO

O projeto tem como objetivo apresentar abordagens em prevenção e promoção de saúde, voltadas ao desenvolvimento de fatores de proteção. As ações enfocaram o estímulo ao auto cuidado dos educandos da pré escola ao EJA , de forma a sensibilizar os educadores, educandos e familiares na criação de um ambiente saudável.

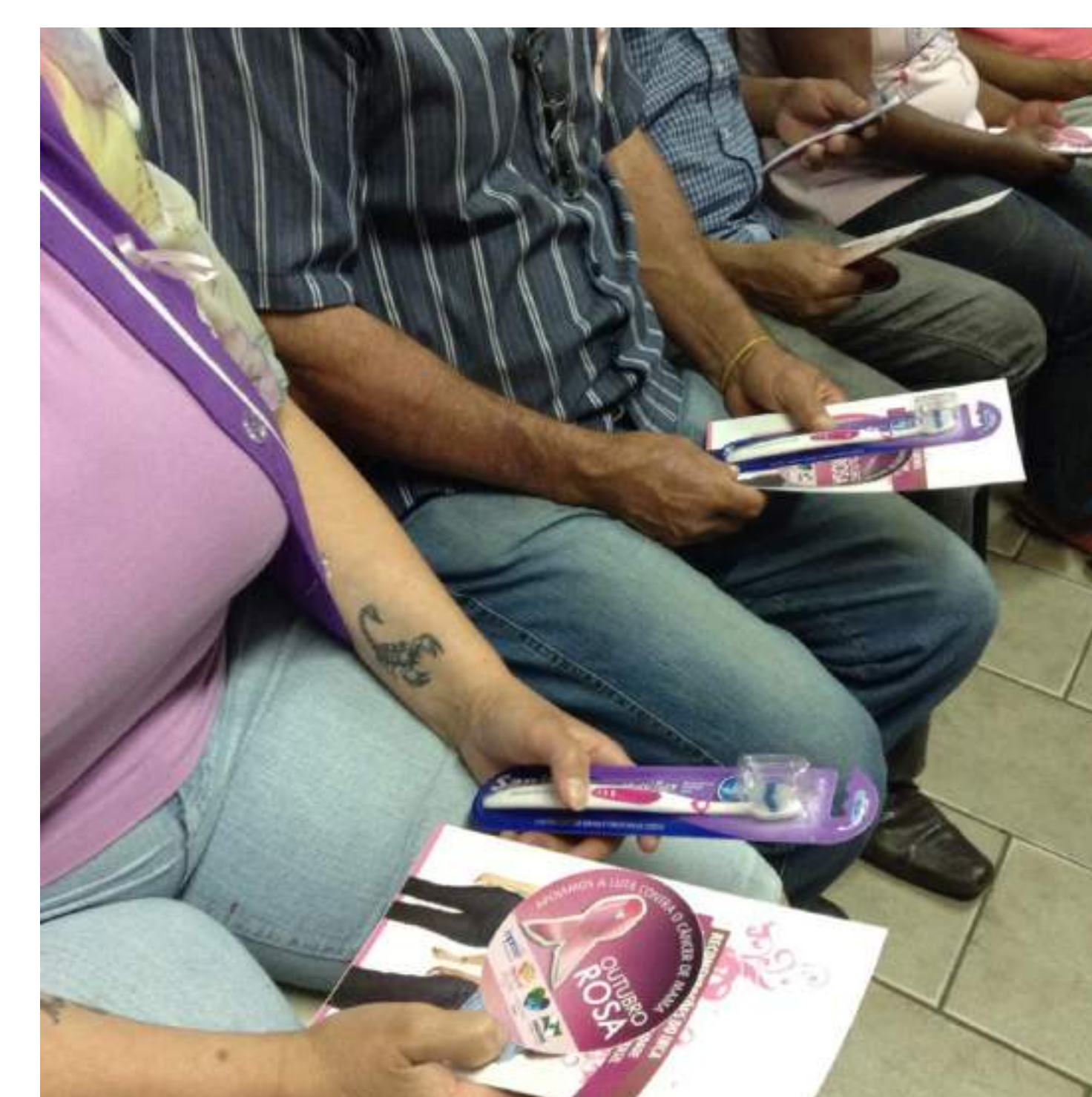


## DESENVOLVIMENTO

O suporte social criado em ambientes institucionais é essencial para a promoção do bem estar individual e social. Assim, concretizou-se um espaço saudável, com uma abordagem interdisciplinar no desenvolvimento da metodologia de forma dinâmica, havendo constante interação com os participantes e pactuando mudanças de comportamento.



Como estratégias foram realizados teatro de fantoche, contação de história e jogos educativos. Para aprimoramento da técnica de escovação e do fio dental aplicamos atividades de alinhavo e macro modelo confeccionados pela equipe com materiais reciclados, fortalecendo um ambiente sustentável. Os educandos foram priorizados para o atendimento clínico, de acordo com cuidados necessários, visando mudanças de hábitos de risco, prevenção e tratamento da doença.



## CONCLUSÃO

Escolas são exemplos em promoção de saúde, principalmente quando voltadas a construção de espaços saudáveis. Através de parcerias construídas neste projeto, pode-se observar o incremento de fatores de proteção e melhora na qualidade de vida dos envolvidos. Além dos impactos esperados através da educação em saúde, houve formação de vínculo intersetorial, bem como ampliação de acesso e acolhimento em atenção primária em saúde.



# ESTÁGIO SUPERVISIONADO NA US ESF DOM BOSCO PELA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL

Autor principal/relator: Susana de Moraes  
Colaboradores: Elaine Maria Gasperin, Cristiane Talasesco Soares Gusso, Elizete Regina Emiliano, Ederli de Oliveira Lipski e Amarildo da Silva

Local de Trabalho: (Unidade de Saúde Dom Bosco).  
Eixo Temático: Integração Ensino/Serviço



## INTRODUÇÃO

A US Dom Bosco recebeu em 2014 estagiários de odontologia da PUC PR e uma estagiária de Auxiliar de Saúde Bucal da UFPR. O objetivo do estágio é reconhecer a condição de vida da população e seus agravos à saúde a partir da realidade local, perceber a importância do levantamento das necessidades das famílias através de estudo de casos para desenvolver ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde.

## DESENVOLVIMENTO

Os estagiários são recepcionados na US ESF pelo cirurgião dentista, apresentados às equipes e recebem orientações sobre o trabalho desenvolvido na ESF, número populacional, visualização de mapas da área de abrangência, informações sobre saneamento básico, e o perfil da população local. Planejam estratégias nos equipamentos da área de abrangência (escolas e Cmeis) onde são desenvolvidas ações de prevenção, promoção da saúde, levantamento epidemiológico e encaminhamentos para US quando necessário.

Realizam visitas nas áreas com maior vulnerabilidade e risco social, e utilizam as ferramentas de trabalho (genograma e ciclo de vida) com famílias previamente selecionadas.

Na etapa final, solicitamos a avaliação por parte dos estagiários da odontologia da PUC e ASB da UFPR, que nos deixaram um relato sobre suas experiências.

## CONCLUSÃO

A experiência tem permitido mostrar a realidade local e o trabalho desenvolvido pelas equipes ESF. A percepção dos estagiários é de que a área de abrangência é muito grande, com funcionários que fazem um grande esforço para resolver as necessidades da população. Relataram ao final do estágio que “foi uma experiência enriquecedora para nossa vida profissional e pessoal, além do conhecimento prático levamos um exemplo de trabalho em equipe”. Destaca-se a importância desse trabalho voluntário desenvolvido na odontologia.



# ATENDIMENTO AOS PACIENTES ESPECIAIS (US DOM BOSCO - SAÚDE BUCAL)

Autor principal/relator: Susana de Moraes  
Colaboradores: Elaine Maria Gasperin, Maria Rozeli da Silva e Souza, Elizete Regina Emiliano, Cristiane Talasesco Soares Gusso e Veronica de Fatima Pereira

Local de Trabalho: (Unidade de Saúde Dom Bosco).  
Eixo Temático: Educação em Saúde



Rosa

## INTRODUÇÃO

O objetivo do atendimento pela equipe de saúde bucal na unidade de saúde ESF ao usuário portador de necessidades especiais é a resolutividade na atenção primária, evitando o deslocamento do paciente para outros níveis de atenção, onde a equipe da US realiza visitas domiciliares e agendamento de retorno para manutenção.

## DESENVOLVIMENTO

É desenvolvido inicialmente um trabalho de conscientização e co responsabilidade com os familiares ou responsáveis pelo paciente, pois é indispensável a colaboração dos mesmos. O paciente geralmente não consegue realizar sozinho o cuidado de sua higiene bucal.

Ocorre a necessidade de uma adaptação prévia do ambiente, instrumentais e da equipe para iniciar o tratamento. Conhecer através da anamnese a historia do paciente, de sua família, criando assim um vínculo de confiança e responsabilidade entre profissional, paciente e familiares.

Após essa avaliação, é desenvolvido junto com os responsáveis o melhor método para realização do tratamento e manutenção. Após várias tentativas sem sucesso (adesão da família e paciente) é que esses pacientes são encaminhados para serviço especializado.

## CONCLUSÃO

Na unidade de saúde ESF, onde cada equipe é responsável por uma população, é necessário desenvolver estratégias de educação, promoção, prevenção de saúde e a conscientização do usuário para o auto cuidado, principalmente em famílias de pacientes com necessidades especiais, pela dificuldade maior no tratamento. O profissional ESF deve ter um olhar diferenciado quanto aos cuidados desses pacientes. É gratificante perceber a aceitação e evolução do tratamento.



# A IMPORTÂNCIA DO CONTATO PELE A PELE IMEDIATO APÓS O NASCIMENTO

**Autor principal/relator:** Luciane Kron

**Colaboradores:** Débora Apolinário, Marcelexandra Rabelo, Karin Godarth, Tereza Kindra, Leticia Lima

**Local de Trabalho:** Maternidade Bairro Novo

**Eixo Temático:** Humanização



## INTRODUÇÃO

A promoção do contato pele a pele entre a mulher e o bebê na primeira hora de vida promovem inúmeros benefícios fisiológicos e emocionais para ambos, este contato deve ser estimulado já nos primeiros minutos de vida e precisa ser respeitado, pois influenciará efetivamente no vínculo afetivo e no sucesso da amamentação. O objetivo deste trabalho é evidenciar esta prática desenvolvida na maternidade.

## DESENVOLVIMENTO

Com vistas a promover, proteger e apoiar a prática do aleitamento materno, políticas e ações são desenvolvidas para propiciar o melhor início de vida. Dentre essas políticas a que se destaca é a Iniciativa Hospital Amigo da Criança-IHAC, com ações desenvolvidas nas maternidades, para o apoio ao aleitamento materno, compreendidas nos “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”. Dentre esses dez passos destaca-se o quarto passo: *“Colocar os bebês em contato pele a pele com suas mães imediatamente após o parto durante pelo menos uma hora e encorajar as mães a reconhecerem quando seus bebês estão prontos para mamar”*.

Entendendo os benefícios do contato pele a pele e a importância deste para o sucesso do aleitamento materno, a maternidade Bairro Novo optou por implantar o uso de um instrumento para auxiliar no cumprimento deste passo, o colete para o contato “pele a pele”, inicialmente confeccionado por uma malha e posteriormente adaptado por uma malha tubular, que é colocado nas parturientes no período expulsivo do parto, para que imediatamente após o parto o bebê possa ser colocado dentro deste colete, em contato com a pele da mãe e assim garantindo segurança para ambos.

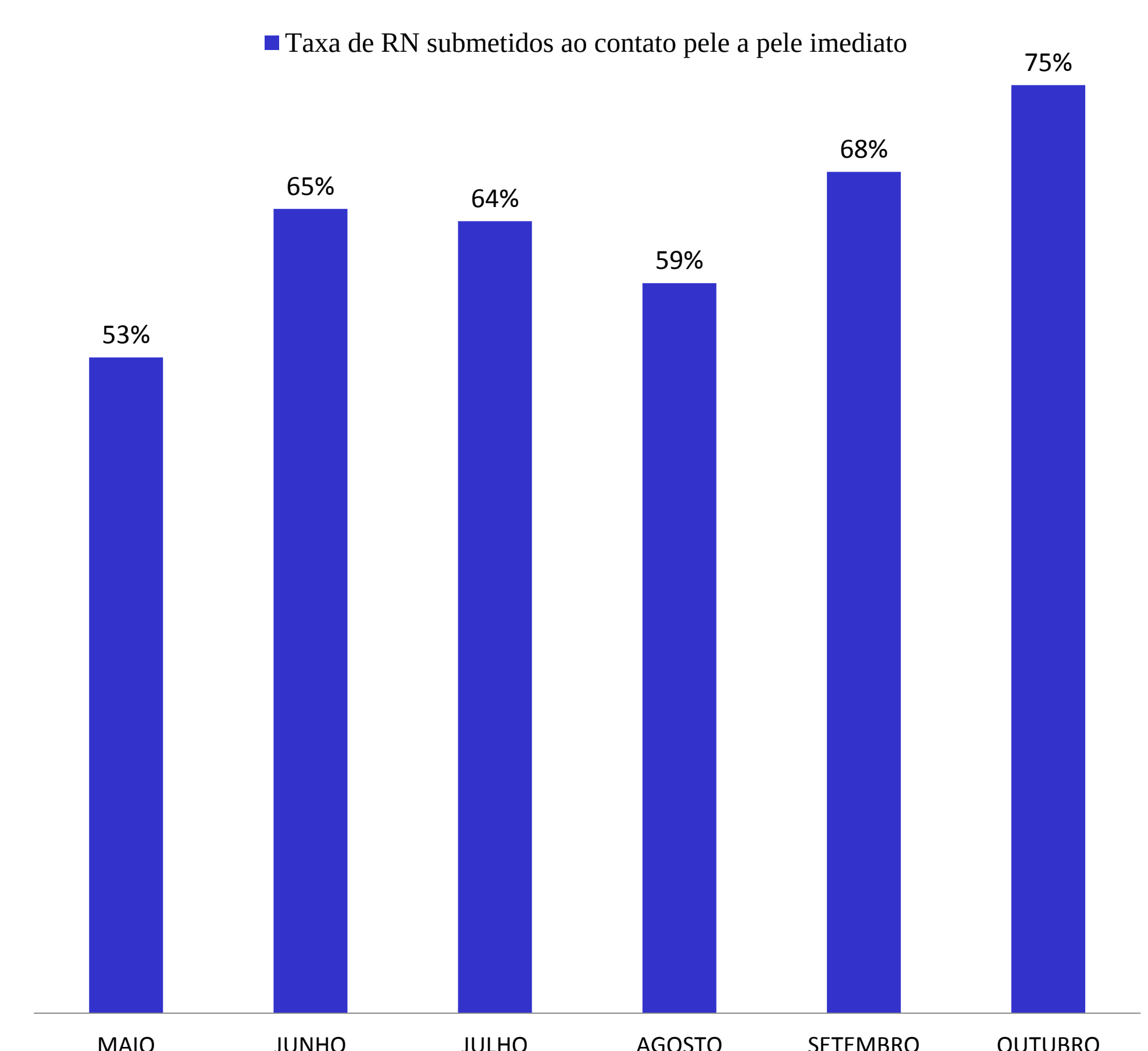
## CONCLUSÃO

O contato pele a pele além de promover o início do aleitamento materno já na primeira hora de vida, diminui as chances de hemorragia materna pós-parto e facilita a estabilização da vitalidade do recém-nato, melhorando batimentos cardíacos e frequência respiratória, reduz também os riscos de hipotermia em RN de termo. Para tanto é notável o crescimento desta prática na maternidade, em que todos os bebês nascidos em boas condições permanecem junto a mãe imediatamente após o nascimento e todos os cuidados de rotina são postergados.

## REFERÊNCIAS

CHAIBEN, M.O.; GONÇALVES, A.C.; GOUVEIA, H.G.; ARMELLINI, C.J.; MORETTO, V.L. **Contato pele a pele e amamentação na primeira hora de vida em um hospital amigo da criança do sul do Brasil**. Seminário Nacional de Pesquisa em enfermagem, 2013.

UNICEF – BRASIL. **Promovendo o aleitamento materno**. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. 2ª edição, Brasília, 2007.



# IMPLANTAÇÃO DO BANHO HUMANIZADO

**Autor principal/relator:** Letícia Lima  
**Colaboradores:** Débora Apolinário, Luciane Kron, Marcelandra Rabelo Karin Godarth, Tereza Kindra

**Local de Trabalho:** Maternidade Bairro Novo  
**Eixo Temático:** Humanização



## INTRODUÇÃO

A humanização do cuidado neonatal está voltada para o respeito às individualidades. O primeiro banho do bebê é um momento muito importante e deve acontecer de forma prazerosa, com a participação ativa da mãe, do pai e da família, para que seja um momento de interação e trocas. O objetivo deste trabalho é apresentar o banho humanizado implantado como rotina na maternidade.

## DESENVOLVIMENTO

O primeiro banho pode causar receios, em função do choro do bebê, para amenizar estes anseios e insegurança da mãe e do próprio bebê a maternidade implantou o banho humanizado, técnica terapêutica que traz inúmeros benefícios para os bebês e os pais. Antigamente havia a concepção de que os neonatos não percebiam o meio em que vivem, também existia a crença que eles eram incapazes de ver, ouvir e experimentar a sensação da dor. Porém pesquisas recentes mostram que os recém nascido a termo são capazes de perceber e responder ao toque e que é fundamental adaptar o cuidado com as necessidades deles.

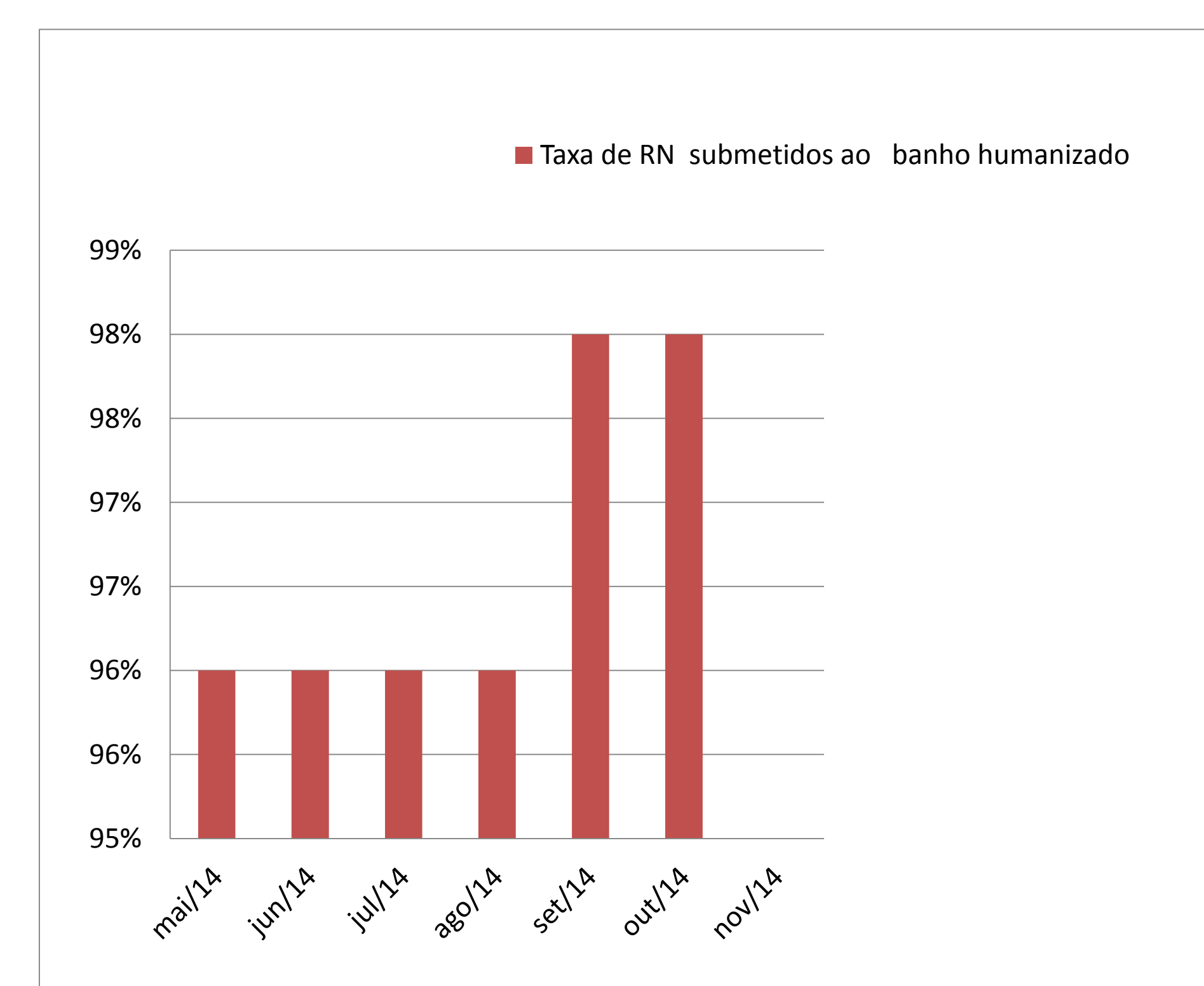
Entendendo isso a maternidade implantou o banho humanizado, que consiste em uma técnica onde o primeiro banho do recém nascido acontece no balde, estando ele envolto em um campo que é tirado aos poucos, com movimentos suaves simulando o útero, realizado no alojamento conjunto 4h após o nascimento pela técnica de enfermagem e acompanhados pela mãe ou familiar, em um ambiente tranquilo com musicoterapia e toques suaves, a fim de proporcionar um momento de relaxamento. Os demais banhos do bebê são realizados no quarto pela mãe, no balde ou banheira como ela desejar.

## CONCLUSÃO

Podemos concluir que o banho humanizado do recém nascido acontece de forma efetiva na maternidade, a equipe de enfermagem se sente segura e capacitada para realizar o banho e acompanhar/orientar as mães neste processo, tornando este procedimento como rotina diária na maternidade.

## REFERÊNCIAS

- HEMKEMEIER, J.; FERMINO, V.C.; RIBEIRO, I.M. **Percepção de familiares referente ao banho humanizado: técnica japonesa em recém-nascidos** Revista Ciência & Saúde, Porto Alegre, v. 5, n. 1, p. 2-8, jan./jun. 2012.
- CRUVINEL, F.G.; PAULETTI, C.M. **Formas de atendimento humanizado ao recém nascido pré-termo ou de baixo peso na unidade de terapia intensiva neonatal: uma revisão.** Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento, São Paulo, v.9, n.1, p.102-125, 2009



# HUMANIZAÇÃO NA SAÚDE COLETIVA: REVISÃO DE LITERATURA

Autor principal/relator: Márcia Maria Fantinatti Guerra

Local de Trabalho: Distrito Sanitário Portão  
Eixo Temático: Humanização, ética e  
bioética na saúde



## INTRODUÇÃO

O conceito de humanização das práticas e da atenção à saúde está na pauta de discussões mundo afora há várias décadas e, nos últimos anos vem ganhando destaque na literatura científica nacional, principalmente nas publicações ligadas à saúde coletiva (GOULART; CHIARI, 2010). Essa apresentação é o resultado de monografia de conclusão de curso de especialização e teve por objetivo a revisão de literatura sobre a humanização no serviço público de saúde.

## DESENVOLVIMENTO

O Ministério da Saúde lançou o Programa Nacional de Humanização (PNH) para atuar nos princípios organizacionais dos serviços de saúde que devem ser paciente-centrados, contemplando o atendimento a todas as pessoas (SANTOS; FERNANDES, OLIVEIRA, 2012).

No campo da saúde, a humanização diz respeito à atitude de usuários, gestores e trabalhadores de saúde comprometidos e corresponsáveis, acarretando um processo criativo e sensível de produção da saúde e de subjetividades (ARRUDA; SILVA, 2012).

Para atingir tais pressupostos a saúde pública desenvolve seu trabalho através da atenção primária à saúde (unidades básicas de saúde, agentes comunitários de saúde, estratégia saúde da família, núcleo de apoio à saúde da família) e o trabalho em redes de atenção à saúde.

## CONCLUSÃO

Para um atendimento humanizado os trabalhadores de saúde precisam desenvolver ações criativas com base na cultura da comunidade local e com foco interdisciplinar. As características do atendimento, seja ele dentro do consultório ou nas atividades coletivas realizadas em grupos específicos, precisam ser remodeladas para que os usuários sintam-se à vontade para participar, motivados para aprender e dispostos a mudar conceitos e hábitos visando o bem-estar e a melhora do seu estado de saúde.

## REFERÊNCIAS

- ARRUDA, C.; SILVA, D. M. V. **Acolhimento e vínculo na humanização do cuidado de enfermagem às pessoas com diabetes mellitus**. Rev. Bras. Enferm. v. 65, n. 5, Brasília, 2012.
- GOULART, B. N. G.; CHIARI, B. M. **Humanização nas práticas do profissional de saúde – contribuições para reflexão**. Rev. Ciênc. Saúde Coletiva. v. 15, n. 1. Rio de Janeiro, 2010.
- SANTOS, M. F. O.; FERNANDES, M. G.; OLIVEIRA, H.J. **Acolhimento e humanização na visão dos anestesiológicos**. Rev. Bras. Anesthesiol. v. 62, n. 2. Campinas, 2012.



Fonte: unasus2.moodle.ufsc.br



Fonte: ulbra-to.br



Fonte: heufpel.com.br



Fonte: assisramalho.com.br

# FORTALECIMENTO DA APS: INTEGRAÇÃO DO NASF E EQUIPE DE REFERÊNCIA

Autor principal/relator: Ana Paula Ferreira Gomes  
Colaboradores: Karyne S. G. Gomes, Arthemys de A. Silva, Simone L. T. Briski, Danielle T. Maia, Alessandra C. de Oliveira

Local de Trabalho: US Jd. Gabinete - DSSF  
Eixo Temático: NASF | Apoio Matricial



## INTRODUÇÃO

Motivados pelas diretrizes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e por um olhar integral sob a saúde do ser humano três profissionais de apoio matricial e a gestora local da Unidade de Saúde (US) Jardim Gabinete participaram da pós-graduação em Saúde da Família, ofertada pela UNASUS/UFSC. As reflexões teóricas realizadas durante o curso foram discutidas com os demais profissionais da equipe NASF, sendo transpostas para o planejamento e prática do apoio matricial junto as equipes de referência

## DESENVOLVIMENTO

Inicialmente a equipe NASF, com o apoio das 3 equipes de saúde da família da US, identificaram a situação de saúde do território, percebendo os diferentes aspectos determinantes nos processos de saúde e doença, identificando as demandas de saúde da população. Se planejou ações de apoio matricial, garantindo-se momentos de encontro entre os profissionais, onde eram discutidos casos e combinadas ações de cuidado (visita domiciliar, consultas, orientações, etc.) com o apoio do NASF. Foi realizada escala de participação do NASF (educador físico, farmacêutico, fisioterapeuta, psicólogo e nutricionista) nas reuniões das microequipes de referência, sendo realizado um encontro mensal por microequipe com os apoiadores.

Os encontros proporcionaram a prática de uma clínica ampliada, através da corresponsabilização do cuidado entre os diferentes profissionais, contribuindo para a elaboração de planos terapêuticos e pactuações que se estenderam no território de abrangência (atividades na comunidade, escola, assistência social e outros pontos da rede de atenção). Trabalhou-se os desafios de integração entre as equipes, da compreensão sobre o papel e atuação dos profissionais do NASF e o início de mudanças nas práticas de trabalho fragmentadas e tradicionais.

## CONCLUSÃO

Conclui-se que o apoio matricial é uma tecnologia de cuidado potente para a Atenção Primária à Saúde (APS), e que a troca de saberes entre as equipes favorece a incorporação de um novo modelo e paradigma em saúde, contribuindo para uma prática usuário centrada e integral. Neste contexto, os apoiadores podem atuar como agentes de transformação de práticas, indicando ações de matriciamento e educação permanente como estratégias para o aumento da resolutividade na APS. Recomenda-se sensibilização das equipes e gestores para os encontros entre o NASF e equipes de referência, oportunizando o cuidado compartilhado, a superação dos desafios e o fortalecimento de uma atenção integral no Sistema Único de Saúde.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.  
BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.  
CHIAVERINI, D. H.; GONÇALVES, D. A.; BALLASTER, D. TÓFOLI, L. F.; CHAZAN, L. F.; ALEMIDA, N.; FORTES, S. **Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.  
PAULON, S.; NEVES, R. **Saúde mental na atenção básica: a territorialização do cuidado**. Porto Alegre: Sulina, 2013.



**Foto 1:** profissionais do NASF, gestora local de saúde e agentes comunitárias de saúde da US.



**Foto 2:** profissionais do NASF e equipes de referência da US.



**Foto 3:** profissionais do NASF e equipe de referência no retorno de visita domiciliar compartilhada.

# UNIDOS PELO SORRISO

Autor principal/relator: Eneida Cristina Prochmann  
Colaboradores: Beatriz F. R. O Cardoso; Claudia  
Denise Scherner, Sueli Wietkoski, Gisele Carstens

Local de Trabalho: UMS PALMEIRAS.  
Eixo Temático: Saúde Bucal na APS/ESF



## INTRODUÇÃO

Com o intuito de diminuir os encaminhamentos e a necessidade de locomoção para tratamento de pessoas com deficiência intelectual/autismo, criamos um processo de atendimento que emprega consultas direcionadas, para absorver esta demanda.

## DESENVOLVIMENTO

- ✓ O paciente é agendado com um ou mais horários dependendo do grau de dificuldade;
- ✓ O horário da consulta é exclusivo para o paciente, pois paralisamos as outras atividades clínicas;
- ✓ Se necessário a contenção, toda a equipe colabora para fornecer o maior conforto possível para efetivar o atendimento;
- ✓ A família é sempre orientada que, nesses casos, a atuação clínica de escolha seria o Serviço Especializado, mas faremos tentativas para realizar os procedimentos clínicos na US.
- ✓ Como o lugar disponível é muito distante da moradia e temos um número reduzido de vagas disponíveis, facilita para a família que o atendimento seja próximo de sua casa.
- ✓ São feitas quantas tentativas forem necessárias para a aproximação e aceitação do usuário aos procedimentos necessários.
- ✓ A família é orientada quanto ao manejo no local quanto no cuidado em casa.

## CONCLUSÃO

Conseguimos bons resultados com 10 usuários com deficiência que estão em acompanhamento na US e aguardavam na fila de espera da especializada. Foram observados vários resultados positivos dos atendimentos, tanto na formação de vínculo com a família como em graus diferentes de colaboração conseguidos, assim como na melhora da saúde bucal tanto do usuário quanto de seus familiares.

# NÚCLEOS DE SAÚDE COLETIVA: RELATO DE EXPERIÊNCIA NO DISTRITO SANITÁRIO CIC DE CURITIBA - PR

Autor principal/relator: Symone Cortese da Silva Auzani  
Colaboradores: Paula Thaís Vencato, Lucia Nogas Milani, Francielle Cristine Dechatnek. Gislene T. da Silva, Priscila C. S. Barros

Local de Trabalho: Vigilância em Saúde - DSCIC  
Eixo Temático: Processo de Trabalho multiprofissional na APS/ESF



## INTRODUÇÃO

Os **Núcleos de Saúde Coletiva (NSC)** surgiram da necessidade de **aproximar as práticas de cuidados à saúde**, focadas no individual e centradas no modelo biomédico, em práticas de caráter coletivo, buscando-se com isso, atender ao princípio da integralidade e da atenção ao usuário, focando nas **necessidades de saúde do coletivo** que frequenta as Unidades de Saúde, na tentativa de **solucionar a maioria dos problemas detectados**.

Os NSC possuem caráter permanente e visam à busca de soluções para problemas coletivos que envolvam critérios epidemiológicos e sanitários, através da articulação de ações entre os vários setores envolvidos com um potencial concreto de diminuir a fragmentação das práticas em saúde.

## DESENVOLVIMENTO

Este trabalho trata-se de um **relato de experiência** das atividades desenvolvidas para **implantação** dos Núcleos de Saúde Coletiva no Distrito Sanitário CIC, entre março e outubro de 2014. O Distrito Sanitário do CIC possui uma população de 171.106 habitantes (IBGE, Censo 2010) em sua área de abrangência, sendo composto por 15 Unidades de Saúde, 12 das quais contempladas pela Estratégia de Saúde da Família (ESF). Apresenta como principais agravos epidemiológicos atendimento anti-rábico, leptospirose, intoxicação exógena, tuberculose e sífilis e como principal agravo sanitário uma ampla gama de estabelecimentos comerciais sem Licença Sanitária atualizada.

A implantação dos NSC ocorreu como **projeto piloto** em 05 Unidades de Saúde. Inicialmente foram definidos os objetivos, a composição e a forma de funcionamento dos NSC em conjunto com as Coordenadoras Locais das Unidades de Saúde e a equipe do DS. As equipes da Vigilância em Saúde foram às cinco US escolhidas para a apresentação dos objetivos do NSC aos servidores, com o intuito de buscar participantes voluntários para o início das discussões sobre os agravos do território. A composição final dos núcleos esta representada no quadro ao lado.

Os encontros dos NSC são realizados mensalmente nas US, sendo que a primeira reunião foi realizada com o objetivo de conhecer o território de abrangência e discutir os principais problemas existentes. Após a discussão elencou-se uma situação de maior risco, sob o ponto de vista dos participantes do Núcleo, para que posteriormente seja criado um **projeto (s) de intervenção**. Na tabela a seguir apresenta-se uma síntese dos principais agravos apontados para os primeiros projetos de intervenção:

| NSC              | NSC 01                                                                  | NSC 02                                                                                                                                                                                                                                    | NSC 03                                                                                                                                                                                                                              | NSC 04                                                                               | NSC 05                                                                                                                                                                                                                                          |
|------------------|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| TEMAS PRINCIPAIS | Pragas urbanas, principalmente pombos                                   | Entulhos e lixo nas vias públicas                                                                                                                                                                                                         | Adolescência: Violência, gravidez, drogadição                                                                                                                                                                                       | Tuberculose                                                                          | Cães abandonados na região                                                                                                                                                                                                                      |
| PROJETOS         | Ações educativas com a comunidade para conscientização sobre o problema | Sensibilizar a população local sob as formas corretas de descarte de entulhos e lixos, usando como primeira estratégia o dia da Campanha de Vacinação em 08/11/14 para distribuir panfletos e conservar com a população na US Vila Verde. | Encontro com lideranças locais para conhecimento dos projetos existentes na comunidade e criação de formas de fortalecimento dos mesmos. Criação de convênios com universidades para criação de projetos de extensão na comunidade. | Ações educativa na comunidade sobre a transmissão, prevenção e tratamento da doença. | Encontro intersetorial entre órgãos Municipais e Privados (Rede de Proteção, SMMA, SMS, Centro de Zoonozes, Curso de Medicina Veterinária – FEPAR) para discussão do problema, conhecimento das ações existentes e levantamento de estratégias. |

## CONCLUSÃO

Por fim, salienta-se que o início das experiências com os NSC no DSCIC logrou êxito em virtude da **aproximação entre o DS e as US**, alcançando o objetivo inicial de promover as discussões sobre novas formas de implementar, com eficiência, a integralidade da atenção à saúde da população. As ações planejadas e as ações iniciadas carregam, em seu cerne, uma visão essencial para a **redução de agravos coletivos** nas comunidades onde os Núcleos estão localizados: o olhar multiprofissional, intersetorial e a disposição dos servidores em buscar **melhorias para a saúde das populações sob vigilância**.

### Objetivos do NSC no DS CIC

- ✓ Conhecer o território de forma específica, realizando as análises epidemiológica e sanitária dos agravos sob vigilância;
- ✓ Discutir os principais problemas, de caráter coletivo, encontrados no território buscando soluções intersetoriais para redução dos riscos;
- ✓ Divulgar e discutir os resultados da análise com a equipe da US para elaboração de propostas e intervenções;
- ✓ Efetivar o núcleo como órgão de caráter permanente de prevenção e promoção em saúde.
- ✓ Produzir dados científicos do território de abrangência;

### Composição dos NSC – DS CIC

| NSC                       | Nº Total | Profissionais                                                                                                                                                             |
|---------------------------|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| NSC 01 (US Oswaldo Cruz)  | 07       | 01 Auxiliar de Enfermagem - US<br>01 Auxiliar de Saúde Bucal - US<br>01 Enfermeiro - US<br>02 Agentes Comunitárias de Saúde -US<br>01 Dentista – VS<br>01 Enfermeiro - VE |
| NSC 02 (US Vila Verde)    | 07       | 03 Auxiliares de Enfermagem- US<br>01 Enfermeiro- US<br>01 Agente Comunitária de Saúde - US<br>01 Nutricionista- VS<br>01 Auxiliar de Enfermagem- VE                      |
| NSC 03 (US Vitória Régia) | 10       | 02 Agentes Comunitárias - US<br>03 Auxiliares de Saúde Bucal – US<br>03 Auxiliares de Enfermagem - US<br>01 Enfermeiro – VE<br>01 Nutricionista – VS                      |
| NSC 04 (US Sabará)        | 07       | 02 Agentes Comunitárias- US<br>01 Auxiliar de Enfermagem – VS<br>01 Auxiliar de Enfermagem – US<br>01 Dentista - RP<br>01 Médico – US<br>01 Dentista - US                 |
| NSC 05 (US São José)      | 06       | 01 Dentista - US<br>01 Enfermeiro -US<br>01 Auxiliar de Enfermagem - US<br>01 Agente Comunitária de Saúde- US<br>01 Auxiliar Enfermagem – VS<br>01 Médico - VE            |

## REFERÊNCIAS

VILELA M. F.G. Da “Moça da Vigilância” ao Núcleo de Saúde Coletiva na Unidade Básica de Saúde: O que há de novo no modelo assistencial de Campinas?. Campinas, 2005. (Tese de Doutorado – Universidade Estadual de Campinas)

NASCIMENTO R. S. A Implantação dos um Núcleo de Saúde Coletiva em uma Unidade Básica de Saúde em Campinas. Campinas, 2004. (Dissertação de Mestrado – Universidade Estadual de Campinas).

## AGRADECIMENTOS

A todos os servidores que participam dos NSC.



# MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTOS PARA PNEUMOLOGIA PEDIÁTRICA

Autor principal/relator: Hedi M.S. Muraro  
Colaboradores: Carmen C M. dos Santos, Jacemar C. R. da Costa, Jussara de C. R. Azevedo , Valéria G. Vianna

Local de Trabalho: DRAS  
Eixo temático:  
Redes de atenção : linhas de cuidado da criança



## INTRODUÇÃO

A área técnica da saúde da criança do Departamento de Redes vem trabalhando no aprimoramento do apoio aos médicos pediatras apoiadores dos Núcleos de Apoio da Saúde da Família, especialmente na avaliação, otimização e regulação das solicitações de encaminhamento para especialidade feitas pelos médicos da atenção básica.

## DESENVOLVIMENTO

Para avaliar a prevalência dos motivos de encaminhamento para a especialidade de Pneumologia Pediátrica por faixa etária foi realizada, por uma das médicas da equipe, uma pesquisa em prontuário médico, buscando os termos técnicos que sinalizaram o motivo de encaminhamento. Foi avaliada uma amostra de 30 prontuários por faixa etária, retirada da fila de espera da Central de Marcação de Consultas Especializadas do dia 30/12/2013, sendo o total de 5.928 usuários de 0 a 19 anos que foram incluídos no sistema ao longo do ano de 2013. Os resultados estão apresentados nas tabelas 1 e 2.

Tabela 1 - Número e percentual de usuários inscritos para consulta de pneumologia pediátrica

| Faixa etária/No. e Percentual | Número de usuários por faixa etária | Percentual do total de 5928 usuários | Amostra de prontuários por faixa etária | Percentual |
|-------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------------|------------|
| 0 -2 anos                     | 568                                 | 9,58                                 | 30                                      | 5,28       |
| 3 - 8 anos                    | 515                                 | 8,68                                 | 30                                      | 5,82       |
| 9 -14 anos                    | 284                                 | 4,79                                 | 30                                      | 10,56      |
| 15 - 19 anos                  | 128                                 | 2,15                                 | 30                                      | 23,43      |

Tabela 2- Número/percentagem de termos técnicos que sinalizaram o motivo de encaminhamento para pneumologia pediátrica

| Faixa etária | Bronquio-lite | Chio no peito, sibilância | Bronco-espasmo | Tosse       | Asma       | Bronquite | Pneumonia | Outras*   | Total |
|--------------|---------------|---------------------------|----------------|-------------|------------|-----------|-----------|-----------|-------|
| 0-2a         | 6 (20,0)      | 5 (16,66)                 | 3 (10,0)       | 10 ( 33,33) | 3 (10,0)   | 0 (0,0)   | 0 (0,0)   | 3 (10,0)  | 30    |
| 3-8a         | 0 (0,0)       | 7 (23,33)                 | 2( 6,66)       | 4 (13,33)   | 13 (43,33) | 1 (3,33)  | 0 (0,0)   | 3 (10,0)  | 30    |
| 9-14a        | 0 (0,0)       | 2 (6,66)                  | 2 (6,66)       | 3 (10,0)    | 14 (46,66) | 3 (10,0)  | 1 (3,33)  | 5 (16,66) | 30    |
| 15-19a       | 0 (0,0)       | 1 (3,33)                  | 0 (0,0)        | 1 (3,33)    | 22 (73,33) | 4 (13,33) | 0 (0,0)   | 2 (6,66)  | 30    |
| Total        | 6             | 15                        | 7              | 18          | 52         | 8         | 1         | 13        | 120   |

\* Outros: Roncos no peito, dispnéia, história de alergia, bronquiectasia, pneumopatia, infecção respiratória de repetição, alergia picada de inseto.

## CONCLUSÃO

A prevalência de termos como *chio no peito, sibilância, tosse , asma e bronquite* no levantamento dos motivos para o encaminhamento para pneumologia pediátrica , em todas as faixas etárias ,desencadeou uma série de ações de fortalecimento da rede de cuidados da criança , entre elas, a revisão do protocolo de atendimento da criança com asma, a sinalização de temas importantes para a capacitação na atenção básica, o redimensionamento da oferta de número de consultas no nível secundário e terciário e a divulgação efetiva dos medicamentos para asma fornecidos pelo Ministério da Saúde.

# QUANTOS BEBÊS “DE RISCO” NASCEM POR MÊS EM CURITIBA?

Autor principal/relator: Hedi Muraro  
Colaboradores: Everson R. de Lima  
Jacemar C. R. da Costa, Margarete M. Amaral, Valéria G.Viana, Wagner A. B. Dias

Local de Trabalho: Diretoria de Redes Atenção a Saúde  
Eixo temático: Planejamento, monitoramento e avaliação em saúde



## INTRODUÇÃO

A atenção integral à saúde da criança é um direito constitucional. Conhecer o número de crianças nascidas vivas no Município de Curitiba e o número e percentual que recebeu a classificação de risco é fundamental para o dimensionamento de profissionais e serviços necessários para o atendimento efetivo.

## DESENVOLVIMENTO

O estudo foi realizado por meio de pesquisa no Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC) da Secretaria Municipal de Curitiba no período de janeiro a junho de 2013. Foram avaliadas as Declarações de Nascidos Vivos (DNVs) residentes em Curitiba oriundas dos serviços de saúde públicos e privados quanto aos critérios de risco, apresentados na tabela 1.

A análise da série histórica do número de nascidos vivos residentes em Curitiba e do número e percentual de bebês avaliados como “de risco nos meses de janeiro a junho de 2013 demonstrou que nasceram em média 2.000 bebês por mês e destes, cerca de 20% foram classificados como de risco, apresentados na tabela 2.

A atenção ao pré natal, ao parto ,ao puerpério e à puericultura constituem momentos estratégicos para intervenções importantes no cuidado da dupla mãe-bebê e do seu contexto familiar. O serviço de saúde pode apoiar e estruturar a rede biológica e social muitas vezes esgarçada nos contextos nos quais nascem os bebês classificados como “de risco”.

## CONCLUSÃO

Conhecer o número e percentual de recém nascidos (RN) vivos de Curitiba por meio da avaliação dos critérios de risco das DNVs possibilita o planejamento e a execução de ações de proteção, como busca ativa e acompanhamento mais freqüente. A presença de fatores de risco aumentam o potencial de desencadeamento de transtornos ao longo da vida e requerem ações integradas entre os serviços de saúde,de assistência social , de educação e de garantia dos direitos.

## REFERÊNCIAS

- CURITIBA.Prefeitura Municipal.Protocolo da Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para a Violência.3 ed.,rev. e atual,2008
- CURITIBA, Prefeitura Municipal, Diretriz de Atenção à Saúde da Criança Curitibana. 1ª ed., 2012.



| Tabela 1. CRITÉRIOS DE RISCO DO SINASC |                                              |
|----------------------------------------|----------------------------------------------|
| RISCO ISOLADO                          | RISCO ASSOCIADO (2 OU MAIS)                  |
| Peso ao nascer : <2500g                | Idade materna <19 anos e > 16 anos           |
| Apgar : <7 no 5º minuto                | Escolaridade materna: fundamental incompleto |
| Consultas de pré-natal: < 4 consultas  | Número de filhos tidos mortos >00            |
| Duração da gestação: <37 semanas       | Número de filhos tidos vivos >02.            |
| Idade materna: <16 anos                |                                              |

| Tabela 2. NÚMERO E PERCENTUAL DE NASCIDOS VIVOS CLASSIFICADOS COMO DE RISCO |                               |                                      |                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------|
|                                                                             | Número de Nascidos Vivos (NV) | Número de NV avaliados como de risco | % de NV de risco do total de NV |
| Janeiro                                                                     | 2.183                         | 437                                  | 20,0                            |
| Fevereiro                                                                   | 1.969                         | 372                                  | 18,9                            |
| Março                                                                       | 2.210                         | 441                                  | 19,9                            |
| Abril                                                                       | 2.221                         | 434                                  | 19,5                            |
| Maiο                                                                        | 2.105                         | 405                                  | 19,2                            |
| Junho                                                                       | 2.018                         | 452                                  | 20 %                            |

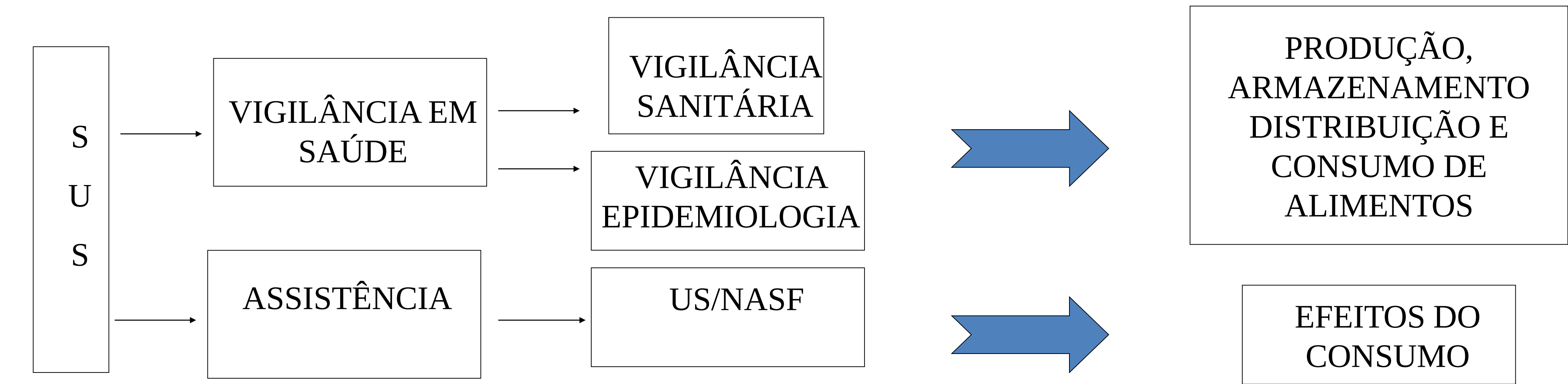
# SISTEMAS DE INFORMAÇÃO COMO NORTEADORES DE AÇÕES DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

Autor principal/relator:Patricia V. Olmedo  
Colaboradores: Nilton Willrich, Raquele V. Mathias, Renata M. de Faria.

Local de Trabalho: DSBN.  
Eixo Temático: Território, Intersetorialidade e Saúde.



## INTRODUÇÃO



**Objetivo:** viabilizar propostas de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) a partir do conhecimento do território e da análise crítica do quadro nutricional e de saúde, identificado a partir das relações entre os diferentes sistemas de informação e o perfil de saúde e nutrição da população do Distrito Sanitário do Bairro Novo (DSBN)

## DESENVOLVIMENTO

Para o desenvolvimento deste trabalho foram analisados os dados dos seguintes sistemas de informação:  
**SIMVISA:** número total de estabelecimento do Distrito. Distribuição por bairros, e por tipo de estabelecimentos, conforme ramos de atividade cadastrados no CNAE. Identificação de onde a população está produzindo, adquirindo e/ou consumindo seu alimento, e as relações envolvidas.

**SISVAN:** dados fornecidos pela epidemiologia da SMS. Reflexo da produção, distribuição e consumo dos alimentos na população. O DSBN apresentou situações graves de insegurança alimentar e nutricional - resultados muito elevados de obesidade, em todas as faixas etárias (em algumas com valores cinco vezes maior que o esperado), principalmente em crianças e adolescentes.

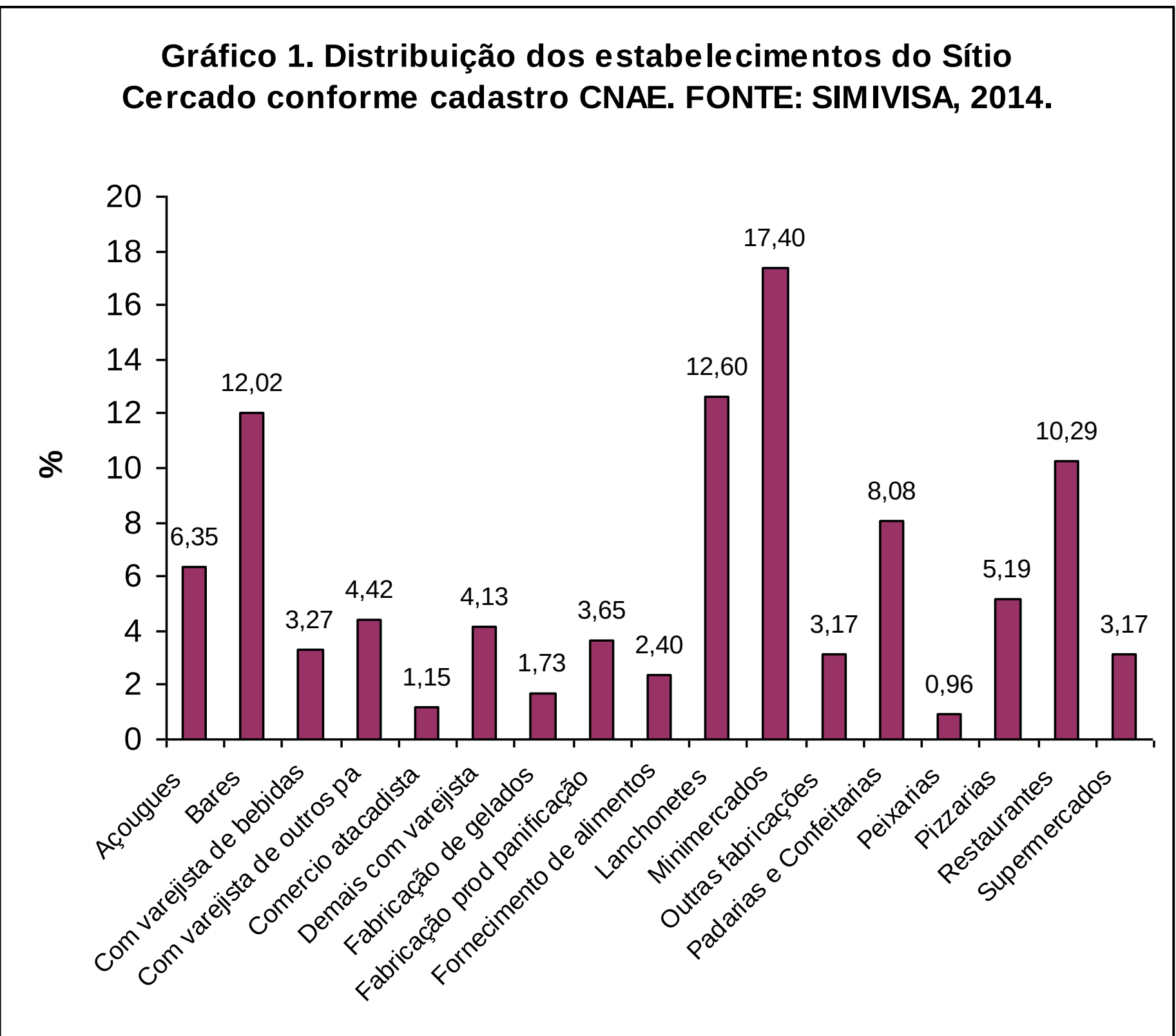
**Esaúde:** relatórios de atendimentos. DCNT (diabetes e hipertensão) - número de pessoas atendidas é cada vez maior na população adulta acima de 40 anos, porém, foi o crescente número de pessoas, com idade inferior a 20 anos.

## CONCLUSÃO

Os tipos de estabelecimentos predominantes no DSBN e a forma como a população está se alimentando resulta em danos à saúde, gerando situações de insegurança alimentar e nutricional. É possível, então, repensar a lógica de organização dos estabelecimentos e suas estratégias de aquisição e venda de produtos no sentido de priorizar a SAN e a saúde da população? Para isso, é fundamental articular todos os setores que se fizerem necessários, a favor do DHAA e da SAN, entendendo a nutrição e a saúde como “meio” para qualidade de vida e não o “fim”, levantando as reais necessidades e priorizando ações.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional: 2012/2015.**-- Brasília, DF: CAISAN, 2011.  
MENEZES, F. O Conceito de Segurança Alimentar. In: **As Faces da Pobreza no Brasil** – Programa de Trabalho – ACTIONAID. Brasil, p. 59-112, 1998.  
TONIAL, S. R. **Desnutrição e Obesidade - Faces Contraditórias na Miséria e na Abundância.** Recife: IMIP, 2001



|                            |    | 5-9 anos                |                 | 10-19 anos              |                  |
|----------------------------|----|-------------------------|-----------------|-------------------------|------------------|
| Unidades de Saúde          | DS | altura Estatura (A/E-2) | Total           | altura Estatura (A/E-2) | Total            |
| 12 Pariguit de Souza       | BN | 11 6,01%                | 183 36 19,67%   | 183 10 3,80%            | 278 41 14,80%    |
| 37 Salvador Allende        | BN | 23 6,23%                | 369 46 12,67%   | 363 60 7,05%            | 709 110 15,51%   |
| 57 São João Del Rey        | BN | 9 7,56%                 | 119 25 21,19%   | 118 19 5,71%            | 333 47 14,11%    |
| 69 Xapinhã                 | BN | 28 10,26%               | 273 45 16,61%   | 271 35 5,30%            | 680 93 14,11%    |
| 90 João Cândido            | BN | 26 5,73%                | 454 76 16,85%   | 451 69 4,86%            | 1214 169 13,92%  |
| 91 Nossa Senhora Aparecida | BN | 21 4,49%                | 468 81 17,53%   | 462 31 3,23%            | 980 147 15,31%   |
| 94 Ostermark               | BN | 26 4,95%                | 525 90 10,69%   | 524 50 4,20%            | 1191 155 11,34%  |
| 103 Bairro Novo (US)       | BN | 25 3,30%                | 750 92 12,22%   | 753 29 2,78%            | 1042 127 12,20%  |
| 108 Umburá II              | BN | 10 5,05%                | 198 28 14,45%   | 194 25 8,31%            | 321 36 11,96%    |
| 112 Umburá                 | BN | 6 1,96%                 | 305 54 17,88%   | 302 24 3,20%            | 750 81 10,80%    |
| 119 Sambaqui               | BN | 22 6,94%                | 317 54 17,03%   | 317 34 4,12%            | 826 104 12,59%   |
| TOTAL BAIRRO NOVO          |    | 207 5,71%               | 3970 593 15,06% | 3938 366 4,43%          | 8264 1090 13,26% |
| 25 Umburá                  | 2  |                         |                 |                         |                  |
| 25 Ororichinho             | 2  |                         |                 |                         |                  |
| 25 Sítio Cercado           | 7  |                         |                 |                         |                  |
| total                      | 11 |                         |                 |                         |                  |

Crianças 0 a 4 anos: Muito Baixo Peso pl idade: < -3 z-sc; Baixo Peso pl idade: z-scores para peso idade > -3 e < -2 (padrão OMS 2006); Peso Elevado pl idade: > +2 z-scores para peso idade (padrão OMS 2006); Crianças de 5 a 9 anos e Adolescentes: Magreza: < -2 z-scores para IMC/idade (padrão OMS 2007); Sobre peso: z-scores para IMC/idade > +1 e < +2 (padrão OMS 2007); Obesidade: > +2 z-scores para IMC/idade (padrão OMS 2007)

FIGURA 1. Dados do SISVAN de crianças e adolescentes do Distrito Sanitário Bairro Novo. Curitiba, 2014. FONTE: SMS/ SISVAN, 2014.

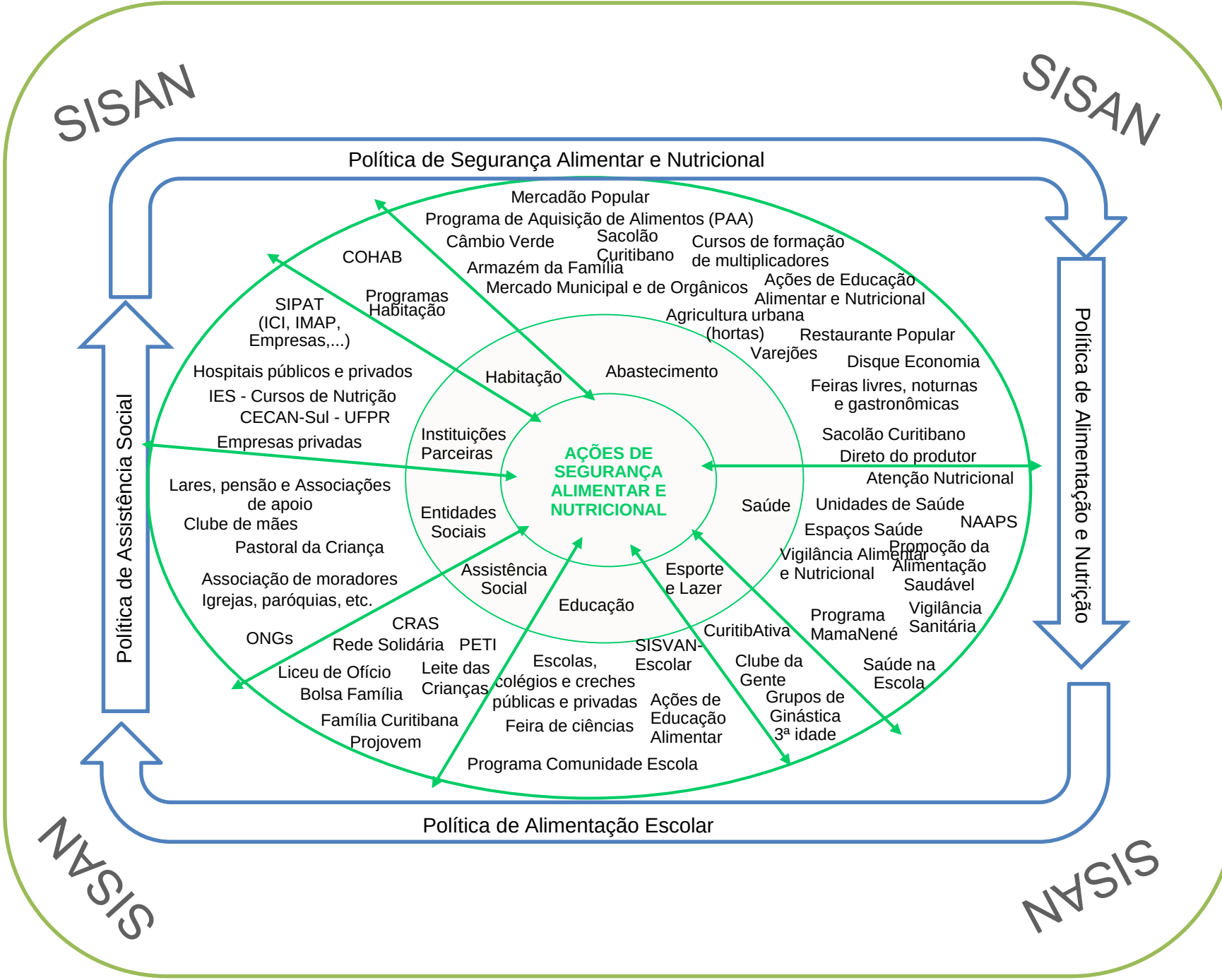


FIGURA 2.. Ações de SAN realizadas pelas diferentes Secretarias do município. FONTE: COMSEA, 2014.

# MAUS TRATOS E ODONTOLOGIA

Autor Principal/Relator: Leticia Brandalise Moletta  
Colaboradores: Cintia Rejane da Silveira de Mello;  
Marilisa Carneiro Leão Gabardo; Wellington  
Menyrval Zaitter

Unidade de Saúde Vila Clarice

Eixo Temático: Redes de atenção: criança e adolescente.



# INTRODUÇÃO

Os maus-tratos contra a criança e ao adolescente podem ser praticados pela omissão, pela supressão ou pela transgressão dos seus direitos, definidos por convenções legais ou normas culturais. Estudos demonstram que a maioria dos ferimentos de maus-tratos infantis envolve a região orofacial. Estes aspectos colocam o cirurgião-dentista em uma posição oportuna para identificar essas vítimas

## DESENVOLVIMENTO

Como principais lesões têm-se contusões, lacerações de lábio, mucosa bucal, palato, gengiva, desvio da abertura bucal, presença de escaras nos cantos da boca em caso de amordaçamento, queimaduras na gengiva, língua, palato ou mucosa provocada por alimentos quentes ou utensílios domésticos, além de equimoses nas bochechas indicando soco ou bofetadas.

No Brasil, o cirurgião dentista, como cidadão, tem o dever legal, ético e moral de notificar os casos suspeitos de maus-tratos às autoridades competentes, com base na Constituição Federal e no Estatuto da Criança e Adolescente (ECA), sendo a primeira escolha o Conselho Tutelar.

O despreparo do profissional em lidar com as vítimas que recorrem ao seu serviço se deve possivelmente ao desconhecimento acerca de como proceder frente a esses casos. Além disso, existem vários entraves à notificação no Brasil, como escassez de regulamentos que firmem os procedimentos técnicos para isso, ausência de mecanismos legais de proteção aos profissionais encarregados de notificar, falha na identificação da violência no serviço de saúde e quebra de sigilo profissional.

## CONCLUSÃO

A educação continuada pode ser uma estratégia positiva para fornecer aos profissionais conhecimento dos sinais do abuso infantil, bem como o papel do cirurgião-dentista, enquanto profissional de saúde e cidadão, no atendimento das vítimas. Sugere-se a implantação de um protocolo nacional que facilite as notificações de maus-tratos. Entidades de classe devem se sensibilizar quanto à necessidade de capacitação profissional e determinação de alterações no Código de Ética.

## REFERÊNCIAS

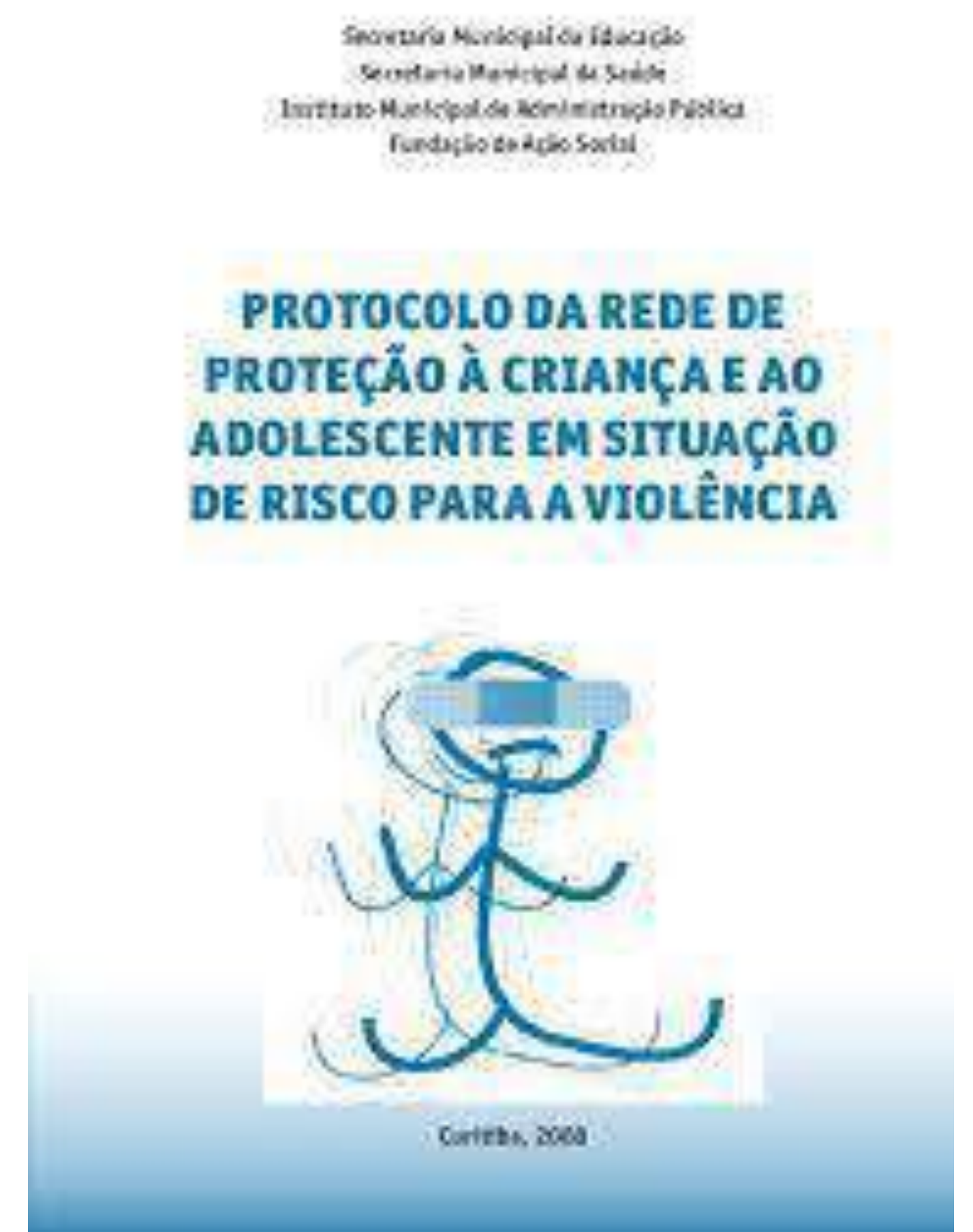
Bohner LOL, Bohner OL, Canto GL. Maus-tratos da infância e adolescência: protocolo de atendimento no consultório odontológico. *Rev.Elet em Gestão, Educação e Tecnologia Ambiental*, v. 6, n. 6, p 1239-43, 2012.

Massoni ACLT, Ferreira AMB, Aragão AKR, Menezes VA, Colares V. Aspectos orofaciais dos maus-tratos infantis e da negligência odontológica. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n. 2, p. 403-10, 2010.

Saliba O, Garbin CAS, Garbin AJI, Dossi AP. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica, *Rev Saúde Pública*, v. 41,n. 3, p. 472-7, 2007.

Sousa GFP, Carvalho MMP, Granville-Gracia AF, Gomes MNCG, Ferreira JM. Conhecimento de acadêmicos em odontologia sobre maus-tratos infantis *Odonto*, v. 20, n. 4, p. 101-8, 2012.

Wacheski A, Lopes MGK, Paola APB, Valença P, Losso EM. O conhecimento do aluno de odontologia sobre maus-tratos na infância antes e após o recebimento de uma cartilha informativa. *Odonto*, v. 20, n. 39, p. 07-15, 2012.

[illegible]

# NOVO MODELO DE AGENDAMENTO DE CONSULTAS ODONTOLÓGICAS

Autor principal/Relator: Leticia Brandalise Moletta  
Colaboradores: Cinthia Savaris, Daniele Weckerlin, Genoveva Pedrini Muzeka  
Lucilene do Rocio Negrelli, Maria Augusta de Paula Mexia, Simone de Fatima Vicente

UMS Vila Clarice  
Eixo Temático: Gestão em Saúde



## INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como objetivo apresentar o modelo de agendamento odontológico aplicado na Unidade de Saúde Vila Clarice, proporcionando assim maior satisfação entre usuários e qualidade no atendimento da equipe odontológica.

Visando proporcionar mais qualidade no atendimento odontológico dos usuários na Unidade de Saúde Vila Clarice, decidimos mudar o modelo de pronto atendimento para consultas previamente agendadas, o que reduziu consideravelmente o tempo de sala de esperas dos usuários.

## DESENVOLVIMENTO

A equipe odontológica da US Vila Clarice, observou que para melhoria do acesso dos usuários aos serviços ofertados havia necessidade de modificação no modelo de agendamento de consultas odontológicas. Sendo assim, alterou o modelo anterior onde os pacientes passavam por uma triagem, realizando o procedimento, normalmente de urgência, sem reagendamento. Para dar continuidade ao tratamento era necessário passar por nova triagem.

O agendamento prévio era realizado para crianças, gestantes e pacientes especiais somente.

Neste novo modelo há agendamento semanal para todos os usuários a partir da primeira consulta, as demais são agendadas na forma de retorno, dando continuidade ao tratamento, até sua conclusão. Usuários faltosos devem retornar para fazer o agendamento com os demais usuários.

Para atendimentos de urgência, com necessidade de realização de procedimentos, foram abertas 4 vagas diárias, sendo duas às 7:30h, uma às 11:30 e uma às 13:30h.

## CONCLUSÃO

O foco de atendimento foi mudado, porém não houve prejuízo para a quantidade de procedimentos realizados. Todos os usuários têm a mesma facilidade de acesso, independente da idade ou situação de saúde. Hoje nossa prioridade é para o atendimento completo visando a conclusão do tratamento e não apenas atender as urgências, aumentando a eficácia para a inclusão na fila de espera das consultas especializadas.



# ATENÇÃO AO BEBÊ DA MÃE ADOLESCENTE EM CURITIBA

Autor principal/relator: Hedi M.S. Muraro  
Colaboradores: Daniela M. Branco, Elaine A. da Silva,  
Everson R. de Lima, Jacemar C. R. da Costa  
Wagner A. B. Dias

Local de Trabalho: DRAS  
Eixo temático:  
Redes de atenção : linhas de cuidado da  
adolescente



## INTRODUÇÃO

Conforme diretrizes da Rede Cegonha são preconizadas ações de saúde para bebês até 24 meses de idade. Quando se trata de acompanhar filhos de mães adolescentes (de 10 a 19 anos) o desafio da saúde pública ultrapassa as questões biológicas. O presente trabalho descreve algumas ações de acompanhamento destes bebês no município de Curitiba e seu o impacto.

## DESENVOLVIMENTO

O acompanhamento dos filhos de mães adolescentes começa com o agendamento de consulta na Unidade Básica de Saúde (UBS) de residência da família, no prazo de 7 a 10 dias. Inicia-se com o acompanhamento do estado nutricional da mãe, o suporte ao aleitamento materno, a continuidade ao calendário vacinal, o monitoramento do desenvolvimento gestacional e encaminhamento de situações como alterações nos testes de triagem neonatal, atrasos neurológicos e outras. São priorizadas ações que motivem o apoio familiar, incentivem a conclusão dos estudos da mãe e/ou a sua inserção no mercado de trabalho. A manutenção do vínculo com a equipe de saúde permite trabalhar seu puerpério, a anticoncepção e a prevenção de DST/AIDS, além da saúde da criança. A equipe de saúde pode ainda acionar os serviços da assistência social, educação, Conselho Tutelar e os agentes comunitários (ACS) para integrarem a rede de cuidados. A inclusão de médicos pediatras apoiadores nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) nos Distritos Sanitários (DS) tem permitido melhorar a qualidade da atenção, diagnosticar os pontos problemáticos dos fluxos de atenção e interferir de forma mais ágil nas situações críticas. A área técnica da saúde da criança no Departamento de Redes da Secretaria Municipal da Saúde interage com os pediatras dos NASF avaliando, otimizando e regulando a necessidade de atenção secundária e terciária.

## CONCLUSÃO

Manejar a iniciação precoce da atividade sexual e as suas consequências, como a gestação e/ou a DST/AIDS, é uma desafio diário para a equipe de saúde que atua em qualquer pontos da rede na Linha de Cuidados do adolescente. Sabe-se que é uma gestação de risco, num contexto de maior vulnerabilidade, que pode levar ao nascimento de um recém-nascido sadio ou doente conforme o cuidado contínuo e o suporte prestado. A mãe adolescente e seu filho precisam ser cuidados. É uma adolescente que precisa aprender a cuidar de si, do seu planejamento familiar, dos seus estudos e do seu caminho para a autonomia.

## REFERÊNCIA

Diretrizes da Rede Cegonha: acesso em 19/11/2014  
[http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp\\_ras.php?conteudo=rede\\_cegonha](http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php?conteudo=rede_cegonha)



Fonte: BRASIL, Ministério da Saúde. Imagens oficiais da Rede Cegonha. Brasília, 2012.  
URL [http://www.unasus.gov.br/sites/default/files/rede\_cegonha.jpg] (acesso em 21/11/2014)



Fonte: Internet. Acesso em 27/11/2014  
URL <<http://www.calilanoticias.com/2013/09/jovem-de-13-anos-e-a-primeira-a-da-a-luz-no-hospital-municipal-de-conceicao-do-coite.html>>



Fonte: Internet. Acesso em 27/11/2014  
URL  
<[https://www.google.com.br/search?q=m%C3%A3e+com+beb%C3%A9+e+biw=1024&bih=489&tbn=isch&tbo=u&source=univ&sa=X&ei=qvp1VKDmCsSWNtmFqJAN&ved=0CBwQsAQ#tbn=isch&q=adolescente+se++beijando&facrc=&imgdii=&imgcr=kKaW7a4mkqE7zM%253A%3B\\_nV-6mf02Ck-QM%3Bhttps%253A%252F%252Fthaisflor76.files.wordpress.com%252F2013%252F01%252Fcasal-de-namorados-se-beijando1.jpg%3Bhttps%253A%252F%252Fthaisflor76.wordpress.com%252Fcategory%252Ffuncategorized%252Fpage%252F2%252F%3B500%3B349](https://www.google.com.br/search?q=m%C3%A3e+com+beb%C3%A9+e+biw=1024&bih=489&tbn=isch&tbo=u&source=univ&sa=X&ei=qvp1VKDmCsSWNtmFqJAN&ved=0CBwQsAQ#tbn=isch&q=adolescente+se++beijando&facrc=&imgdii=&imgcr=kKaW7a4mkqE7zM%253A%3B_nV-6mf02Ck-QM%3Bhttps%253A%252F%252Fthaisflor76.files.wordpress.com%252F2013%252F01%252Fcasal-de-namorados-se-beijando1.jpg%3Bhttps%253A%252F%252Fthaisflor76.wordpress.com%252Fcategory%252Ffuncategorized%252Fpage%252F2%252F%3B500%3B349)>

# OFICINA COMO ESTRATÉGIA PARA A DISCUSSÃO DA SAÚDE MENTAL NA APS

Autor principal/relator: Patricia Muller da Costa  
Colaboradores: Adriana M. A. Villar, Ana Paula F. Gomes,  
Melissa Keikeis, Rosane de F. Kmecick, Viviane M. Sutile.

Local de Trabalho: DSSF  
Eixo Temático: Saúde Mental



## INTRODUÇÃO

No segundo semestre de 2014, após análise do contexto da saúde mental no território do Distrito Sanitário Santa Felicidade (DSSF), foi exposto, pelas psicólogas e psiquiatra do NASF, aos gestores locais de saúde, as dificuldades relacionadas a atenção em saúde mental na Atenção Primária à Saúde (APS). Com o apoio do Departamento de Saúde Mental e do DSSF, foi realizada uma oficina em saúde mental para o levantamento e discussão dos desafios junto aos profissionais das Unidades de Saúde (US).

## DESENVOLVIMENTO

A oficina de saúde mental ocorreu em duas manhãs, contou com a representação de profissionais de saúde das US (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem) e seus gestores (coordenadores local de saúde), psicólogos e psiquiatra do NASF, coordenador de assistência e gerente do DSSF, gestores do DSM (diretor, coordenadora da atenção psicossocial, coordenadora da desinstitucionalização, apoio institucional) e representantes dos diferentes serviços de saúde mental de referência do DSSF (coordenadora de residência terapêutica, coordenadores do CAPS II, CAPS Ad e CAPSi, coordenador do ambulatório).

No primeiro encontro foram apresentados os serviços que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do DSSF, o Departamento de Saúde Mental e o desenho proposto para o cuidado em saúde mental no município. Foram realizados trabalhos em grupos e levantado as principais dificuldades e entraves do cuidado em saúde mental observados pelas equipes no cotidiano das US. No segundo encontro foram retomadas as dificuldades do território, baseadas na realidade trazida pelos diferentes atores, sendo discutidas possíveis soluções e direcionamentos aos problemas elencados.

## CONCLUSÃO

Diante da construção coletiva realizada foram sugeridas diversas ações para a ampliação da resolutividade da atenção à saúde mental no território do DSSF. Entre as propostas que envolvem o cuidado nas APS destacaram-se: qualificação / atualização dos profissionais nas reuniões de equipes das US; efetivação do matriciamento; realização de estudo de casos; articulação intersetorial e entre a RAPS; sensibilização e responsabilização de todos os membros da equipe para o acolhimento do usuário com sofrimento psíquico e não apenas pelos profissionais de referência em saúde mental; esclarecimentos sobre atendimentos e fluxos em saúde mental aos profissionais e aos usuários; sensibilização, fortalecimento e responsabilização dos recursos familiares e comunitários, visando trabalhar as potencialidades e autonomia dos usuários.

## REFERÊNCIAS

CHIAVERINI, D. H *et al.* Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde, Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

PAULON, S; NEVES, R. Saúde mental na atenção básica: a territorialização do cuidado. Porto Alegre: Sulina, 2013.



**Distrito Sanitário  
Santa Felicidade**

**Oficina de  
Saúde Mental**

11 e 18 de setembro de 2014  
Universidade Tuiuti do Paraná  
Auditório | Campus Barigüi

**“Não é possível pensar uma mudança  
da atenção em saúde mental,  
sem pensar no papel que o  
território e o tempo histórico  
cumpram neste processo.”** Silvio Yasui



# O ACESSO NA PERSPECTIVA DO CUIDADO INTEGRAL NA SAÚDE DO IDOSO

Autor principal/relator: Jéssica Aparecida Majczak  
Colaboradora: Tania Mary Medeiros

Local de Trabalho: UBS Fanny Lindóia  
Eixo Temático: Redes de Atenção – Linhas de cuidado: Idoso



## INTRODUÇÃO

A integralidade compreende o diálogo entre os usuários e os profissionais, por meio de projetos terapêuticos pautados nas compreensões dos usuários e nas necessidades por ele apresentadas. Trata-se da garantia da atenção em uma perspectiva não só assistencial, mas também integral percebendo o usuário como protagonista e sujeito em sua totalidade (OLIVEIRA; ANDRADE; GOYA, 2012). Objetivo: Descrever o acesso na perspectiva do cuidado integral na saúde do idoso.

## DESENVOLVIMENTO

Trata-se de um relato de experiência durante a atuação com idosos na Unidade Básica de Saúde (UBS) Fanny Lindóia através do Programa da Residência Multiprofissional em Saúde do Idoso da PUCPR/Hospital Santa Casa de Curitiba.

A atuação com idosos na atenção básica ocorreu das seguintes maneiras: consulta de enfermagem e visita domiciliar. Para ambas as abordagens foram utilizadas um instrumento para a elaboração do Histórico de Enfermagem composto por dados de identificação do sujeito, necessidades psicossociais e necessidades psicobiológicas, o que norteia a identificação de necessidades dos idosos.

A consulta de enfermagem enfatizou a necessidade de autocuidado e hábitos saudáveis de vida. A visita domiciliar ocorreu por meio da busca ativa com o apoio dos agentes comunitários de saúde (ACS) aos idosos que deixavam de ir à UBS por limitações físicas.

## CONCLUSÃO

A elaboração de um instrumento que norteia a prática contribuiu para que o idoso seja visto em sua totalidade, descentralizando às necessidades relacionadas às enfermidades, contribuindo para o cuidado integral. A saúde para a população idosa, não deve se limitar à prevenção e controle de agravos e de doenças crônicas; deve ser o resultado da interação entre a saúde física, mental, independência financeira, capacidade funcional e suporte social.

## REFERÊNCIA

OLIVEIRA, R. F.; ANDRADE, L. O. M. ; GOYA, N. Acesso e integralidade: a compreensão de usuários de uma rede de saúde mental. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, v. 17, n.11, Rio de Janeiro, nov. 2012. Disponível em: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012001100023](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100023). Acesso em; 17 nov 2014.



Fotografia “mãos idosas | Amor a Nossa Senhora”  
URL[<http://http://www.amoranossasenhora.com.br/wp-content/uploads/2013/03/m%C3%A3os-idosas.jpg>] (acesso em 21/11/2014)



Fonte: BRASIL, Ministério da Saúde, SAS, DAB. Logomarca oficial para padronização de Unidades Básicas de Saúde.  
URL[<http://www.varginha.mg.gov.br/images/stories/asscom/jan2014/ubs.jpg>] (acesso em 21/11/2014)

# ABORDAGEM E TRATAMENTO DO FUMANTE NAS UNIDADES DE SAÚDE DO DS CIC

Autor principal/relator: Gisele Ristow Montes  
Colaboradores: Ana Cristina Vidal Allegretti, Ana Paula Ribeiro Braosi, Cynthia Calixto Fraiz, Tânia Maria Miecznikowski

Local de Trabalho: Distrito Sanitário CIC  
Eixo Temático: NASF



## INTRODUÇÃO

Apesar da utilização de tabaco estar diminuindo nos últimos anos, principalmente nos países mais desenvolvidos, estima-se que, a cada ano, ainda morram cerca de 4 milhões de pessoas em todo o mundo de doenças relacionadas a esse hábito. O tabagismo é o principal fator de risco para carcinoma espinocelular de cabeça e pescoço e 75% dos casos de câncer nessas regiões são atribuídos a combinação do hábito de fumar e beber.

## METODOLOGIA

Este estudo teve como objetivo principal realizar um acompanhamento da estratégia de Abordagem e Tratamento do Fumante nas Unidades de Saúde do Distrito CIC (DS CIC) desde a sua implantação até o presente momento. A primeira unidade de saúde do DS CIC a capacitar os profissionais e disponibilizar o serviço foi a Unidade de Saúde Augusta (2007). Nos anos seguintes, devido a crescente demanda por tratamento e interesse dos profissionais de saúde no programa do Tabagismo, novas unidades receberam esta estratégia. Em 2010, quatro unidades tornaram-se referência no distrito, com a inclusão do programa nas Unidades Vitória Régia, Nossa Senhora da Luz e Vila Sandra. Em 2013, a distribuição da estratégia de abordagem já encontrava-se em mais de 65% das unidades de saúde. Participaram da primeira consulta para avaliação clínica 619 usuários tabagistas, destes ingressaram no tratamento 457 e permaneceram sem fumar após a 4ª sessão de terapia 215 pacientes (tabela 1). A medicação utilizada no tratamento do tabagismo apresenta-se com uma coadjuvante de grande importância, 74,6% dos pacientes receberam algum medicamento como bupropiona e adesivo de nicotina (tabela 2). Neste momento, estamos em fase de cadastramento e implantação da décima primeira unidade de saúde (UMS Taiz Viviane Machado) a participar desta estratégia.

## CONCLUSÃO

A atuação dos profissionais de saúde para a identificação dos pacientes, abordagem, tratamento e manutenção da cessação do tabagismo é de grande importância nos serviços de saúde. Pode-se concluir que o grupo de autoajuda associado a medicação é uma prática bastante eficaz contra o hábito do tabagismo. Entender essas relações permitirá a definição de novas ações preventivas efetivas e factíveis voltadas para esses grupos.

## REFERÊNCIAS

World Health Organization. Confronting the epidemic: a global agenda for tobacco control research. Available at <http://www.who.int/tobacco/research/en/print.html>. 2014;12.

GALBIATTI A. L., PADOVANI-JUNIOR J. A., MANIGLIA J. V., RODRIGUES D. S., PAVARINO E. C., GOLONI-BERTOLLO E. M. *Head and neck cancer: causes, prevention and treatment. Braz J Otorhinolaryngol.* 2013;79(2):239-47

Tabela 1-Distribuição da Abordagem e Tratamento dos Fumantes nas Unidades de Saúde do DS CIC no ano de 2013

| Unidade de Saúde  | Nº de pacientes na 1ª consulta de avaliação clínica | Nº de pacientes que participaram da 1ª sessão | Nº de pacientes que participaram da 4ª sessão | Nº de pacientes sem fumar na 4ª sessão | Nº de pacientes que usaram algum medicamento para tratamento do tabagismo, de acordo com a Portaria SAS/MS nº 442/04 |
|-------------------|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Vitória Régia     | 66                                                  | 52                                            | 35                                            | 21                                     | 26                                                                                                                   |
| Caiuá             | 72                                                  | 54                                            | 38                                            | 35                                     | 55                                                                                                                   |
| Augusta           | 57                                                  | 44                                            | 30                                            | 28                                     | 55                                                                                                                   |
| Barigui           | 56                                                  | 29                                            | 18                                            | 12                                     | 19                                                                                                                   |
| Cândido Portinari | 46                                                  | 41                                            | 35                                            | 22                                     | 35                                                                                                                   |
| Nª Senhora da Luz | 103                                                 | 66                                            | 29                                            | 27                                     | 22                                                                                                                   |
| Vila Verde        | 77                                                  | 54                                            | 20                                            | 17                                     | 33                                                                                                                   |
| Vila Sandra       | 45                                                  | 44                                            | 41                                            | 19                                     | 42                                                                                                                   |
| São José          | 52                                                  | 38                                            | 25                                            | 12                                     | 26                                                                                                                   |
| Sabará            | 45                                                  | 35                                            | 23                                            | 22                                     | 28                                                                                                                   |
| Total             | 619                                                 | 457                                           | 294                                           | 215                                    | 341                                                                                                                  |

Dados obtidos das planilhas de Consolidação de Informações do Tratamento do Tabagismo DS CIC

Tabela 2- Indicadores de Atendimento dos Pacientes Fumantes nas Unidades de Saúde do Distrito CIC em 2013

| Abandono do Tratamento (%) | Cessação (%) | Pacientes que utilizaram medicação (%) |
|----------------------------|--------------|----------------------------------------|
| 35,6                       | 47           | 74,6                                   |

Dados obtidos das planilhas de Consolidação de Informações do Tratamento do Tabagismo DS CIC

# INTERPROFISSIONALIDADE NA PROMOÇÃO EM SAÚDE: EXPERIÊNCIA COM GRUPOS DE PRÁTICAS CORPORAIS

Autor principal/relator: Simone L. Tesserolli Briski  
Colaboradores: Ana Paula F. Gomes; Arthemys de A. Silva; Karyne S. G. Gomes; Alessandra C. de Oliveira

Local de Trabalho: NASF 2 Santa Felicidade  
Eixo Temático: NASF



## INTRODUÇÃO

Nas Unidades de Saúde (US) do NASF 2 Santa Felicidade são realizadas atualmente os grupos de ginástica sob supervisão do profissional de educação física e os grupos de escola de postura sob supervisão da fisioterapeuta, ambos com frequência semanal. A equipe do NASF em parceria com as equipes das US realiza anualmente uma avaliação dos participantes destes grupos de práticas corporais. Esta avaliação é multiprofissional e tem por objetivo principal verificar como está a condição de saúde dos participantes. Além disso, é possível melhorar a integração da comunidade com os demais profissionais do NASF e proporcionar um olhar integral ao usuário.

## DESENVOLVIMENTO

No início do ano todos os participantes dos grupos de práticas corporais passam por uma avaliação global que possui 4 partes: dados pessoais, avaliação física, nutricional e de qualidade de vida. Nos dados pessoais constam nome, data de nascimento, medicações em uso, histórico de cirurgias, menopausa, grau de instrução, doenças pré-existentes, tabagismo, escala visual analógica de dor e histórico de quedas no último ano. A avaliação física conta com testes de força de pernas e de braços, de equilíbrio estático e dinâmico e de flexibilidade, além da mensuração da pressão arterial, glicemia, índice de massa corporal (IMC), bioimpedância, circunferência abdominal (CA) e colesterol. A avaliação conta ainda com dois questionários com perguntas fechadas sobre qualidade de vida e hábitos alimentares.

De acordo com o número de participantes a equipe NASF se organiza para a realização da avaliação em um ou dois períodos. No local são organizados cinco estações onde todos os participantes devem passar. Cada estação tem um profissional do NASF e um profissional da equipe de saúde (ACS ou auxiliar de enfermagem) e a avaliação inicia ao mesmo tempo com o grupo de participantes dividido igualmente entre as estações. A psicóloga fica com o grupo que irá responder aos questionários e dados pessoais. A farmacêutica fica auxiliando na mensuração da pressão arterial, glicemia e colesterol. A nutricionista é responsável pela mensuração do IMC, bioimpedância e CA. A fisioterapeuta e o profissional de educação física dividem os testes de força muscular, flexibilidade e equilíbrio.

Após a tabulação dos dados da avaliação a equipe NASF agenda um dia para a apresentação e entrega dos resultados ao grupo e orientações gerais com o uso de material audiovisual.

## CONCLUSÃO

A partir das avaliações a equipe NASF tem um olhar integral dos participantes dos grupos de práticas corporais e tem um perfil dos participantes. Isto auxilia no planejamento de ações de promoção em saúde e das práticas corporais de acordo com a realidade de cada grupo, além de permitir o acompanhamento dos usuários. Quando detectada alguma alteração, o usuário é encaminhado para a equipe de referência ou profissionais do NASF, conforme sua necessidade, contribuindo assim para a integralidade da atenção à saúde. Além disso, a avaliação permite que o usuário tenha um conhecimento de como está a sua saúde em geral, se teve alguma alteração com a prática corporal já que a avaliação é realizada anualmente e auxilia na co-responsabilidade do usuário sobre o processo de autocuidado.

## REFERÊNCIAS

- BRASIL.Ministério da Saúde. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- GRANDE, D. et al. **Curitiba: política pública de atividade física e qualidade de vida de uma cidade: avaliação, prescrição, relato e orientação da atividade física em busca da promoção da saúde e de hábitos saudáveis na população de Curitiba**. Curitiba: ed. Venezuela, 2008.



Foto 1 - Grupo de Escola de Postura \*



Foto 2 - Grupo de Ginástica \*



Foto 3 - Estação de avaliação física\*



Foto 4 - Estação de avaliação física\*



Foto 5 - entrega dos resultados\*

\* Autoria das fotos: equipe NASF

# O USO DA DIETA ARTESANAL ENTERAL EM UM CASO CRÔNICO NA ATENÇÃO DOMICILIAR

Autor principal/relator: Karyne Sant'Ana Gonzales Gomes.

Colaboradores: Carolina Camargo Poluceno e Manoela Lorenzi

Local de Trabalho: Unidade de Saúde Campina do Siqueira – DSSF.

Eixo Temático: Vivências e narrativas sobre práticas do cuidado em diversos cenários



## INTRODUÇÃO

A ampliação da população idosa aumenta a prevalência do aparecimento das doenças crônicas degenerativas do Sistema Nervoso Central, entre elas a Doença de Alzheimer. Conforme o estágio da doença a indicação de uma via alternativa de alimentação pode ser necessária para atingir as necessidades nutricionais. O projeto terapêutico no domicílio deve contemplar, além das questões clínicas e nutricionais, as questões subjetivas envolvidas na alimentação, como por exemplo, a representatividade social e cultural do alimento para o indivíduo e sua família. Existem diferentes categorias de fórmulas nutricionais para a utilização por via enteral, podendo ser fórmulas artesanais (FA), ou seja, produzidas com alimentos, industrializadas ou mistas. As FA são preparadas com alimentos como: cereais, leguminosas, carnes, vegetais, frutas, laticínios, ovos, açúcares e óleo (BRASIL, 2014). (FIGURA 1).

## DESENVOLVIMENTO

Trata-se de um relato de caso de uma paciente portadora de Alzheimer, acamada, não comunicativa e com alimentação exclusiva via sonda enteral de gastrostomia. Ao receber alta hospitalar em agosto de 2013, a filha e cuidadora da paciente procurou a Unidade Básica de Saúde para inclusão no Programa de Atenção Nutricional à pessoas com necessidades especiais de alimentação (PAN). O nutricionista da equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) do território de referência avaliou a paciente em seu domicílio e constatou que a mesma estava recebendo FA pela sonda, porém a cuidadora não seguia nenhuma receita prescrita preparando a dieta sem a adequada combinação de alimentos.

Após a avaliação nutricional e tendo em vista a boa aceitação da dieta artesanal pela paciente, o nutricionista refez os cálculos dos nutrientes e valor calórico da dieta, de modo que promovesse a recuperação do estado nutricional. A prescrição dietoterápica foi com FA equilibrada nutricionalmente, padronizada pelo PAN, juntamente com uma porção diária de vitamina de frutas adicionada de suplemento industrializado padrão fornecido pelo PAN (CURITIBA, 2011). A partir disso foi estabelecido o plano de cuidado para o monitoramento nutricional, ocorrendo minimamente a cada 3 meses. O GRÁFICO 1 mostra o ganho ponderal através do cálculo do peso estimado.

## CONCLUSÕES

Não há evidências científicas que mostrem prejuízo na absorção de nutrientes provenientes de FA na inexistência de disfunções absorptivas no sistema digestório e de doenças que demandam necessidades especiais de nutrientes. (BRASIL, 2014). Portanto, no caso da paciente em estudo, a dieta enteral com FA teve boa aceitação, tanto pela resposta no estado nutricional, quanto pela viabilidade de sua produção no domicílio. A cuidadora relata em todas as visitas domiciliares que despende cerca de 1 hora por dia para o preparo da dieta e hoje está satisfeita com a melhora nutricional e oportunidade de continuar alimentando sua mãe com alimentos que fazem parte do dia a dia da família (FIGURA 2).

## •REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cuidados em terapia nutricional. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde. Programa de atenção nutricional às pessoas com necessidades especiais de alimentação (PAN). Curitiba: Coordenação de Alimentação e Nutrição, 2011.

FIGURA 1 – Atividades para o preparo da fórmula artesanal para uso via enteral.

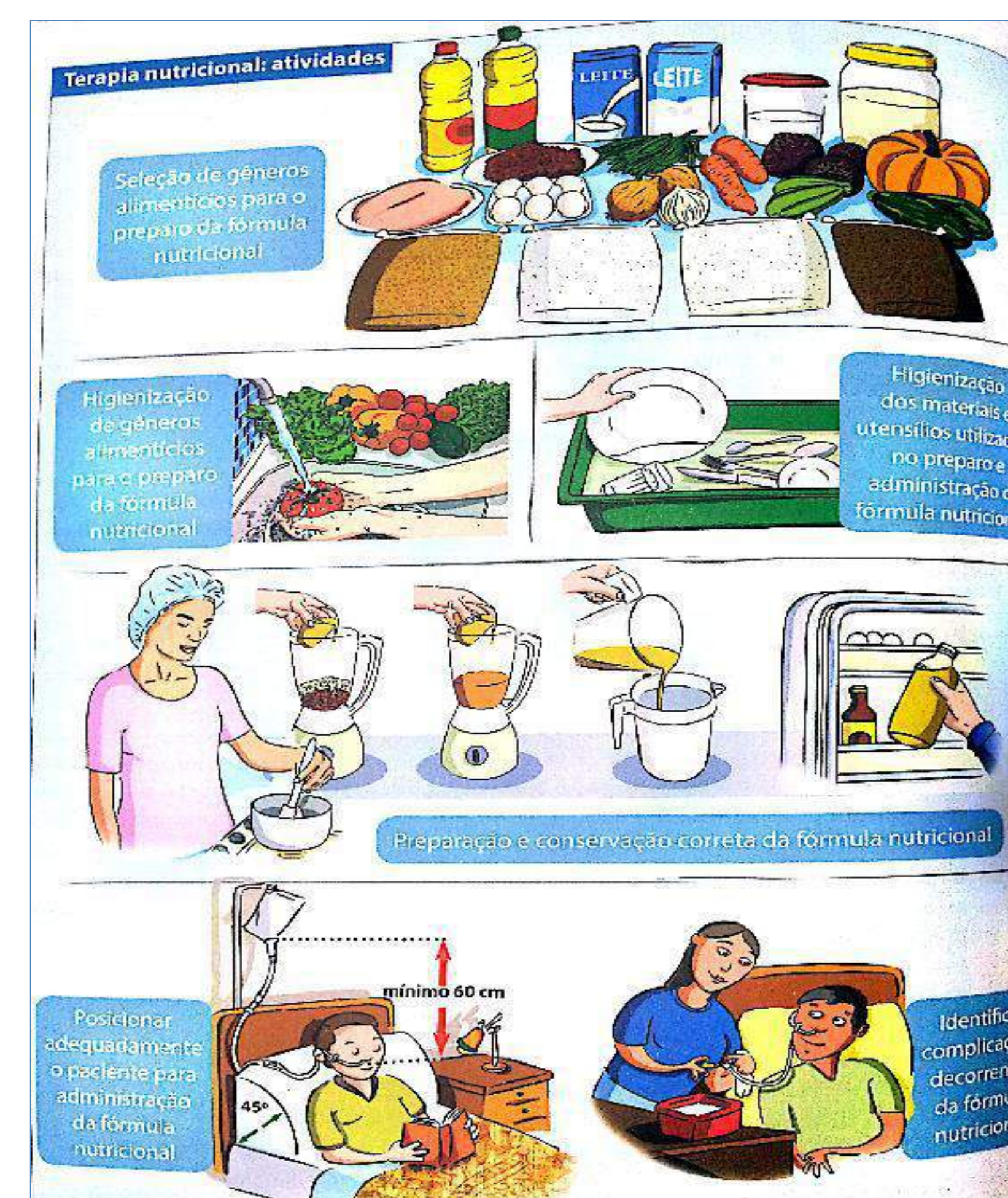


GRÁFICO 1 – Ganho ponderal em 15 meses de acompanhamento com FA. enteral.

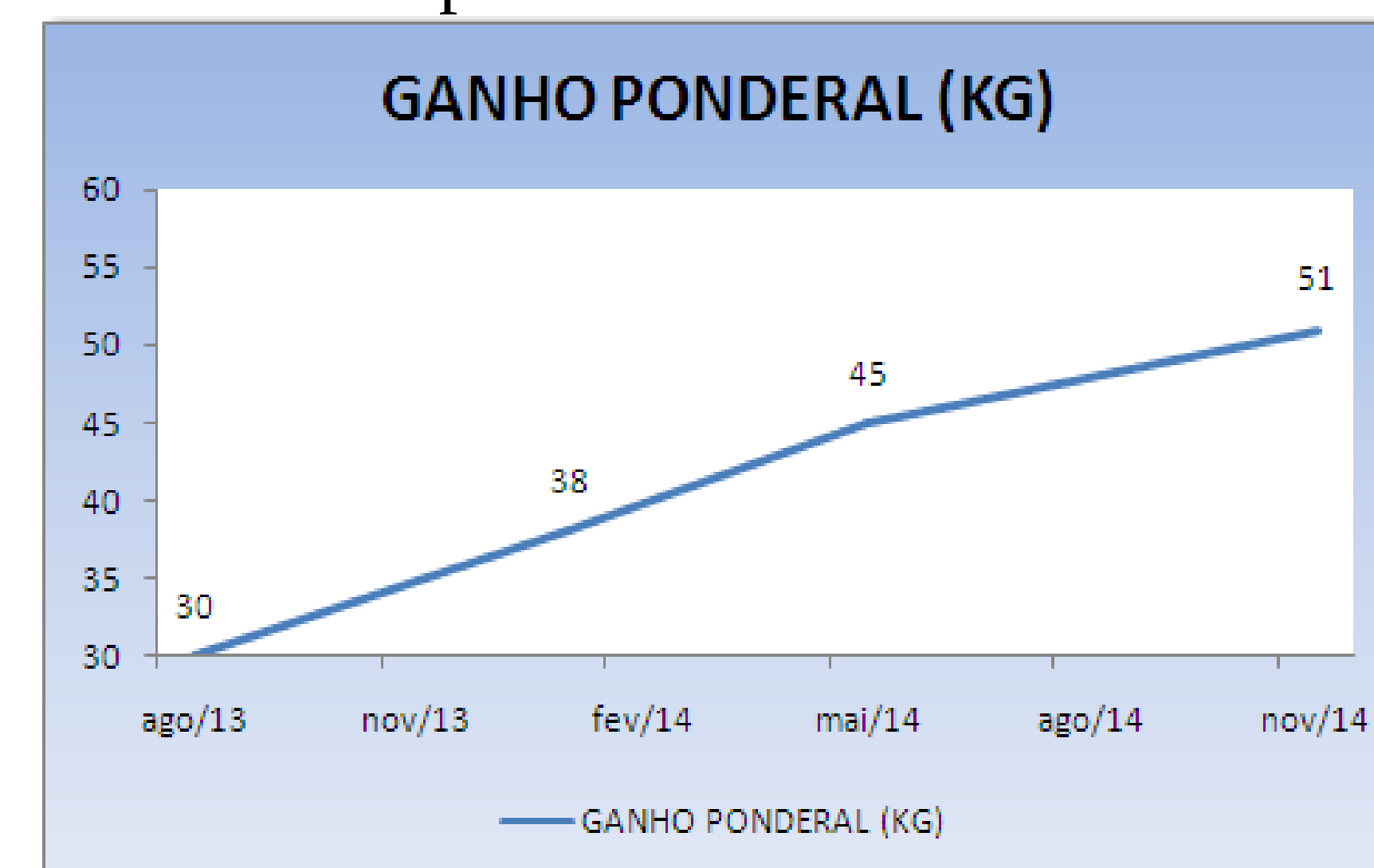
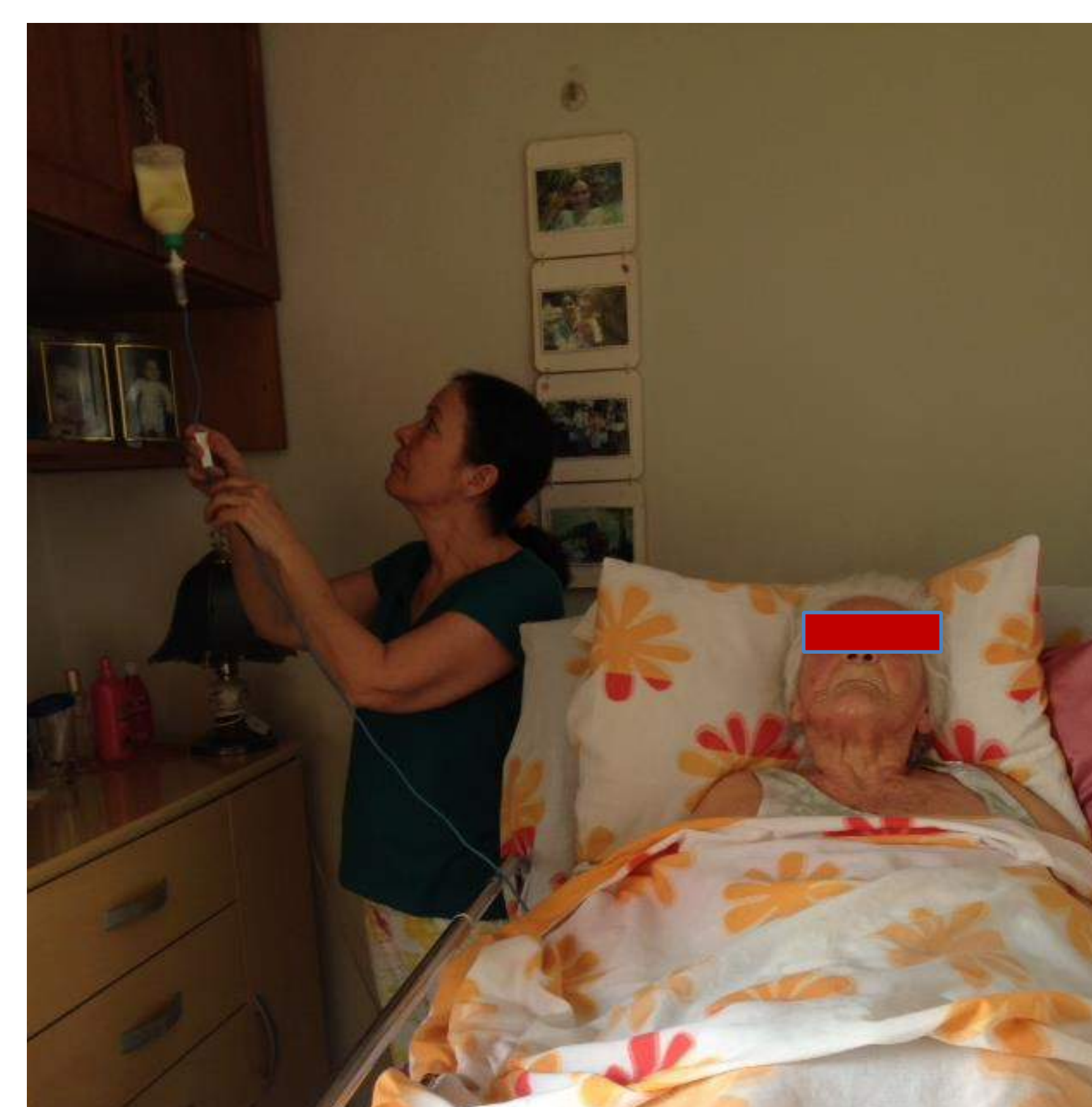


FIGURA 2 – Administração da dieta enteral artesanal.



# MELHORIA DA ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL E PUERPÉRIO NA UBS MÃE CURITIBANA

Autor principal/relator: Fernanda Fusuma  
Colaboradores: Carolina Alves Aquino Farias

Local de Trabalho: Distrito Sanitário Matriz  
Eixo Temático: Redes de atenção – linha de cuidado: gestante



## INTRODUÇÃO

O presente trabalho foi um projeto de intervenção para a melhoria da atenção ao pré-natal e puerpério na Unidade Básica de Saúde Mãe Curitibana – Curitiba/PR, em que os objetivos foram ampliar a cobertura e a adesão ao pré-natal, melhorar a qualidade da atenção ao pré-natal e puerpério na UBS Mãe Curitibana, melhorar o registro das informações, mapear gestantes de risco e realizar a promoção de saúde. Foi realizado como parte das atividades do curso de especialização em Saúde da Família modalidade a distância, através da Universidade Aberta do SUS com a Universidade Federal de Pelotas – RS.

## DESENVOLVIMENTO

A UBS Mãe Curitibana situa-se no centro de Curitiba – PR, é uma unidade mista de saúde, com Estratégia Saúde da Família desde junho/2013 e especialidades. A área de abrangência possui 46.111 habitantes e aproximadamente 120 gestantes cadastradas.

Após análise e levantamento de dados, realizamos uma intervenção na atenção ao pré-natal e puerpério durante 16 semanas (setembro/2013 a janeiro/2014). As ações foram registradas em prontuário eletrônico e a enfermeira responsável por essa intervenção acessou os relatórios e prontuário eletrônico no sistema e-saúde da Prefeitura Municipal de Curitiba, transcrevendo na planilha de coleta de dados semanalmente.

Dentre as ações realizadas, destacamos algumas: capacitações da equipe para discussões quanto aos protocolos; elaboração de convites e folders que foram colocados à disposição dos usuários em locais específicos e entregues nas residências, em atividades em salas de espera, oficinas e nas consultas; busca ativa das pacientes com exame alterado por meio da implantação de um livro de registro para a coleta de exames.

## CONCLUSÃO

Importantes resultados foram alcançados, no final da intervenção 89,3% das gestantes receberam a suplementação de ferro e ácido fólico de acordo com o protocolo, 96,2% estavam com os exames em dia, a evolução durante os quatro meses da realização do exame de puerpério entre 30º e 42º dia também foi considerável, de 22,5% para 64,3%. Com isso, percebemos que a intervenção propiciou melhorias na atenção às gestantes e puérperas, conseguimos aperfeiçoar os conhecimentos dos profissionais com base nos protocolos, notamos maior comprometimento da equipe no acompanhamento dessas mulheres. Além da incorporação da maioria das atividades realizadas na intervenção em nossa rotina de serviço, garantindo à população um pré-natal e puerpério de qualidade.

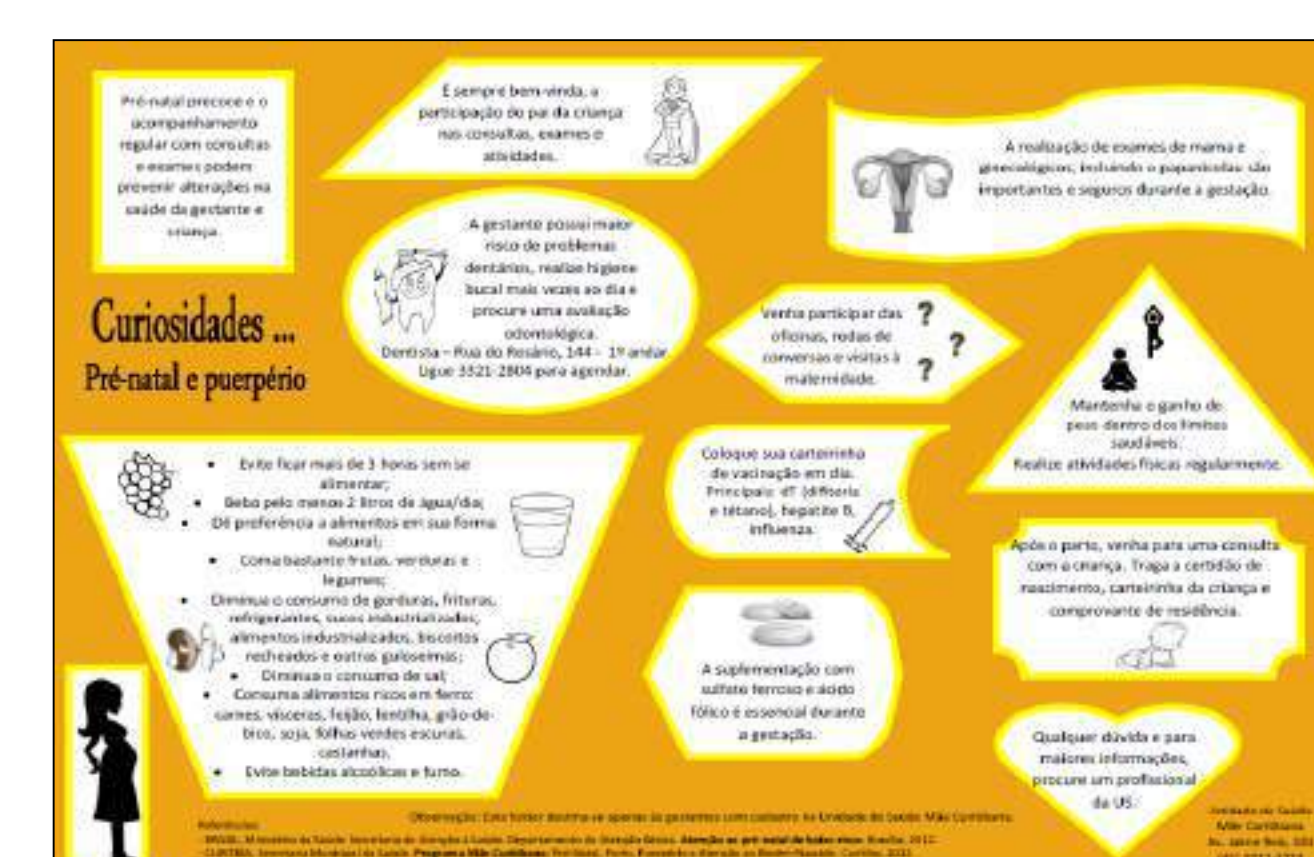
## REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília, 2012.  
CURITIBA, Secretaria Municipal da Saúde. Programa Mãe Curitibana: Pré-Natal, Parto, Puerpério e Atenção ao Recém-Nascido. Curitiba, 2012.

US Mãe Curitibana



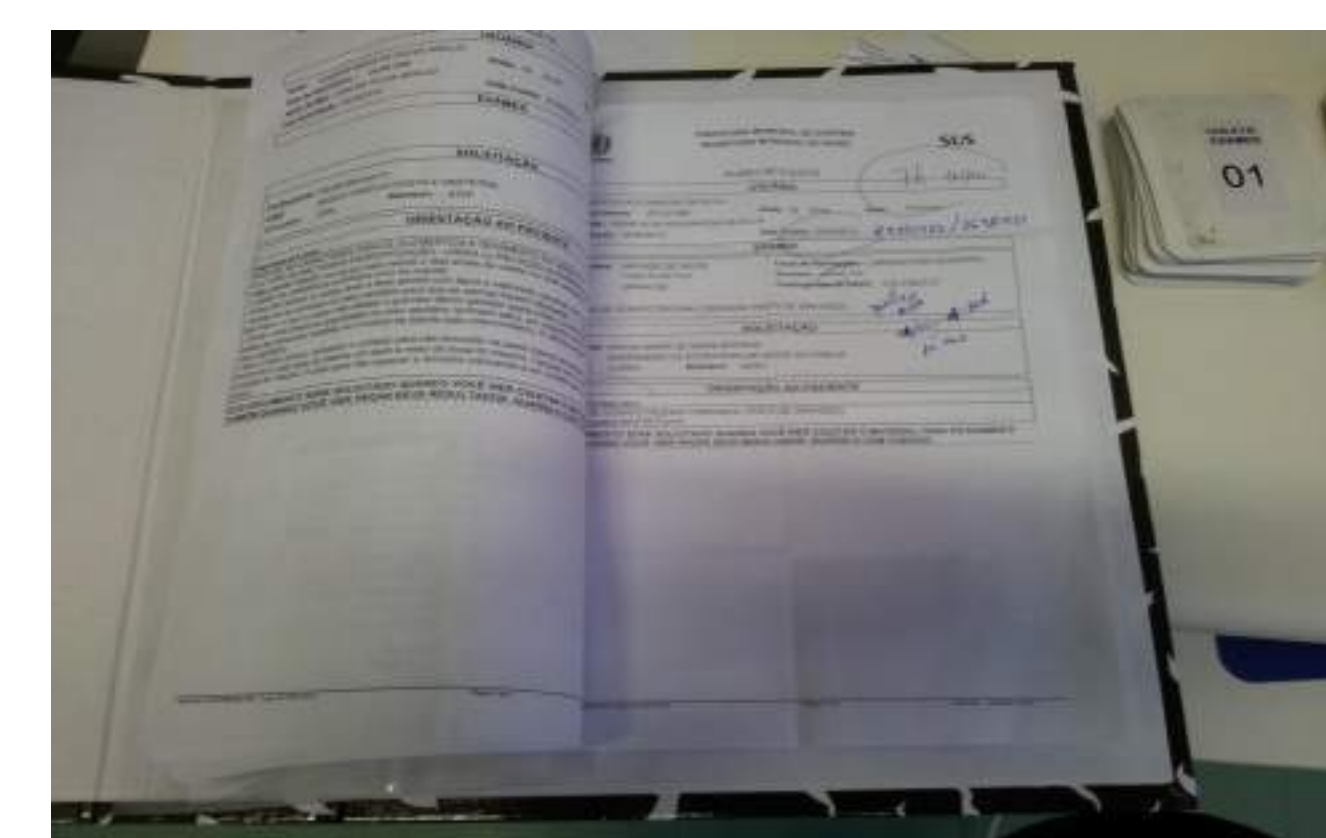
Folder confeccionado



Convite confeccionado



Livro de registro - coleta



Atividades em sala de espera



Capacitação da equipe



# IMPLANTAÇÃO DO MODELO DE ASSISTÊNCIA COM FOCO NO ACESSO E VÍNCULO NA UMS MORADIAS DA ORDEM

Autor principal/relator: Luiz Carlos Cretella Souza

Local de Trabalho: UMS Moradias da Ordem  
Eixo Temático: Processo de trabalho multiprofissional na APS/ESF



## INTRODUÇÃO

Em julho de 2013, após colegiado local com a presença de representante do DAPS na UMS Moradias da Ordem, apresentando proposta de mudança no processo de trabalho da Unidade, com foco na questão do Acesso e Vínculo, a equipe comprometeu-se em aderir à proposta o que gerou uma verdadeira revolução a nível local na questão do atendimento ao cidadão que procura os serviços da Unidade.

## DESENVOLVIMENTO

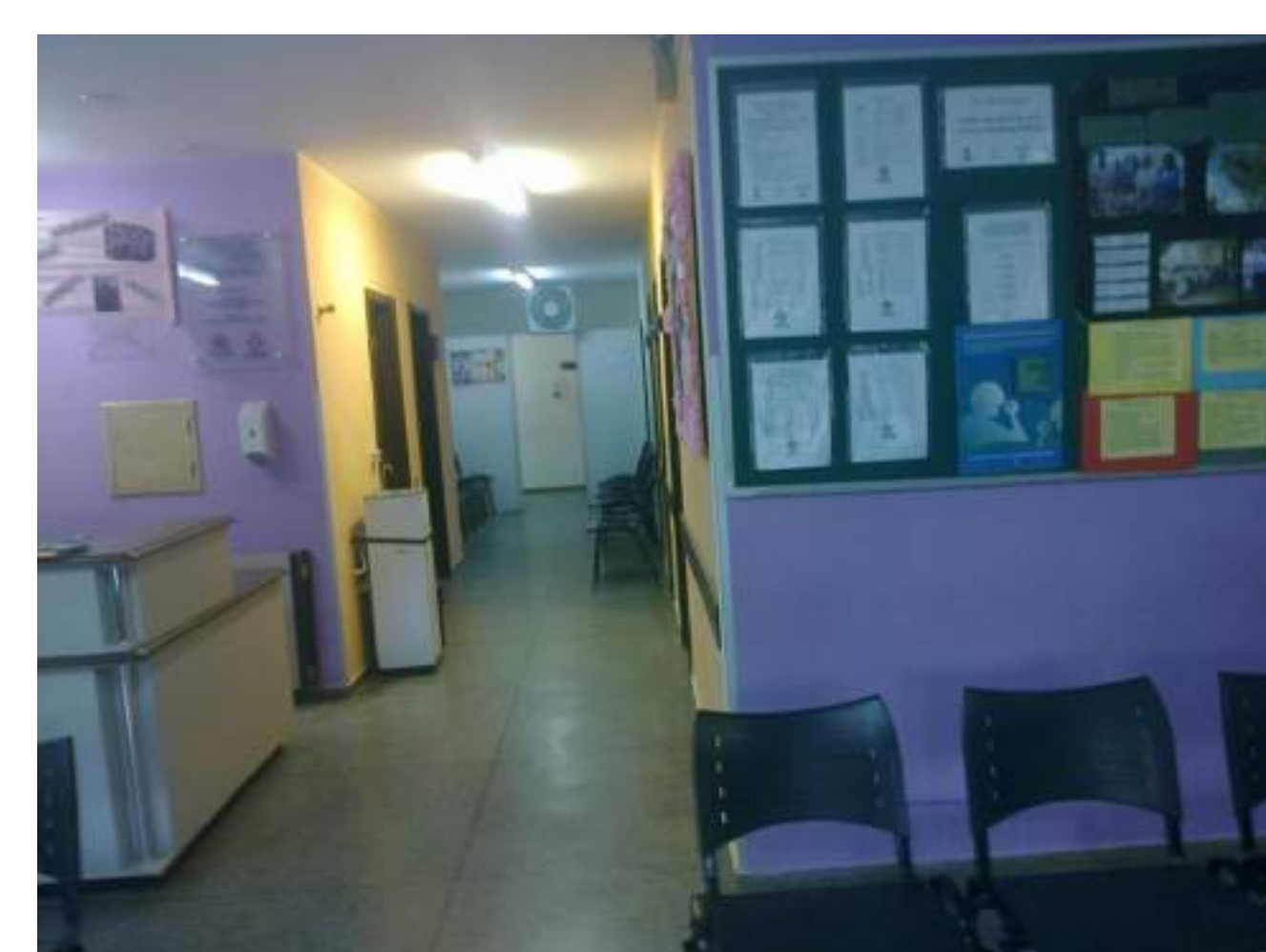
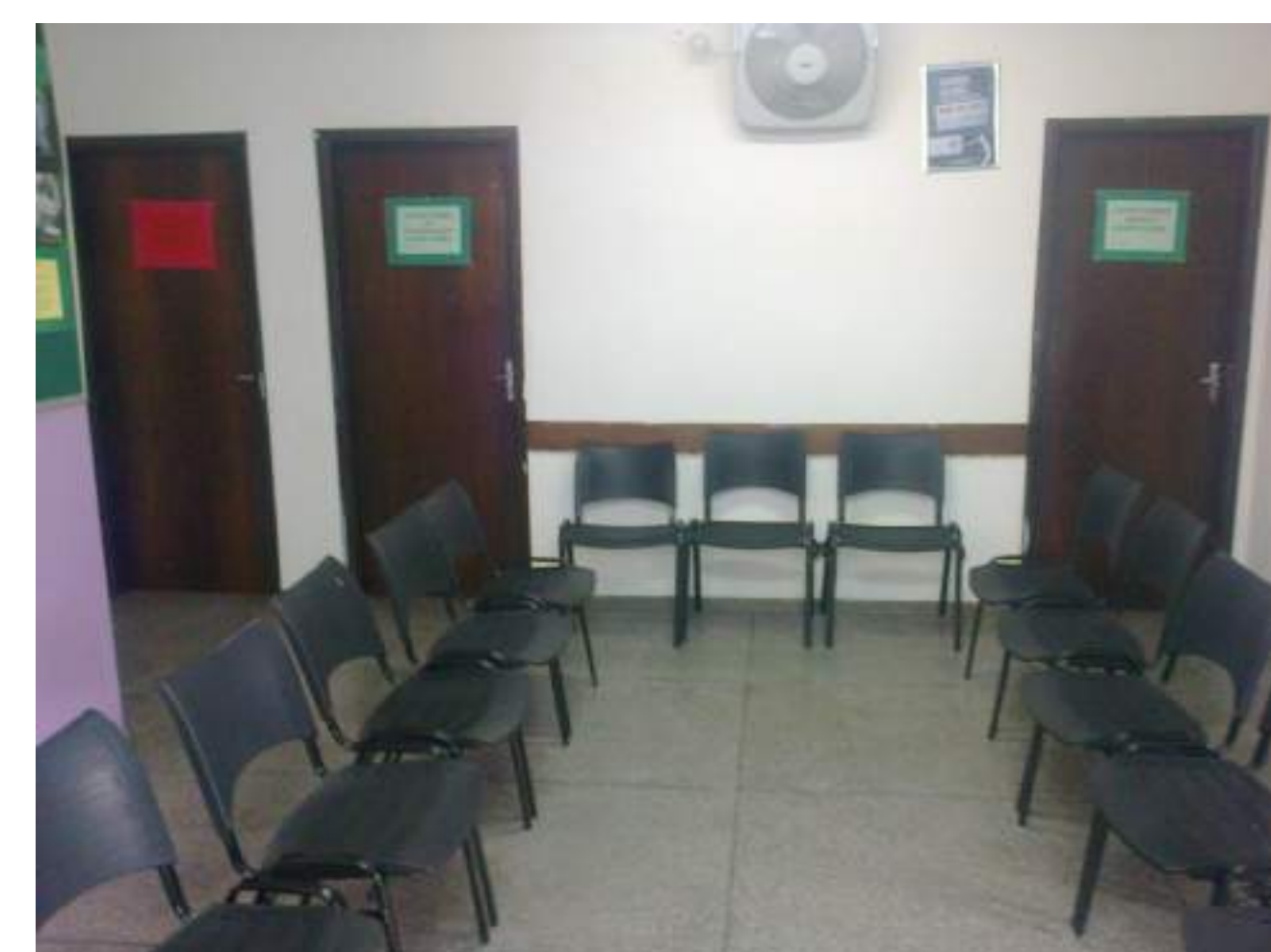
O processo teve início com adaptação das salas para que cada uma das 04 equipes ESF (amarela, verde, vermelha e azul) atendesse seus pacientes em consultórios médico/enfermagem lado a lado, pintura interna da Unidade pela equipe e melhoria na ambiência, mudança das agendas médicas com foco na demanda diária, evitando pré-agendamentos, com atenção especial aos grupos prioritários (gestantes e crianças menores de 01 ano, por exemplo).

A recepção passou a direcionar os pacientes para as salas de avaliação conforme a área do cadastro. O processo de reorganização do território para que as 04 áreas tivessem aproximadamente o mesmo número de usuários (cerca de 3.500 cada) foi fundamental e envolveu toda a equipe considerando as questões geográficas de acesso e respeitando as diferenças de cada área, após esta fase do processo cada equipe ESF confeccionou uma mapa dinâmico e apresentou o mapa para o restante da equipe da Unidade e Distrito Sanitário.

A elaboração da escala de trabalho constituiu-se em um grande desafio, pois as avaliações por equipe começaram a ser realizadas pelos auxiliares de enfermagem da mesma equipe ESF, ou seja, os pacientes começaram a ser atendidos pelos servidores da sua área ESF, a agenda do enfermeiro também ficou aberta para a demanda, priorizando o atendimento individual deste profissional, assim o atendimento programado (gestantes, crianças, hipertensos, diabéticos, entre outros) ficou livre para qualquer dia e horário. O perfil do atendimento médico também mudou, priorizando o atendimento da demanda diária. Posteriormente implantamos a escala de procedimentos (curativos, inalações, retiradas de pontos e aferição de pressão / glicemia capilar) por equipe ESF. Na sequência a equipe da odontologia também modificou o processo de trabalho (substituindo gradativamente a triagem, oportunizando o agendamento) após processo de integração com o Conselho Local de Saúde e ouvindo a comunidade.

## CONCLUSÃO

Após 16 meses de implantação, algumas questões que preocupavam a equipe, como resultados do IDQ/POA apontaram para um aumento na produtividade e cobertura dos programas, outras questões em relação ao processo (aumento da demanda e espaço físico reduzido, por exemplo) também foram apontadas como desafios pela equipe. A satisfação por parte da comunidade pelo fato de ter um atendimento mais resolutivo também pode ser comprovada pelo fato da diminuição das reclamações (ouvidorias) e participação mais ativa do controle social (Conselho Local de Saúde).



# NASF – GINECOLOGIA NO DS PORTÃO

Autor principal/relator: Ângela Leite Mendes  
Colaboradores: Angela C. Lucas de Oliveira e  
Natália C. de A. Ribeiro

Local de Trabalho: DAPS / NASF DS Portão  
Eixo Temático: NASF



## INTRODUÇÃO

O trabalho tem como objetivo comparar os encaminhamentos para Ginecologia Geral entre as Unidades Básicas de Saúde (UBS) com e sem Estratégia Saúde da Família (ESF), antes e após atuação de ginecologistas em equipes de Núcleos de Apoio em Saúde da Família (NASF) no Distrito Sanitário do Portão.

## DESENVOLVIMENTO

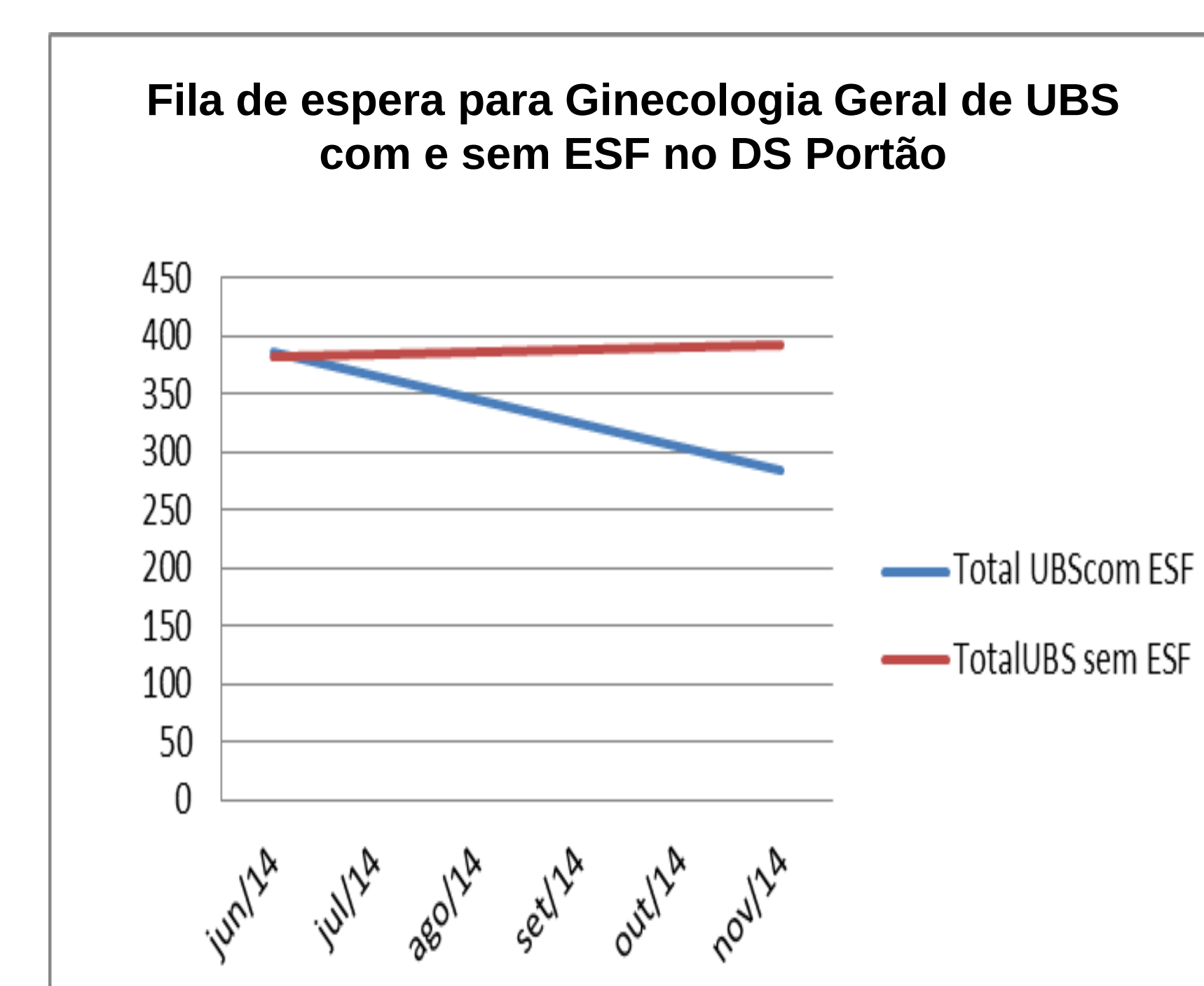
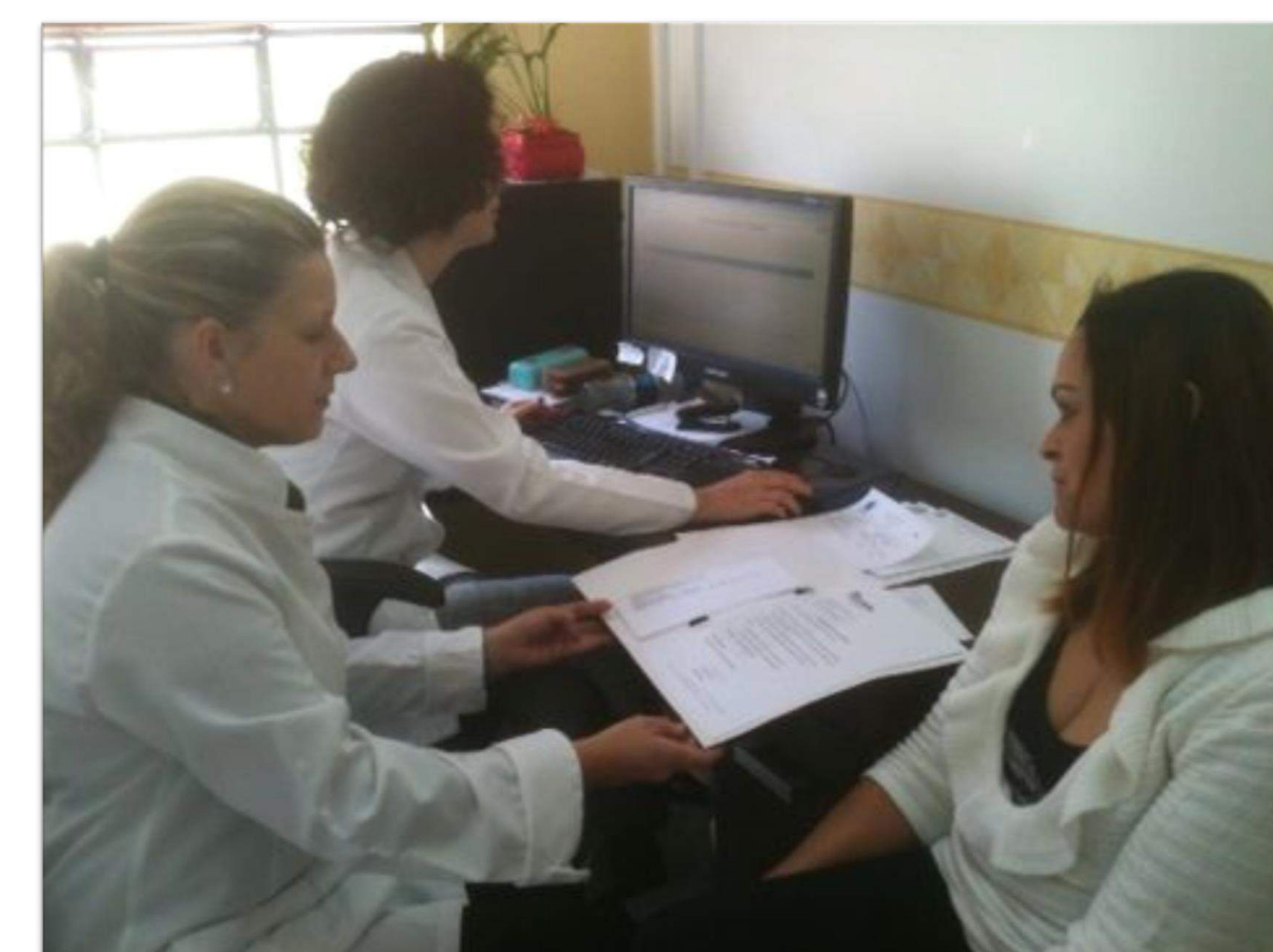
Em julho de 2014 iniciou-se a atuação de 2 ginecologistas em equipes de NASF no Distrito Sanitário Portão, apoiando principalmente as 3 UBS com ESF: Estrela, Santa Quitéria e Parolin. As ações desenvolvidas pelas profissionais compreenderam o apoio matricial, discussão de casos presenciais e à distância através de telefone e e-mails, qualificação dos encaminhamentos prévios, atuação na própria UBS e capacitações de toda a equipe. Atendimento compartilhado foi realizado conforme demanda, bem como orientação de fluxos e priorização de casos mais urgentes para exames complementares e cirurgias.

## CONCLUSÃO

Em junho de 2014 haviam 386 mulheres aguardando consulta na especialidade de Ginecologia Geral encaminhadas pelas UBS com ESF e 383 mulheres encaminhadas pelas UBS sem ESF. Após o início do trabalho das ginecologistas dos NASF, houve redução de 26% na fila de espera para Ginecologia Geral pelas UBS com ESF (nas quais os profissionais dos NASF atuam principalmente), enquanto que a fila das UBS sem ESF manteve-se estável. Concluímos que é de extrema importância o ginecologista no NASF para apoio e resolução de casos referentes a Ginecologia Geral.

## REFERÊNCIAS

*Relatório gerencial: Inscritos em Fila de Espera Aguardando Agendamento de Consulta*



# PROJETO: BEBÊ BOM DE BICO

Autor principal/relator: Nilceia Aparecida do Nascimento  
Colaboradores: Ana Paula M. Marques e Paulina Camargo da Silva

Local de Trabalho: UMS Bairro Novo  
Eixo Temático: A saúde e seus agentes: ACS



## INTRODUÇÃO

O aleitamento materno é considerado um dos pilares fundamentais para a promoção e proteção da saúde das crianças em todo o mundo. Representa um período especial na vida da mulher e do recém-nascido, e muitas vezes pode se mesclar de incertezas, medos e inseguranças (FERNANDES, et al 2012). Desse modo, este projeto tem como objetivo sensibilizar as gestantes sobre a importância do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida e compartilhar experiências em rodas de conversas entre as primíparas, multíparas e profissionais de saúde de modo a minimizar os anseios, medos e incertezas destas mulheres.

## DESENVOLVIMENTO

Sabemos que a amamentação é uma prática natural e eficaz, um direito inato do recém-nascido e cujo sucesso depende, em grande parte, das experiências vivenciadas no mundo da mulher e do compromisso e conhecimento técnico-científico e ético dos profissionais de saúde envolvidos. (ALMEIDA, et al 2010).

Neste contexto, o Projeto Bebê Bom de Bico foi idealizado por uma das agentes comunitárias em saúde após ter participado de capacitações sobre aleitamento materno e perceber que poderia ser utilizado o tempo de espera em que as gestantes aguardavam na unidade de saúde Bairro Novo para a coleta do teste de tolerância à glicose (aproximadamente 2 horas de espera), um momento assertivo e ideal para realizar rodas de conversas com as gestantes permitindo troca de experiências. A roda de conversa é fundamentada nos 10 passos da amamentação, auxiliando de maneira assertiva responder as dúvidas e compartilhar as experiências já vividas.

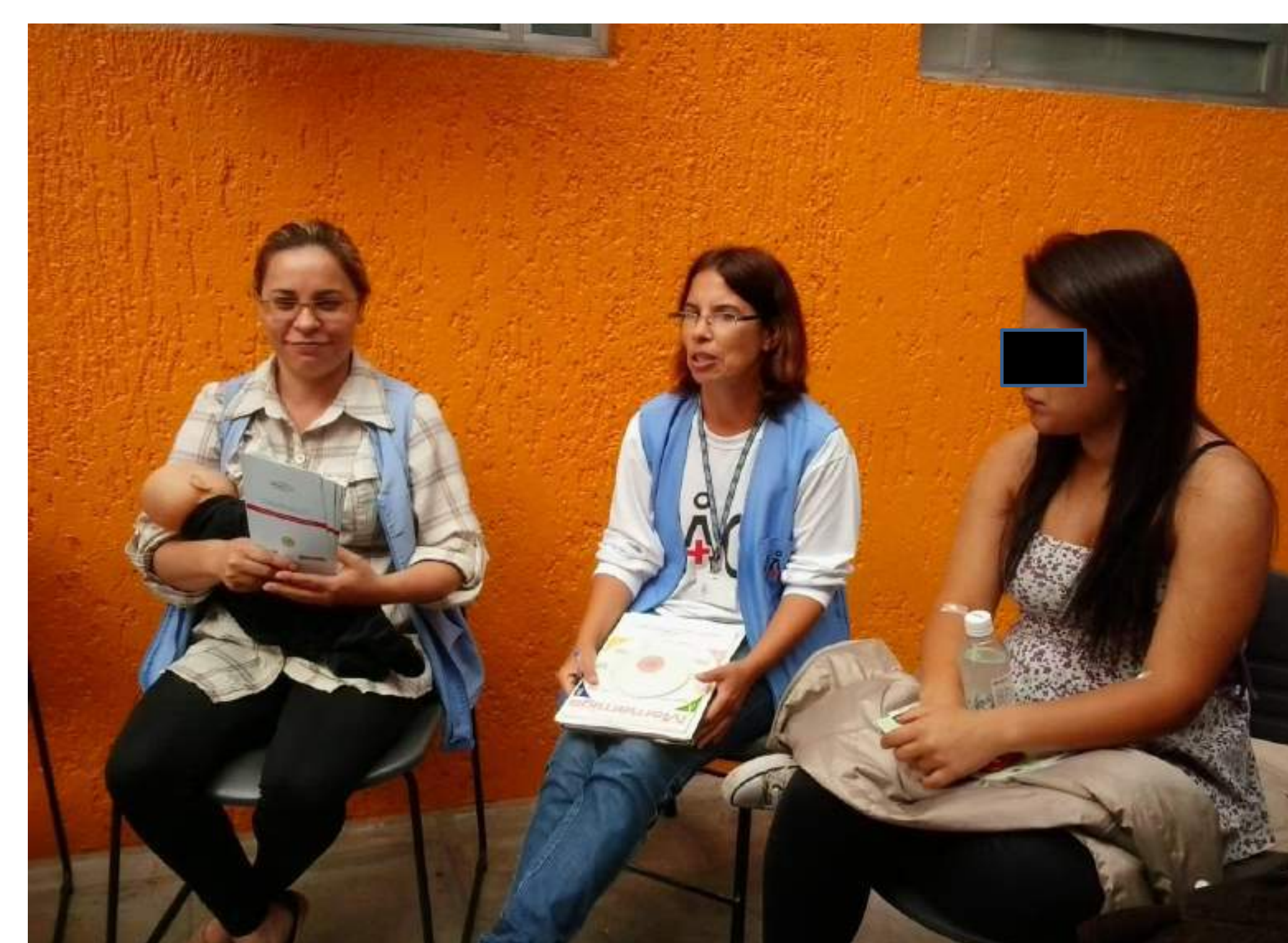
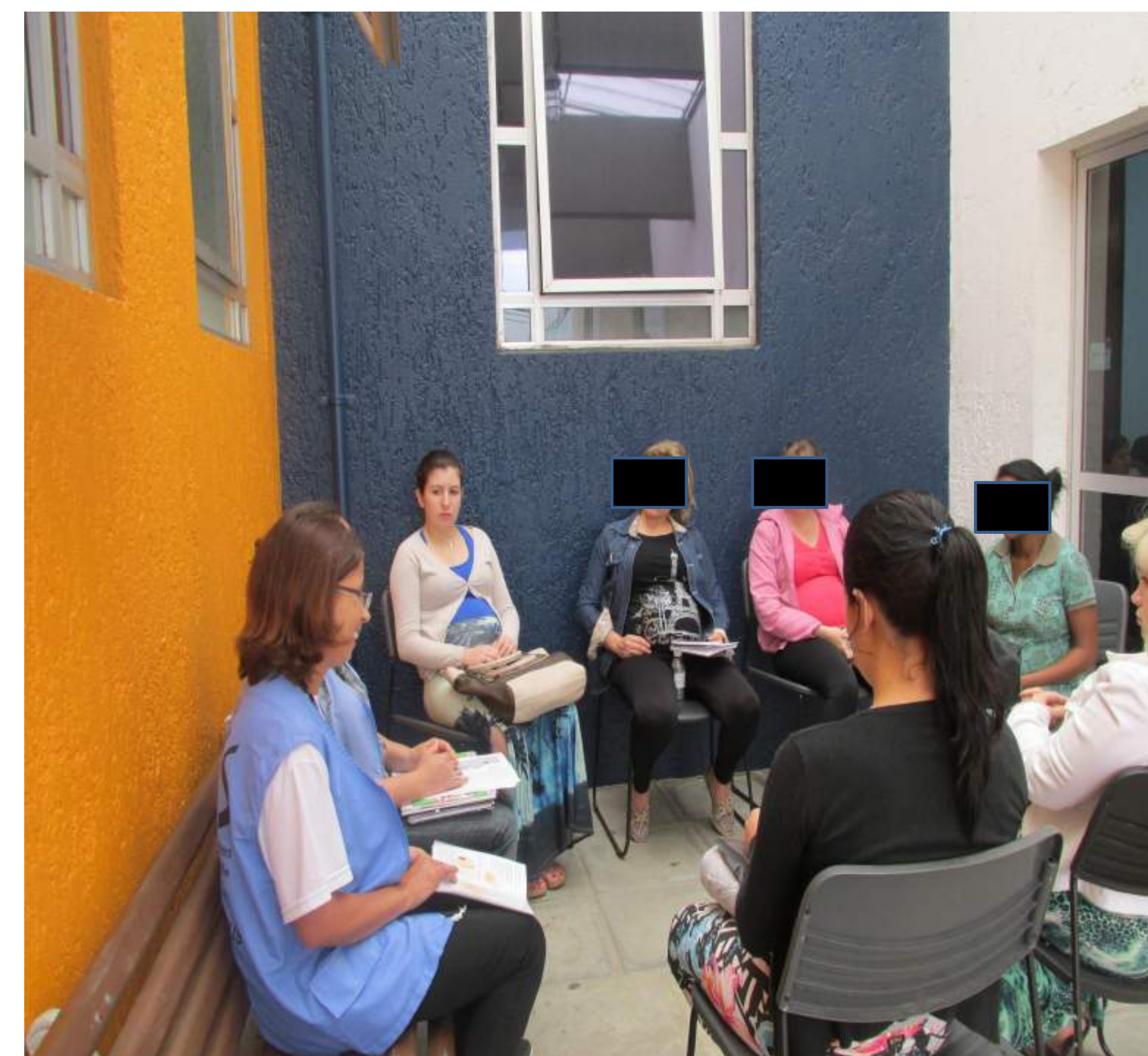
## CONCLUSÃO

A realização de rodas de conversas sobre a amamentação permite que o conhecimento tanto para o receptor quanto para o emissor seja ampliado, o empoderamento da mulher (gestante) para enfrentar de forma saudável esse período.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Inez et al. Amamentação para mães primíparas : perspectivas e intencionalidades do enfermeiro ao orientar. *Cogitare Enfermagem* 2010. Jan/Mar;19p-25p.

FERNANDES, J. et al. *Ações de Educação em Saúde sobre Aleitamento Materno*. 2012



# PROJETO: SAÚDE COM RODA DE CHIMARRÃO

Autor principal/relator: André Alexei Polidoro  
Colaboradores: Adriana Bridi, Alain Schwartz, Ana Paula Marques .

Local de Trabalho: UMS Bairro Novo  
Eixo Temático:



## INTRODUÇÃO

A unidade de saúde é a base da atenção básica. Desde o Pacto pela Saúde, 2006, a mesma tornou-se o centro ordenador das ações deste nível de atenção. É o primeiro contato do paciente com o Sistema Único de Saúde (SUS), mostrando a necessidade de sua efetividade e vínculo com a população a ela adscrita. A história nos mostra que as ações em saúde estão relacionadas com a forma como entendemos o processo saúde-doença. É frequente encontrarmos a exigência de um médico que atenda certo número de consultas, porém esta medida mostra o modelo de saúde está voltado à doença, ao invés de voltar-se ao doente. Como consta na Constituição e principalmente no texto da Oitava Conferência Nacional de Saúde, observamos que a saúde está relacionada a lazer, trabalho, salário digno, moradia, educação, segurança, dentre outros aspectos.

## DESENVOLVIMENTO

Os grupos de saúde realizados nas unidades de saúde, infelizmente em sua maioria, obedecem a lógica biomédica, centrados na doença, como é o caso dos hipertensos, diabéticos ou pacientes que usam medicamentos controlados. É também perceptível nestes programas a grande repetição de temas, com pacientes que já sabem o conhecimento que será falado. A roda de chimarrão surgiu para trabalhar a promoção de saúde neste contexto. Pessoas vulneradas merecem atenção especial dos serviços de saúde, como nos sugere a bioética da intervenção. Observamos a necessidade de informações novas e um real fortalecimento das pessoas para que atinjam a emancipação e tenham controle das ações que envolvem a saúde da comunidade.

O chimarrão foi usado como instrumento por ser uma bebida típica do sul do Brasil, compartilhada entre os membros do grupo, médico e equipe, sem distinção, em uma roda que obedece o princípio da horizontalidade das relações, assim como a construção coletiva e dialógica do conhecimento, entre educador-educando e educando-educador. Essa relação substitui o modo vertical e prescritivo em que geralmente se dá a relação médico-paciente, sendo o primeiro o detentor do conhecimento. O grupo de promoção a saúde foi construído na Unidade de Saúde do Bairro Novo e acontece em reuniões semanais, facultativas e abertas a quem quiser participar.

## CONCLUSÃO

A roda de chimarrão mostrou-se um instrumento efetivo para vínculo entre profissionais e comunidade. Também permitiu abordagem de temas como cidadania, educação, justiça social, pouco abordados no âmbito da unidade de saúde, por ignorarmos o real significado dessa palavra. Durante as reuniões, foi possível discutir violência, educação, solidariedade. Foi possível ouvir o saber popular sobre ervas e tratamentos alternativos para sintomas comuns. Foi possível também tornar coletivo o conhecimento do SUS, e trabalhar alguns de seus princípios e normas. Foi possível apontar os limites e dificuldades do SUS, porém também apontar suas qualidades e a ideologia que o antecede. A partir de dividir os saberes com a população, a mesma tornou-se mais forte e unida, capaz de lutar pelo direito de saúde, garantido em Constituição como obrigação do Estado, no qual a atenção básica é gerenciada pelo município. Percebemos que as vantagens advindas dessas reuniões que duram cerca de 90 minutos superam largamente as vantagens de quatro consultas individuais.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Oitava Conferência Nacional de Saúde: relatório final. 1986.  
Freire, P. Pedagogia do oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.  
Figueira, T. R., Ferreira, E. F., Schall, V. T., & Modena, C. M.(2009). Percepções e ações de mulheres em relação à prevenção e promoção da saúde na atenção básica. *Rev.Saúde Pública*, 43(6), 937-943.

# ESTRATÉGIA AMAMENTA E ALIMENTA BRASIL NO DISTRITO SANITÁRIO DE SANTA FELICIDADE (DSSF)

Autor principal/relator: Carolina C Poluceno  
Colaboradores: Juliana Ceronato e Karyne S Gonzales Gomes

Local de Trabalho: NASF do Distrito Sanitário de Santa Felicidade.  
Eixo Temático: Educação Permanente



## INTRODUÇÃO

A II Pesquisa Nacional de Prevalência do Aleitamento Materno (BRASIL, 2009), aponta nas capitais e DF o aleitamento materno exclusivo (AME) em menores de 6 meses foi de 41%, enquanto que em Curitiba foi de 45,3%. O AME resulta em inúmeros benefícios para a saúde da criança, como a prevenção de doenças, infecções, desnutrição, deficiências de vitaminas e minerais e a redução das chances de desenvolver obesidade e doenças crônicas.

## DESENVOLVIMENTO

Para disseminar a estratégia, os nutricionistas do NASF do DSSF foram capacitadas durante quatro dias consecutivos, totalizando 32 horas, tornando-se tutoras da estratégia. Nesse momento, as tutoras pactuaram a implementação da estratégia em todas as unidades de saúde (US) do DSSF até o final de 2014.

Como meta da implantação desta estratégia, foi preconizado capacitar minimamente 85% das equipes de saúde, agentes comunitários da saúde, profissionais do NASF e parceiros comunitários.

As oficinas de capacitação nas US tiveram carga horária de 5 horas cada, ocorrendo nos meses de junho e agosto de 2014, e utilizaram a metodologia participativa e problematizadora (BRASIL, 2013) de acordo com a realidade local. O objetivo principal foi qualificar o processo de trabalho, aprimorando as habilidades dos profissionais e planejando ações de promoção ao AM e alimentação complementar adequada.

Acredita-se que com a implantação desta estratégia, possamos reduzir as taxas de desmame precoce (problema nutricional), melhorar a qualidade da introdução da alimentação complementar e diminuir os índices de excesso de peso e obesidade infantil.

## CONCLUSÃO

Em 2 meses 299 profissionais de 9 US do DSSF participaram da implantação da estratégia, totalizando 86% dos profissionais. Cabe agora a cada US, juntamente com os profissionais do NASF, colocarem em prática todas as ações planejadas.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde. Amamenta e Alimenta Brasil – **Manual de Implementação**. 2013.

FIGURA 1 – Dramatização com equipe de saúde.



FIGURA 2 – Trabalho em equipe com elaboração de cardápios.



FIGURA 3 – Apresentação dos cardápios confeccionados.



FIGURA 4 – Encerramento de uma das turmas.



# O CONHECIMENTO SOBRE A INTERRELAÇÃO DA DTM E O ZUMBIDO NA APS

Autor principal: Paulo Francisco Arant Martins  
Colaboradores: José Stechman-Neto

Local de Trabalho: Unidade de Saúde Vila Verde  
Eixo Temático: Saúde Bucal na APS/ESF



## INTRODUÇÃO

Este trabalho tem como objetivo verificar o conhecimento do Cirurgião Dentista (CD) sobre a inter-relação da DTM e o zumbido na atenção primária em saúde, na Macrorregional Oeste, município de Curitiba.

## DESENVOLVIMENTO

Trata-se de uma pesquisa transversal, quantitativa, realizada na Macrorregional Oeste de Curitiba. Numa primeira fase, constitui-se na aplicação de um instrumento de pesquisa estruturado, autoaplicável para os CDs e de educação continuada. Após 30 dias o mesmo instrumento é reaplicado, a fim de saber se os CDs compreenderam e apreenderam sobre o tema abordado.

**Critérios de inclusão:** CD lotados no período da coleta de dados, nas US que compõem a macrorregional oeste.

**Critérios de exclusão:** CD que encontram-se em licença ou férias, no período da coleta de dados ou não aceitem a participar da pesquisa.

## CONCLUSÃO

Até o presente momento, realizou-se a primeira fase da pesquisa e a educação continuada em dois Distritos Sanitários. No DSSF em 11/11/14 atingindo 8 CDs e no DSPO em 18/11/14 com 7 CDs participantes. No DSCIC aguarda-se agendamento.

## REFERÊNCIAS

Americam Tinnitus Association - **Information About Tinnitus**, Portland, ATA. 2011[site de internet]. Disponível em: <http://www.ata.org/for-patients/about-tinnitus#what-is-tinnitus>. Acessado em 08 junho de 2014.

SIQUEIRA, J. T. T. et al. **Dores orofaciais: diagnóstico e tratamento**. São Paulo: Artes Médicas, 2012.

LEEUW, R. Dor orofacial: guia de avaliação, diagnóstico e tratamento. 4. ed. São Paulo: Quintessence, 2010.

OKESON, J. P. **Tratamento das desordens temporomandibulares e oclusão**. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

### Macrorregional Oeste

Cirurgião Dentista em US- APS.

| DS           | Nº         | NC=95%    |           |
|--------------|------------|-----------|-----------|
|              |            | e=3%      | e=4,5%    |
| CIC          | 51         | 37        | 28        |
| PO           | 41         | 31        | 22        |
| SF           | 41         | 31        | 22        |
| <b>TOTAL</b> | <b>133</b> | <b>99</b> | <b>72</b> |

FONTE: DAPS/SMS – Março / 2014

### Instrumento de pesquisa estruturado, autoaplicável

**IDENTIFICAÇÃO**  
Nome: (opcional) \_\_\_\_\_  
Idade: \_\_\_\_\_ anos  
Gênero: ( ) Masculino ( ) Fêmea  
Estado civil: ( ) Casado ( ) Solteiro ( ) Divorciado/Separado ( ) Viúvo  
DSCIC: ( ) DSPO ( ) DSSF ( )

Questionário, assinalar a(s) opção(s) com X.

1. Ao realizar o exame clínico em seu paciente você avalia as articulações temporomandibulares (ATM) e músculos mastigatórios?  
( ) Sim ( ) Não ( ) As vezes ou quando necessário

2. Qual(is) os fator(es) você relaciona a etiologia da disfunção temporomandibular (DTM)?  
( ) Alterações oclusais ( ) Estresse  
( ) Hábitos parafuncionais ( ) Multifatorial  
( ) Alterações musculoesqueléticas ( ) Outro(s), qual(is)? \_\_\_\_\_  
( ) Trauma

3. Você acha que a dor na ATM é o sinal clínico mais comum na DTM?  
( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei

4. Na sua opinião, existe relação entre DTM e zumbido?  
( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei

5. Na sua opinião, existe relação entre oclusão e DTM?  
( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei

6. Na sua opinião, existe relação entre oclusão e zumbido?  
( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei

7. Na sua opinião, a oclusão pode ser a causa principal da DTM?  
( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei

8. Na sua opinião, o bruxismo é significativo no desenvolvimento da DTM?  
( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei

9. Na sua opinião, o estresse é um fator no desenvolvimento da DTM e/ou do Zumbido?  
( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei

10. Na sua opinião, no serviço público o tratamento da DTM deveria ocorrer:  
( ) Atenção Básica  
( ) Média complexidade  
( ) Alta complexidade

11. Na sua opinião, o que você considera como método(s) eficaz(es) para tratar a DTM?  
( ) Ajuste oclusal  
( ) Ortodontia ( ) Termoterapia ( ) Dieta  
( ) OTC (Dispositivo Intraoclusal) ( ) Medicamentos ( ) Infiltração anestésica  
( ) Acupuntura ( ) Fisioterapia ( ) Placas  
( ) Cirurgia Buco-Maxilo-Facial ( ) Ajuste oclusal  
( ) Fisioterapia ( ) Terapia medicamentosa

12. Pacientes com DTM e/ou zumbido já procuraram a clínica odontológica da Unidade de Saúde onde atua?  
( ) Sim ( ) Não

13. Se a resposta anterior for sim, qual(is) a sua conduta perante esses pacientes?  
( ) Trata  
( ) Entra em contato com o DS  
( ) Encaminha para outro profissional da rede  
( ) Não encaminha  
( ) Não trata

14. Se você trata, qual(is) os tipos de tratamento usados?  
( ) Relaxamento ( ) Termoterapia ( ) Dieta  
( ) Acupuntura ( ) Medicamentos ( ) Infiltração anestésica  
( ) Ortodontia ( ) Fisioterapia ( ) Placas  
( ) Reabilitação ( ) Ajuste oclusal  
( ) Outros, Quais? \_\_\_\_\_

15. Se você encaminha, para qual(is) área(s) de atuação?  
( ) Médica ( ) Fonoaudiologia  
( ) Odontologia ( ) Fisioterapia  
( ) Psicologia ( ) Outro, qual? \_\_\_\_\_

16. Se você encaminha para a área odontológica, qual(is) a(s) especialidade(s)?  
( ) Odontologista  
( ) Oclusão  
( ) Prótese  
( ) Buco-Maxilo-Facial  
( ) DTM  
( ) Acupuntura  
( ) Outro, qual? \_\_\_\_\_

17. Caso você não trate, preencha abaixo a(s) razão(ões)  
( ) Conhecimento insuficiente ( ) Outras: \_\_\_\_\_  
( ) Material inadequado  
( ) Ausência de material  
( ) Procedimentos não pactuado

18. Se você não encaminha, qual a(s) razão(ões)  
( ) Desconhecimento do fluxo  
( ) Indisponibilidade de referência na especialidade necessária  
( ) Conhecimento insuficiente ( ) Outras: \_\_\_\_\_  
( ) Trata na sua Unidade de Saúde

19. Na sua opinião, você acha necessário atualização sobre o tema DTM e a inter-relação com o Zumbido.  
( ) Sim ( ) Não

# PERFIL FARMACOTERAPÊUTICO DOS PACIENTES ATENDIDOS EM UM SERVIÇO DE CLÍNICA FARMACÊUTICA

Autor principal/relator: Linda Tieko Kakitani Morishita

Local de Trabalho: NASF 1 - DSBV  
Eixo Temático: Assistência farmacêutica e processos de medicalização na sociedade



## INTRODUÇÃO

Este trabalho tem como objetivo analisar o perfil farmacoterapêutico dos pacientes polimedicados, definido por alguns autores como a utilização de cinco ou mais medicamentos, atendidos nas consultas desenvolvidas no serviço de clínica farmacêutica (SANTOS, 2010; SOUZA, 2011; CORRER, 2013).

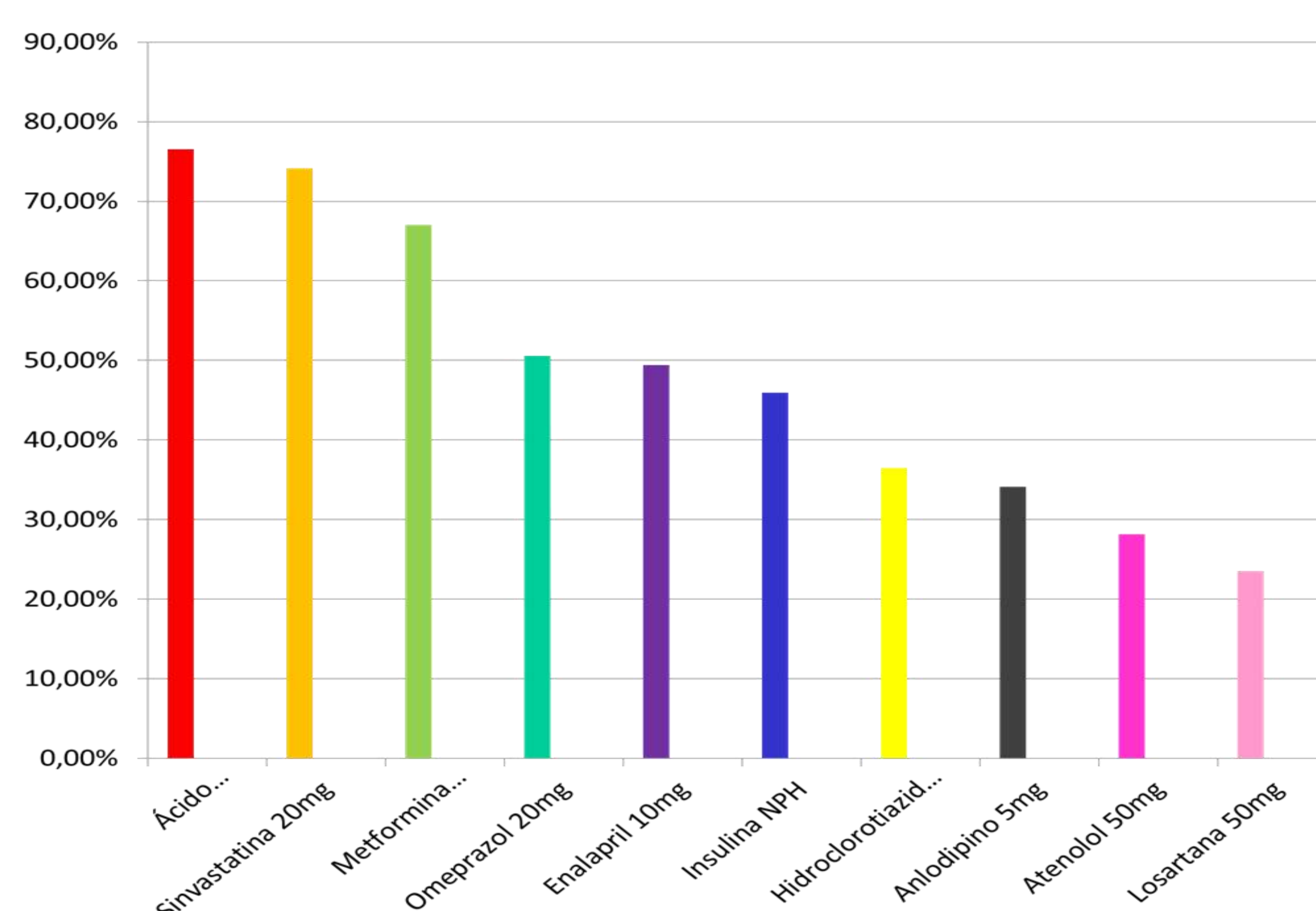
## DESENVOLVIMENTO

A polimedicação corresponde a um dos principais fatores de risco para a ocorrência de problemas relacionados à farmacoterapia, uma vez que prejudica a capacidade de gestão e adesão ao tratamento, aumenta o risco de inefetividade, interações medicamentosas e reações adversas a medicamentos (SANTOS, 2010; SOUZA, 2011; CORRER, 2013).

A coleta dos dados foi realizada a partir dos prontuários das consultas do serviço de clínica farmacêutica realizada na atenção primária à saúde. Foram analisados prontuários de 85 pacientes atendidos em 12 Unidades de Saúde (US), no período de abril a maio de 2014, dos quais 76,5% eram idosos (>60 anos). Os medicamentos mais utilizados foram: ácido acetilsalicílico 100mg (76,5% dos pacientes); sinvastatina 20mg (74,1%); metformina 850mg (67,0%); omeprazol 20mg (50,6%); enalapril 10mg (49,4%); insulina NPH (45,9%); hidroclorotiazida 25mg (36,5%); anlodipino 5mg (34,1%); atenolol 50mg (28,2%) e losartana 50mg (23,5%).



Fonte: Foto de “Logística Hospitalar e Saúde”. URL: [http://www.revistapesquisamedica.com.br/portal/arquivos/98225803\\_SJJC8H.jpg](http://www.revistapesquisamedica.com.br/portal/arquivos/98225803_SJJC8H.jpg)



Fonte: dados dos prontuários das consultas do serviço de clínica farmacêutica, NASF 1 – DSBV/SMS-Curitiba, 2014.

## CONCLUSÃO

Os medicamentos mais prevalentes são os utilizados para a prevenção de doenças cardiovasculares. No entanto, o acesso a tais medicamentos não garantem melhores resultados em saúde, visto que na grande maioria das vezes, estes pacientes apresentam dificuldades em compreender a prescrição médica e em aderir ao tratamento medicamentoso, itens fundamentais para se obter um resultado terapêutico satisfatório. É neste contexto que surge o papel do farmacêutico, a fim de assegurar ao paciente a compreensão adequada da farmacoterapia, garantindo autonomia na gestão dos seus medicamentos, com propósito de alcançar resultados definidos que melhorem ou mantenham a qualidade de vida do paciente.

## REFERÊNCIAS

CORRER, C. J.; OTUKI, M. F. A prática farmacêutica na farmácia comunitária. Porto Alegre: Artmed, 2013. 440p.

SANTOS, K.S. et al. Uso de hipoglicemiantes e adesão à terapia por pacientes diabéticos atendidos no sistema único de saúde, Rev HCPA, Porto alegre, v. 30, n. 4, 2010.

SOUZA, S. et al. Polimedicação em doentes idosos: adesão à terapêutica. Revista portuguesa de medicina geral e família, Portugal, v. 27, n. 2, 2011.

# RODA DE CONVERSA COM HIPERTENSOS E DIABÉTICOS PARA O AUTOCUIDADO APOIADO

Autor principal/relator: Marcia Cristina Soardis Gruber  
Colaboradores: Alice M. N. F. Lopes, Cleide A. Z. da Silva, Michele A. da S. Freitas, Rosângela C. Weiger e Silvana M<sup>a</sup> de Souza

Local de Trabalho: Unidade de Saúde Umbará II  
Eixo Temático: Prática de cuidado da enfermagem na APS/ESF



## INTRODUÇÃO

Verificou-se dificuldades na adesão ao tratamento e nas atitudes de autocuidado no cotidiano dos hipertensos e diabéticos, devido a dificuldade de perda de peso, de promover mudanças alimentares, de praticar atividade física e da baixa motivação individual. Na rotina da UBS Umbará II, realizavam-se palestras para grupos, mas observou-se necessidade de mudança. O grupo de hipertensos e diabéticos somam em média 75 participantes, classificados conforme o grau de risco. O presente trabalho teve como objetivo sensibilizar esses usuários, com vistas ao fortalecimento do autocuidado, por meio da utilização de Rodas de Conversa e do “Caderno de Exercícios: autocuidado apoiado” (SMS CURITIBA, 2012), que propõe uma reflexão acerca do cotidiano, da relação com o mundo, com a sua saúde, com o trabalho, com seu projeto de vida.

## DESENVOLVIMENTO

Durante o ano de 2014, realizou-se encontros trimestrais com 75 diabéticos e hipertensos, entre 35 a 83 anos, de ambos os sexos, que já participavam há mais de três anos do programa da UBS Umbará II. Utilizou-se de Rodas de Conversa em grupos de 10 pessoas, com aplicação de questionários de comportamentos alimentares, físicos e de manejo do estresse conforme o “Caderno de Exercícios: autocuidado apoiado” (SMS CURITIBA, 2012). As Rodas foram desenvolvidas de forma que as pessoas podiam se expressar e superar seus medos. Para facilitar a comunicação e a interação, fez-se uso de técnicas de dinamização de grupo. Os encontros foram realizados por diferentes profissionais da equipe. Os grupos eram divididos em salas, que permaneciam com um profissional em média por 20 minutos em atividades de educação em saúde, depois com outro profissional e assim por diante. Foram trabalhadas orientações: nutricional, farmacêutica, atividade física, postural, cuidados com quedas, com o pé diabético, saúde mental, autoestima, vida saudável, saúde bucal, importância do tratamento médico, direitos sociais e documentações. Fez-se esclarecimento de dúvidas dos usuários e seus familiares, sendo essencial para o sucesso: o apoio familiar. Finalmente se realizou a pactuação individual, com vistas à melhoria na qualidade de vida. Na pactuação, percebeu-se que os hábitos são desenvolvidos ao longo do tempo e compartilhados com familiares e amigos. Por isso, quando tenta-se modificá-los, assumindo comportamentos novos, é muito comum retornar ao comportamento antigo habitual. As principais dimensões pactuadas foram: melhorar a alimentação; aumentar a prática de atividade física; lidar com o estresse; parar de fumar; tomar medicamentos conforme orientação; e, evitar o consumo de bebidas alcoólicas. Trabalhou-se ainda com os deslizes e recaídas, num movimento de aprendizado para consolidação para mudança.

## CONCLUSÃO

Atualmente, toda a equipe da UBS Umbará II está comprometida no cuidado dos pacientes com diabetes e hipertensão, sendo fundamental a participação de todos nas orientações, acompanhamentos e tratamentos contínuos. As Rodas de Conversa contribuíram para fomentar a reflexão, o diálogo e na qualidade de vida dos usuários. Conclui-se que todos do grupo de diabético e hipertenso apresentaram alguma melhora como um todo. Fortaleceu-se a amizade entre os participantes do grupo e os vínculos dos usuários com a equipe de saúde. Aspectos que se refletem na alegria dos encontros, pela troca de experiências. O presente trabalho evidenciou a importância de se promover o autocuidado e observou a efetividade de se fazer educação em saúde utilizando-se as Rodas de Conversa. Espera-se que essa experiência possa contribuir com o cuidado dos diabéticos e hipertensos, aumentando a adesão ao tratamento, fortalecendo as ações para mudança de comportamentos e ampliando o autocuidado. A equipe sente-se orgulhosa de promover a qualidade de vida de uma forma tão gratificante.

## REFERÊNCIAS

Curitiba, Secretaria Municipal de Saúde. *Autocuidado apoiado: caderno de exercícios*. Organização - Cavalcanti, AM. 31 p. Curitiba, 2012.

Curitiba, Secretaria Municipal de Saúde. *Autocuidado apoiado: manual do profissional de saúde*. Organização – Cavalcanti, AM. e Oliveira A C L. 92 p. Curitiba, 2012.

Moyses, ST; Silveira Filho, AD; Moyses, SJ.(organizadores). *Laboratório de inovações no cuidado das condições crônicas na APS: A implantação do Modelo de Atenção as Condições Crônicas na UBS Alvorada em Curitiba*. Organização Pan-Americana da Saúde Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 193 p. Brasília, 2012.



Fotografia de Magiceyes “mulher que funciona sozinha em belo pôr-do-sol”.  
URL [http://us.123rf.com/450wm/magiceyes/magiceyes1402/magiceyes140200030/25834305-mulher-e-cachorro-correndo-livre-na-praia-no-por-do-sol-dourado-de-fitness-menina-e-seu-animal-de-es.jpg] (acesso em 21/11/2014)



Fotografia de Gruber “grupo de hipertensos e diabéticos da UBS Umbará II”.



Fotografia de gataavessa.com.br “comer frutas engorda?”  
URL [http://gataavessa.com.br/wp-content/uploads/2014/08/frutas-fita-metrica.jpg] (acesso em 21/11/2014)

# ESTÁGIO VOLUNTÁRIO NA ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL DE MÉDIA COMPLEXIDADE: A EXPERIÊNCIA DO CURSO DE ODONTOLOGIA DA UFPR

Autor principal/relator: Gisele B. Rauli  
Colaboradores: Sibeles O. Pereira, Marilene Buffon, Rafael G. Ditterich G

Local de Trabalho: Centro de Especialidades Sylvio Gevaerd.  
Eixo Temático: atenção especializada



## INTRODUÇÃO

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são uma nova forma de organização para promover atenção à saúde nos sistemas integrados, permitindo responder com eficiência à saúde da população brasileira (MENDES, 2011). O presente relato pretende avaliar a experiência dos alunos do nono ano de Odontologia do PET Saúde Redes de Atenção UFPR/SMS de Curitiba no estágio de atenção à saúde bucal de média complexidade no CEO Prof. Sylvio Gevaerd.

## DESENVOLVIMENTO

O estágio de atenção à saúde bucal de média complexidade no CEO Prof. Sylvio Gevaerd acontece em três turnos semanais de 5 horas durante 2 semanas (30 horas). Esta pesquisa avaliou a percepção de 16 acadêmicos que já participaram deste estágio. Os acadêmicos que já participaram do estágio, concluíram que o estágio proporcionou:

1. A melhor compreensão do papel e organização do CEO e da sua importância na rede de atenção integral em saúde bucal no município;
2. O aprimoramento profissional (individual) dos acadêmicos;
3. No reconhecimento da importância do cirurgião-dentista da atenção secundária nos serviços públicos de saúde;
4. Maior clareza quanto a necessidade de que este estágio seja contemplado como atividade obrigatória na matriz curricular do curso de Odontologia, inclusive com ampliação de sua carga horária.

## CONCLUSÃO

O estágio atingiu seus objetivos na formação acadêmica, estando em conformidade às diretrizes curriculares nacionais. Os alunos apresentaram uma formação ampliada das ações de saúde bucal no SUS, compreendendo os fluxos de atendimento e reconhecendo o papel dos diferentes pontos de atenção na Rede de Atenção à Saúde Bucal.

## REFERÊNCIAS

Mendes, EV. *As redes de atenção à saúde*. Organização Pan-Americana da Saúde. 549 p. Brasília, 2011. ISBN: 978-85-7967-075-6.

Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. *Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento* Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 86 p. : il. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios) ISBN 978-85-334-1353-5



Fotografia de RAULI, GB. “CEO Sylvio Gevaerd – Curitiba, PR”



Fotografia de RAULI, GB. “Equipe do CEO Sylvio Gevaerd”

### Questionário de avaliação do estágio voluntário no Centro de Especialidades Odontológicas em Curitiba-PR

| Perguntas                                                                                                                               | Avaliação |         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|---------|
| 1.1 Você foi bem recepcionado pela(s) preceptora(s) no Centro de Especialidades Odontológicas?                                          | ( ) Sim   | ( ) Não |
| 1.2 O local de estágio foi adequado para as atividades programadas?                                                                     | ( ) Sim   | ( ) Não |
| 1.3 As preceptora(s) demonstravam disponíveis para explicar, tirar dúvidas e comentar sobre as atividades que estavam sendo realizadas? | ( ) Sim   | ( ) Não |

| Perguntas                                                                                                                                              | Avaliação |         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|---------|
| 2.1 As preceptora(s) oportunizaram a compreensão da organização e funcionamento do Centro de Especialidades Odontológicas?                             | ( ) Sim   | ( ) Não |
| 2.2 As preceptora(s), quando possível, oportunizaram a realização de atendimento clínico no Centro de Especialidades Odontológicas.                    | ( ) Sim   | ( ) Não |
| 2.3 Com o estágio você compreendeu a importância da atuação do cirurgião-dentista na atenção secundária?                                               | ( ) Sim   | ( ) Não |
| 2.4 O estágio no Centro de Especialidades Odontológicas deveria ser uma atividade de estágio obrigatória no currículo do curso de Odontologia da UFPR? | ( ) Sim   | ( ) Não |
| 2.5 Na questão acima, justifique a sua resposta.                                                                                                       |           |         |

| Perguntas                                                                | Avaliação                                 |                                           |
|--------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------|
| 3.1 De forma geral, como você classificaria a experiência desse estágio? | ( ) Excelente<br>( ) Muito bom<br>( ) Bom | ( ) Regular<br>( ) Ruim<br>( ) Muito Ruim |
| 3.2 Sugestões, elogios e/ou problemas observados no local do estágio.    |                                           |                                           |

# INTERVENÇÃO EM SAÚDE BUCAL NA ESCOLA MUNICIPAL VILA TORRES

Autor principal/relator: Luciane Silveira Miranda de Lima  
Colaboradores: Equipe de Odontologia da UMS Capanema

Local de Trabalho: UMS Capanema  
Eixo Temático: Saúde Bucal na APS/ESF



## INTRODUÇÃO

Este trabalho apresenta os resultados obtidos e as estratégias utilizadas pela equipe de odontologia da Unidade Municipal de Saúde Capanema na intervenção realizada em Saúde Bucal na Escola Municipal Vila Torres, no segundo semestre de 2012, de acordo com o Programa Saúde na Escola.

## DESENVOLVIMENTO

Para intervenção na saúde bucal dos 276 escolares na faixa etária entre 5 a 14 anos, foram estabelecidas as seguintes metas:

- Efetuar exame bucal em 100% dos escolares.
- Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica para escolares com atividade de cárie.
- Fazer busca ativa das crianças faltosas às consultas agendadas.
- Manter registro atualizado em planilha e/ou prontuário de 100% das crianças que receberem tratamento odontológico.
- Fornecer orientações sobre higiene bucal e prevenção para 100% dos escolares.
- Realizar escovação dental orientada e com flúor nas crianças priorizadas.

Para execução da intervenção foi utilizada planilha de acompanhamento que definiu os escolares que necessitavam de tratamento odontológico, a necessidade de retornos, o endereço, e se o tratamento foi concluído.

Foi enviado aos pais, através da agenda dos alunos, comunicado sobre a necessidade de tratamento. A equipe realizou visitas domiciliares para busca ativa dos faltosos e ações de prevenção com os familiares. As agentes comunitárias de saúde realizaram o contato com as famílias que não foram encontradas nos períodos previstos para visitas. Todas as turmas realizaram cinco sessões de escovação orientada e com flúor gel.

Os professores abordaram o tema saúde bucal em sala de aula e na Feira de Ciências da escola.

## CONCLUSÃO

Os resultados obtidos atingiram as metas estabelecidas, pois 100% dos escolares foram examinados, dos quais se verificou que 51,9% necessitavam de tratamento odontológico, sendo que destes, 30,6% concluíram o tratamento odontológico no período da intervenção. Foram realizadas visitas domiciliares para 76% dos faltosos. As orientações sobre higiene bucal e prevenção de cárie dentária e gengivite atingiram 100% dos escolares, assim como a participação na escovação dental supervisionada e atualização do registro bucal dos escolares na UMS Capanema.

## REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica, n.24. Saúde na Escola. Série B. Textos Básicos de Saúde.** Brasília – DF, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica: Saúde Bucal.** Secretaria de atenção à Saúde. Departamento de atenção Básica. Brasília, 2006.
- Protocolo Integrado de Atenção à Saúde Bucal.** – Curitiba: Secretaria da Saúde de Curitiba. Centro Informações em Saúde, 2004.



# INDICADORES DO ATENDIMENTO DE MÉDIA COMPLEXIDADE NA ODONTOLOGIA : ENDODONTIA CEO SYLVIO GEVAERD

Autor principal/relator: Gisele de Bortolli Rauli  
Colaboradores: Eliete Takesiro

Local de Trabalho: Centro de especialidades Odontológicas Sylvio Gevaerd  
Eixo Temático: Atenção especializada



## INTRODUÇÃO

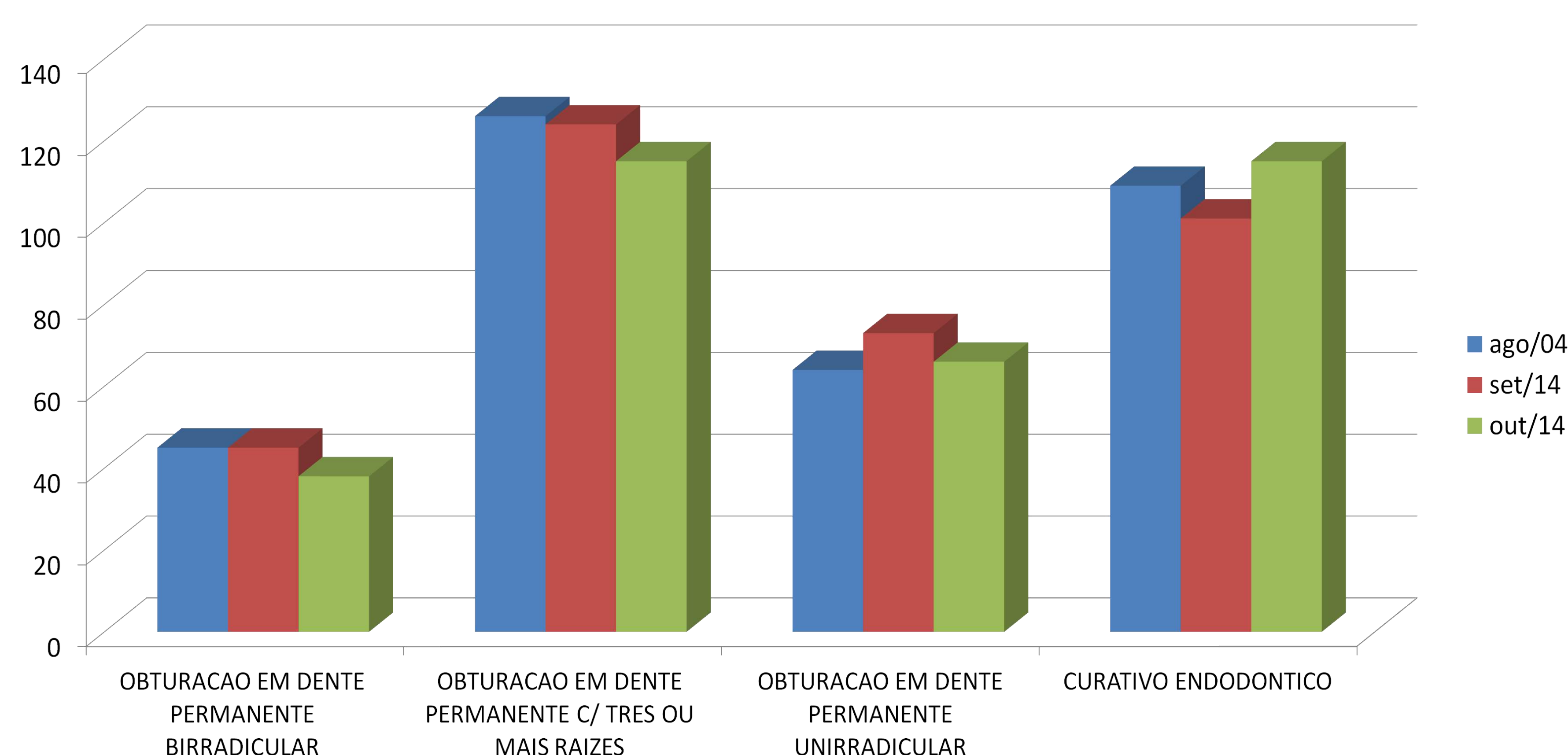
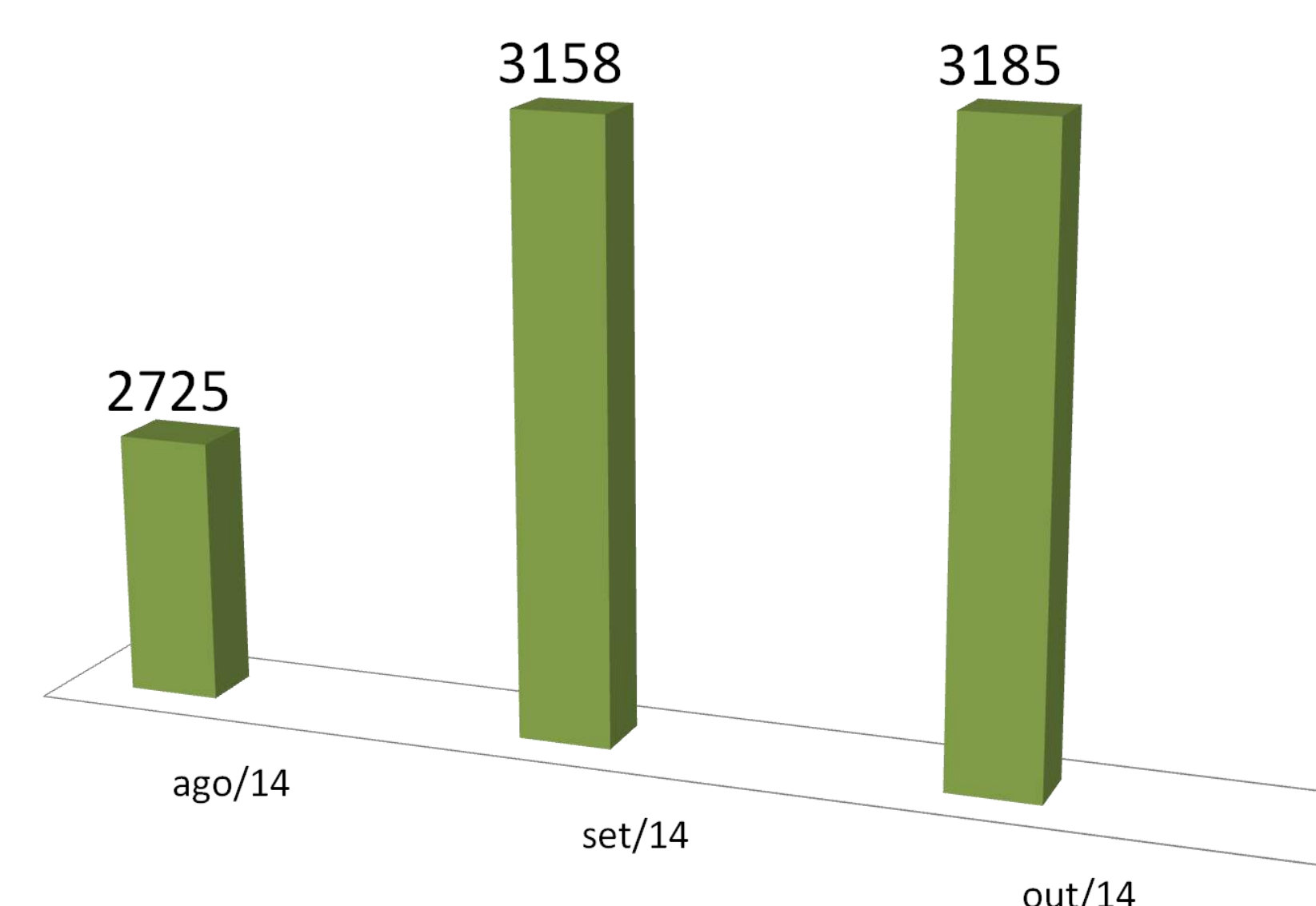
O Serviço de Referência Odontológica de Endodontia do Centro de Especialidades Odontológicas Sylvio Gevaerd, localiza-se no Bairro Portão e conta com um total de 8 endodontistas, com atendimento no turno manhã e tarde, de segunda a sexta. O agendamento é realizado pelas Unidades de Saúde através da Central de Marcação de Consultas da SMS.



## DESENVOLVIMENTO

O presente trabalho avaliou a média de procedimentos fins na especialidade endodontia no terceiro trimestre do ano de 2014. Ressaltando que a primeira sessão do tratamento endodôntico deve ser realizada na US de origem (abertura e curativo), assim o atendimento na especialidade pode se dar em uma única sessão.

total de procedimentos média complexidade



## CONCLUSÃO

A especialidade da endodontia vem sendo resolutive, mesmo com a complexidade dos procedimentos do tratamento do sistema dos canais radiculares. E em 90% dos casos o tratamento é realizado em sessão única. Nesta análise observamos também a diminuição do absentismo, devido ao serviço de confirmação de consultas que foi implantado a pouco tempo e que vem aproveitando todas as consultas, aumentando o número de atendimentos.

# CONHECENDO DIFICULDADES E PLANEJANDO AÇÕES EM UBS NO MUNICÍPIO DE CURITIBA - PR

Autor principal/relator: Rosangela Pontes dos Santos

Local de Trabalho: UBS São João Dell'Rey  
Eixo Temático: Planejamento, monitoramento e avaliação em saúde



## INTRODUÇÃO

Este trabalho objetivou desenvolver um relato de experiência a partir das reflexões teóricas e atividade prática vivenciada pela Equipe de Saúde da Família (Quatro Equipes) em US do município de Curitiba – PR. A Unidade Básica de Saúde (UBS) São João Dell'Rey, situada no Bairro Sítio Cercado, atende 12.348 pessoas. O maior desafio da equipe é conseguir programar seus atendimentos pois, a equipe só consegue atender a demanda devido ao número insuficiente de profissionais. Mesmo com essas dificuldades tem conseguido bons resultados, por exemplo: nenhum óbito infantil em 2012 e a cobertura vacinal de crianças com até um ano de vida tem ficado acima da meta. Contudo, vários aspectos ainda precisam ser melhorados.

## DESENVOLVIMENTO

A metodologia utilizada foi o portfólio, ferramenta de aprendizagem e aquisição de novos conhecimentos cujo objetivo é fazer com que o aluno contribua com as discussões em sala de aprendizagem virtual com aquisições do cotidiano que o cerca, com pesquisas científicas, literatura específica e conhecimentos gerais. O levantamento de dados da Unidade de Saúde São João Del'Rey, apresentou os seguintes problemas:

- Baixa cobertura de visitas domiciliares;
- Reduzida participação dos usuários nos programas de hipertensos e diabéticos;
- Baixo acompanhamento de usuários com tuberculose (TB) e seus comunicantes;
- Captação de lactentes abaixo da meta estabelecida.

O critério utilizado para a priorização dos problemas foi a nota da equipe no IDQ (índice de desenvolvimento de qualidade), que ficou bem abaixo do esperado. Foram realizadas reuniões entre a gestão e a equipe para discutir e estabelecer metas para mudar essa realidade no prazo de três meses. Após discutir cada um dos problemas, as prioridades foram estabelecidas. As principais causas levantadas para esses problemas foram:

- Equipe pouco envolvida com o trabalho;
- Reduzida motivação da população para buscar o acompanhamento na UBS.

Depois de levantadas as causas, traçaram-se as metas para reverter os números encontrados. Percebeu-se que aumentando o número de visitas domiciliares, conseqüentemente aumentaria a captação de lactentes e o acompanhamento a pacientes com tuberculose.

Para avaliar o resultado foi usado o Índice de Desenvolvimento de Qualidade (IDQ), que ficou em 58% e 72% no último trimestre.

Observou-se que houve uma melhora considerável em todos os itens, mostrando assim a importância de conhecer o perfil epidemiológico da unidade onde se trabalha, e planejar as ações de acordo com o resultado.

## CONCLUSÃO

Com esse trabalho foi possível concluir que para que haja resultados concretos, é necessário principalmente o trabalho em conjunto envolvendo toda a equipe. Assim como citado por Filkelman (2002). As estratégias para promover saúde incluem o estabelecimento de políticas públicas saudáveis, a criação de ambientes favoráveis ao fortalecimento de ações comunitárias, a reorientação dos serviços de saúde o que se refere à educação profissional em saúde e o desenvolvimento de habilidades e capacidades individuais (educação popular em saúde) de forma a promover possibilidades de escolhas e perseguir a saúde e o desenvolvimento.

## REFERÊNCIAS

FINKELMAN, JACOBO. *Caminhos da saúde pública no Brasil*. 20 edição, Fio Cruz. 2002, Rio de Janeiro. 2002; p. 327.



# CLÍNICA FARMACÊUTICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: RELATO DE CASO (1)

Autor principal/relator: Silmara Simioni

Local de Trabalho: NASF 2 - BV  
Eixo Temático: Assistência farmacêutica e processos de medicalização da sociedade



## INTRODUÇÃO

Este relato de caso visa expor como o farmacêutico, aliado à equipe multidisciplinar da Atenção Básica, tem potencial de revelar o seu valor social no cuidado à saúde e, principalmente, de impactar positivamente na recuperação do paciente e melhorar sua qualidade de vida.

## DESENVOLVIMENTO

CS, mulher, em uso de fluoxetina 20mg(3-0-0) e metformina 850mg(0-1-1). Referiu diarreias intensas, diárias, após o café da manhã, há cerca de 1 ano e dores abdominais, tristeza e choro constante. Os problemas detectados foram: condição clínica sem tratamento (diarreia); omissão de doses (fluoxetina), horário incorreto (metformina após café da manhã). As intervenções foram: aumento da dose (fluoxetina) e correção do horário (metformina no almoço) e encaminhamento ao médico para avaliação dos transtornos GI. No mesmo dia, CS foi atendida na UMS e inscrita na fila de espera para Gastroenterologia. Em duas consultas farmacêuticas de retorno, CS demonstrou uso correto da fluoxetina e metformina, expressando melhora dos sintomas depressivos e que não mais teve transtornos GI. Informou que não vê mais necessidade da consulta especializada, saindo da fila de espera.

## CONCLUSÃO

Este caso demonstra que a clínica farmacêutica é um serviço capaz de promover a resolução e prevenção de problemas relacionados à farmacoterapia e que o profissional farmacêutico pode auxiliar na otimização da resolutividade de problemas na Atenção Básica.

## REFERÊNCIAS

CORRER, C J; OTUKI, M. A Prática Farmacêutica na Farmácia Comunitária. 1ª ed. Curitiba: editora Armed, 2013, 442 p

# CLÍNICA FARMACÊUTICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: RELATO DE CASO

Autor principal/relator: Silmara Simioni

Local de Trabalho: NASFBV

Eixo Temático: Assistência farmacêutica e processos de medicalização da sociedade



## INTRODUÇÃO

Na prática da clínica farmacêutica, os esforços convergem na concretização do compromisso do farmacêutico com a qualidade do cuidado personalizado, com o intuito de promover o uso racional dos medicamentos e otimizar a adesão ao tratamento e os resultados em saúde. Este relato de caso visa expor como o farmacêutico tem potencial de impactar positivamente na recuperação e segurança do paciente.

## DESENVOLVIMENTO

Mulher, 74 anos, HAS, DM II, angina e trombose coronariana, há 1 mês submetida a cirurgia para colocação de *stent*, 13 medicamentos prescritos. Relatou sentir-se bem, sem falta de ar/fadiga em repouso e movimento. Dentre os problemas relacionados à farmacoterapia, estava a necessidade de medicamento adicional, tendo em vista que, em casos de colocação de *stent*, existe recomendação de uso do antiplaquetário clopidogrel associado a ácido acetilsalicílico 100 mg (que a paciente já utilizava), para evitar formação de trombos no *stent* e reintervenção. O serviço de Clínica Farmacêutica entrevistou elaborando carta ao serviço de Cardiologia, cuja entrega ficou a cargo da paciente. Em consulta farmacêutica de retorno, a paciente, apresentou receituário de clopidogrel 75mg e foi orientada a como ter acesso gratuito para próximos meses.

## CONCLUSÃO

As intervenções realizadas refletem a oportunidade que o farmacêutico teve de interagir com a equipe multidisciplinar da atenção básica e especializada, se responsabilizar com as decisões terapêuticas e de colaborar com a resolução de problemas farmacoterapêuticos complexos, valorizando sua formação acadêmica e contribuindo para o cuidado integral e segurança do paciente.

## REFERÊNCIAS

CORRER, C J; OTUKI, M. *A Prática Farmacêutica na Farmácia Comunitária*. 1ª ed. Curitiba: editora Armed, 2013, 442 p.

*Diretrizes Brasileiras de Antiagregantes Plaquetários e Anticoagulantes em Cardiologia*, Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2013

# VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: AVALIAÇÃO DAS NOTIFICAÇÕES

Autor principal/relator: Larissa de Oliveira Peripolli  
Colaboradores: Enfª Drª Karla Crozeta Figueiredo e  
Enfª Jane Apª Felipini Sousa

Local de Trabalho: Unidade Municipal de Saúde Luiz L. Lazoff-Vila Esperança.  
Eixo Temático: Abordagens da Vulnerabilidade: violência e drogas



## INTRODUÇÃO

A violência contra crianças e adolescentes é uma das principais causas de morbimortalidade no Brasil. Por isso, este o estudo objetivou avaliar as fichas de ocorrências dessa natureza no território de uma Unidade Municipal de Saúde com Estratégia de Saúde da Família de Curitiba.

## METODOLOGIA

**Aspectos Éticos**

- Aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Paraná sob o número de registro CAAE 25496513.4.3001.0101 e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba.

**Tipo da pesquisa**

- Avaliativa, documental, retrospectiva, de abordagem quantitativa.

**Local da pesquisa**

- Unidade Municipal de Saúde com Estratégia de Saúde da Família do Distrito Sanitário Boa Vista, Curitiba-PR.

**Coleta e análise dos dados**

- Fichas de acompanhamento da Rede de Proteção (n=37).
- Junho e Julho de 2014.
- Análise: *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 13.0.

## CONCLUSÃO

Encontrou-se significância estatística em relação à natureza da violência e agressor mais frequente. Sugere-se a promoção de discussões sobre a violência contra crianças e adolescentes com as famílias moradoras na área de abrangência da UMS, com vistas a sensibilizá-las para a prevenção desse agravo e redução dos casos. Destaca-se a necessidade de capacitações a equipe de saúde, a fim de aumentar o rastreamento das ocorrências e melhorar a qualidade das notificações.

## REFERÊNCIAS

FRANZIN, C.S.F.; FRANZIN, F.M.; MOYSÉS, S.T. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: prevalência em cidades do sul do Brasil. **Colloquium Vitae**. Presidente Prudente- São Paulo: 2012.

## RESULTADOS

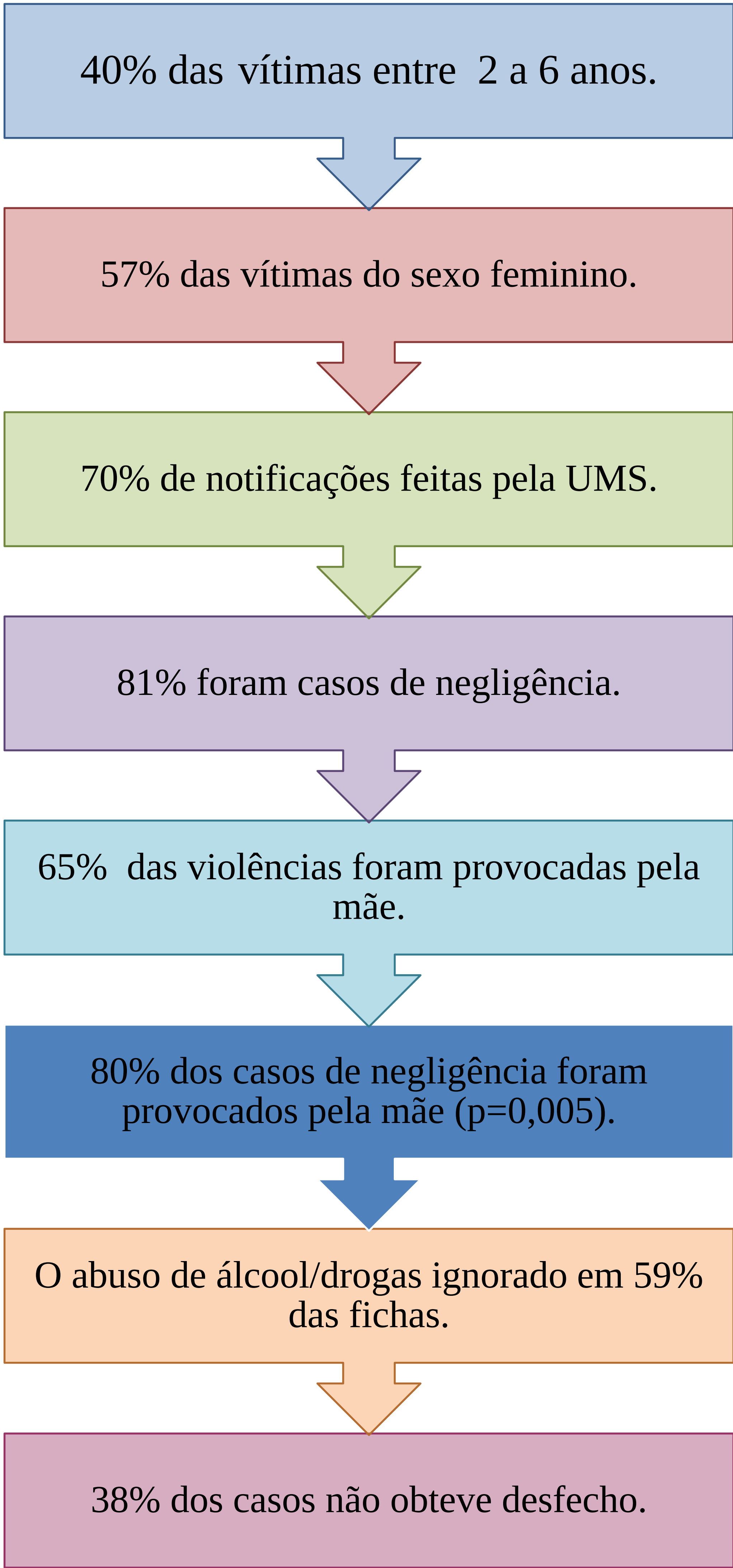


FIGURA 1 - Esquema gráfico ilustrando alguns dos principais resultados.  
Fonte: A autora, 2014.

# CUIDADO E PROTEÇÃO DAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Autor principal/relator: Eunice Becker  
Colaboradores: Emilia Satie Sato, Kátia Silene S. Ribeiro, Barbara Soares Geraldo.

Local de Trabalho: DS Pinheirinho, US Concórdia, US Maria Angélica, US Pompéia.  
Eixo Temático: Determinação social, iniquidade e promoção da saúde.



## INTRODUÇÃO

A família deveria ser um núcleo social protetor, constituindo um ambiente harmônico. Porém, em determinadas situações, podem se estabelecer relações conflituosas intrafamiliares por diferentes causas, que podem ser de ordem social, cultural ou econômica. Parte dos casos de violências contra crianças e adolescentes acontecem por familiares e/ou nos domicílios, o ambiente das famílias. Com o objetivo de intervir neste problema, desenvolveu-se um projeto piloto com as famílias do no CRAS Caximba e da Escola Estadual Monteiro Lobato; desenvolvendo-se ações de prevenção primária de combate e controle das violências contra as crianças.

## DESENVOLVIMENTO

No segundo semestre de 2014 foram realizados três encontros mensais no CRAS Caximba na Escola Estadual Monteiro Lobato, desenvolvendo-se ações integradas intersetoriais com representantes da FAS, da Educação e da Saúde, ativos representantes da rede de proteção.

No CRAS Caximba, os servidores da saúde realizaram encontro sobre o cuidado e a proteção das famílias. Assistiu-se ao vídeo que conta a história dos “Sete Cabritinhos”, estimulando a reflexão sobre o sentido de proteção. Utilizou-se também apresentação em slides sobre o tema “cuidados, proteção e primeiros socorros”. Depois, buscou-se a interação das famílias com a equipe de saúde fazendo-se uma Roda de Conversa. Ao final do encontro foram distribuídas escovas de dente para as crianças, com intuito de estimular os cuidados com a higiene pessoal dos participantes.

## CONCLUSÃO

O encontro promovido pela equipe de saúde proporcionou às famílias um momento de reflexão e elaboração dos sentimentos relativos aos cuidados e proteção em relação aos seus filhos. Com confiança, comprometimento, amor e respeito ao ser humano, se realizou uma dinâmica que levou a uma melhor reflexão sobre o papel de proteção das famílias. Valorizando-as para que sejam um “porto seguro” para cada um de seus integrantes, principalmente para as crianças e os adolescentes. A proposta da equipe de saúde é ampliar esse projeto, que foi piloto, para que em 2015 se possa abranger de forma programada as outras redes de proteção do Distrito Sanitário Pinheirinho.

## REFERÊNCIAS

Rede de Proteção, Grupo Pinheirinho. *Projeto de prevenção à violência: Família Fera: desenvolvimento um ambiente familiar protetivo*. 1. ed. Curitiba 2014



Fotografia de BECKER, E. “encontro sobre o cuidado e a proteção das famílias – CRAS Caximba.”



Fotografia de BECKER, E. “encontro sobre o cuidado e a proteção das famílias – CRAS Caximba.”



Fotografia de BECKER, E. “encontro sobre o cuidado e a proteção das famílias – CRAS Caximba.”



Fotografia de BECKER, E. “encontro sobre o cuidado e a proteção das famílias – CRAS Caximba.”

# A INSTRUÇÃO NORMATIVA NA APS DA SMS DE CURITIBA: SUBSÍDIOS PARA O CUIDADO DO ENFERMEIRO

Autor principal/relator: Claudine Esmaniotto

Colaboradores: Marcelo Garcia Kolling , Maria Terumi Maruyama Kami, Carla Da Ros, Ingrid Margareth Voth Lowen ,Maraceli Nicolini Balchak

Local de Trabalho: DAPS

Eixo Temático: Carteira de Serviços



## INTRODUÇÃO

Considerando a necessidade de subsidiar o exercício do enfermeiro, para que atue com autonomia e proporcione ao usuário do sistema municipal de saúde uma atenção com qualidade, foi implantada e publicada a Instrução Normativa 01 de dezembro de 2014 .

## DESENVOLVIMENTO

A construção da Instrução Normativa se deu por um grupo de trabalho formado por enfermeiros lotados na SMS, gestores e assistenciais. Sua construção foi a partir da lei Nº 7.498/86 do exercício profissional da enfermagem art.11 inciso C e D4, que trata das atividades do enfermeiro: prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública em rotina aprovada pela instituição de saúde.

A Instrução Normativa 02 /2013 estabelece e respalda o enfermeiro a solicitar exames, prescrever medicamentos, realizar procedimentos e adotar condutas. Com este instrumento o enfermeiro poderá atender a população de uma forma integral ampliando a abrangência do cuidado.

O enfermeiro exerce papel importante neste contexto por seu comprometimento e envolvimento nas ações desenvolvidas na APS, por ser um dos profissionais com grande vínculo profissional – indivíduo e por ser requisitado e envolvido em todo o processo, ocupando espaços estratégicos para a implementação de políticas de saúde.

## CONCLUSÃO

A partir da Instrução Normativa o enfermeiro passou a ter maior autonomia e resolutividade no exercício da sua profissão dentro das Unidades Municipais de Saúde, contribuindo para um cuidado integral e resolutivo. Foi realizada educação continuada junto aos enfermeiros acerca do temas tratados com vistas ao aprimoramento constante deste profissional.

## REFERÊNCIAS

Brasil.Conselho Federal de Enfermagem. Lei do Exercício profissional de enfermagem, 1986. Disponível em: [http://abennacional.org.br/download/Lei\\_profissional.pdf](http://abennacional.org.br/download/Lei_profissional.pdf). Acesso em 18/11/2014.



Profissionais da Equipe Saúde da Família da UBS Alvorada (fotógrafo: Joelson Lucas – SMCS/PMC)



Profissional da Equipe Saúde da Família (fotógrafo: Joelson Lucas – SMCS/PMC)



Profissional da Equipe Saúde da Família (fotógrafo: Joelson Lucas – SMCS/PMC)



Profissional da Equipe Saúde da Família (fotógrafo: Joelson Lucas – SMCS/PMC)

# PASTA DE AGRAVOS DA EPIDEMIOLOGIA: UMA EXPERIÊNCIA DO DSCJ

Autor principal/relator: Ana Valéria de A. Carli  
Colaboradores: Alexandra Ap. A. Fogaci Disner;  
Eloise C. Magajevski ; Silmara de Fatima Sudan;  
Sonia T. Linhares; Sueli T. Schiavon

Local de Trabalho: Distrito Sanitário Cajuru  
Eixo Temático: Vigilâncias - epidemiológica



## INTRODUÇÃO

O grande número de informações repassadas para as Unidades de Saúde (US) pela equipe da Vigilância Epidemiológica, muitas vezes ficam defasadas ou não são localizadas. Fazia-se necessário organizar um fluxo de informações que fosse comum a todos e que possibilitasse a fácil consulta pelos profissionais das equipes das US. Com o objetivo de organizar e facilitar o acesso a informação foi criada a pasta Agravos da Epidemiologia.

## DESENVOLVIMENTO

A comunicação em saúde busca desenvolver estratégias para informar adequadamente e auxiliar na tomada de decisões dos profissionais e dos atores sociais comunitários, servindo para o delineamento de estratégias de prevenção e promoção da saúde<sup>1</sup>. A pasta de Agravos de Epidemiologia foi implantada nas US do Distrito Sanitário Cajuru (DSCJ), em agosto de 2014, como estratégia para melhorar a comunicação entre as equipes da vigilância do DSCJ e das US. Durante cinco meses foram consultados guias, protocolos e informes para a elaboração do material. Foram considerados os agravos de maior relevância como: AIDS, atendimento antirrábico, Chikungunya, Coqueluche, Dengue, Gripe, Hanseníase, Hantavirose, Hepatites, Leptospirose, Malária, Meningites, Poliomielite, Rubéola e Sarampo, Sífilis em gestante, Surtos de doenças transmitidas por alimentos, Toxoplasmose materna e congênita, Tuberculose e Varicela para a composição da pasta. Além de um breve descritivo das doenças, foram inseridos fluxo de investigação, de coleta sorológicas, de encaminhamentos e de atendimentos. Todo o material foi também disponibilizado em meio eletrônico, por meio de um CD-ROM.

## CONCLUSÃO

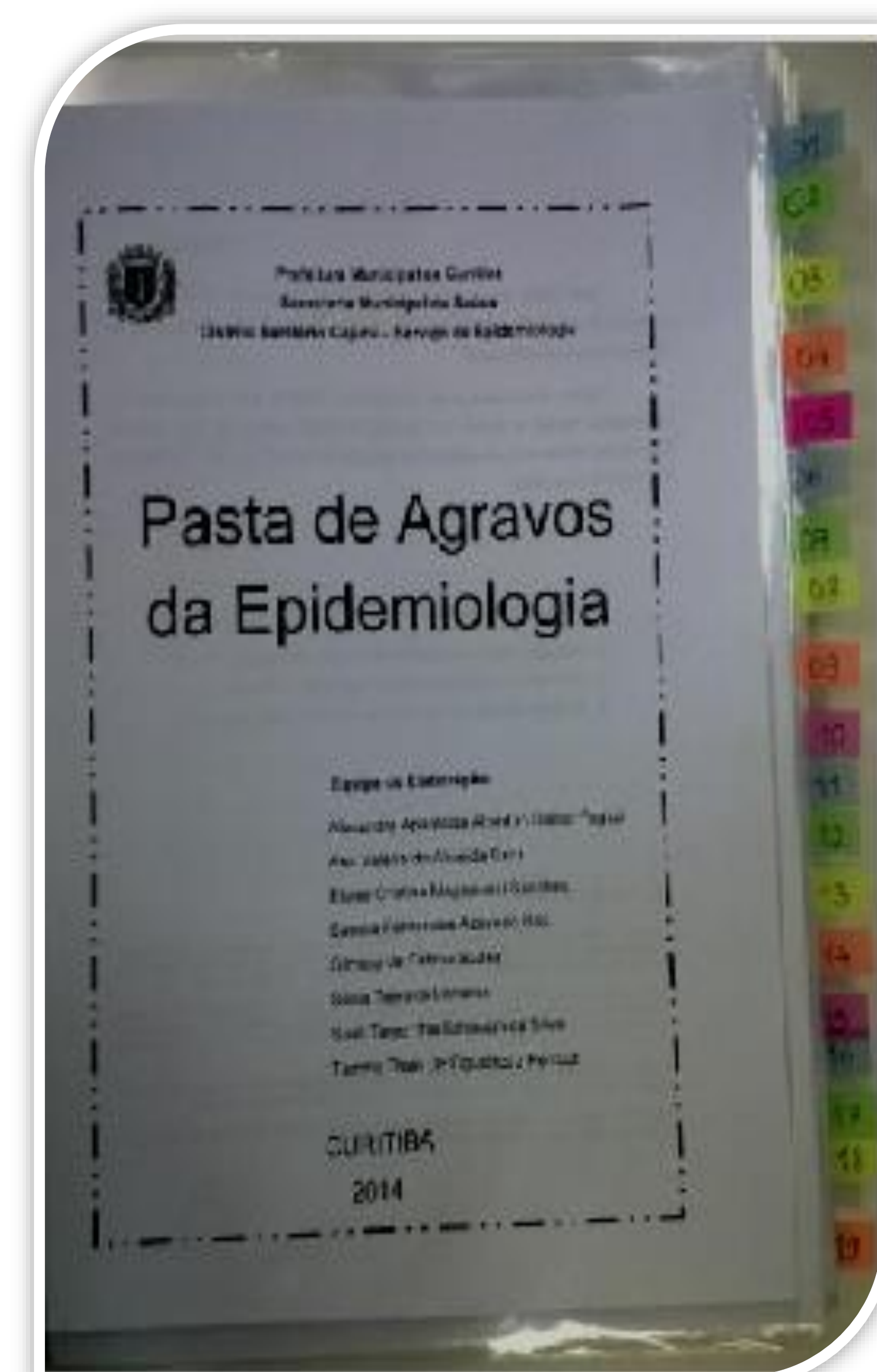
A implantação da pasta de Agravos de Epidemiologia facilita o processo de trabalho das equipes das US e da vigilância, melhorando o trânsito das informações e a qualidade dos encaminhamentos. Observa-se também que há melhor aproveitamento das informações epidemiológicas por parte das equipes das US, posto que as orientações estão disponíveis com facilidade.

## REFERÊNCIAS

<sup>1</sup>TEIXEIRA, J. A. C. *Comunicação em saúde: Relação Técnicos de Saúde - Utentes*. Aná. Psicológica, Lisboa, v. 22, n. 3, set. 2004. Disponível em <<http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php>>. acessos em 16 nov. 2014.



Fotografia de Carli, "Capa da pasta de Agravos de Epidemiologia – DSCJ"



Fotografia de Carli, "Contracapa da pasta de Agravos de Epidemiologia – DSCJ"

# CONSTRUÇÃO DA CARTEIRA DE SERVIÇOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CURITIBA

Autor principal/relator: Claudine Esmaniotto  
Colaboradores: Marcelo Garcia Kolling , Maria Terumi Maruyama  
Kami, Carla Da Ros, Ingrid Margareth Voth Lowen  
,Maraceli Nicolini Balchak

Local de Trabalho: DAPS  
Eixo Temático: Carteira de Serviços



## INTRODUÇÃO

Na busca em oferecer acesso a toda a rede de serviços e resolver grande parte dos problemas de saúde da população dentro de sua abrangência territorial, foi elaborado um instrumento para a abrangência do cuidado, que Curitiba denomina de Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde.

## DESENVOLVIMENTO

A carteira de serviços foi elaborada por profissionais de diferentes categorias, após ampla revisão de literatura de experiências internacionais e nacionais a fim de subsidiar a resolutividade do serviço. Foram realizados grupos de trabalho com diversas categorias profissionais, atuantes na gestão e assistência na atenção primária, com vários encontros para discussão, consenso e devolutivas acerca dos temas tratados.

Ela vem nortear quais as condições que devem ser assistidas na APS, utilizada como um instrumento-guia na resolutividade da APS, e que está em constante revisão.

A Carteira de Serviços está associada ao recurso instrumental e tecnológico, e ao conhecimento técnico dos profissionais que ao trabalhar em equipe, com empatia, fortalecem o vínculo com o usuário e o significado que se dá nesta relação, construindo o cuidado centrado na pessoa, com olhar sobre a família e a comunidade, de forma resolutiva dentro da APS.

## CONCLUSÃO

A partir da Carteira de Serviços é possível que todos os profissionais da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, tanto gestores como profissionais assistenciais, identifiquem as condições e ações que devem ser assistidas neste nível de atenção, gerindo as ofertas de insumos necessários, os processos de trabalho da equipe, a educação permanente do profissional de saúde, a elaboração de linhas guias de cuidado, entre outros.

## REFERÊNCIAS

Volaco A. Cavalcanti AM, Franco CAGS et al. Carteira de Serviços da Atenção Primária de Curitiba. Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba .2013. Disponível em: <http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/index.php/carta-do-sus/carteira-de-servicos-dos-profissionais-da-atencao-primaria>. Acesso em 20/01/2014.



| Índice                                                          |     |
|-----------------------------------------------------------------|-----|
| Temas e Condições de Manejo na APS                              | 9   |
| Situações ou Problemas Relativos a cada fase do Ciclo de Vida   | 20  |
| Condições ou problemas dos diversos órgãos ou sistemas do corpo | 27  |
| Procedimentos Médicos e de Enfermagem                           | 70  |
| Procedimentos de odontologia                                    | 94  |
| Rastreamento (check-up)                                         | 107 |
| Urgências e Emergências                                         | 110 |

| TEMA / PROBLEMA                                                 | SINTOMAS OU PATOLOGIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | MATERIAIS E ITENS RELEVANTES A SEREM VERIFICADOS/ ORIENTADOS/ REALIZADOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Condições ou problemas dos diversos órgãos ou sistemas do corpo | PROBLEMAS DOS SISTEMAS REPRODUTOR E URINÁRIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Promoção de condutas saudáveis em relação à sexualidade, anticoncepção e doenças sexualmente transmissíveis.<br>Teste de KOH<br>Teste de Schiller<br>Treinamento dos músculos do assoalho pélvico (TMAP)<br>Treinamento vesical (TV)                                                                                                                                                            |
|                                                                 | Alterações das mamas<br>Alterações menstruais<br>Alterações prostaticas<br>Alterações uterinas<br>Corrimento uretral<br>Corrimento vaginal<br>Doença Inflamatória Pélvica (DIP)<br>Doenças ováricas incluindo Síndrome dos Ovarios Policísticos<br>Incontinência urinária<br>Infecção do trato genitourinário<br>Insuficiência renal<br>Lesões genitais<br>Neftrolitase<br>Outras condições | Materiais de apoio<br>Espelho<br>Foco de luz<br>Luvas de procedimento P,M,G<br>Máscara<br><br>Exames laboratoriais<br>Análise de caracteres, elementos e sedimento da urina<br>Anti-HCV<br>Anti-HIV<br>Beta HCG<br>Cálcio<br>Creatinina<br>Cultura de clamídia e gonococo<br>Cultura de secreção vaginal ou uretral<br>Cultura de urina<br>Dosagem de proteínas na urina de 24 horas<br>Glicose |

| TEMA / PROBLEMA         | SINTOMAS OU PATOLOGIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | MATERIAIS E ITENS RELEVANTES A SEREM VERIFICADOS/ ORIENTADOS/ REALIZADOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Urgências e Emergências | Hipoglicemia<br>Infarto agudo do miocárdio (IAM)<br>Insuficiência respiratória aguda<br>Intoxicações agudas<br>Lombalgia aguda<br>Menorragia<br>Náuseas/vômitos<br>Parada cardiorrespiratória<br>Pré-eclâmpsia, eclâmpsia<br>Sepsis<br>Síndrome de abstinência<br>Trabalho de parto<br>Trauma<br>Tromboembolismo pulmonar (TEP)<br>Trombose venosa profunda (TVP)<br>Urgência hipertensiva | Exames de Imagem<br>Eletrocardiograma<br><br>Medicamentos<br>AAS 100 mg comprimido<br>Amoxicilina 500mg cápsula e 250mg/5ml suspensão oral<br>Benzilpenicilina procaina 400.000UI injeção intramuscular<br>Benzilpenicilina benzatina 600.000UI e 1.200.000UI intramuscular injetável<br>Bicarbonato de sódio 1mEq/ml, 8,4% injetável<br>Captopril 25mg comprimido<br>Ceftriaxona 500mg injetável<br>Clorpromazina 25mg, injetável<br>Dexametasona 4mg/ml injetável<br>Diazepam 5mg, comprimido e 10mg solução injetável<br>Dimenidrato de lisosorbida 5mg comprimido sublingual<br>Dipirona 500mg/ml gotas e 500mg/ml injetável<br>Epinefrina 1 mg/ml - solução injetável<br>Fenobarbital 200mg solução injetável<br>Furosemida 40mg comprimido e 10mg/ml - solução injetável<br>Glicose 500 mg/ml (50%) - solução injetável<br>Haloperidol 5mg/ml injetável<br>Hidrocortisona 500mg injetável<br>Hioscina + dipirona 4mg + 500mg/ml injetável<br>Ibuprofeno 200mg comprimido<br>Insulina regular |

| TEMA / PROBLEMA                       | SINTOMAS OU PATOLOGIAS                        | MATERIAIS E ITENS RELEVANTES A SEREM VERIFICADOS/ ORIENTADOS/ REALIZADOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|---------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Procedimentos Médicos e de Enfermagem | Curativo tipo grau II com e sem desbridamento | Cotonete estéril<br>Cuba rim<br>Espátula de madeira<br>Fita adesiva, tipo micropore<br>Gaze hidrófila tipo quipo<br>Kit curativo ( pinça anatómica, pinça Kelly reta, dente de rato)<br>Lâmina para bisturi nº 11 e 15<br>Lençol descartável.<br>Luva de procedimento P, M e G<br>Máscara descartável e óculos se necessário<br>Planilhas para acompanhamento e evolução da ferida<br>Polivinilpirrolidona - Degermante para a primeira limpeza<br>Polivinilpirrolidona - PVPI Tópico para os casos de hipergranulação<br>Régua de papel descartável<br>Solução fisiológica 0,9%, 100ml, 250ml e 500ml<br>Swab e meio para cultura<br>Tesoura Metzenbaum |
|                                       | Drenagem de abscesso                          | Agulha descartável esterilizada 13x4,5<br>Atadura de crepe<br>Avental cirúrgico descartável<br>Cabo de bisturi<br>Campo fenestrado pequeno<br>Compressa de gaze hidrófila<br>Cuba rim<br>Dreno de Penrose calibre 01 e 02<br>Fita adesiva cirúrgica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

# “O CANTINHO DA LEITURA”

**Autor principal/relator:** Suzana Tomal Brondani

**Colaboradores:** Karin Godarth, Tereza Kindra, Marcelexandra Rabelo, Leticia Lima, Gleides Schmidt

**Local de Trabalho:** Maternidade Bairro Novo.

**Eixo Temático:** Redes de atenção



## INTRODUÇÃO

A gestação é um processo fisiológico e natural, porém pode apresentar interrupções neste processo natural e necessitar de um monitoramento mais preciso, levando ao internamento. E para que a gestante se sinta acolhida, a maternidade organizou um espaço para que a gestante e seu familiar possam se distrair e ficar a vontade durante o tratamento. O objetivo deste trabalho é descrever a criação do espaço reservado às gestantes denominado “Cantinho da leitura”.



## DESENVOLVIMENTO

As instituições hospitalares que prestam atendimento de forma humanizadas podem oferecer desde condições terapêuticas até uma melhora da enfermidade num ambiente mais acolhedor. O internamento causa ansiedade gerada pela falta de atividades e tarefas que ocupem o tempo da mulher, tornando até um momento de sofrimento e angústias. Para amenizar este processo os profissionais da maternidade se mobilizaram e em equipe desenvolveram ações para arrecadar livros entre os funcionários da Maternidade.

Foi criado então o espaço específico e aconchegante para leituras, jogos e conversas. A criação do espaço foi concretizada em novembro de 2014, e desde então fica aberto durante o período diurno, também disponível aos funcionários, visto que estes podem frequentar o espaço em seu período de descanso ou ainda fazer empréstimos de livros.



## CONCLUSÃO

Percebe-se que a criação de espaços alternativos auxiliam no tratamento das pacientes, colaborando com o bem estar psíquico e emocional durante sua permanência na maternidade. Nota-se também como positivo o incentivo a leitura e a cultura, podendo ser um instrumento incentivador ao desenvolvimento de hábitos para a população.



## REFERÊNCIAS

Onias, JMTC, Carvalho, JA. Escobar, KAA. **Humanização e integralidade da atenção à Saúde reprodutiva da mulher no Sistema único de saúde – SUS.** Revista Científica do ITPAC, Araguaína, v.6, n.1, Pub.2, Janeiro 2013.

# RODA DE CONVERSA COM ACOMPANHANTES NA MATERNIDADE BAIRRO NOVO

Autor principal/relator: Suzana Tomal Brondani  
Colaboradores: Leticia de Lima, Tereza Kindra, Gleides Smidth, Karin Godarth, Marcelexandra Rabelo

Local de Trabalho: Maternidade Bairro Novo.  
Eixo Temático: Redes de atenção



## INTRODUÇÃO

A Educação em Saúde faz parte do cuidado na gestação, o processo educativo tem o objetivo de ampliar as informações sobre o ciclo grávido-puerperal, o que contribui na compreensão do processo, tanto para a mulher quanto para o seu acompanhante, tornando o processo de nascimento um momento saudável, prazeroso e feliz. O objetivo deste trabalho é relatar a experiência vivenciada na maternidade pela equipe multiprofissional através da “Roda de Conversa” com os pais/acompanhantes.

## DESENVOLVIMENTO

A “roda de conversa” começou a acontecer em março de 2014. Acontece três vezes por semana, conduzida pelo enfermeiro e psicóloga, com o intuito de esclarecer dúvidas e desenvolver habilidades com os acompanhantes, relacionados aos cuidados com a mulher no pós parto e o recém nascido. Os temas abordam a importância do acompanhante; os exames realizados no recém-nascido; a importância da amamentação e o apoio necessário para a mulher e o recém nascido após a alta.

Percebe-se que a “roda de conversa” aproxima os acompanhantes da equipe de saúde e proporciona a eles um espaço para construção de ideias a respeito dessa nova fase de suas vidas, promove a participação e interesse desses em realizar as atividades propostas na maternidade contribuindo para o fortalecimento do laço familiar.

Os principais objetivos da “roda de conversa” são: promover o acolhimento, realizar educação em saúde, melhorar a qualidade da assistência e inserir o acompanhante no processo de nascimento de forma integral.

A equipe multiprofissional da maternidade proporciona também um momento com os acompanhantes durante o internamento no alojamento conjunto.

## CONCLUSÃO

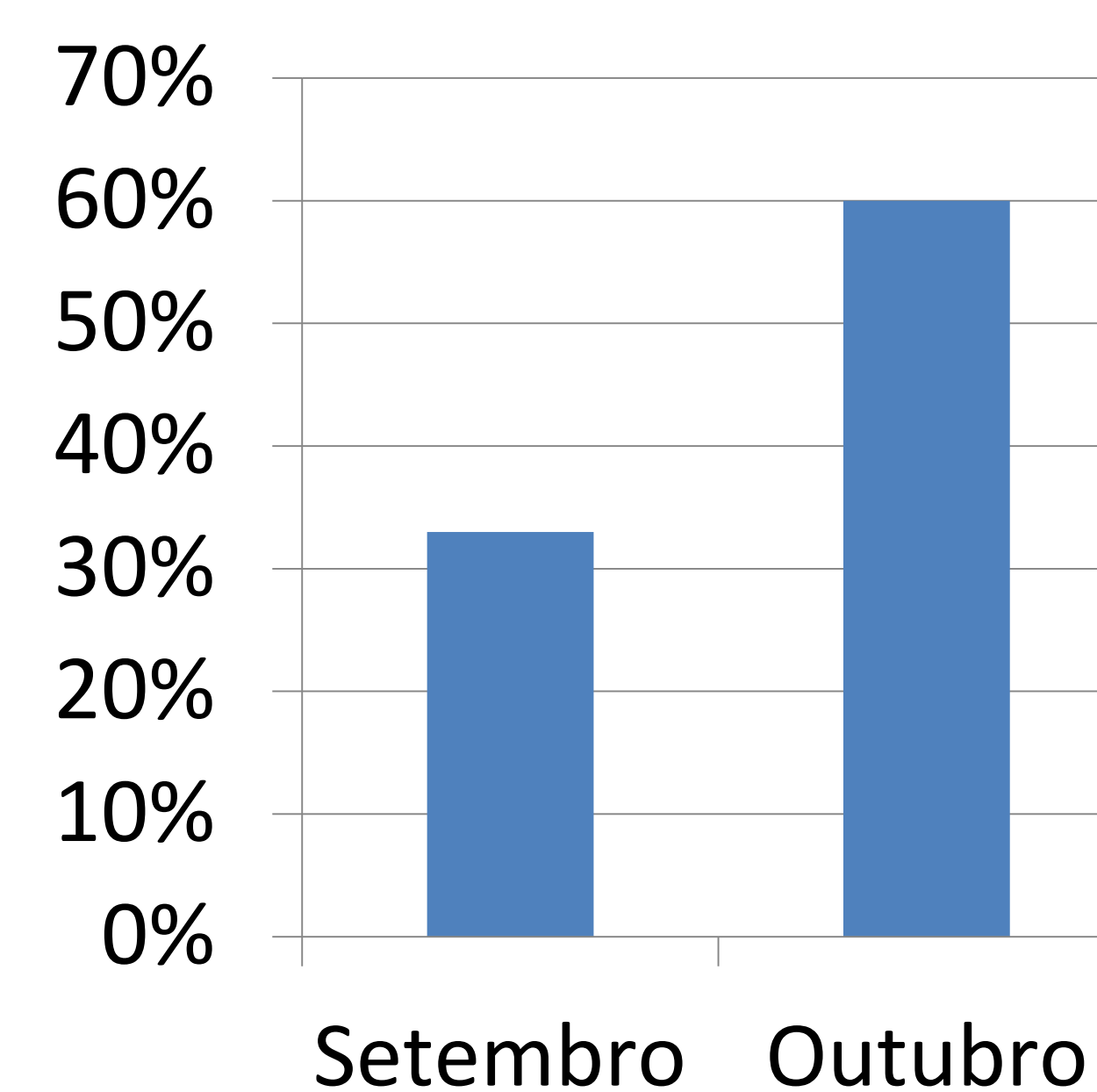
Ainda é possível identificar uma grande dificuldade na aderência dos participantes, por falta de interesse; ausência de alguns acompanhantes no período, ou ainda estar auxiliando a mulher ou o recém nascido no horário da roda de conversa. Ressalta-se que mesmo com as dificuldades a equipe estimula e incentiva este momento de construção e orientações.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha**. Portaria Nº 1.459, de 24 de junho 2011. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html) . Acessado em 16/11/2014.



■ Taxa de Pais/ acompanhantes que participaram da roda de conversa



Fonte: Maternidade Bairro Novo

# PROJETO PORTO SEGURO: APOIO TÉCNICO, HUMANO E À GESTÃO EM SAÚDE

Autor principal/relator: Elaine Rossi Ribeiro

Colaboradores: Larissa Fernanda Zarath Moreira, Sabrina Stefanello, Gustavo Justo Schulz, Priscilla Dal Prá, Adriano Massuda

Local de Trabalho: Fundação Estatal de Atenção Especializada de Saúde de Curitiba  
Eixo Temático: Gestão em Saúde



## INTRODUÇÃO

O Instituto de Ensino e Pesquisa (IEP) da Feaes contribui para a produção de evidências científicas que auxiliem a gestão dos serviços. Com este objetivo elaborou-se uma ação de intervenção denominada “Projeto Porto Seguro”. O projeto desenvolve-se no Hospital do Idoso Zilda Arns, justamente por se tratar de um local articulado com a rede de saúde do SUS. Os objetivos são garantir uma boa acolhida para os novos funcionários, criar condição favorável para lidar com incertezas e garantir um suporte técnico e humano. Na literatura internacional (O’BRIEN-PALLAS et al., 2006; WALDMAN et al., 2004), tem se estudado o impacto da troca frequente de profissionais aos pacientes, funcionários e sistemas de saúde. Sendo que o maior custo incide em reposições temporárias e o custo mínimo da rotatividade de funcionários representou mais de 5% do custo operacional anual no estudo de WALDMAN et al. (2004). Uma das estratégias usadas para manter os trabalhadores na instituição envolve criar um ambiente de trabalho saudável e agradável. (O’BRIEN-PALLAS et al., 2006)

## DESENVOLVIMENTO

Alguns atores sociais fazem parte do Programa, a saber: “Timoneiros”, funcionários considerados possuidores de visão mais sistêmica e com boa capacidade para resolver problemas. O “Âncora”, funcionário escolhido pela empatia, disponibilidade em oferecer apoio incondicional e ser fonte de segurança aos iniciantes. Desde a entrada, o novo funcionário, após receber informações sobre a instituição, seu modelo assistencial, e principalmente sobre os valores que fortalecem as ações por meio de uma palestra vivencial, são encaminhados para um “Timoneiro” de referência e a cada semana um “Âncora”, por aproximadamente 15 dias, que oferece ajuda e apoio. No décimo quinto e quadragésimo quinto dias são realizadas entrevistas semiestruturadas pelo coordenador de área, na qual se obtêm informações sobre sua inclusão na instituição, prós e contras na sua atividade de trabalho, sugestões de mudanças e avaliação da própria intervenção. No sexagésimo dia, o funcionário participa de uma palestra motivacional, e neste momento fecha-se o ciclo do Programa Porto Seguro.

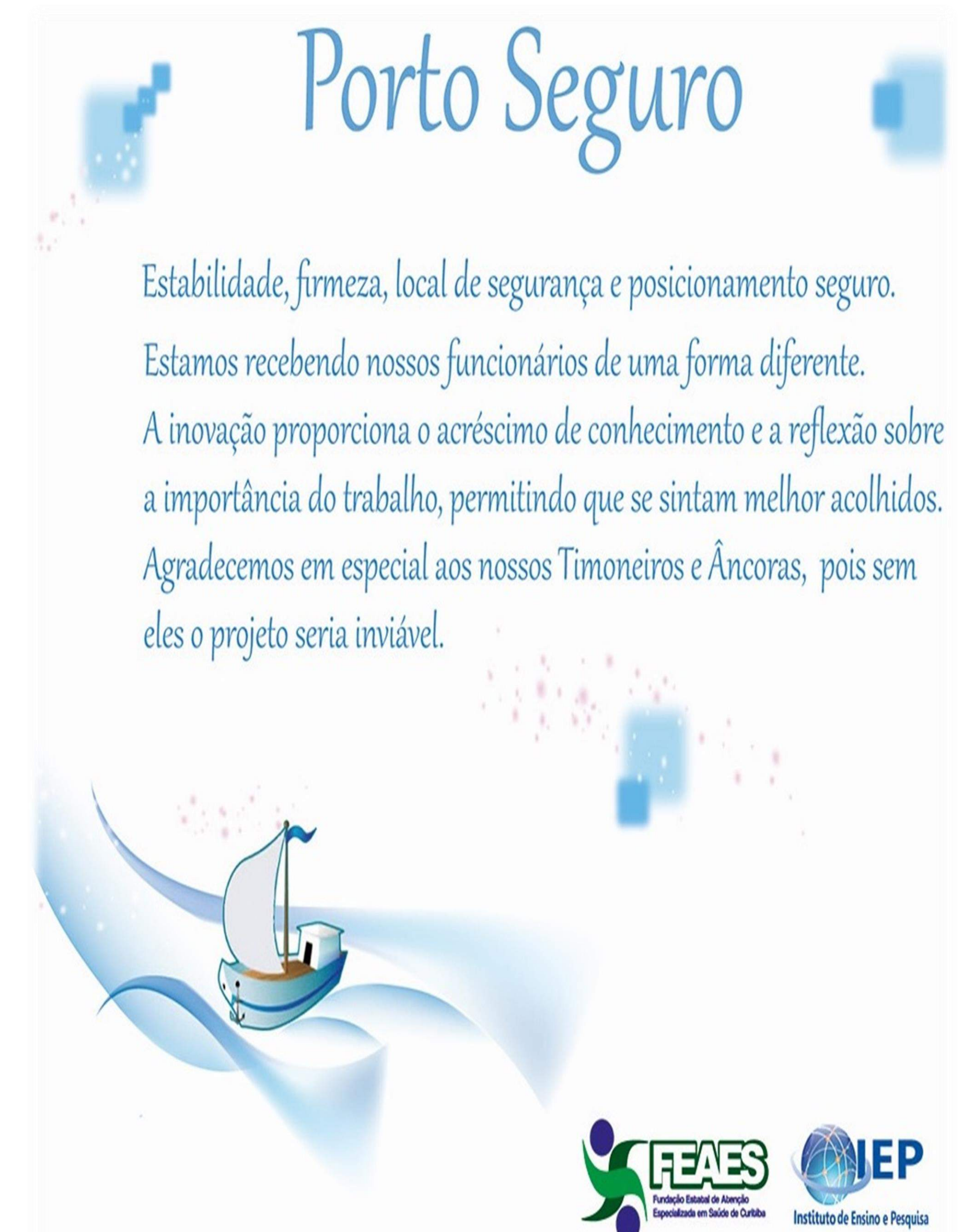
## CONCLUSÃO

O projeto iniciou em abril de 2014, até o momento 45 sujeitos completaram as entrevistas de 45 dias, sendo que nas análises das entrevistas foi possível identificar diferentes categorias. Uma delas foi a melhor experiência na instituição, boa receptividade dos colegas, novos aprendizados, primeira experiência de trabalho. As maiores dificuldades enfrentadas foram adaptação às rotinas, identificação de falta de alguns materiais, pouco trabalho de fato realizado em equipe. Nos relatos sobre o papel dos “Âncoras”, eles são definidos como “anjos”, pois auxiliaram explicando as rotinas e apontando soluções para as dificuldades encontradas. Surgiram sugestões concretas para melhorar o processo de trabalho e o próprio programa.

Conclui-se que ao longo do tempo, com mais resultados, será possível orientar a própria equipe gestora do hospital, visando garantir tomada de decisões orientadas por evidências.

### Referências

O’BRIEN-PALLAS, L. et al. The Impact of nurse turnover on patient, nurse, and system outcomes: a pilot study and focus for a multicenter international study. *Policy Polit Nurs Pract*, v. 7, n. 3, p. 169-79, 2006.  
WALDMAN, J. D. et al. The Shocking Cost of Turnover in Health Care. *Health Care Management Review*, v. 29, n. 1, p. 2-7, 2004.



# OUVIDORIA: FLUXO DE TRAMITAÇÃO PELO “SISTEMA 156”

Autor principal/relator: Rosane Monica R. da Costa  
Colaboradores: Andreia Garcia, Elaine Portella,  
Fabiola R. Pie Nunes, Heverton R. Herzer Radaelli,  
Marilda G. Petry e Rosana C. Duarte dos Reis.

Local de Trabalho: Ouvidoria da SMS de Curitiba  
Eixo Temático: Ouvidoria



## INTRODUÇÃO

O objetivo deste trabalho é apresentar uma proposta de integração tramitação de documentos da Ouvidoria da Secretaria Municipal da Saúde (SMS) com o Sistema 156 da Prefeitura Municipal de Curitiba e os Distritos Sanitários (DS). O foco é permitir a participação social na administração pública, sendo um canal democrático de comunicação entre o cidadão e a gestão na esfera municipal para dialogar com a população.

Para tornar a Ouvidoria da SMS ativa e cumprir com o objetivo de mobilizar os setores de gestão e da sociedade para um olhar mais crítico e cooperativo do SUS Curitiba devemos ampliar a participação do cidadão usuário do SUS, garantindo a escuta, análise e o retorno da demanda por ele trazida por meio de um atendimento humanizado e acolhedor.

A missão ouvidoria Ouvidoria da SMS é ser uma ferramenta de gestão para fortalecimento do SUS Curitiba.

## DESENVOLVIMENTO

Atualmente a Coordenação da Ouvidoria, conta com uma equipe específica para tratamento da demanda e equipe de tele atendentes treinados para o recebimento, análise, encaminhamento, acompanhamento, resposta e guarda da demanda do cidadão. Estamos implantando um projeto que consiste na participação dos DS, onde, neste novo fluxo os DS serão Responsável pelo Serviço no Órgão (RSOs) e irão receber, analisar e tramitar as manifestações dos usuários nos seus respectivos equipamentos por meio do Sistema 156 da Prefeitura Municipal de Curitiba para que estes respondam aos cidadãos, posteriormente concluindo os registros. Isto possibilita que os gestores no DS controlem os prazos de resposta e gerem relatórios tendo então um domínio gerencial mais amplo e rápido que resultará em maior agilidade nas tomadas de decisões de acordo com os problemas encontrados especificamente em sua área e reduzindo o prazo de tramitação e resposta dos documentos.

Cabe a Ouvidoria realizar a supervisão e fornecer os subsídios necessários aos DS, apoiando sempre que necessário e trabalhando em conjunto para que possa fornecer ao gestor subsídios reais para as tomadas de decisão.

## CONCLUSÃO

A Ouvidoria está em fase de adequação de seus fluxos e trabalhos para tornar-se uma Ouvidoria Ativa. No momento prevê a realização de uma pesquisa trimestral envolvendo os usuários de Unidades de Saúde, Centros de Atendimento Psicossocial, Centros de Especialidades Médicas e Odontológicas. Tem-se a intenção de ampliar-se esta pesquisa aos Prestadores de Serviços e Unidades de Pronto Atendimento.

No que compete as Unidades de Pronto Atendimento a Ouvidoria vem realizando questionários periódicos por meio de “Ouvidoria Itinerante”. Esta ação consiste na aplicação de questionários de satisfação bem como a realização de sala de espera com intuito de orientar na busca de informações e realização de manifestações junto a Ouvidoria do Município de Curitiba bem como fortalecer as Ouvidorias de Outros Municípios e do Estado.

Atualmente a maioria dos registros é tramitada via Sistema 156 possibilitando a redução no tempo de tramitação e resposta além da economia com custos de impressão.

Hoje o maior desafio consiste na construção de relatórios gerenciais que possibilitem a emissão de relatórios analítico para que o fornecimento de informações ocorra em menor tempo e modo dinâmico.



|  |                                                                                                                                             |
|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>ATENDIMENTO PESSOAL:</b><br>Endereço: Rua Francisco Torres, 830 – térreo<br>Centro – CEP 80.060-130<br>Horário: 8h às 18h nos dias úteis |
|  | <b>TELEFONE:</b><br>0800-644-0041<br>Horário: 8h às 18h nos dias úteis                                                                      |
|  | <b>FAX:</b><br>(41) 3350-9435                                                                                                               |
|  | <b>E-MAIL:</b><br>ouvidoria@sms.curitiba.pr.gov.br                                                                                          |

# ESPIROMETRIA NA APS

Autor principal/relator: Marcelo Garcia Kolling  
Colaboradores: Cláudia Schneck de Jesus, Maraceli Balchack, Claudine Esmaniotto, Paulo Poli Neto

Local de Trabalho: Departamento de Atenção Primária à Saúde  
Eixo Temático: Atenção à Saúde



## INTRODUÇÃO

A espirometria é um exame complementar de avaliação da função dos pulmões. Tem diversas aplicações na prática clínica tanto na Atenção Primária à Saúde (APS) como em outros níveis de atenção. Este trabalho tem por objetivo expor o papel da espirometria na APS e o impacto que se espera em resultados com a sua incorporação entre os procedimentos do rol das Unidades de Saúde em Curitiba.



## DESENVOLVIMENTO

**Deteção precoce da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC):** pessoas em risco de desenvolver DPOC devem ser rastreadas para identificação da doença em seus estágios iniciais, o que permite a manutenção da função respiratória por mais tempo e a intensificação de mudanças do estilo de vida, em especial a motivação para a cessação do tabagismo;

**Manutenção de medicações da Farmácia Estado:** pessoas que estão em tratamento com medicações fornecidas para asma e DPOC pela farmácia do estadual necessitam de espirometria anual;

**Investigação da dispneia:** pessoas com quadros de falta de ar de etiologia não esclarecida (como nas situações em que há condições pulmonares e cardíacas associadas) podem ter seu diagnóstico diferencial clarificado com o uso da espirometria.



## CONCLUSÃO

Espera-se que a incorporação da espirometria possa ajudar as equipes a aumentarem a sua resolutividade e a lidarem melhor com as pessoas que fumam e os pacientes a receberem um cuidado mais adequado, oportuno e prático, cumprindo assim com alguns dos atributos da APS.



## REFERÊNCIAS

WALKER PP, MITCHELL P, DIAMANTEA F, WARBURTON CJ, DAVIES L. Effect of primary-care spirometry on the diagnosis and management of COPD. Eur Respir J 2006; 28: 945–952.  
DERON E, et al. Primary care spirometry. Eur Respir J 2008; 31: 197–203.

# AVALIAÇÃO DA SOLICITAÇÃO DE MATERIAL MÉDICO-ENFERMAGEM PADRONIZADO PARA DISTRIBUIÇÃO AOS USUÁRIOS DO SUS NAS UMS DE CURITIBA

Autor principal/relator: Maraceli Nicolini Balchak  
Colaboradores: Marcelo Garcia Kolling, Claudine Esmaniotto,  
Claudia Schneck de Jesus

Local de Trabalho: DAPS  
Eixo Temático: Carteira de Serviços



## INTRODUÇÃO

A necessidade de fornecimento de material médico-enfermagem padronizado para atendimento ao usuário, se faz por meio da avaliação de solicitação para continuidade do tratamento, onde o usuário do SUS recebe mensalmente uma quantidade suficiente de materiais para seu uso no domicílio.

## DESENVOLVIMENTO

A Coordenação da Carteira de Serviços realiza auditoria das solicitações de materiais médico-enfermagem vindas dos enfermeiros das UMS, a partir do endereço eletrônico. Esta mesma Coordenação realiza os trâmites necessários com os demais departamentos e setores envolvidos para a efetivação do atendimento às solicitações, como o Departamento de Atenção Primária à Saúde, a Coordenação de Recursos Materiais e o Almoxarifado.

São encaminhadas cerca de 35 avaliações ao dia, totalizando 700 avaliações ao mês. No período de janeiro a 17 de novembro de 2014, foram avaliadas cerca de 3.441 solicitações. Cada solicitação é avaliada e analisada individualmente, de forma a prestar atendimento de qualidade aos usuários.

## CONCLUSÃO

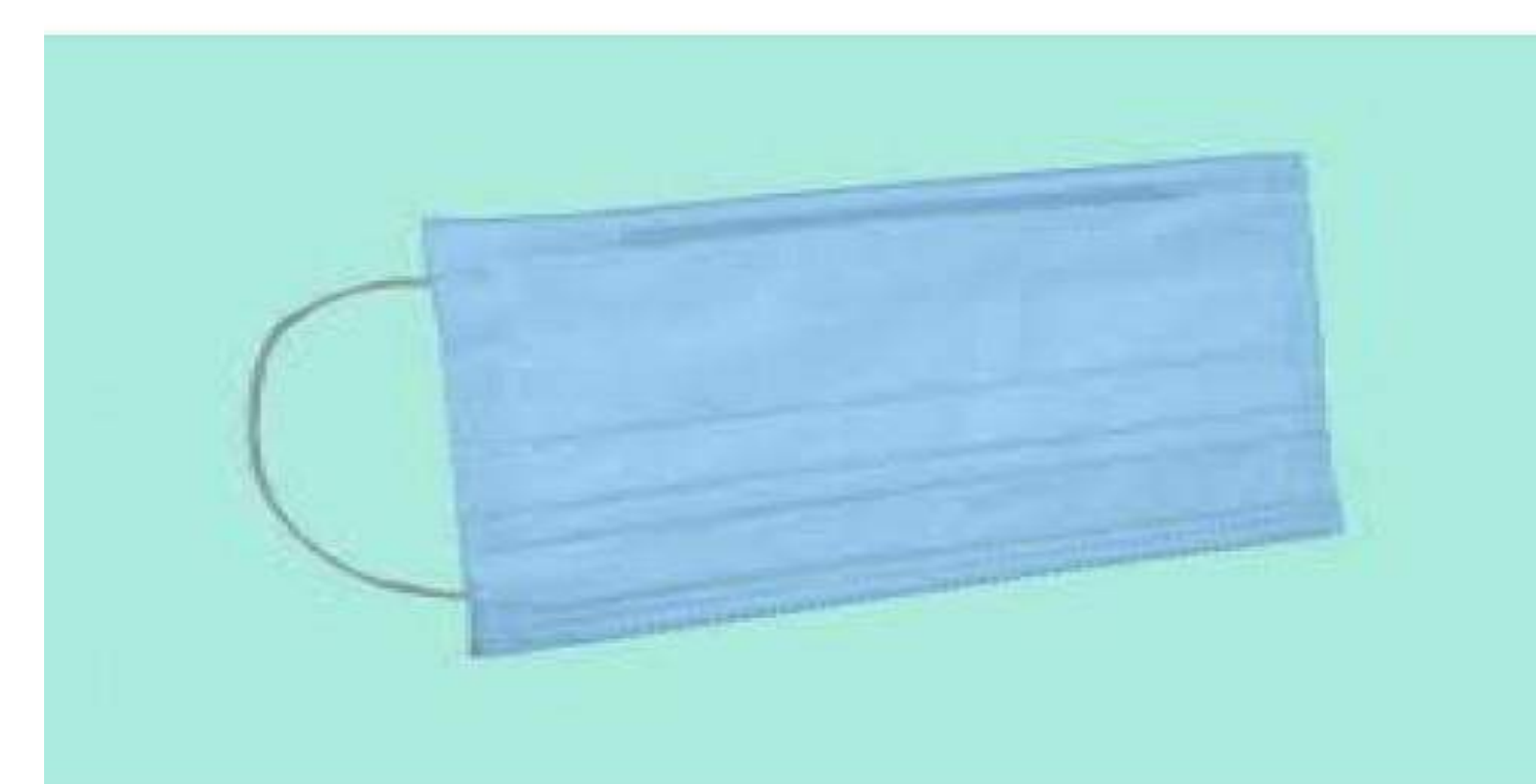
Conforme as diretrizes constitucionais, o SUS obedece aos princípios da universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, entre eles a alocação de recursos materiais dentre outros. Oferecer recursos para a continuidade do tratamento crônico ou agudo, é parte do atendimento integral frente às necessidades dos usuários das UMS.

## REFERÊNCIAS

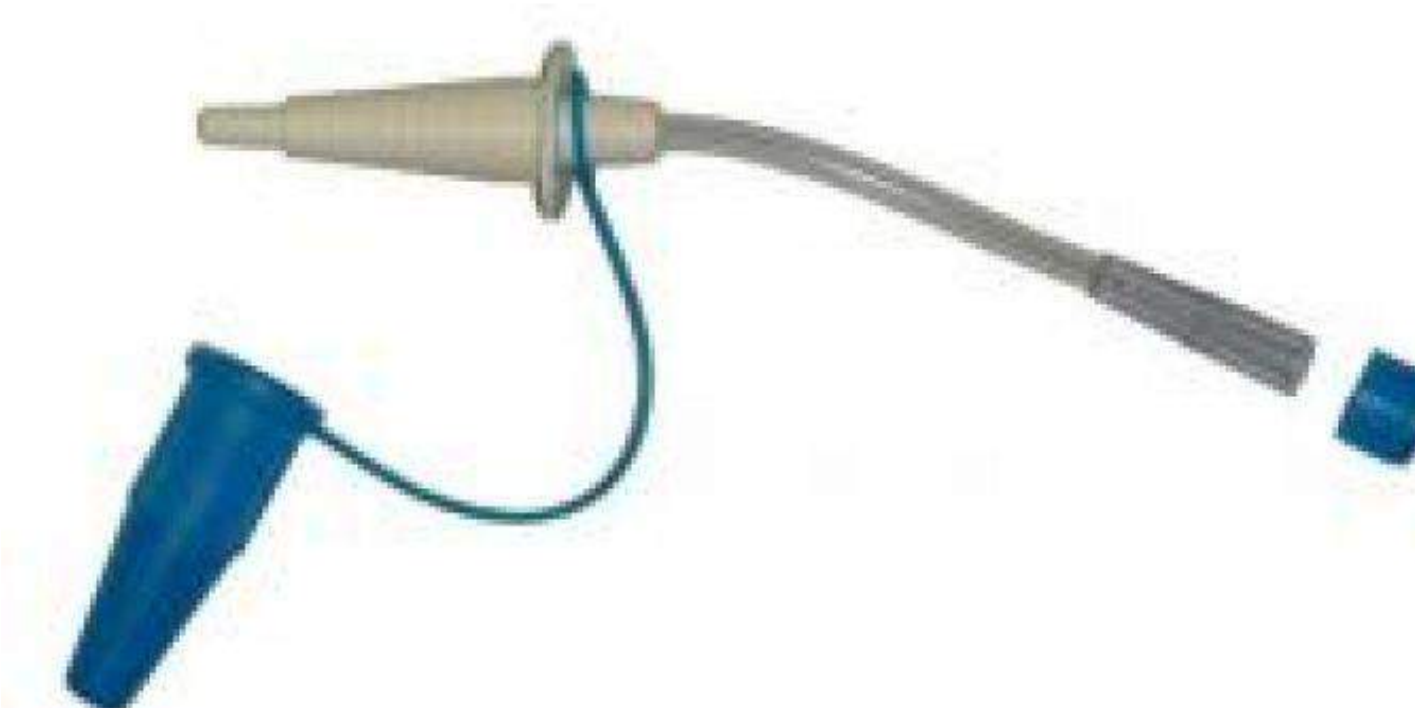
Pontes APM, Cesso RGD, Oliveira DC, Gomes AMT. **O princípio de universalidade do acesso aos serviços de saúde: o que pensam os usuários?** In: A universalidade no SUS: pensamento dos usuários. Esc. Anna Nery Ver Enferm. ,2009; 13 (3): 500-07 URL: [http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n3/v13n3a07]



Fonte: "Sonda Uretral 12 Embramed" URL: <http://www.grupotess.com.br/descartaveis/sonda-uretral-12-embramed.php>



Fonte: "Best Fabril – Máscaras Descartáveis" URL: [http://bestfabril.com.br/wp-content/uploads/2014/08/produtos\\_mascaraelastico\\_02.jpg](http://bestfabril.com.br/wp-content/uploads/2014/08/produtos_mascaraelastico_02.jpg)



Fonte: "Equipo ????" URL: [Citar link?????]



Fonte: "Compressa De Gaze 7,5 X 7,5cm" URL: [http://loja.cirurgicaestilo.com.br/ecommerce\\_site/arquivos8114/arquivos/1323349873\\_3.jpg](http://loja.cirurgicaestilo.com.br/ecommerce_site/arquivos8114/arquivos/1323349873_3.jpg)



Fonte: "Sonda Vesical Masculina" URL: [http://2.bp.blogspot.com/-i-5-DYJQYAU/Tc3N4tC1MLI/AAAAAAAAAdc/I61QO6f1fJ8/s1600/sondagens\\_html\\_2403b8ba.jpg](http://2.bp.blogspot.com/-i-5-DYJQYAU/Tc3N4tC1MLI/AAAAAAAAAdc/I61QO6f1fJ8/s1600/sondagens_html_2403b8ba.jpg)

# MONITORAMENTO DOS EXAMES DE GESTANTES: UMA AÇÃO DA ENFERMAGEM

Autor Principal/Relator: Maria Mendes dos Santos  
Colaboradores: Magali Wichiniewski, Regina H Wriesman, Sonia do Rocio, Maria Helena Santos, Claudia Espake

Local de Trabalho: Unidade de Saúde São João Del Rey.  
Eixo Temático: Prática do Cuidado da Enfermagem Na APS/ESF



## Introdução

O presente relato retrata a prática diária de uma auxiliar de enfermagem no monitoramento de exames laboratoriais das gestantes no período de maio de 2012 a outubro de 2014. Foram avaliados os resultados dos exames de parcial de urina, urocultura e VDRL. Diante dos resultados positivos as gestantes iniciaram o tratamento precocemente, bem como as indicações de tratamento do casal no caso de VDRL(s) positivos.

## Desenvolvimento

Após as gestantes agendarem os exames, a auxiliar de enfermagem monitora os resultados. O controle é feito por registro em livro próprio semanalmente. Na sequência, os resultados são avaliados e as gestantes são avisadas por meio de ligação telefônica ou mediante uma visita domiciliar dos Agentes Comunitários de Saúde para que compareçam à Unidade de Saúde (UBS). No comparecimento a UBS, as gestantes realizam consultas médicas para obterem as prescrições de antibióticos para iniciarem o tratamento precoce das infecções de trato urinário, bem como de Sífilis na gestação. Os envolvidos nos territórios de atuação da Estratégia e Saúde da família têm o comprometimento de supervisionar o uso correto das medicações prescritas.

## Conclusão

A ação de um membro da equipe com a finalidade de cuidar e prevenir agravos secundários nas gestantes, repercute de forma sistêmica mobilizando todos os que atuam na assistência. A preocupação e a dedicação em monitorar os exames resultou no tratamento precoce das infecções e no controle e tratamento adequado. Observa-se a sensibilização de todos os envolvidos. Nos anos 2012, 2013 e até novembro de 2014 o índice de mortalidade infantil é zero.

## Referências

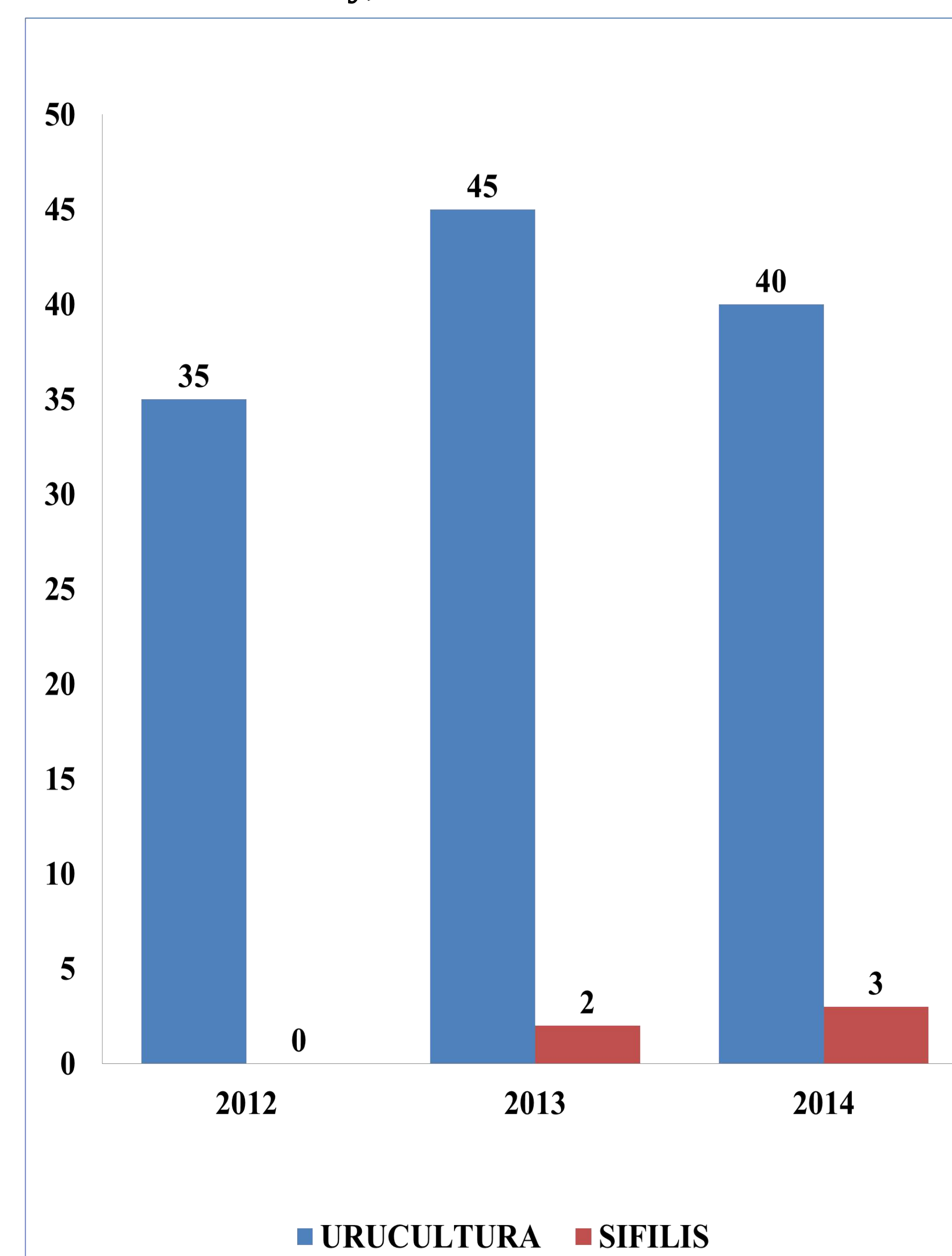
CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba. **Protocolo: Pré-natal, parto, puerpério e atenção ao recém-nascido. Programa Mãe Curitibana 2012** Organizadores: Jimenez EJB, Pchebilski LT. Autores: Volpi AAC, Cavalcanti, AM et al. Curitiba, 2012. URL: [http://www.ebah.com.br/content/ABAAAgiaAI/protocolo-mae-curitibana-2012].

CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba. **Sistema E-saude, Prontuário Eletrônico SMS CURITIB.** Curitiba, 2014.



Fotografia de SANTOS MM. "Auxiliar de enfermagem da US São João del Rey".

Gráfico: Controle de Agendamento de exames de Urocultura e Sífilis em Gestantes, US São João del Rey, maio 2012-outubro 2014.



Fonte: Planilha de monitoramento de exames laboratoriais das gestantes no período de maio de 2012 a outubro de 2014

# SAÚDE CHEIA DE GRAÇA

Autor principal/relator: Lindamir Burkner  
Colaboradores: Estela Sabatke, Edinael  
Marciano, Luciane Silva, Ana Maria C.  
Teodoro de Moraes

Local de Trabalho: Unidade de Saúde São João  
Del Rey e Unidade de Saúde João Cândido.

Eixo Temático: Educação em Saúde



## Introdução

O presente trabalho relata a experiência de duas profissionais de odontologia, que atuam em unidades distintas, Unidade de Saúde São João Del Rey e Unidade de Saúde João Cândido. Além do trabalho clínico, elas desenvolvem atividades em diversos equipamentos de saúde, usando o lúdico para trabalhar Educação em Saúde, abordando vários temas.

## Desenvolvimento

Este trabalho está sendo desenvolvido desde 1998, devido à necessidade de se trabalhar grandes grupos em escolas. As palestras eram entediantes. Já o trabalho lúdico traz maior ganho, principalmente com crianças. No cotidiano dessa atividade, percebe-se que esta estratégia educacional também funciona em outras faixas etárias.

Assim as servidoras criaram mais de uma peça de teatro. As duas palhaças denominadas DIDA E DUDA e outras personagens como Bisa e uma enfermeira. As profissionais usam recursos próprios para essas atividades, que incluem: maquiagem, vestimenta e objetos.

Muito se tem falado sobre mudança na abordagem de prevenção, como fazer ou falar para o nosso público. Nessa experiência, uma das maneiras de se prender ao máximo a atenção desse público em relação ao tema, é usar o lúdico do teatro por meio de uma linguagem simples. O que traz muita satisfação para o público também.

## Conclusão

O resultado é fascinante as crianças chegam em casa falando sobre o teatro, cobram dos pais a separação do lixo, pedem a eles que os auxiliem na escovação dos dentes levam para seus lares o conhecimento adquirido. O pessoal da terceira idade acaba por se identificar com a personagem idosa que ouve pouco, além de darem boas risadas, é claro! As peças já foram apresentadas em eventos municipais, estaduais e federais.



Fotografia de BURKNER, L. “Peça de Educação em Saúde”.



Fotografia de BURKNER, L. “Peça de Educação em Saúde”.



Fotografia de BURKNER, L. “Peça de Educação em Saúde”.

# PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA EM CURITIBA: ACOMPANHAMENTO DAS CONDICIONALIDADES DA SAÚDE

Autor principal/relator: Angela C. Lucas de Oliveira  
Colaborador: Nilton Willrich

Local de Trabalho: DAPS/Coordenação do Cuidado  
Eixo Temático: Planejamento, monitoramento e  
avaliação em saúde



## INTRODUÇÃO

O trabalho tem como objetivo demonstrar a evolução do acompanhamento das condicionalidades da saúde do Programa Bolsa Família em Curitiba.

## DESENVOLVIMENTO

O Programa Bolsa Família é destinado às famílias em situação de pobreza e extrema pobreza do Brasil, que associa à transferência do benefício financeiro o acesso aos direitos sociais básicos - saúde, alimentação, educação e assistência social.

As condicionalidades do Bolsa Família são compromissos assumidos não somente pelas famílias, mas também pelo poder público nas áreas de saúde e educação. O objetivo essencial das condicionalidades é situar a pauta da desigualdade no acesso aos serviços básicos, a fim de que o poder público priorize seus esforços de apoio às famílias quanto à garantia dos direitos de saúde e educação. Em consequência, reforça o princípio da equidade, a partir de uma atuação intersetorial entre as áreas de saúde, educação e assistência social. As condicionalidades de saúde são parte estratégica desse desafio e são: realização do pré-natal das gestantes, acompanhamento das nutrizes, acompanhamento do calendário vacinal, do crescimento e do desenvolvimento de crianças menores de 7 anos. Os dados de acompanhamento são encaminhados semestralmente pela Secretaria Municipal da Saúde (SMS) de Curitiba para o Ministério da Saúde, que os transfere para o sistema de acompanhamento do programa da web.

## CONCLUSÃO

Desde 2006, quando teve início em Curitiba o acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família, houve um aumento gradual no percentual de famílias acompanhadas (Gráfico 1), passando de 48,2% para 85,3% no primeiro semestre de 2014 (maior percentual desde o início da série histórica). Em relação ao acompanhamento de gestantes, passou de 53% no primeiro semestre de 2012 para 82,4% no primeiro semestre de 2014. Em relação às crianças usuárias das Unidades Básicas de Saúde (UBS), no ano de 2013, a análise de dados antropométricos na faixa etária de 2 a 6 anos demonstrou que não existe diferença entre aquelas beneficiárias e as não beneficiárias do programa; em relação ao sobrepeso, as não beneficiárias apresentam um maior percentual desse diagnóstico nutricional (estatisticamente significativo –  $p=0,0367$ ) (Gráfico 2).

## REFERÊNCIAS

BRASIL, MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. *Cadernos de Estudos Desenvolvimento Social em Debate – N. 17 - RESULTADOS, AVANÇOS E DESAFIOS DAS CONDICIONALIDADES DE SAÚDE DO BOLSA FAMÍLIA*. Brasília, DF, 2014.

Gráfico 1

% de acompanhamento de famílias do  
Programa Bolsa Família em Curitiba

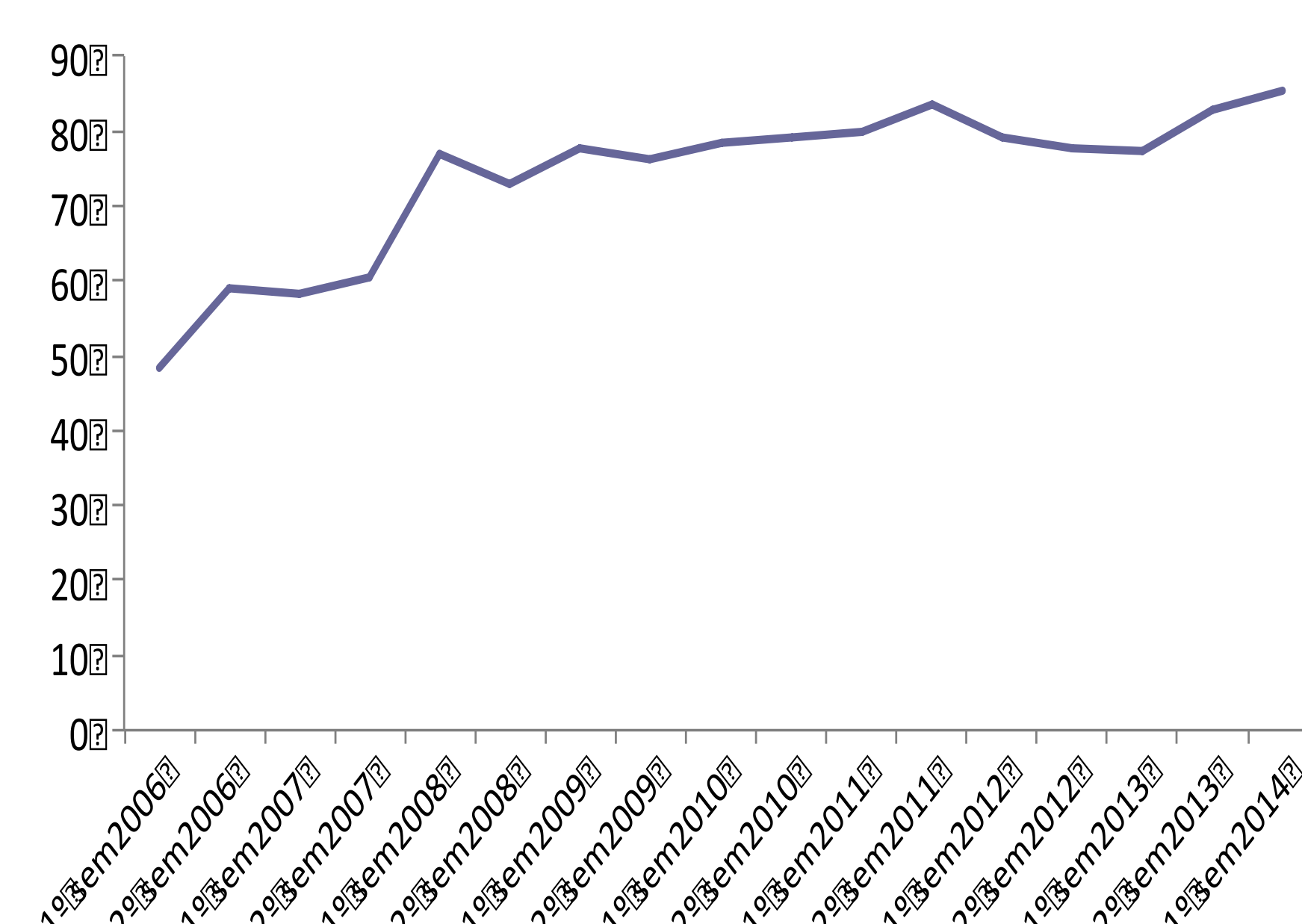
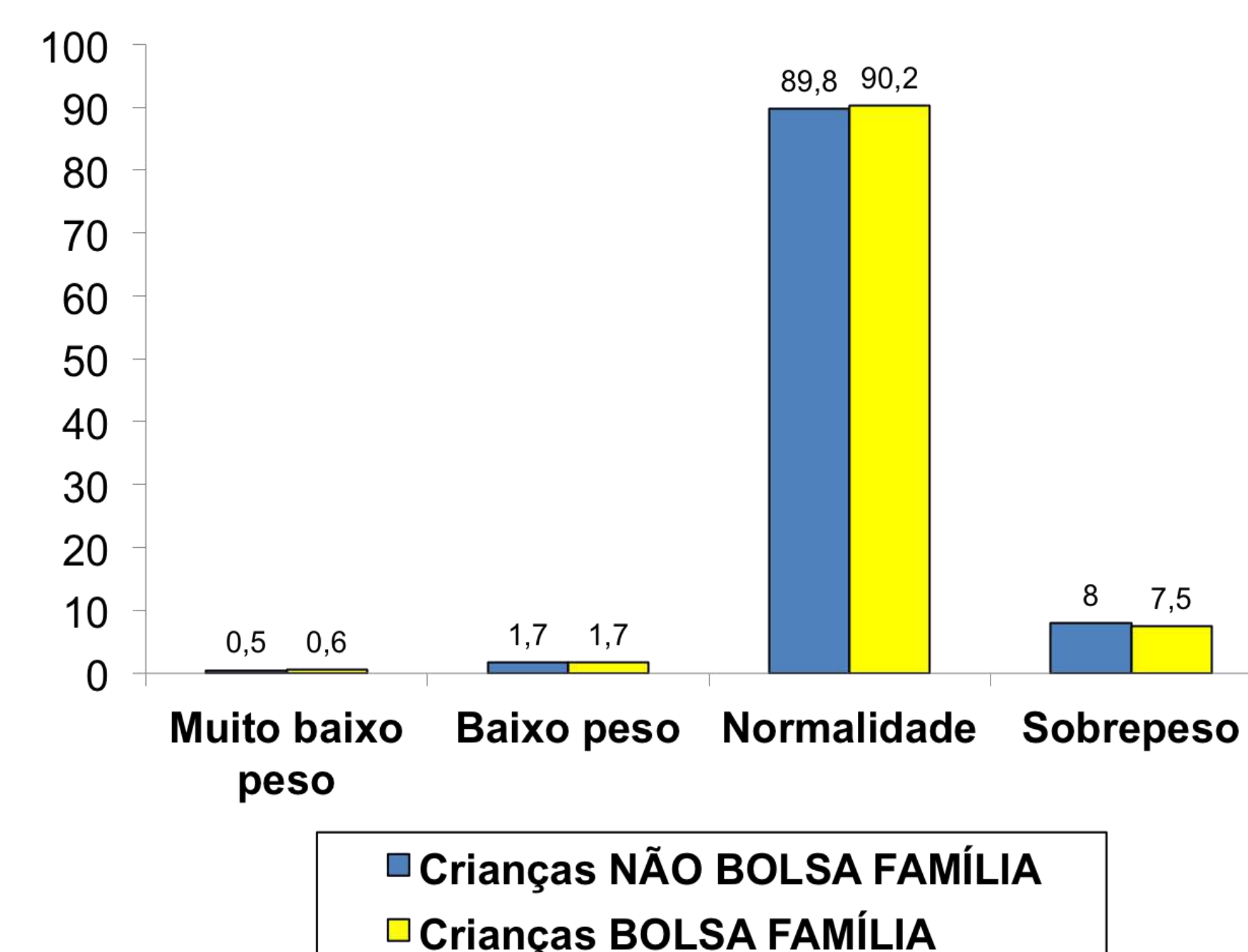


Gráfico 2

Estado nutricional de crianças de 2 a 6 anos  
beneficiárias e não beneficiárias do Programa  
Bolsa Família em Curitiba, 2003



População avaliada:  
Crianças NÃO BOLSA FAMÍLIA: 72.608  
Crianças BOLSA FAMÍLIA: 18.945

# ANÁLISE DOS DADOS EPIDEMIOLÓGICOS DAS NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIA DO DISTRITO SANITÁRIO DA CIC DE CURITIBA/PR EM 2014

Autor principal/relator: Juliane Fatima Turesso  
Colaboradores: Khatya Bianchini, Caroline Maria Kresbach, Cynthia Calixto Fraiz

Local de Trabalho: Vigilância Epidemiológica - DSCIC  
Eixo Temático: Vigilâncias (epidemiológica, sanitária, ambiental, saúde do trabalhador)



## INTRODUÇÃO

As notificações de violência fornecem dados ricos a respeito do perfil epidemiológico dos casos de violência de um determinado território. A Rede de Proteção da Regional CIC é composta de diversos equipamentos das Secretarias Municipais da Fundação de Ação Social, Educação e Saúde, além de Conselho Tutelar específico, aptos a notificar situações de violência. Tais dados, presentes nas notificações, são compilados em uma planilha para controle e acompanhamento, mas constatou-se que a análise destas informações poderia ser aprofundada. Desta forma, observou-se a necessidade de uma interpretação mais refinada, objetivando definir estratégias de prevenção e acompanhamento desta realidade.

## DESENVOLVIMENTO

Este estudo consistiu na análise dos dados da planilha da Rede de Proteção do Distrito Sanitário CIC, no período de 01 de janeiro de 2014 a 31 de agosto de 2014 (2 quadrimestres). A referida planilha contém informações das notificações de crianças/adolescentes, mulheres e idosos envolvidos em suspeita ou confirmação de violência. Estes dados foram estratificados por gênero, tipo e natureza, nos casos dos idosos e crianças/adolescentes, e por tipo e natureza e nos casos das mulheres. Foram elaboradas as tabelas (1,2 e 3) e expostas a seguir.

Tabela 1 – Dados das notificações de mulheres no período.

| Quadro 01     |          |
|---------------|----------|
| Tipo          | Nº Casos |
| Intrafamiliar | 29       |
| Extrafamiliar | 12       |
| Autoagressão  | 12       |
| Institucional | 0        |
| Total         | 53       |

Fonte: Rede de Proteção, DSCIC -2014.

| Quadro 02             |          |
|-----------------------|----------|
| Natureza              | Nº Casos |
| Física                | 40       |
| Psicológica           | 5        |
| Negligência           | 6        |
| Sexual                | 2        |
| Violência Patrimonial | 1        |
| Total                 | 53       |

Fonte: Rede de Proteção, DSCIC -2014.

## CONCLUSÃO

A partir desta estratificação dos dados, podemos fazer algumas considerações sobre:

**Crianças e adolescentes:** Considerando o sexo especificado na notificação, houve uma predominância do sexo masculino (47,7%), sendo o sexo feminino correspondente a 40,7% e ignorado 11,6%, os quais referem-se, em sua maioria, a casos de negligência ao feto por parte da gestante;

Quanto à natureza destacou-se a negligência (76,7%), seguida da violência física (10,8%); Em relação ao tipo há significativa predominância intrafamiliar (82,8%).

**Mulheres:** Observou-se que a maioria refere-se à violência física (75,4) de natureza intrafamiliar (54,7).

**Idosos:** Considerando o gênero, constatou-se que 94,1% referem-se ao sexo feminino, sendo todos os casos do tipo intrafamiliar, com predominância da negligência (52,9%), seguida da violência física (41,1%).

Percebeu-se que em todos os segmentos (crianças/adolescentes, mulheres e idosos), houve a predominância da natureza intrafamiliar, demonstrando a importância da definição de estratégias familiares de combate à violência. Em relação à crianças e adolescentes, bem como idosos, a negligência é a forma de violência mais percebida. As observações destes dados são importantes, pois servem como orientação para a definição de políticas públicas específicas de prevenção e enfrentamento desta realidade.

Tabela 2 – Dados das notificações de crianças e adolescentes no período.

| Quadro 01 |          |
|-----------|----------|
| Gênero    | Nº Casos |
| Masculino | 211      |
| Feminino  | 180      |
| Ignorado  | 51       |
| Total     | 442      |

Fonte: Rede de Proteção, DSCIC -2014.

| Quadro 02     |          |
|---------------|----------|
| Tipo          | Nº Casos |
| Intrafamiliar | 366      |
| Extrafamiliar | 30       |
| Autoagressão  | 3        |
| Fetal         | 43       |
| Institucional | 0        |
| Total         | 442      |

Fonte: Rede de Proteção, DSCIC -2014.

| Quadro 03         |          |
|-------------------|----------|
| Natureza          | Nº Casos |
| Física            | 48       |
| Psicológica       | 19       |
| Negligência       | 339      |
| Sexual            | 32       |
| Trabalho Infantil | 3        |
| Outros            | 1        |
| Total             | 442      |

Fonte: Rede de Proteção, DSCIC -2014.

Tabela 3 – Dados das notificações de idosos no período.

| Quadro 01 |          |
|-----------|----------|
| Gênero    | Nº Casos |
| Masculino | 1        |
| Feminino  | 16       |
| Ignorado  | 0        |
| Total     | 17       |

Fonte: Rede de Proteção, DSCIC -2014.

| Quadro 02     |          |
|---------------|----------|
| Tipo          | Nº Casos |
| Intrafamiliar | 17       |
| Extrafamiliar | 0        |
| Autoagressão  | 0        |
| Institucional | 0        |
| Total         | 17       |

Fonte: Rede de Proteção, DSCIC -2014.

| Quadro 03             |          |
|-----------------------|----------|
| Natureza              | Nº Casos |
| Física                | 7        |
| Psicológica           | 0        |
| Negligência           | 9        |
| Sexual                | 0        |
| Violência Patrimonial | 1        |
| Total                 | 17       |

Fonte: Rede de Proteção, DSCIC -2014.

# GESTÃO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS NA UBS PARIGOT DE SOUZA

Autor principal/relator: Adilson Lopes dos Santos;  
Regina Alves Pereira, Silvana R. Pienta; Midori N. S.  
Hamasaki  
Colaboradores: Eduardo Funchal

Local de Trabalho: (Parigot de Souza; DSBN).  
Eixo Temático: Assistência farmacêutica e  
processos de medicalização da sociedade



## INTRODUÇÃO

A SMS proporcionou capacitação para auxiliares de enfermagem em gestão de medicamentos e definiu que em cada US teria um ou mais servidores de referência nas UBS. Na UBS Parigot de Souza foi instituído duas auxiliares de enfermagem de referência com a função de fazer o controle de entradas e saídas de medicamentos e insumos e enviar semanalmente as planilhas para análise da coordenação de gestão do DSBN.

## DESENVOLVIMENTO

A Coordenadora local instituiu duas pessoas de referência para farmácia e almoxarifado, que passaram a controlar os estoques, inventários e os pedidos mensais. As servidoras identificavam os medicamentos que tinham pouco estoque e estavam zerados, que não tinham pendências no almoxarifado. Foi comunicado a Coordenação da UBS Parigot de Souza e ao farmacêutico para providenciar remanejamento de outras UBS. Inicialmente houve resistência à proposta, por parte da equipe. Foi combinado um período de experiência e reavaliação. Com passar das semanas a equipe percebeu que o resultado foi positivo, melhorando o atendimento para comunidade. Com a farmácia abastecida, também diminuíram as queixas na ouvidoria por falta de medicamentos na UBS Parigot de Souza. No gráfico ao lado, verifica-se que há uma linha descendente dos números de itens zerados, desde a implantação dessa rotina, que resultou no final da 12ª semana com apenas 4 itens zerados.

## CONCLUSÃO

Entendemos que foi extremamente positivo uma pessoa de referência na farmácia e almoxarifado. É essencial que seja realizado por um servidor com perfil organizado e que entenda todo o processo de trabalho proposto pela Secretaria Municipal de Saúde.

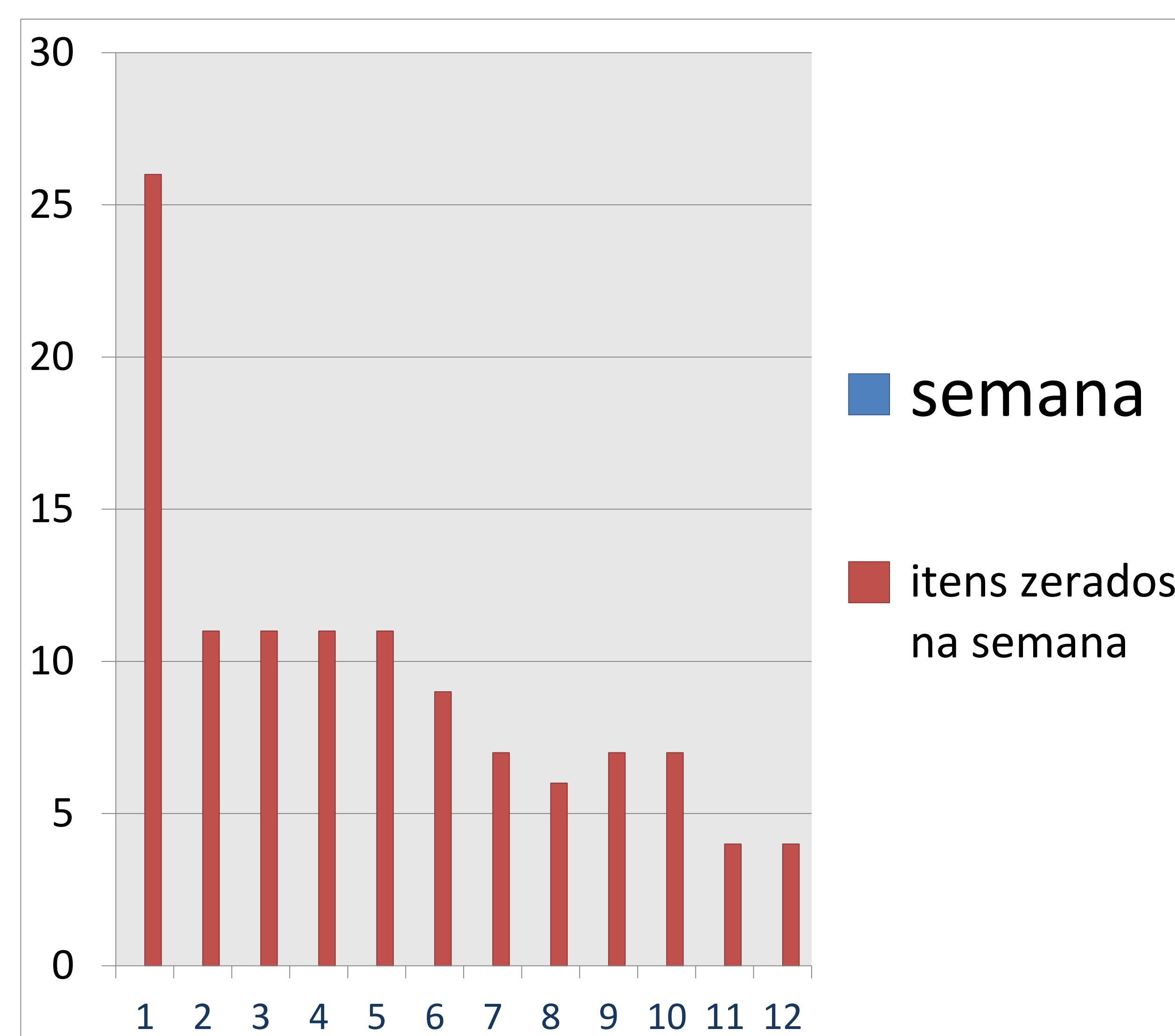
## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, ALA; FREITAS, O de. **Concepções do profissional farmacêutico sobre a assistência farmacêutica na unidade básica de saúde: dificuldades e elementos para a mudança.** Braz Journal Pharm Sciences, v. 42, n. 1, p. 137-146, 2006.

FRANCO, TB; MAGALHÃES JÚNIOR, HM. **Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado.** O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano, v. 2, p. 125-34, 2003.

Compilado de dados de planilhas enviadas pela UMS Parigot de Souza.

Gráfico relação semana x itens zerados, UMS Parigot de Souza - 2014



Fonte: planilhas de medicamentos zerados UMS Parigot de Souza - DSBN

# ELABORAÇÃO DE FLUXOS DE MEDICAMENTOS E INSUMOS NO DISTRITO SANITÁRIO DO BAIRRO NOVO

Autor principal/relator: Juliana Christina Gaioski

Colaboradores: Adilson Lopes dos Santos, Eduardo Funchal, Carmen F. Ribeiro e Midori N. S. Hamasaki

Local de Trabalho: Distrito Sanitário Bairro Novo

Eixo Temático: Assistência Farmacêutica e processo de medicalização/ Processo de trabalho multiprofissional na APS/ESF



## INTRODUÇÃO

A Assistência Farmacêutica nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) envolve grande número de fluxos no processo da logística do medicamento até a distribuição do mesmo ao usuário do SUS. A intenção foi padronizar os fluxos, definir papéis e responsabilizar profissionais envolvidos no cuidado com o medicamento.

## DESENVOLVIMENTO

O primeiro passo foi formar uma comissão com representantes do Distrito Sanitário do Bairro Novo (DSBN) e gerências para identificar os nós críticos e definir fluxos prioritários.

O segundo passo foi a elaboração dos fluxogramas e rotinas definidos na primeira fase com os seguintes temas: 1-Pedido Mensal de medicamentos e insumos; 2-Pré-requisição; 3-Medicamentos não padronizados pela SMS/ Secretaria Estadual de Saúde; 4-Fluxo de entrega e controle dos espaçadores; 5-Fluxo para medicamentos manipulados; 6-Criação de pasta virtual com planilhas dos medicamentos zerados semanalmente; 7- Compilado de arquivos virtuais que foram enviados para todas a UBS do DSBN.

O terceiro passo foi realização de dois fóruns em colegiado gestor. Foi dividido as equipes em grupos por NASF apresentando os dados para gestores e farmacêuticos, para discussão, correção e apreciação.

## CONCLUSÃO

A experiência resultou em ampla discussão dos papéis entre farmacêuticos e equipe das UBS, houve defesa de pontos de vista divergentes, mas, o mais importante foi a chegada a um consenso dos nós críticos, tais como, pedido mensal de medicamentos, pré-requisição de medicamentos, medicamentos não padronizados e insumos e remanejamentos. Os fluxos esclareceram para as equipes das UBS e farmacêuticos a responsabilização dos papéis no processo da logística do medicamento e insumos, aproximando os profissionais farmacêuticos, gestão distrital e equipe UBS.

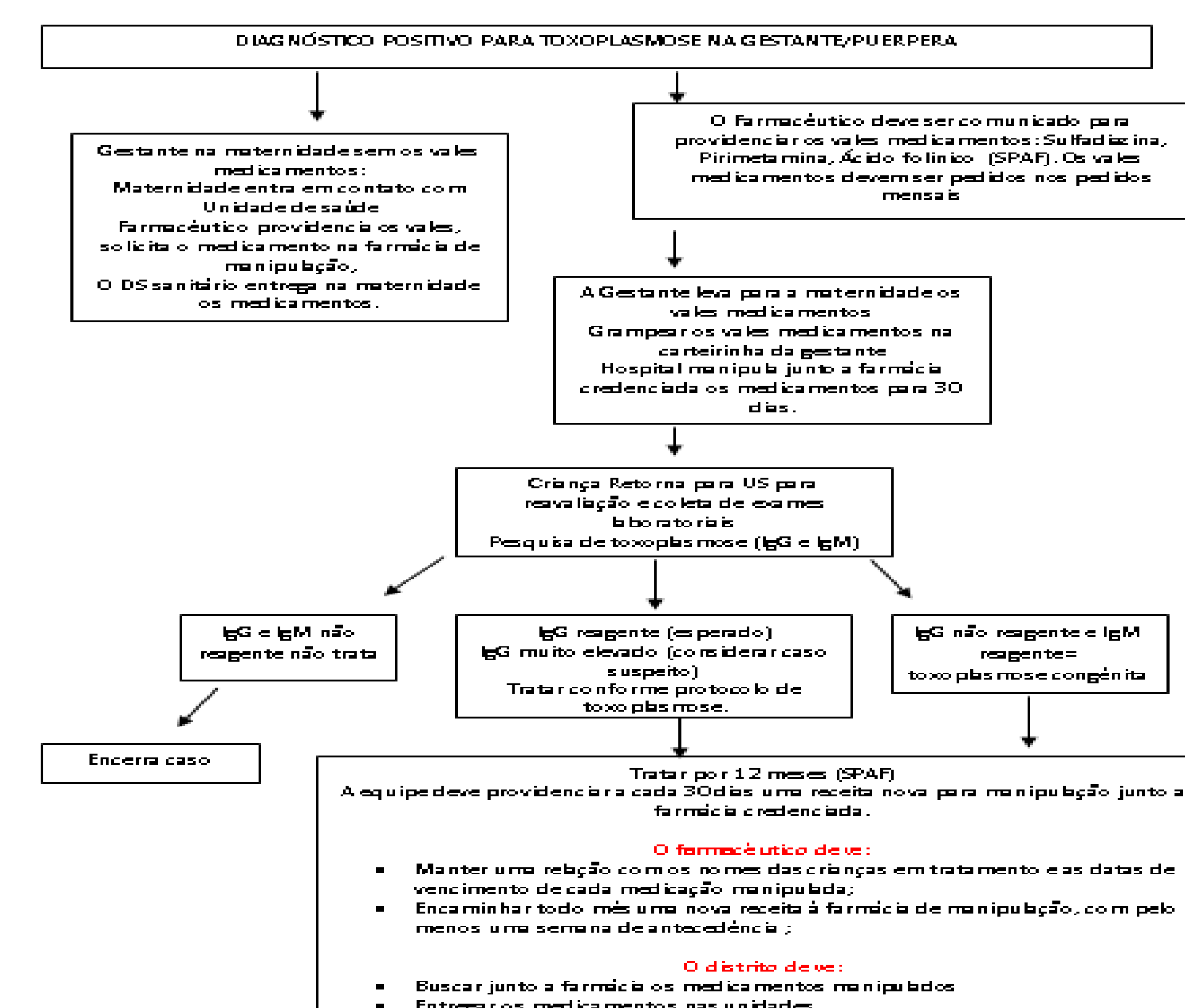
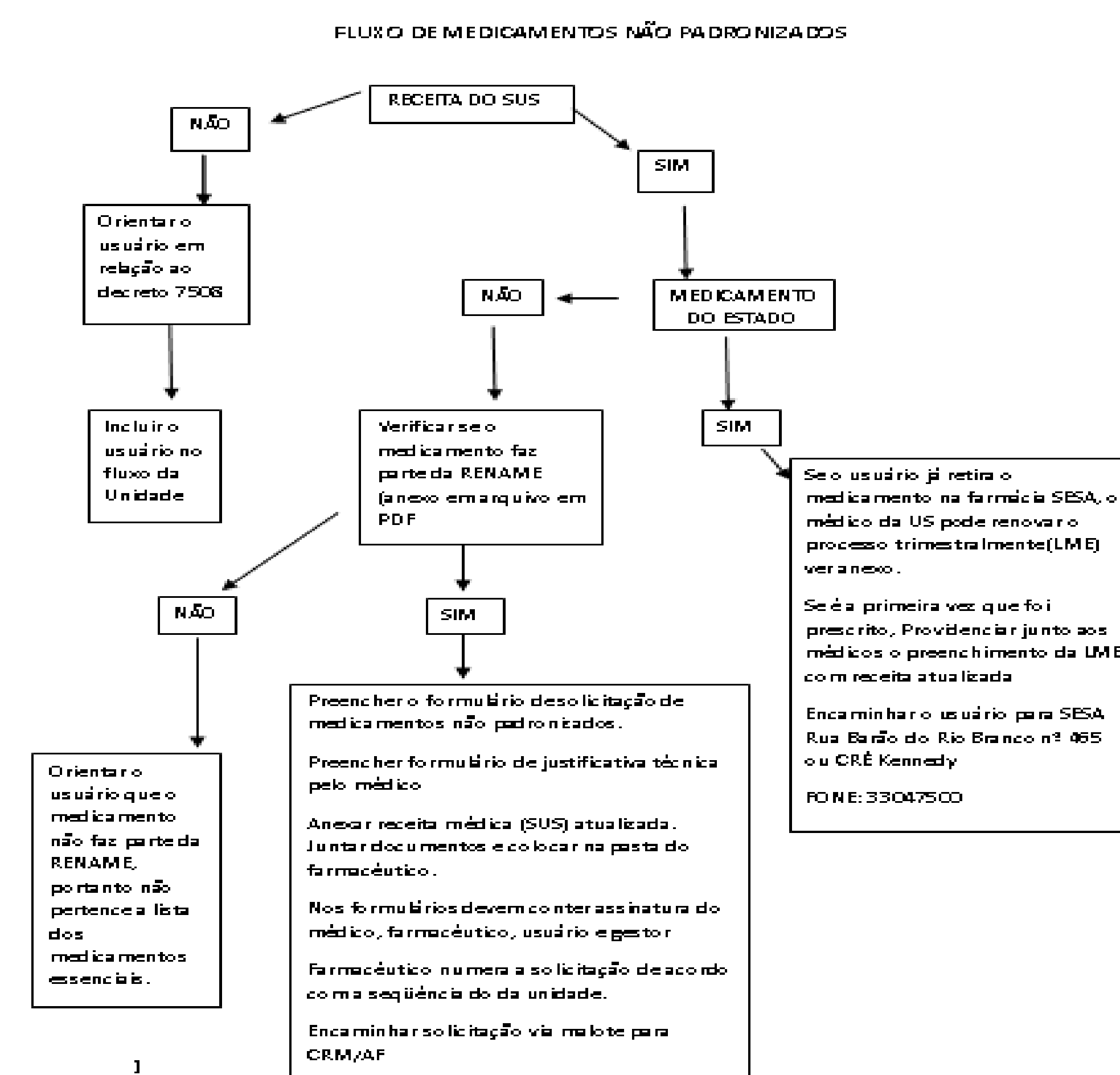
## REFERÊNCIAS

Memento Terapêutico da Farmácia Curitibana, 2005 disponível em

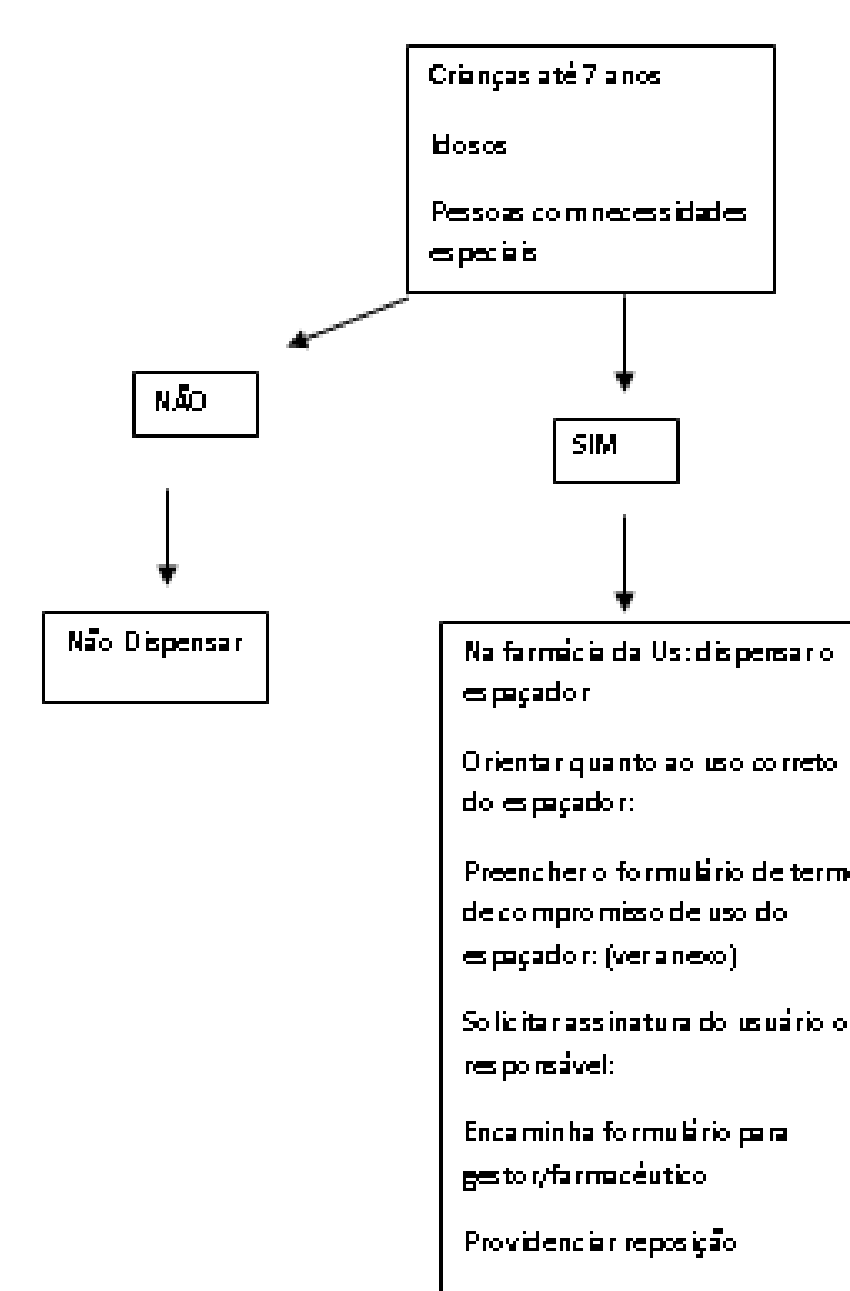
([http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/institucional/arquivos/protocolos/protocolo\\_003.pdf](http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/institucional/arquivos/protocolos/protocolo_003.pdf))

Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, disponível em

(<http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/cemepar/excepcionais.pdf>)



FLUXO DE ENTREGA E CONTROLE DOS ESPAÇADORES



# PSE: CUIDADOS COM A VISÃO NA INFÂNCIA

**Autor principal/relator:** Tânia Cristina S. de Souza.  
**Colaboradores:** Leonina Koch; Aline Mayara de Oliveira; Luís Carlos Nunes e Sandra Faria de Andrade e Viviane Cortiano

**Local de Trabalho:** Unidade de Saúde Vila Camargo.  
**Eixo Temático:** Planejamento, Monitoramento e Avaliação em saúde.



## INTRODUÇÃO

O Programa Saúde na Escola (PSE) visa à integração e articulação permanente da Educação e da Saúde, proporcionando melhoria da qualidade de vida dos alunos da rede pública de educação brasileira. O PSE tem como objetivo contribuir para a formação integral dos estudantes por meio de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, com vistas ao enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças e jovens da rede pública de ensino. Por meio desse processo consegue-se identificar crianças com alteração de visão e a partir de uma avaliação, quando identificados problemas oftalmológicos desde a infância, podem ser evitadas consequências futuras à saúde do educando e ao rendimento escolar.

Teste de Acuidade Visual – Consiste em uma avaliação da acuidade visual buscando identificar distúrbios oftalmológicos.

É realizada por um teste simples utilizando: 1º Escala de Snellen  
2º Escala de Light House

A escala utiliza símbolos em forma de letras E (1º escala) Figuras (2º escala), organizados de maneira padronizada, e tamanhos progressivamente menores, chamados optotipos.

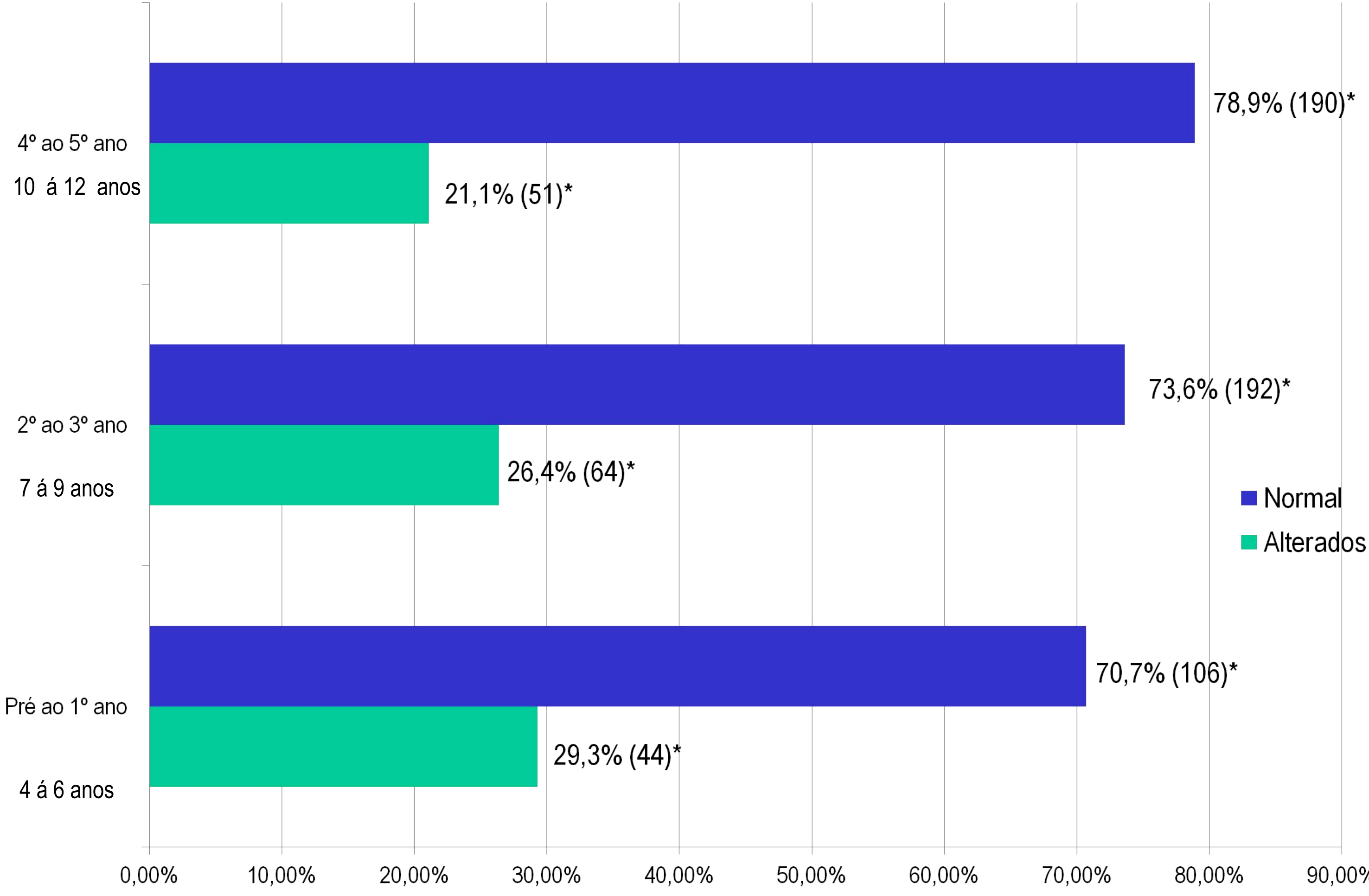
## DESENVOLVIMENTO

|                           |                                                                                                                                                                                                                                          |
|---------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Local do Estudo           | <ul style="list-style-type: none"><li>Escola Municipal Elza Lerner (Educação Infantil e Ensino Fundamental)</li></ul>                                                                                                                    |
| Data do Estudo            | <ul style="list-style-type: none"><li>Iniciou no dia 28/08/14</li><li>Terminou no dia 30/10/14</li></ul>                                                                                                                                 |
| Materiais e Métodos       | <ul style="list-style-type: none"><li>Escala de Snellen : de 6 a 12 anos</li><li>Escala Light House: de 4 a 5 anos e 11 meses.</li><li>Ambiente Calmo e bem iluminado</li><li>Distância de 5 metros da pessoa a ser examinada.</li></ul> |
| Sinais e Sintomas         | <ul style="list-style-type: none"><li>Lacrimejamento;</li><li>Inclinação persistente da cabeça</li><li>Piscar contínuo dos olhos</li></ul>                                                                                               |
| Critérios de Prioritários | <ul style="list-style-type: none"><li>Acuidade Visual inferior 0,3 em qualquer um dos olhos</li><li>Quadro agudo (Olho Vermelho, Dor e Secreção)</li><li>Trauma ocular recente</li></ul>                                                 |
| Critérios Regulares       | <ul style="list-style-type: none"><li>Acuidade Visual inferior 0,7</li><li>Estrabismo (Olho Torto)</li><li>Outros sintomas (prurido, lacrimejamento ocasional, cefaleia).</li></ul>                                                      |

## CONCLUSÃO

Dos 654 alunos avaliados (que representam 91% dos alunos matriculados no ano de 2014 na Escola Municipal Elza Lerner) 159 alunos que correspondem 24,3% apresentaram alteração do teste oftalmológico. Os alunos alterados foram encaminhados através da Unidade Saúde de origem à Oftalmologia-Projeto Olhar Brasil (alunos a partir de 4 anos de idade) e Oftalmologia Geral (alunos menores de 4 anos de idade). Os resultados das avaliações oftalmológicas podem demonstrar distúrbios de refração com necessidade de uso de óculos (miopia, hipermetropia, astigmatismo), estrabismo e outros, que quando diagnosticados e corrigidos rapidamente podem evitar dificuldades de aprendizagem e evasão escolar.

Gráfico 1: Porcentagem de déficit de Acuidade Visual, por série. Curitiba -2014



\*Número absoluto de crianças

No gráfico 1 mostra-se a porcentagem de crianças que apresentam déficit de acuidade visual (não leitura até linha 0,7). A maior preocupação são as crianças do pré-escolar ao 1º ano (de 4 anos a 5 anos e 11 meses), que se forem identificadas desde a primeira infância, muitos problemas futuros que envolvem a aprendizagem escolar podem ser evitados.



# CURATIVOS ESPECIAIS NAS UMS DE CURITIBA

Autor principal/relator: Claudine Esmaniotto  
Colaboradores: Marcelo Garcia Kolling

Local de Trabalho: DAPS  
Eixo Temático: Carteira de Serviços



## INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) deste município preocupa-se com o cuidado dos usuários com feridas e vem incorporando os avanços tecnológicos na atenção ao portador com feridas, fornecendo a estes as coberturas especiais com o objetivo de uma melhor e mais rápida evolução das feridas, controlando as infecções e atentando-se para a abrangência do cuidado.

## DESENVOLVIMENTO

O enfermeiro vem desenvolvendo o aprimoramento de suas competências, através da inclusão de novas práticas profissionais, tendo o auxílio da equipe de enfermagem na realização de curativos com coberturas especiais como uma tecnologia cada vez mais avançada, primando para o processo de cura e alta de usuários com feridas. A contribuição do profissional enfermeiro ocorre através de avaliações sistematizadas realizadas, utilizando as tecnologias que melhor convém e fazendo a articulação/integração necessária com os demais profissionais para promover a recuperação da pele lesada



**Observamos abaixo a tabela das UBS com cotas:**

| Avaliação geral das UBS com cota de curativos especiais 1º semestre de 2014 |             |
|-----------------------------------------------------------------------------|-------------|
| Nº de UBS que possuem cota                                                  | 58          |
| Média de usuários atendidos por mês                                         | 7*          |
| Média do número de realizações de curativos por paciente na semana          | 2 - 3 vezes |
| Classificação das feridas prevalentes                                       | Venosa      |
| Gasto com coberturas especiais no 1º semestre 2014                          | 484.103,89  |

## CONCLUSÃO

A utilização desta tecnologia de cuidado na Secretaria Municipal de Saúde ao usuário com feridas oportuniza momentos de discussão em equipe onde é estabelecido o plano de cuidado oferecendo assistência integral para a recuperação do usuário; promoção do conforto; minimização das complicações; cicatrização e cura da lesão a curto e médio prazo; melhoria da qualidade de vida e é onde a equipe cria vínculo com a família e usuário; é estabelecido assim

## REFERÊNCIAS

Esmaniotto, C. Uso das tecnologias para o tratamento de feridas na atenção primária à saúde - atuação do enfermeiro. Curitiba, 2013.

# LINHA DE CUIDADO PARA SOBREPESO E OBESIDADE - CURITIBA

Autor principal: Rosângela Scucato

Colaboradores: Alexei Volaco, Carmen Cristina Moura dos Santos, Soriane Kieski Martins, Angela C. Lucas de Oliveira, Karyne Santana G. Gomes.

Local de Trabalho: Departamento de Redes  
Eixo Temático: Redes de Atenção



## INTRODUÇÃO

Apresentar as diretrizes para organização da prevenção e tratamento do Sobrepeso e Obesidade em Linha de Cuidado que organiza os pontos de atenção e a comunicação entre eles e estabelece critérios para o enfrentamento das diversas complexidades na atenção.

## DESENVOLVIMENTO

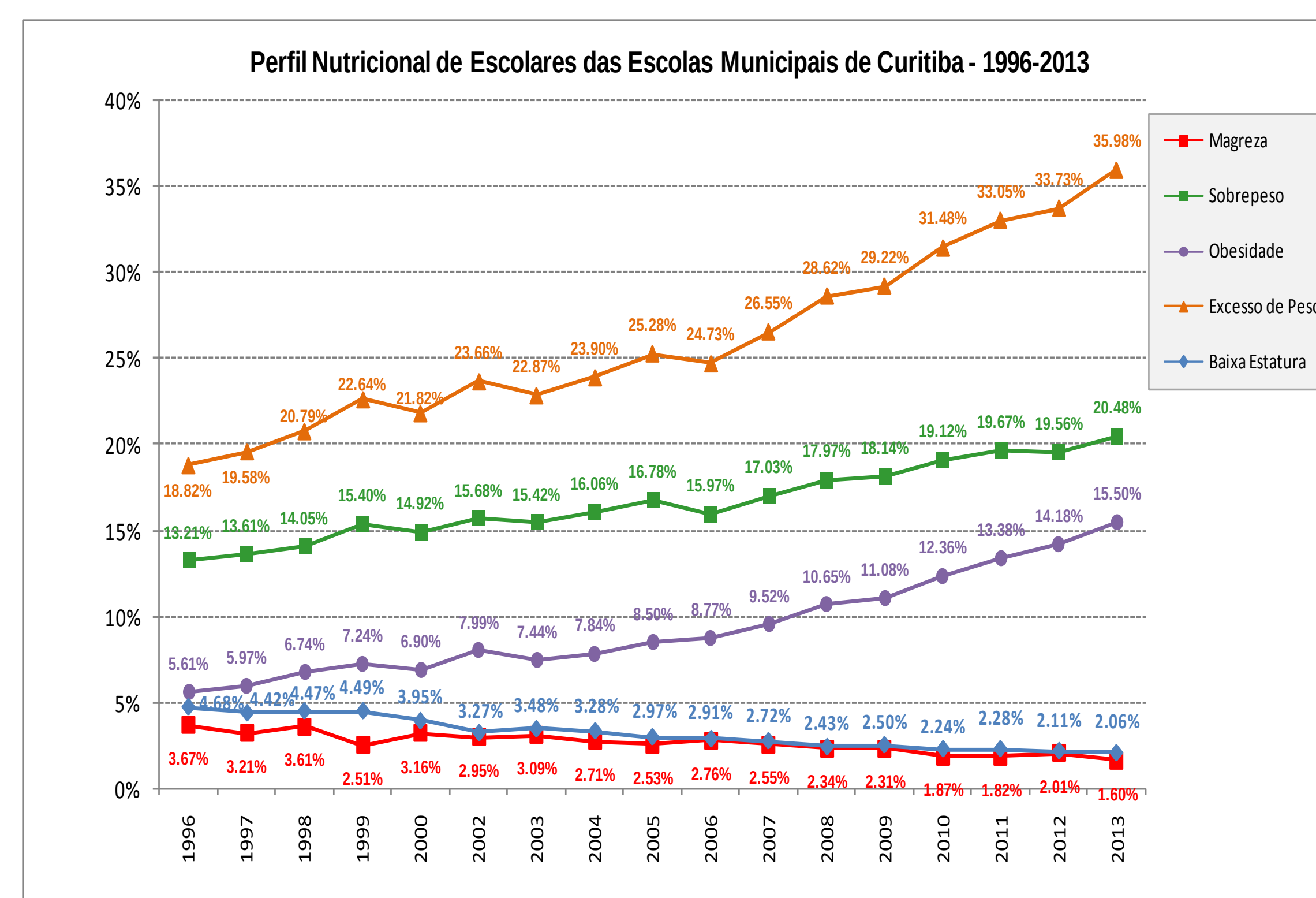
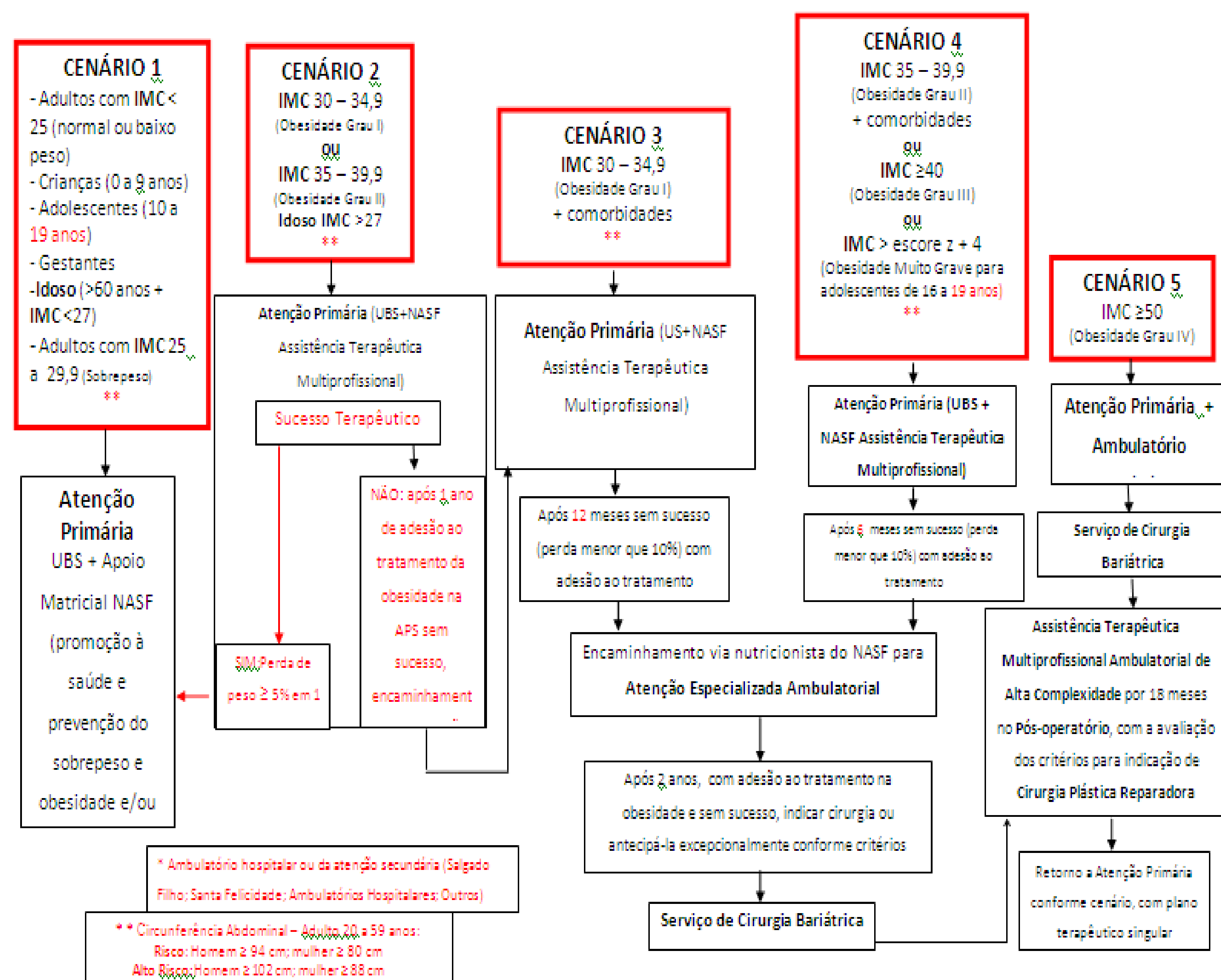
A população de Curitiba segue a tendência da epidemia da obesidade. No município a taxa de excesso de peso em adultos (IMC 25 a 29kg/m<sup>2</sup>) chega em 2012 a 51,8% e a taxa de obesidade também em adultos (IMC > 30kg/m<sup>2</sup>) já se encontra em 16,3%.

Em escolares a taxa de obesidade (5 a 19 anos com IMC/idade > +2 escores-z) chega em 2013 no percentual de 15,50%.

Esta situação e os subsídios trazidos pelas Portarias MS 424 e 425 de 2013, mobilizam no município um trabalho coletivo multiprofissional e em rede, para organizar a Linha de Cuidado para Sobrepeso e Obesidade.

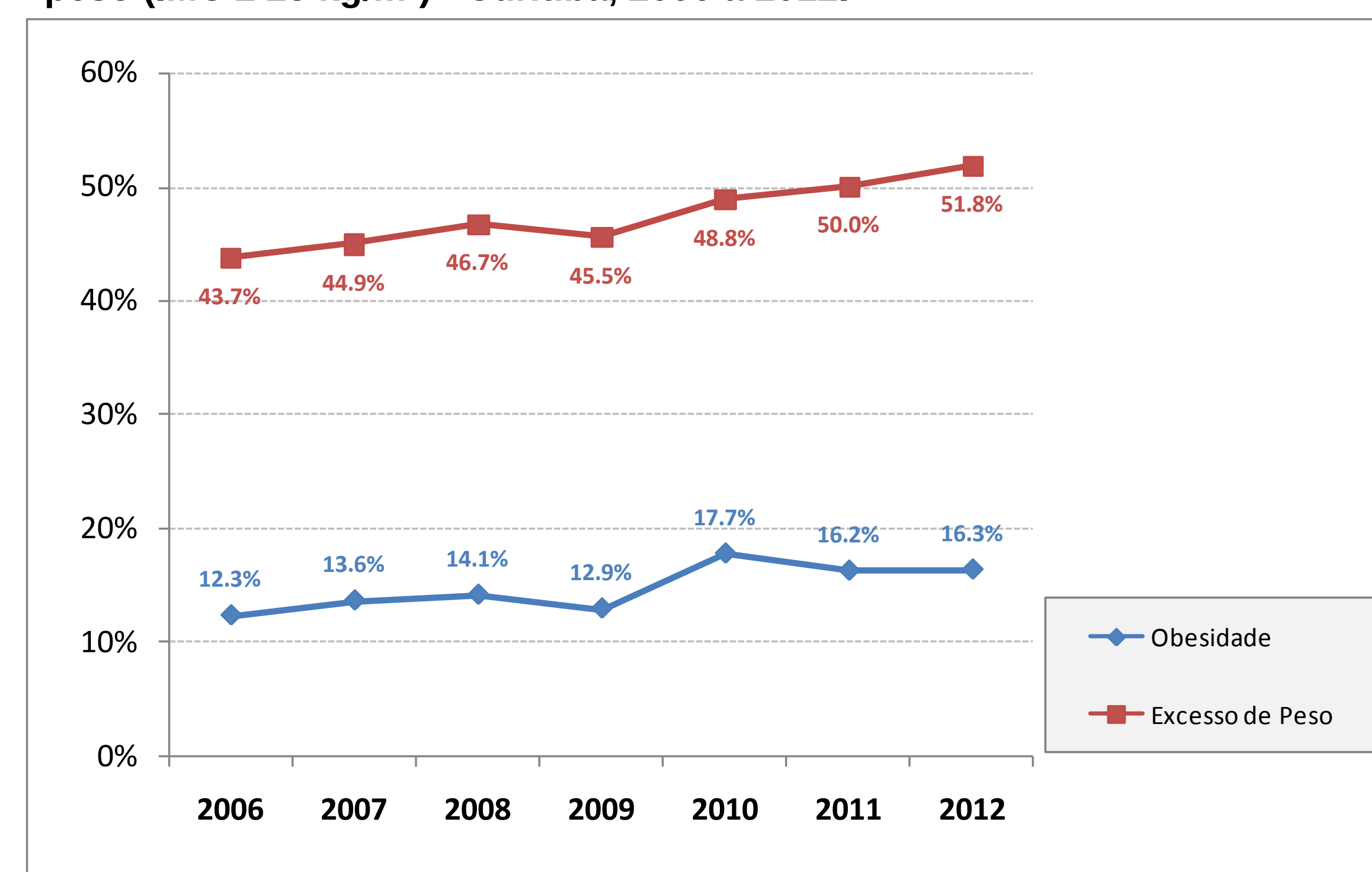
Estudos Epidemiológicos, concepções e produções de processos de trabalho da Atenção Primária e Auditoria, intensificam e apóiam a recriação da articulação das Redes de Atenção e a readequação do serviço pelo Prestador.

### FLUXO DA LINHA DE CUIDADO PARA SOBREPESO E OBESIDADE - CURITIBA



Fonte: SME / SMS / Sisvan-Escolar, 2013.

Percentual de indivíduos com obesidade (IMC ≥ 30 kg/m<sup>2</sup>) e excesso de peso (IMC ≥ 25 kg/m<sup>2</sup>) - Curitiba, 2006 a 2012.



Fonte: Vigitel, 2012

## CONCLUSÃO

Rever o perfil do prestador (daquele que assumia somente a etapa cirúrgica, pré e pós operatório) para agora corresponsabilizar-se nas etapas da atenção especializada ambulatorial, potencializa o trabalho na Atenção Primária, na capacidade generalista/especialista do NASF, de apoio e matriciamento na atenção. A seguir articular da Câmara Técnica Intersetorial, o monitoramento e avaliação.

## REFERÊNCIAS

CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde. Departamento de Redes de Atenção à Saúde. Linha de Cuidado para Sobrepeso e Obesidade, 2014.

CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde. Relatório do Sistema Alimentar e Nutricional do Escolar, 2013.

VIGITEL. Relatório do Perfil Nutricional da População de Curitiba, 2006-2012.

# ACUMULADORES DE OBJETOS E/OU ANIMAIS: IMPLICAÇÕES NO AMBIENTE E SAÚDE

Autor principal/relator: Marília F. Cecon-Valente  
Colaboradores: Graziela R. da Cunha, Flávia A. D. Martins, Dirciane Floeter, Liana L. Silva, Alexander W. Biondo

Local de Trabalho: Vigilância Sanitária – Distrito Sanitário Cajuru  
Eixo Temático: Vigilância ambiental



## INTRODUÇÃO

A acumulação compulsiva (*hoarding disorder* - DSM V - 2013) caracteriza-se pelo comportamento de acumular objetos e/ou animais domésticos em situação insalubre ou com falta de segurança, sendo identificada pela dificuldade em descartá-los ou doá-los (FIGURA 1). O objetivo principal foi descrever as implicações para o ambiente e para a saúde vinculadas aos casos de acumuladores em geral.

## DESENVOLVIMENTO

Foi realizada pesquisa bibliográfica sobre o tema, com busca de artigos científicos nas bases Pubmed, Science Direct e Scientific Eletronic Library Online (SCIELO) nos últimos 5 anos. Foram encontrados 472 artigos no total, sendo 233 na base de dados Pubmed, 218 na Science Direct e 21 na Scielo. Destes, apenas 65 artigos foram repetidos. Verificou-se que 124 artigos não tratavam sobre o tema proposto, obtendo-se assim um total de 282 artigos que tratavam direta ou indiretamente sobre o transtorno de acumuladores de animais e/ou objetos. Em geral, a literatura científica sobre o tema é voltada principalmente a aspectos clínicos, de definição, diagnóstico e estudos de caso. Faltam estudos sobre as condições ambientais e sanitárias dos casos de acumuladores, bem como de abordagens epidemiológicas e de saúde coletiva, que possam subsidiar a criação de políticas públicas e a condução dos casos em sua integralidade.

## CONCLUSÃO

São descritos na literatura sobre o tema uma grande variedade de riscos e impactos para a saúde e para o ambiente decorrentes de casos de acumuladores, como proliferação de vetores, zoonoses, falta de higiene, contaminação do ar, além da probabilidade de incêndios e desabamentos, enquadrando-se portanto em um grave problema de saúde ambiental. O principal método de intervenção indicado para melhorias/redução de riscos é o acompanhamento com uma diversidade de serviços e cuidados (Almeida e Ribeiro, 2012) .

| Acumuladores de materiais/objetos                                                                                                                                                                                                                                    | Acumuladores de animais                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| -alto risco para infestação por insetos ou roedores, crescimento de mofo, risco de incêndio, odores tóxicos e, ainda, as moradias entulhadas e desorganizadas criam dificuldade de acesso e segurança para equipes de primeira resposta (Bratiotis, 2013)            | -diversas zoonoses podem estar presentes, e patógenos podem ser carregados por vetores, além das consequências para a qualidade do ar devido aos resíduos, pêlos e partículas que podem causar ou agravar problemas alérgicos, também do alto nível de amônia que o ar onde animais ficam mantidos pode apresentar (Castrodale <i>et al.</i> , 2010) |
| - em seu estado mais severo, podem colocar em risco a saúde e a segurança dos indivíduos acometidos bem como da comunidade em seu entorno, ocasionando desabamentos, incêndios e problemas de ordem sanitária (Frost <i>et al.</i> , 2000; Kim <i>et al.</i> , 2001) | - em investigação com gatos nesta situação, em abrigos nos Estados Unidos, foi verificada uma maior prevalência de múltiplos patógenos respiratórios e entéricos, bem como infecções retrovirais do que em abrigos normais (Polak <i>et al.</i> , 2014)                                                                                              |
| -falta de higiene pessoal e de insalubridade ambiental (Xinqi Dong <i>et al.</i> , 2012)                                                                                                                                                                             | -falta de higiene pessoal e insalubridade ambiental (Xinqi Dong <i>et al.</i> , 2012)                                                                                                                                                                                                                                                                |

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, R. E RIBEIRO O. Síndrome de Diógenes: revisão sistemática da literatura. **Rev. Port. Saúde Pública.** 2012; 3 0(1):89–99

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA).Diagnostic ad Statistical Manual of Mental Disorders (DSM V).Disponível em: <http://www.dsm5.org/> . Acesso em 06/06/2013.

XINQI DONG, M. A; SIMON, L. M. e EVANS, D. A..The Prevalence of Elder Self-Neglect in a Community-Dwelling Population: Hoarding, Hygiene, and Environmental Hazards**J Aging Health**2012 24: 507

BRATIOTIS, C. Community hoarding task forces: a comparative case study of five task forces inthe United States.**Health and Social Care in the Community** (2013) 21(3), 245–253.

CASTRODALE, L.; BELLAY, Y.M.; BROWN, C.M.; CANTOR, F.L.; GIBBINS, J.D.; HEADRICK, M.L.; LESLIE, M.J.; MACMAHON, K.; O'QUIN, J.M.; PATRONEK, G.J.; SILVA, R.A.; WRIGHT, J.C.; YU, D.T. General public health considerations for responding to animal hoarding cases. **J Environ Health.** 2010 Mar;72(7):14-8; quiz 32.

FROST, R.O., STEKETEE, G., E WILLIAMS, L. Hoarding: A community health problem. **Health and Social Care in the Community**, 2000.8(4), 229–234.

KIM; H.J; STEKETEE, G; FROST, R.O. Hoarding by elderly people. **Health and Social Work.**2001; 26:176–184



FIGURA 1. INTERIOR DA RESIDÊNCIA DE UM ACUMULADOR NA CIDADE DE CURITIBA, PR.  
Fonte: Foto de Floeter, D., 2014.

# PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES: UM RELATO DE CASO

Autor principal/relator: Carolina Bertinato  
Colaboradores: Regiany Woidello, Elaine Tosin, Mirta Gonçalves

Local de Trabalho: Centro de Especialidades Médicas Matriz  
Eixo Temático: Práticas Integrativas e Complementares



## INTRODUÇÃO

O relato de caso descrito tem por objetivos: destacar a importância da acupuntura e da homeopatia, sendo estes tratamentos médicos acessíveis e eficazes; mostrar que a recuperação da saúde e da qualidade de vida é geralmente adequada; incentivar e promover estas duas práticas de tratamento médico na rede de atendimento do SUS.

## DESENVOLVIMENTO

O artigo proposto é um relato de caso atendido no CEMM. Uma paciente, casada, uma filha, foi encaminhada pela psiquiatra ao serviço de acupuntura médica em 2010 para tratamento adjuvante de transtorno de humor misto ansioso e depressivo, com crises de fobia. Era cuidadora do marido portador de insuficiência cardíaca grave. Foram realizados acolhimento, atendimento e orientação. A paciente apresentava ansiedade, sobrepeso, tabagismo, cansaço, anedonia, alteração de sono, alergias a certos remédios e alimentos. Mini-mental normal. Escala de cuidador de Zarit de sobrecarga moderada. Exames gerais normais. Foi iniciado o tratamento com acupuntura e com homeopatia. O quadro clínico teve gradativa e continuada melhora apesar de percalços como problemas do dia-a-dia e o agravamento do quadro do marido, que faleceu em questão de meses. Desde então, a paciente mantém-se bem, descansada, sem sintomas que sugiram transtorno de humor. Os assuntos práticos de vida estão se resolvendo e ela está trabalhando.

## CONCLUSÃO

A paciente sente-se acolhida, bem atendida e responde bem ao tratamento. Comparando à forma em que chegou ao ambulatório, anos atrás, com sintomas sérios, sem qualidade de vida, sem perspectivas, e hoje, mesmo após tempos turbulentos em sua vida, retomando com saúde, felicidade e qualidade de vida a sua vida, pode-se ver o sucesso dos tratamentos propostos. Aliando o bom acolhimento, a prática da boa ciência, o cuidado humanizado, a união dos conhecimentos de várias áreas e a ética profissional, pode-se chegar ao objetivo máximo que é recuperar o ser humano, deixando-o livre para viver em sua plenitude.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS – PNPIC-SUS. Brasília: Ministério da saúde, 2006.  
MACIOCIA, G. Fundamentos da acupuntura. 2. ed. São Paulo: Roca, 2007.  
NASSIF, M.R.G. Compêndio de homeopatia. São Paulo: Robe, 1997.



# PERFIL HIGIÊNICO-SANITÁRIO DE MERCADOS, PANIFICADORAS E RESTAURANTES LOCALIZADOS NA CIDADE INDUSTRIAL DE CURITIBA-PR

Autor principal/relator: Paula Thaís Vencato  
Colaboradores: Daniele Küster, Andréa Mayumi Sera  
Fukushima

Local de Trabalho: Vigilância Sanitária -  
DSCIC  
Eixo Temático: Vigilância Sanitária



## INTRODUÇÃO

Visto que os alimentos podem ser veiculadores de doenças, identificar nos estabelecimentos de produção e distribuição de alimentos os principais agentes ou fatores causadores é de fundamental importância para orientar as ações de saúde pública. Este trabalho teve como objetivo analisar o perfil higiênico-sanitário de mercados, panificadoras e restaurantes localizados no território do Distrito Sanitário da Cidade Industrial de Curitiba.

## DESENVOLVIMENTO

A pesquisa teve caráter qualitativo com dados tratados quantitativamente, foram analisados 148 Termos de Intimação e Autos de Infração lavrados no período de 01 de janeiro a 31 de dezembro de 2011.

Dos estabelecimentos avaliados o ramo de mercado apresentou maior número de autuações por parte da vigilância sanitária (51,35%), sendo que destas 51% foram Autos de Infração.

A irregularidade mais freqüente em todos os ramos avaliados foi estrutura física, sendo que a falta de material para correta higienização das mãos (suporte para sabonete líquido, papel toalha e álcool) teve maior incidência.

Nos três ramos avaliados a categoria de procedimentos também apresentou percentual elevado correspondente a 22,8% em mercados, 23,97% em panificadoras e 35,43% em restaurantes.

As principais irregularidades dos mercados foram alimentícios sem identificação quando a procedência, data fabricação e prazo de validade (40,32%) e os produtos alimentícios armazenados sob temperatura de conservação inadequada (30,64%). Nos restaurantes foram a ausência de registros e controles de processos na preparação e distribuição de alimentos (15,12%), falta de Manual de Boas Práticas e Procedimentos Operacionais Padronizados (13,37%), e ausência de treinamento de manipuladores em boas práticas de manipulação (12,21%).

Figura 01 - Gráfico com percentual de inspeções que geraram intimações ou infrações nos estabelecimentos no ano de 2011.

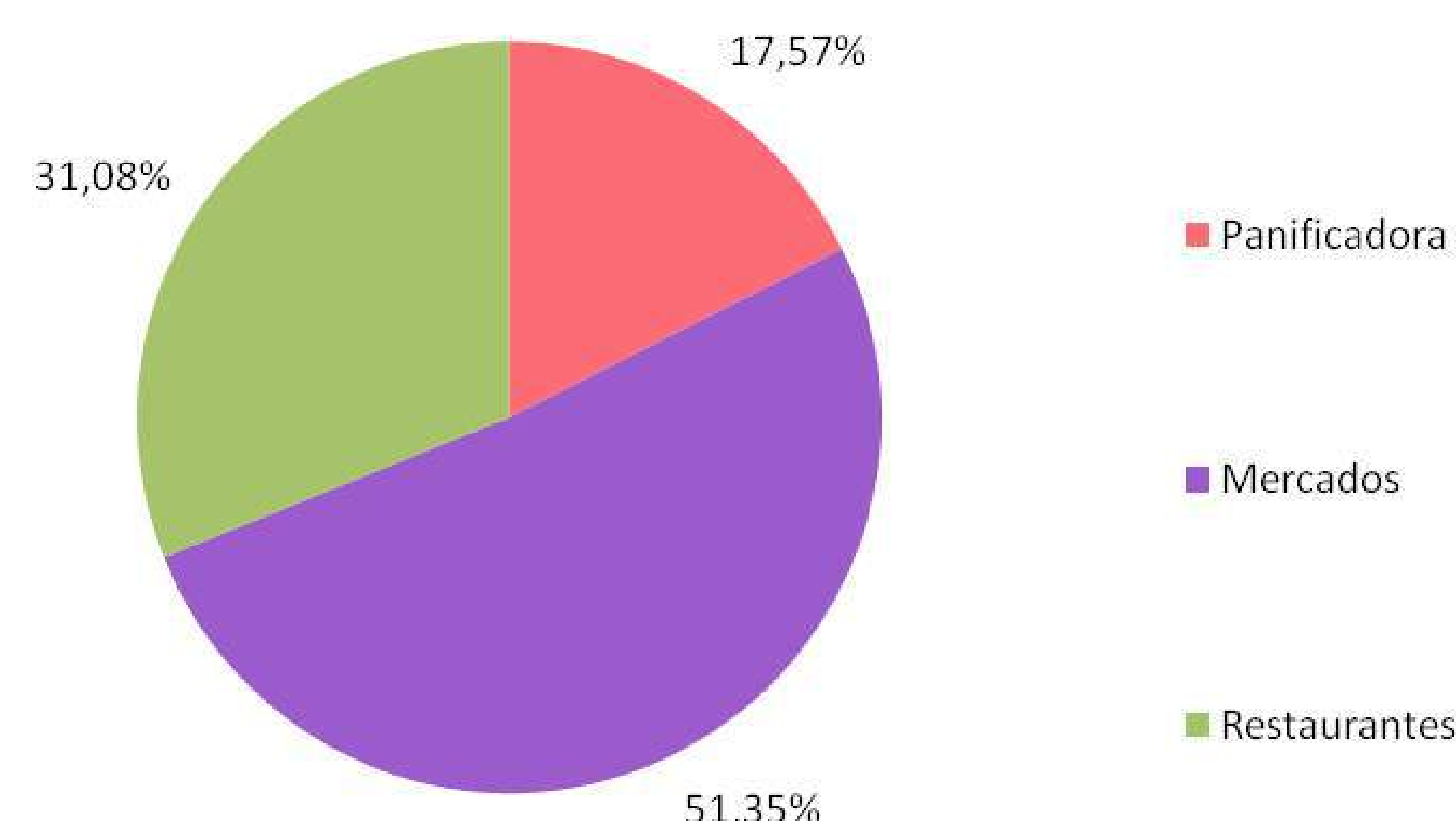
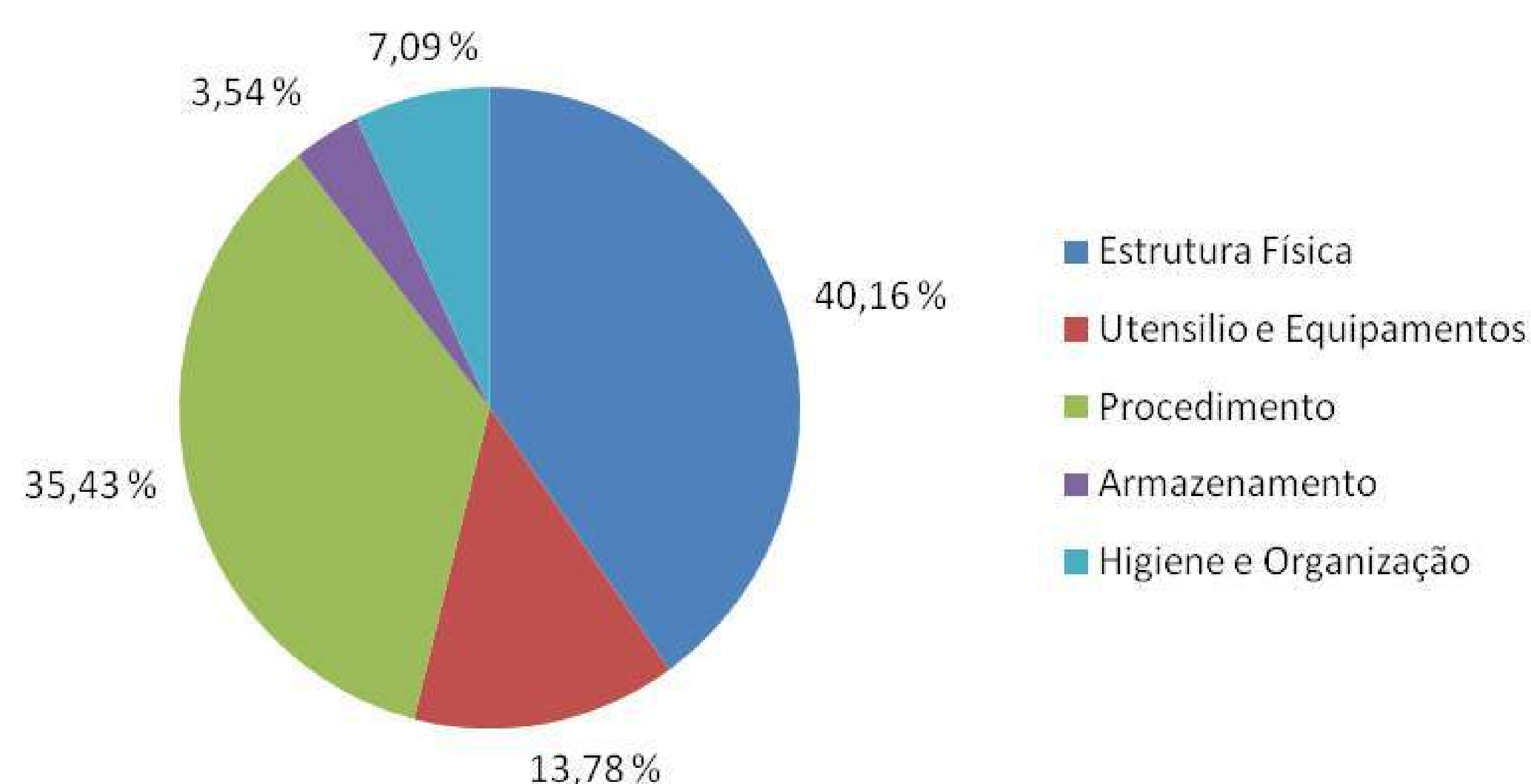


Figura 02- Categorias de irregularidades de maior incidência em Restaurantes no ano de 2011.



## CONCLUSÃO

A partir dos dados do presente trabalho pode-se recomendar que os responsáveis pelos estabelecimentos forneçam estrutura física e materiais adequados e imprescindíveis para a execução correta de procedimentos, bem como prezar pela educação sanitária dos manipuladores como seu monitoramento e capacitação por meio de treinamentos e palestras, afim de que se adotem hábitos adequados quanto à higiene pessoal e à manipulação dos alimentos.

## REFERÊNCIAS

PIOVESAN, M. F., et. al. *Vigilância Sanitária: uma proposta de análise dos contextos locais*. Rev. Bras. de Epidemiologia, 2005;8(1):83-95.

POERNER, N. et. al. *Avaliação das condições higiênico-sanitárias em serviços de alimentação*. Rev. Inst. Adolfo Lutz (Impr.), São Paulo, v. 68, n. 3, 2009

VEIGA, C. F. da; DORO, D. L.; OLIVEIRA, K. M. P. *Estudo das condições sanitárias dos estabelecimentos comerciais de manipulação de alimentos do município de Maringá, PR*. Rev. Higiene Alimentar, São Paulo, v.20, n.138, p. 28-36, 2006.

# AGOSTO AZUL – HOMEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Autor principal/relator: Cristiane T. S. Gusso  
Colaboradores: Byanca de Cassia C. Kusminski, Eliana Rodrigues Neves, Elizete Regina Emiliano, Rosilda de S. Machado, Sueli Ap. P. De Castro

Local de Trabalho: Unidade de Saúde Dom Bosco  
Eixo Temático: Educação em Saúde



## INTRODUÇÃO

Diante da percepção de que o homem entre 18 e 69 anos não faz prevenção a sua saúde e muitas vezes só vem para atendimento na companhia de um familiar a equipe da US Dom Bosco planejou uma atividade educativa no sábado, chamada Agosto Azul, voltada à esta faixa da população

## DESENVOLVIMENTO

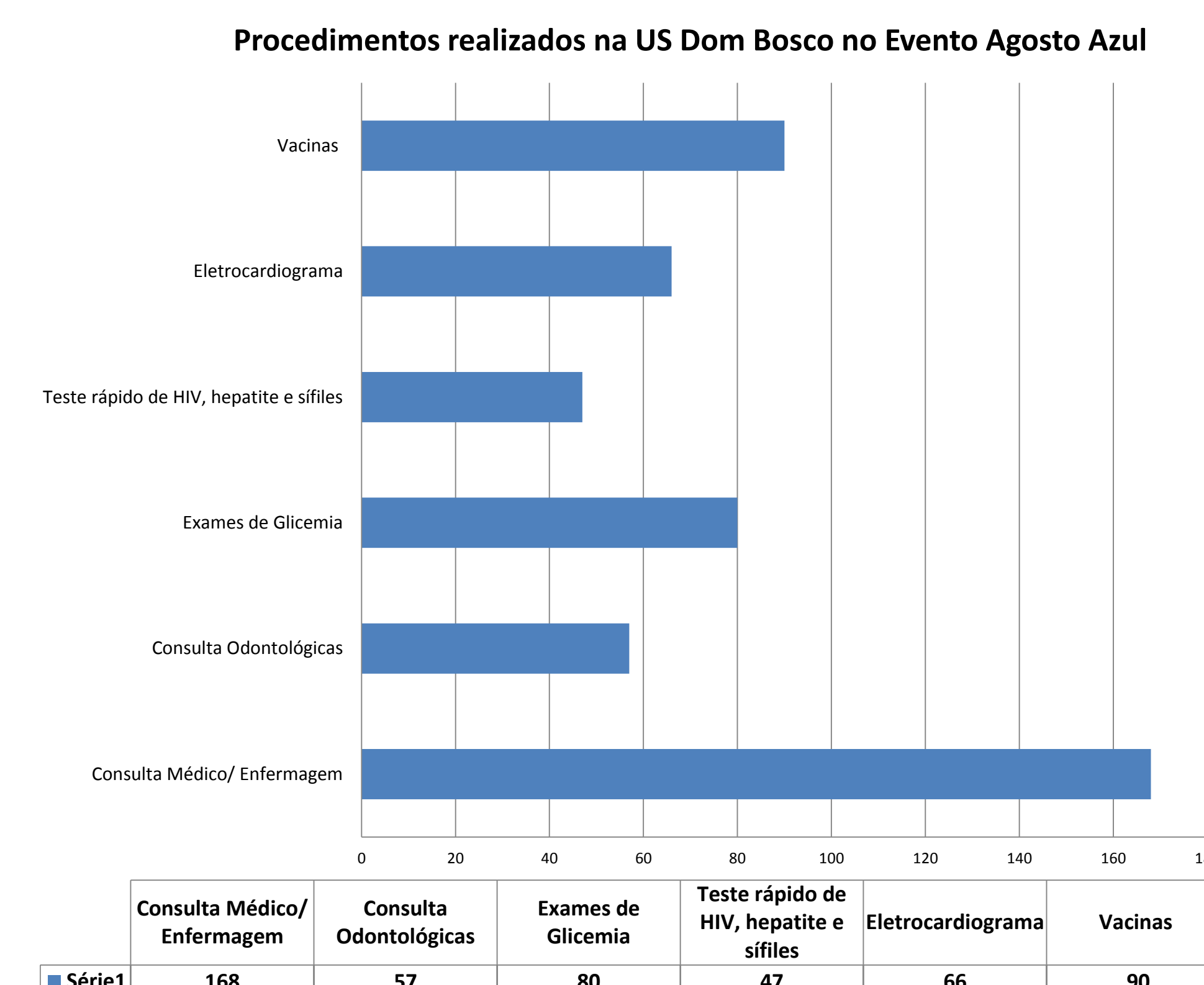
A preparação do evento começou dois meses antes da data prevista com a busca de parcerias no comércio local para a confecção e impressão dos folders. A equipe da US Dom Bosco fez a divulgação do evento principalmente para as mulheres que são um público quantitativamente maior no dia a dia da US, solicitando que elas convidassem seus maridos e familiares para comparecer na US no dia marcado.

Com a intenção de integrar o atendimento em um só dia, foram desenvolvidas diversas atividades tais como: consultas médicas e de enfermagem, atendimento odontológico, exames de glicemia, testes rápidos de HIV, hepatite e sífilis, eletrocardiograma e vacinas de rubéola, tétano e gripe para os homens com perfil de risco determinado pelo Ministério da Saúde. Foram realizadas palestras educativas sobre prática de exercícios e alimentação saudável.

De tarde em parceria com a Escola Municipal Santa Ana Mestra foram realizadas atividades com apresentação de grupos de May Tay.

## CONCLUSÃO

Para surpresa da equipe a adesão masculina no evento superou a expectativa prevista. Percebemos que devido ao horário diferenciado aberto pela US foi oportunizado o comparecimento dos homens ao atendimento, alertando à equipe da existência de uma demanda reprimida para cuidados essenciais do homem na Atenção Primária à Saúde.



# FAMÍLIA CURITIBANA: AÇÕES ENTRE UNIDADE DE SAÚDE, CENTRO DE REFERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E ESCOLAS MUNICIPAIS

Autor principal/relator: Cristiane T. S. Gusso  
Colaboradores: Maria Rozeli da Silva e Souza  
Ederli de Oliveira Lipski, Susana de Moraes, Elaine Galperim, Verônica de Fátima Pereira Rosa

Local de Trabalho: Unidade de Saúde Dom Bosco  
Eixo Temático: Território, Interssetorialidade e Saúde



## INTRODUÇÃO

Este trabalho tem por objetivo apresentar o projeto de intersetorialidade denominado de “Família Curitibana” que se caracterizava por integrar vários órgãos e instancias administrativas da Prefeitura Municipal de Curitiba (PMC) e realizar ações integradas, com finalidade de identificar as famílias com alta vulnerabilidade social, público este, que mais necessita de proteção social, além de possibilitar o monitoramento da intervenção técnica, realizado por uma equipe multiprofissional no Território da Unidade de Saúde Dom Bosco.

## DESENVOLVIMENTO

O projeto tinha por objetivo o desenvolvimento de um processo que gerasse a melhoria nas condições de vida do público atendido. Teve como foco prioritário a emancipação das famílias, a fim de desenvolverem suas trajetórias com autonomia, inseridas nas políticas sociais.

Cada Secretaria ou Órgão da PMC ficou responsável por determinadas metas e produtos definidos em Contrato de Gestão.

Foram realizadas reuniões mensais dos comitês locais com os representantes da Secretaria Municipal da Saúde/Distrito Sanitário, Fundação de Assistência Social/Centro de Referência da Assistência Social e Secretaria Municipal da Educação/Escolas Municipais, para discussão e acompanhamento das famílias.

Mensalmente eram realizadas ações socioeducativas para as famílias abrangendo os mais diversos temas e distribuição de cestas com frutas e verduras.

## CONCLUSÃO

Observamos que quanto maior foi o envolvimento das Secretárias e Órgãos no projeto o impacto nas famílias atendidas foi melhor, bem como no território, conseqüentemente para toda sociedade, efetivando e fortalecendo a intersetorialidade.



# OLHAR AMPLIADO DO CUIDADO DA APS NA UMS NSA APARECIDA

Autor principal/relator: Tayciele Schenkel Quintana Bizinelli

Local de Trabalho: Unidade de Saúde Nossa Senhora Aparecida (US NSA)  
Eixo Temático: Carteira de Serviços



## INTRODUÇÃO

A Atenção Primária de Saúde deve ser a porta de entrada de toda a rede de saúde oferecida para população. Assim, deve ser capaz de atender a maioria das queixas e problemas de sua população adscrita. Para realizar esse cuidado, um serviço de saúde deve estar em constante aperfeiçoamento de suas atividades oferecidas, ou seja, sempre que possa ampliar sua carteira de serviços. Este trabalho é o relato de experiência vivenciado na Unidade de Saúde Nossa Senhora Aparecida.



## DESENVOLVIMENTO

A população do território de abrangência da UMS ESF Nossa Senhora Aparecida conta com cerca de 15 mil moradores, para 3 equipes de ESF. Para poder atendê-los melhor e assim aumentar o cuidado direcionado. A equipe da US há cerca de 20 meses está aumentando sua carteira de serviços e disponibilizando a seus usuários serviços que anteriormente eram ofertados apenas na atenção secundária e terciária. Com essa ação, atendemos o usuário mais perto de sua realidade, podendo o médico ser mais resolutivo e o principal não aguardar meses por um serviço. Entre os serviços ofertados, estão: cantoplastia, suturas, remoção de cerume, colocação e retirada de DIU, desbridamento, cauterização química, drenagem de abscesso, biopsia e retirada de nódulos subcutâneos. Esse ano recebemos novos equipamentos como o eletrocautério para pequenos procedimentos cirúrgicos e que breve iniciaremos seu uso.

| PROCEDIMENTO                     | ESPECIALISTA                             | Total de pessoas na US NSA (10/13) | TEMPO MÉDIO DE ESPERA | Total de pessoas na US NSA (11/14) | TEMPO MÉDIO DE ESPERA |
|----------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------|-----------------------|------------------------------------|-----------------------|
| Inserção/Retirada de DIU         | Gineco Geral                             | 188                                | 20 meses              | 92                                 | 24 meses              |
| Remoção de cerume                | Otorrino                                 | 5                                  | 2 meses               | 17                                 | 1 mês                 |
| Canto plastia/retirada de lesões | Cirurgia Geral – Pqnas Cirurgias de Pele | 78                                 | 26 meses              | 50                                 | 33 meses              |
| Biópsia de pele                  | Dermato                                  | 73                                 | 13 meses              | 81                                 | 11 meses              |

## CONCLUSÃO

Notamos que nesse primeiro momento a fila e tempo de espera não teve tanto impacto em relação a números, porém a resolutividade para cada paciente teve diferença. Um médico da APS deve ter sua resolubilidade em torno de 85% das queixas de sua população, para tal, deve estar em constante reciclagem e aumento de serviços ofertados. Com o aumento de procedimentos oferecidos a nossa população, podemos ser mais resolutivos e evitar que o paciente enfrente uma fila de espera e que principalmente possa ter seu problema resolvido pelo seu médico.

# IMPLANTAÇÃO DAS TERAPIAS INTEGRATIVAS

**Autor principal/relator:** Karin Godarth  
**Colaboradores:** Tereza Kindra,  
Marcelexandra Rabelo, Letícia de Lima, Taís  
A. Hass.

**Local de Trabalho:** Maternidade Bairro Novo.  
**Eixo Temático:** Práticas integrativas e  
complementares



## INTRODUÇÃO

As terapias integrativas e complementares se integra a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, que vem de encontro ao fortalecimento dos princípios do SUS, baseado no modelo de atenção humanizada, centrada na integralidade e individualidade. O objetivo deste trabalho é apresentar o as terapias integrativas desenvolvidas na maternidade.

## DESENVOLVIMENTO

Com o objetivo de proporcionar um ambiente ainda mais acolhedor para as gestantes, tais práticas envolvem a busca de estímulos e mecanismos naturais de forma eficaz e segura, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico, na integração, promoção do cuidado e autocuidado, contribuem para a diminuição do tempo de trabalho de parto, indução natural do processo de parto, melhor controle da dor, ajuda na tomada de decisões e empoderamento da mulher.

Trata-se de um ambiente agradável, com musicoterapia, exercícios relaxantes, aromaterapia, escalda-pés, chás, florais e massagens relaxantes. Durante o atendimento são realizadas conversas e esclarecimentos de dúvidas sobre o parto e nascimento, autonomia e conhecimento sobre seu próprio corpo.

O atendimento acontece de segunda a sexta das 08 às 21h, o atendimento é realizado pelo técnico de enfermagem sob a supervisão de um enfermeiro, as gestantes são provenientes do centro obstétrico, pronto atendimento e ala clínica, após avaliação do enfermeiro dos respectivos setores.

## CONCLUSÃO

Após a implantação das terapias integrativas, pode se observar maior satisfação das mulheres e familiares, como observado nos relatos, e o aumento gradativo da procura pelas práticas.

## REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS**. Brasília : Ministério da Saúde, 2006.



### Relatos das gestantes atendidas na sala de terapias integrativas:

*“... Momento que faz com que possamos refletir e deixar nosso corpo e mente mais leves, adorei a oportunidade...” (D.A) .*

*“...Foi muito agradável os minutos que estive sob os cuidados relaxantes, super especial..” (A.O).*

*“...Gostei muito, uma novidade para mim, muito boa...” . ( O.C.O).*

# ATENDIMENTO INDIVIDUALIZADO À ADOLESCENTE

**Autor principal/relator:** Gleides Schmidt  
**Colaboradores:** Arlinda do Nascimento, Tereza Kindra, Karin Godarth, Marcelexandra Rabelo

**Local de Trabalho:** Maternidade Bairro Novo.  
**Eixo Temático:** Abordagens da Vulnerabilidade



## INTRODUÇÃO

A adolescência corresponde ao período da vida entre os 10 e 19 anos, com a ocorrência de profundas mudanças, e instabilidades. A gravidez neste grupo é considerada em alguns países, problema de saúde pública, devido a riscos obstétricos e problemas psicosociais e econômicos. O objetivo deste trabalho é relatar as ações desenvolvidas com as adolescentes na maternidade.

## DESENVOLVIMENTO

Apesar da gestação na adolescência oferecer riscos, pode ser bem tolerada, desde que elas recebam assistência pré-natal adequada, e qualificada precocemente e de forma regular, durante todo o período gestacional.

O Serviço Social tem papel importante no desenvolvimento das ações com as adolescentes, pois oferecem um atendimento individualizado, utilizando um questionário específico, facilitando a identificação de riscos, bem como a necessidade de notificações obrigatórias, orientações, encaminhamentos e contato com a Rede de Proteção.

Os atendimentos realizados com as adolescentes tem como objetivo proteger a própria adolescente e ao recém nascido (RN), orientar sobre direitos civis do RN em relação a pensão alimentícia e reconhecimento de paternidade, garantir o exercício da cidadania com a efetivação da certidão de nascimento e notificar situações de negligência ou que sugiram qualquer tipo de violência.

## CONCLUSÃO

Constatamos que os atendimentos realizados pela equipe multiprofissional da Maternidade Bairro Novo dispensado as adolescentes gestantes vão além dos cuidados clínicos, que é na educação em saúde, abordando temas como a sexualidade e a prevenção a gravidez indesejada e principalmente ao apoio social e de cidadania realizado pelo Serviço Social que se cumpre o papel de integração com a Rede de Proteção.

## REFERÊNCIAS

YAZLLE, Marta Edna Holanda Diógenes. **Gravidez na adolescência.** *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* [online]. 2006, vol.28, n.8, pp. 443-445. ISSN 0100-7203.



# PERFIL DAS NOTIFICAÇÕES DE LEPTOSPIROSE DO DISTRITO SANITÁRIO CIC

Autor principal/relator: Katia Nelly Kim do Nascimento Bilha.

Colaboradores: Caroline Maria Krebsbach; Eunice M. de Paula do Prado; Andrea C.

Cândida; Mario H. Esteves; Bráulio A. de Melo.

Local de Trabalho: Epidemiologia DS CIC  
Eixo Temático: Vigilâncias (epidemiológica, sanitária, ambiental, saúde do trabalhador)



## INTRODUÇÃO

A leptospirose zoonose de ampla distribuição geográfica, caracterizada como doença epidêmica de incidência maior em épocas chuvosas e nas inundações urbanas, sendo considerada doença infecciosa aguda, transmitida por bactérias do gênero leptospira (GUIDUGLI, 2006).

No Brasil a leptospirose é considerada doença endêmica, vista como uma enfermidade de grande importância social e econômica. Sua ocorrência está relacionada a precárias condições de infraestrutura sanitária, a população de baixa renda e alta infestação de roedores, tornando-se epidêmica em períodos chuvosos, principalmente nas capitais e áreas metropolitanas (KOURY, 2006).

Em Curitiba o número de notificações de suspeitas da leptospirose e o número de casos confirmados da doença se elevam nos meses entre dezembro e fevereiro, período que tem como característica o aumento de chuvas, aumentando o volume das águas dos rios que cortam a capital e têm como consequência, muitas vezes, as inundações; estas inundações correspondem a um ambiente propício à transmissão da leptospirose.

O objetivo deste trabalho foi mapear os casos de notificação de leptospirose na área de abrangência do Distrito Sanitário da Cidade Industrial de Curitiba (DS CIC), identificando as áreas de maior risco para desenvolvimento da doença.

## DESENVOLVIMENTO

Foi realizado um levantamento dos dados a respeito de leptospirose no banco de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SIAN). Também foi feito um comparativo do número de notificações de leptospirose entre os anos de 2013 e 2014, por Unidade de Saúde do DS. Traçou-se um perfil epidemiológico do território do DS CIC, com o objetivo de apontar as principais áreas de risco para leptospirose. Na análise da incidência da leptospirose, três fatores principais devem ser levados em consideração: as condições sociais da população, o risco de ocorrência de inundações e a concentração populacional. Sendo esse último fator o mais relevante, pois quanto maior o número de suscetíveis, maior é o risco de ocorrências de casos.

## CONCLUSÃO

Verificou-se que não há um mesmo padrão numérico de notificações por US do DS CIC no período estudado. Pudemos ainda verificar que as USs Barigui, Taiz Viviane Machado, e sobretudo Vitória Régia tiveram no ano de 2014 um aumento de notificações, visto ter ocorrido uma grande enchente na região e a área ser cortada pelo rio Barigui. Observou-se que a US Barigui apresentou número de notificações semelhantes no período estudado, levando-se em consideração os critérios adotados para análise de risco esta área é a mais suscetível.

## REFERÊNCIAS

GUIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA, 1ª ed. Versão Eletrônica Brasília, 2014.

GUIDUGLI, F. Prevenção e tratamento da leptospirose: Revisão sistemática de ensaios clínicos aleatorizados com análises. Universidade Federal de São Paulo, 2006.

KOURY, M.C.; SILVA, V. Epidemiologia e Controle da Leptospirose Humana nas Regionais do município de Belo Horizonte, Minas Gerais. Centro Universitário Metodista Isabela Hendrix. Belo Horizonte, 2006.

