

# ODONTOLOGIA INCLUSIVA: O DESAFIO DA SAÚDE BUCAL NO CONSULTÓRIO NA RUA

Autor principal/relator: Antônio Carlos Rocha  
Colaboradores: Adriane Wollmann, Andréia Alves de Oliveira, Alan Sierakowski, Deisi Galvão Cardoso, Fernanda Rafaela França Toaldo

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



## INTRODUÇÃO

Curitiba foi pioneira no Brasil, ao incluir o Cirurgião Dentista nas equipes de Consultório na Rua. Os profissionais são convocados e desafiados para uma nova demanda: sair da rotina das práticas odontológicas, quebrando preconceitos e refletindo sobre o atendimento clínico, considerando as variáveis biológicas, sociais e comportamentais desta população.

## DESENVOLVIMENTO

O protocolo de atendimento odontológico não privilegia as peculiaridades da população em situação de rua que devem ser analisadas de forma singular, quais sejam: a dificuldade de acesso aos serviços; a constante intoxicação por substâncias psicoativas; a dificuldade em realizar exames complementares solicitados; a utilização da medicação prescrita para outros fins que não o terapêutico; o uso de drogas ilícitas como terapia de emergência substituindo o atendimento; a presença de infecções reagudizadas com reabsorções ósseas extensas; a grande vulnerabilidade por “acúmulos” de doenças associadas e o alto índice de absenteísmo. Muitas pessoas em situação de rua não procuram as Unidades de Saúde por imaginar que sua condição pode gerar desconforto ou recusa “velada” para seu acolhimento nos dispositivos de saúde. O atendimento integral e o direito à cidadania passam antes pela viabilização de ações que possibilitem a inclusão dos “excluídos” às regras sociais.

## CONCLUSÃO

Os fatores, não clássicos, com os quais o Consultório na Rua se depara diariamente transcendem uma lógica protocolar. O tratamento desta população perpassa uma situação do “ideal”, fazendo com que o profissional seja crítico, ético e qualificado, para que suas decisões visem o bem-estar do paciente e o fortalecimento do vínculo necessário à continuidade do tratamento.

## 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.



# NASF: AUMENTO DA RESOLUTIVIDADE DA APS A PARTIR DA MUDANÇA NO PROCESSO DE TRABALHO

Autor principal/relator: Patrícia A. R. G. Pinheiro  
Colaboradores: Angela C. Lucas de Oliveira, Paulo Poli Neto, Moacir Pires Ramos, Marcelo Kimati, Rosilei Antonievicz

Local de Trabalho: DAPS/ Coordenação do Cuidado  
Eixo Temático: NASF



## INTRODUÇÃO

Em janeiro de 2014, a Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba (SMS) publicou a Instrução Normativa nº 1, que estabelece diretrizes sobre o processo de trabalho dos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) no município de Curitiba, com foco nas pessoas, e nas suas principais necessidades, vinculadas às equipes de Atenção Primária à Saúde (APS) sob sua responsabilidade. Um dos principais objetivos é a integração dos profissionais dos NASF a uma rede de serviços, tanto no sentido de aumentar a carteira de serviços da APS, quanto otimizar a utilização dos serviços especializados. A intenção é que os profissionais dos NASF sejam referências na regulação clínica dos temas da sua área.

## DESENVOLVIMENTO

As categorias que compõe os NASF em Curitiba atualmente são: pediatra, ginecologista, médico clínico voltado para o atendimento à saúde do idoso, médico clínico voltado para atenção à infectologia, psiquiatra, nutricionista, psicólogo, fisioterapeuta, farmacêutico, profissional de educação física e fonoaudiólogo.

A partir do estabelecimento das diretrizes sobre o processo de trabalho dos NASF, algumas categorias profissionais, especialmente médicos, têm o papel de reguladores para os encaminhamentos em algumas especialidades, ou seja, fazem avaliação dos encaminhamentos da APS realizados para outros pontos de atenção à saúde na sua área de atuação e apoio às equipes/profissionais na identificação da melhor oferta de serviços. Algumas das especialidades reguladas são: pneumopediatria, neuropediatria, ginecologia geral e cirúrgica, infectologia geral, HIV/AIDS, psiquiatria geral, clínica geral Alzheimer, entre outras.

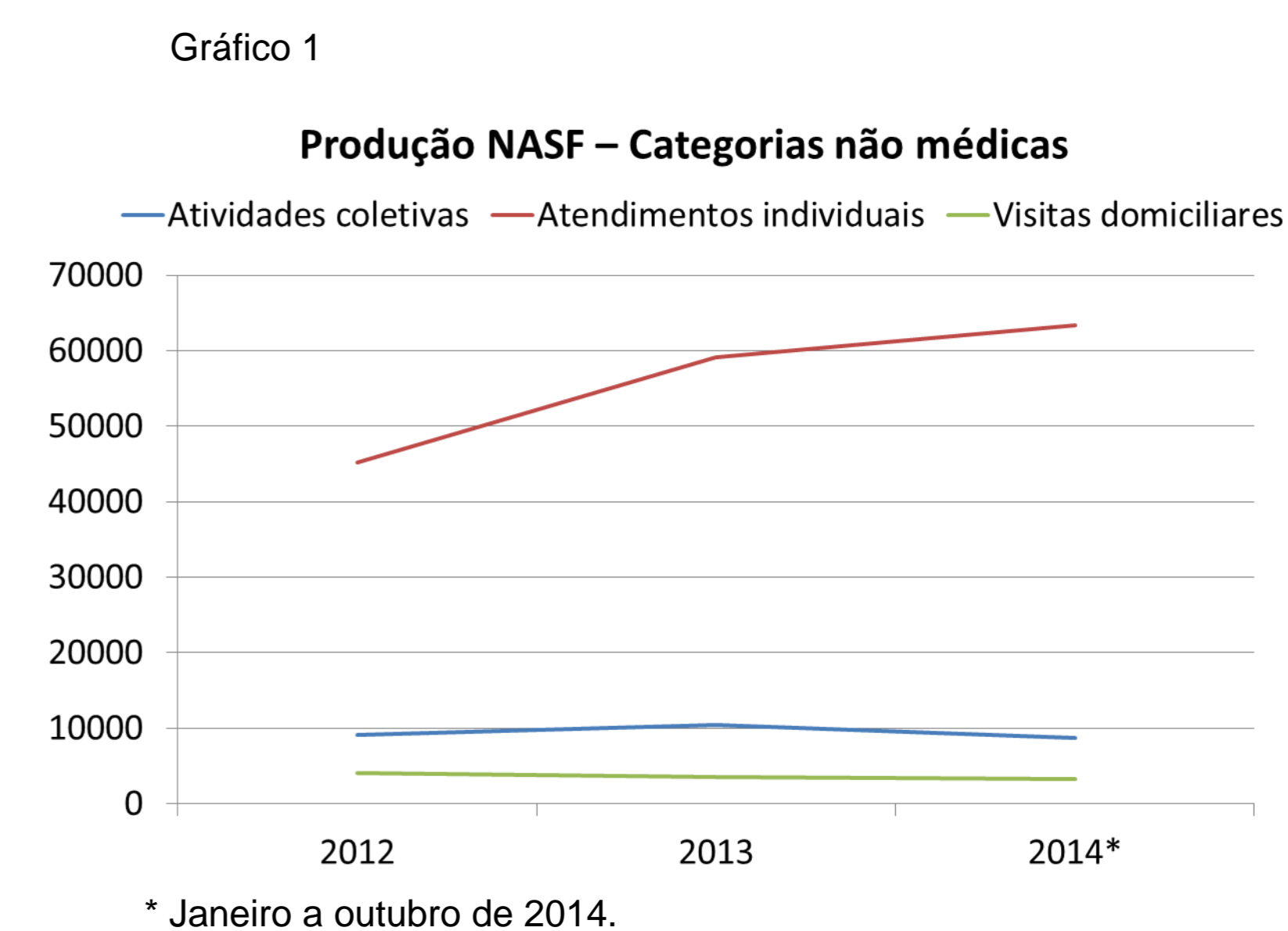
Com a mudança no foco do processo de trabalho do NASF, pôde-se observar um aumento no número de atendimentos individuais pelas categorias não-médicas (gráfico 1). Em relação às categorias médicas, houve redução de 26% na fila de espera para pneumopediatria, redução de 37% na fila de espera para ginecologia geral (gráfico 2), importante redução nas filas de espera para infectologia geral e DST/AIDS (gráficos 3 e 4), e redução de 38% na fila de espera para psiquiatria (gráfico 5). Sobre o atendimento à saúde do idoso, houve a descentralização do atendimento dos ambulatórios de Alzheimer e Parkinson, sendo os usuários estáveis atendidos na própria Unidade de Saúde.

## CONCLUSÃO

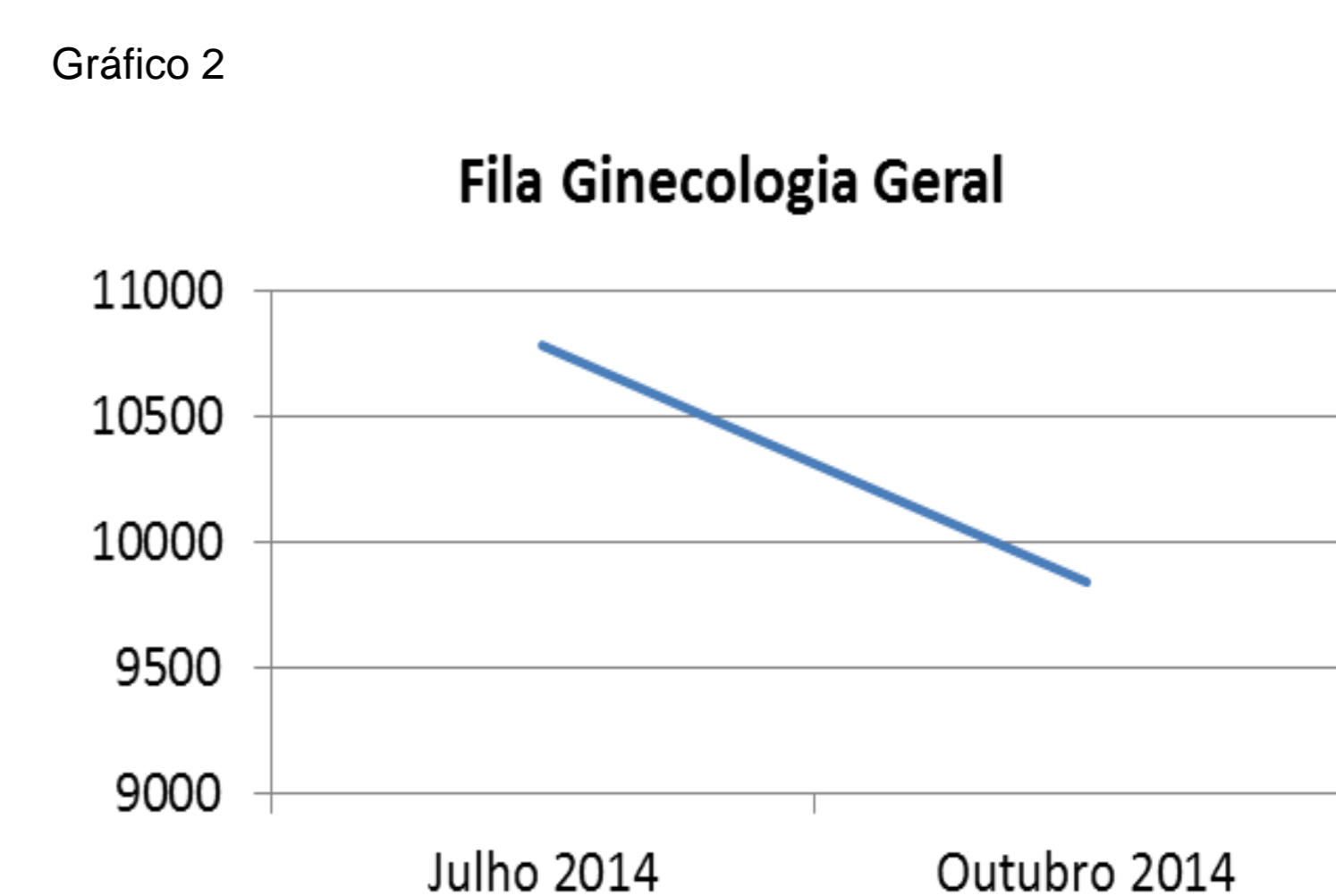
A priorização do foco do processo de trabalho centrada no usuário e nas suas principais necessidades somada ao papel de regulação para encaminhamentos de algumas especialidades dos profissionais que compõe os NASF ocasionou o aumento da resolutividade da APS e a otimização dos recursos humanos no atendimento dessas necessidades.

## REFERÊNCIAS

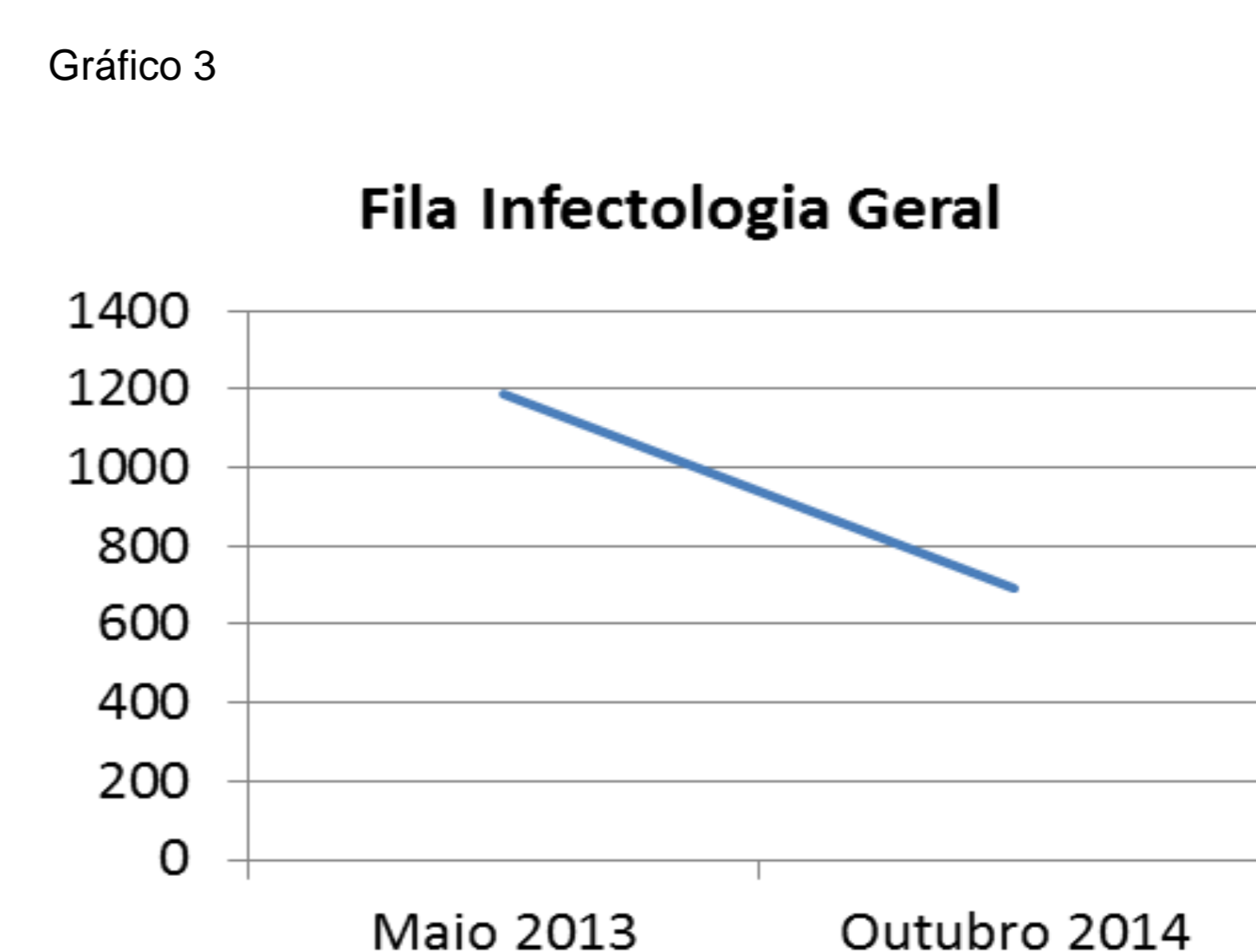
- Relatório Gerencial: Mapa Geral Dinâmico
- Instrução Normativa nº 1 – Estabelece diretrizes sobre o processo de trabalho dos profissionais dos NASF no município de Curitiba



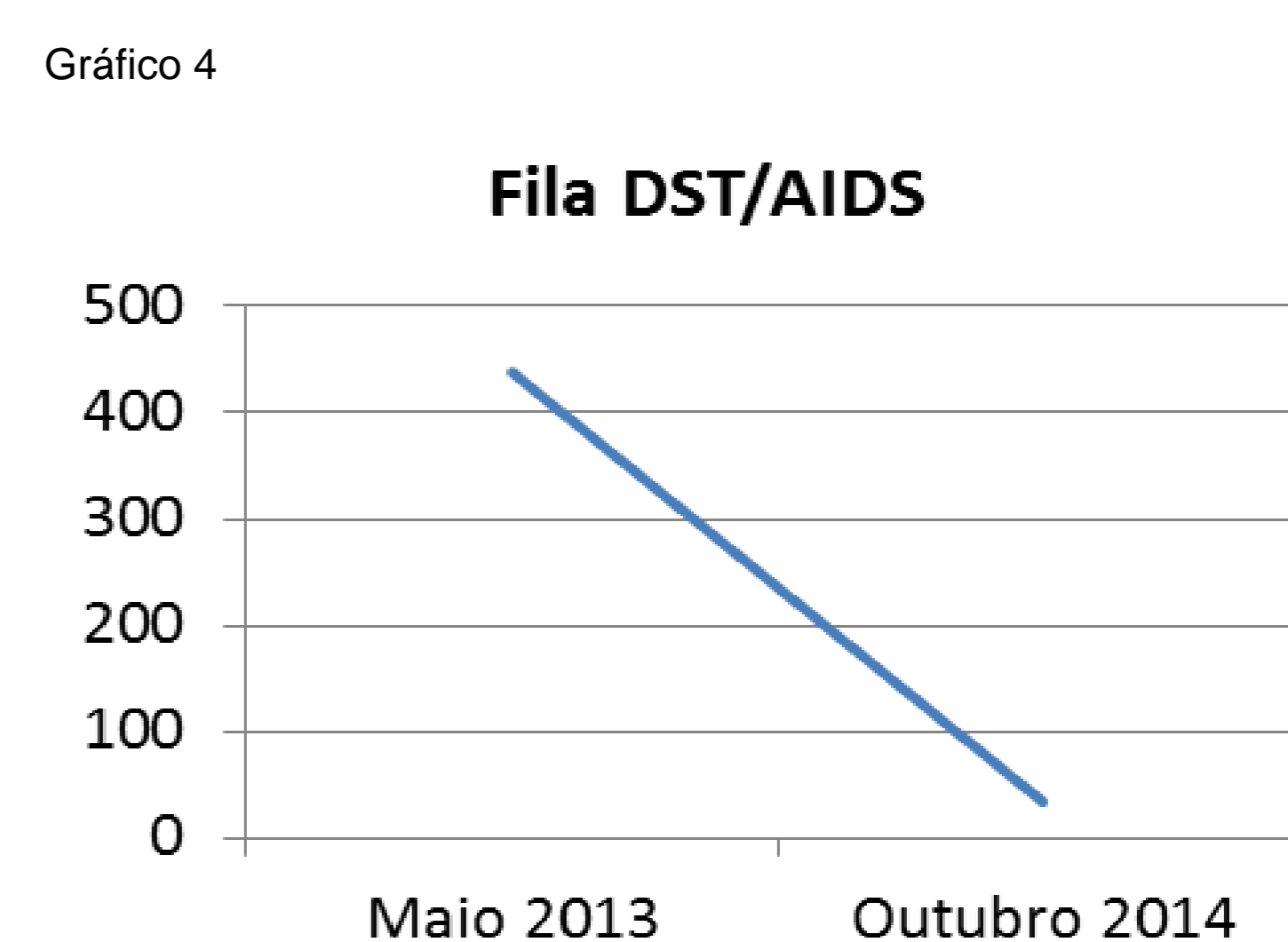
Fonte: e-Saúde Relatório Gerencial 2014



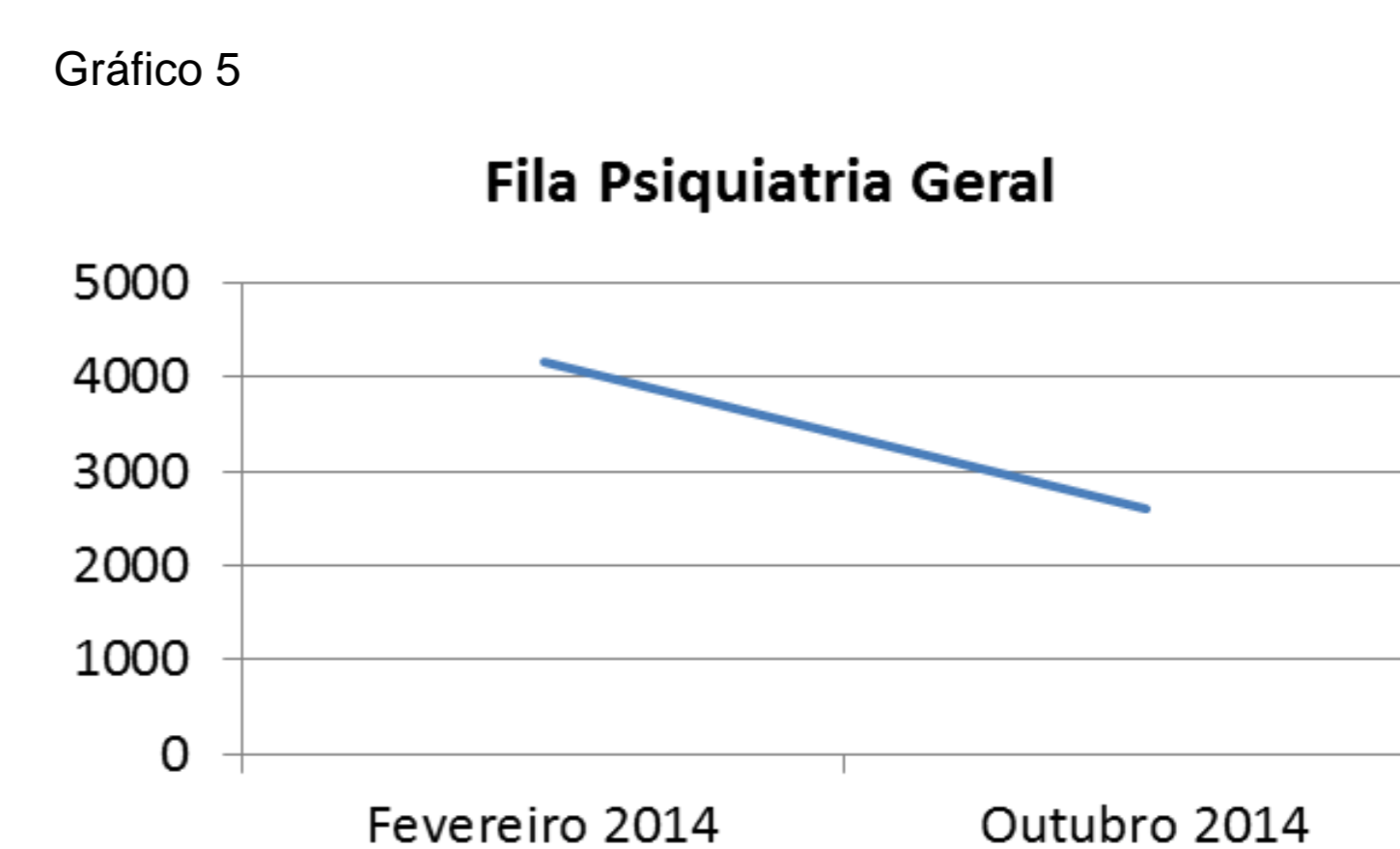
Fonte: e-Saúde Relatório Gerencial 2014



Fonte: e-Saúde Relatório Gerencial 2014



Fonte: e-Saúde Relatório Gerencial 2014



Fonte: e-Saúde Relatório Gerencial 2014

# POLÍTICA DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL DE CURITIBA - NBCAL

Andrea Nogueira de Campos Aguirre

Local de Trabalho: DSBV- Vigilância Sanitária.  
Eixo Temático: Vigilâncias (epidemiológica, sanitária, ambiental, saúde do trabalhador)



## INTRODUÇÃO

A prática da **amamentação exclusiva até os 6 meses de vida e continuada até os dois anos de idade** é a principal forma de se conseguir alcançar a **Segurança Alimentar e Nutricional**. Portanto, deve ser incentivado de todas as maneiras possíveis. O Brasil é pioneiro e reconhecido pela Política abrangente de Aleitamento Materno. Para colaborar com seu incremento, Curitiba precisa iniciar os trabalhos de fiscalização baseado na Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes-NBCAL, bicos, chupetas e na **legislação protetora da amamentação**.

A NBCAL, atualmente **Lei 11265/06**, regulamenta a promoção comercial e o uso apropriado dos alimentos e de mamadeiras, bicos e chupetas dos lactentes e crianças até três anos de idade, portanto objetiva contribuir para a **adequada nutrição deste público**.

## DESENVOLVIMENTO

O monitoramento realizado em 2013, pela Rede Ibfan em parceria com Idec, em 12 municípios de cinco estados, revelou que persiste o descumprimento à NBCAL. De 49 empresas avaliadas, ocorreram 65 irregularidades, sendo que 87% correspondiam a materiais promocionais encontrados em postos de venda e material promocional. Desta forma, sugere-se de iniciar o trabalho de fiscalização pela capítulo II da Lei, no que se refere ao Comércio e Publicidade.

Quanto menor é a criança, maior sua vulnerabilidade, nesta linha de raciocínio, a Lei é mais rigorosa quando se trata de **PROMOÇÃO COMERCIAL** de um alimento ou produto de puericultura direcionado até o 1º ano de vida, **PROIBINDO** a mesma. Já para os alimentos indicados para crianças acima de 1 ano, a mesma é **PERMITIDA** desde que tenha **FRASES INFORMATIVAS**.

**Passos da metodologia de implantação da fiscalização em Curitiba:**

- 1) Revisão da Lei Municipal Nº 9000/96- inclusão NBCAL
- 2) Criação de Coordenação Municipal da NBCAL
- 3) Treinamento dos técnicos de vigilância sanitária sobre NBCAL
- 4) Audiência pública com proprietários de postos de venda de produtos abrangidos pela Lei
- 5) Núcleo de Saúde Coletiva- Treinamento sobre NBCAL
- 6) Usuários do SUS - esclarecimentos e sobre a NBCAL
- 7) Demanda usuários - central 156
- 8) Parceria com Universidades que realizam estágio obrigatório nas VISAS- monitoramento contínuo de folhetos promocionais, encartes, folders, panfletos, propaganda de TV, rádio e internet
- 9) Início da atuação da VISA municipal na fiscalização da NBCAL
- 10) A equipe de técnicos de vigilância sanitária será separada conforme a atuação nos postos de venda e instituições prestadoras de assistência à criança, de forma a cobrar POP referente à comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância, bicos, mamadeiras e chupetas. São os postos de venda: farmácias, drogarias e loja R\$ 1,99, mercados em geral, panificadoras, lojas de departamento de conveniências, feiras, lojas de artigos infantis, e instituições prestadoras de assistência à criança: clínicas, hospitais-maternidade, creches, escolas e Unidade de Saúde.
- 11) Encontro Anual de Vigilância Sanitária: Divulgação dos resultados das ações dos técnicos da VISA-Curitiba
- 12) Audiência pública para exposição dos resultados e meta para o próximo ano de ação

## CONCLUSÃO

A fiscalização da NBCAL faz-se imprescindível para a melhora das taxas de aleitamento materno em Curitiba, uma vez que obteve a menor prevalência (48,5%) entre as Capitais Brasileiras e Distrito Federal, na II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno. Os outros componentes da Política Nacional de Aleitamento Materno já são trabalhados no município, através de atividades ligadas à assistência hospitalar e à Rede de Atenção Básica, como por ex. Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil.

## REFERÊNCIAS

- ARAÚJO MFM, REA MF, PINHEIRO KA & SCHMITZ BAS. **Avanços na norma brasileira de comercialização de alimentos para idade infantil**. Rev. Saúde Pública: 40(3): 513-20, 2006.
- BARTOLINI FLS, AMARAL MPH, VILELA MAP, MENDONÇA AE, VILELA FMP, AMARAL LH & GOMES FV. **Official monitors of the Brazilian Norm for Commercialization of food for nursing and children of first infancy, rubber nipples, pacifiers, and nursing bottles- NBCAL**. Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences 45(3), 2009.
- LEI Nº 11265, DE 3 DE JANEIRO DE 2006 DOU 04.01.2006.
- TOMA, TS. **Aleitamento Materno e Políticas Públicas: Implicações para a Saúde na Infância e na Vida Adulta**. In: Taddei JAAC, Longo-Silva G, Toloni MHA & Lang RMF (Org.). Nutrição em Saúde Pública. 1 ed. Rio de Janeiro: Rubio, 2010, p 179-196.
- VENANCIO SI, ESCUDER MM, SALDIVA SR, GIUGLIANI ER. **Breastfeeding practice in the Brazilian capital cities and the Federal District: current status and advances**. J Pediatr (Rio J). 2010; 86(4): 317-324.
- VENANCIO SI, MARTINS MCN, SANCHES MTC, ALMEIDA H, RIOS GS & DE FRIAS PG. **Análise de implantação da Rede Amamenta Brasil: desafios e perspectivas da promoção do aleitamento materno na atenção básica**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 29(11) : 2261-2274, 2013.



**É proibido:**



**Exposição especial de mamadeiras**

**Frases obrigatórias para quando a promoção comercial é permitida:**

**1. "O Ministério da Saúde Informa: O aleitamento materno evita infecções e alergias e é recomendado até os 2 (dois) anos de idade ou mais".**

**2. "O Ministério da Saúde Informa: Após os 6 (seis) meses de idade continue amamentando seu filho e ofereça novos alimentos".**

**Falta de frase obrigatória no posto de venda**



# TESTAGEM VOLUNTÁRIA DO HIV DURANTE A FAN FEST

Autor principal/relator: Elina M. Y. Sakurada  
Colaboradores: Liza Bueno Rosso; Cléa Elisa L. Ribeiro;  
Maria Elisabete Ferraz; Gilberto Valeriano da Silva.

Local de Trabalho: Centro de Epidemiologia  
Eixo Temático: Carteira de Serviços



## INTRODUÇÃO

A testagem voluntária do HIV durante evento festivo Fan Fest, realizada em trailer foi uma experiência inédita em Curitiba. O trailer foi fornecido pelo Ministério da Saúde e utilizou-se uma nova tecnologia de testagem, além da participação de voluntários de áreas diferentes da saúde capacitados pela UNAIDS (Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids) e Centro de epidemiologia da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba com o objetivo de realizar abordagens de prevenção e captação de pessoas para a testagem voluntária do HIV. Temos como objetivo apresentar os dados da campanha como faixa etária, sexo e soropositividade além de demonstrar os pontos positivos e negativos identificados pela equipe de trabalho.

## DESENVOLVIMENTO

A testagem do HIV através do kit DPP HIV Fluido Oral é uma nova tecnologia que oferece o resultado de 15 a 30 minutos. Por ser um teste de triagem os casos positivos foram confirmados através do teste de sangue por punção digital. Durante o procedimento de coleta de informações pessoais, execução do teste e leitura do resultado foi realizado o aconselhamento individual. O teste de Fluido Oral apresenta algumas restrições como estar 30 minutos sem ingerir bebidas alcoólicas, fumar, comer, inalar qualquer substância, escovar os dentes ou praticar qualquer atividade oral. Foram realizados em 6 dias de campanha 161 testes, a busca pelo teste foi de 52% de mulheres e 48% de homens, sendo o sexo masculino na faixa etária de 20-25 anos a mais testada. A soropositividade na campanha foi de 1,86, sendo todos do sexo masculino entre 20 a 28 anos de idade.

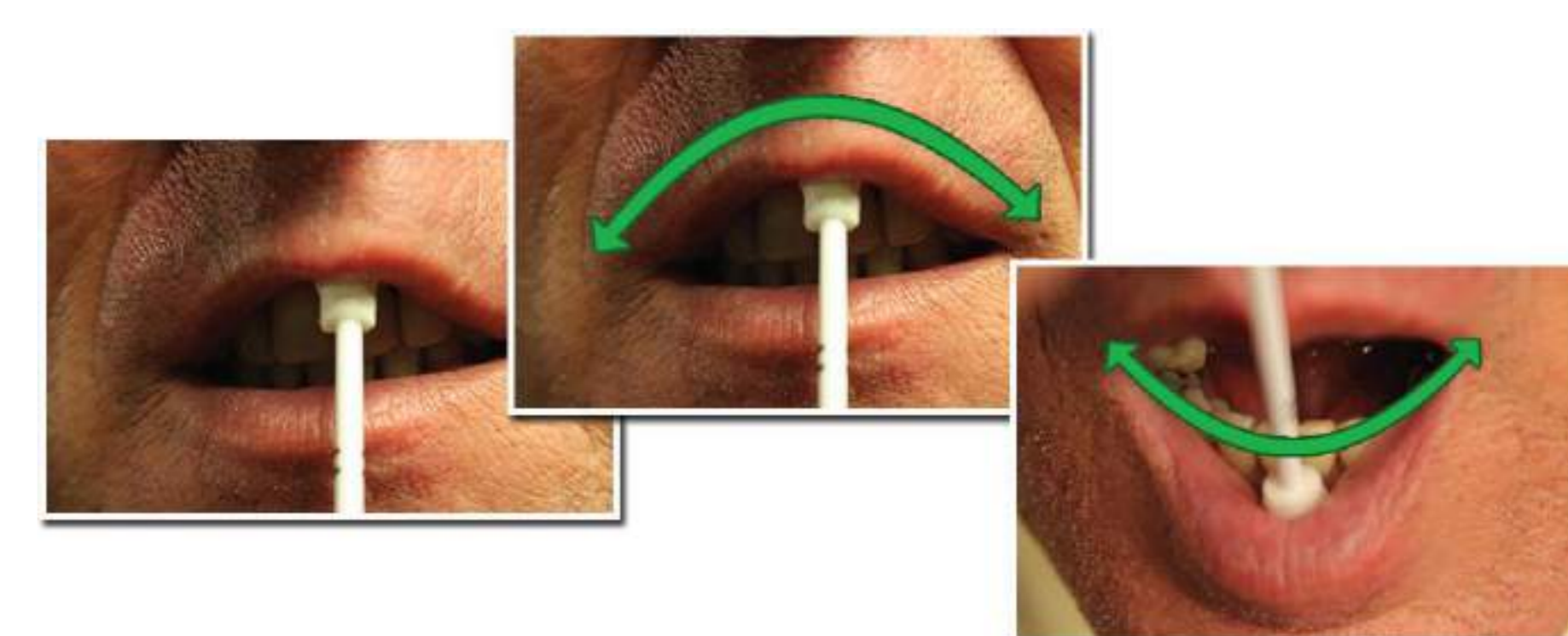
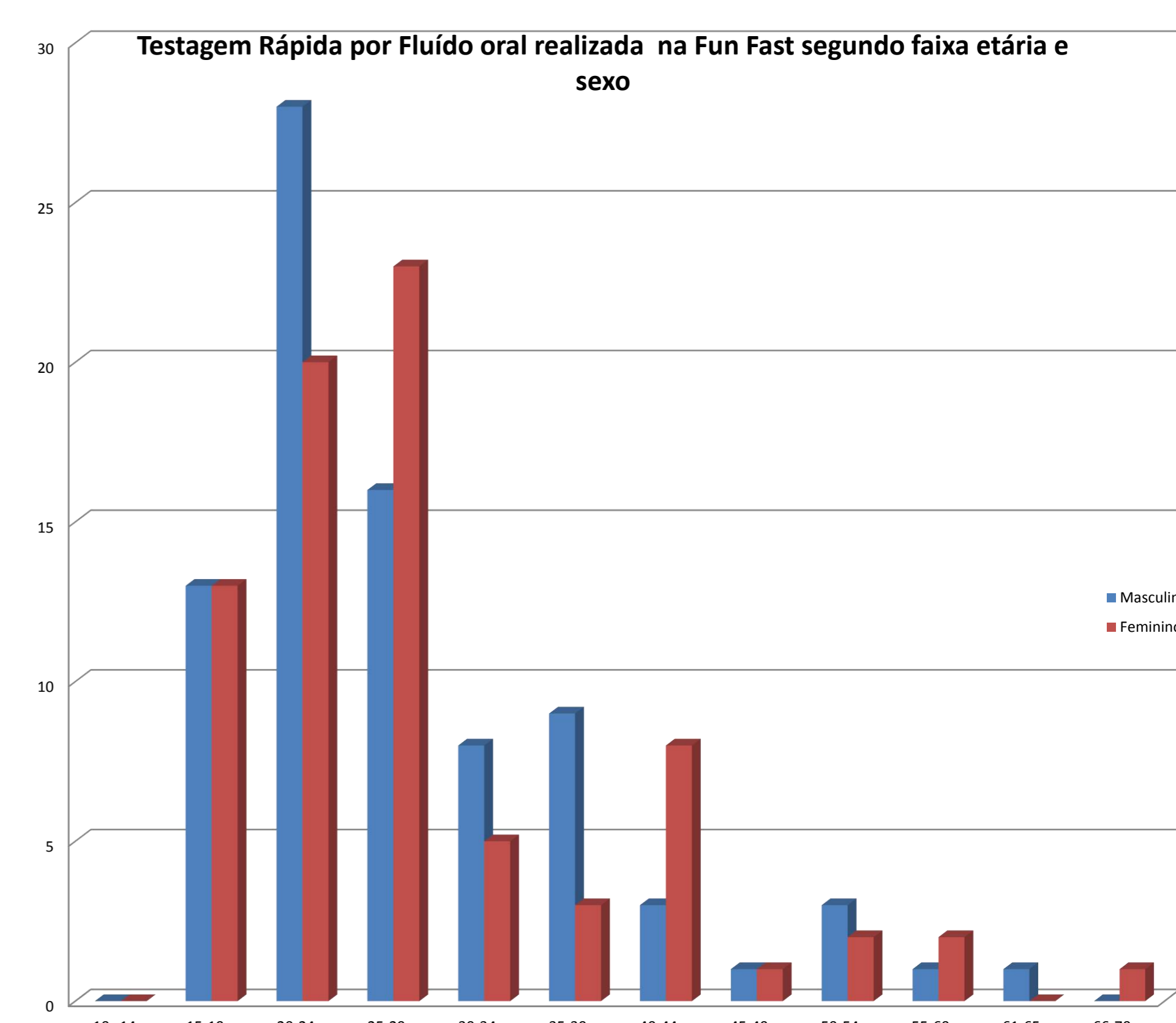
## CONCLUSÃO

O teste de fluido oral é de fácil manuseio e os usuários faziam a própria coleta com supervisão do profissional. A restrição de não beber, não fumar foi o ponto negativo levantado para um teste a ser realizado em um evento festivo, entretanto pode ser substituído pelo teste rápido por punção digital que não apresenta nenhuma restrição. Concluímos que a estrutura de trailer é um espaço acolhedor e receptivo que não compromete o sigilo e a confidencialidade do teste, o aconselhamento pode ser feito durante o procedimento de execução. É um ganho a oportunidade em testar jovens, população esta que frequenta pouco as Unidades de Saúde, além da multiplicação de informações através de voluntários compromissados e dedicados que foram agregados a esta campanha. A testagem voluntária do HIV pode ser realizada em eventos pois percebemos que o público quer aproveitar a oportunidade oferecida.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. *Orientações para utilização do teste rápido DPP HIV com amostra de fluido oral*. 2014.

UNAIDS. *Proteja o Gol*. < [unaid.org.br/protejaogol/proteja-o-gol](http://unaid.org.br/protejaogol/proteja-o-gol) > acesso em: 17/11/2014.



# RELATO DE EXPERIÊNCIA EM UMA UNIDADE ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Autor principal/relator: Vanessa Burdzinski  
Colaboradores: Mayara Karpinski, Maria Helena Leviski Alves, Vera Lucia Moreira Cabral

Local de Trabalho: (Unidade de Saúde ou setor).  
Eixo Temático: Vivências e narrativas sobre práticas do cuidado em diversos cenários



## INTRODUÇÃO

As aulas práticas de Enfermagem em Saúde da Família da PUCPR foram realizadas na Unidade de Saúde São Domingos no período de agosto a outubro de 2014. A Estratégia Saúde da Família (ESF) visa à reorganização da Atenção Básica no país, sendo estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção. Favorece uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (PORTAL DA SAÚDE, 2012). Nesse sentido, a prática de Enfermagem em Saúde da Família da PUCPR, teve como objetivo proporcionar aos acadêmicos a vivência de ESF por meio de visitas domiciliares, contato direto com a família e utilização dos instrumentos, permitindo uma melhor assistência e intervenção efetiva.

## DESENVOLVIMENTO

A família foi escolhida com o auxílio do ACS da Unidade de Saúde e como critério de inclusão foram avaliadas as necessidades imediatas e tardias da família. Compunham a família um casal de idosos, ela com Diabetes Mellitus insulino-dependente, hipertensa, histórico de doença reumática e câncer de pele, ele doente renal crônico hemodialítico há 2 anos e 2 filhas doentes mentais, 57 e 55 anos. Para conhecimento da família, foram utilizados Genograma, FIRO e Ciclo de Vida e a CIPE para elaboração de Diagnósticos e Prescrições de Enfermagem. Também foram elaborados cartilhas de cuidado com o diabético e sua alimentação. As visitas aconteciam de segunda à quarta-feira pela manhã, permitindo a criação de um vínculo entre acadêmico e família e assim promovendo uma intervenção efetiva.

Em um primeiro momento, tivemos o acompanhamento do ACS local que nos informou previamente as condições de saúde e moradia. No primeiro contato com a família, pedimos autorização verbal para realização do trabalho a ser desenvolvido na prática de campo, explicando que o objetivo era entender e atender a família como um todo. Esta família conta com o auxílio de seus outros 7 filhos, bem como os agregados para suprir suas necessidades de saúde e cuidado. Devido a dificuldade de entendimento, acuidade visual e auditiva diminuída do casal de idosos e suas filhas doentes mentais, a 8ª filha do casal é quem fica maior parte do tempo, auxiliando nos cuidados e afazeres domésticos, pois mora próxima a casa de seus pais. Todos demandam muito cuidado, o pai hemodialítico necessita de alguém que leve para as sessões de hemodiálise três vezes na semana e que cuide de seu cateter central, a mãe, diabética descompensada, hipertensa, com quadros de depressão pela perda de uma neta muito querida, em acompanhamento com oncologista por histórico de câncer de pele, e as irmãs, doentes mentais, que necessitam de medicamentos controlados. Nesse sentido, a irmã que tinha maior dificuldade em controlar a medicação de todos, criou um método para poder organizá-los de maneira que eles pudessem tomar conta da própria medicação, visto que tomam medicamentos pela manhã, tarde e noite. Dentre os principais diagnósticos de enfermagem encontrados neste contexto, identificamos, a necessidade de intervenção relacionado a mãe da família, pois apresentava hiperglicemia alterações em membros inferiores, picos hipertensivos e tristeza aparente, associada aos relatos do passado com seu esposo, com a preocupação do estado de saúde das filhas, a perda da neta, o que a fez se afastar da igreja. Para ela, foram elaborados cartilhas para instrução dos filhos ao cuidado com o diabético, desde a importância da alimentação até a administração de medicamentos em horários fixos. Também, separadamente de todos, conversamos com ela a respeito de seus medos e angustias, incentivando a sua socialização e o retorno para suas atividades que mais gosta, como ir a missa. Para o pai, parabenizamos a família como um todo, pela disponibilidade em acompanhá-lo nas sessões de hemodiálise e orientamos os cuidados com o cateter, para as filhas doentes mentais, também parabenizamos a família pela atenção e orientamos fazer pequenas tarefas, como arrumar o quarto, varrer a casa, estimulando a integração familiar e social das mesmas.

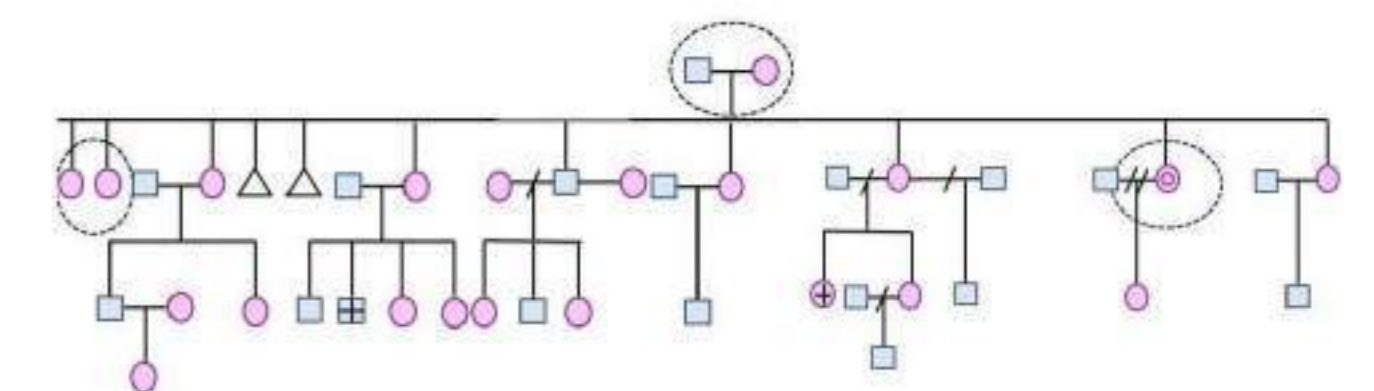
## CONCLUSÃO

A experiência adquirida nesta prática foi além de realmente entender o significado da Estratégia de Saúde da Família, foi poder desenvolver o papel de Enfermeiro frente aos problemas, criar um vínculo importante com todos proporcionando a confiança para com os profissionais da saúde, encorajando a família, podendo mostrar novos horizontes e assim fazer a diferença.

## REFERÊNCIAS

- ARCHANJO, Daniela Resende; ARCHANJO, Léa Resende; SILVA, Lincoln Luciano (Org.). *Saúde da família na atenção primária*. Curitiba: IBPEX, 2007.
- OHARA, Elisabete Calabug Chapina; SAITO, Raquel Xavier de Sousa (Org.). *Saúde da Família: considerações teóricas e aplicabilidade*. São Paulo: Martinari, 2008.
- SANTOS, Álvaro da Silva; MIRANDA, Sonia Maria Rezende C. (Org.). *A enfermagem na gestão em atenção primária à saúde*. São Paulo: Manole, 2007.
- SAÚDE, Portal. *Estratégia Saúde da Família*. Brasília: Departamento de Atenção Básica, 2012. Disponível em < [http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_esf.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php) >

## GENOGRAMA



## MATERIAL ELABORADO



# MOTIVAÇÃO DO ENFERMEIRO PARA O TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Autores: Adriana Bora Arcas (relator)  
Alice Almeida; Marcela de Sena ; Maria Elydia B. Peixe  
Colaborador: Prof Me. Maria Helena L. Alves

Local de Trabalho: Distrito Sanitário Cajuru e Boqueirão.  
Eixo Temático: Gestão em Saúde



## INTRODUÇÃO

Com base em nossa experiência na Prática de Campo como acadêmicos de Enfermagem da PUCPR desenvolvida em Unidades de Saúde que adotam a Estratégia de Saúde da Família como modelo de processo de trabalho, realizamos um estudo onde os nossos objetivos constituíram-se em conhecer a influência da motivação do Enfermeiro no processo de trabalho da equipe de enfermagem; apontar o conhecimento dos enfermeiros sobre motivação, além de, descrever os espaços, as ações e os momentos de trabalho considerados motivadores pelo enfermeiro da Atenção Básica no exercício de suas atividades profissionais.

## DESENVOLVIMENTO

Esse estudo teve como característica a natureza exploratória, de abordagem quantitativa, de campo, na rede municipal de saúde de Curitiba nos Distritos Sanitários do Boqueirão e do Cajuru.

A Amostra da pesquisa constituiu-se de 30 enfermeiros dos Distritos Sanitário do Boqueirão e do Cajuru. A coleta de dados foi baseada em um questionário semi – estruturado adaptado de Melara (2006).

Os enfermeiros definiram motivação como: “uma porta que só se abre por dentro[...]uma rede de apoio: família, amigos, religião, fé, etc (E8)”; “vem quando você faz o que gosta!! Porém, algumas políticas públicas ainda desmotivam! (E9)”; ”Perceber o impacto do meu atendimento na melhora da saúde me motiva; sentir que a equipe confia no meu trabalho me motiva; dar apoio à equipe me motiva. Sinto – me motivada cada vez que consigo ser resolutiva (E1)”.

## CONCLUSÃO

Em nossa pesquisa interpretamos que a maioria dos enfermeiros estão inclinados ao motivados ao trabalho, sendo assim, eles entendem por motivação algo que surge no interior do próprio sujeito, que necessita de afinidade para o exercício da profissão, gerando assim um impacto positivo na vida do usuário/comunidade e no âmbito profissional.

A maioria dos enfermeiros estão motivados e satisfeitos para o exercício da profissão quando se sentem reconhecidos e valorizados em seu trabalho juntamente com o gostar do que fazem, a motivação torna-se algo tão evidente que reflete nas atitudes, na autoestima, na atuação profissional, na interação com a equipe e conseqüentemente no atendimento ao usuário. Então, uma pessoa motivada pode ser espelho para que os demais membros da equipe possam desenvolver a sua motivação também. Não podemos nos esquecer que os fatores externos também contribuem para que a motivação nasça e permaneça nos sujeitos.

## REFERÊNCIAS

BEZERRA, Felipa Daiana. Motivação da equipe e estratégias motivacionais adotadas pelo enfermeiro. *Revista Brasileira de enfermagem*, Brasília, v.63, n.1, p.33-37, jan./fev. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S0034-71672010000100006&lang=pt&tlng=pt>. Acesso em: 24 set. 2011.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda; FERREIRA, Marina Baird; SILVEIRA, Alzira Malaquias da. *Dicionário Aurélio da língua portuguesa*. 5. ed. Curitiba: Positivo, 2010.

MACIEL, Saulo Emmanuel Vieira; SÁ, Maria Auxiliadora Diniz de. Motivação no trabalho: uma aplicação do modelo dos dois fatores de Herzberg. *Studia Diversa*, v. 1, n. 1, p. 63-86, out. 2007. Disponível em: <http://www.ccae.ufpb.br/public/studia\_arquivos/arquivos\_01/saulo\_01.pdf.> Acesso em: 29 set. 2011.

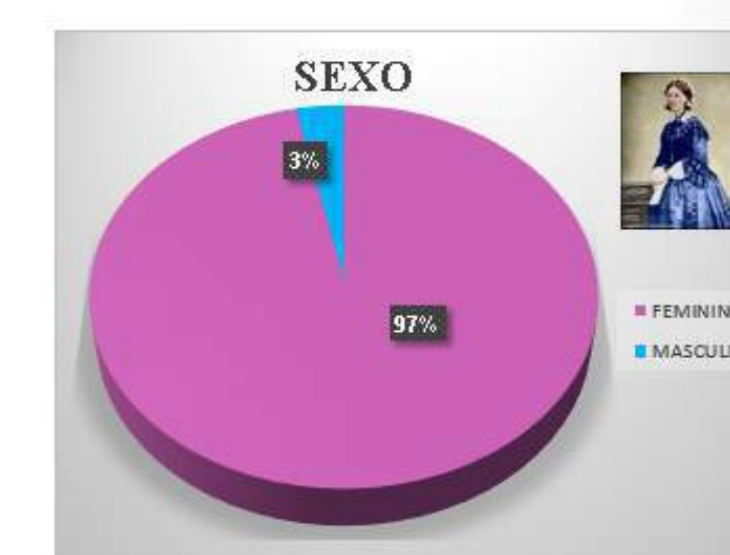
MELARA, Samantha V.G; BECCARIA, Lucia M.; CARTAL, Adriana; CONTRIN, Ligia M. Motivação da equipe de enfermagem em uma Unidade de Terapia Intensiva. *Arquivos de Ciência e Saúde*, v.13, n.3, p. 61-70, jul./set. 2006. Disponível em: <http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs\_ol/vol-13-3/ID%20166.pdf>. Acesso em: 24 set. 2011.

□ Dos 30 enfermeiros entrevistados 13 enfermeiros eram do Distrito Sanitário Beta e 17 do Distrito Sanitário Alfa.



Fonte: As autoras, 2013

□ Da amostra da pesquisa 29 enfermeiros eram do sexo feminino e somente 01 do sexo masculino.



Fonte: As autoras, 2013

□ Enfermeiros motivados 24 (80%)

□ Enfermeiros desmotivados 07(20%)

Tabela 1 – Número de enfermeiros motivados e desmotivados segundo os Distritos Sanitários, Curitiba, 2013.

Enfermeiros	Amostra	Motivados	(%)	Desmotivados	(%)
D. S. ALFA	17	13	76,4	4	23,6
D. S. BETA	13	11	84,6	3	15,4
TOTAL	30	24	80	7	20

Fonte: As autoras, 2013.

□ Os enfermeiros do Distrito Beta são mais motivados que os do Distrito Alfa.

□ Os participantes desmotivados caracterizaram a desmotivação em 07 fatores:

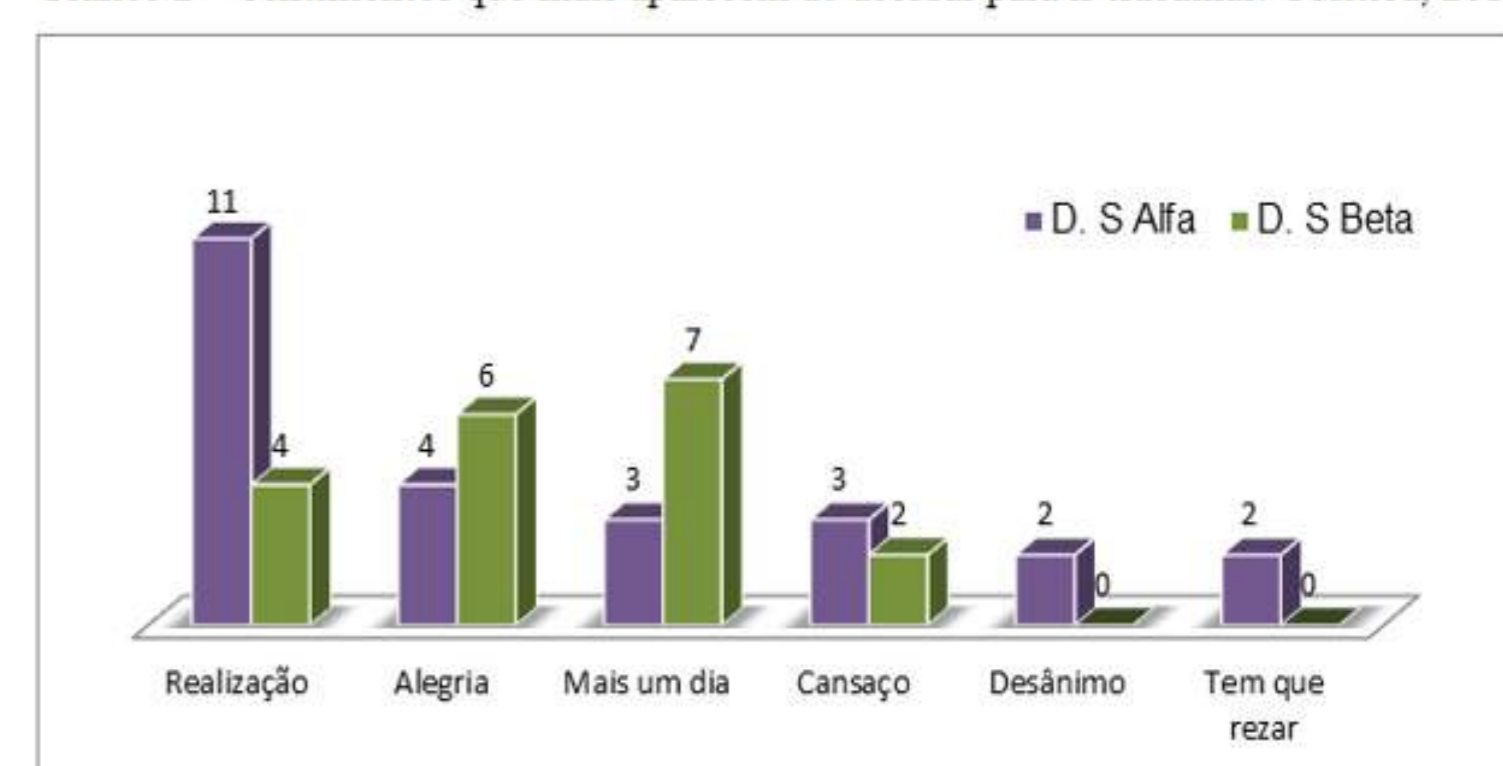
Tabela 2- Se você se sente desmotivado, assinale os fatores abaixo que auxiliam na sua escolha, de acordo com sua realidade?

Fatores desmotivacionais	D.S Alfa	D. S. Beta	Total
Condições físicas e ambientais de trabalho	6	5	11
Salário	3	4	7
Políticas da empresa	3	3	6
Oportunidade de crescimento profissional	3	2	5
Tipo de supervisão da chefia	3	0	3
Relacionamento interpessoal	1	2	3
Benefícios sociais	1	0	1

As autoras, 2013

□ Os sentimentos mais citados ao acordar para ir trabalhar:

Gráfico 2 – Sentimentos que mais aparecem ao acordar para ir trabalhar. Curitiba, 2013.



As autoras, 2013.

□ Os enfermeiros deram como melhor definição para o seu trabalho

Tabela – 3 Definição de trabalho

Qual é a melhor definição que você daria para o seu trabalho?	Quantidade
Uma relação burocrática em que você disponibiliza 8 horas diárias e recebe em troca um cheque no fim do mês.	2
Uma forma de realiza-se e de ser útil à sociedade.	27
A coisa mais importante da vida	0
Outras	3

Fonte: As autoras, 2013.

□ Os enfermeiros elencaram alguns pontos para a sua motivação no ambiente de trabalho:

- Gostar da profissão
- Resolutividade
- Relacionamento interpessoal
- Respeito da equipe/população
- Aprimorar conhecimento
- Salário
- Férias
- Momentos de lazer.

# RELATÓRIO DE INTERNAMENTOS HOSPITALARES – AUXILIANDO AS UBS NO CUIDADO À SAÚDE DA POPULAÇÃO

Autor principal/relator: Anne Liz D. Zeghbi  
Colaboradores: Angela C. Lucas de Oliveira, Paulo Poli Neto

Local de Trabalho: DAPS/Coordenação do Cuidado  
Eixo Temático: Planejamento, monitoramento e avaliação em saúde



## INTRODUÇÃO

O objetivo do trabalho é apresentar os casos mais frequentes de internamentos hospitalares de Curitiba e expor a sistematização do repasse dos Relatórios de Internamentos dos Hospitais às Unidades Básicas de Saúde (UBS), visando melhorar a comunicação e informação das mesmas, auxiliando no cuidado à saúde da população.

## DESENVOLVIMENTO

A partir de julho de 2014, a Coordenação do Cuidado do Departamento de Atenção Primária à Saúde (DAPS), iniciou o repasse diário por email para as UBS, via Distritos Sanitários, de dados sobre os internamentos nos hospitais prestadores da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba. O relatório é obtido por meio do prontuário eletrônico, através do módulo Central de Regulação de Leitos.

O acesso ao nome do paciente e ao motivo da internação no dia em que ela ocorre pode servir para concluir um raciocínio diagnóstico iniciado em consultas prévias, planejar o cuidado a partir desse evento, agendar uma visita hospitalar ou uma visita domiciliar após a alta.

## CONCLUSÃO

Durante os dias de semana, a média de internamentos diária é de 580, sendo que 350 são de usuários das UBS. As causas mais frequentes de internamentos são Parto Espontâneo e Pneumonia (tabela 1).

Em outubro de 2014, ocorreram 589 internamentos de usuárias das UBS devido ao Parto Espontâneo.

Cada UBS tem autonomia para utilizar o Relatório de Internamentos como melhor considerar. A avaliação do perfil dos internamentos de residentes da área de abrangência da UBS, ajuda a nortear as ações a serem desenvolvidas, organizar as visitas domiciliares entre outros.

Tabela 1. Causas mais frequentes de internamentos – outubro 2014.

1º	Parto Espontâneo Cefálico
2º	Pneumonia
3º	Acidente Vascular Cerebral
4º	Hipertrofia das Amígdalas e Adenóides
5º	Esterilização (Laqueadura)
6º	Abdome Agudo
7º	Insuficiência Cardíaca Congestiva
8º	Angina Instável
9º	Afecções da Pele e do Tecido Subcutâneo
10º	Transtorno Mental / Comportamento devido ao uso de drogas

*“O relatório é uma excelente ferramenta para saber como os pacientes crônicos estão saindo do hospital e auxiliar as equipes das UBS no seu monitoramento. Também auxilia no monitoramento da mortalidade materna e infantil.” David Claret Bueno (diretor) e equipe do DS Boa Vista.*

*“As UBS que são ESF tem realizado busca ativa pelos ACS para saber como está o usuário e se necessário agendamento de avaliação na UBS com a equipe. Também é realizado contato pelo telefone.” Cleverson Fragozo, coordenador de atenção do Distrito Sanitário Portão.*

*“Os relatórios são bem efetivos, pois os servidores conseguem otimizar a organização das visitas e acompanhamentos dos casos. Também tivemos uma agilidade nos acompanhamentos de pós parto, pois recebemos a informação tão logo a gestante interna.” Patricia Bertoluci, coordenadora da UBS Irmã Tereza Araújo.*

## REFERÊNCIAS

CURITIBA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde. Sistema de Prontuário Eletrônico – E-Saúde. Relatório de Internamentos dos Hospitais - outubro de 2014.

# GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS – EDUCAÇÃO CONTINUADA PARA A EQUIPE DA UMS MORADIAS DA ORDEM

Autor principal/relator: Helena M. R. Nascimento  
Colaboradores: Azeite de Fatima Cheikh

Local de Trabalho: U. S. Moradias da Ordem  
Eixo Temático: Vigilâncias (Epidemiológica, Sanitária, Ambiental, Saúde do Trabalhador)



## INTRODUÇÃO

Após capacitação sobre Gerenciamento de Resíduos no Distrito Sanitário do Pinheirinho, realizamos na U.S Moradias da Ordem dinâmica de separação e acondicionamento de resíduos infectantes, químicos, químicos líquidos na bombona, químico líquido desprezado na pia, coleta diferenciada, resíduos comuns não recicláveis, comuns recicláveis, infectantes e perfuro cortantes.



## DESENVOLVIMENTO

Foram utilizadas caixas de papelão encapadas com papel crepon nas cores padrões das lixeiras, EVA.

Separamos a equipe em quatro grupos de dez pessoas, foi entregue para cada, um envelope contendo várias etiquetas com nome de resíduos para ser discutido o correto manejo e descarte.

O objetivo é reduzir os riscos para a saúde humana e ambientais, o número de acidentes de trabalho, contaminação de resíduos comuns, geração de resíduos, reciclar ou reaproveitar parte dos resíduos e reduzir custos.



## CONCLUSÃO

Dado o exposto, percebe-se a necessidade de capacitação contínua sobre Gerenciamento de resíduos para toda equipe a nível local.



## REFERÊNCIAS

*POP Gerenciamento de Resíduos de Saúde – DSPN 2013*



# INVESTIGAÇÃO DE ÓBITO POR *Streptococcus pyogenes*

Autor principal/relator: Alexandra Ap A. D. Fogaci  
Colaboradores: Marta L. Manzoli, Eloise C. Magajevski  
Sanches, Izabel Schamne, Silmara de Fatima Sudan,  
Sandra Fernandes A. Baú

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



## INTRODUÇÃO

Em 2011 o Serviço de Epidemiologia do Distrito Sanitário Cajuru investigou e acompanhou o caso de óbito de uma criança de sete anos por Síndrome do Choque Tóxico, provocado pela bactéria *Streptococcus pyogenes* do grupo A. A investigação realizada contou com o apoio do Centro de Epidemiologia.

## DESENVOLVIMENTO

O *Streptococcus pyogenes* é uma bactéria comum que pode causar doenças como a faringite, escarlatina, erisipela e impetigo e pode colonizar pele, nariz e/ou garganta<sup>1</sup>. O caso investigado, no entanto, foi considerado isolado e muito agressivo. A criança apresentou febre seis dias anterior ao óbito e uma lesão em coxa começou a desencadear um processo infectante e necrotizante muito agressivo. Evoluiu para óbito em quatro dias, após o início dos sintomas, apesar de internamento hospitalar com medidas de suporte e terapêutica.

Como medidas preventivas, foram coletadas amostras de orofaringe dos contatos domiciliares e escolares e hospitalar, com resultados demonstrados no Gráfico 1. Dos contatos hospitalares 61 coletas tiveram resultado negativo. Nos casos positivos foram prescritos antibioticoterapia. Foram repassadas informações para os pais e professora, com o intuito de esclarecer a doença e medidas de prevenção. As aulas mantiveram-se normalmente, entretanto muitos pais decidiram não encaminhar seus filhos naquela semana do acontecimento.

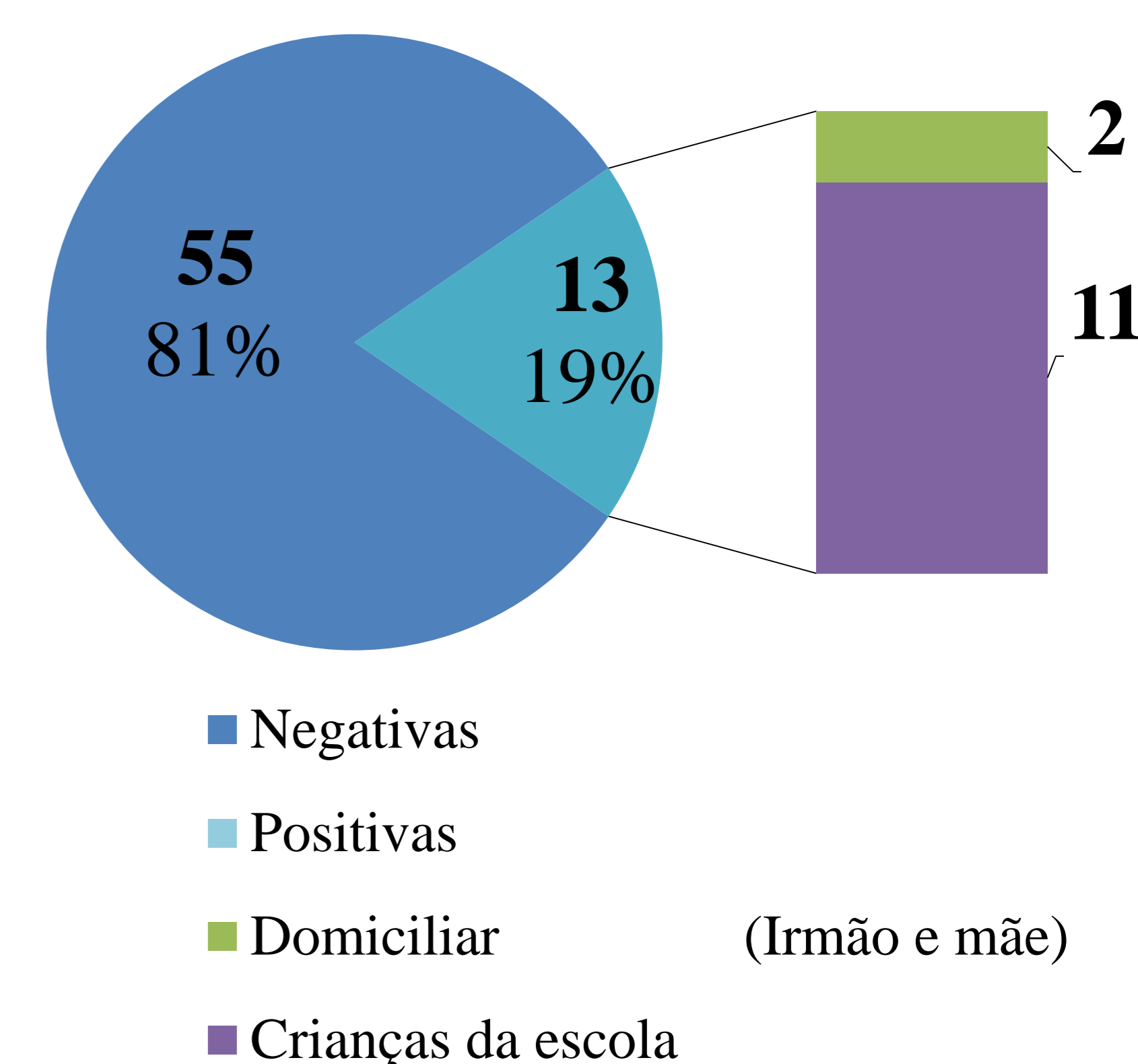
## CONCLUSÃO

A experiência com o caso de óbito por *Streptococcus pyogenes* do grupo A nos levantou a relevância da investigação dos contatos, da infecção causada pela bactéria e a importância da inserção da comunidade nas informações e esclarecimentos.

## REFERÊNCIAS

<sup>1</sup>CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde. *Orientações sobre as Infecções Causadas pela Bactéria Streptococcus pyogenes*. Curitiba. 2011.

Gráfico 1-Pesquisa de *Streptococcus pyogenes* A nas amostras coletadas



# HUMANIZAÇÃO NO ATENDIMENTO

Autor principal: Angelo B. Moreira  
Colaboradores: Alessandra Custodio;  
Beatriz P. Andrade; Maíra Ap. Fedalto; Silvane H.  
G. Moreira.

Local de Trabalho: UMS Monteiro Lobato  
Eixo Temático: Humanização, ética e bioética na  
saúde



## INTRODUÇÃO

Partindo do conceito de humanização, expondo os principais fatores que interfere na humanização da assistência de enfermagem, buscamos definir estratégias que ofereçam orientações sobre como contribuir para a promoção do serviço humanizado.

## DESENVOLVIMENTO

Iniciamos com sensibilização da equipe para com a recepção, informação, atendimentos, vínculos. No quadro dos servidores observamos qual o melhor perfil para ficar designado nessa função. Identificamos quatro servidores com potencial desejável, iniciamos uma breve capacitação e sensibilização. Oferecemos suporte de funcionamento de toda a unidade e um pequeno manual de funcionamento, contendo, equipes, servidores, horários, programas oferecidos com datas e horários. As trocas de informações foram fundamentais para início desse trabalho, visto que cada servidor tinha um conhecimento específico, ficando compactado e a disposição da recepção.

## CONCLUSÃO

O processo está ainda construção, observamos melhora significativa na qualidade das informações, diminuição de reclamações da ouvidoria, sendo um importante norteador do rumo do projeto, com esses primeiros dados positivos, estendemos esse processo na sala de imunização e farmácia.

## REFERÊNCIAS

Fonte: PORTAL EDUCAÇÃO - Cursos. Um benefício para todos. Ministério da Saúde 2012

<http://www.portaleducacao.com.br/educacao/artigos/13744/a-importancia-da-humanizacao-da-assistencia>



# VINCULANDO A PRÁTICA AOS REFERENCIAIS TEÓRICOS: O MATRICIAMENTO NO NASF (RELATO DE CASO)

Autores: CAMPOS, Paula Regina Jardim (Fonoaudióloga)  
ROMANO, Adriana Reichert (Nutricionista)

Local de Trabalho: Distrito Sanitário Boqueirão  
Eixo Temático: Processo de Trabalho Multiprofissional da APS/ESF



## INTRODUÇÃO

O objetivo do trabalho é apresentar um recorte do cotidiano dos profissionais do NASF nas US do DSBQ, por meio do relato de caso da US Tapajós, exemplificando o uso de diferentes ferramentas do Apoio Matricial evidenciando a importância dos diferentes núcleos de atuação e campos de práticas na ação do NASF.

## DESENVOLVIMENTO

**Caso:** criança PC (2a8m) de CMEI. Queixa: validar uso de espessante no CMEI.

**Início matriciamento:** Pediatra solicita nutricionista (NASF). **A I:** nutricionista - compreensão do caso, recebimento de resultado de exame (VDG). **C D:** utilizado com a Fonoaudióloga e na validação das mudanças de cardápio e uso de materiais adaptados (Nutricionista da SME). **V D:** CMEI para avaliação e orientações in loco; **IC:** prática interdisciplinar que visa a construção de uma abordagem integral no cuidado, caracterizando-se pela ação colaborativa entre profissionais de diferentes áreas (nutricionista e fonoaudióloga). **PTS:** pactuação de ações - abordagem integral (singularidades e complexidades): visita; contato SME; consulta (neurologia); histórico; envolvimento equipe (US); devolutiva para a família. **Campo e Núcleo:** compreensão do VDG descartava queixa, evidencia necessidade de orientações ao CMEI (cardápio e oferta da alimentação)

## CONCLUSÃO

A atuação no NASF visa a integralidade do cuidado, atendendo às necessidades do usuário através de uma equipe de referência responsável, apoiada por equipes de apoio matricial. O matriciamento perpassou condutas e ações na condução do caso. Para a Integralidade do Cuidado, sem ações isoladas, é imprescindível o matriciamento e o trabalho em rede, tecendo possibilidades, ampliando oportunidades de atuação (indivíduos, profissionais e dispositivos de saúde) com corresponsabilidades. A fundamentação das ações práticas é um espaço de reflexão da dimensão do trabalho.

## REFERÊNCIAS

- OLIVEIRA, G.N. Apoio Matricial como tecnologia de gestão e articulação em rede In. CAMPOS, G.W.S; GUERREIRO, A. V. P *Manual de práticas de atenção básica – saúde ampliada e compartilhada* 2ed.- São Paulo: Editora Hucitec, 2010 p. 273-322.
- CHIAVERINI, D. H. Et al. *Guia prático de matriciamento em saúde mental* Brasília: Ministério da Saúde: Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011 236p.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA *Núcleo de Apoio à Saúde da Família* Brasília: Ministério da Saúde, 2014 116p (Cadernos de Atenção Básica n. 39)



Sigla	Definição
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
US	Unidade de Saúde
DSBQ	Distrito Sanitário do Boqueirão
PC	Paralisia Cerebral
CMEI	Cento Municipal de Educação Infantil
A I	Atendimento Individual
VDG	Videodeglutograma
C D	Contato à distância
V D	Visita domiciliar
IC	Interconsulta
PTS	Plano Terapêutico Singular
SME	Secretaria Municipal de Educação



# TELECONSULTORIA E TELERREGULAÇÃO COMO ESTRATÉGIA PARA A COORDENAÇÃO DO CUIDADO EM PACIENTES ADULTOS COM AFECÇÕES NEUROLÓGICAS

Autor: Vera L.F.G. Drehmer.

Colaboradores: Paulo Poli Neto, César Tilton, Anne Liz D. Zeghbi, Marcella Palma e Angela C. L. Oliveira.

Local de Trabalho: DAPS/Coordenação do Cuidado  
Eixo Temático: Gestão em Saúde / Tecnologia em Saúde



## INTRODUÇÃO

O trabalho tem como objetivo relatar a experiência de 11 meses de implantação do Sistema de Telerregulação de Neurologia adulto instituído no âmbito do SUS Curitiba pela Portaria Municipal nº 176 de 16 de dezembro de 2013, consubstanciada na ordenação de acesso aos serviços dessa especialidade. Como principais objetivos: 1) qualificar a atenção aos problemas neurológicos mais comuns na Atenção Primária a Saúde (APS), 2) aperfeiçoar o uso de consultas especializadas e diminuir seu tempo de espera, 3) estruturar nova interface entre os profissionais da APS e de serviço especializado através do provimento de apoio por meio de teleconsultorias.

## DESENVOLVIMENTO

No modelo anterior, que funcionou até 16/12/2013, os casos encaminhados para Neurologia de Adultos pelo prontuário eletrônico do município não recebiam uma avaliação imediata (regulação clínica) e geravam uma fila por ordem de colocação com pouca distinção entre casos mais e menos graves.

No modelo atual, há um ponto de regulação e consultoria, utilizando a tecnologia da telemedicina, através da plataforma do Telessaúde sob responsabilidade do Núcleo de Telessaúde (NUTES/UFPR). Todos os casos encaminhados pelas UBS são avaliados em até 48h por Telerregulador - Médico da Família e Comunidade (TLR-MFC), que além de se comunicarem com os médicos solicitantes dialogam com a equipe de Neurologia do Hospital de Clínicas-UFPR. Esses TLR dispõem de vagas específicas para agendamento de consultas no serviço especializado e de tomografia computadorizada (TC).

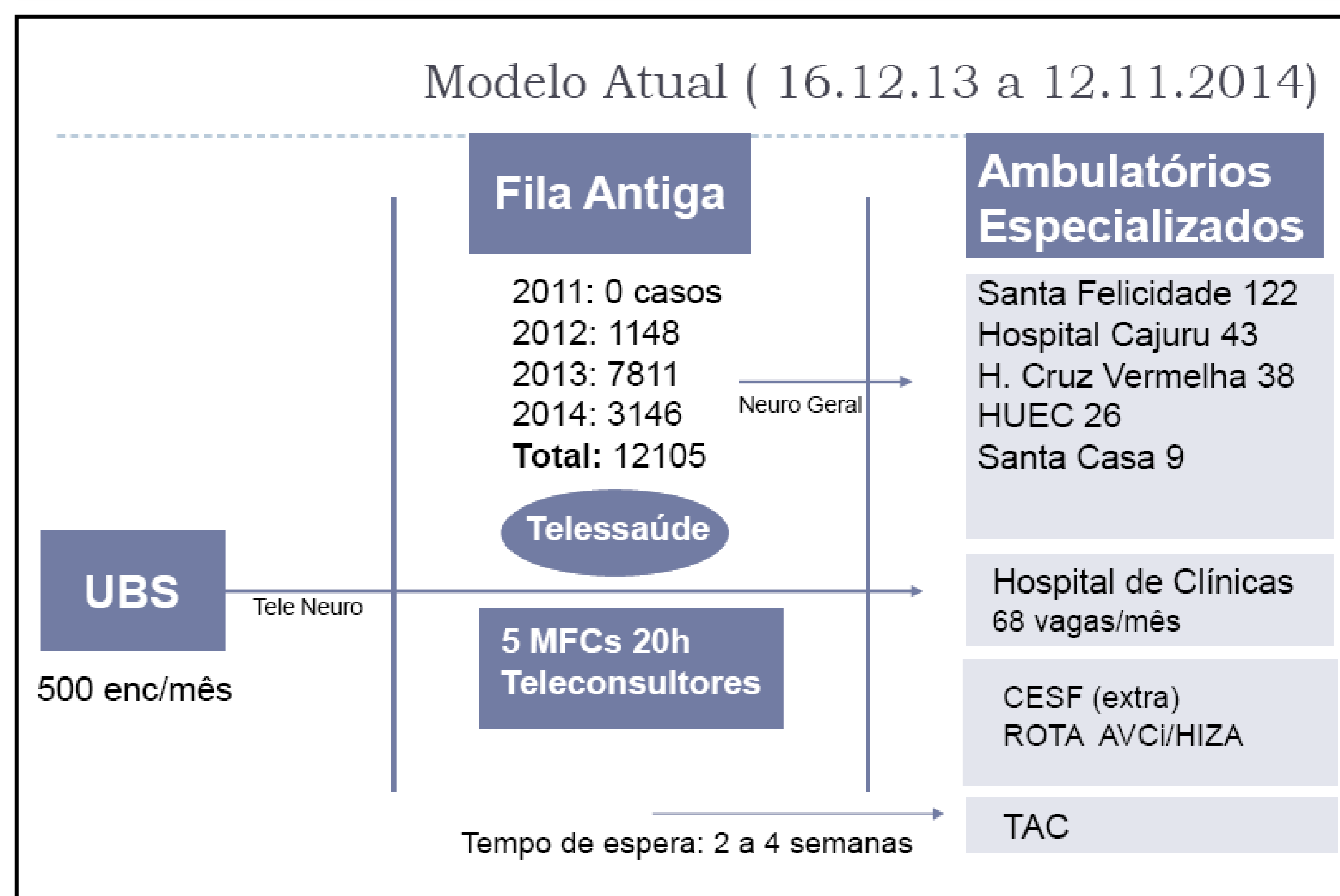
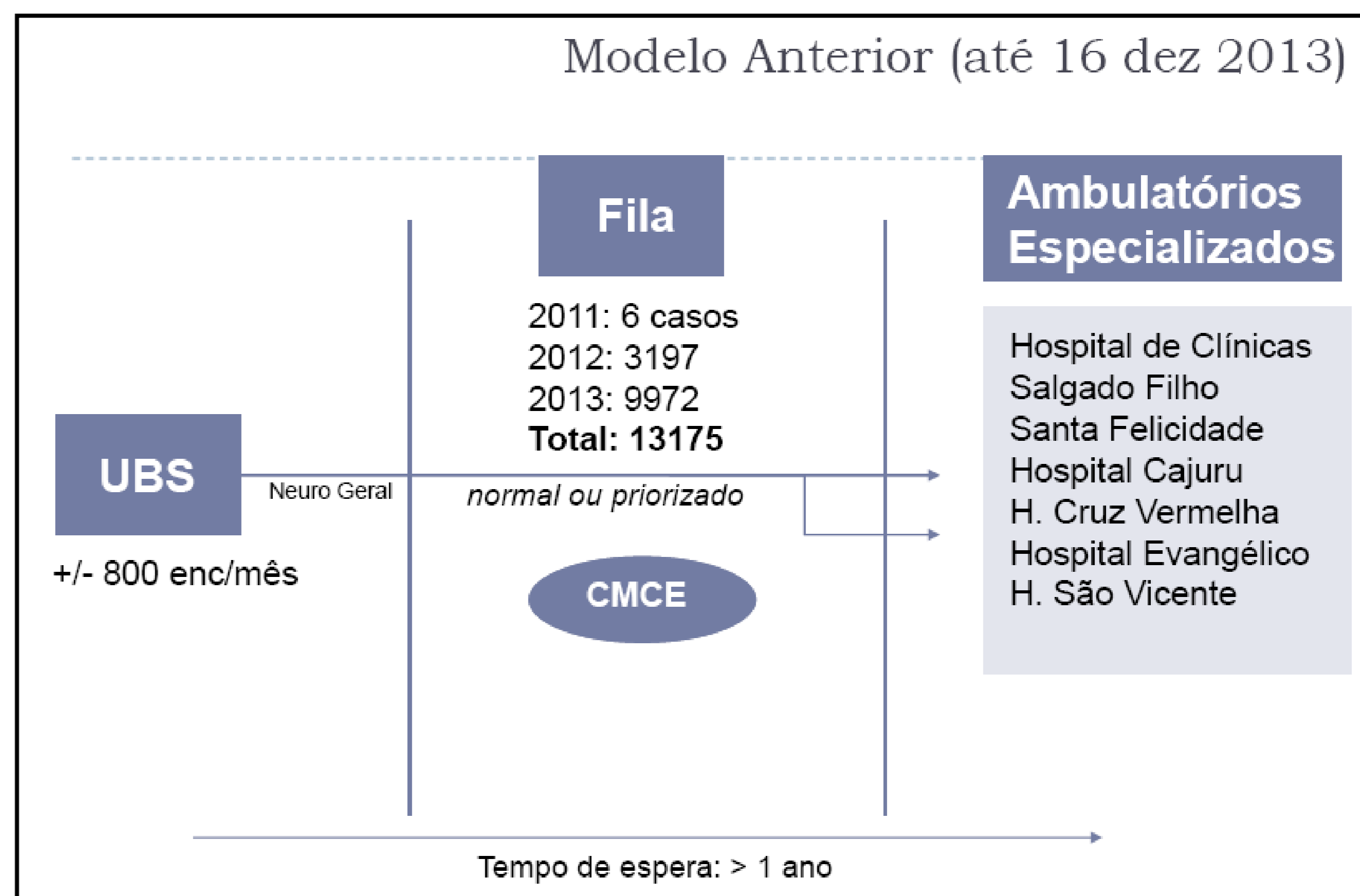
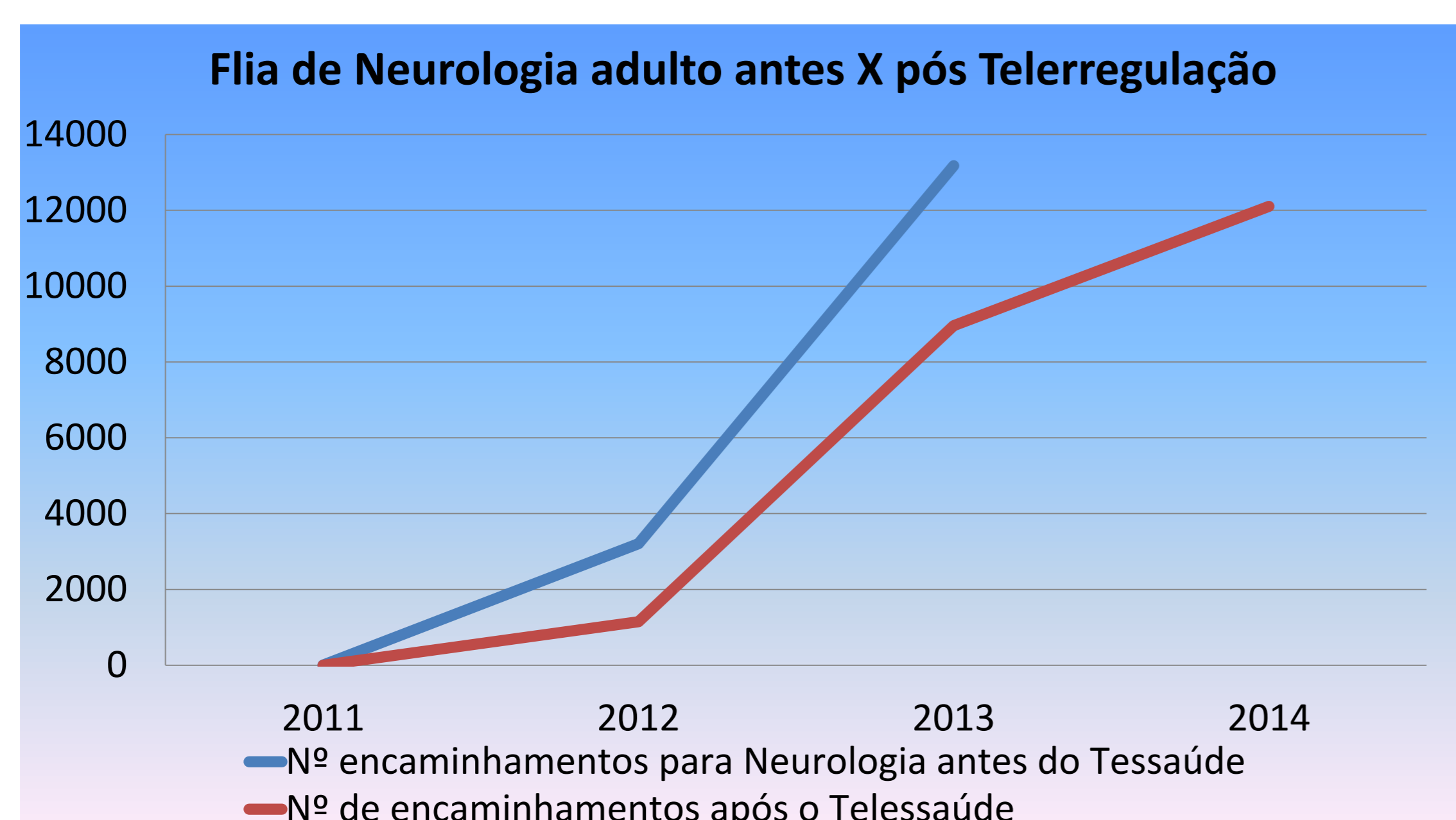
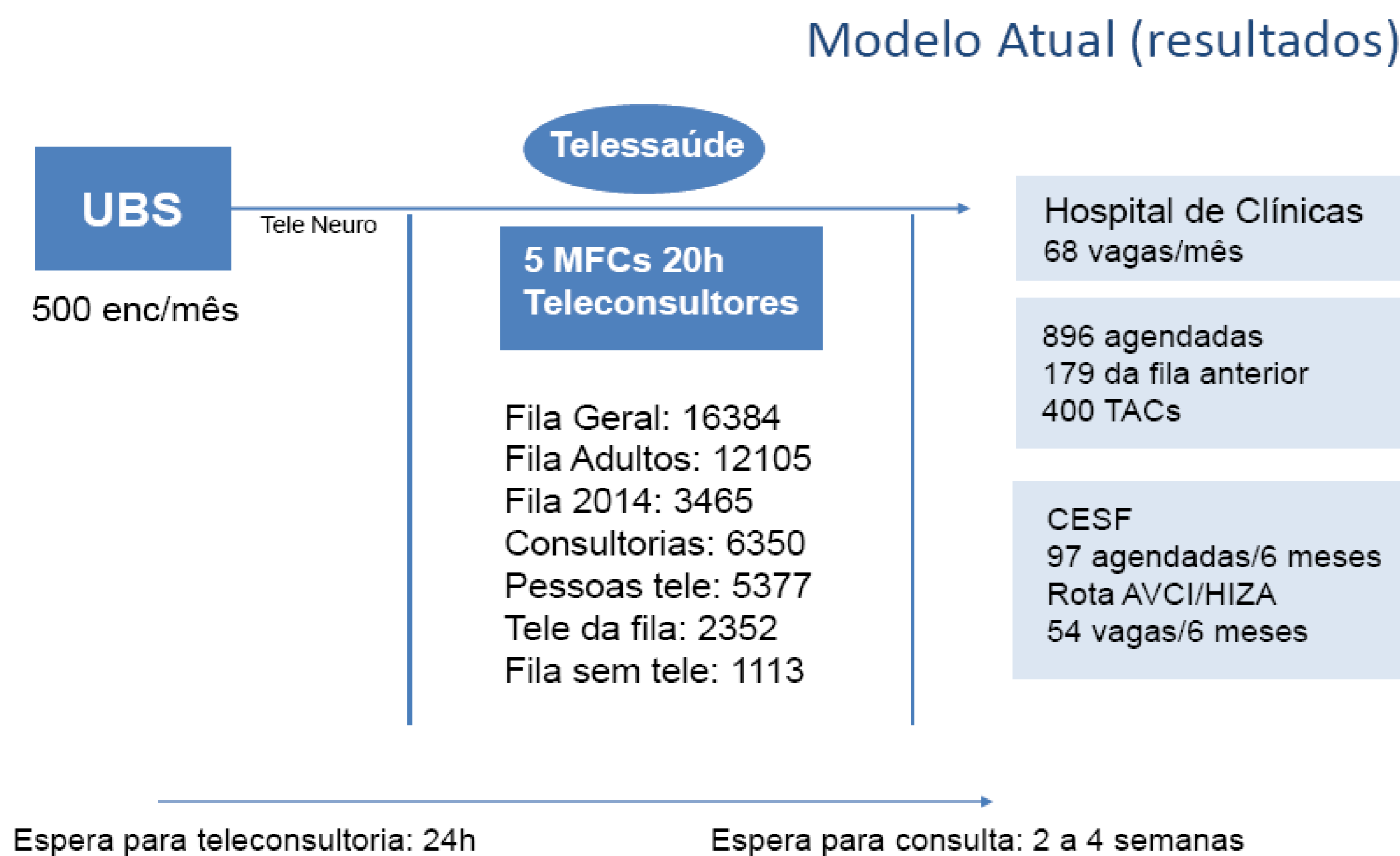
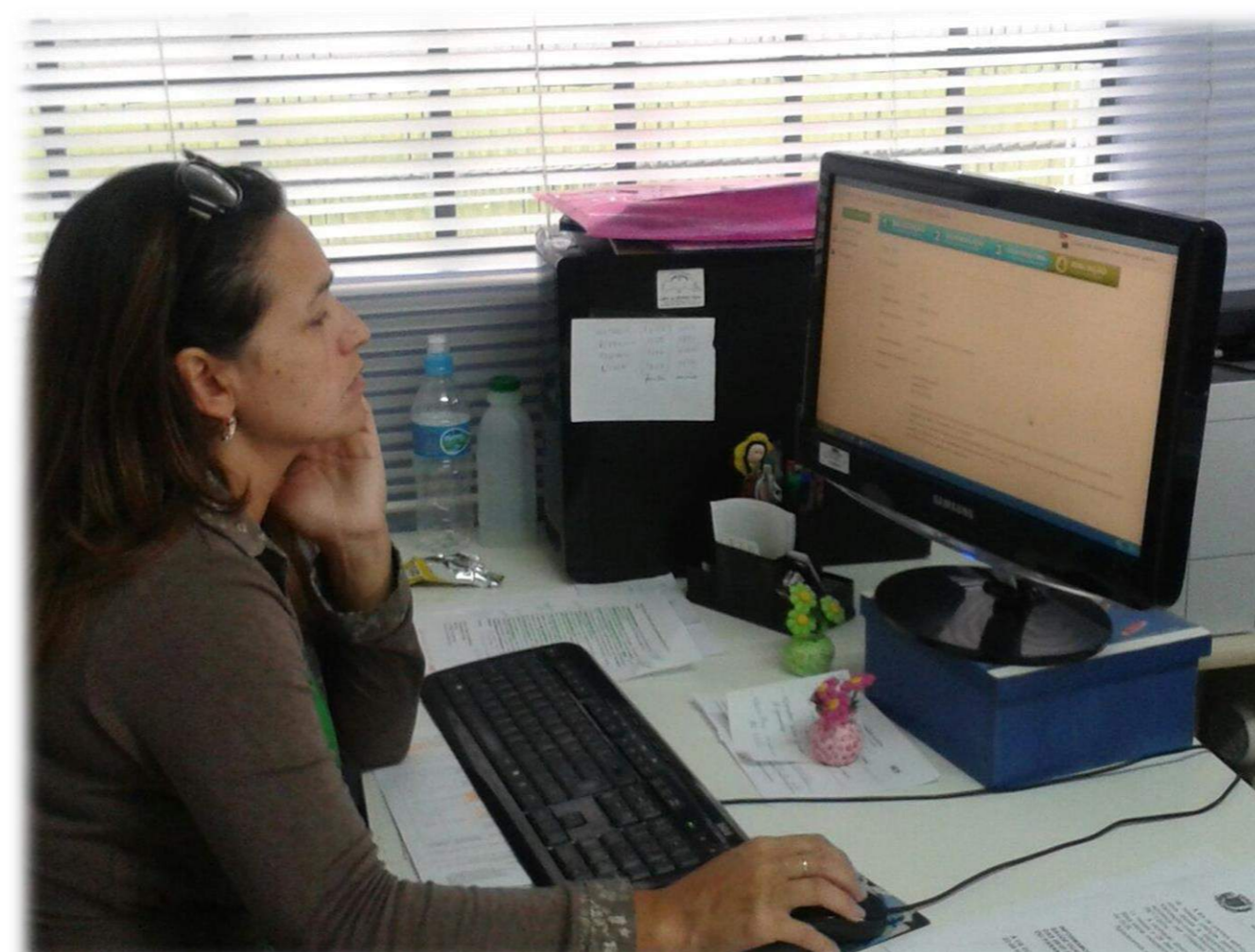
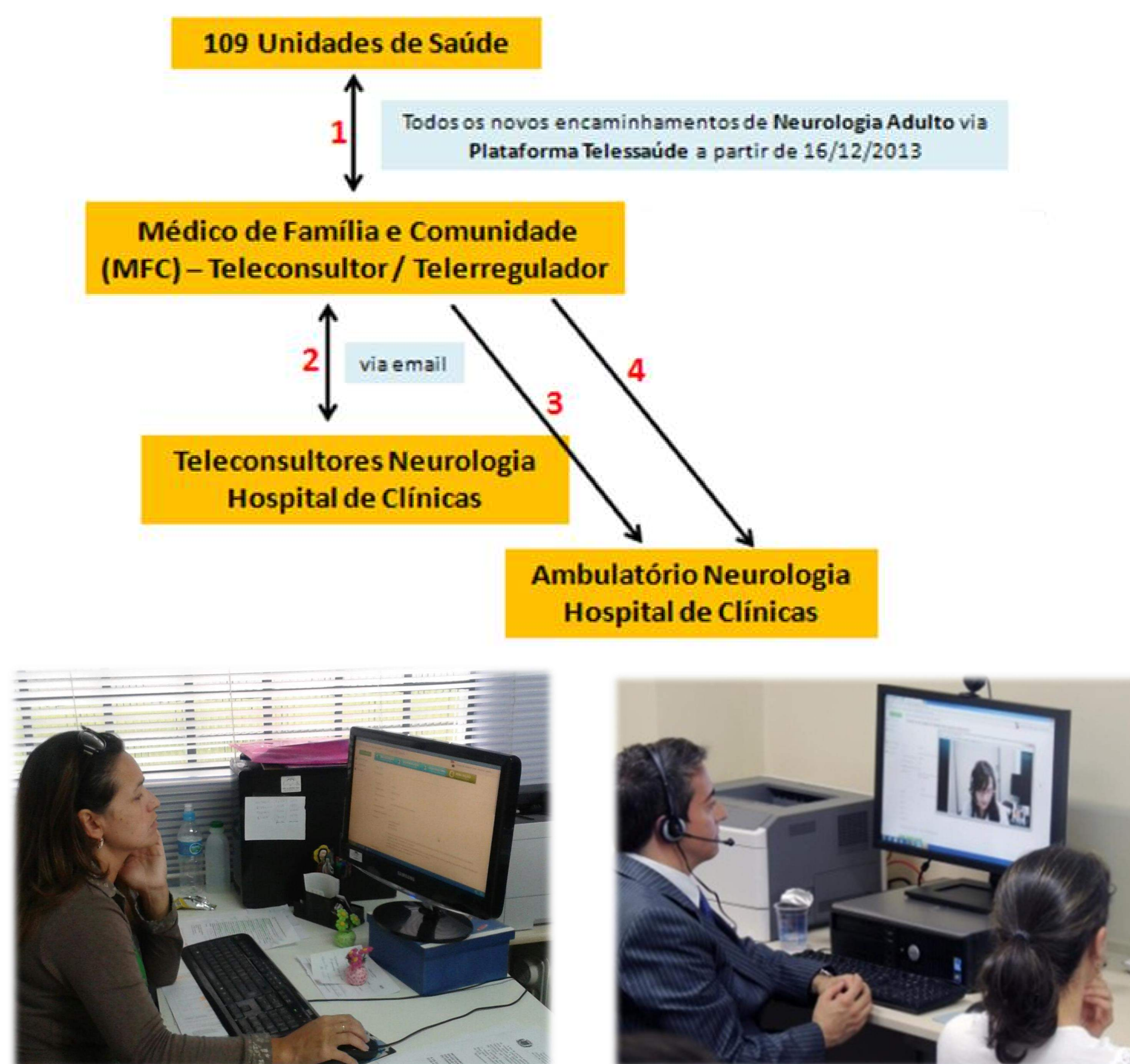
O processo de implantação envolveu:

- Cadastramento e Treinamento na plataforma;
- Reuniões distritais com gestores e clínicos;
- Colocação na plataforma como indicador do IDQ ;
- Monitoramento integrando as duas ferramentas: plataforma e prontuário eletrônico;
- Coordenação centralizada no Departamento de Atenção Primária e intermediação com Departamento de Redes (DRAS).

## CONCLUSÃO

Conseguimos conter o crescimento da fila de espera e melhora significativa da qualidade do encaminhamento médico proporcionando qualificação dos casos agendados na Neurologia. Reorganização dos serviços ofertados pelo DRAS, através do diagnóstico da demanda.

## TELECONSULTORIA, TELERREGULAÇÃO – NEUROLOGIA ADULTO



## REFERÊNCIAS

CURITIBA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde. Sistema de Prontuário Eletrônico – E-Saúde. Relatório Dinâmico Inscrições em Fila de Espera da Neurologia Geral, dezembro de 2013 a outubro de 2014.  
CURITIBA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde. Portaria nº 176, de 16 de dezembro de 2013. Fonte das fotos: <http://www.curitiba.pr.gov.br/noticias/telessaude-melhora-atendimento-e-reduz-fila-para-consultas-com-neurologistas/32461>. Telessaúde melhora atendimento e reduz fila para consultas com neurologistas

# A IMPORTÂNCIA DA ATUAÇÃO DA VIGILÂNCIA AMBIENTAL NO CONTROLE DA ÁGUA DE SOLUÇÕES ALTERNATIVAS COLETIVAS DO MUNICÍPIO DE CURITIBA

Autor principal/relator: Ana Karla Pazda

Local de Trabalho: Distrito Sanitário Matriz/ Vigilância Sanitária  
Eixo Temático: Vigilância Ambiental



## INTRODUÇÃO

A água é um elemento essencial à vida, e manter sua qualidade é de extrema importância para evitar riscos à saúde humana. Nesse contexto, a Vigilância Ambiental um importante órgão na fiscalização e controle da águas de Soluções Alternativas Coletivas (SACs) servidas à população. Diante disso, o trabalho tem como objetivo apresentar ações realizadas no controle sanitário das águas distribuídas na cidade de Curitiba por SACs.

## DESENVOLVIMENTO

As SACs são uma modalidade de abastecimento coletivo destinadas a fornecer água potável, com captação subterrânea ou superficial, com ou sem canalização e sem rede de distribuição (BRASIL, 2011). Em Curitiba elas são utilizadas em sua maioria por grandes estabelecimentos como: hotéis, hospitais, shoppings, além dos condomínios residenciais. A opção por essa modalidade de abastecimento é normalmente justificada pela economia que se faz ao não usar a água da concessionária.

A Vigilância Ambiental do município de Curitiba, nessa perspectiva, tem um papel relevante no que concerne a qualidade dessa água, visto que suas ações estão relacionadas na inspeção do controle e práticas operacionais dessas soluções, notificando, quando necessário, os responsáveis a sanar irregularidades identificadas.

Entre as competências que são cobradas aos responsáveis das SACs estão: outorga de uso da água emitida por órgão competente, controle da qualidade da água a partir dos parâmetros legais, análises laboratoriais periódicas, e responsável técnico habilitado para a operação da solução.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através do presente estudo é possível entender a importância da ação da Vigilância Ambiental na garantia da qualidade da água distribuída pelas SACs, uma vez que essas soluções são utilizadas por estabelecimentos de grande circulação de pessoas e que a má qualidade dessa água pode acarretar problemas de saúde à população, e consequentemente responsabilidades a Saúde Pública.

## REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boas Práticas no Abastecimento de Água:** Procedimentos para minimização de riscos à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. **Portaria n.º 2914**, de 12 de dezembro de 2011. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 14 dez. 2011.

FREITAS, M.B.; BRILHANTE, O. M.; ALMEIDA, L. M. Importância da análise da água para a Saúde Pública em duas regiões do Estado do Rio de Janeiro: enfoque para coliformes fecais, nitrato e alumínio. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, pag. 651-660, maio-junho, 2001.



Fonte: IPUC "Mapa da divisão administrativa de Curitiba".  
URL: [http://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/5/5c/Divisao\_administrativa\_Curitiba.svg]



# A DIMENSÃO ASSISTENCIAL DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Autor principal/relator: Ingrid Margareth Voth Lowen.  
Colaboradores: Aida Maris Peres; Carla Da Ros;  
Claudine Esmaniotto; Maria Terumi Maruyama Kami;  
Nilza Terezinha Faoro.

Local de Trabalho: Departamento de Atenção Primária à Saúde.  
Eixo Temático: Prática do cuidado da enfermagem na APS/ESF



## INTRODUÇÃO

A prática integral para atender as necessidades dos indivíduos é um dos grandes desafios para a equipe multiprofissional, que requer o fortalecimento do papel assistencial dos profissionais, dentre eles, o do enfermeiro. Este estudo teve como objetivo descrever aspectos das inovações relacionadas à assistência do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde.

## DESENVOLVIMENTO

A pesquisa foi qualitativa, descritiva e exploratória. Os participantes foram 32 enfermeiros, assistenciais e gerenciais, que participaram da ampliação da Estratégia Saúde da Família no primeiro semestre de 2013. A coleta de dados foi realizada por entrevista e a análise dos dados textual, com o apoio do *software* Iramuteq (CAMARGO; JUSTO, 2013). Uma das quatro classes refere-se às inovações na consulta do enfermeiro e do médico. As ações inovadoras incluem o incentivo ao desenvolvimento do papel assistencial do enfermeiro e a consulta compartilhada. O número de consultas do enfermeiro aumentou 81% nos meses de maio e junho deste ano em comparação ao ano de 2013 (CURITIBA, 2014), o que evidencia a importância da assistência realizada. Segundo Backes *et al.* (2012), o empenho do enfermeiro na identificação das necessidades do cuidado e a sua atuação na consolidação dos princípios e diretrizes do SUS têm sido evidenciados.

## CONCLUSÃO

O fortalecimento da assistência prestada pelo enfermeiro e a organização do processo de trabalho que promova a interdisciplinaridade favorece maior resolutividade das necessidades em saúde da população. Recomenda-se estudos avaliativos da qualidade das consultas dos profissionais da Atenção Primária à Saúde.

## REFERÊNCIAS

- BACKES, D. S.; BACKES, M.S.; ERDMANN, A.L.; BÜSCHER, A. O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 223-30, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n1/a24v17n1.pdf>>. Acesso em: 19 nov. 2014.
- CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. IRAMUTEQ: um *software* gratuito para análise de dados textuais. *Rev. Temas em psicologia*, Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, p. 513-18, 2013. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v21n2/v21n2a16.pdf>>. Acesso em: 14 nov. 2014.
- CURITIBA. *Relatório de gestão: monitoramento quadrimestral SUS – Curitiba*. Disponível em: <[http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/SMS\\_Relat%C3%B3rio%20de%20Gest%C3%A3o%202013/4\\_vers%C3%A3o%20final.pdf](http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/SMS_Relat%C3%B3rio%20de%20Gest%C3%A3o%202013/4_vers%C3%A3o%20final.pdf)>. Acesso em: 20 nov. 2014.



# NOVAS POSSIBILIDADES DE ORGANIZAR O ACESSO E A AGENDA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Autor principal/relator: Carla Da Ros  
Colaboradores: Adriane Wollmann; Ingrid Margareth Voth Lowen; Luiza Reikdal Moreira; Maria Terumi Maruyama Kami; Paulo Poli Neto

Local de Trabalho: Departamento de Atenção Primária à Saúde.  
Eixo Temático: Processo de trabalho multiprofissional na APS/ESF



## INTRODUÇÃO

O acesso e a continuidade do cuidado são atributos da Atenção Primária à Saúde-APS (STARFIELD, 2002). O objetivo é apresentar as possibilidades de ampliação do acesso na APS de Curitiba e que contribuem para a discussão do processo de trabalho das equipes de saúde.

## DESENVOLVIMENTO

A APS é definida como a principal porta de entrada do sistema de saúde, coordenadora do cuidado e ordenadora das Redes de Atenção à Saúde. Dentre os princípios que a orientam, estão o acesso, o vínculo, a continuidade do cuidado e a integralidade (BRASIL, 2012).

Para ampliar o acesso, uma das estratégias é a educação permanente nos diferentes espaços, o que inclui a discussão sobre a organização da agenda dos profissionais, a organização dos consultórios, o fluxo de atendimentos dos usuários, a capacidade instalada para consultas a partir do contexto de cada Unidade de Saúde (MURRAY; BERWICK, 2003).

Ao implementar novas possibilidades de acesso, alguns desafios são apresentados: abrir mão de uma agenda fragmentada por patologias ou faixas etárias; evitar pré-agendamentos prolongados; envolver todos os profissionais para oferecer os melhores recursos de acordo com as necessidades da população e com acesso menos burocratizado; fornecer atendimento preferencialmente até 48h.

## CONCLUSÃO

Em Curitiba, intensificou-se a reflexão, discussão e implementação de possibilidades de ampliação do acesso nas Unidades de Saúde. Esse processo fortalece a APS; a ampliação do acesso ocorre de forma gradual. O conhecimento sobre a APS, a organização da estrutura física, a discussão do processo de trabalho, e a composição das equipes de saúde contribuem no fortalecimento do Sistema Único de Saúde.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012, 108 p.

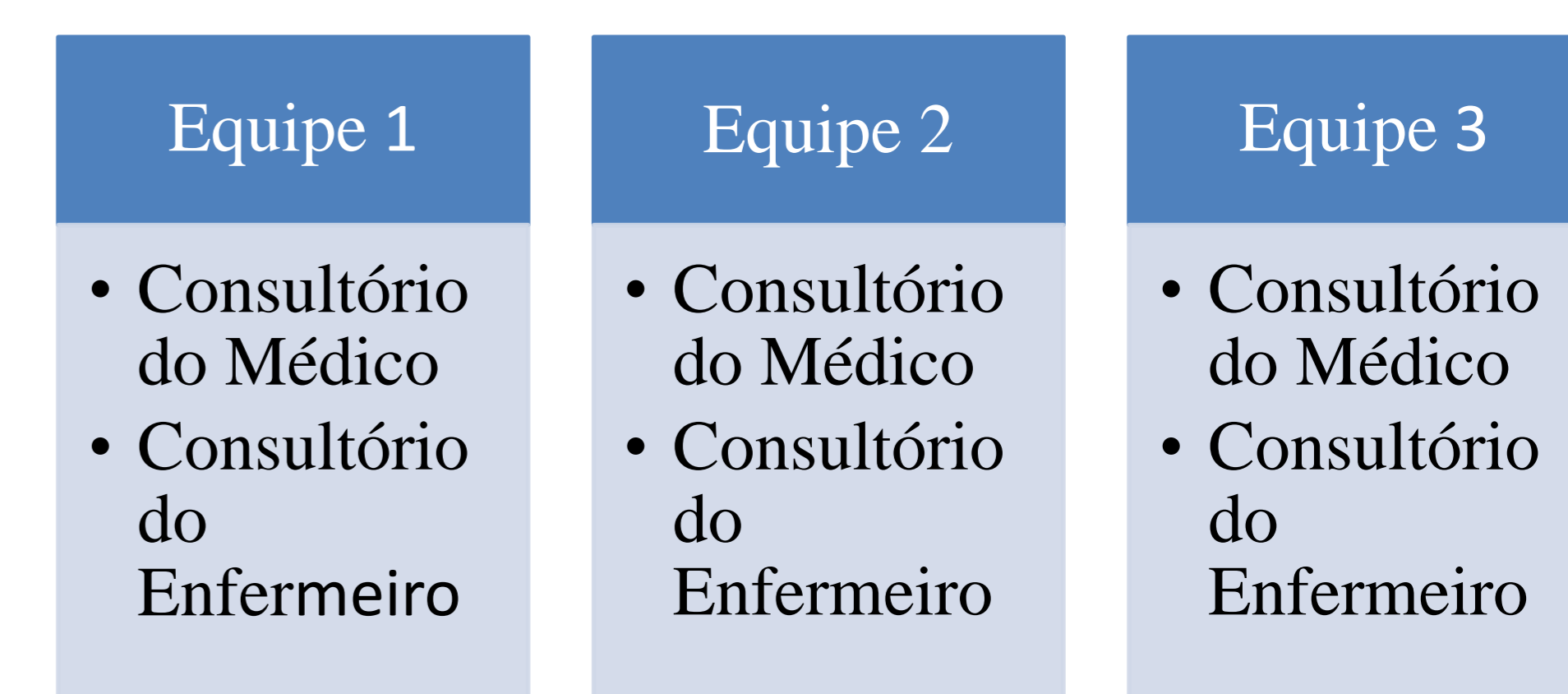
CURITIBA. Prefeitura Municipal de Curitiba. Secretaria Municipal de Saúde. *Novas possibilidades de organizar o Acesso e a Agenda na Atenção Primária à Saúde*. Disponível em: <<http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/index.php/carta-do-sus/cartilha-acesso-e-agenda-na-atencao-primaria>>. Acesso em: 19/11/2014.

MURRAY, M.; BERWICK, D. *Advanced access: reducing waiting and delays in primary care*. Rev. JAMA, EUA, v. 289, n. 8, p. 1035-40, 2003.

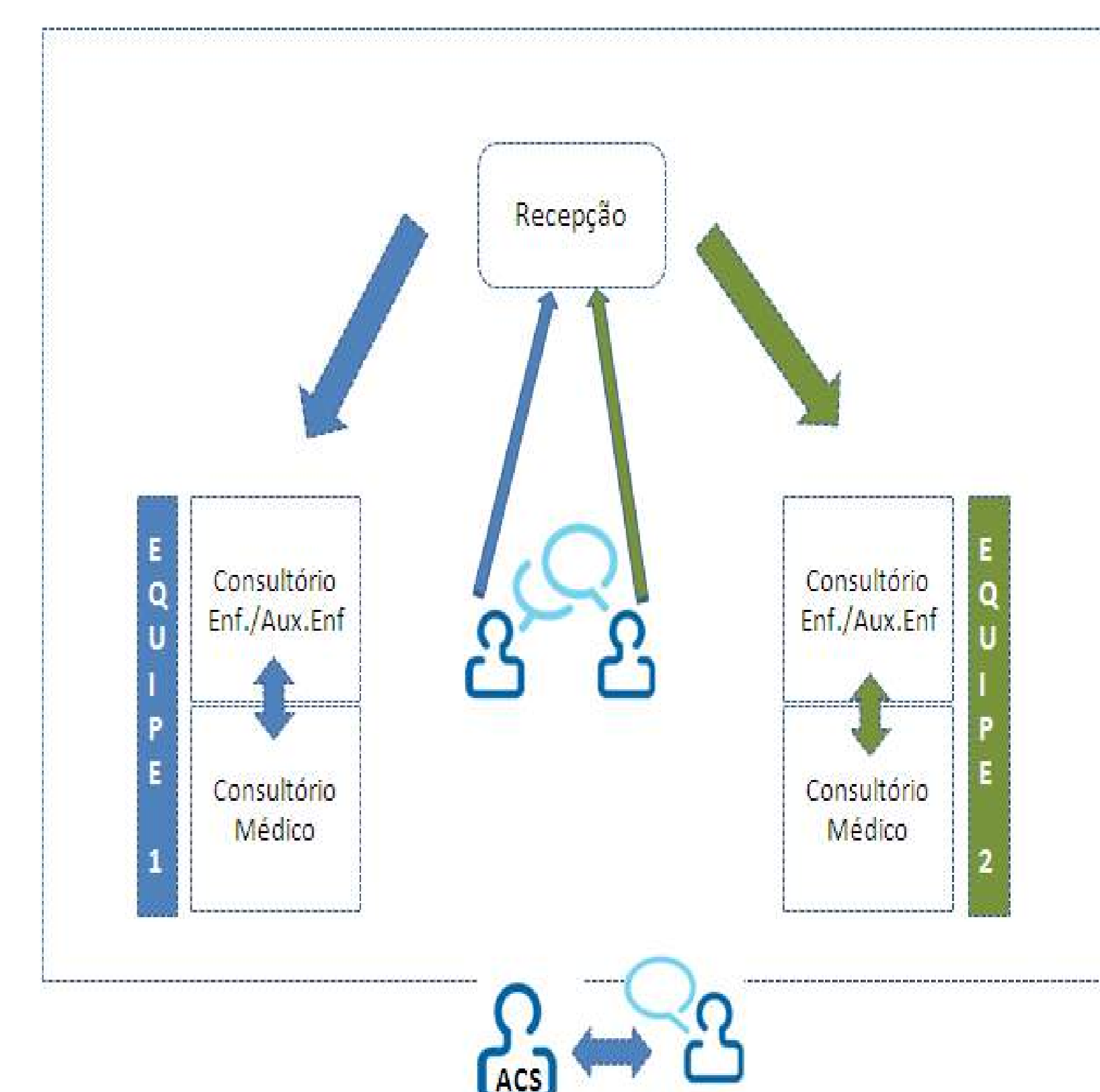
STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre as necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2004, 726 p.



Organizar os consultórios lado a lado



Disposição dos consultórios  
FONTE: CURITIBA, 2014.



Fluxo de atendimento na Unidade de Saúde  
FONTE: CURITIBA, 2014.

# GESTANTES, EXAMES E RODA DE CONVERSA: A EXPERIÊNCIA DA UMS UMBARÁ II

Autor principal/relator: Michele Alves da Silva Freitas  
Colaboradores: Denise W. Vernick, Marcia C. S. Gruber, Regina A<sup>a</sup> dos Santos, Silvana M<sup>a</sup> de Souza e Vanessa da S. V. Moser

Local de Trabalho: Unidade de Saúde Umbará II  
Eixo Temático: Prática de cuidado da enfermagem na APS/ESF



## INTRODUÇÃO

O presente trabalho iniciou a mais ou menos quatro meses, pois nos preocupávamos em como orientar e informar as gestantes sobre cuidados, parto humanizado e principalmente aleitamento materno, já que dificilmente apareciam em nossos encontros, oficinas e até mesmo nas consultas. As queixas, dificuldades em amamentar apareciam após o parto com frequência, tínhamos a sensação que não havia vínculo entre enfermagem e a mãe. Assim, montamos uma sala para as gestantes, embora nossa Unidade de Saúde não tenha uma estrutura adequada isso não nos limitou a deixar uma sala mais aconchegante e agradável especialmente para a gestante. A ideia não é uma palestra com várias gestantes, e sim uma roda de conversa onde possa expressar seus sentimentos, suas dúvidas, seus medos e vivenciar com outras gestantes um momento tão especial que é a gestação. Desta forma surgiu a oportunidade ideal de realizar a roda de conversa que é quando esperam para a realização do exame de tolerância a glicose, a qual permanece duas horas na Unidade de Saúde, neste período podem se aconchegarem na sala que carinhosamente foi preparada para recebê-la e todas as informações e dúvidas é esclarecido em uma boa roda de conversa.

## DESENVOLVIMENTO

No âmbito da reorganização dos serviços de saúde, a estratégia da saúde da família vai ao encontro dos debates e análises referentes ao processo de mudança do paradigma que orienta o modelo de atenção à saúde vigente e que vem sendo enfrentada, desde a década de 1970, pelo conjunto de atores e sujeitos sociais comprometidos com um novo modelo que valorize as ações de promoção e proteção da saúde, prevenção das doenças e atenção integral às pessoas.

Desta forma a equipe de enfermagem se uniu com mesmo objetivo, novas ideias de promover saúde, criando maneiras de levar conhecimento, auto cuidado, informações através de encontros, oficinas e rodas de conversa. Assim surgiu a ideia de montar uma sala dentro da Unidade de Saúde para que a gestante fique confortável recebendo informações necessárias em roda de conversa. Falamos em equipe pois em nossa Unidade de Saúde existe um rodízio de setores e muda-se toda semana, somos duas equipes, quem acolhe as gestantes estão as pessoas escaladas no setor de coleta e esterilização de materiais, independentemente da área todas as gestantes são acolhidas. Montamos slides com a programação dos encontros para que possamos dar todas as informações importantes, acreditamos que a visualização de mães amamentando como esta em cada slide possa estimulá-la também ao aleitamento materno. Nossos encontros são as sextas-feiras um dia só para gestantes, enquanto uma pessoa faz a coleta a outra acolhe com carinho para a sala preparada, inicia-se com apresentação das participantes e falando sobre o exame coletado sua importância durante a gestação, informações sobre o hospital recebendo um folheto explicativo da rotina hospitalar e o que precisa durante sua estadia, nossa referência é o Hospital Bairro Novo onde se realiza o parto humanizado. Para descontrair fazemos uma brincadeira de verdadeiro ou falso com perguntas a respeito de aleitamento materno, estas perguntas são: Vou sentir dor ao amamentar? Outra mãe pode amamentar meu filho? O aleitamento materno diminui o sangramento na mãe após o parto? A mãe pode produzir pouco leite ou leite fraco? O bebê pode tomar água, chá ou suco antes do 6º mês? Tomar cerveja preta e canjica aumenta o leite? Seios grandes produzem mais leite? Posso oferecer água nos dias quentes? A chupeta acalma? O leite materno deve ser exclusivo até o 6º mês? O leite materno é um alimento completo? Desta forma respondendo as perguntas de forma descontraída surgem mais perguntas. Orientado também quanto ao uso do copinho que não confunde os bicos mama e madeira sendo que o melhor é o de vidro. Existe uma técnica quanto ao copinho que é colocar no lábio inferior e a língua acima do copo, tomando o leite como se fosse um gatinho. A mãe que trabalha é orientada a armazenar o leite, e a melhor maneira de esterilizar o pote de vidro com tampa de plástico onde o leite materno vai ser guardado é fervendo-o por 15 minutos, o recipiente deve secar naturalmente, de boca para baixo em cima de uma toalha, ou então dentro de um pote maior, fechado, retira-se o leite primeiro e depois dar de mamar para que possa receber o leite com gordura, sendo que o leite materno pode ficar em temperatura ambiente por até duas horas, na geladeira, o leite materno pode ser guardado por no máximo 12 horas e para guardar o leite na geladeira, use a prateleira de cima. Procurando deixar o recipiente com leite longe de outros alimentos crus, como verduras e carnes. Podendo se guardar o leite no congelador por até 15 dias. Antes de congelar, anotar numa etiqueta a data do congelamento. O melhor jeito de descongelar o leite é colocando o recipiente dentro de um pote maior com água morna.

## CONCLUSÃO

O leite materno contém componente e mecanismos capazes de proteger a criança de várias doenças. Nenhum outro alimento oferece as características imunológicas do leite humano. A mãe fornece ao filho componentes protetores, através da placenta e do seu leite, enquanto o sistema de defesa do bebê amadurece. Outros aspectos reforçam a importância desse gesto de amor: os laços afetivos são consolidados com a amamentação, além de possibilitar uma recuperação mais rápida da mãe no pós-parto, pois a amamentação acelera o retorno do útero ao tamanho original, auxilia na redução de peso da lactante e na prevenção dos cânceres de mama e colo do útero. O leite materno é precioso e precisa ser estimulado, pois sabemos que existem inúmeras dificuldades, após o parto a mulher sente-se cansada e a amamentação requer paciência e insistência. Estamos satisfeitos com a roda conversa, pois verificamos que as gestantes se sentem mais a vontade em perguntar e sentimos que através deste breve encontro criamos um vínculo de confiança e que após o nascimento do bebê podemos visitá-la nos sentindo mais próximos. A equipe está unida e fortalecida para o cuidado com a gestante, a mãe e o bebê, incentivando o aleitamento materno, e se preparando com novas ideias que promovam as rodas de conversa, troca de experiências e vivências.





# TUBERCULOSE E HIV NO DISTRITO SANITÁRIO MATRIZ

Autor principal/relator: Marina Marques Fogaça  
Colaboradores: Liza Regina Bueno Rosso, Carla Cristiane Nadalin Witt, Rosemar Batista

Local de Trabalho: Serviço de Vigilância Epidemiológica / Distrito Sanitário Matriz  
Eixo Temático: Vigilância Epidemiológica



## INTRODUÇÃO

A tuberculose é a maior causa de morte entre pessoas que vivem com HIV/AIDS, e tem sido observadas taxas maiores de mortalidade, falência terapêutica, recidiva da tuberculose e abandono do tratamento nesta população (BRASIL, 2011). Objetivo: verificar, dentre os casos de tuberculose notificados pelo Distrito Sanitário Matriz (DSMZ), se há discrepância em relação às taxas de mortalidade e abandono do tratamento, comparativamente entre coinfeção ou não coinfeção pelo vírus HIV.

## METODOLOGIA

Tuberculose e HIV são agravos de notificação compulsória e que constam no Sistema Nacional de Informações de Agravos de Notificação, o SINAN NET. Seu objetivo é padronizar a coleta e processamento de dados referentes a doenças e agravos de notificação compulsória e fornecer informações sobre o perfil epidemiológico da população brasileira (ROMERO; MARQUES, 2014, p. 84). A coleta de dados foi realizada no SINAN NET, em novembro de 2014. Buscou-se os casos de tuberculose notificados no DSMZ no período de 01/01/2012 a 31/10/2014. Os casos foram separados em HIV positivo e HIV negativo e novamente separados por situação de encerramento. Foram confeccionadas tabelas no programa TabWin, transcritas em gráficos no programa Microsoft Excel e analisadas.

**Resultados:** No período analisado, nos casos de coinfeção tuberculose e HIV, a taxa de mortalidade foi de 17,02%; cura 51,25% e abandono 17,02%. Nos casos de tuberculose sem coinfeção por HIV, as taxas encontradas foram: mortalidade 10,05%, cura 77,14% e abandono 13,67%.

## CONSIDERAÇÕES

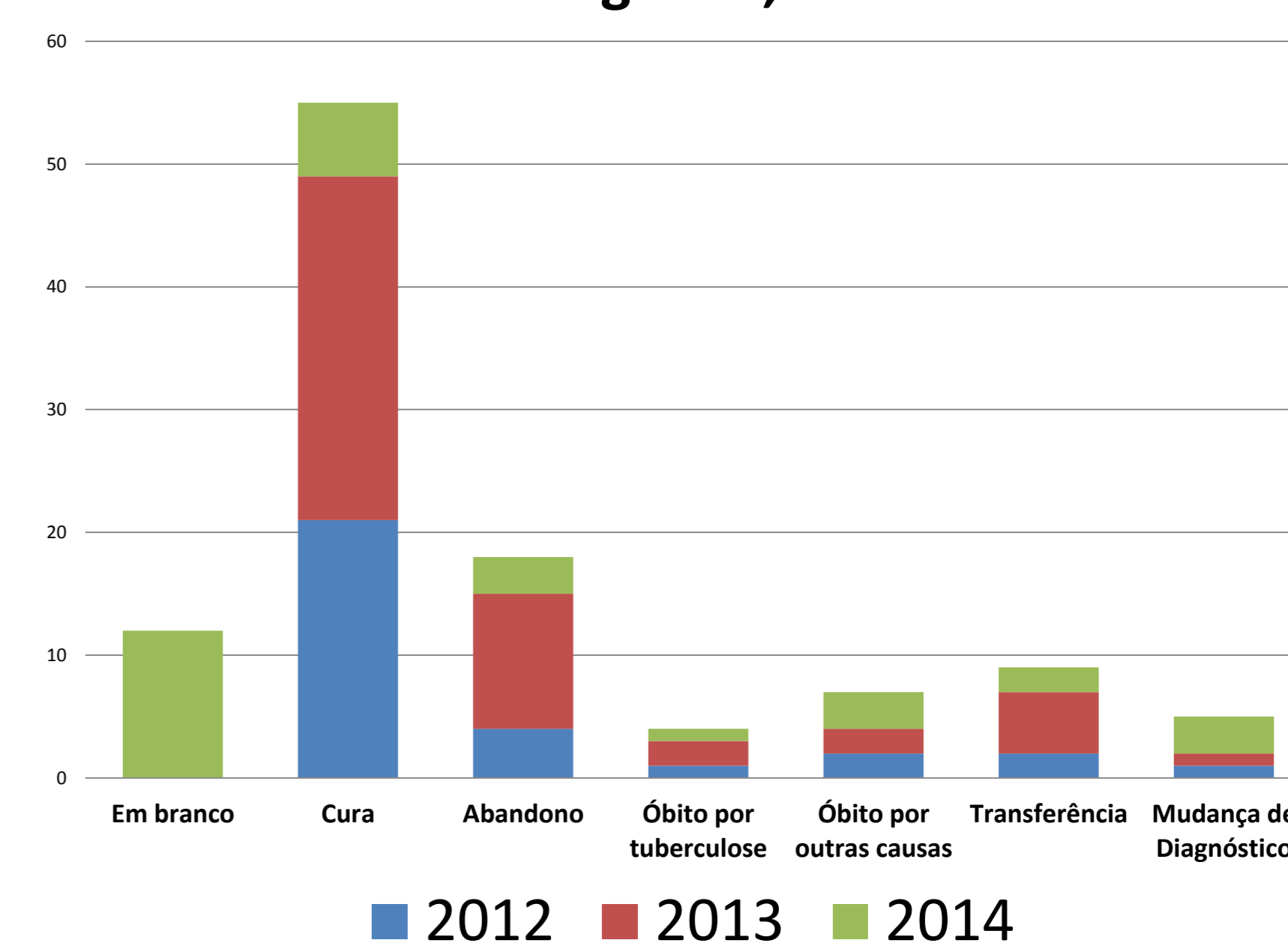
A característica dos pacientes coinfectados com tuberculose e HIV, no DSMZ, corresponde ao perfil nacional desta parcela da população, no que se refere às maiores taxas de mortalidade e abandono de tratamento. Com estas informações, é possível subsidiar a implantação de uma rede de atenção integral e resolutiva, com vistas a garantir o acesso precoce ao diagnóstico e ao tratamento de tuberculose e HIV, e adesão ao tratamento, o que pode diminuir o abandono e a mortalidade, e aumentar a cura.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

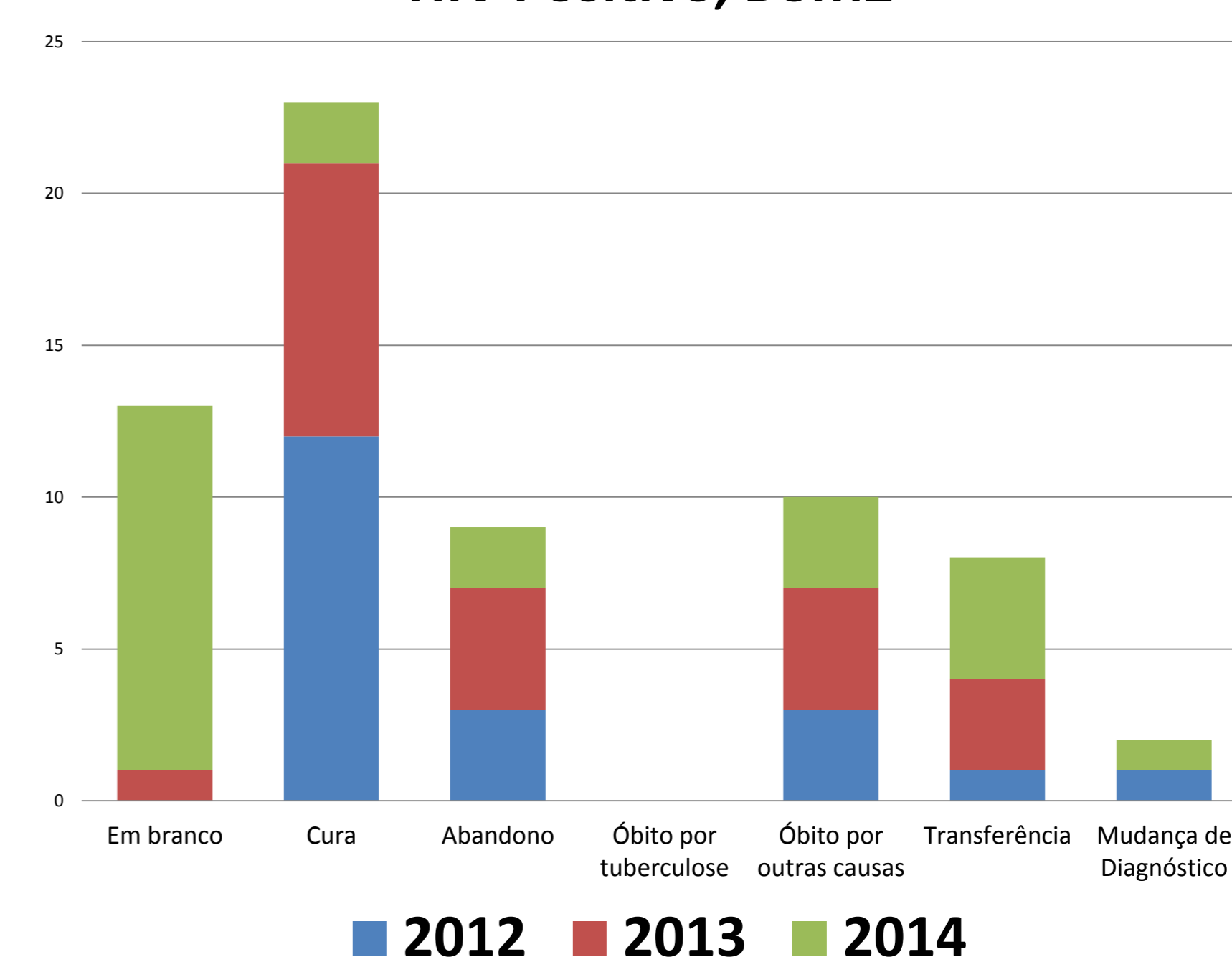
ROMERO, D.; MARQUES, A. **Informação epidemiológica e populacional: disponibilidade, qualidade e acesso dos sistemas de informação em saúde**. In: COIMBRA, A.M.C.; BORGES, A.P.A. (Org.). *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. 2ª ed. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2014. p. 67-95.

Situação de Encerramento por Ano, HIV Negativo, DSMZ



Fonte: SINAN NET 2012- 2014, DSMZ - Curitiba, PR

Situação de Encerramento por Ano, HIV Positivo, DSMZ



Fonte: SINAN NET 2012- 2014, DSMZ - Curitiba, PR

# ABSENTEÍSMO DE EXAMES DE ECOGRAFIAS NO DISTRITO SANITÁRIO BAIRRO NOVO

Autor principal/relator: Eduardo Funchal  
Colaboradores: Daniele C. Stremel; Wilma L de C e Souza Silva; Silvana Pienta; Ricardo Sta dnik e Maria do Rosario L Rodrigues

Local de Trabalho: Distrito Sanitário Bairro Novo.  
Eixo Temático: Planejamento, monitoramento e avaliação em saúde.



## INTRODUÇÃO

A necessidade deste estudo, nasceu em uma das reuniões da comissão permanente de acompanhamento do Centro Médico Comunitário Bairro Novo (maternidade), onde foi relatado o índice de absenteísmo das usuárias que deveriam ter realizado os exames de ecografia obstétrica e ecografia transvaginal. A partir disso, por meio de discussões da câmara técnica dos agentes comunitários de saúde, idealizou-se uma busca destas mulheres a fim de identificar os motivos que corroboraram com a falta ao exames.

## DESENVOLVIMENTO

Mediante a identificação do problema, foram feitos encontros para a busca dos dados e delineamento da pesquisa, sendo que a Maternidade disponibilizou as planilhas dos exames realizados nos meses de setembro e outubro. O questionário de pesquisa foi construído com participação de trabalhadores da Maternidade, do Distrito Sanitário e integrantes da Câmara Técnica dos ACS. A partir da identificação das gestantes a serem visitadas, foi realizado treinamento específico de abordagem com cada ACS participante.

## CONCLUSÃO

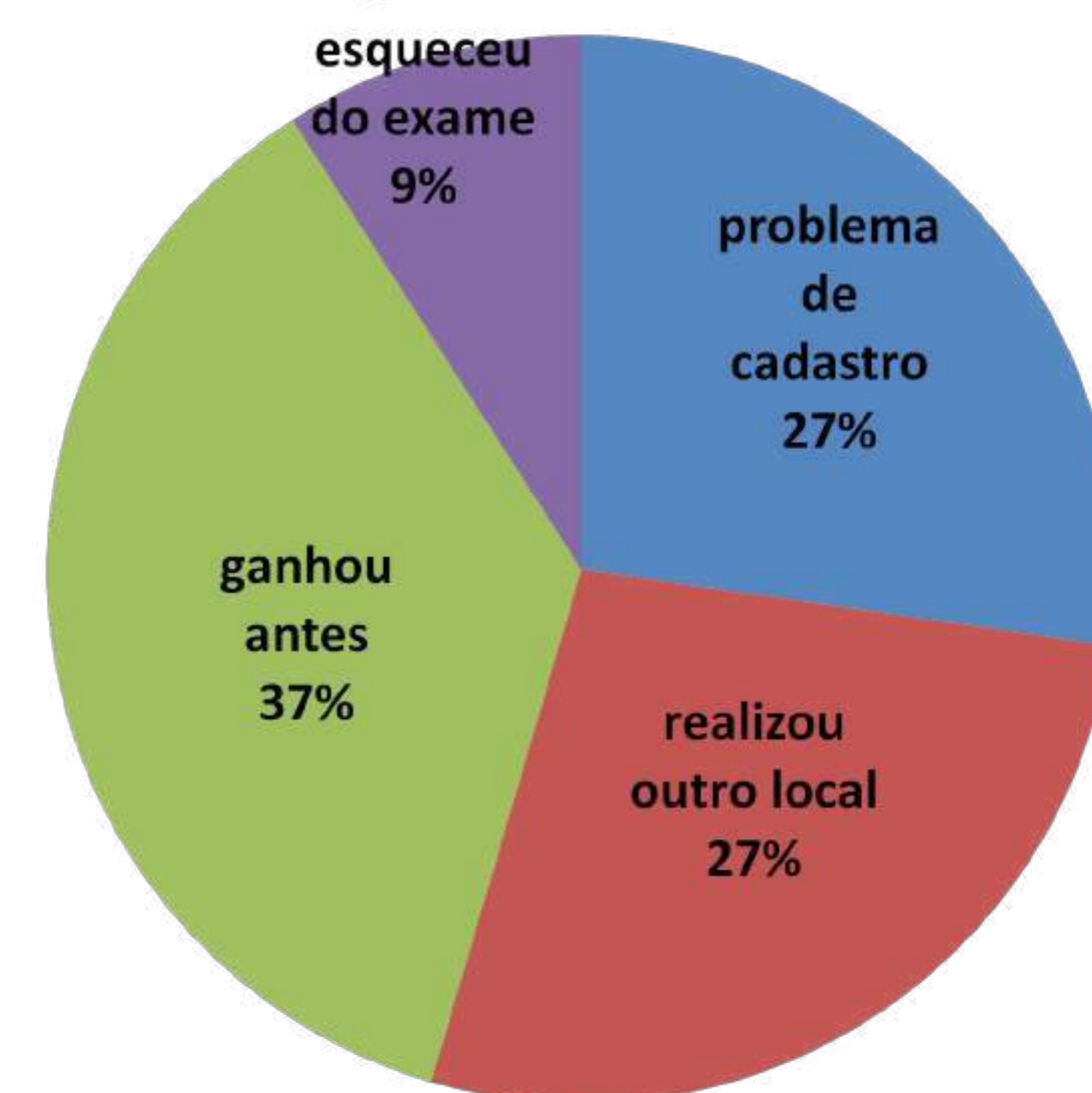
As ecografias transvaginais apresentaram um maior percentual de absenteísmo (46% em setembro e 54% em outubro) uma vez que o CMCBN atende Curitiba e a região metropolitana. Sendo que a distribuição das faltas ficou em média 70% para Curitiba e 30% para a região metropolitana. O distrito Bairro Novo correspondeu em média a 10% do total de faltosas. Neste sentido, podemos inferir que o fator distância pode ter sido determinante neste caso. Quanto as gestantes do bairro novo visitadas (n11), observou-se que todas já haviam feito outra ecografia nesta gestação (em média 2 anteriores) e o absenteísmo foi justificado pelas mesmas como: 37% teve o bebe antes do exame, 27% realizou o exame em outro local, 27% apresentou problema de cadastro e 9% esqueceu do exame. Em virtude da complexidade do tema, se faz necessário um maior número de estudos sobre o assunto, assim como ampliar o período de análise. Outrossim, podemos sugerir a regionalização dos exames ecográficos como uma forma de diminuir o número de absenteísmo encontrados nos exames de ecotransvaginal.

## REFERÊNCIAS

PASCHOAL, M. GATTO, M. Taxa de suspensão de cirurgia em um hospital universitário e os motivos de absenteísmo do paciente à cirurgia programada. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 14, n. 1, Feb. 2006.

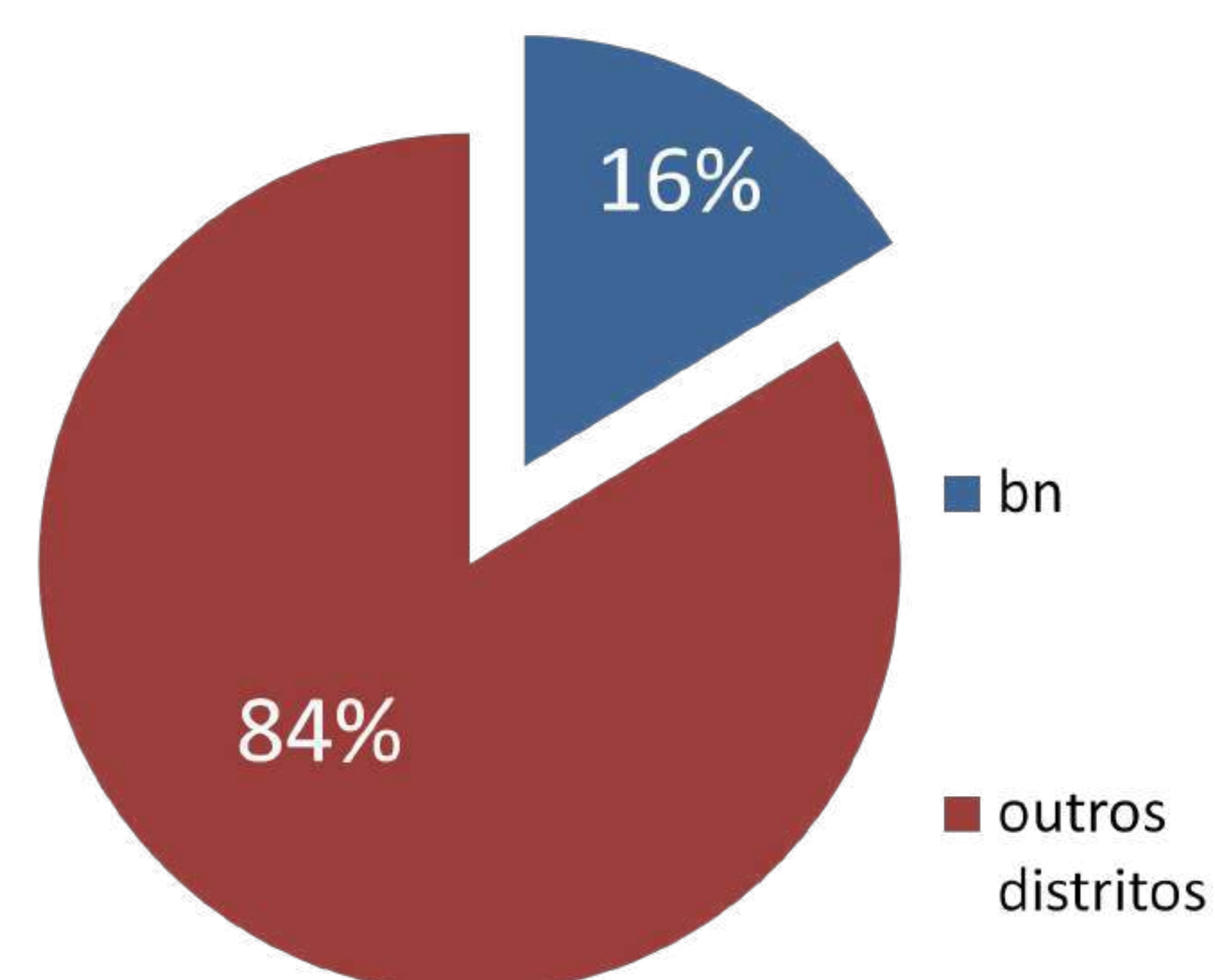


Motivos referidos pelas gestantes do DSBN à falta ao exame de ecografia, Ctba, out 2014



Fonte: Dados do questionário de pesquisa, 2014, DSBN - Curitiba, PR

Proporção de absenteísmo de Curitibaanas ao exame ecotransvaginal realizados no CMCBN set 2014



Fonte: Dados do questionário de pesquisa, 2014, DSBN - Curitiba, PR

# Núcleo de Saúde Coletiva: Infecção, Aqui Não!

Autor principal/relator: Marcia M. Matteussi  
Colaboradores: , Beatriz B. Nadas; Cleonice Tieppo; Cristina H. M. Yano; Katiuska F. J. Negrello e Tomaz F. Takeuchi

Local de Trabalho: Distrito Sanitário Pinheirinho  
Eixo Temático: Vigilância Sanitária



## INTRODUÇÃO

O Projeto “Infecção, aqui não!” surgiu da equipe da Vigilância Sanitária (VISA) do Distrito Sanitário Pinheirinho (DSPN) após discussões dos Núcleos de Saúde Coletiva, os quais elencaram como tema a ser priorizado o controle de infecção na Atenção Básica. O objetivo do projeto foi dar apoio às equipes das Unidades Municipais de Saúde na implantação do “Protocolo de prevenção e controle de infecção relacionada à assistência à saúde”, elaborado em 2012.

## DESENVOLVIMENTO

Inicialmente foram realizados três encontros com representantes das equipes das Unidades de Saúde cujos temas abordados foram: a sensibilização dos participantes quanto ao tema; orientações das normas de controle de infecção; apresentação dos Procedimentos Operacionais Padrão – POPs contidos no protocolo elaborado pela Secretaria Municipal de Saúde e no Plano de Gerenciamento de Resíduos para conhecimento e apropriação por parte dos participantes, com objetivo de subsidiá-los para a elaboração de um check list, os quais o aplicarão em área com apoio da equipe de instrutores. O próximo passo, previsto para o ano de 2015, será a elaboração de um plano de ação para cada unidade de saúde baseado na análise das respostas do check list, e terá a participação da equipe da Epidemiologia visando a implantação de um sistema de notificação de infecção nas Unidades.

## CONCLUSÃO

A construção e consolidação da parceria entre os membros dos Núcleos de Saúde Coletiva em prol da melhoria da saúde coletiva tem gerado experiências exitosas. Um exemplo foi este projeto, no qual houve a participação e engajamento de profissionais de diversas categorias no propósito de rever seu processo de trabalho e fomentar esta discussão com a equipe da Unidade que atua. Ainda teremos muito a avançar para atingir as metas propostas para 2015, contudo é nítida a mobilização das equipes em implementar o protocolo nas UMS.

## REFERÊNCIAS

MARTINS S.K et al. *Protocolo de prevenção e controle de infecção relacionada à assistência à saúde*. Curitiba. Secretaria Municipal da Saúde, 2012. 125 p.



# ADOLESCENTE COM DIABETES MELITUS TIPO 1: DESAFIOS E GESTÃO DE CASO

Autor principal/relator: Gislaine Thomaz

Colaboradores: Marina Yoshie Miyamoto, Mariana Rosa Gomes, Janete Marchetti, Cristiane Machado, Viviane D. Mattos, Luiz Sollyon Jr.

Local de Trabalho: Unidade de Saúde Uberaba.

Eixo Temático: NASF



## INTRODUÇÃO

O Núcleo de Apoio a Saúde da Família- NASF é constituído por uma equipe, na qual profissionais de diferentes áreas de conhecimento atuam de forma articulada com os profissionais das equipes das Unidades de Saúde, apoiando as práticas em saúde nos territórios sob sua responsabilidade e priorizando o atendimento compartilhado e interdisciplinar. A constituição de uma rede de cuidados e o apoio matricial são estratégias essenciais dentro da lógica de trabalho, assim como a clínica ampliada, pois agregam saberes, dão apoio, suporte e retaguarda especializada às equipes de saúde e aumentam a resolutividade. O presente trabalho relata a experiência na realização de consultas compartilhadas e do apoio matricial da equipe do NASF, na gestão de caso de G.H, 14 anos, portador de diabetes melitus tipo 1 há 5 anos, usuário da US Uberaba.

## DESENVOLVIMENTO

A gestão do caso de G.H. iniciou-se em abril de 2014 por solicitação da enfermeira da US, que após várias tentativas, sem sucesso, de controle da doença, solicitou apoio da psicóloga e da nutricionista do NASF para este caso. Posteriormente agregou-se ao trabalho a farmacêutica da equipe. Nos atendimentos observou-se a dificuldade do adolescente em aceitar sua condição, bem como de seus pais entenderem as consequências futuras do não controle de sua doença. A partir disso estabeleceu-se as formas de intervenção, articuladas e compartilhadas, dos profissionais (psicóloga, nutricionista, coordenadora local, enfermeira, médico pediatra e farmacêutica), com a responsabilização de todos os envolvidos e o desenvolvimento efetivo de um projeto terapêutico com foco individualizado no adolescente, no que concernia ao seu entendimento sobre a doença e tratamento e ao seu autocuidado e ao mesmo tempo com seus pais ajudando-os a compreender a doença, a superar suas crenças, a diminuir o distanciamento e aumentar o apoio ao filho, proporcionando um atendimento mais integral a esta família.

## CONCLUSÃO

O compartilhamento do cuidado entre a equipe de saúde com a equipe do NASF possibilitou a gestão do caso, o qual já começa a apresentar resultados clínicos. O adolescente está no processo de entendimento de sua condição, com mudanças no seu autocuidado. Percebeu-se que a atenção aos pais deve ser contínua, visto que, por desconhecerem aspectos básicos da doença e seu manejo, tinham dificuldade de apoiar o filho. A troca de saberes entre os profissionais nas discussões e avaliações das estratégias de intervenção uniu os profissionais e agregou mais conhecimentos à equipe. Essa experiência vivenciada pela equipe, que por meio do apoio matricial e da clínica ampliada onde ações, saberes e práticas se complementam, mostrou-se necessário para o enfrentamento das situações mais complexas e para melhorar a resolutividade e possibilita um cuidado integral e humanizado aos usuários e família, mas é preciso também, saber lidar com nossas limitações, expectativas e frustrações.

## REFERÊNCIAS

AVEJONAS, D.R.M. et al. Fonoaudiologia e Núcleos de Apoio à Saúde da Família: conceitos e referências. Rev.Soc.Bra. Fonoaudiologia, 2010, vol. 15, n. 3.

CUNHA, G.T; CAMPOS, G.W. de S. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. Saúde Soc. 2011, vol. 20, n.4.

### UMS UBERABA DE CIMA

Relatado em 19/11/2014 em 14:16:37 (Médico: luiz)

#### HISTOGRAMA (12/10/2014 - 10/11/2014)

Paciente:		Meta pré-refeição:	90 - 130 mg/dL (Plasma)
ID paciente:	DSZ8A08ER	Meta pós-refeição:	90 - 170 mg/dL (Plasma)
Data nascimento (sexo):	24/5/2000 (Masc)	Hipo. Limite:	60 mg/dL (Plasma)
Interv datas:	12/10/2014 - 10/11/2014	Hiper. Limite:	170 mg/dL (Plasma)

#### Teste, dosagem e padrões dos dados

Paciente testa em média 3,8 vezes por dia.

83,5% dos valores são hiperglicêmicos.

Alta variabilidade presente.



Fig. 1. Período avaliado e metas glicêmicas do paciente.

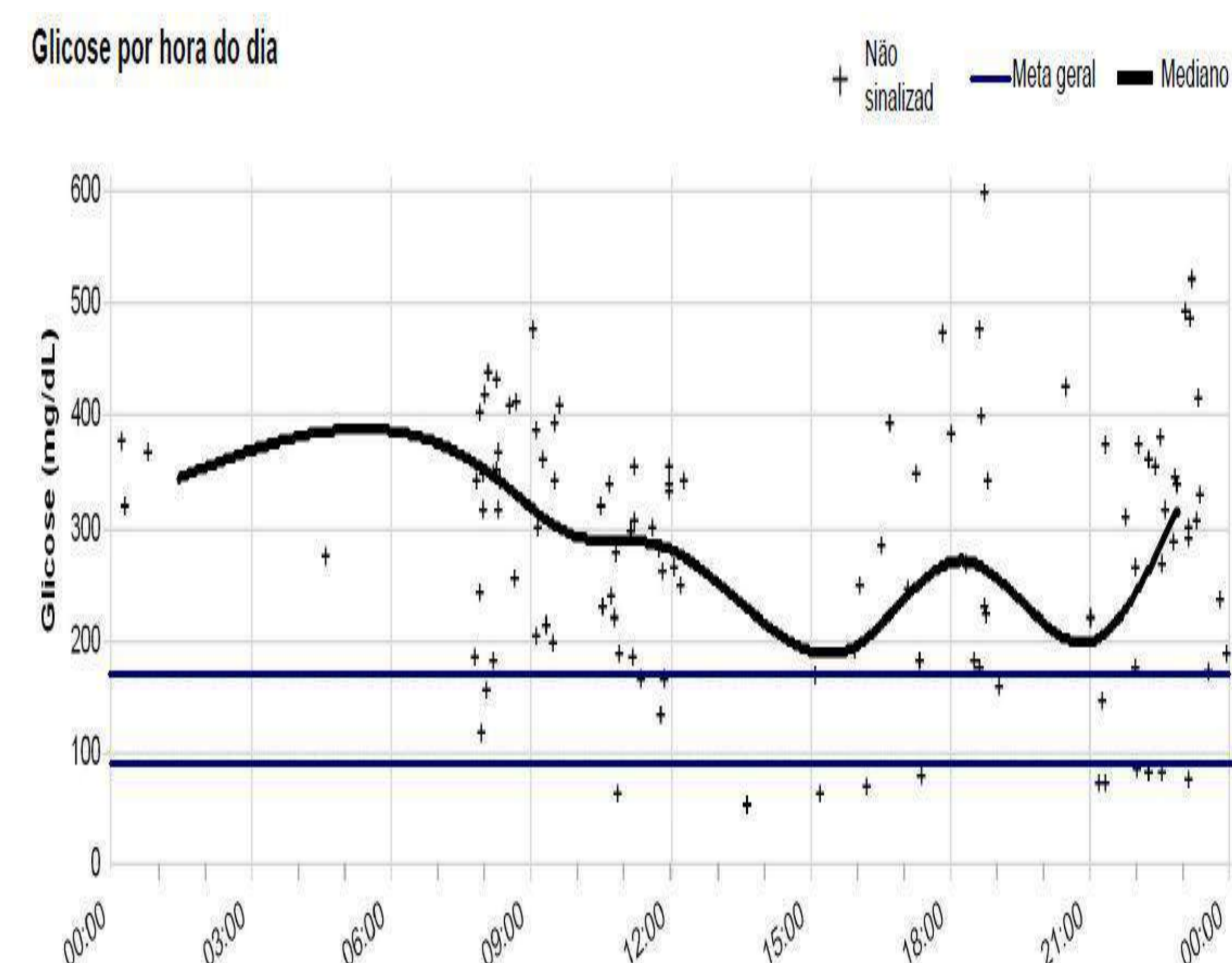


Fig.2. Controle glicêmico do paciente.



Fig.3. Adolescente realizando autoaplicação de insulina.

Fonte: <http://diabetes-safari.com>

# CONSTRUÇÃO DO MONITORAMENTO EM SERVIÇOS DE SAÚDE EM CURITIBA

Autor principal: Soledad Maria Zonato Nunes  
Colaboradores: Rosangela Scucato, Carmen Cristina Moura dos Santos, Soriane Kieski Martins, Jussara Castilhos Rosa de Azevedo

Local de Trabalho: Departamento de Redes de Atenção à Saúde  
Eixo Temático: Rede de Atenção



## INTRODUÇÃO

Monitoramento é um conjunto de técnicas que consistem em observar de maneira contínua e repetida diferentes parâmetros, assim como verificar a qualidade de um programa ao longo de sua realização. Não se trata de regulação ou fiscalização e nem auditoria, mas sim de um processo de intermediação entre as ações da atenção primária e atenção especializada.

## DESENVOLVIMENTO

Um sistema de avaliação efetivo deve reordenar a execução das ações e serviços, redimensionando-os de forma a contemplar as necessidades de seu público, dando maior racionalidade ao uso dos recursos. A abordagem para a avaliação deve ser ampla, abrangendo diferentes aspectos e visões:

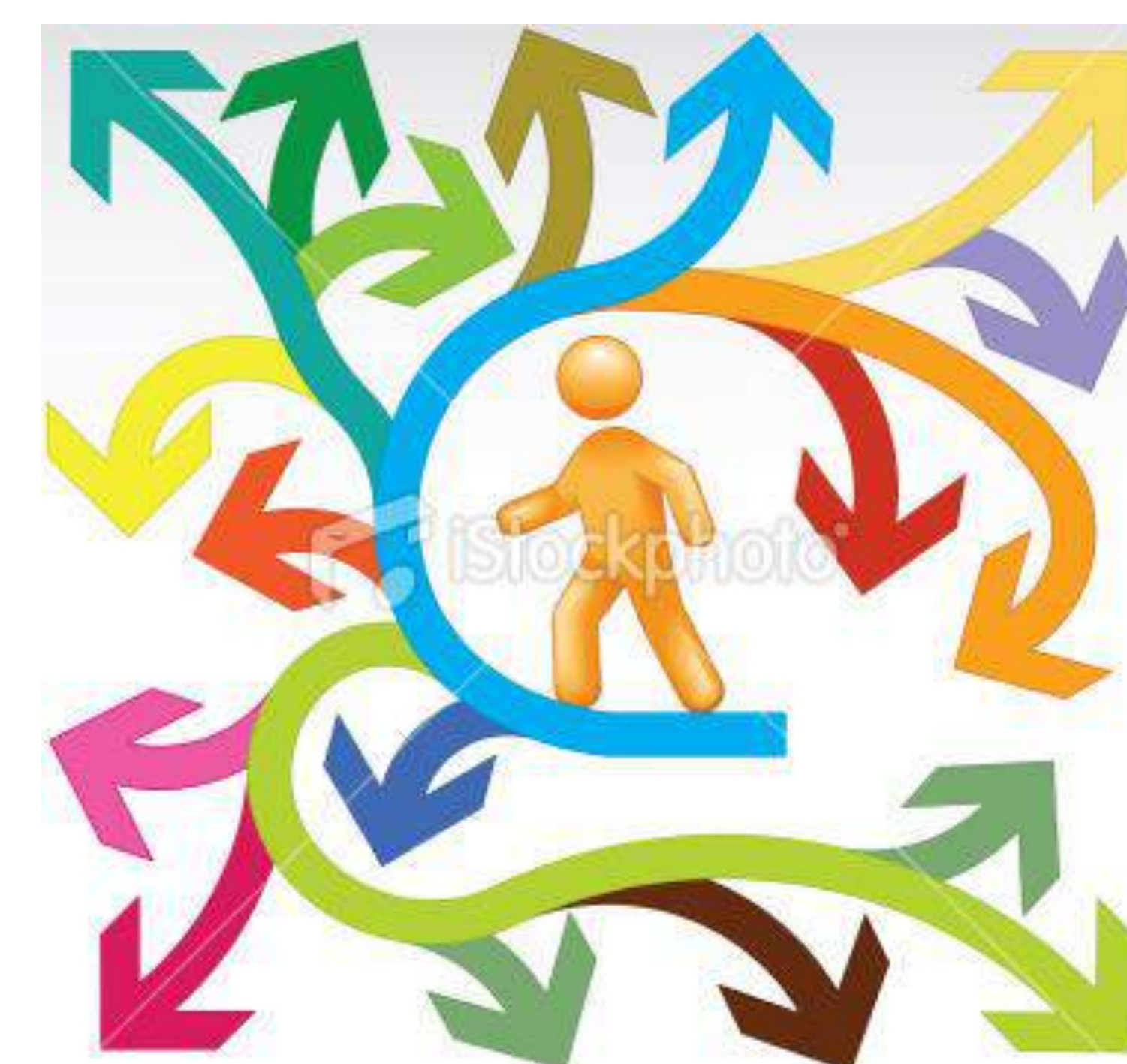
- **Avaliação da estrutura:** existência de recursos físicos (instalações), humanos e organizacionais adequados;
- **Avaliação dos processos** de trabalho nas áreas de gestão, serviços de apoio e serviços assistenciais: organização e documentação, protocolos, normas e rotinas;
- **Avaliação da satisfação** dos pacientes em relação ao atendimento recebido e dos provedores destes serviços em relação aos seus ambientes de trabalho.

## CONCLUSÃO

O monitoramento proposto aponta e auxilia no enfrentamento dos problemas identificados nos serviços, bem como na integração e efetivação da Rede de Atenção à Saúde de Serviços de Média e Alta Complexidade com a Atenção Primária.

O grande desafio do grupo do DRAS é apoiar os serviços de saúde a realizar ações que impactem na oferta e qualidade notadamente os serviços especializados de Curitiba.

Local: _____ Data: _____ Avaliadores: _____			
Estrutura física	Avaliação	Organização Processo Trabalho	Avaliação
1. Limpeza		1. Acolhimento	
2. Ventilação / Iluminação		2. Adequação de Agendas (horário dos profissionais)	
3. Acessibilidade/ localização		3. Tempo de espera	
4. Informação (comunicação visual)		4. Atendimento de pós-consulta	
5. Sala de espera		5. Encaminhamentos (referências, agendamentos)	
6. Segurança		6. Motivos de não utilização	
		7. Há reuniões de equipe para discussão do processo de trabalho ?	
Observações:		Observações:	
Gestão da Fila Interna	Avaliação	Capacidade Instalada	Avaliação
1. Existência de fila interna		1. Total de profissionais	
2. Administração e controle		2. Quantidade de atendimentos total	
		3. Salas Disponíveis	
Observações:		Observações:	
Obs: 3 (bom) 2(razoável) 1(ruim)			



## REFERÊNCIAS

BRASILIA, Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde. 2007  
MALIK, A.M; SCHIESARI,L.M.C., Qualidade da Gestão Local e ações de Saúde, USP, 1998.

# CONTROLE DO TABAGISMO NA UMS IRMÃ TERESA ARAÚJO

Autor principal/relator: Sandra Correa Feliciano  
Colaboradores: Silvio Miranda  
Patricia A S Bertoluci

Local de Trabalho: UMS Irmã Tereza Araújo  
Eixo Temático: Programa de controle do Tabagismo



## INTRODUÇÃO

Grupo de controle de tabagismo tem como objetivo orientação, acompanhamento, e tratamento dos usuários do SUS que desejam cessar o hábito de tabagismo. “ O programa é destinado a ajudar os participantes a deixarem de fumar, fornecendo-lhes todas as informações e estratégias necessárias para direcionar seus próprios esforços nesse sentido”. \_ Deixando de fumar sem mistérios Ministério da Saúde / INCA 2ª ed.

## DESENVOLVIMENTO

Na UMS Irmã Tereza Araújo a abordagem mínima é realizada por qualquer profissional de saúde. Quando há interesse em participar do grupo, o usuário é inserido em uma fila de espera, independente da Unidade de Saúde, a que pertence.

O grupo é iniciado após avaliação dos usuários em fila. A avaliação é realizada em média para 15 usuários, explicando o funcionamento do grupo, direcionando o paciente para o dia “D” (dia em que o usuário irá escolher parar de fumar) e avaliando o grau de dependência ( teste de Fagerström).

O grupo é composto de quatro sessões, de 10 a 15 pessoas, uma vez por semana, por um período de quatro semanas. As Sessões são divididas em: 1ª Entender por que se fuma e como isso afeta a saúde; 2ª Os primeiros dias sem fumar; 3ª Como vencer os obstáculos para permanecer sem fumar; 4ª Benefícios obtidos após parar de fumar; Utiliza-se o método cognitivo comportamental, usando a interação do grupo para incentivar e apoiar as mudanças, sem estimular a dependência dos participantes ao grupo.

## CONCLUSÃO

O grupo é extremamente funcional, necessário como ajuda a cessar o tabagismo. A adesão nas 4 sessões é em torno de 80%. Destes a maioria para de fumar durante o grupo, alguns retornam logo em seguida, outros após um período maior. Em pesquisa realizada pela UMS Irmã Tereza Araújo de todos os usuários detectamos que 38% se mantém sem fumar.

Aprendemos que cada ser é único, e a dependência se manifesta de maneira diferente em cada um, e suas diferenças enriquecem o grupo.

## REFERÊNCIAS

MS/ INCA. Deixando de fumar sem mistérios 2ª. ed. Rio de Janeiro. 2008



# IMPLANTAÇÃO DE FERRAMENTA PARA AMPLIAR O RADAR MORTALIDADE MATERNO INFANTIL E COBERTURA VACINAL

Autor principal/relator: Cristina H. M. Yano  
Colaboradores: Josiane Zaninelli, Mariza A. Raymundo, Pedro I. M. Junior, Sônia C. L. Barros e Katiuska F. J. Negrello

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



## INTRODUÇÃO

O objetivo desse trabalho é relatar a criação de um instrumento de registros e acompanhamento das situações de risco, relacionados a evitabilidade do óbito materno-infantil e cobertura vacinal, no Distrito Sanitário Pinheirinho (DSPN). Nas pastas, agregam-se todas as informações e norteia ações conforme protocolo Mãe Curitibana e de Imunização.

## DESENVOLVIMENTO

Implantação da estratégia iniciado no DSPN há 3 anos, vem sendo aperfeiçoada a cada ano. Cada UMS tem sua pasta, sendo realizado o monitoramento de toxoplasmose, sífilis em gestante e congênita, gestação de risco, infecção urinária, gestantes com HIV e acompanhamento de crianças expostas ao HIV. A pasta contém fluxogramas e informações baseadas no Protocolo Mãe Curitibana. A pasta do monitoramento da cobertura vacinal, contempla relatórios de situação não ideal e faltosos em vacina. A equipe da UMS alimenta as informações nas planilhas dos agravos, e das ações realizadas quanto a cobertura vacinal, com atualização quinzenal dos registros da atenção básica. O técnico da epidemiologia, realiza o acompanhamento das informações e apoia a equipe da UMS nas ações necessárias dos casos.

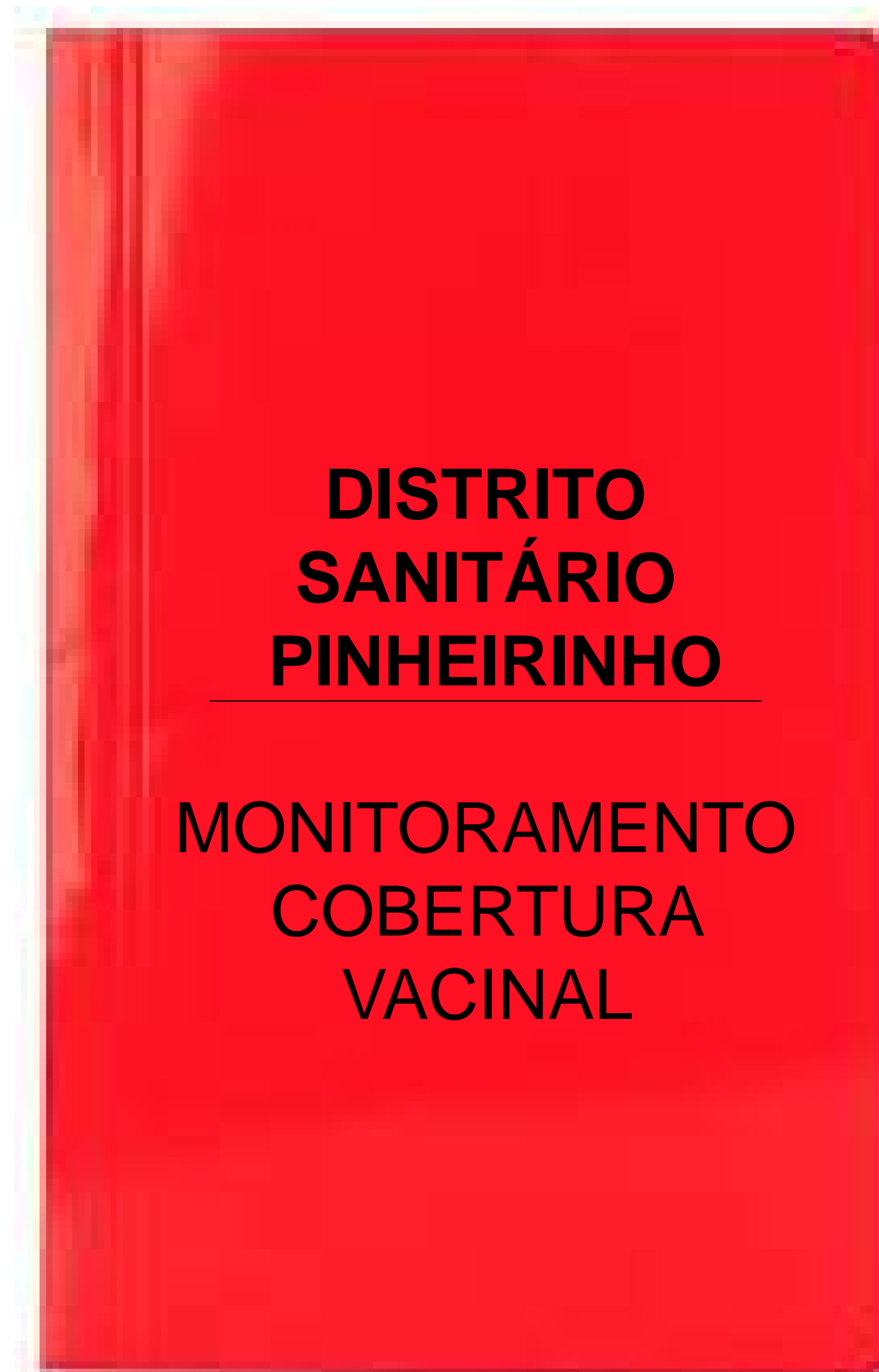
## CONCLUSÃO

A implantação desta ferramenta tornou ágil o fluxo de informações, aprimorando o monitoramento de casos prioritários, ampliando o “Radar” para as situações de risco e as ações para a melhoria da cobertura vacinal no Distrito Sanitário. Atualmente as equipes da atenção básica, tem este instrumento como referência para o desenvolvimento de suas ações.

## REFERÊNCIAS

CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde. Protocolo Mãe Curitibana, Pré Natal, Parto, Puerpério e Atenção ao Recém-Nascido. Curitiba, 2012.

CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde. Imunizações, Cartilha de orientações técnicas para equipe de enfermagem. Curitiba, 2011.



Fotografia da pasta de Monitoramento da Cobertura Vacinal DSPN - Curitiba, PR



Fotografia da pasta de Mãe Curitibana DSPN - Curitiba, PR



Fotografia “vacinação contra Paralisia Infantil e Sarampo e a Secretaria Municipal de Saúde (SMS)”. URL:[<http://d1cur43cgidqo6.cloudfront.net/wp-content/uploads/2014/11/vacina-1.jpg>]

# UTILIZAÇÃO DE OVITRAMPA NO MONITORAMENTO DO MOSQUITO *Aedes* E CONTROLE DA DENGUE EM CURITIBA

Autor principal/relator: Dayana Kososki  
Colaboradores: Henrique Pavanelle

Local de Trabalho: CCZV (Coordenação de Zoonoses e Vetores)  
Eixo Temático: Vigilâncias: ambiental



## INTRODUÇÃO

O monitoramento do mosquito *Aedes aegypti* (transmissor da dengue – Figura 1) tem sido realizado a partir do método de ovitrampas, que são instaladas em diversas regiões da Curitiba, e que mostram maior sensibilidade sobre o método de pesquisa larvária em domicílio. Ovitrapas são depósitos de plástico preto com capacidade de 500 ml, com água e uma palheta de eucatex, onde serão depositados os ovos do mosquito (BRASIL, 2001) (Figura 2).

## DESENVOLVIMENTO

As análises das armadilha são realizadas no Laboratório de Pesquisa e Vigilância em Zoonoses adaptado para a pesquisa. A visualização das palhetas são feitas com auxílio de uma Lupa OLEMAN XTB-3A e após a visualização, serão classificadas como POSITIVAS ou NEGATIVAS, caso possuam ou não ovos em sua superfície. Os ovos (Figura 3) são elípticos de cor variável, de marrom a negra, com desenhos formados por elementos alongados e fusiformes (SILVA, 2001).

Após a verificação, as positivas são encaminhadas para uma estufa de crescimento com controle de temperatura e umidade ideais para a eclosão e crescimento da larva (figura 4), onde serão mantidas até as larvas apresentarem tamanho ideal para a triagem.

Ao atingirem tamanho adequado, as larvas são acondicionadas em álcool 70% para que possam ser identificadas. Com o auxílio da lupa a larva é identificada em *Aedes aegypti* ou *Aedes albopictus* de acordo com as características morfológicas que apresentam.

## CONSIDERAÇÕES

A utilização de ovitrampas para o monitoramento do *Aedes* permite conhecer sobre a ocorrência e a densidade do vetor. Com dados do Laboratório de Pesquisa e Vigilância em Zoonoses é possível, além do controle do mosquito, referenciar as ações regionais de Vigilância e Atenção Básica para prevenção de dengue e febre chikungunya.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Instruções para pessoal de combate ao vetor: manual de normas técnicas**. Brasília, 2001.

SILVA, E. A; et AL. **Dengue Instruções para pessoal de combate ao vetor: manual de normas técnicas**. 3. Ed, ver. Brasília: Ministério da Saúde: Fundação Nacional da Saúde, 2001.

Figura 1 - *Aedes aegypti*



Foto: Aedes aegypti | VectorBase www.vectorbase.org 1160 × 780.  
URL:[https://www.vectorbase.org/sites/default/files/ftp/a\_aegypti\_0.png]

Figura 2 - Ovitrapa



Foto: Ovitrapa URL: [http://1.bp.blogspot.com/-cOgFCq8-VxY/TV54bCyOjQ/AAAAAAAAAUQ/VZWUrhO-QQw/s1600/orvitrapa.jpg]

Figura 3 - Ovos de Aedes



Fonte: Rede Dengue www.fiocruz.br384 × 256 r  
URL:[http://www.fiocruz.br/rededengue/media/ovos\_aedes.jpg]

Figura 4 - Pupa e Larva



Fonte: Pupa of the yellow fever mosquito, Aedes aegypti (Linnaeus).  
URL:[http://entnemdept.ufl.edu/creatures/aquatic/aedes\_aegypti12.jpg]



# INVESTIGAÇÃO AMBIENTAL E EPIDEMIOLÓGICA DOS CASOS DE LEPTOSPIROSE, CURITIBA, 2013

Autor Principal/Relator: Gozzo, Irineia Francisca Aparecida  
Colaboradores: Ferraz, Diogo da Cunha; Poletto, Ana Paula  
Coninck Mafra; Ribeiro, Juliano.

Local de Trabalho: Coordenação de Controle de Zoonoses e Vetores  
Eixo Temático: Vigilâncias (epidemiológica e ambiental)



## INTRODUÇÃO

A Coordenação de Controle de Zoonoses e Vetores (CCZV), da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, realiza investigação ambiental e epidemiológica dos casos confirmados de leptospirose, por meio de visitas domiciliares e entrevista com o paciente ou parente próximo. Tal investigação resulta na determinação da provável fonte de infecção (PFI) de cada caso. O objetivo deste trabalho é avaliar os resultados obtidos no ano de 2013, com a intenção de direcionar as medidas de controle e integrar os diversos setores com a retroalimentação dos dados.

## DESENVOLVIMENTO

No ano de 2013 foram realizadas 105 investigações de casos confirmados de leptospirose. Tais investigações ocorreram por meio de visitas domiciliares por uma equipe formada por um médico veterinário e um agente de controle de zoonoses da CCZV. Foram avaliadas as situações de risco e características ambientais do ambiente domiciliar, e, quando indicado, do ambiente de trabalho. São consideradas situações de risco ambiental: presença de sinais de roedores, como tocas, fezes e trilhas; condições favoráveis aos roedores, como presença de alimento, locais para abrigo, presença de acesso e água. Os pacientes foram entrevistados quanto a situações de risco para leptospirose ocorridas até 30 dias anteriores ao início dos sintomas. São consideradas situações de risco para leptospirose: contato com água ou lama de enchente, esgoto, valeta, rio, córrego, lagoa, terreno baldio, criação de animais, lixo, entulho, local com sinais de roedores, jardim, quintal. Com base nas investigações realizadas, determinaram-se as Prováveis Fontes de Infecção (PFI) dos casos e os resultados constam na tabela e nos gráficos ao lado. Quando não foi possível identificar a situação de risco foi determinado como “Outros”, e quando não foi possível localizar o paciente como “Ignorado”.

## CONCLUSÃO

A identificação das PFIs associadas à leptospirose serve para subsidiar medidas de prevenção e controle. A CCZV já realiza medidas de antirratização e desratização com vistas ao controle de ratas, e conseqüentemente, da leptospirose. Com base nos dados obtidos também vêm realizando uma série de trabalhos conjuntos com demais órgãos da própria SMS, quanto com outras Secretarias e Instituições com a finalidade de orientar e realizar educação em Saúde à população e aos profissionais, com vistas na redução da incidência, morbidade e letalidade deste agravo.

## REFERÊNCIAS

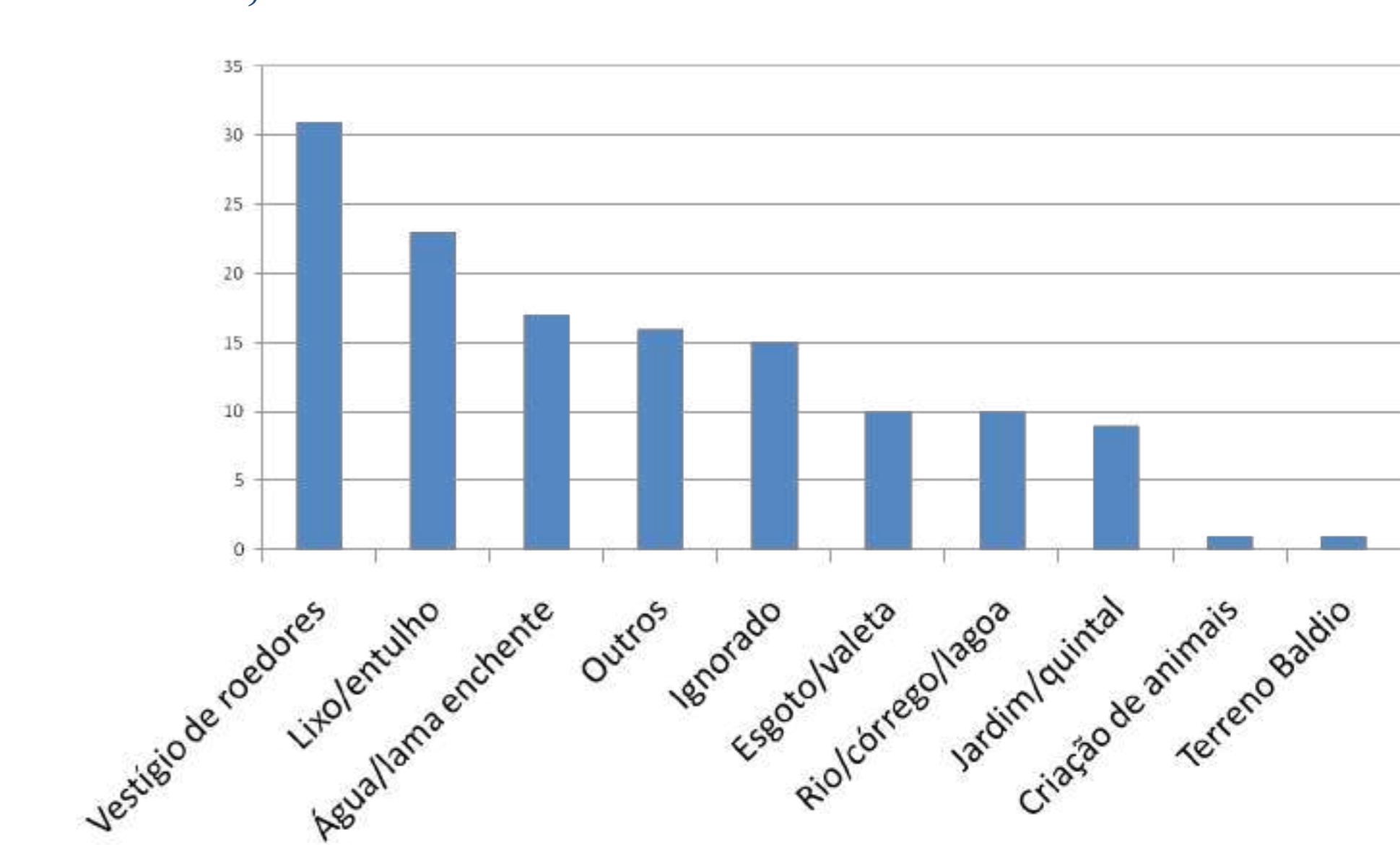
GOZZO, I. F. A. Prováveis Fontes de Infecção Associação à Leptospirose em Curitiba, Paraná, 2013. Curitiba-Pr, 2014.

Tabela 1 – Casos confirmados de Leptospirose Humana por Distrito Sanitário. Curitiba, 2013.

Distrito Sanitário	Confirmados	Óbitos
Boqueirão	16	01
Portão	11	01
Santa Felicidade	08	02
Pinheirinho	11	02
Cajuru	19	02
Bairro Novo	11	01
Matriz	10	03
CIC	14	01
Boa Vista	12	00
<b>Total</b>	<b>112</b>	<b>13</b>

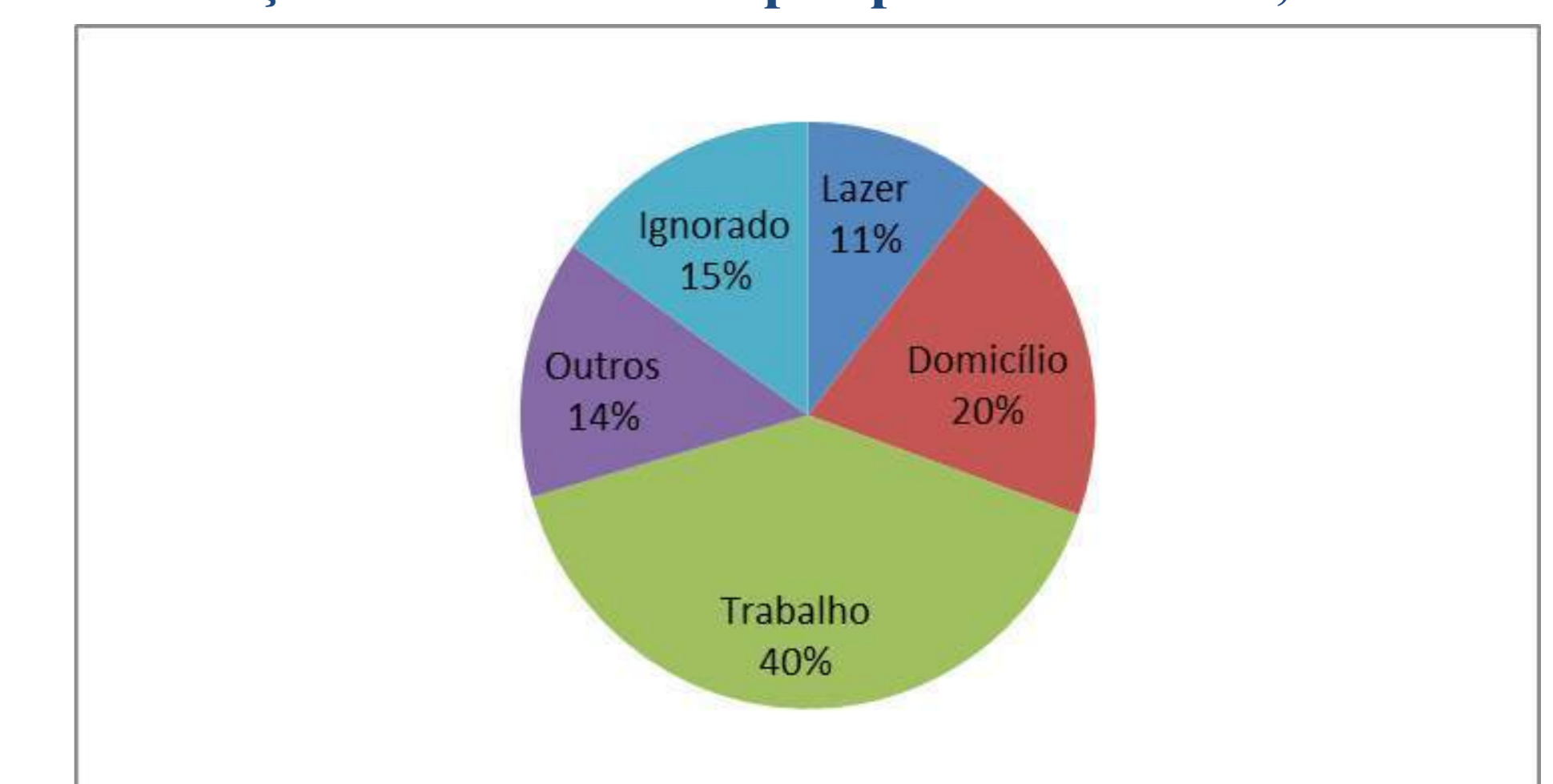
Fonte: SINAN. Secretaria Municipal de Saúde. Centro de Epidemiologia:  
Informe nº: 2/2014 – Leptospirose de 10/02/2014.

Gráfico 1 – Situações de Risco dos casos de Leptospirose. Curitiba, 2013.



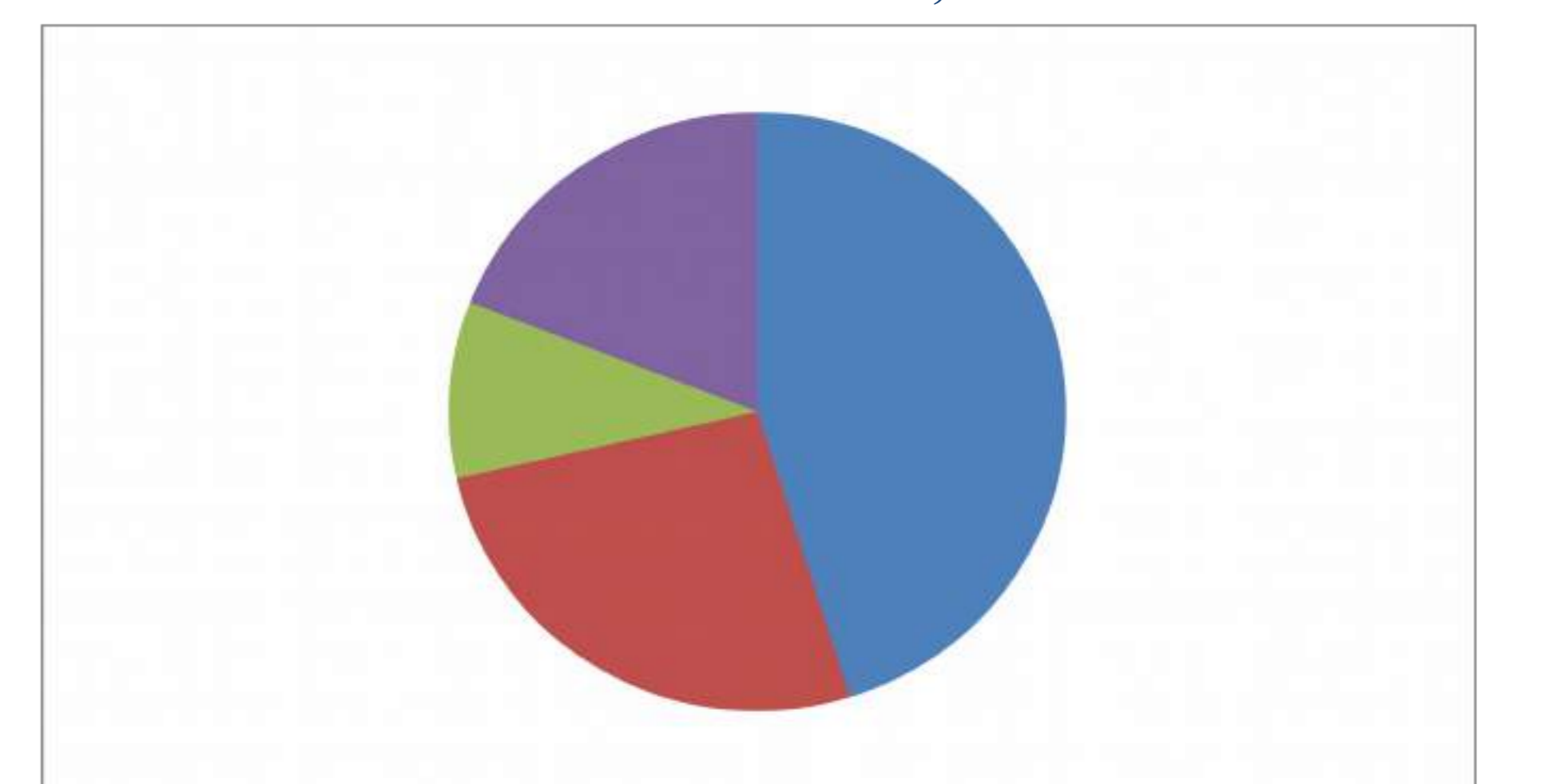
Fonte: Coordenação de Controle de Zoonoses e Vetores.

Gráfico 2 – Características Ambientais do Local Provável de Infecção dos casos de Leptospirose. Curitiba, 2013.



Fonte: Coordenação de Controle de Zoonoses e Vetores.

Gráfico 3 – Casos confirmados de leptospirose relacionados ao trabalho. Curitiba, 2013.



Fonte: Coordenação de Controle de Zoonoses e Vetores.

# CONSTRUÇÃO DE ESPAÇO PARA AS CRIANÇAS: ESPAÇO KIDS SOLITUDE

Autor principal/relator: Andreia Lazarotto  
Colaboradores: Magally Barbosa; Maria José Ayroza

Local de Trabalho: Unidade de Saúde Solitude  
Eixo Temático: Humanização - Ambiência



## INTRODUÇÃO

**Ambiência refere-se:**

*“ao tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, humana e resolutiva, considerando alguns elementos que atuam como catalisadores da interrelação homem e espaço. Possibilita a reflexão do sujeito e o processo de trabalho. O espaço é como ferramenta facilitadora do processo de trabalho funcional, favorecendo a otimização de recursos e o atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo” (BRASIL, 2004).*

A partir do exposto, o objetivo foi de criar um espaço que proporcione um ambiente acolhedor e humano aos usuários frequentadores da US Solitude.

## DESENVOLVIMENTO

O espaço da unidade de saúde é percebida como experiência estressante para crianças, pode causar emoções desconfortáveis expressas como tristeza. Por vezes, é associada ao local onde se sente “dor”, devido às vacinas ou procedimentos. Além disso, é também o local onde há impossibilidade de brincar. Face ao problema, a equipe da US Solitude desenvolveu um espaço destinado as crianças, o espaço Kids, procurando mudar a ambiência e proporcionar-lhes uma experiência mais humanizada e acolhedora. Uma iniciativa para se combater o estigma social que impregna os equipamentos de saúde.

## CONCLUSÃO

Os achados permitiram discutir o processo de permanência na US Solitude durante o tempo necessário, a partir dos pressupostos teóricos da integralidade e da humanização da assistência em atenção primária.(KUDO,2004)

Observou se com o espaço Kids, que as crianças frequentadoras da unidade de saúde, como seus respectivos responsáveis, demonstram menos ansiedade durante o período em que antecede as consultas médicas ou que aguardam algum procedimento.

O espaço Kids proporcionou às crianças um ambiente exclusivo para elas, onde podem desenhar ou ler um livreto. Os responsáveis em contrapartida, permanecem na sala de espera com maior tranquilidade, pois, seus filhos estão em um ambiente próprio e ao mesmo tempo sendo observados por eles.

A promoção e a elaboração de um espaço destinado as crianças, o espaço Kids, pode facilitar a continuidade da experiência de vida de cada uma delas. Dessa forma, a equipe de de saúde dispõe de um instrumento capaz de olhar para além do substrato físico e psíquico da doença, favorecendo ao conforto e à humanização do atendimento para as crianças.

## REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: ambiência.** Brasília, 2004. 22p. disponível em [URL:\[http://www.ministeriodasaude.gov.br/humanizasus\]](http://www.ministeriodasaude.gov.br/humanizasus) (acesso em 14 de nov. 2014)

KUDO,C .M. et al , **O instituto da Criança frente à Política nacional de Humanização**, Rev.Pediatria São Paulo 2004; 26(1);43 – 8.



Foto de LAZAROTTO “ Espaço Kids – UMS Solitude – Curitiba, PR”



Fonte: Cans Stock Photo

# MONITORAMENTO DISTRITAL DE OUIDORIAS RECEBIDAS

Autor principal/relator: Eduardo Funchal  
Colaborador: Sheila Zontini

Local de Trabalho: Distrito Sanitário Bairro Novo.  
Eixo Temático: Planejamento, monitoramento e avaliação em saúde.



## INTRODUÇÃO

O controle social pode ser exercido por diversas maneiras. Uma delas, é o uso da ouvidoria dos serviços de saúde. O acompanhamento e monitoramento de reclamações, elogios e solicitações são um importante instrumento de gestão como também ferramenta de diálogo com os usuários, trabalhadores e demais gestores em saúde. Neste sentido, o objetivo deste trabalho é apresentar a experiência de monitoramento distrital com a criação de um indicador de avaliação das auditorias recebidas pelas unidades do Distrito Sanitário Bairro Novo (DSBN), que são compartilhadas mensalmente pelo setor de ouvidorias da Secretaria Municipal da Saúde.

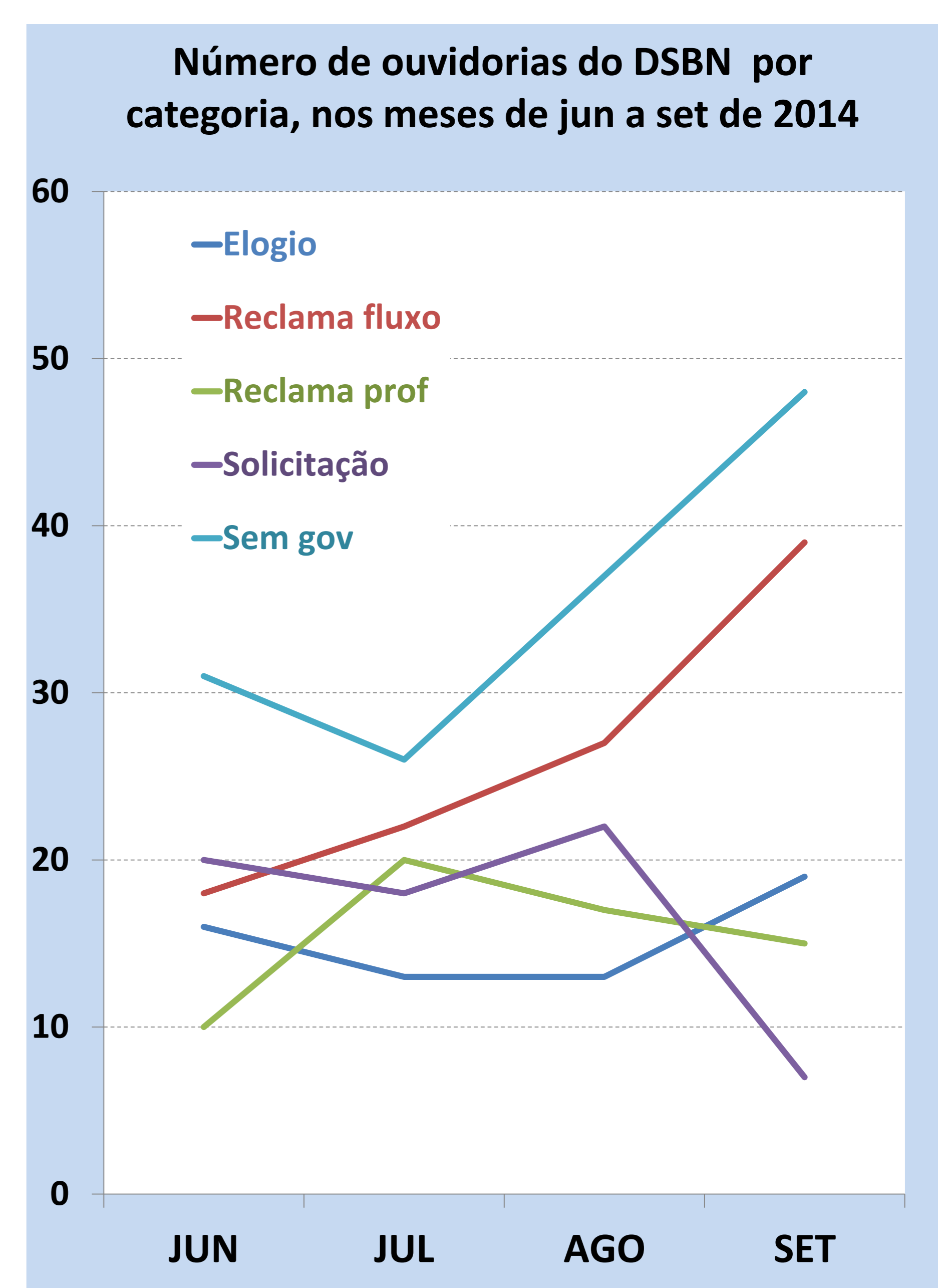


## DESENVOLVIMENTO

Foi criada uma planilha de acompanhamento, com preenchimento periódico por parte da servidora Sheila Zontini para identificação e monitoramento de todas as ouvidorias recebidas. Após compiladas, estes dados são cruzados com o número de procedimentos realizados por cada unidade de saúde, constituindo então o indicador de ouvidoria (número de ouvidorias recebidas, por procedimentos realizados sob 10.000). Mensalmente, este indicador é apresentado e discutido nas reuniões do Conselho Distrital de Saúde do Bairro Novo.

## CONCLUSÃO

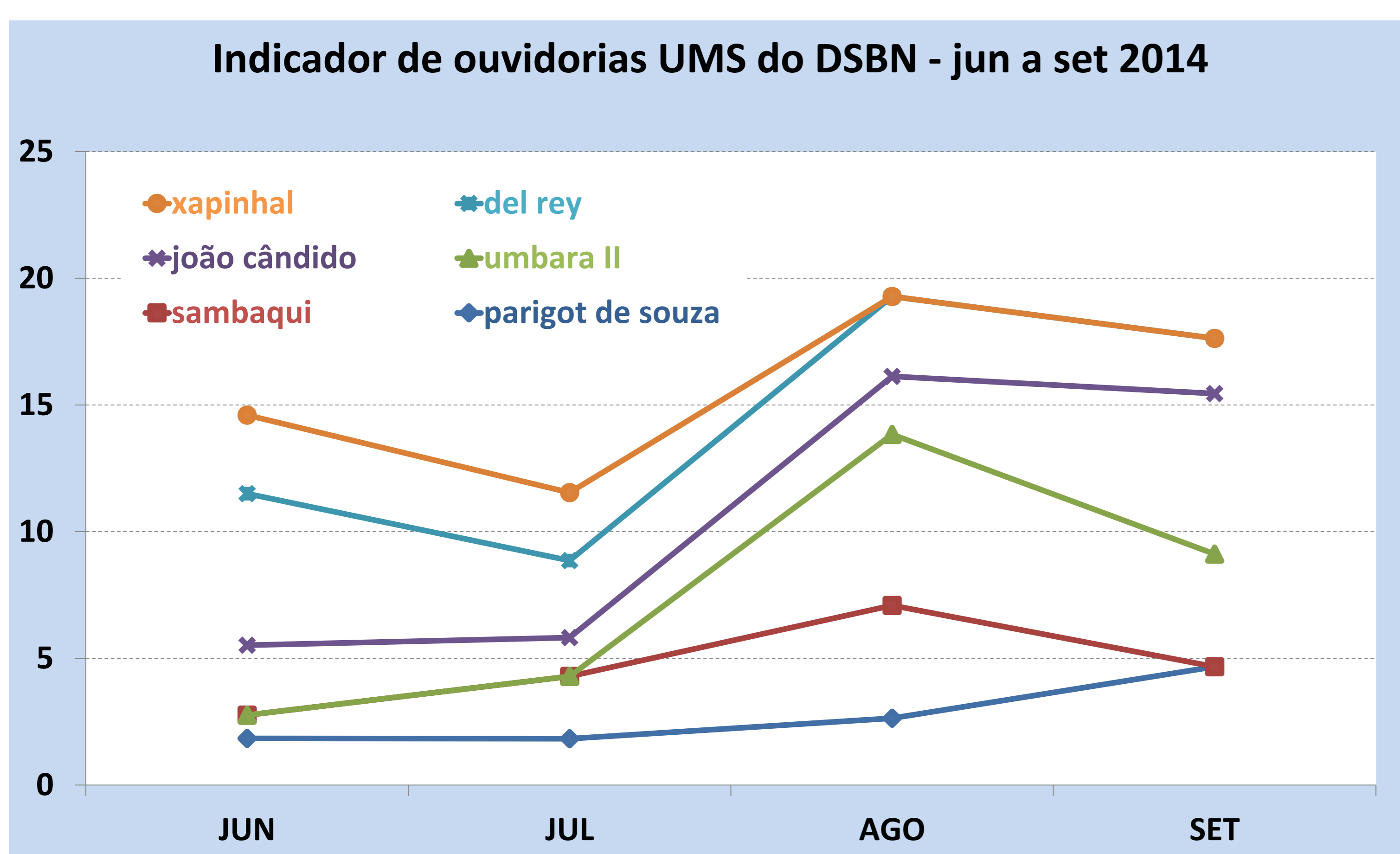
Este monitoramento mostrou ser um eficiente instrumento de acompanhamento das ouvidorias. A criação do indicador foi fundamental a fim de poder servir de instrumento de comparação entre os serviços. A discussão com o controle social proporcionou um incremento da avaliação da satisfação com as unidades que antes se baseavam somente no conteúdo das caixas de sugestão presente em cada Unidade de Saúde. O acompanhamento longitudinal pode ser um bom indicativo de tendência do sistema e, ou, presença de crises.



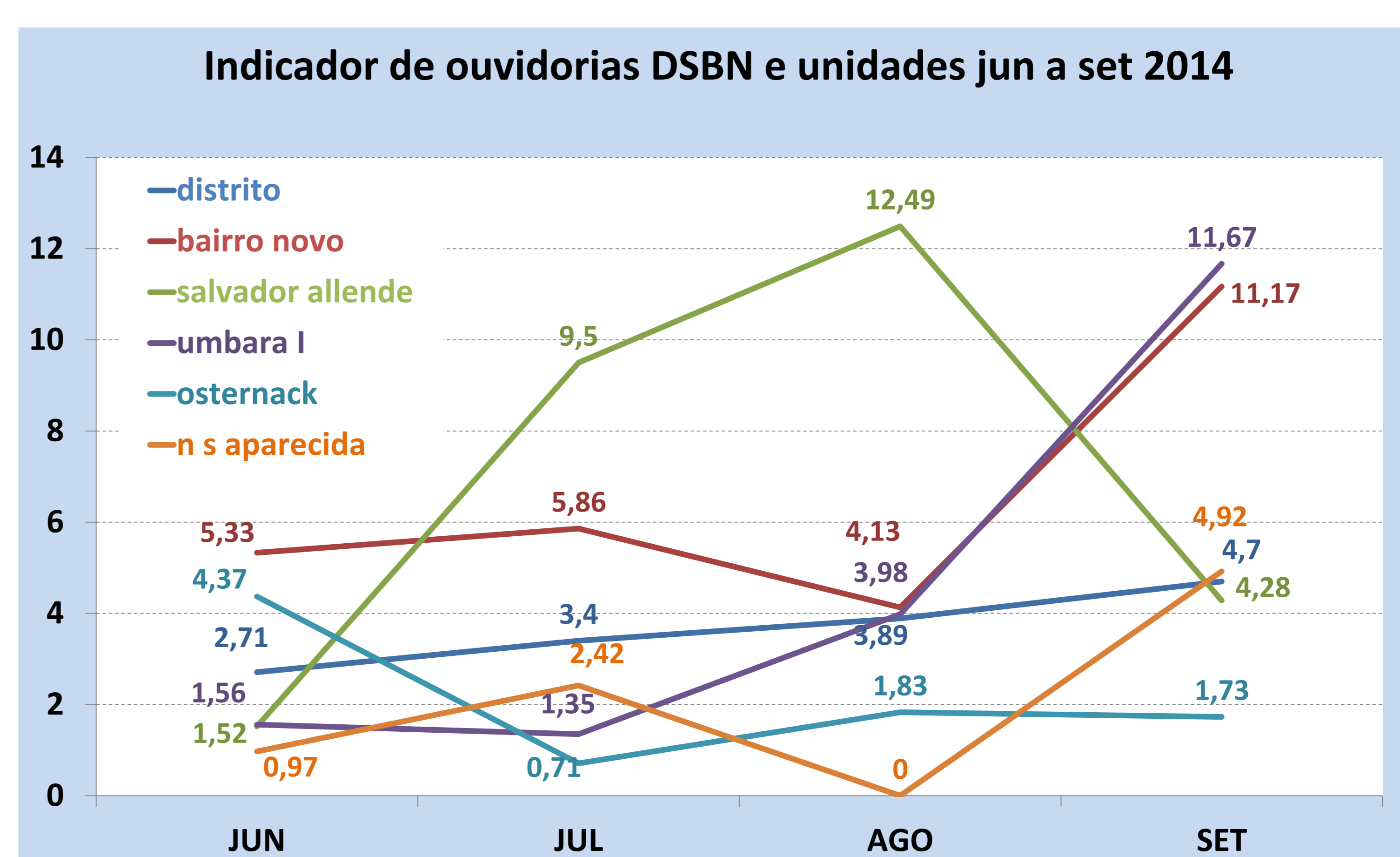
Fonte: Dados da Ouvidoria SMS Curitiba, jun/set 2014.

## REFERÊNCIAS

CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde. Ouvidoria da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba. Entendendo a Ouvidoria do SUS Curitiba. Curitiba: SMS, 2013.



Fonte: Dados da Ouvidoria SMS Curitiba, jun/set 2014.



Fonte: Dados da Ouvidoria SMS Curitiba, jun/set 2014.

# UNIDADE DE SAÚDE CONCÓRDIA : IMPACTO DA IMPLANTAÇÃO DA ESF

Autor : TANIA PIRES

Local de Trabalho: Unidade de Saúde Concórdia  
Eixo Temático: Processo de trabalho  
multiprofissional na APS/ESF



## INTRODUÇÃO

A área da US Concórdia conta com aproximadamente 21.000 pessoas. Há 1 ano a US tornou-se Unidade de Saúde da Família.

A população a princípio não entendeu o que significaria a mudança na estratégia de atenção, mas rapidamente compreendeu que seria atendida de forma mais comprometida e diferenciada, com vinculação com os profissionais da sua equipe.

## DESENVOLVIMENTO

### Ganhos para a Unidade

- § 4 equipes da ESF;
- § Reconfiguração do espaço na unidade;
- § Residência médica e multiprofissional;
- § Médicos especialistas em Medicina de Família e Comunidade.

### Mudanças ainda esperadas

- § Todos os funcionários inseridos na ESF;
- § Odontologia dentro da ESF;
- § Ampliação do espaço da US;
- § Aumentar o número de Agentes comunitários de Saúde.

## CONCLUSÃO

A população demonstrou satisfação com a nova estratégia de atenção, manifestando-se positivamente nas reuniões do conselho e nas avaliações realizadas pelo Distrito do Pinheirinho. O atendimento domiciliar e o maior comprometimento de toda a equipe, são diferenciais percebidos e destacados pela comunidade.



# Visita domiciliar para auxiliar no uso racional de medicamentos: um relato de experiência originado do PET- Redes

Autor principal/relator: Guilherme Massoqueto

Colaboradores: Adriana Cristina Franco, Juliana Kosikoski, Rafael Danilo Corecha Rompatto, Simone Denise de Conte Mazur

Local de Trabalho: Unidade de Saúde Santa Quitéria da Secretaria Municipal de Saúde  
Eixo Temático: Vivências e narrativas sobre práticas do cuidado em diversos cenários



## INTRODUÇÃO

O Programa - Ensino pelo Trabalho- PET/Redes – Rede de atenção às pessoas com doenças crônicas priorizando o enfrentamento do câncer de colo de útero e mama possibilitou o surgimento deste relato de experiência pois engloba todas as ações desenvolvidas no SUS. Neste programa a formação profissional é diferenciada pela oportunidade em aproximar o conhecimento teórico à prática profissional e atender as necessidades do Sistema Único de Saúde.

## DESENVOLVIMENTO

Durante as atividades do PET/Redes, foi realizado por alunos de biomedicina, psicologia, supervisionados por preceptores, uma visita domiciliar na qual tivemos contato com um usuário do sexo masculino, que apresentava hipotireoidismo, hipertensão, diabetes, colesterol elevado, câncer de bexiga, doença renal crônica e já sofreu dois acidentes vasculares encefálicos, sendo que apresentou infarto também após o segundo AVE. Paciente faz uso de diversas medicações para estabilizar as patologias que apresenta, porém o uso irracional e diário de muitos medicamentos faz com que o paciente esteja sujeito a problemas adversos, interações medicamentosas, intoxicação e piora do seu quadro clínico se não tomada de maneira correta. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), mais de 50% de todos os medicamentos são incorretamente prescritos, dispensados e vendidos; e mais de 50% dos pacientes os usam incorretamente. Mais de 50% de todos os países não implementam políticas básicas para promover uso racional de medicamentos. Neste contexto, a equipe multiprofissional tem que estar atenta e bem entrosada para tratar do paciente como um todo e não as suas patologias isoladas. (BRASIL,2012)

## CONCLUSÃO

Conclui-se que é de extrema importância que a equipe de saúde esteja atenta e engajada neste processo, pois um usuário que necessita fazer uso de vários medicamentos carece de uma atenção básica continuada. Em campo, vemos muitos casos em que pacientes administram superdoses ou doses erradas e, muitas vezes, até medicamentos errados em horários inadequados, esses hábitos acabam prejudicando o paciente instantaneamente ou em resposta tardia. Na maioria dos casos, os pacientes relatam a não compreensão das orientações passadas pela equipe e estudantes ou a divergência das orientações por profissionais diferentes. A experiência foi significativa e demonstrou a realidade concreta e as dificuldades enfrentadas pelo usuário no Sistema Único de Saúde.

## REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Uso racional de medicamentos: temas selecionados / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/uso\\_racional\\_medicamentos\\_temas\\_selecionados.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/uso_racional_medicamentos_temas_selecionados.pdf). Acesso em: 10 nov. 2014



Os 3 Mandamentos do uso correto do medicamento



# CRACK E TUBERCULOSE: UMA REALIDADE DA SAÚDE PÚBLICA

Autor principal: Zilá Ferreira Dias Gonçalves dos Santos  
Colaboradoras: Daiane Maria Cordeiro e Gabriela Azevedo.

Local de Trabalho: Unidade de Saúde Bairro Novo.  
Eixo Temático: Abordagens da vulnerabilidade:  
drogas e violência.



## INTRODUÇÃO

O consumo de crack favorece o desenvolvimento de doenças, destacando-se a tuberculose, por reduzir as defesas imunitárias e aumentar a exposição das pessoas às situações e comportamentos de risco, tornando os usuários de crack mais vulneráveis social, psicológica e clinicamente (CRUZ, 2013). Esse relato tem como objetivo mostrar o perfil dos pacientes dependentes químicos que como consequência da drogadição e da marginalização social se tornam vítimas e fontes de tuberculose.



## DESENVOLVIMENTO

Trata-se de um estudo descritivo acerca de um relato de experiência desenvolvido a partir de 4 entrevistas domiciliares, com o intuito de gerir o caso da família da A, selecionada pela equipe de saúde da família da UBS Bairro Novo. A família, composta por 6 membros, possui uma estrutura complexa, disfuncional, associada à problemas como a drogadição, tuberculose e vínculos familiares fragilizados. O foco do relato está em B (24), dependente química, em tratamento de tuberculose e pneumonia, com 2 gravidezes associadas ao crack.

## CONCLUSÃO

É uma realidade urbana distante de estar resolvida que comprova que a marginalização social é um fator que impulsiona essa população vulnerável à drogadição, contribuindo para o reaparecimento de doenças como a tuberculose. A estrutura familiar disfuncional e a situação econômica fragilizada são fatores determinantes para o uso de drogas, com consequência relevante na saúde pública. Sendo uma discussão de extrema importância no âmbito individual e coletivo. É crucial compreender a interpretação que os sujeitos dão à experiência com as drogas, de seu estado, da motivação que os impele ao consumo repetido de determinada substância, dos sentidos e razões pelas quais as consideram importante. As especificidades subjetivas e individuais do uso de qualquer substância são condicionadas e estruturadas por forças culturais e históricas (JORGE et al; 2013).

## REFERÊNCIAS

- JORGE, M.S.B.; QUINDERÉ, P.H.D.; YASUI, S.; ALBUQUERQUE, R.A. Ritual de consumo do crack: aspectos socioantropológicos e repercussões para a saúde dos usuários. *Ciências da saúde coletiva*, v. 18, n. 10, p. 2909-2918. 2013.
- PERRENOUD LO; RIBEIRO M. Histórico do consumo de crack no Brasil e no mundo. In: Laranjeira R, Ribeiro M e colaboradores. *O tratamento do usuário do crack*. Porto Alegre: Artemed; 2012. p. 33-38.
- NAPPO SA, GALDURÓZ JCF, NOTO AR. Crack use in São Paulo. *Subst Use Misuse* 31(5):565-579.
- LARANJEIRA R. II Levantamento Nacional de álcool e drogas: o uso de cocaína e crack no Brasil. São Paulo: Unifesp, Inpad, Uniad; 2012.
- HORTA RL, HORTA BL, ROSSET AP, HORTA CL. Perfil dos usuários de crack que buscam atendimento em Centros de Atenção Psicossocial. *Cad Saude Publica* 2011; 27(11):2263-2270.
- FERREIRA FILHO OF, TURCHI MD, LARANJEIRA R, CASTELO A. Perfil sociodemográfico e de padrões de uso entre dependentes de cocaína hospitalizados. *Ver Saude Publica* 2003; 37(6):751-759.
- SANTOS J. Resposta brasileira ao controle da tuberculose. *Ver Saúde Pública*. 2007;41 Supl 1: 89-94.
- KÁREN MENDES JORGE DE SOUZA, K.M.J.; SÁ, L. D.; PALHA, P.F.; NOGUEIRA, J.A.; VILLA, T.C.S.S.; FIGUEIREDO, D. A. Abandono do tratamento de tuberculose e relações de vínculo com a equipe de saúde da família. *Rev Esc Enferm USP*. 2010; 44(4):904-11
- PILLER, R.V.B. *Epidemiologia da Tuberculose*. Pulmao, Rio de Janeiro. Vol. 21, n. 1, p. 4-9. 2012.

# REDE DE PROTEÇÃO À PESSOA VITIMA DE VIOLÊNCIA: CRIANÇA E ADOLESCENTE - ORIENTAÇÕES À EQUIPE PEDAGÓGICA ESTADUAL

Autor Principal: Patrícia Gonçalves Colaboradores: Denise Alves de Lara, Simone Aparecida Gavleta Busnelo, Tania Mary Medeiros

Local de Trabalho: UBS Fanny Lindóia  
Eixo Temático: Território, intersectorialidade e saúde



## INTRODUÇÃO

As Redes de Atenção à Saúde são conjuntos de serviços vinculados entre si por uma missão única, que permite ofertar uma atenção contínua e integral pessoa vítima de violência. ( Mendes 2009)

O presente trabalho justifica-se devido fragilidade de articulação entre a Unidade de Saúde Fanny Lindóia e as Escolas Estaduais, tendo como objetivo estabelecer vínculos e parcerias entre as áreas da saúde e educação.

## DESENVOLVIMENTO

Entre os dias 03 a 20 de novembro de 2014, foram realizadas as seguintes ações:

Mapeamento das Escolas Estaduais da área de abrangência da US Fanny Lindóia.

Contato com os Diretores/Vice Diretores mediante agendamento prévio.

Realizado reunião de orientações sobre o acesso à Rede de Proteção à Vítima de Violência: Criança e Adolescente.

## CONCLUSÃO

A reunião contribuiu para fortalecer o vínculo entre Unidade de Saúde e as Escolas Estaduais da área de abrangência; foi construído vínculo com diretores e pedagogos, realizado orientações sobre a notificação, ampliação do acesso e fluxos da rede , tornando o processo de atendimento à pessoa vítima de violência, principalmente crianças e adolescentes mais ágil e eficaz.

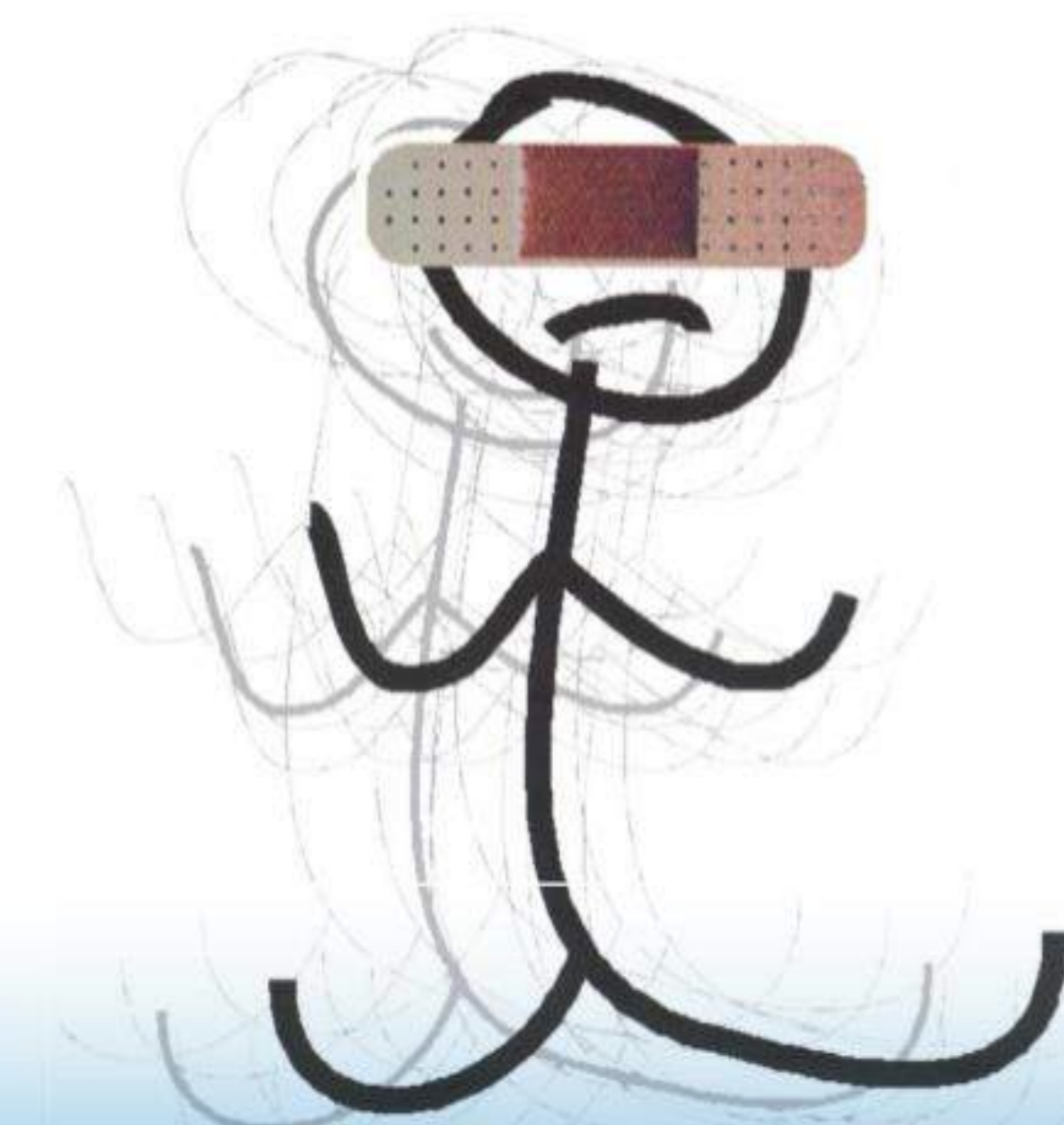
## REFERÊNCIAS

MENDES , *in linha de cuidado para a atenção integral a saúde de crianças adolescentes e suas famílias em situação de violência*. Brasília - DF 2014 ed. MS-OS 2000. 77 p.

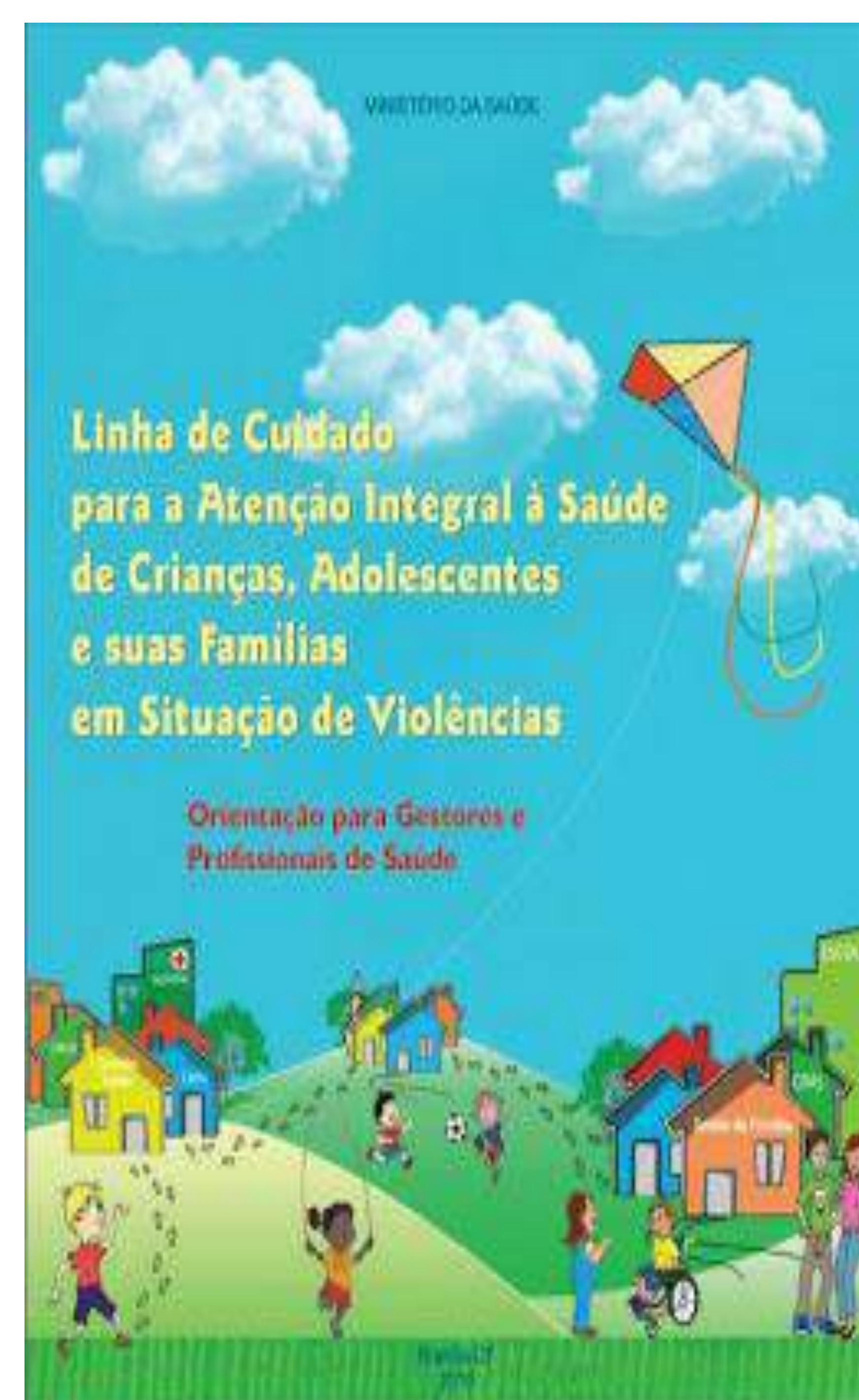
SECRETARIA MS. *Rede de proteção*. [online]. 2011. [Citado 15 outubro 2011]. Disponível na World Wide Web: <http://sitesms.curitiba.pr.gov.br>

MINISTÉRIO DA SAÚDE, *linha de cuidado para a atenção integral a saúde de crianças adolescentes e suas famílias em situação de violência*. Brasília - DF 2014 ed. MS-OS 2000. 28 p.

### PROTOCOLO DA REDE DE PROTEÇÃO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE EM SITUAÇÃO DE RISCO PARA A VIOLÊNCIA



Curitiba, 2008



# MONITORAMENTO DO ACESSO: DISTRITO SANITÁRIO BAIRRO NOVO

Autor principal/relator: Eduardo Funchal  
Colaboradores: Anna Christinne Feldhaus Lenzi  
Costeira e Suellen Cristina da Silva Chaves

Local de Trabalho: Distrito Sanitário Bairro Novo.  
Eixo Temático: Planejamento, monitoramento e avaliação em saúde.



## INTRODUÇÃO

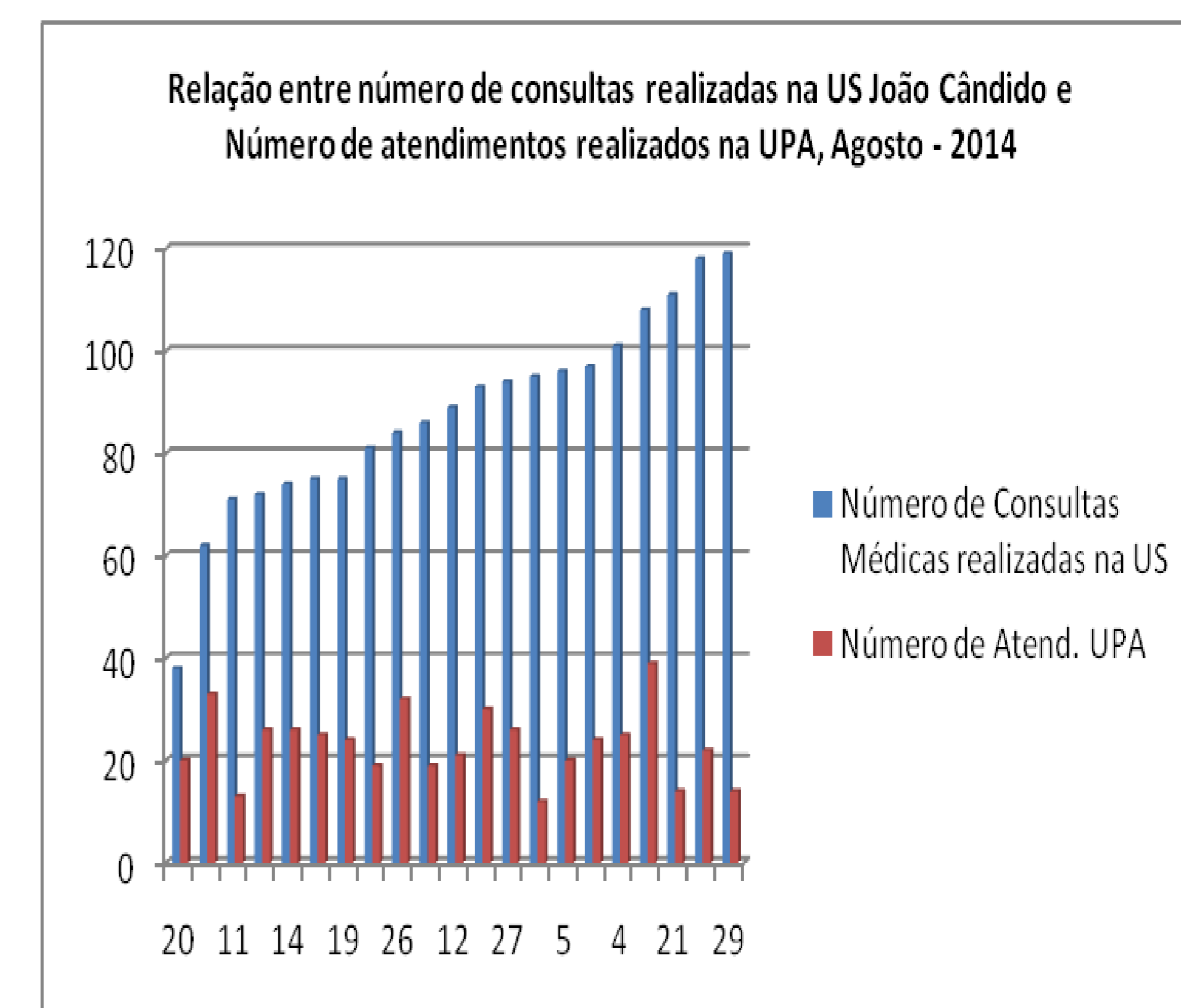
O monitoramento das ações de saúde é prerrogativa fundamental da gestão dos serviços de saúde (TANAKA & TAMAKI, 2012). Neste sentido, se faz necessário um acompanhamento do comportamento do acesso dos usuários a estes serviços.

Objetivou-se com este trabalho identificar se há relação direta entre a procura na Unidade de Pronto Atendimento - UPA Sítio Cercado e a capacidade de atendimento das Unidades de Saúde da Família do Distrito Sanitário Bairro Novo.



## DESENVOLVIMENTO

Realizada a análise das planilhas diárias de monitoramento enviadas semanalmente pelos gestores das Unidades de Saúde ao Distrito Sanitário Bairro Novo, no período de 01 a 31 de agosto de 2014. Os dados monitorados foram a capacidade instalada diária (a partir do somatório das consultas médicas e do enfermeiro) e a comparação com o relatório de procura da UPA Sítio Cercado durante o horário de atendimento das Unidades. Após análise, os dados foram inseridos em gráficos, para melhor visualização. Este trabalho trouxe como desafio os cálculos específicos de cada unidade, onde cada uma apresenta características distintas de Recursos Humanos, bem como a dificuldade de obtenção dos dados, uma vez que foi realizada manualmente e com periodicidade diária.

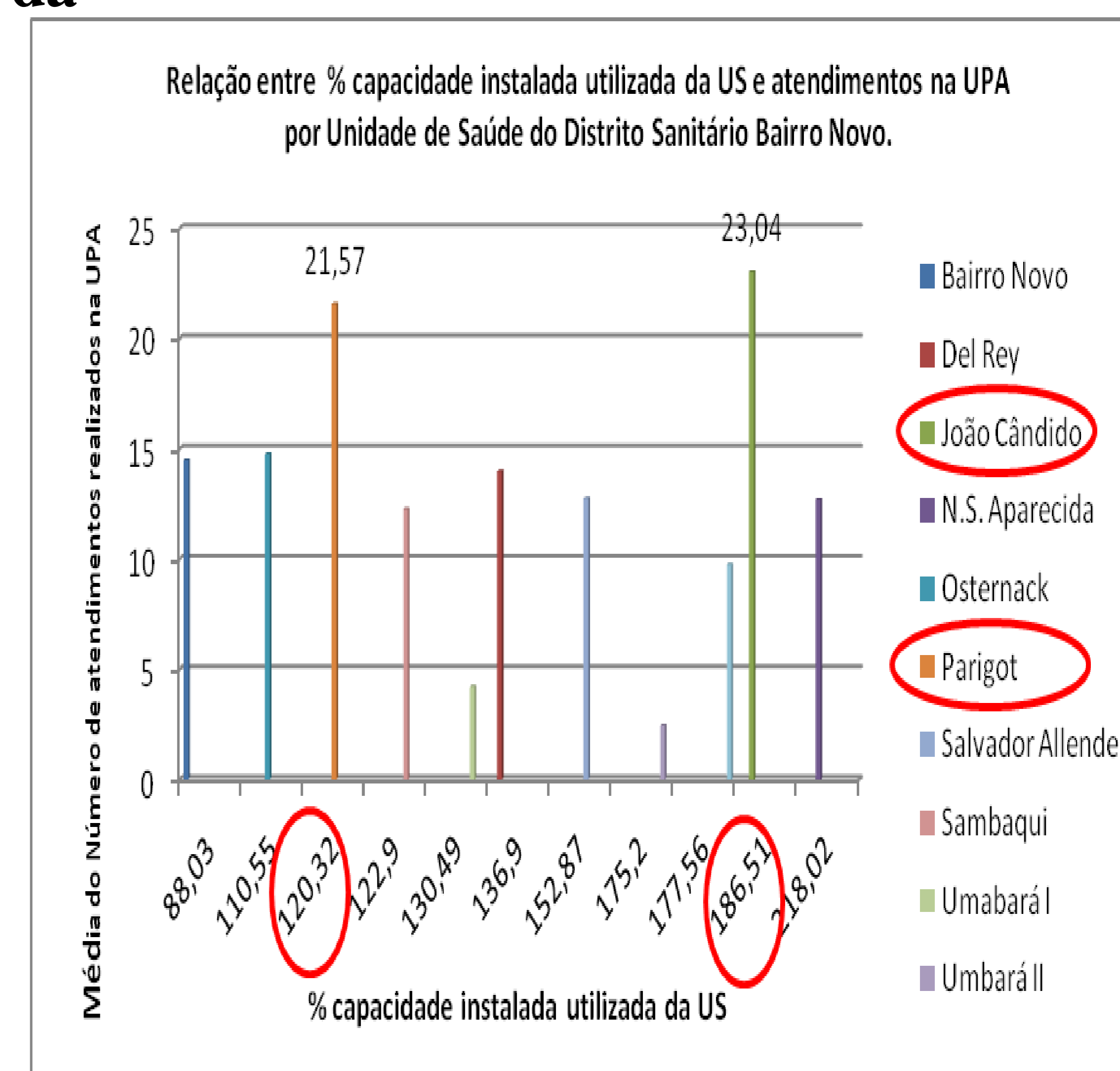


## CONCLUSÃO

Observou-se que não há relação direta entre consultas ofertadas na US e procura por atendimento na UPA, o que denota que é característico da população e não por falta de atendimento na unidade.

## REFERÊNCIAS

TANAKA, O. Y.; TAMAKI, E. M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.17, n. 4, p. 821-828, 2012. São Paulo.  
TANAKA, O. Y.; JÚNIOR, M. D. Análise descritiva da utilização de serviços ambulatoriais no Sistema Único de Saúde segundo o porte do município São Paulo, 2000 a 2007. Brasília. *Epidemiol. Serv. Saúde*, v. 19, n. 4, p. 355-366, 2010.





# PERFIL DO ATENDIMENTO CLÍNICO ODONTOLÓGICO NO DS CIC

Autor principal/relator: Ana Cristina Allegretti  
Colaboradores: Maria Stela Elias, Ana Paula Braosi, Gisele Ristow

Local de Trabalho: Distrito Sanitário CIC  
Eixo Temático: Planejamento, monitoramento e avaliação em saúde

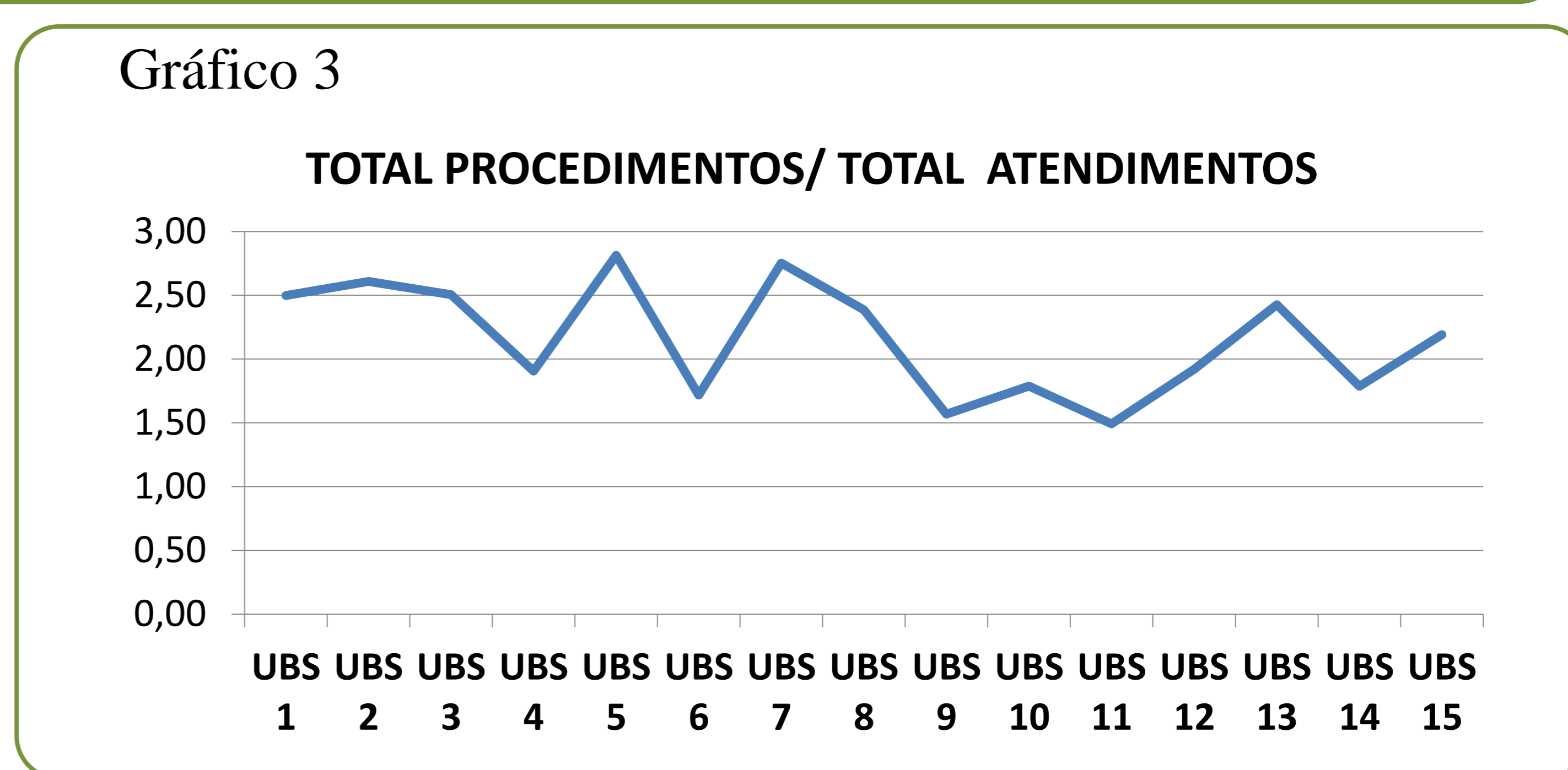
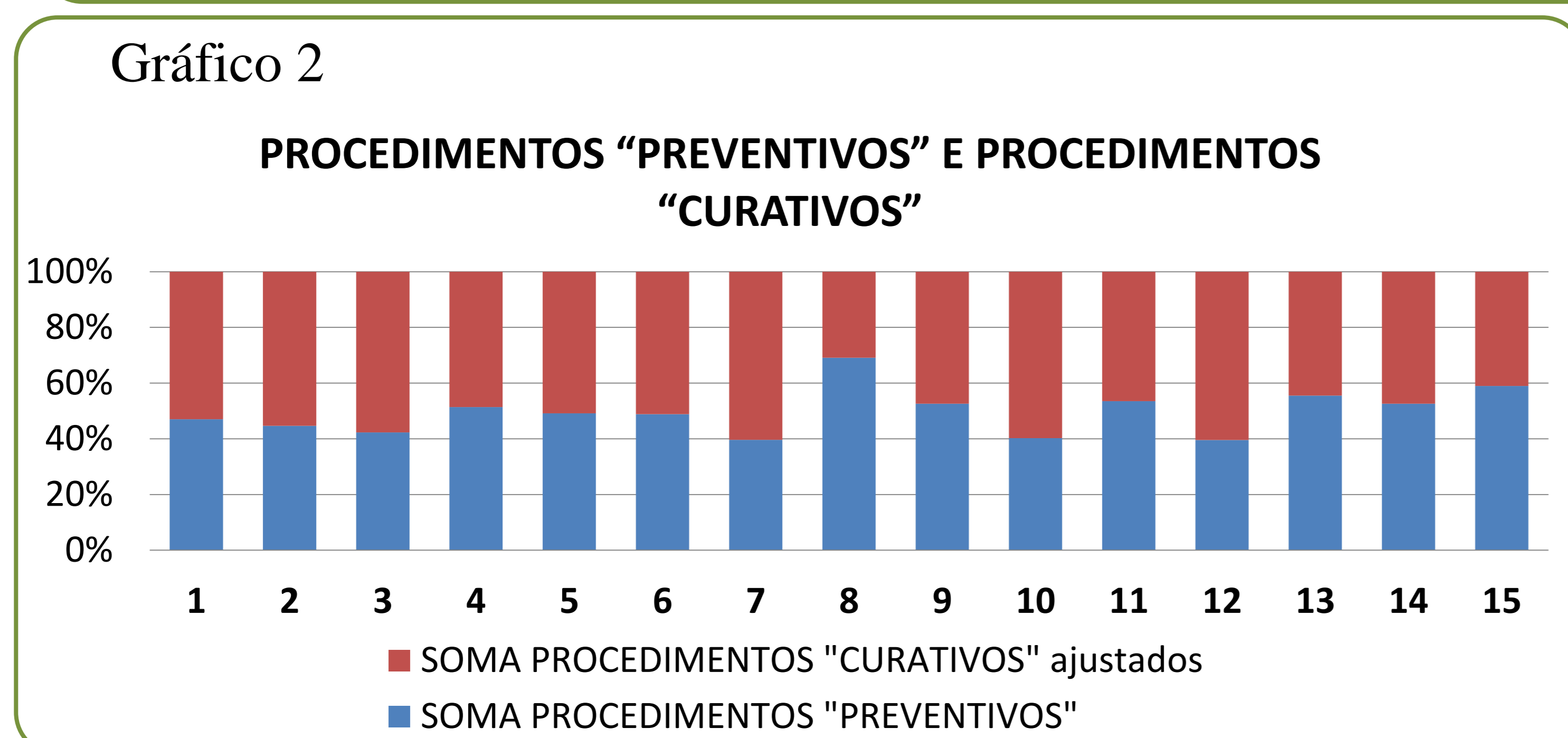
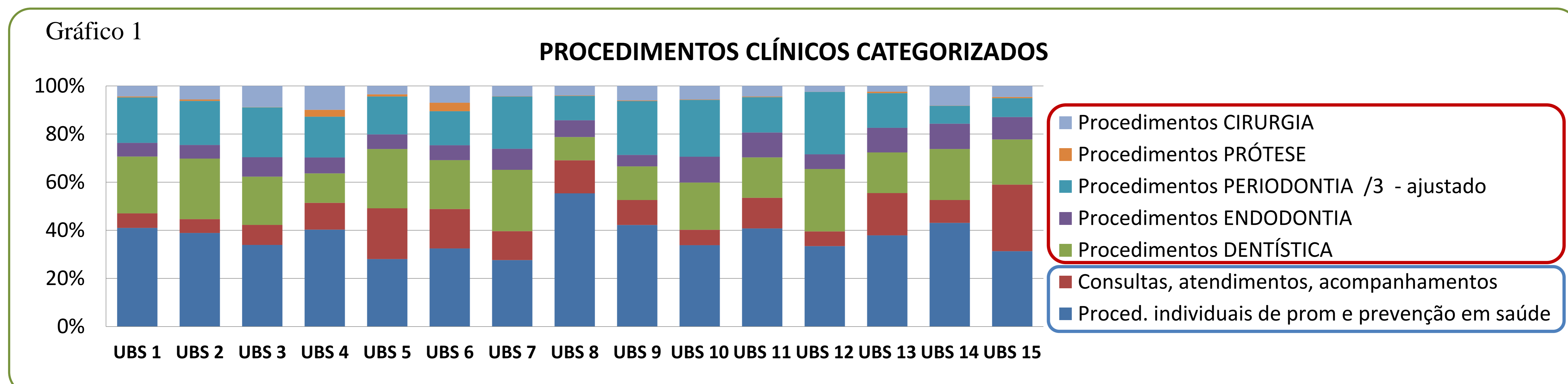


## INTRODUÇÃO

Os procedimentos clínicos odontológicos realizados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) podem refletir as demandas de saúde bucal da população, dentro das dimensões do acesso e severidade das condições bucais. Os dados obtidos em relatórios devem ser transformados em informação a fim de melhorar o entendimento do contexto de saúde local e subsidiar o planejamento. O Distrito Sanitário CIC, formado por 15 UBS já monitora as ações da Atenção Primária por meio do Plano Operativo Anual (POA), mas pelo fato de muitos coordenadores locais não serem dentistas, identificou-se a necessidade de aprofundar a análise das informações para auxiliar a compreensão e verificar a necessidade de reorganização do processo de trabalho.

## DESENVOLVIMENTO

Trata-se de relato de experiência de serviço. A partir da planilha do POA do 1º e 2º quadrimestre de 2014, foram compilados os dados relacionados aos procedimentos clínicos individuais, já categorizados em grupos de procedimentos. Houve um ajuste no grupo da Periodontia, dividindo o total de procedimentos por três para adequar a relação procedimento/paciente ao invés de sextante/paciente (gráfico 1). Os grupos de procedimentos foram ainda organizados em “Preventivos” e “Curativos”, de acordo com a exigência tecnológica (gráfico 2). O gráfico 3 apresenta a relação do total de procedimentos no período dividido pelo total de atendimentos.



## CONCLUSÃO

Há variação na quantidade e especificidade de procedimentos e é preciso investigar quais os fatores de influência: comunidade, perfil profissional, estrutura, etc. A relação média entre procedimentos “preventivos” e “curativos” foi de 1:1 e, apesar de ser desejável ocorrência de procedimentos promotores da saúde, é importante considerar também o acesso.

# GRUPO DE PROMOÇÃO A SAÚDE DO ADOLESCENTE DA US VILA ESPERANÇA

Autor principal/relator: Floripe F Nunes  
Colaboradores: Eusa C Montalvão, Valério Dezan, Lúcia Mara, Leila Posnik e Katia Bosso

Local de Trabalho: US Vila Esperança \_ DSBV.  
Eixo Temático: Educação em Saúde



## INTRODUÇÃO

A adolescência é um período de grandes mudanças físicas, mentais e sociais. Esta população jovem pode estar vulnerável a graves problemas de saúde como drogadição, violência sexual e gravidez precoce. Este estudo objetiva relatar a experiência do grupo de adolescentes vinculado com a US Vila Esperança.

## DESENVOLVIMENTO

O grupo de promoção de saúde do adolescente (2013-2014) é realizado na US Vila Esperança com uma periodicidade semanal e duração de 2 horas (turno manhã e tarde). O público alvo são (pré) e adolescentes com uma faixa etária de 10 a 18 anos residentes na área de abrangência da US. O grupo é conduzido por uma equipe multidisciplinar.

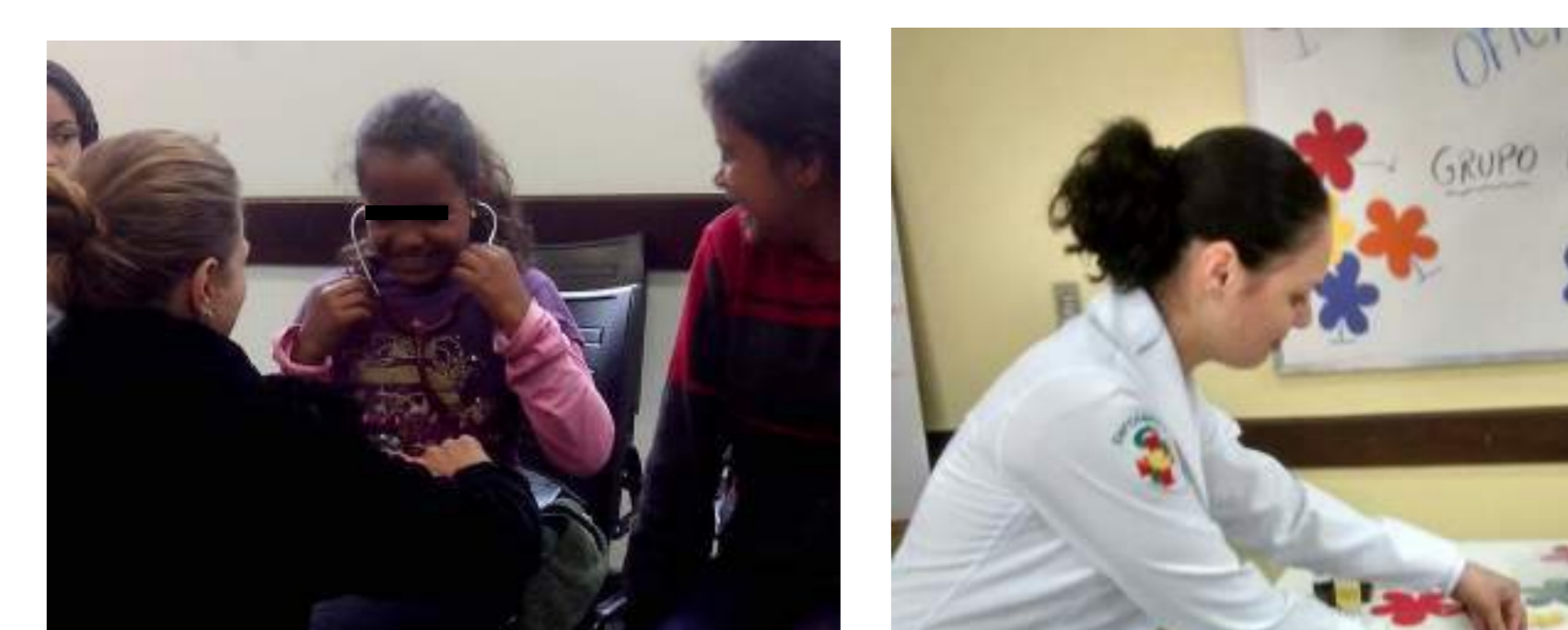
Este grupo tem a finalidade de auxiliar na promoção da saúde integral do adolescente com foco: acolhimento e inclusão social; estimular o exercício da cidadania (direitos e deveres); respeito as diversidades; combate a violência, drogadição e gravidez na adolescência; cuidados com o corpo (ex: higiene pessoal, atividade física, prevenção de doenças e vacinação); cuidado com o meio ambiente.

As principais ferramentas pedagógicas são:

- Acolhimento solidário
- Práticas corporais
- “Rodas de Conversa”
- Jogos e atividades lúdicas
- Confecção de Artesanatos
- Dinâmicas e Oficinas (dança, música, teatro e esporte).
- Avaliação da saúde individual
- Passeios

## CONCLUSÃO

A realização de grupos específicos para este público púbere é uma importante ferramenta de apoio para o enfrentamento de graves problemas de saúde que os adolescentes estão vulneráveis.



# MONITORAMENTO DOS ATENDIMENTOS ODONTOLÓGICOS: DISTRITO SANITÁRIO BAIRRO NOVO

Autor principal/relator: Eduardo Funchal  
Colaboradores: Anna Christinne Feldhaus Lenzi Costeira e Suellen Cristina da Silva Chaves.

Local de Trabalho: Distrito Sanitário Bairro Novo.  
Eixo Temático: Planejamento, monitoramento e avaliação em saúde.



## INTRODUÇÃO

O monitoramento do acesso aos serviços odontológicos na Atenção Primária é de fundamental importância para a gestão do trabalho em saúde.

Este estudo objetivou analisar os atendimentos realizados pelas equipes odontológicas das Unidades de Saúde da Família do Distrito Sanitário Bairro Novo.

## DESENVOLVIMENTO

Por meio do preenchimento de planilha específica, foi realizado o monitoramento do acesso dos usuários aos atendimentos realizados pelas equipes de odontologia no período de 01 a 31 de agosto de 2014. As planilhas foram enviadas semanalmente e analisadas por um grupo de estudo constituído. Também foram obtidos dados a partir do sistema informatizado *esaúde*.

Foram analisados e comparados os seguintes critérios: número de usuários atendidos/dia; proporção de atendimentos de emergência/dia; procedimentos realizados; tempo médio de atendimento/procedimentos; proporção de atividades coletivas realizadas. Foram ainda consideradas as informações: capacidade instalada por dia por Unidade, conforme planilha construída e enviada para preenchimento. Os dados foram inseridos em gráficos, para melhor visualização e análise.

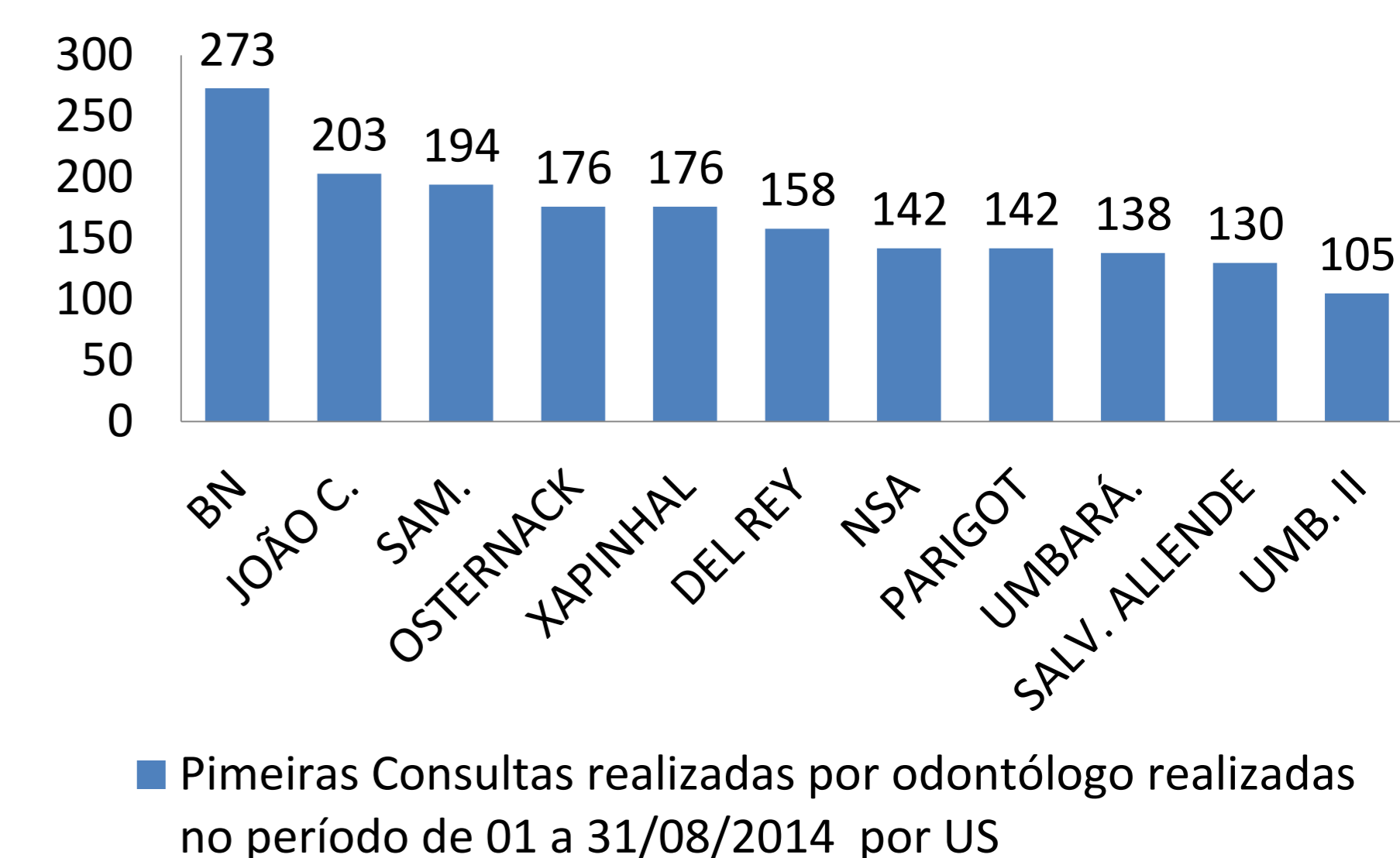
## CONCLUSÃO

Este trabalho permitiu um panorama da realidade da odontologia, após a substituição do modelo de triagem de acesso. Notou-se que a realização de procedimentos continua grande, houve incremento significativo do número de primeiras consultas e no número de atendimentos realizados a cada dia. A demanda em casos de emergência é variável em cada unidade, fazendo com que algumas necessitem dedicar maior tempo de sua força de trabalho para enfrentamento desta situação. Houve também uma diminuição do número de atividades coletivas por parte das unidades. Se faz necessário um maior aprofundamento sobre a temática, assim como um maior período de acompanhamento a fim de identificar tendências de comportamento da demanda.

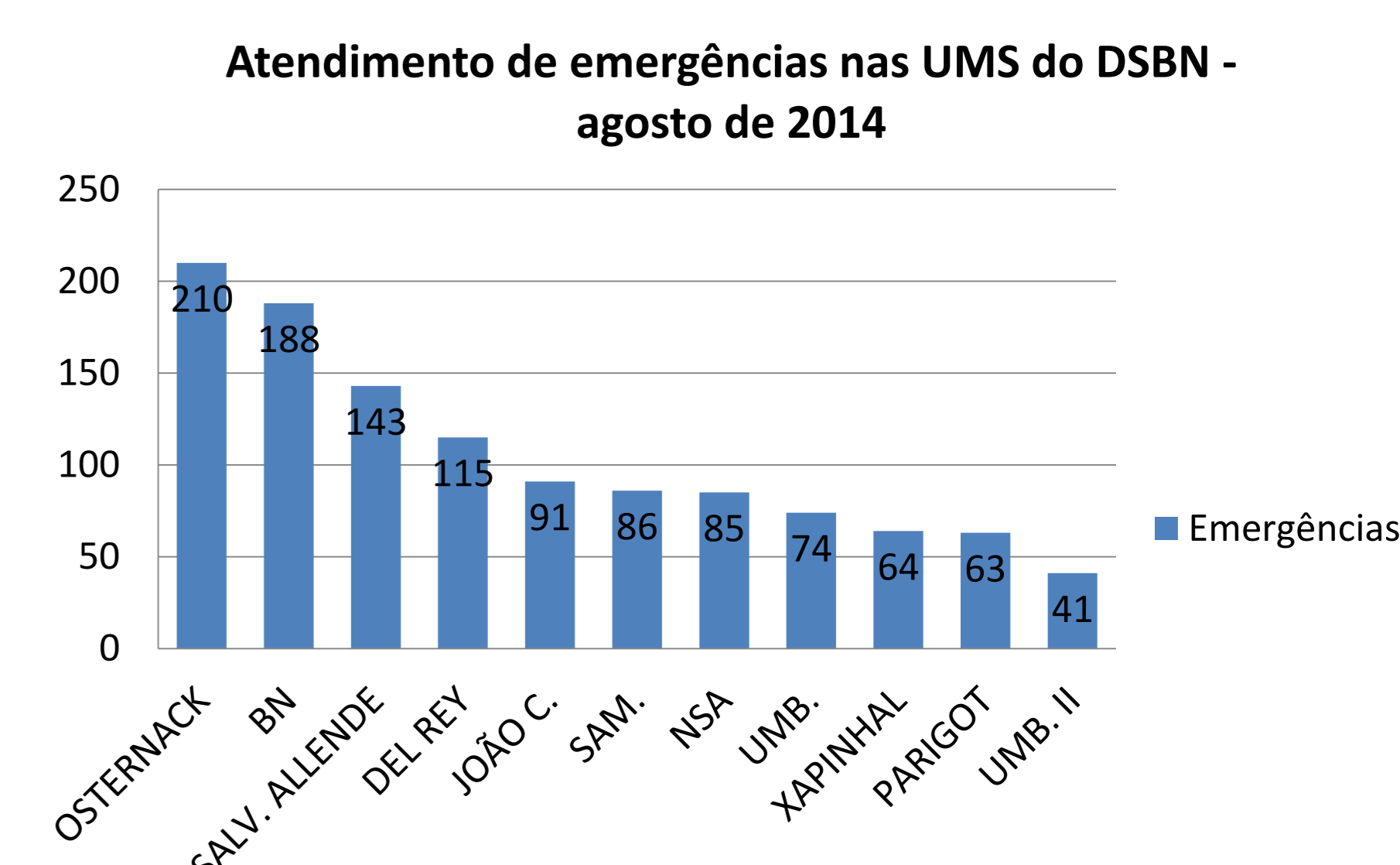
## REFERÊNCIAS

TANAKA, O. Y.; TAMAKI, E. M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.17, n. 4, p. 821-828, 2012. São Paulo.

TANAKA, O. Y.; JÚNIOR, M. D. Análise descritiva da utilização de serviços ambulatoriais no Sistema Único de Saúde segundo o porte do município São Paulo, 2000 a 2007. Brasília. *Epidemiol. Serv. Saúde*, v. 19, n. 4, p. 355-366, 2010.

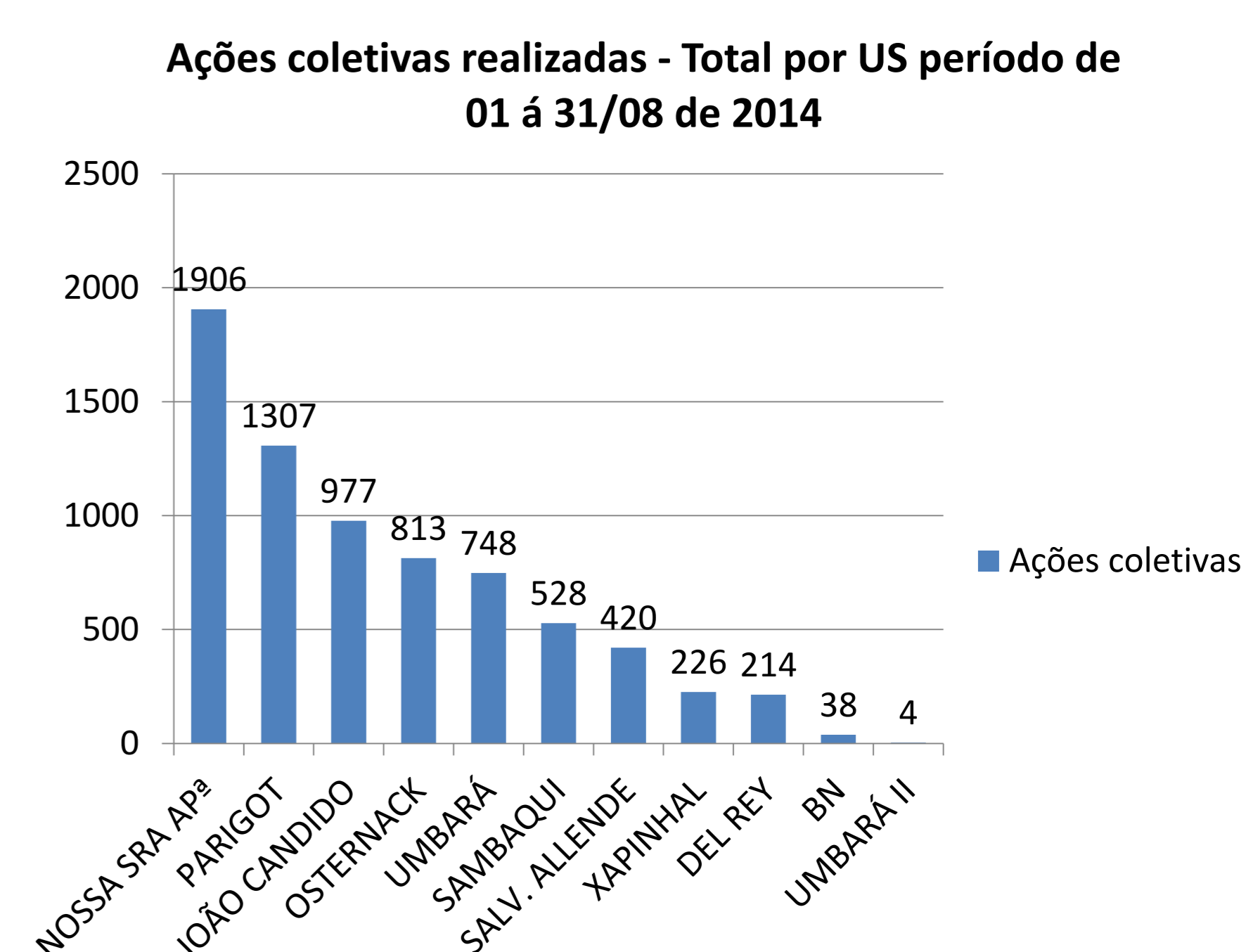


■ Primeiras Consultas realizadas por odontólogo realizadas no período de 01 a 31/08/2014 por US



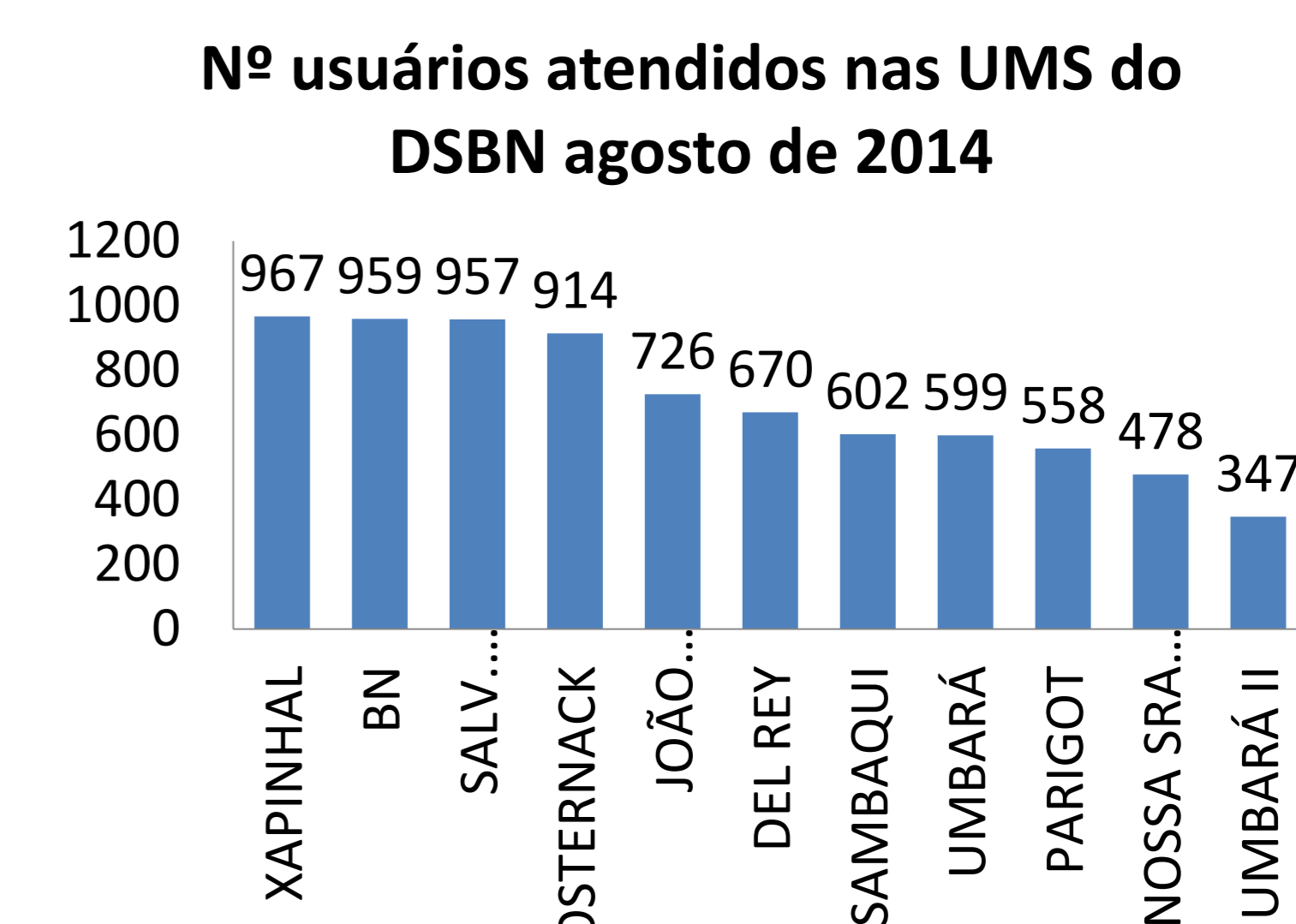
Atendimento de emergências nas UMS do DSBN - agosto de 2014

■ Emergências



Ações coletivas realizadas - Total por US período de 01 a 31/08 de 2014

■ Ações coletivas



Nº usuários atendidos nas UMS do DSBN agosto de 2014

# GRUPO EDUCATIVO TERAPÊUTICO DO OMBRO

Autor: Pollyanna R. Cardoso  
Colaboradores: Vivian R. Bobato  
Rodrigo M. Pequeto Lima

Local de Trabalho: DSPN NASF2 .  
Eixo Temático: Educação em saúde



## INTRODUÇÃO

Ao observar uma grande demanda específica de patologias de ombro - nas unidades de saúde do distrito do pinheiro - entendeu-se a necessidade de ampliação de serviços ofertados na atenção primária em saúde, por parte do apoio, reconhecendo a demanda do território e considerando uma característica regional a grande distância das clínicas ofertadas para tratamento individualizado de fisioterapia.

## DESENVOLVIMENTO

A Unidade de saúde Monteiro Lobato transformou-se em referência para tratamento de patologias de ombro do bairro Tatuquara. Os fisioterapeutas do Distrito Sanitário Pinheirinho, constatando um caso eletivo para o grupo, encaminham este - via zimbra – e, esses pacientes são admitidos nas novas turmas.

O grupo de tratamento para ombro, consiste em educação e conscientização corporal através de exercícios terapêuticos para diminuição da dor e ganho de amplitude de movimento, força, flexibilidade e conseqüentemente funcionalidade, do complexo articular do ombro. São encontros semanais, com grupos de no máximo 10 participantes. Os encontros também contam com a parte educativa de manejo de dor, orientação e motivação para realização de exercícios domiciliares e a transformação dos pacientes no seu papel protagonista no processo de reabilitação.

Como mecanismo de avaliação do progresso do usuário utilizamos a escala UCLA, que é composta de três domínios: dor, função e força, e movimento muscular que somam 30 pontos. Quanto maior a pontuação, melhor os resultados (OKU, 2006).

## CONCLUSÃO

Com o progresso do trabalho destacamos a importância da proximidade da relação terapeuta X paciente, e o quanto a participação continua no grupo facilita a criação de vínculo, fazendo as orientações terem mais aceitação por parte dos pacientes. Outro fator relevante é a proximidade do local de tratamento, a regionalização e territorialização dos serviços ofertados, e também a conscientização do indivíduo em seu processo de tratamento, o papel de protagonista da educação em saúde na evolução do tratamento, atuando assim de maneira efetiva na promoção da saúde e ampliação do cuidado.

## REFERÊNCIAS

1- OKU, E. C; ANDRADE, A. P; *Tradução e Adaptação Cultural do Modified-University of California at Los Angeles Shoulder Rating Scale para a Língua Portuguesa. Revista Brasileira de Reumatologia. v. 46, n.4, p. 246-252, jul/ago, 2006.*



# JARDIM DA US SANTA QUITÉRIA 2

Autor principal/relator: Salete Fortunati  
Colaboradores: Magda Marcelino de Brito/Márcia  
Maria Fantinatti Guerra /Antonio de Padua da  
Silva Júnior

Local de Trabalho: Unidade de Saúde Santa  
Quitéria II  
Eixo Temático: Vivências e narrativas sobre  
práticas do cuidado em diversos cenários



## INTRODUÇÃO

Desde sua inauguração (2007) a Unidade de Saúde Santa Quitéria II desenvolve atividades de ginástica com usuários. Motivados em colaborar com a melhoria do visual da Unidade de Saúde (US) e incentivados por profissionais que lá trabalham, alguns usuários deste grupo decidiram colaborar com o jardim de toda a área externa da US, prestando cuidados de jardinagem à grama, árvores e flores.



## DESENVOLVIMENTO

As atividades de jardinagem são realizadas pelos usuários participantes do grupo de ginástica da US nos dias das aulas, inicialmente nas 5ª feiras e, posteriormente, também às 3ª feiras pela manhã sempre supervisionados por profissionais da US.

O projeto iniciou com uma pequena quantidade de usuários e, atualmente, conta com a participação de usuários do grupo de ginástica e outros que não participam deste grupo, pois a comunidade reconhece essa atividade, inclusive colaborando com materiais (terra, flores, plantas e vasos).



Essa atividade vem proporcionando um vínculo muito valioso entre a US e os usuários. Os profissionais de saúde envolvidos são reconhecidos pela comunidade não somente pela atividade de jardinagem, mas também sendo valorizados em seu campo de trabalho. Durante a realização do jardim ocorre uma interação que ultrapassa a relação profissional/paciente aumentando o elo de ligação entre essas pessoas que compartilham momentos agradáveis e de aprendizagem mútua.



## CONCLUSÃO

Para os profissionais de saúde da US é um momento rico, pois além de aspectos de saúde trabalhados devido a ação terapêutica que a atividade concede, há também a satisfação em visualizar a beleza que o jardim proporciona em vista do que apresentava antes do grupo fazer tal atividade. E para os usuários, além do bem-estar que a ginástica proporciona ao corpo, o prazer em cuidar da natureza, da Unidade de Saúde, do espaço público com a sensação de estar contribuindo para a sociedade.



# NÚCLEO DE SAÚDE COLETIVA – EXPERIÊNCIA DA US VITÓRIA RÉGIA

Autor PRINCIPAL/RELATOR: Maria José Ançai  
Colaboradores: Vanessa Regina dos Santos,  
Maria Lucia Moreira, Wilsyana Koerich Zanetti,  
Ana Cristina Vidal Allegretti, Patricia de Lara  
Miranda Maia.

Local de Trabalho: Unidade de Saúde Vitória  
Régia  
Eixo Temático: Educação em Saúde



## INTRODUÇÃO

A comunidade Vitória Régia fica “ilhada” em uma área industrial, de difícil acesso, também conhecida como “Cidade Dormitório”, pois a maioria da população trabalha em tempo integral, deixando crianças e jovens sozinhos, sem opções de atividades saudáveis para seu desenvolvimento integral. Em 2014, foi criado o Núcleo de Saúde Coletiva da Unidade de Saúde Vitória Régia, com o objetivo de identificar os problemas da comunidade, de forma ampliada, multidisciplinar e integrada ao Distrito Sanitário, para reforçar parcerias e encontrar soluções mais sustentáveis. Nas reuniões realizadas com o grupo foi solicitado que elencasse problemas da comunidade, para que o mesmo pudesse enfrentá-los. Dentre os problemas, evidenciou-se que na comunidade existem projetos direcionados à Criança e ao Adolescente, porém são fragmentados e pontuais, dificultando o impacto efetivo esperado.

## DESENVOLVIMENTO

Trata-se de relato de experiência da ação do grupo. Foram convidadas as lideranças da comunidade, que iniciaram um processo de colaboração para fortalecer os projetos existentes. Houve articulação de serviços e espaços das pessoas e instituições envolvidas e o grupo escolheu um projeto que já estava em andamento para ser o “ponta pé” inicial desta parceria. É um evento aberto, ecumênico direcionado a jovens e adolescentes da região que acontecerá no dia 06 de dezembro de 2014, denominado JMJ (Jesus muda os Jovens). Este evento é promovido anualmente pela igreja e este ano contará com a participação do Núcleo de Saúde Coletiva. A divulgação foi feita através de bilhete nas agendas dos alunos nas escolas Municipal e Estadual, teatro do grupo de jovens sensibilizando e convidando os adolescentes para o evento, cartazes, redes sociais e convites distribuídos pelas agentes comunitárias de saúde. As atividades realizadas serão apresentação de bandas das igrejas: Banda LUCK, Banda HARI, Banda SAMBA e CANÇÃO e THE END, campeonato de skate na praça e de futebol na empresa CARBOMAFRA, grafiteagem, batalha de RAP da Igreja Quadrangular, teatros apresentados pelas igrejas Católica e Batista, apresentação de dança da Igreja Católica, distribuição de bíblias, atividades de esporte e lazer dirigidas por professor de Educação Física voluntário, maquiagem, barraca da empresa CARBOMAFRA para orientações sobre confecção de currículo e como se portar em entrevistas de emprego, barraca da saúde, abordando temas de saúde geral e bucal para jovens. Também serão coletadas assinaturas para um abaixo assinado contra o aborto e haverá divulgação do trabalho do grupo Pró Vida, que apóia mulheres com gravidez indesejada e vítimas de abuso sexual. Foi feita ainda uma rifa e o valor arrecadado será utilizado para o aluguel do som, bem como arrecadação de brindes no comércio da região. Alguns brindes servirão como premiação de primeiro, segundo e terceiro lugares nos campeonatos.

## CONCLUSÃO

Acredita-se que somente a integração dos diversos setores da sociedade têm condições de enfrentar problemas complexos como a questão do jovem em comunidades periféricas.



### LIDERANÇAS DA COMUNIDADE VITÓRIA RÉGIA

- Conselho Local de Saúde
- Associação de Moradores AMOVI
- Lideranças Religiosas  
Católica  
Batista  
Quadrangular
- Pastoral da Saúde
- Clube da Terceira Idade
- Horta Comunitária
- US ESF Vitória Régia
- Empresas: CARBOMAFRA/BAUER
- Equipamentos públicos (US, Escolas Estadual e Municipal, Cmei, Unidade de Saúde ESF)



# UNIVERSALIZAÇÃO DO PSE EM CURITIBA

Autor principal/relator: Daniela Mori Branco  
Colaboradores: Angela Lucas de Oliveira, Anne  
Liz Zeghbi

Local de Trabalho: Diretoria de Atenção Primária  
à Saúde – Coordenação do Cuidado  
Eixo Temático: Planejamento, monitoramento e  
Avaliação em saúde



## INTRODUÇÃO

O Programa Saúde na Escola (PSE) é uma política intersetorial do Ministério da Saúde (MS) e do Ministério da Educação (MEC), instituído em 2007, pelo Decreto Presidencial nº 6.286. As políticas de saúde e educação voltadas às crianças e adolescentes da educação pública brasileira se unem para promover o desenvolvimento pleno desse público, aproveitando o espaço privilegiado da escola para práticas de promoção da saúde, prevenção de doenças e construção de uma cultura de paz. **Objetivos:** UNIVERSALIZAÇÃO : Ampliar o PSE para 100% dos estabelecimentos da Rede Municipal de Ensino e para as escolas selecionadas pela Secretaria Estadual da Educação; intensificar as ações de promoção, prevenção avaliação das condições de saúde dos educandos e ofertar assistência para os casos de agravos detectados.

## DESENVOLVIMENTO

O PSE se dá com a interação de Equipes de Saúde da Atenção Básica com as Equipes de Educação, no planejamento, execução e monitoramento de ações de prevenção, promoção e avaliação das condições de saúde dos educandos.

Em Curitiba, o PSE foi implantado em 2008.

### AÇÕES: 3 EIXOS

COMPONENTE I: Avaliação Individual

1. ANTROPOMÉTRICA
2. OFTALMOLÓGICA
3. AUDITIVA
4. SAÚDE BUCAL
5. SITUAÇÃO VACINAL

COMPONENTE II: Atividades Coletivas

- alimentação saudável
- prevenção de violências e acidentes
- prática de atividade física
- cultura da paz
- prevenção ao uso de álcool, tabaco e drogas
- sexualidade, saúde reprodutiva
- prevenção de DST/AIDS
- saúde ambiental e desenvolvimento sustentável
- saúde mental

COMPONENTE III: Capacitação dos profissionais da Saúde e da Educação em temas de Saúde do Escolar

Participam no desenvolvimento das ações profissionais de saúde: das Unidades Básicas de Saúde (UBS), dos Núcleos de Apoio à Saúde da família – NASF (nutricionistas, psicólogos, profissionais de educação física, entre outros) e Enfermeiros do Provab-PSE Enfermagem.

## CONCLUSÃO

Em 2013 iniciou-se a UNIVERSALIZAÇÃO do PSE, com a inclusão de 100% dos Centros Municipais de Educação Infantil (CMEIs) e 100% das escolas municipais. Em 2014, houve a adesão de mais 12 estabelecimentos de ensino, totalizando 411, 212 Equipes de APS e a meta de atenção a 143.033 educandos. Para o primeiro ano de Universalização do Programa as coberturas das avaliações de 2013 foram bastante significativas: participaram 98,49% dos estabelecimentos de ensino; avaliação antropométrica foi realizada em 72,02%, a de saúde bucal em 71,06%, a oftalmológica em 62,61%, a auditiva em 48,21% e a da situação vacinal em 63,18% dos educandos. Um resultado importante refere-se à análise do estado nutricional dos escolares (retirados do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional do escolar: SISVAN-Escolar que existe no município desde 1996), que demonstra queda do sobrepeso e obesidade (excesso de peso) em 2014 em relação a 2013. Em 2014, 34,89% dos escolares avaliados apresentaram excesso de peso, uma redução da ordem de 1,1 pontos percentuais frente aos dados de 2013, com 35,98% de excesso de peso. Esse resultado quebra uma tendência de aumento de 10 anos consecutivos na série histórica do SISVAN-Escolar e já é um reflexo da intensificação das ações entre as Secretarias da Saúde e Educação e da necessidade de se ampliar o PSE, visando potencializar o espaço privilegiado que é o ambiente escolar para a produção de Saúde.



### PSE 2013 : UNIVERSALIZAÇÃO

- > todas as escolas municipais (169)
- > inédito : inclusão de todos CMEIs(196)
- > 33 escolas estaduais(14.525 alunos)
- > 398 escolas,142.763 estudantes\*
- > 152 EAB-106 UBS

#### PROJETO OLHAR BRASIL

\*86% alunos avaliados

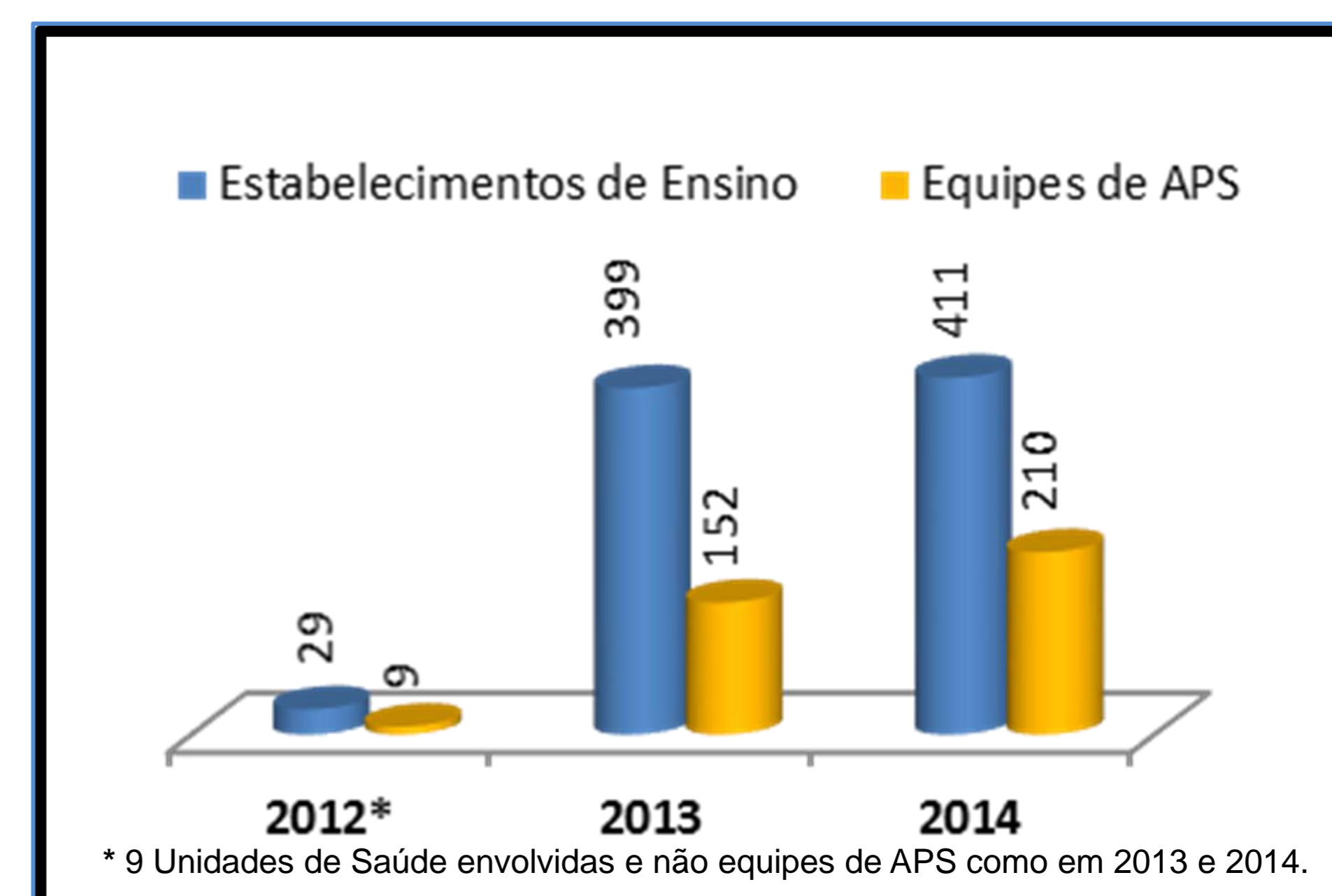


### PSE 2014

- > 411 Unidades escolares:
  - 179 Municipais
  - 36 estaduais
  - 196 CMEIS
- > 143.033 estudantes ( 15.641 estaduais )
- > 210 EAB – 109 unidades de saúde
- > **PROVAB ENFERMAGEM PSE** : enfermeiros envolvidos nas ações do PSE em unidades dos 9 distritos sanitários ( total 14 / desde março 2014 )



Ano PSE	escolas	UBS	EAB	alunos
2008 a 2012	29	09	09	14.572
2013	399	106	152	142.763
2014	411	109	212	143.033



- Implantado em Curitiba em 2013 (parceria entre os Ministérios da Saúde e da Educação), propõe-se a atuar na identificação e na correção de problemas de visão dos educandos de 4 a 18 anos de estabelecimentos de ensino vinculados ao PSE.
- Entre outubro/2013 e julho/2014, cerca de 6.000 educandos foram encaminhados para consulta especializada de Oftalmologia.

# ATENDIMENTO PSICOLÓGICO AO IDOSO HOSPITALIZADO

Autor principal/relator: Denise Ribas Jamus  
Colaboradores: Tayna Nayara Nunes; Késia da Silva Oliveira; Isabelle de Freitas Rolim; Altair Damas Rossato; Gustavo Justo Schulz.

Local de Trabalho: Hospital do Idoso Zilda Arns.  
Eixo Temático: Redes de Atenção – linhas de cuidado (idoso)



## INTRODUÇÃO

A atuação do psicólogo no ambiente hospitalar tem ganho espaço a partir dos benefícios observados por meio das intervenções realizadas. Entre as atribuições do psicólogo observa-se a avaliação, intervenção e acompanhamento dos pacientes dentro de uma rotina de atendimento psicológico; acolhimento, preparação e acompanhamento dos familiares para que participem do processo de cuidados do paciente junto à equipe; escuta dos sentimentos e necessidades da família, podendo intervir na crise e certificar-se de que a família assimilou as informações recebidas, proporcionando confiança, e auxiliando na adaptação diante da nova realidade visando à reorganização familiar, entre outros.

Considerando estes aspectos, buscou-se neste trabalho apresentar a atuação do Serviço de Psicologia em um hospital de referência no cuidado ao idoso e as especificidades do atendimento nesta população, no período de janeiro à setembro de 2014.



## DESENVOLVIMENTO

As intervenções realizadas pelo Serviço de Psicologia ocorrem nas Unidades de Internação (UI) do Hospital, Centro de Terapia Intensiva – CTI e Ambulatórios (Avaliação Neuropsicológica e Tratamento Contra o Tabagismo), buscando prestar atendimento psicológico a pacientes internados e seus familiares, realizando avaliação psicológica, verificando a demanda e urgência psíquica de cada caso, registrando cada atendimento realizado em prontuário eletrônico de forma a assegurar um banco de dados com o prontuário atualizado dos pacientes, trocando informações com a equipe multiprofissional que os atende e acompanhando o desenvolvimento do seu tratamento, a fim de buscar a melhoria do seu quadro clínico e da sua qualidade de vida.

No período referido o Serviço de Psicologia avaliou 523 pacientes, 294 no CTI e 229 nas UIs e realizou 3532 atendimentos, sendo 1760 no CTI, 1696 nas UIs e 76 nos ambulatórios. O número total de avaliações e atendimentos realizados pela Psicologia nestes meses pode ser visto no Gráfico 1.

O Gráfico 2 ilustra a Taxa de Avaliações realizadas pela Psicologia, observando-se um aumento significativo do número de solicitações para a atuação da equipe.

O Gráfico 3 apresenta a Taxa de Atendimentos realizados pelo Serviço, observando-se maior capacidade de atendimento a partir do aumento do quadro de funcionários da Psicologia.

## CONCLUSÃO

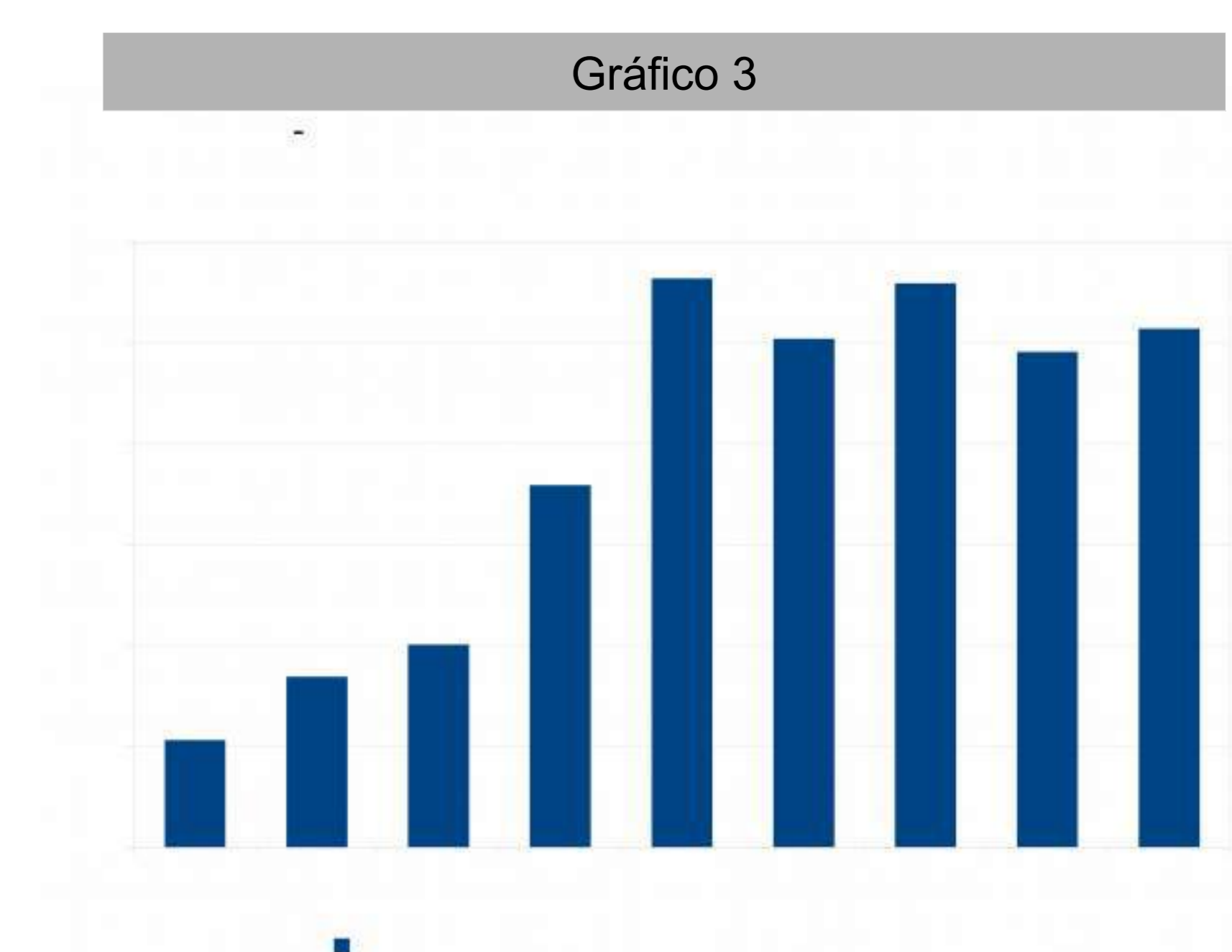
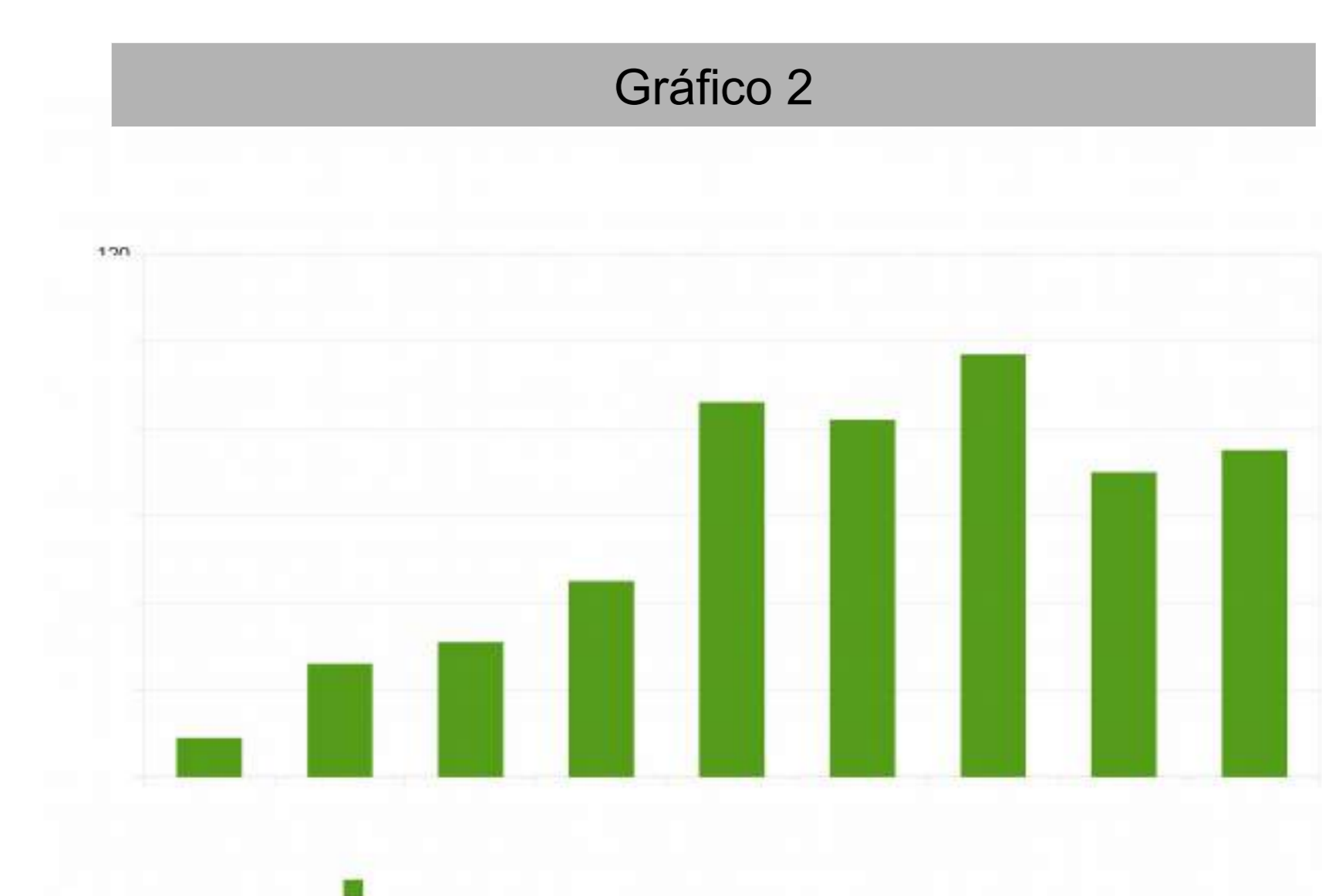
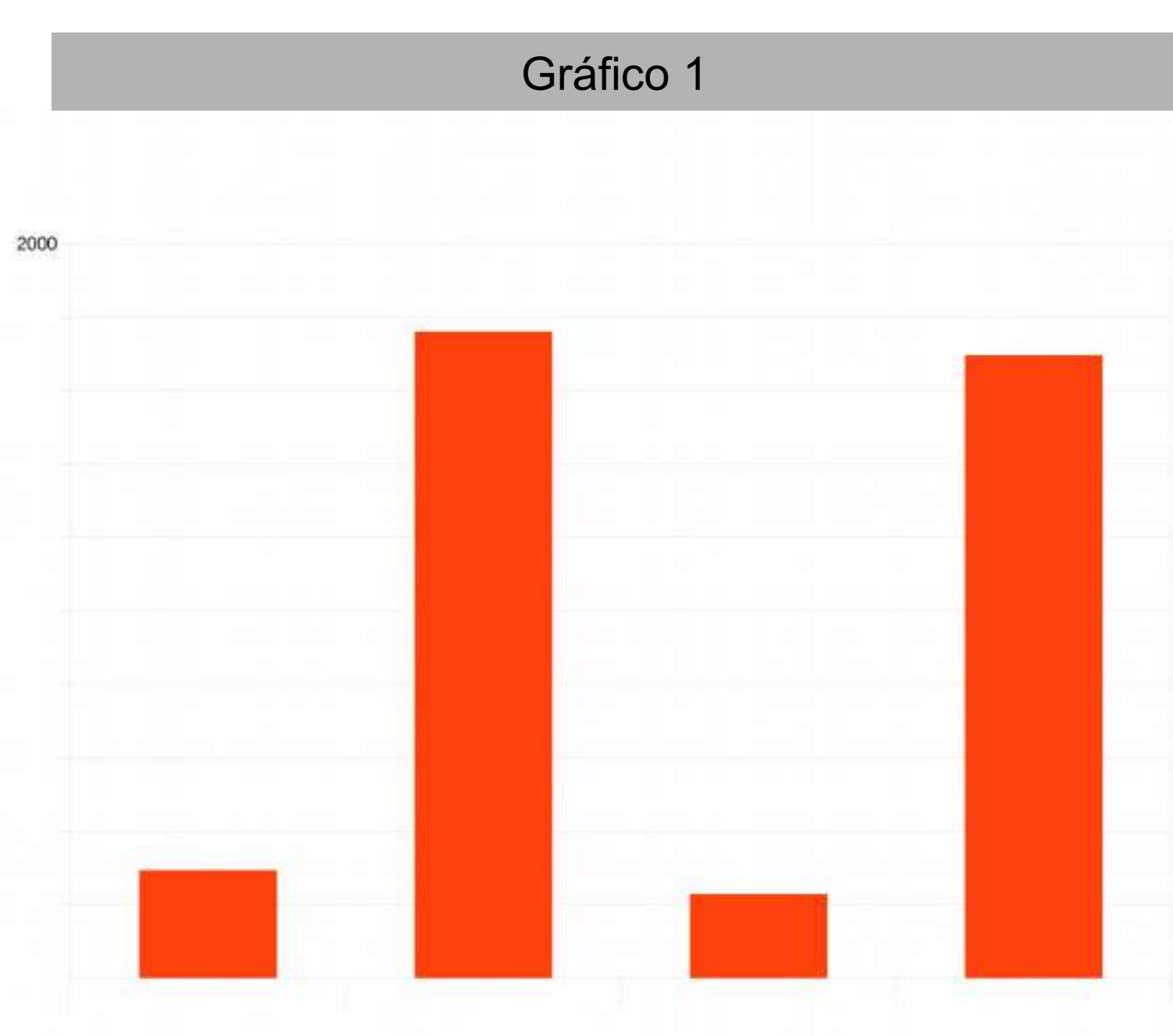
O número de solicitações de avaliação mostra a importância do trabalho da psicologia no contexto hospitalar e no atendimento ao idoso e seus familiares.

A atuação do psicólogo tem se mostrado relevante como facilitador da comunicação na tríade equipe/paciente/família, buscando a compreensão dos diferentes pontos de vista e oportunizando estratégias de enfrentamento dos problemas que se apresentam.

As demandas são crescentes e muitas vezes não conseguem ser atendidas, porém espera-se que novos campos sejam abertos conforme os benefícios do atendimento aos pacientes e familiares apareçam para a equipe de saúde e os próprios usuários.

## REFERÊNCIAS

- ASSUMPCÃO JR, Francisco Baptista. Fundamentos de psicologia: Psicopatologia aspectos clínicos. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
- CONSELHO MUNICIPAL DOS DIREITOS DA PESSOA IDOSA. Estatuto do Idoso. Curitiba: FAS; 2013.
- DOMINGUES, Marisa Accioly; LEMOS, Naira Dutra. Gerontologia: os desafios nos diversos cenários da atenção. São Paulo: Manole, 2010.
- FREITAS, Elizabete Viana et al. Tratado de geriatria gerontologia. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.





# ESTRATÉGIA SITUACIONAL REALIZADA NA UMS MONTEIRO LOBATO

Autor principal/relator: Bianca F. Aguiar  
Colaboradores: Caroline Berte, Beatriz P. Andrade, Ana Paula Brittes, Leandro Rozin

Local de Trabalho: UMS Monteiro Lobato  
Eixo Temático: Vivências e narrativas sobre práticas do cuidado em diversos cenários



## INTRODUÇÃO

Relato de experiência realizado em uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município de Curitiba- Pr, durante a residência de enfermagem em Saúde da Criança e Adolescente em que foi levantado um problema: muitas crianças menores de dois anos comparecem nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA'S) sem procurar a Unidade de Saúde (US) previamente. É comum os pais levarem seus filhos diretamente nos serviços de pronto atendimento, e as vezes o motivo da procura, poderia ser resolvido na Unidade de Saúde (MARQUES; LIMA, 2007).



## DESENVOLVIMENTO

Identificou-se a necessidade de uma estratégia que pudesse ser aplicada em curto espaço de tempo. Assim decidiu-se pela confecção de um folder, que está sendo distribuído nas atividades com lactentes, puericultura e visitas domiciliares realizadas. O informativo conta com horário de funcionamento da ESF e orientações para os pais procurarem primeiramente a US ao invés das UPAS, pelo risco de transmissão de alguma doença, pois o fluxo de atendimento é maior que nas ESF. Contatou-se que, comparativamente nos meses de setembro e outubro, houve uma redução da procura direta das UPA's, sendo que no mês de setembro foram 53 crianças da área abrangente que passaram por consulta nas UPAS e após a entrega dos folders e orientações, no mês de outubro o número diminuiu para 35.



## CONCLUSÃO

Percebeu-se a redução da procura por outros serviços de saúde em um curto espaço de tempo, este fato deve-se às orientações realizadas aos pais ou responsáveis. Porém, ainda é necessário Educação em Saúde contínua, direcionada aos pais, bem como o aumento do vínculo dos mesmos com as US, visando melhorar o atendimento e redução de demandas desnecessárias em UPA's.



## REFERÊNCIAS

MARQUES, G. Q.; LIMA, M.A.D. Demandas de usuários a um serviço de Pronto Atendimento e seu acolhimento ao Sistema de Saúde. Revista Latino-americana de Enfermagem. V. 15, N. 1, 2007.

# REALIDADE OBJETIVA DA LEPTOSPIROSE EM CURITIBA E SUA RELAÇÃO COM O TRABALHO

Autor principal/relator: Maria Terumi M. Kami  
Colaboradores: Cristiane Yumi Nakamura, Nilza Teresinha Faoro, Liliana Müller Larocca

Local de Trabalho: DAPS – Coord. Informação, Avaliação e Incentivo para a Qualidade  
Eixo Temático: Determinação Social, Iniquidades e Promoção da Saúde



## INTRODUÇÃO

Ao se abordar a determinação social da leptospirose, procura-se relacionar a forma como a sociedade está organizada ao aparecimento de riscos ou de potencialidades que determinam os processos de adoecer e morrer (FONSECA, EGRY, 2009). Segundo Brasil (2006), a interpretação da determinação social dos processos de saúde-doença põe em evidência a urgência de revitalizar as práticas em saúde para além dos eventos biológicos e patológicos.

## DESENVOLVIMENTO

Pesquisa descritiva documental visando conhecer a realidade objetiva dos casos confirmados de leptospirose em 2013 de residentes em Curitiba, correlacionando-os com a atividade laboral. Foram analisados 116 casos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação.

A análise dos dados foi fundamentada na Teoria de Intervenção Prática de Enfermagem em Saúde Coletiva - TIPESC, ancorado no Materialismo Histórico-Dialético, no qual o processo saúde-doença é socialmente determinado pelas transformações sociais de determinado momento histórico, gerando assim transformações na saúde, tanto na sua estrutura como no sistema de saúde.

Os resultados foram categorizados conforme a TIPESC: Dimensão Estrutural (a Atenção integral à Saúde do Trabalhador se insere nas políticas públicas e na responsabilidade do SUS); Dimensão Particular (raça/cor, escolaridade, ocupação – Gráficos 1, 2 e 3; distribuição; frequência segundo local provável de fonte de infecção e relação com a ocupação) e Dimensão Singular (sexo – Gráfico 4, faixa etária, situação de risco e diagnóstico).

## CONCLUSÃO

Esta pesquisa buscou corroborar e compreender as relações entre a leptospirose e o trabalho no município de Curitiba. A partir da compreensão das totalidades (dimensões do singular, do particular e do estrutural) os profissionais de saúde podem estar envolvidos na construção de uma modalidade de assistência com apreensão do objeto da atenção e com o planejamento das ações voltadas para reconhecimento da realidade objetiva em que o usuário está inserido.

## REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde do Brasil. Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil. *Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde*. Brasília, 2001
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em Saúde. Departamento de vigilância epidemiológica. *Doenças infecciosas e parasitárias. Guia de bolso*. 8ª edição revisada. Brasília; 2010.
- EGRY, E.Y. *Saúde coletiva: construindo um novo método em Enfermagem*. São Paulo: Ícone; 1996.
- FONSECA, R.M.G.S; EGRY, E., Y. *Epidemiologia Social*. In: EGRY, EY.; HINO, P. *Las necesidades en salud en La perspectiva de La atención básica*. São Paulo: Dedone Editorial, 2009.
- GENOVEZ, M.E. Leptospirose: Uma doença de ocorrência além da época das chuvas. *Biológico*, v. 71, n.1; p.1-3, 2009. Disponível em: [http://www.biologico.sp.gov.br/docs/bio/v71\\_1/genovez.pdf](http://www.biologico.sp.gov.br/docs/bio/v71_1/genovez.pdf). Acesso em 27 set 2014.
- OLIVEIRA, D.S.C; GUIMARÃES, M.J.B; MEDEIROS, Z. Modelo produtivo para a leptospirose. *Revista de Patologia Tropical*. v. 38, n. 1, 2009. Disponível em [www.revistas.ufg.br/index.php/iptsp/article/view/6205](http://www.revistas.ufg.br/index.php/iptsp/article/view/6205). Acesso em 01 mar 2014.
- OLIVEIRA, T. V.S. et al. Variáveis climáticas, condições de vida e saúde da população: a leptospirose no município do Rio de Janeiro de 1996 a 2009. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 6, Jun 2012. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012000600020&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000600020&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 13 Abr 2014.
- ROCHA-COUTINHO, M.L., TEYKAL, C.M. O homem atual e a inserção da mulher no mercado de trabalho. *Psico* [periódico online]. v. 38, n. 3, p. 262-268, 2007. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/viewFile/2888/2183>. Acesso em 27set 2014.

## Dimensão Particular

Gráfico 1 - Casos de leptospirose, por raça/cor. Curitiba, 2013.

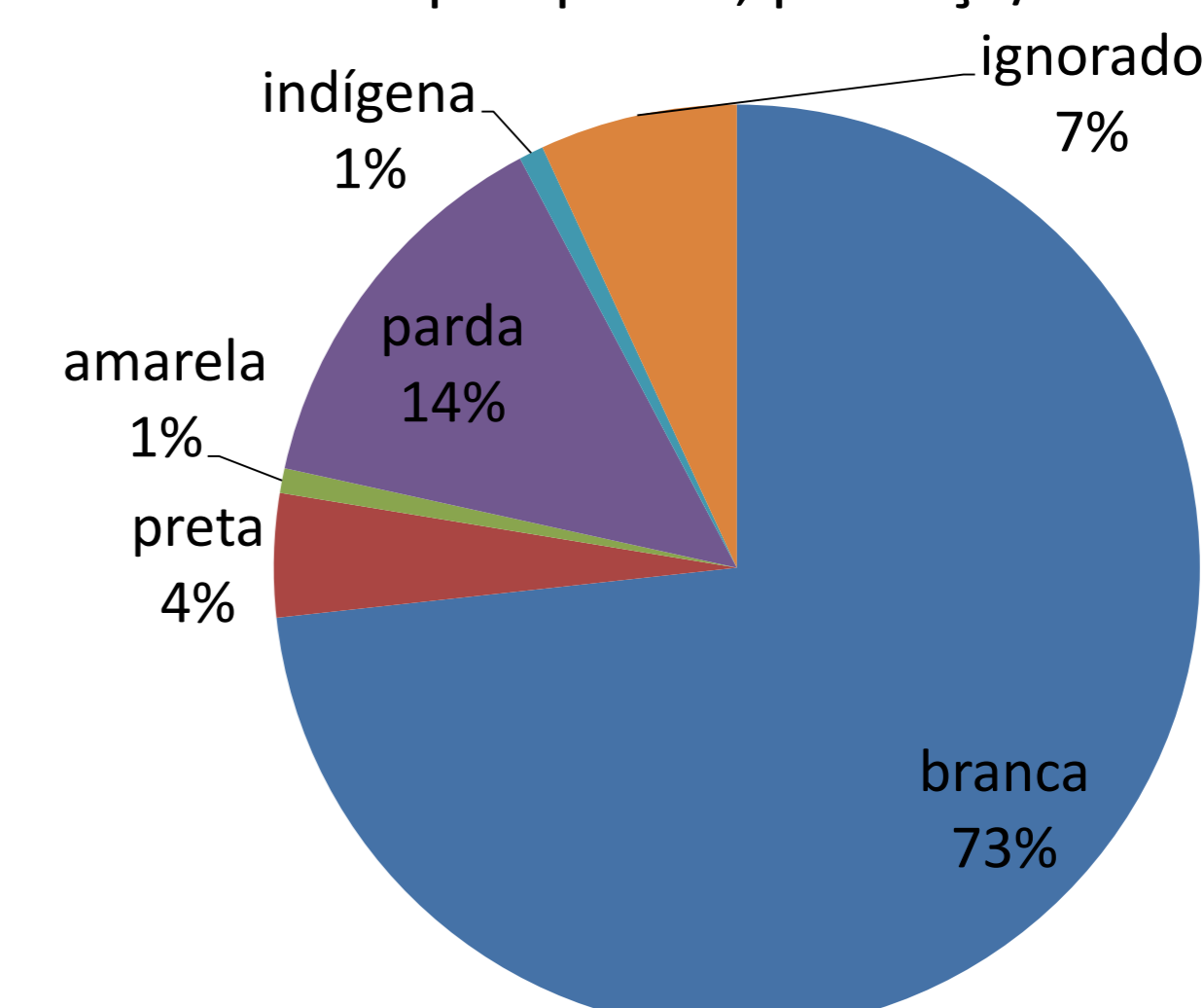


Gráfico 2 - Casos de leptospirose, por grau de escolaridade. Curitiba, 2013

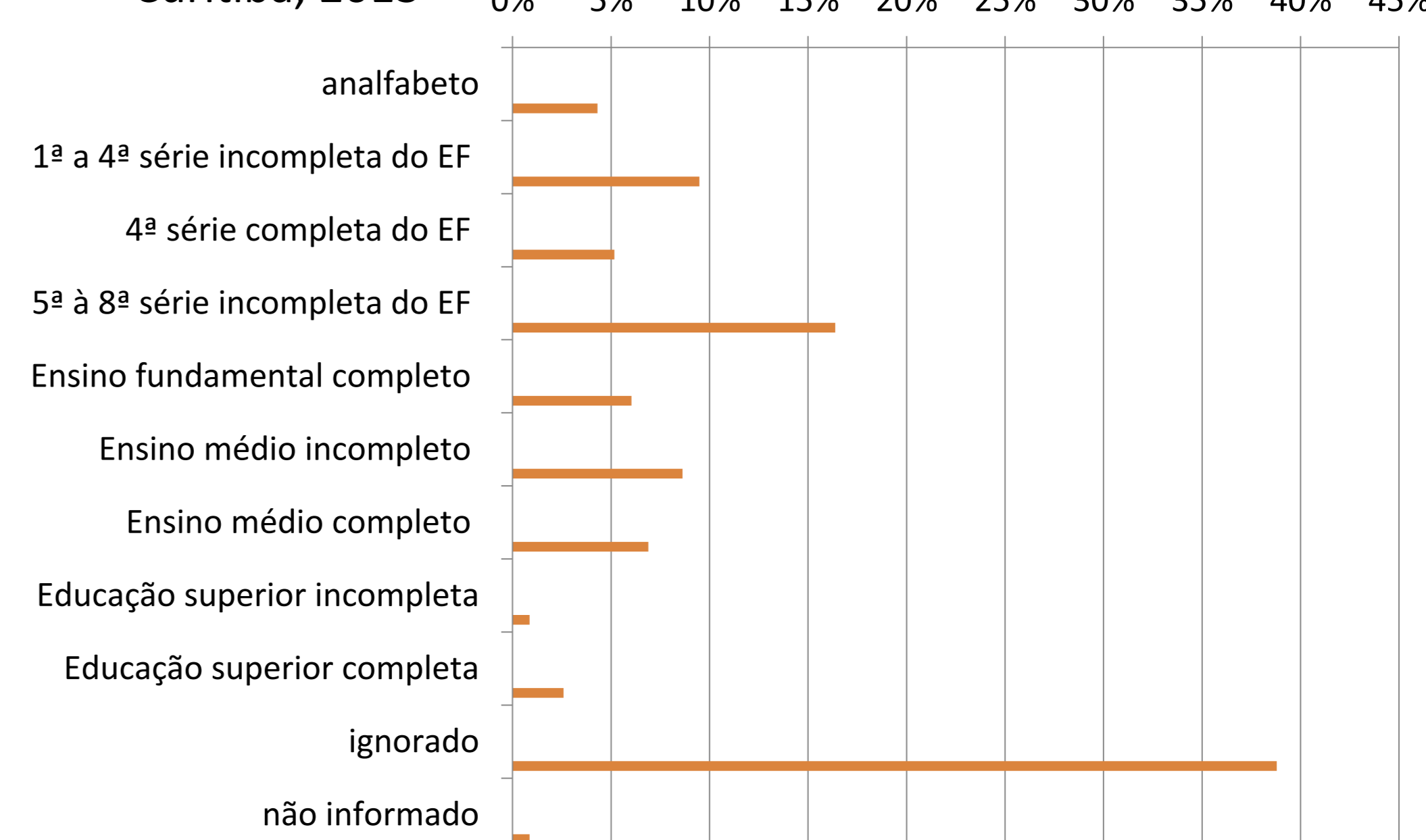
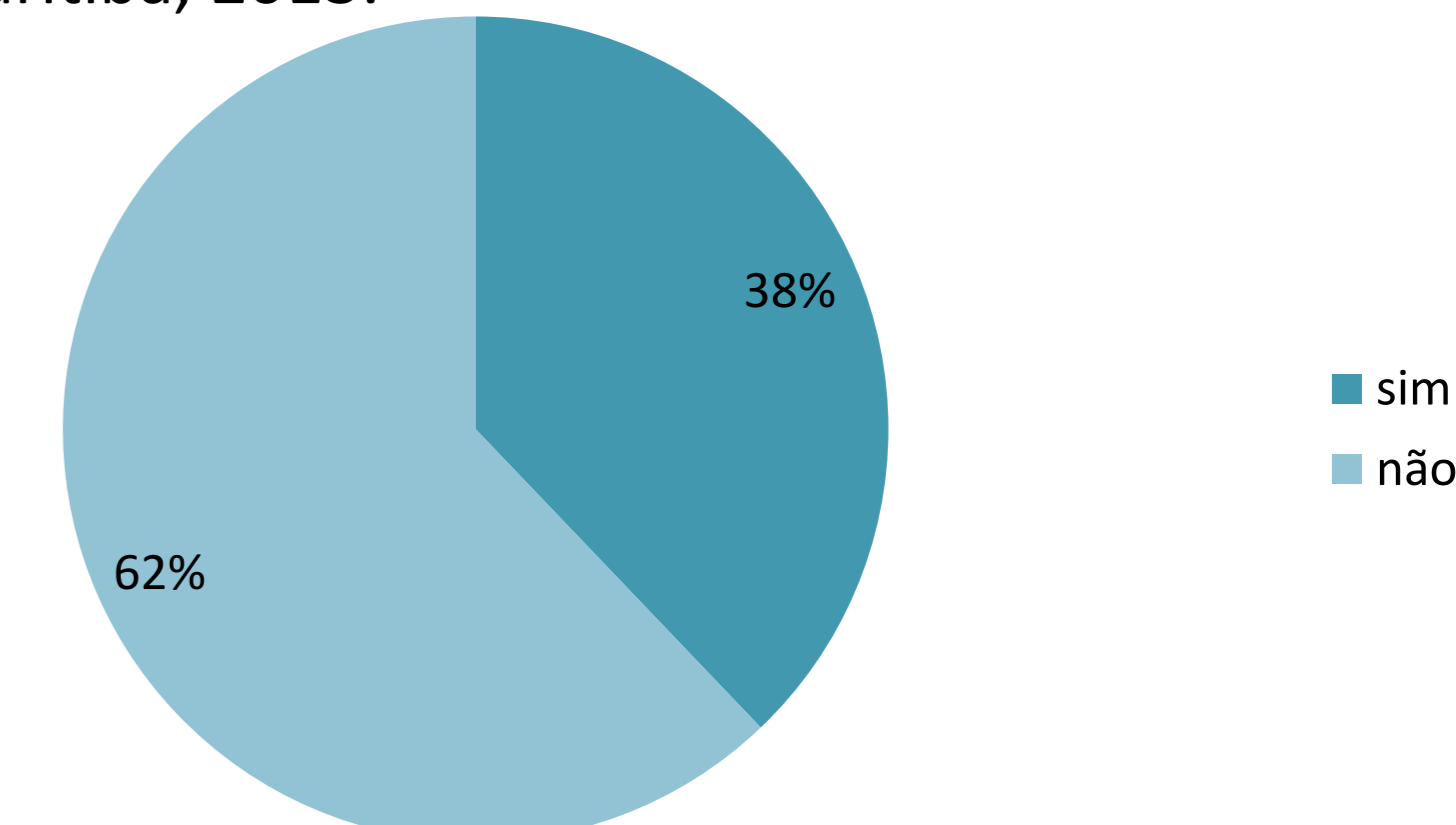


Gráfico 3 - Casos de leptospirose, por infecção relacionada ao trabalho. Curitiba, 2013.



## Dimensão Singular

Gráfico 4 - Casos de leptospirose, por sexo. Curitiba, 2013.

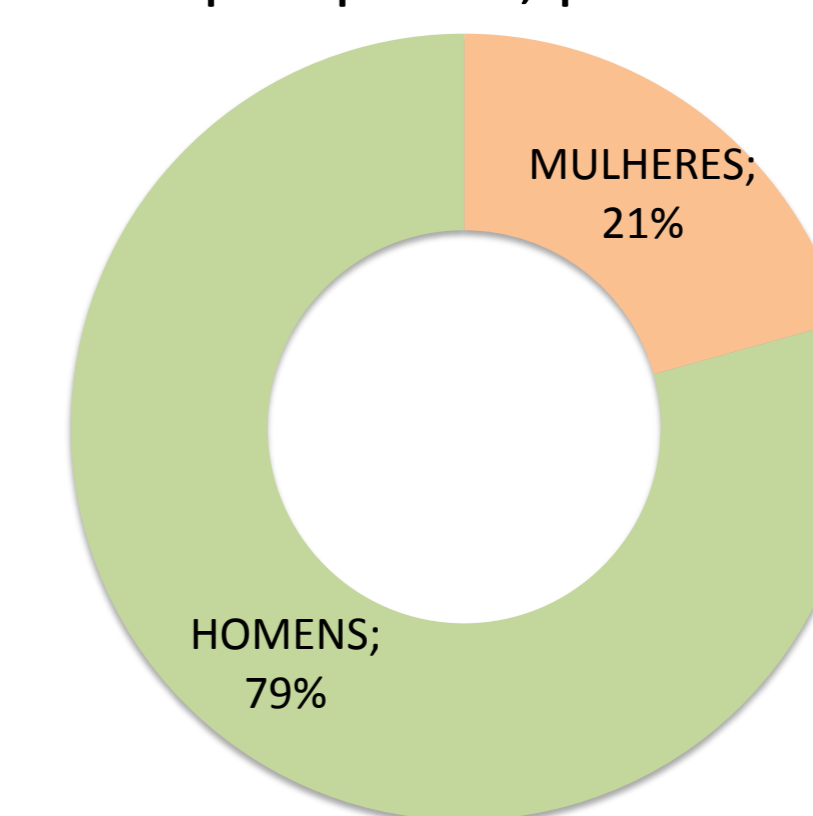
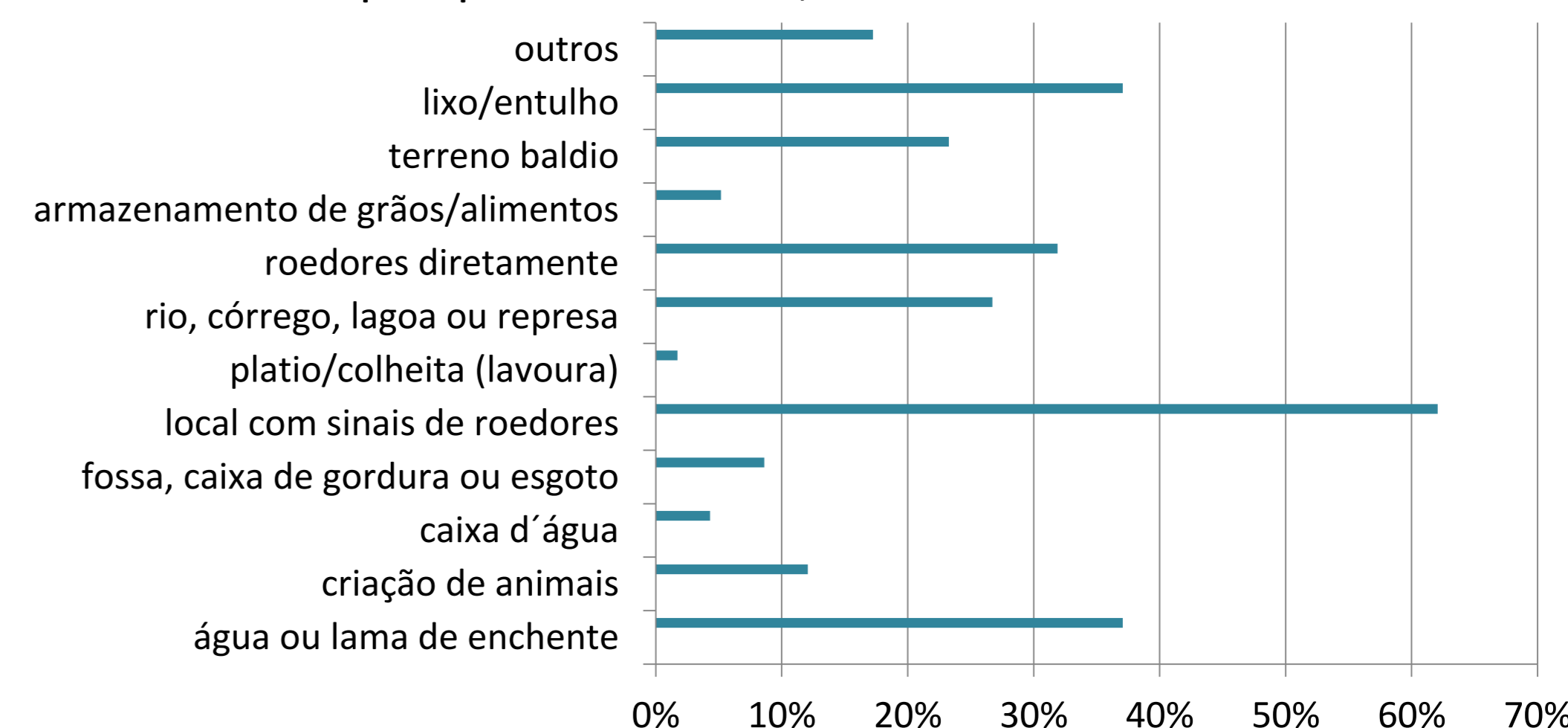


Gráfico 5 - Situação de risco ocorrida nos 30 dias que antecederam os sintomas da leptospirose. Curitiba, 2013.



# PLANO DE ARTICULAÇÃO ENTRE INSTITUIÇÕES DE ENSINO E SERVIÇOS DE SAÚDE

Autor: Marizete Schneider

Colaboradores: Aline Bortolini, Deizi Groszewicz, Elizabeth Guinart, Maria Alessi, Wilma Silva

SMS – CES

Eixo Temático: Integração Ensino/ Serviço



## INTRODUÇÃO

A necessidade de ampliar a articulação existente entre instituições de ensino e serviços de saúde é um desafio atual sentido em Curitiba e no país, identificamos obstáculos que interferem nesta integração apesar das estratégias políticas vigentes do Ministério da Saúde e Ministério da Educação: Lei 8080/90 e DCN 2001.

## DESENVOLVIMENTO

Constituir uma Comissão de Integração Ensino Serviço (CIES) na SMS de Curitiba vinculada ao CES que tem como objetivos:

- ❖ Valorizar a função docente desempenhada pelo profissional do serviço; ao incluir as atividades de preceptoria no rol de serviços prestados pelos equipamentos da SMS, (definida como carteira de serviço);
- ❖ Ampliar o campo de estágio nos equipamentos de saúde;
- ❖ Destacar o papel ativo do aluno com compreensão dos objetivos da aprendizagem; e a importância da interprofissionalidade e da integralidade da assistência;
- ❖ Garantir o exercício do espaço protegido conforme PORTARIA Nº 648/GM DE 28 DE MARÇO DE 2006 que estabelece diretrizes e normas para o Programa de Saúde da Família.

A Comissão de Integração Ensino Serviço (CIES) tem como competências e proposta de intervenção:

- alinhar as comissões de integração da SMS de Curitiba e Ponta Grossa com as definidas pelo SGTES e MS;
- favorecer a articulação nos territórios de facilitadores de educação permanente, preceptores e docentes;
- intervir nas esferas: social, técnica e política; alinhando interesses dos equipamentos de saúde com o plano de estágio;
- contribuir na formação de profissionais de saúde para atender as necessidades da população e transformação da realidade local;
- ser um Fórum de diálogo permanente sobre a construção de um currículo integrado;

## CONCLUSÃO

A criação da Comissão (CIES) é considerada viável porque todos os membros envolvidos elencam a importância de ampliar e melhorar a Integração Ensino Serviço através dos campos de estágio. A criação da CIES já é fato na Secretaria Estadual de Saúde do Paraná, onde a mesma apresenta-se atuante uma vez que se faz necessária no sentido de impactar na formação dos profissionais de saúde para o egresso destes no SUS, gerando resultados significativos nos indicadores de Saúde da população, vindo de encontro com as Diretrizes Curriculares Nacionais Vigentes

## REFERÊNCIAS

- 1 - Brasil. Constituição (1988). **Constituição da Republica Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.
- 2- <http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/ces1133.pdf> sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais 2001, nos cursos de Enfermagem, Medicina e Nutrição acesso em 18/11/2014.
- 3 - \_\_\_\_\_ Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde)-2005
- 4- <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm> .-PORTARIA Nº 648/GM DE 28 DE MARÇO DE 2006 que estabelece Diretrizes e Normas para o programa de Saúde da Família. Acesso em 26/11/2014.



# CUIDANDO DE PESSOAS COM LESÕES DE PELE NA RUA

Autor principal/relator: Juciane Aparecida Krambeck  
Colaboradores: Adriane Wollmann, Renilda Pereira  
Royko Kozlowski, Oneida da Silva, Maria Terumi  
Maruyama Kami, Liliana Muller Larocca.

Local de Trabalho: US Ouvidor Pardiniho  
Eixo Temático: Vivências e narrativas sobre  
práticas do cuidado em diversos cenários



## INTRODUÇÃO

No Brasil, as lesões de pele acometem a população de forma geral, determinando um alto índice de pessoas com alterações na integridade da pele, constituindo assim, um sério problema de saúde pública (MORAIS *et al.*, 2008). Este fato é agravado na população em situação de rua (PSR).

## DESENVOLVIMENTO

Relatar as principais alterações dermatológicas encontradas no atendimento aos usuários do Consultório na Rua (CnaR) e estratégias de cuidado para efetivação da assistência.

As principais alterações de pele encontradas no período de ago/2013 à out/2014 foram: fissuras plantares, bicho de pé (*tunga penetrans*), infecções fúngicas unguiais, processos inflamatórios decorrente de infestações por muquirana (*pediculus humanus*), úlceras crônicas em membros inferiores (arterial e venosa), picadas de inseto, mordedura de cão, celulites e erisipela. Devido à falta de trocas frequentes dos curativos, é comum encontrar contaminações por outros agentes (pseudomonas).

Estratégias: olhar holístico, vínculo, escuta, pactuação, orientação, plano de cuidado, cuidado compartilhado, apoio multidisciplinar e intersetorial.

## CONCLUSÃO

O cuidado à PSR com lesões de pele possibilita momentos de discussões em equipe/usuário quanto às opções de tratamento, visando a minimização das complicações e a melhoria da qualidade de vida. A enfermagem tem um papel fundamental na assistência à PSR, uma vez que a mesma participa ativamente na prevenção, promoção e recuperação da saúde.

## REFERÊNCIAS

MORAIS, G.F.C; OLIVEIRA, S.H.S, SOARES; M.J.G.O. Avaliação de Feridas pelos Enfermeiros de Instituições Hospitalares da Rede Pública. *Revista Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 98-105, 2008.



Foto: Thais Krukroski

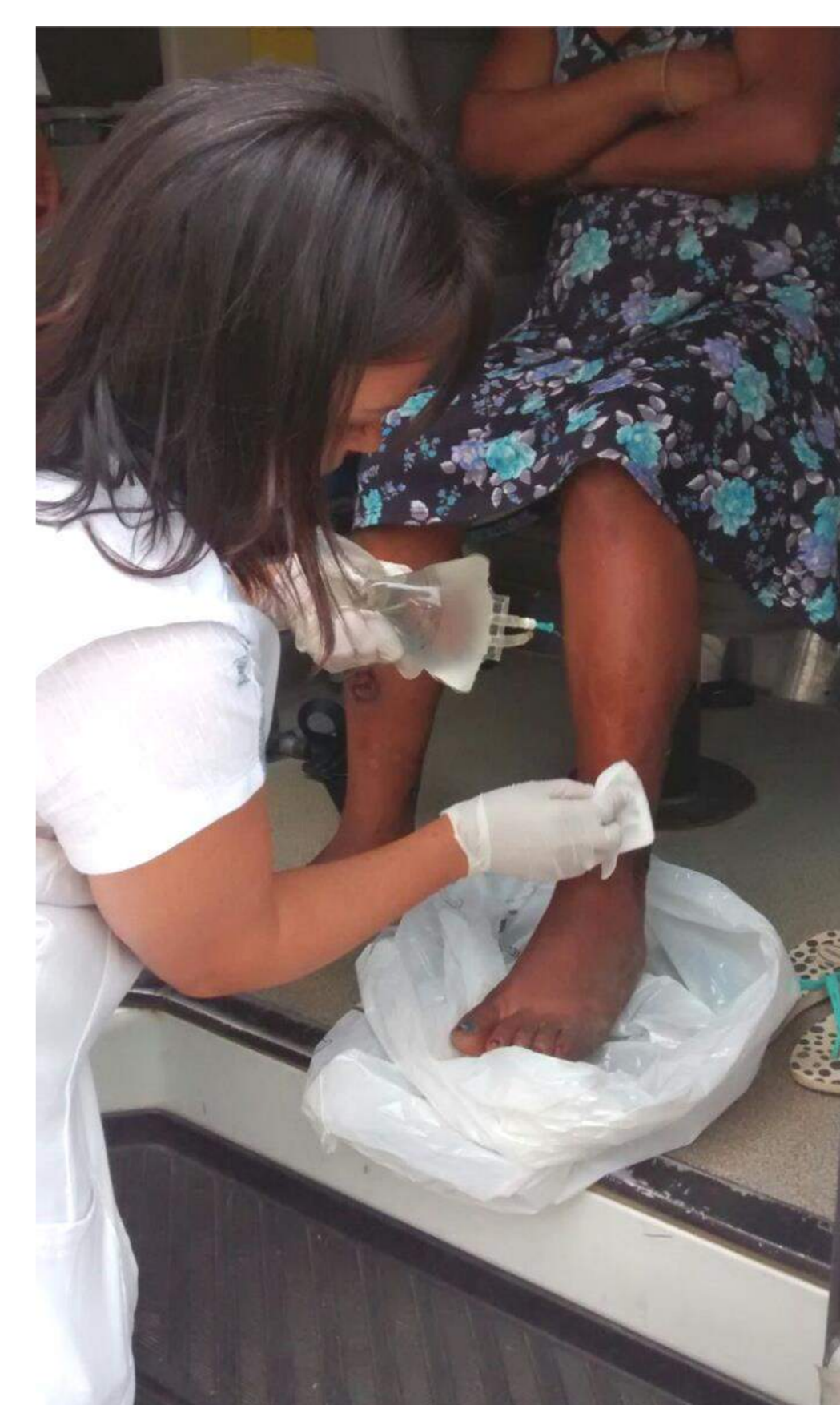


Foto: Thais Krukroski



Foto: Renilda Kozlowski



Foto: Thais Krukroski

# MORDIDA CRUZADA – INTERVENÇÃO PRECOCE

Autor principal/relator: Magda Cristina Dias Barbosa de Oliveira

Colaboradores: Josefina E. K. Santos; Tatiana S. S. M. Nascimento; Margarete Tscha; Adriana D. Tavares; Sônia M. Lainequer

Local de Trabalho: Unidade de Saúde Alvorada  
Eixo Temático: Saúde Bucal



## INTRODUÇÃO

A mordida cruzada é um tipo de má oclusão que necessita tratamento precoce para que alterações de base óssea não se instalem no sistema estomatognático em desenvolvimento. Conceitua-se mordida cruzada como uma relação bucolingual anormal de um ou mais dentes da maxila em relação à mandíbula, estando os dois arcos em oclusão. A mordida cruzada pode ser anterior e ou posterior, uni ou bilateral. Quanto à complexidade podem ser simples ou dentárias, funcionais ou neuromusculares e complexas ou esqueléticas (SAGA, 2003).



Fotografias de Oliveira MCDB - "Mordida Cruzada: Evolução de caso"

## DESENVOLVIMENTO

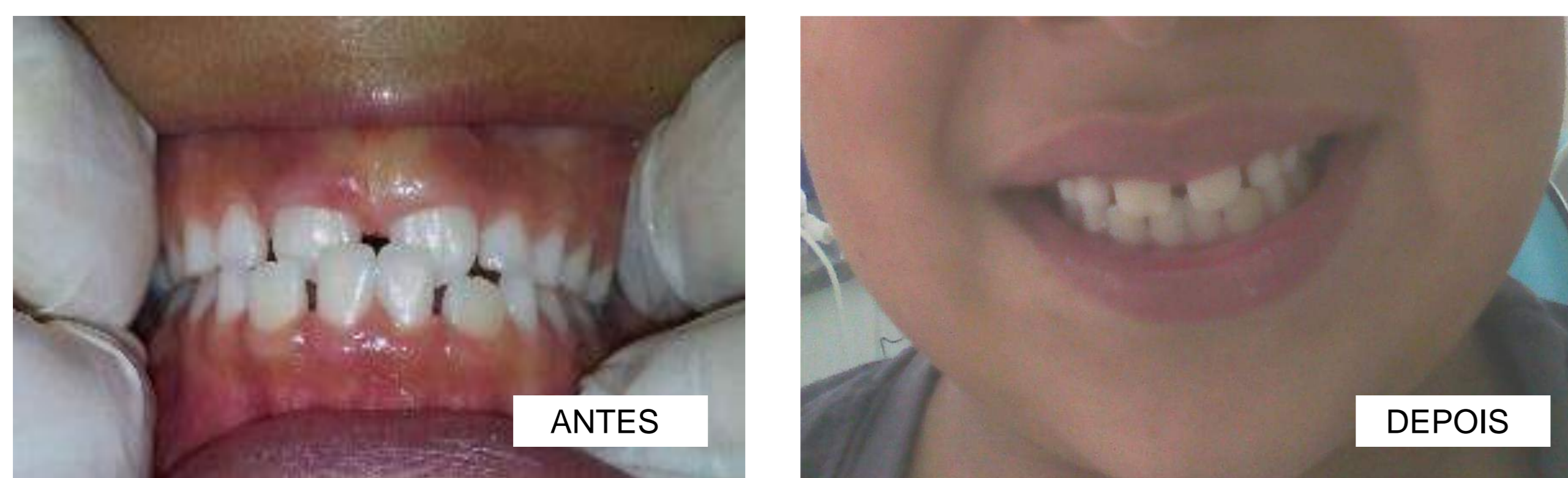
Se houver diagnóstico preciso e precoce (entre 4 e 10 anos) o clínico geral ou odontopediatra podem intervir, adequando a mordida para que ocorra o crescimento correto da maxila e mandíbula e evitando perdas dentárias e tratamentos mais complexos e onerosos no futuro (FORJAZ, 1995).

A ortopedia e a ortodontia dispõem de vários aparelhos para correção das mordidas cruzadas, porém a realidade da clínica mostra que mesmo orientando, alguns pais tem dificuldade para o tratamento na idade adequada. Consideramos que é pertinente que usemos nosso conhecimento científico e o material disponível para melhorar a condição dessas crianças (CHIBINSKI, 2005). Podemos intervir nas mordidas simples e funcionais, fazendo ajustes oclusais que permitam a oclusão correta e liberem a maxila e mandíbula para crescimento normal (ROSSI, 2012).

Para esse fim usamos abaixadores de língua (madeira) e pistas diretas Planas (restaurações com resina em dentes decíduos para restabelecer oclusão correta), ambos baseados em trabalhos de vários autores com ampla citação na literatura odontológica (CHIBINSKI, 2005; ROSSI, 2012).

## CONCLUSÃO

O diagnóstico das mordidas cruzadas deve ser feito o mais precocemente possível e devem ser tratadas tão logo sejam diagnosticadas, pois não há autocorreção. O uso da técnica de pistas diretas propostas por Planas permite a correção da mordida cruzada anterior funcional em curto período de tempo, aproveitando a dinâmica favorável dos tecidos da criança, permitindo o restabelecimento dos padrões faciais, da dentição e modificações favoráveis inclusive na sua personalidade, devolvendo ao pequeno paciente o prazer do sorriso. Este tratamento pode ser realizado por profissionais clínicos com suficiente conhecimento da fisiologia oclusal e técnica de confecção das pistas evitando tratamento invasivos e onerosos no futuro.



Fotografias de Oliveira MCDB - "Mordida Cruzada: Evolução de caso"

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

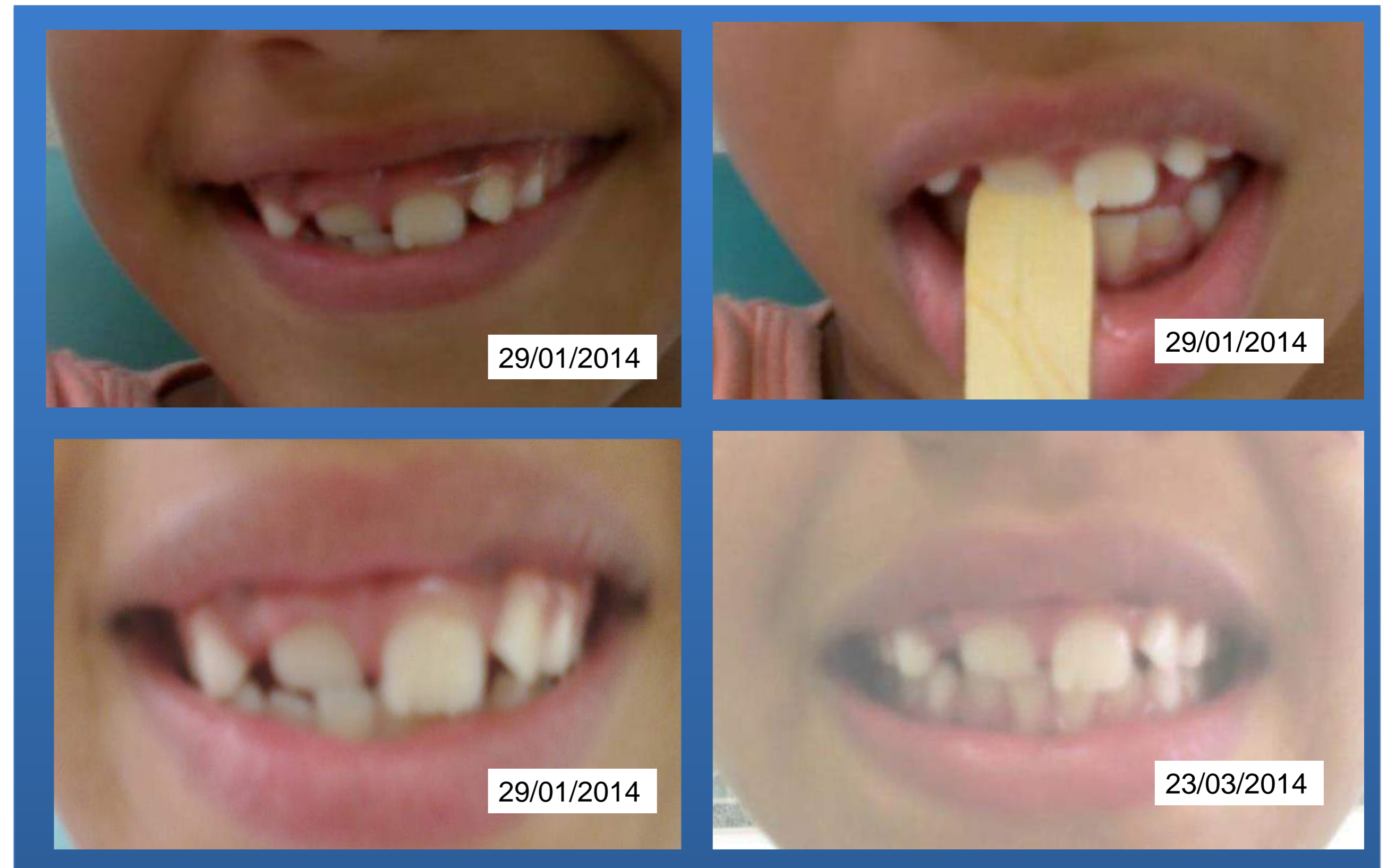
SAGA, A. Y.; VIANA, M. S.; MADRUGA, A. E.; TANAKA, O. Mordida cruzada anterior dentoalveolar. Revista Gaúcha de Odontologia, abri/maio/jun., 2003. 95-103 p. [www.revistargo.com.br](http://www.revistargo.com.br)  
CHIBINSKI, A. C. R.; CZLUSNIAK, G. D.; MELO, M. D. Pistas diretas planas: terapia ortopédica para correção de mordida cruzada funcional. Revista Orton Dental Press, Maringá, v. 4, n. 3, jun/jul/, 2005. 64-72 p.  
FORJAZ, M. B.; OSÓRIO, M. D. S. C. Mordidas cruzadas nas dentições decíduas e mista. Monografia apresentada à Faculdade de Odontologia de Piracicaba. 1995.  
ROSSI, L. B.; PIZZOL, K. E. D. C.; BOECK, E. M.; LUNARDI, N.; GARBIN, A. J. I. Correlação de mordida cruzada anterior funcional com a terapia de pistas diretas planas: relato de caso. Faculdade de Odontologia de Lins/Unimep. 22 (2), jul/dez 2012. 45-50 p.

## EVOLUÇÃO DE CASO: W.A.S - IDADE: 8 ANOS



Fotografias de Oliveira MCDB - "Mordida Cruzada: Evolução de caso"

## EVOLUÇÃO DE CASO: M.E.S - IDADE: 8 ANOS



Fotografias de Oliveira MCDB - "Mordida Cruzada: Evolução de caso"

## EVOLUÇÃO DE CASO: M.E.S - IDADE: 8 ANOS



Fotografias de Oliveira MCDB - "Mordida Cruzada: Evolução de caso"

# PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA - PSE

Autor principal/relator: Josefina Eva Kichileski Santos

Colaboradores: Magda C. D. B. de Oliveira; Tatiana S. S. M. Nascimento; Celeste da S. D. Ferreira; Aldira F. Lachowski; Salete C. Albini

Local de Trabalho: Unidade de Saúde Alvorada  
Eixo Temático: Saúde Bucal



## INTRODUÇÃO

O Programa Saúde na Escola -PSE vislumbra a integração de ações de promoção da saúde, de prevenção de doenças e agravos à saúde, com foco ao enfrentamento das vulnerabilidades que comprometam o pleno desenvolvimento dos estudantes da rede pública. Foi instituído como política intersectorial entre saúde e educação em 2007. O envolvimento dos escolares, pais e responsáveis e dos profissionais da educação é uma importante estratégia para atingir os objetivos do programa e também reforça a importância da participação de todos no cuidado com a saúde bucal (BRASIL, 2009). Um dos equipamentos onde é desenvolvido o PSE pela US Alvorada é na Escola Municipal Professora Maria Marli Piovesan.

## DESENVOLVIMENTO

Foi realizada pela equipe de odontologia da US Alvorada avaliação da atividade de cárie dentária dos alunos, presença de lesão e trauma bucal. Foram avaliados aproximadamente 600 alunos da Escola Municipal Professora Maria Marli Piovesan, no período da manhã e tarde. Para as crianças avaliadas e classificadas como mais vulneráveis, ou seja, com alta atividade da doença cárie, que representavam 39 % das crianças, foi enviada (via agenda escolar) carta solicitando o comparecimento à Clínica Odontológica para realização de atendimento clínico. Pelo monitoramento do comparecimento das crianças da área de abrangência da US Alvorada, observou-se que 59 % crianças agendadas compareceram ao atendimento na clínica e destas, 25% concluíram o tratamento. Além da avaliação realizada em ambiente escolar e o atendimento na clínica odontológica, também foram realizadas ações de escovação dental supervisionada com flúor e apresentação de filme educativo com sessão de tira dúvidas após a apresentação.

## CONCLUSÃO

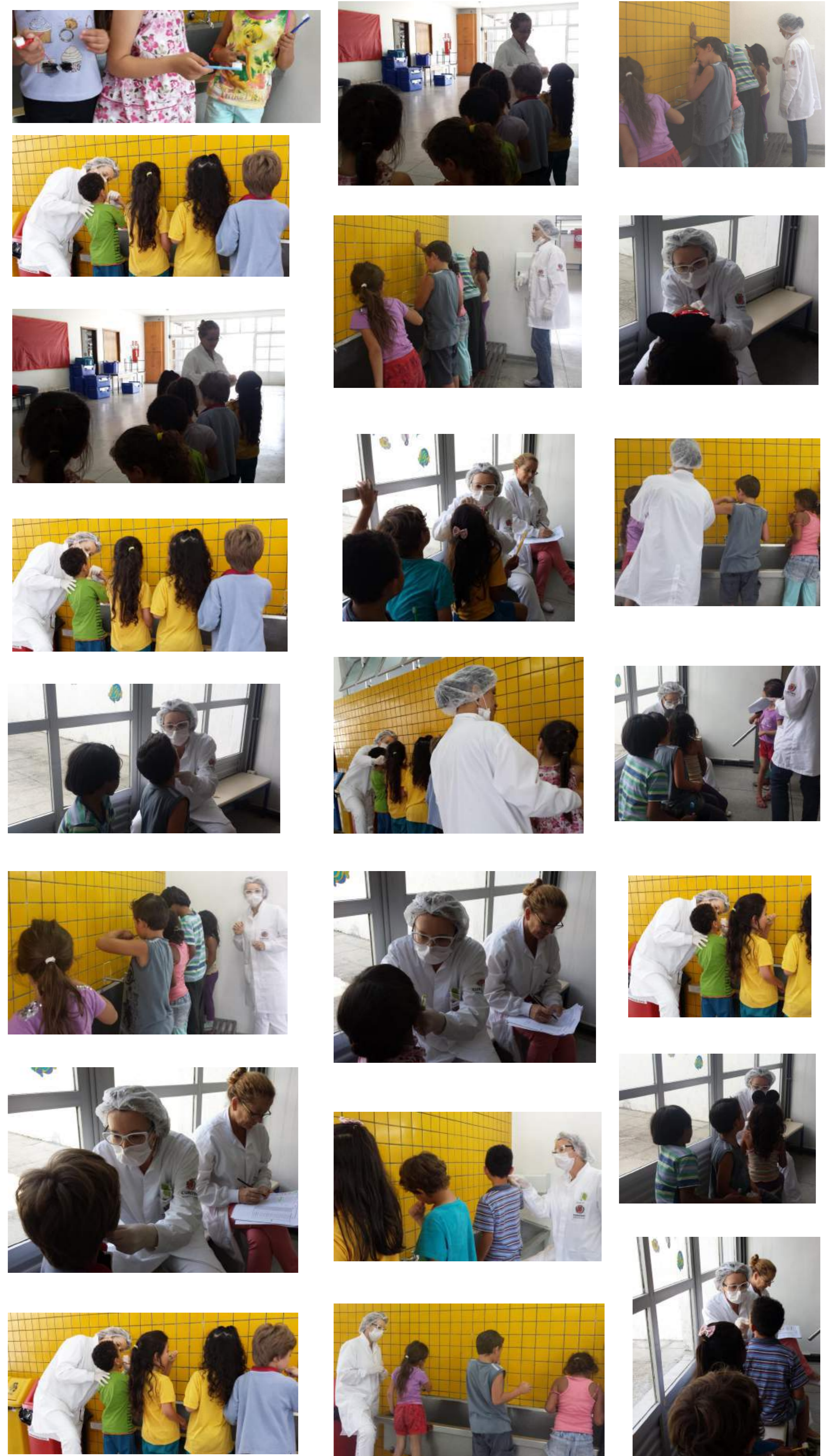
A ação no ambiente escolar propicia um local adequado para orientação e avaliação das crianças. Contudo aquelas que necessitam de tratamento odontológico, ainda não comparecem à clínica conforme o desejado. Mesmo tendo seu retorno agendado, observa-se que as faltas são frequentes e que apenas 25% das crianças concluíram o tratamento. Para resolver esse problema, a equipe acredita que deveria haver um maior envolvimento dos pais ou dos seus responsáveis. Esta ação já está sendo planejada para o próximo ano. Observa-se ainda que, pela percepção dos funcionários que estão atuando nessa área há vários anos, o número de emergências e urgências advindas da escola foi menor que em anos anteriores.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na escola**. Brasília, 2009. 96 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos de Atenção Básica ; n. 24) ISBN 978-85-334-1644-4 URL: [http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos\_ab/abcdad24.pdf]

<http://dab.saude.gov.br/portaldab/pse.php>

[http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=16795&Itemid=1128](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=16795&Itemid=1128)



Fotografias de Santos, JEK. "PSE-Escola Municipal Professora Maria Marli Piovesan: equipe odontológica da US Alvorada. SMS Curitiba, 2014."

# DIABETES NA APS: UMA DISCUSSÃO CENTRADA NO PACIENTE

Autor: Cynthia Soares  
Colaboradores: Diogo Leão, Joane Mouzinho

Local de Trabalho: US São José  
Eixo Temático: Educação em Saúde



## INTRODUÇÃO

Diante do conhecimento adquirido na Residência de Medicina da Família e Comunidade, reconhecemos o desafio de aplicar Ferramentas Saúde da Família, a fim de proporcionar uma melhor adesão ao tratamento e cuidado continuado à uma paciente moradora na área de abrangência da Unidade de Saúde São José (US), município de Curitiba – PR, portadora de Diabetes Mellitus Tipo II (DM II) e com presença de fatores sociais agravantes (DUNCAN, 2013).

## DESENVOLVIMENTO

Após análise de prontuário e reconhecimento da situação problema, detectamos múltiplos atendimentos no serviço de urgência por diabetes descompensada. Por meio de consultas médicas e visitas domiciliares, foi resgatado o vínculo da paciente com a US onde observamos que era analfabeta e tinha deficiência visual, dentre outros agravantes socioeconômicos, que dificultavam a adesão ao tratamento. Fez-se necessária a abordagem centrada na pessoa (STEWART, 2010) e utilização de ferramentas saúde da família, tais como: Genograma - estrutura familiar frágil; Ciclo de Vida – aposentadoria; ECOMAPA - dependência total da US; F.I.R.O. - não inclusão de todos os membros; e, P.R.A.C.T.I.C.E. - apoio da filha (DUNCAN, 2013). Utilizando a metodologia da problematização, com o **Arco de Maguerez** (BERBEL, 1998) reconhecemos a realidade; o problema da paciente; elaboramos pontos chaves e hipóteses de solução. Com isso, utilizamos métodos ilustrativos através de símbolos visuais que proporcionaram entendimento da medicação, doses e horários a serem administrados pela paciente.

## CONCLUSÃO

A prática da Medicina da Família e Comunidade por meio do cuidado contínuo e de outras estratégias proporcionou à paciente o empoderamento e o reconhecimento de sua situação de saúde, tornando-a agente principal e corresponsável pelo seu cuidado. Desta forma, manteve-se o seu vínculo principal com a equipe da US que a reconhece na sua integralidade. Atualmente a relação médico-paciente está fortalecida gerando satisfação e confiança mútua. A acuidade visual se restabeleceu pelo bom controle glicêmico que se mantém até hoje.

## REFERÊNCIAS

- STARFIELD B. **Primary care: concept, evaluation and policy**. New York: Oxford University Press; 1992.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: MS; 2011.
- STEWART M, BROWN JB, WESTONWW, MCWHINNEY IR, MCWILLIAM CL, FREEMAN TR. **Medicina Centrada na Pessoa: transformando o método clínico**. 2.ed.Porto Alegre: Artmed; 2010.
- DUNCAN BB, SCHIMIDT MI, GIUGLIANI ERJ. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primaria baseadas em evidências**. 4.ed.Porto Alegre: Artmed; 2013.
- BERBEL, NAN. **A problematização e a aprendizagem baseada em problemas**. Interface Comun Saúde Educ, v. 2, n. 2, p. 139-154, 1998.



Fotografia de SOARES C. “Atendimento de diabetes na US São José – DSSF. SMS Curitiba, 2014”.



Fotografia de SOARES C. “Insumos para o cuidado do diabetes - US São José /DSSF. SMS Curitiba, 2014”.



Fotografia de SOARES C. “Insumos para o cuidado do diabetes - US São José /DSSF. SMS Curitiba, 2014”.



Fonte: BERBEL, NAN. 1998 “Arco de Marguerez”.

# VISA É LEGAL!

Autor principal/relator: Cristina H. M. Yano  
Colaboradores: Andreia M. Spiller, Áurea S. Nichimaki, Beatriz B. Nadas, Jhulie R. da Silva, Nalú A. Leal

Local de Trabalho: Distrito Sanitário Pinheirinho  
Eixo Temático: Vigilância Sanitária



## INTRODUÇÃO

Como profissionais atuantes na Vigilância Sanitária (VISA), percebemos em nossas ações do cotidiano que, em muitos momentos, os proprietários de estabelecimentos não compreendem as razões e necessidades de adotarem medidas de boas práticas para realizarem determinados procedimentos e organizarem seus processos de trabalhos. Em conjunto com a Associação Comercial do bairro Capão Raso de Curitiba, este trabalho teve como objetivo aplicar uma prática educativa na forma de oficinas com os proprietários e responsáveis destes estabelecimentos.



## DESENVOLVIMENTO

Foram desenvolvidas 3 oficinas de 2 horas cada, de acordo com os ramos de atividades e segmentos setoriais. Nestes encontros, foram abordados temas relacionados às exigências documentais, legislações pertinentes às adequações de infraestrutura e das medidas de boas práticas. As oficinas objetivavam a conscientização destes proprietários sobre as ações da VISA. Para tal, na metodologia buscou-se a sensibilização dos participantes utilizando-se fotos. Foi feita ainda uma autoavaliação com aplicação de *check list* baseado na legislação vigente, na atuação da VISA e nos documentos necessários que fossem de seus conhecimentos.

## CONCLUSÃO

Os profissionais de saúde da VISA-DSPN, necessitam ter mais envolvimento em ações de maior amplitude e abrangência, pois, educar para a saúde vai além de fronteiras da área física do ambiente de trabalho. Percebeu-se que a população, quando orientada pelos profissionais de saúde, desenvolve a capacidade de reconhecer a importância de se utilizar serviços de boa qualidade, promovendo grandes avanços na sociedade, no exercício da cidadania.

Data	Ramo	Estabelecimentos	Pessoas
05/jun/13	Mercados, açougues e peixarias	16	29
19/jun/13	Restaurantes, Lanchonete, Bares	26	13
03/jul/13	Panificadoras, Pizzarias, Carne Assada	15	26
<b>TOTAL</b>		<b>57</b>	<b>68</b>

Fonte: Relatório das Oficinas da VISA – DSPN/SMS Curitiba, 2014.

## REFERÊNCIA

BRASIL. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 216/04, de 15 de setembro de 2004. Dispõe sobre Regulamento Técnico de Boas Práticas para Serviços de Alimentação.



# ATENDIMENTO DE LEISHMANIOSE NA UMS CAMPINA DO SIQUEIRA

Autor principal/relator: Alceu Bisetto Júnior  
Colaboradores: Neide Regina Gomes de Oliveira Pedroso

Local de Trabalho: UMS Campina do Siqueira  
Eixo Temático: Atenção especializada



## INTRODUÇÃO

A Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA) é uma doença causada por protozoários do gênero *Leishmania*, e acomete pele (Figura 1) e mucosas, com graves consequências, podendo gerar sequelas. O aumento da procura por consultas médicas para casos suspeitos de LTA em Curitiba, associada a dificuldade de acesso ao único serviço de referência na região (Hospital de Clínicas da UFPR), e a presença de um médico na UMS Campina do Siqueira com experiência nesta doença, possibilitou a implantação de um ambulatório de atenção especializada na referida unidade.

## DENVOLVIMENTO

A transmissão da LTA ocorre através da picada de insetos do gênero *Flebotomínea*. No Paraná é uma doença endêmica no Vale do Rio Ribeira, Bacia do Rio Ivaí e Regiões Norte, Oeste e Sudoeste. Não há registro de transmissão em Curitiba, provavelmente porque a região encontra-se em área de clima frio (cfb) e com altitude elevada, acima de 600m. Dos 71 casos notificados em Curitiba desde 2009 até o momento, 40 eram residentes na Capital (Gráfico 1), e todos importados de 18 outros municípios, localizados em regiões endêmicas do Paraná e do Brasil (Figura 2).

Assim como ocorre com outras doenças de baixa ocorrência, poucos médicos estão habituados a atender casos de LTA, portanto o diagnóstico e o tratamento ficam prejudicados, com a dificuldade de encaminhamento para o ambulatório de Infectologia do Hospital de Clínicas da UFPR. Devido a necessidade observada pelo Centro de Epidemiologia da SMS, e em acordo com a Autoridade Sanitária, o médico da UMS Campina do Siqueira, Chefia do Distrito de Santa Felicidade, foi possível a criação do ambulatório de referência de Leishmaniose.

Em dois meses de implantação foram atendidos seis casos suspeitos, sendo três confirmados e tratados e os outros encaminhados para tratamento especializado. Os casos foram atendidos e realizados os exames preconizados para a confirmação e diagnóstico diferencial. Este ambulatório agilizou o atendimento e possibilitou a realização de diagnóstico laboratorial e o diagnóstico diferencial correto com tratamento adequado, ou encaminhamento especializado.

Na UMS foi realizada reunião com todos os servidores para informá-los sobre o fluxo de atendimento e está sendo programado treinamento da Enfermagem e preparo de material para a realização de coleta de material para envio do exame ao laboratório.

## CONCLUSÃO

O estabelecimento de uma referência de assistência para Leishmanioses em uma Unidade de Saúde no Município de Curitiba poderá melhorar o diagnóstico e o atendimento aos pacientes, reduzindo o tempo de tratamento e as sequelas decorrentes.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Manual de Vigilância da Leishmaniose Tegumentar*. 2ª. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

DE LIMA, Meiri Vanderlei Nogueira et al. Atendimento de pacientes com leishmaniose tegumentar americana: avaliação nos serviços. *Cad. Saúde Pública*, v. 23, n. 12, p. 2938-2948, 2007.

Figura 1: Lesões primárias de LTA.



Fonte: fotografia de Alceu Bisetto Júnior "Lesões primárias de LTA".

Gráfico 1: Casos de LTA notificados em Curitiba e residentes.

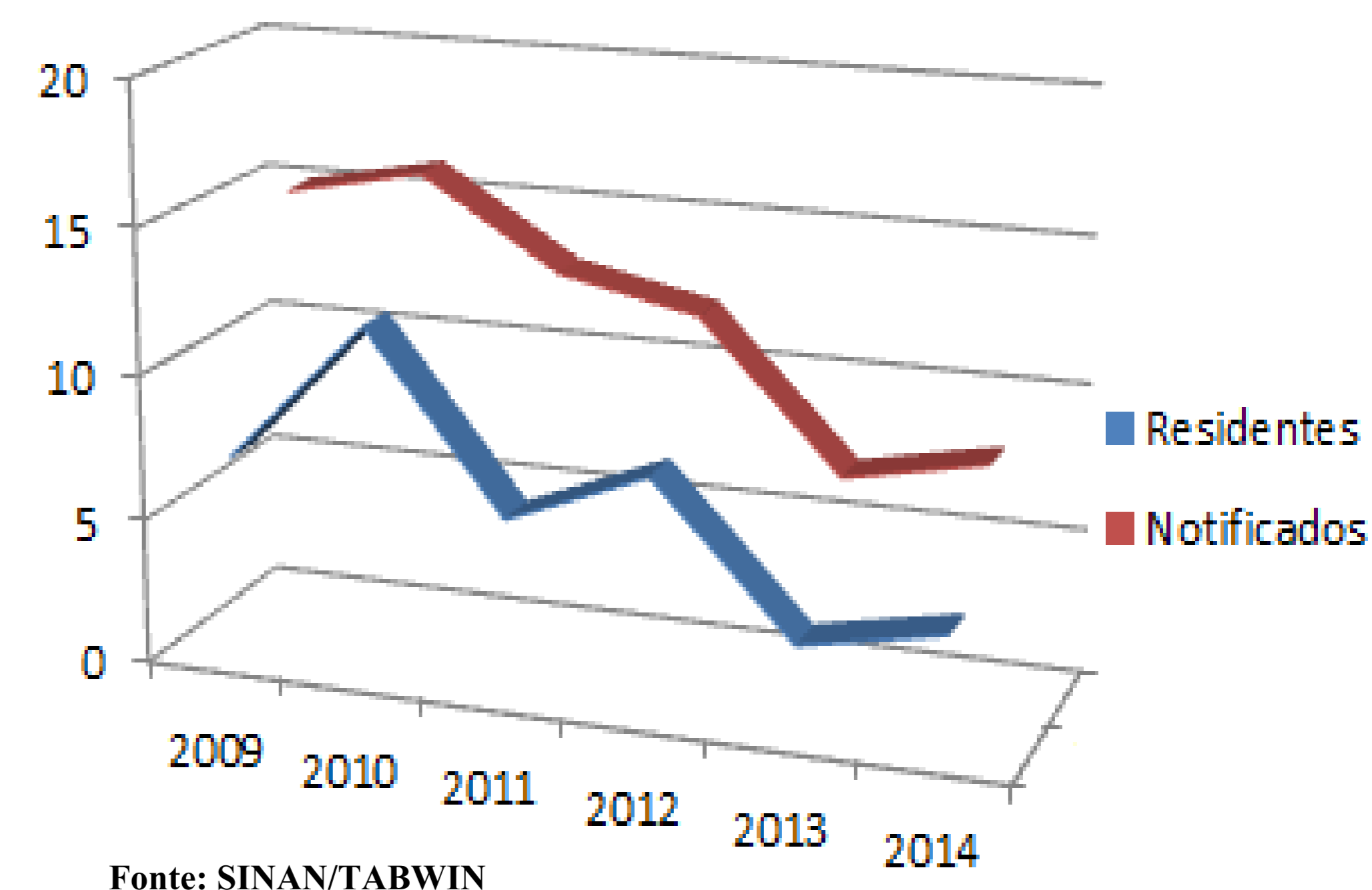
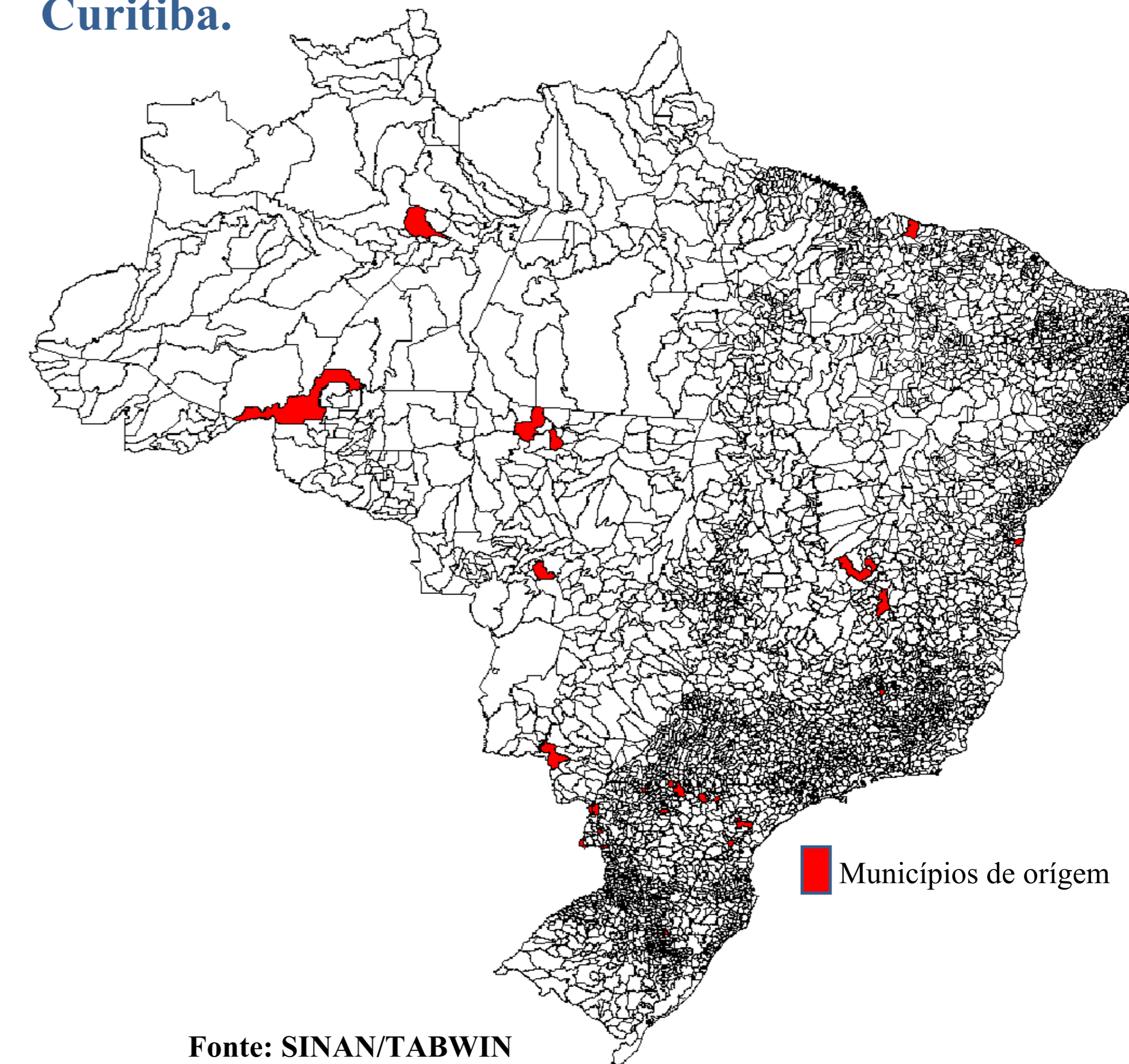


Figura 2: Municípios onde foram relatadas as ocorrências da transmissão dos casos notificados em Curitiba.



# Visita domiciliar para auxiliar deficientes visuais no uso correto de medicamentos : um relato de experiência originado do PET- Redes.

Autor principal/relator: Stefhany Bronholo

Colaboradores: Adriana Cristina Franco, Jurinã Oromi Lopes, Maria Teresa Casagrande, Paulo Roberto Campagnoli Ivete Sanson Zagonel, Leda Maria Albuquerque, Joseane Ribeiro Rodrigues .

Local de Trabalho: Unidade de Saúde Santa Quitéria – SMS Curitiba

Eixo Temático: Vivências e narrativas sobre práticas do cuidado em diversos cenários



## INTRODUÇÃO

O Programa - Ensino pelo Trabalho- PET/Redes- Rede de atenção às pessoas com doenças crônicas priorizando o enfrentamento do câncer de colo de útero e mama possibilitou o surgimento deste relato de experiência pois engloba todas as ações desenvolvidas no SUS. Neste programa a formação profissional é diferenciada pela oportunidade em aproximar o conhecimento teórico à prática profissional e atender as necessidades do Sistema Único de Saúde.

## DESENVOLVIMENTO

Durante as atividades do PET-Redes, foi realizado por alunos de Psicologia e Enfermagem, supervisionados por preceptores, visitas domiciliares nas quais tivemos contatos com vários usuários de ambos os sexos, que apresentavam deficiência visual. Muitos apresentavam patologias como: diabetes, hipertensão, colesterol elevado, hipotireoidismo, depressão, entre outras patologias particulares. Devido ao grande número de doenças, estes usuários também utilizam diferentes medicamentos. O desafio é organizar o uso destes medicamentos, já que os mesmos não possuem visão e não realizam a decodificação sensorial pelo método Braille. Neste contexto, a equipe multiprofissional deve estar atenta e bem sincronizada para orientar estes usuários quanto ao uso correto destes medicamentos.

## CONCLUSÃO

Conclui-se que é de extrema importância que a equipe de saúde esteja atenta e engajada neste processo, pois usuários deficientes visuais que necessitam fazer uso de vários medicamentos necessitam de uma atenção básica continuada. Em campo, vemos muitos casos em que pacientes com deficiência visual administram superdoses ou doses erradas e, muitas vezes, até medicamentos errados em horários inadequados, esses hábitos acabam prejudicando o paciente instantaneamente ou em resposta tardia. Na maioria dos casos, os pacientes relatam o não compreender as orientações passadas ou a dificuldade de identificar os remédios, pois a maioria destes pacientes não faz a decodificação sensorial pelo método Braille. A experiência foi significativa e demonstrou a realidade concreta e as dificuldades enfrentadas pelos usuário no Sistema Único de Saúde.

## REFERÊNCIAS

<http://portal.mec.gov.br/seed/arquivos/pdf/deficienciavisual.pdf>

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_saude\\_pessoa\\_deficiencia.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_pessoa_deficiencia.pdf)



# FORTALECIMENTO DA LINHA DE CUIDADO EM HANSENÍASE NO MUNICÍPIO DE CURITIBA

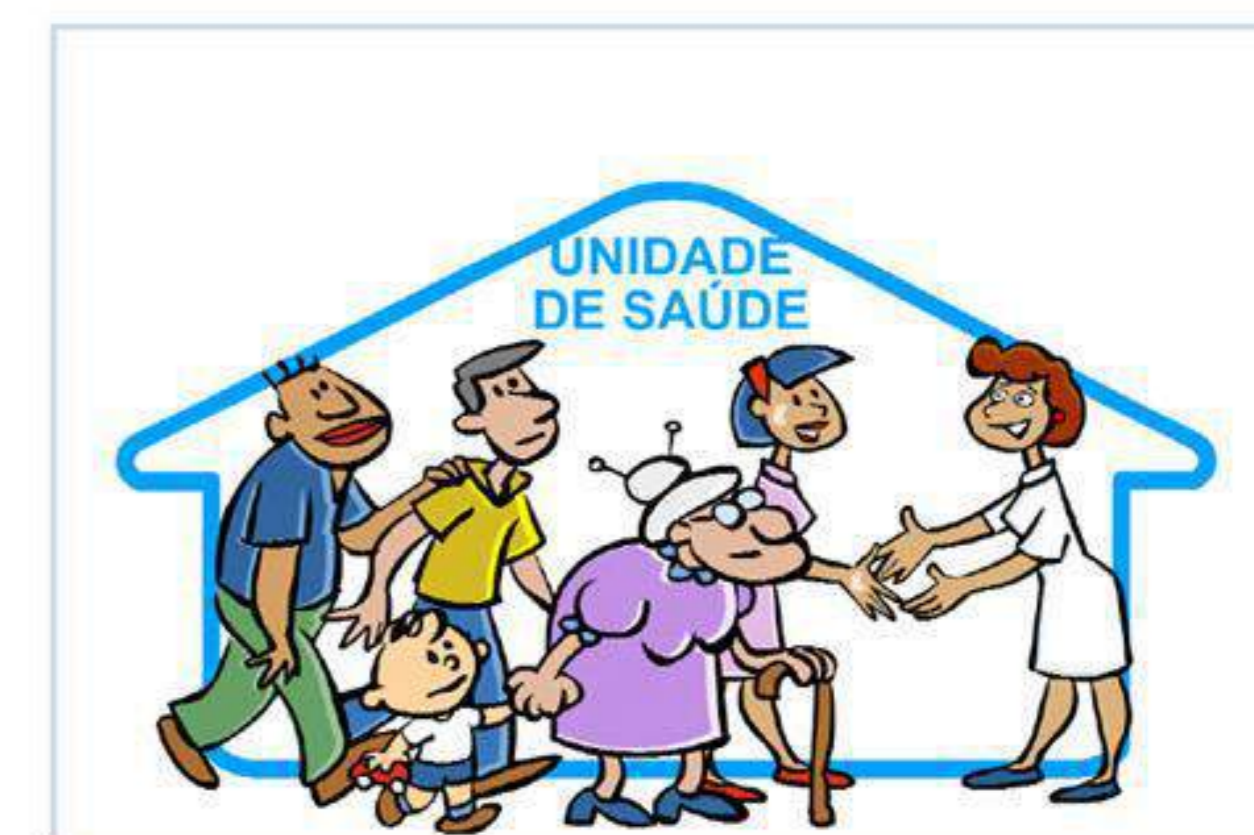
Autor principal/relator: VIGO,NR  
Colaboradores: BONATO,LW; BOBATO,VR;  
DALLASTELLA,SMZ ;GLIR,CH; JESUS,CS

Local de Trabalho: DRAS; DAPS; NASFPN2; CE  
Eixo Temático: Redes de atenção



## INTRODUÇÃO

A Hanseníase está entre as doenças de notificação compulsória de interesse da saúde pública devido às sequelas incapacitantes que pode causar. O envolvimento dos diferentes pontos de atenção no cuidado do paciente com hanseníase intensifica o caráter de integralidade e fortalece o cuidado. Para tanto, foi pensado um Grupo de Trabalho em Hanseníase no Município de Curitiba, que conta com profissionais dos diferentes pontos de atenção e propõe aproximação entre eles para nortear o cuidado integral do paciente com Hanseníase.



## DESENVOLVIMENTO

Foi constituído um grupo técnico de trabalho com representantes da Atenção Primária a Saúde - APS, Serviços Especializados (Fundação Pró-Hansen e Centro Hospitalar de Reabilitação Ana Carolina Moura Xavier), Departamento de Redes de Atenção a Saúde e Centro de Epidemiologia. Realizado o diagnóstico da situação atual para o planejamento de ações de fortalecimento da linha de cuidado em hanseníase tendo como objetivos: fortalecer a linha de cuidado em Hanseníase no Município de Curitiba; promover melhora no acesso e vínculo dos usuários com Hanseníase e aproximação da APS; e reforçar e redefinir as funções dos diferentes pontos de atenção da rede de cuidados dos usuários com hanseníase.



## CONSIDERAÇÕES

Foi identificada fragilidade na comunicação entre os serviços e no acompanhamento das pessoas com hanseníase pela APS, sendo que atualmente a atenção especializada tem maior vínculo e assume o papel de referência junto ao usuário. Para fortalecer a integralidade da atenção, o próximo passo será traçar a nova linha de cuidado de acordo com a realidade atual e sensibilizar as equipes de atenção básica para melhorar o acolhimento. A falta de comunicação entre os diferentes pontos de atenção prejudica o cuidado integral das pessoas acometidas pela Hanseníase. A estigmatização da doença e o preconceito ainda existentes, reforçam a necessidade do acolhimento e humanização em qualquer ponto da atenção. A fragilidade do cuidado perpassa por esses aspectos que devem ser revistos constantemente dentro de todos os serviços de atendimento a esses usuários.



# ODONTOLOGIA E GESTÃO

Autor principal/relator: Dalvo José Mercú  
Colaboradores: Elaine Cornelius  
Maria Olimpia de Camargo Macieski  
Zilá Ferreira Gonçalves

Local de Trabalho: Distrito Sanitário Cajuru  
Eixo Temático: Gestão em Saúde



## INTRODUÇÃO

O desafio de gerenciar equipes multidisciplinares leva os gestores de UBS à busca de conhecimentos gerais de outras profissões que subsidiem condições para avaliações críticas e construções mais eficazes junto a suas equipes de processos de trabalho.

Este trabalho tem como objetivo relatar a experiência do DSCJ na qualificação de Gestores de UBS quanto as questões da saúde bucal. A capacitação do gestor local para o diálogo com os profissionais da odontologia buscou aproximá-los da sua equipe de saúde bucal, no intuito de valorizar o trabalho da Odontologia e trazer melhorias no âmbito do planejamento odontológico, seu monitoramento e fluxos organizacionais.

## DESENVOLVIMENTO

Atualmente os coordenadores de UBS possuem formação multiprofissional: enfermagem, fisioterapia, psicologia, e odontologia. A necessidade do gestor local em se envolver com todos os pontos de atenção na UBS faz parte do seu perfil de atuação, entretanto, ele precisa conhecer os pontos norteadores de cada esfera de trabalho na UBS para conseguir traçar um plano de gestão. Esta capacitação foi realizada em quatro módulos com encontros semanais, tendo participação de coordenadores locais dos Distritos Sanitários Cajuru e Matriz, com participação média de vinte pessoas em cada encontro. Os encontros ocorreram no DSCJ e o conteúdo foi abordado de forma que possibilitasse a troca de experiências e vivências, objetivando a mudança da realidade nos locais de trabalho, desta maneira utilizou-se uma metodologia ativa de aprendizagem baseada na problematização e no diálogo, que possibilitasse que possibilitasse a participação do grupo. Os temas abordados estão representados no quadro 01. Para construção desta capacitação reuniram-se um gestor idealizador e coordenador do trabalho, dois trabalhadores, um docente e um moderador.

Para a construção do último módulo, o planejamento de 2015 na odontologia, cada coordenador local deverá iniciar esta tarefa durante a capacitação em conjunto com um CD, TSB e ASB de sua UBS e irão concluí-lo em área com os demais membros da equipe das Unidades de Saúde. O monitoramento das ações deverá ser realizada pelo gestor local com supervisão do gestor distrital.

## CONCLUSÃO

Esta capacitação proporcionou um espaço para discussão dos módulos apresentados, enriqueceu o conteúdo apresentado e propiciou trocas de experiências e de aprendizado. O convite à reflexão em conjunto com os trabalhadores da área de saúde bucal durante o último módulo, teve como propósito reafirmar que todo o processo de trabalho deve ser construído entre seus pares, respeitando o conhecimento local do território, dados epidemiológicos da população da área, o perfil e experiência profissional, a fim de construir novos rumos de trabalho que impactem na saúde bucal da sua população.

## REFERÊNCIAS

- PRADO, M.L.P. et al. Arco de Charles Maguerez: refletindo estratégias de metodologia ativa na formação de profissionais de saúde. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.16, n.1, Mar. 2012.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, Caderno de Atenção Básica, nº 17. Brasília, 2008.
- PLANEJAMENTO EM SAÚDE, disponível em <http://www.portaleducacao.com.br/medicina/artigos/15782/planejamento-em-saude#!2>

### Quadro 01 - Temas abordados na capacitação de gestores de UBS em Saúde Bucal

#### Módulo 1

Reflexão quanto aos serviços de saúde bucal

#### Módulo 2

Organização do processo de trabalho

#### Módulo 3

A clínica Odontológica

#### Módulo 4

Planejamento Odontológico local para 2015



# PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR NA APS: ESTUDO DE CASO

Autor principal/relator: Adriana Cristina Walesko  
Colaboradores: Marciele Guimarães Fagundes;  
Juliana Kirchner Correa; Cleide Maria Martins  
Moreira; Andréa Weihermann de Carvalho; Ana  
do Rosário Coelho

Local de Trabalho: Unidade de Saúde Érico  
Veríssimo - DSBQ  
Eixo Temático: Processo de trabalho  
multiprofissional na APS/ESF



## INTRODUÇÃO

Demonstrar aplicabilidade de execução de Projeto Terapêutico Singular na APS, abrangendo a intersetorialidade necessária para evolução de cuidado de jovem com necessidades especiais, cuidado pela mãe, acamado há cerca de 7 anos, com perda de contato visual e pouco controle esfíncteriano, isolamento social, fora da escola, situação presente após trauma psicológico.

## DESENVOLVIMENTO

J.R.S.R, 22 anos, filho único dos comerciantes C. e R. (pai falecido em abr/14), Síndrome de Down, com alterações comportamentais desde 2007; quando pai submetido a cirurgia cardíaca, e permaneceu aos cuidados da tia paterna e sofreu abuso.

Deixou de frequentar a escola regular (até os sete anos de idade, frequentou a APAE), e passou a ter episódios de agressividade associado a isolamento social, e perda da fala; tentado tratamento com uso de Fluoxetina 20mg, Sertralina, mas de forma irregular, sem melhora.

A partir de agosto/14, aumentamos a frequência de visitas domiciliares, com o consentimento da mãe, para estimulação e observação de reação frente ao estímulo. Percebeu-se melhora na organização de seu quarto, e aumento de contato visual; mãe permanece pouco participativa. Em out/14, visita compartilhada com a equipe do Centro de Referência Especializado em Assistência Social e Secretaria da Pessoa com Deficiência, mãe demonstra interesse em incluí-lo na escola, mas ainda oscila muito, às vezes não recebe a equipe. Está agendada avaliação para inclusão em Escola Especial, mãe refere não ter certeza se irá levá-lo.

## CONCLUSÃO

Observa-se que o jovem responde a estímulos, porém se a mãe fosse mais participativa, teríamos um resultado melhor. A equipe percebeu o quão dinâmico é o PTS, e começamos a pensar em estratégias focadas na figura da mãe, que aparenta estar perdida e receosa das mudanças que poderão ocorrer se o jovem for inserido na escola. Sentimos que a evolução é lenta, mas o importante é persistir e vislumbrar um futuro melhor para este jovem.



# OFICINAS DE CIDADANIA E MUSICOTERAPIA PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA E FAMILIARES

Autor principal/relator: Marcia Regina de Borba Ferreira

Colaboradores: Regina Leonor Bernardes, Larissa Fedosenko, Angela Maria da Silva, Eliane dos Santos Araujo, Sandra Regina Godoi, Celia Maria Celusniak

Local de Trabalho: Unidade de Saúde Sabará.  
Eixo Temático: Educação em Saúde



## INTRODUÇÃO

Qualquer proposta que tenha como meta a autodeterminação das pessoas com deficiências, implica em mudança de paradigma, mudança de olhar. É fundamental portanto que se desenvolva um trabalho junto as pessoas com deficiências, aos familiares, profissionais de educação e de saúde. Uma das razões pelas quais uma pessoa com deficiência se comunica mal, é que alguém jamais pensou que pudesse ser de maneira diferente. Este trabalho tem por objetivo demonstrar o trabalho realizado em parceria com a equipe da Unidade de Saúde Sabará com um grupo de pessoas portadoras deficiências e familiares moradores da comunidade onde permite que o individuo se expresse de várias maneiras, facilitando assim o convívio social e a interação dentro desta comunidade.

## DESENVOLVIMENTO

Encontros semanais de aproximadamente 02horas, sendo de confecção de artesanato, dança e musicoterapia.

A sensibilização de uma empresa da área de abrangência da Unidade de Saúde Sabará, “apadrinhou” o projeto, fornecendo o material utilizado nas oficinas, além recursos como: uniformes, lanches, passeios, etc. Recebemos a doação de instrumentos de percussão, criando assim a banda “O Grito”, nome sugerido pelos participantes, e o do apoio de um professor voluntario da comunidade.

O grupo é monitorado pela equipe de saúde e no decorrer destes 04 anos percebeu-se uma evolução cognitiva e social com a participação ativa dos pacientes e familiares sensibilizando equipe de saúde, comunidade e os patrocinadores.

## CONCLUSÃO

A manifestação oral dos participantes é muito significativa, implicando em escolhas, críticas e posicionamento desses indivíduos na comunidade e sociedade. A partir das participações nas oficinas, um integrante manifestou interesse em participar do Conselho Local de Saúde e sua deficiência intelectual não interfere de maneira alguma nos trabalhos, sendo um conselheiro com participação ativa, evoluindo de forma visível e positiva. O grupo sente-se imensamente valorizado em virtude das participações em eventos como: Conferencia Municipal de Saúde, Encontro Estadual das Pessoas com Deficiência no Hospital do Trabalhador, entre outros.

## REFERÊNCIA

FREIRE.Paulo, **Pedagogia do Oprimido**, editora paz e terra, 50º ed.,São Paulo, 2011.

# REGULAÇÃO DA ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA À PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Autor principal/relator: DALLASTELLA, SMZ  
Colaboradores: CONRADT, ACS; GLIR, CH;  
SANTOS, CCM

Local de Trabalho: DRAS  
Eixo Temático: Atenção especializada



## INTRODUÇÃO

A gestão das redes de atenção à saúde vem favorecer o acesso dos usuários aos serviços de saúde em tempo oportuno à sua necessidade. Nesse sentido a Área Técnica da Pessoa com Deficiência, inserida no Departamento de Redes de Atenção a Saúde, tem como uma das suas atribuições regular e acompanhar o acesso e as ofertas dos serviços especializados nas áreas de reabilitação física, visual e intelectual e de saúde auditiva.

## DESENVOLVIMENTO

A Área Técnica da Pessoa com Deficiência vem desenvolvendo suas ações intersetorialmente com a Atenção Primária à Saúde, Central de Marcação de Consultas Especializadas e Centro de Controle, Avaliação e Auditoria, no sentido de acompanhar e regular a oferta e acesso aos serviços especializados nas áreas de Ortopedia/Órtese, Prótese, Reabilitação Física, Otorrinolaringologia/Deficiência Auditiva e Emissões Otoacústicas para Triagem Auditiva, bem como acompanhar o acesso e a qualidade do serviço prestado pelas clínicas de reabilitação.

As ações desenvolvidas objetivam identificar as demandas apresentadas pelos usuários SUS; qualificar os encaminhamentos e favorecer o acesso a consultas, exames e atendimentos especializados; e otimizar os recursos disponíveis.

## CONSIDERAÇÕES

No desenvolvimento das ações foram identificados pontos de fragilidade no que diz respeito aos encaminhamentos de usuários e a utilização das consultas ofertadas pelos serviços especializados. Percebeu-se a necessidade de melhoria na comunicação entre gestores, prestadores, profissionais da saúde e usuários, bem como orientações acerca de encaminhamentos, fluxos e inserções destes em fila de espera de acordo com sua necessidade.

Portanto, esse processo regulatório contribui na identificação das demandas da população para atendimentos especializados, na organização do sistema para melhor utilização dos recursos e na qualidade da prestação dos serviços.



# A VIVÊNCIA DE ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM NA REALIZAÇÃO DE OFICINAS PARA GESTANTES

Autor principal/relator: Maria Cecília Batista  
Colaboradores: Vanessa Comassetto, Cristiano Caveião, Angelita Visentin e Joanita Stocco Zempulski

Local de Trabalho: UMS Vila Leão  
Eixo Temático: Integração Ensino / Serviço



## INTRODUÇÃO

Oficinas são intervenções utilizadas na saúde coletiva para propor uma forma sistematizada para captar, interpretar e intervir nas práticas educativas para a sociedade. Buscou-se estabelecer aproximação dos discentes do curso de graduação em enfermagem, tendo em vista a contribuição deste método na construção de conhecimentos durante aulas práticas do curso. Assim, os acadêmicos realizaram oficinas semanais para gestantes em todos os períodos de gestação. O objetivo é relatar a vivência dos acadêmicos durante a experiência de realizar oficina para gestantes em uma Unidade de Saúde.

## DESENVOLVIMENTO

As oficinas foram promovidas semanalmente durante as aulas práticas da disciplina de saúde da criança e saúde da mulher e contaram com a participação de gestantes de qualquer período gestacional. Aproveitou-se a participação voluntária das pacientes que estavam na Unidade de Saúde para consultas e exames. As atividades e a definição dos temas foram elaboradas com antecedência pelos acadêmicos sob supervisão do professor. As oficinas tinham duração de aproximadamente 60 minutos e foram realizadas em 05 momentos.

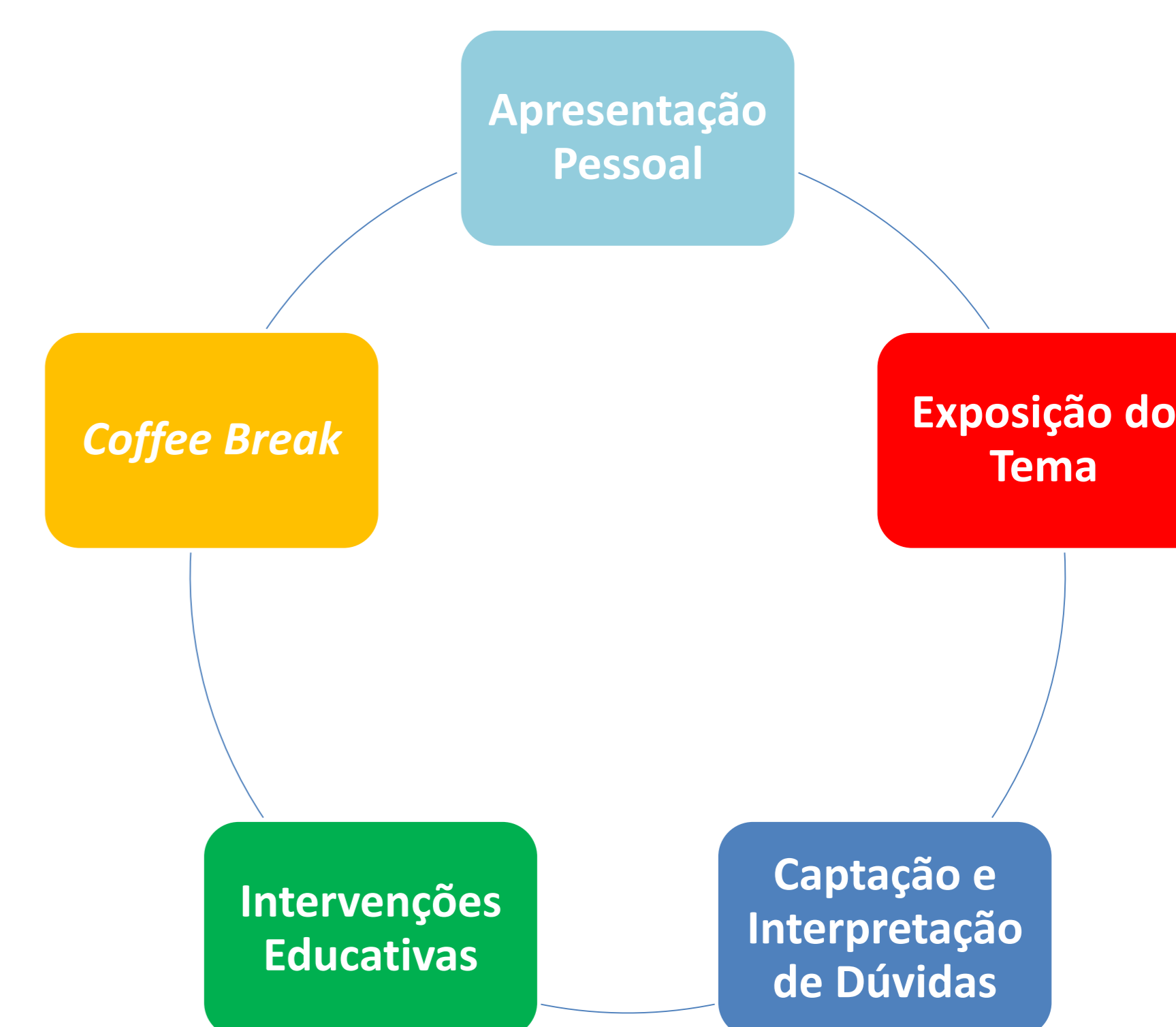
## CONCLUSÃO

A participação do projeto propiciou aos acadêmicos um olhar diferenciado para os problemas enfrentados pelas mulheres no período gravídico-puerperal, enriquecendo a formação acadêmica e possibilitando uma visão diferenciada na experiência em grupos de gestantes refletindo positivamente na vivência destes futuros profissionais.

## REFERÊNCIAS

FONSECA, M.G.S; AMARAL, M.A Reinterpretação da potencialidade das Oficinas de Trabalho Crítico-emancipatórias. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v.65(5),2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672012000500010/](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000500010/). Acesso em : 19/11/2014.

SANTOS CC, ALVES CN, WIHELM LA, CREMONESE L, RESSEL LB. Vivenciando oficinas lúdico-pedagógicas: uma experiência de pensar e fazer enfermagem com adolescentes. Revista Adolescência e Saúde, Rio de Janeiro, v.11(1), 2014. Disponível em: [http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe\\_artigo.asp?id=438](http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=438)Acesso em: 19/11/15



## TEMAS:





# IMPLANTAÇÃO DO NÚCLEO DE SAÚDE COLETIVA DO DISTRITO SANITÁRIO DO BOQUEIRÃO

Autor principal/relator: Aline Bortolini  
Colaboradores: Débora Cristina Carlet

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



## INTRODUÇÃO

O Núcleo de Saúde Coletiva do Distrito Sanitário do Boqueirão (NSC DSBQ) começou ser articulado no final do Ano de 2013 e atualmente conta com a participação de representantes do Distrito Sanitário e de cada uma das Unidades de Saúde, Vigilância Sanitária, Epidemiológica, NASF e FAS (Fundação de Ação Social). Um dos objetivos é subsidiar as equipes locais de saúde analisando o processo de trabalho e transformação da prática levando em conta as análises do perfil epidemiológico, produtividade, socioambiental e levantamentos de necessidades de saúde da comunidade.



## DESENVOLVIMENTO

As atividades do NSC DSBQ foram articuladas no nível central da Secretaria Municipal de Saúde, sendo designado um Representante para explicar o Conceito e finalidades do Núcleo de Saúde Coletiva em reunião do Colegiado de Diretora e Coordenadores de Unidades de Saúde. Em um segundo momento, cada Unidade de Saúde (US) foi convidada a participar de uma Reunião do NSC Distrital, foram apresentadas as ideias principais, agendado a próxima reunião e solicitado que cada US levantasse as maiores desafios de saúde em território. Nesta terceira reunião, as equipes expuseram suas produções e elaboramos planos de capacitações e reflexões sobre as nossas práticas. Estamos em fase primária da formação do grupo, pretendemos ter periodicidade mensal, visando a autonomia para as próprias equipes locais levantarem e desenvolverem suas ações.

## CONCLUSÃO

As equipes realizaram levantamento das necessidades de saúde da comunidade em que atuam foram os seguintes: Alcoolismo e Drogadição, Acumuladores (pessoas que acumulam resíduos inadequadamente) e Dengue (Meio Ambiente). A estratégia utilizada foi combinar que em cada reunião mensal seria planejada a futura reunião. Trazendo para nossa reunião uma produção por equipe. Compartilhar com o grupo o produto processado com a sua equipe local. Percebemos que os profissionais que estão participando desse grupo estão motivados e empolgados para fazer uma diferença e impactar positivamente sobre os indicadores de saúde.

## REFERÊNCIAS

- FONSECA, R.M.G.S DA; BERTOLOZZI, M.R. A Epidemiologia Social como instrumento de intervenção em saúde coletiva e em enfermagem em saúde coletiva. Texto resumido do curso de Epidemiologia Social, ministrado durante o I Encontro Internacional de Enfermagem: Educação e Saúde, Santa Maria, 21p., outubro de 1997.
- FRACOLLI, L.A.; BERTOLOZZI, M.R. A Abordagem do Processo Saúde-Doença das Famílias e do Coletivo. In: BRASIL.Ministério da Saúde. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Manual de Enfermagem. Ministério da Saúde – Brasília.pp 4-8, 2001.
- LAURELL, A.C. A saúde-doença como processo social. In: NUNES, E.D. (org). Medicina Social: aspectos históricos e teóricos. São Paulo, Global. pp.133-58, 1983.
- OLIVEIRA, M.A de C. A adol, o adolescência, o adolescer e o adolescente: re-significação a partir da determinação social do processo saúde-doença. Doutorado (tese) – Escola de Enfermagem, USP. São Paulo, 1997.

# CONSULTÓRIO NA RUA: DA SAÚDE MENTAL À ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

Autor principal/relator: Adriane Wollmann  
Colaboradores: Carla Da Ros, Ingrid Margareth Voth Lowen, Maria Terumi Maruyama Kami, Nilza Terezinha Faoro, Paulo Poli Neto.

Local de Trabalho: DAPS  
Eixo Temático: Vivências e narrativas sobre práticas do cuidado em diversos cenários



## INTRODUÇÃO

O cuidado em saúde da população em situação de rua é um grande desafio colocado para os municípios brasileiros, a partir da Política Nacional para a População em Situação de Rua, que prevê como princípios, além da igualdade e equidade, o respeito e a valorização à dignidade da pessoa humana, à vida e à cidadania, o direito à convivência familiar e comunitária, além do atendimento humanizado e universalizado.

## DESENVOLVIMENTO

No final de 2009, o Ministério da Saúde publicou o edital da I Chamada de Seleção de Projetos de Consultório de Rua do SUS, que consistia em uma modalidade de atendimento aos usuários de drogas vivendo em condições de vulnerabilidade social. Dos trinta e dois projetos inscritos, foram selecionados quatorze, entre os quais, o do município de Curitiba. O Consultório de Rua funcionava uma vez na semana no período noturno, em uma praça da área central e tinha uma equipe fixa, que, em três anos de funcionamento, realizou mais de seis mil atendimentos.

Em 2012, o Ministério da Saúde, visando melhorar a capacidade de resposta às demandas e necessidades de saúde inerentes à população em situação de rua, publicou a Portaria 122, que define o funcionamento das equipes de Consultório na Rua. A proposta do Consultório de Rua, até então ligada à Saúde Mental, passa a ser denominada de Consultório na Rua, uma modalidade de equipe de Atenção Básica, de forma a ampliar os cuidados que antes focavam na área dependência química para a atenção integral da saúde. Desde agosto de 2013, Curitiba conta com quatro equipes de Consultório na Rua.

## CONCLUSÃO

Em um ano de funcionamento do Consultório na Rua, foram atendidas duas mil e quinhentas pessoas em situação de rua. Os agravos mais recorrentes são: problemas respiratórios, entre eles a tuberculose; doenças sexualmente transmissíveis; transtornos mentais; transtornos decorrentes de álcool e outras drogas; gestação e problemas de saúde bucal. Através do cuidado aos problemas de saúde mais comuns pode-se ter uma abertura para outras formas de apoio (social, econômico) e de escolhas pessoais.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 122, de 25 de janeiro de 2012. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua.

\_\_\_\_\_. Decreto Presidencial 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 União, Seção 1, 24 dez. 2009.



# AValiação DO RASTREAMENTO ORGANIZADO DO CâNCER DE MAMA EM CURITIBA - PR

Autor principal/relator: Raquel Ferraro Cubas  
Colaboradores:

Local de Trabalho: Distrito Sanitário Pinheirinho  
Eixo Temático: Planejamento, monitoramento e avaliação em saúde



## INTRODUÇÃO

O trabalho tem por objetivo avaliar o programa de rastreamento organizado de câncer de mama em Curitiba no primeiro ano após a implantação. Foram identificados resultados no que se refere à cobertura, capacidade de identificação dos casos em fases iniciais, oportunidade do cuidado e qualidade das informações para monitoramento.

## DESENVOLVIMENTO

A pesquisa avaliou alguns resultados das ações do rastreamento do câncer de mama, voltado às mulheres com 50 a 69 anos, referentes ao ano de 2010. Foi feito um estudo transversal avaliativo, mediante a definição de indicadores de desempenho e pesquisa dos resultados assistenciais. Para a construção de indicadores considerou-se documentos de consenso, recomendações para a avaliação de um programa de rastreamento e disponibilidade das informações existentes.

O estudo foi realizado a partir de dados disponíveis nos registros do IBGE, Prontuário Eletrônico da SMS Curitiba, relatórios do SISMAMA - MS, Hospital Erasto Gaertner e Hospital de Clínicas.

O ponto de partida foi o Relatório de Seguimento do SISMAMA do Ministério da Saúde, onde foram identificadas 164 mulheres com BIRADS 4 e 5 naquele ano.

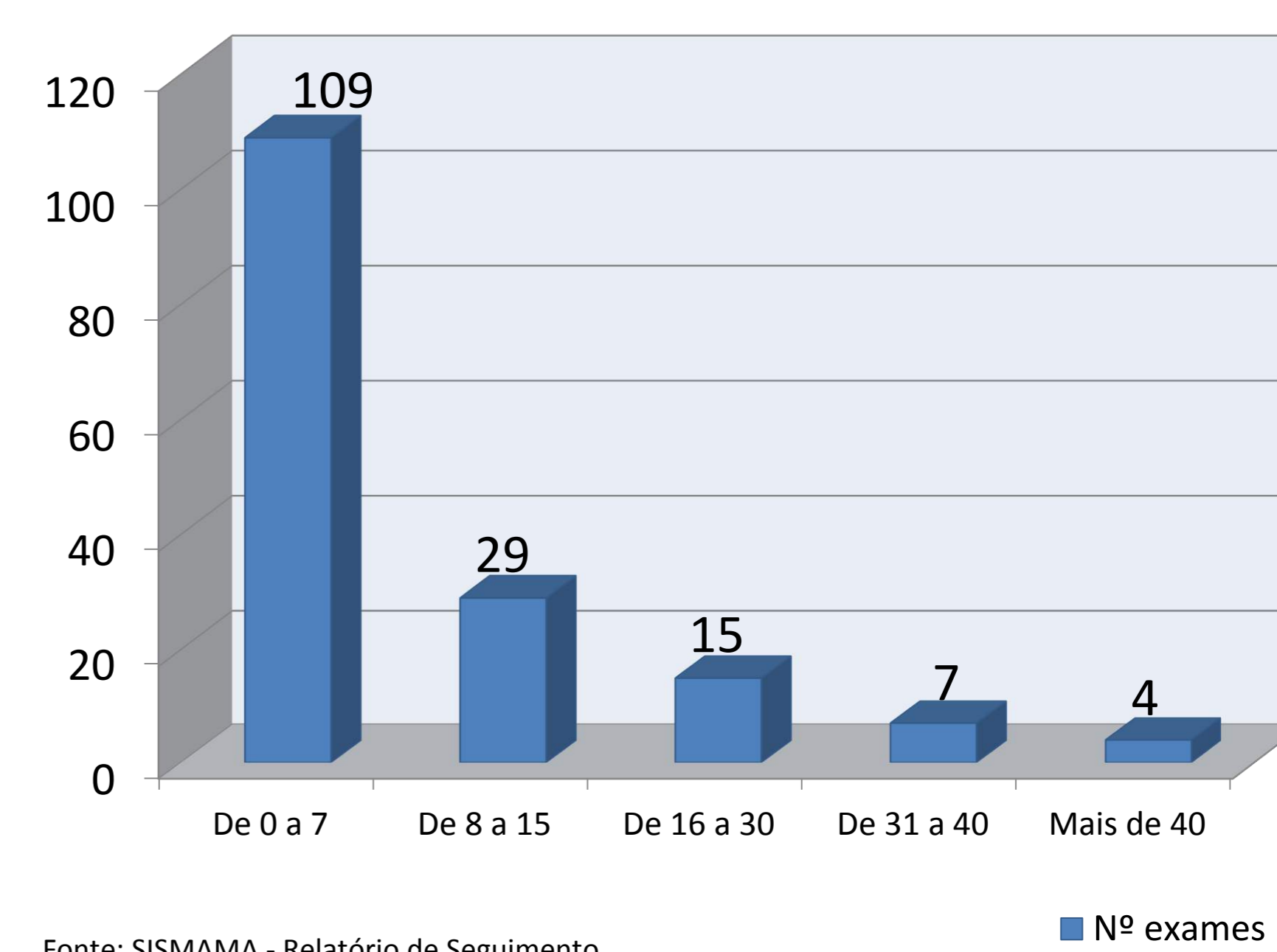
## CONCLUSÃO

Ao analisar os intervalos de tempo entre as etapas do percurso da mulher, observou-se que 84% dos exames tiveram o resultado em até 15 dias, 53% das mamografias alteradas foram investigadas em até 60 dias. O tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento foi de até 60 dias para 62,5% das mulheres. Elementos apontam para a necessidade de aprimorar ações de vigilância, qualificação profissional, e mecanismos que permitam a integração das informações.

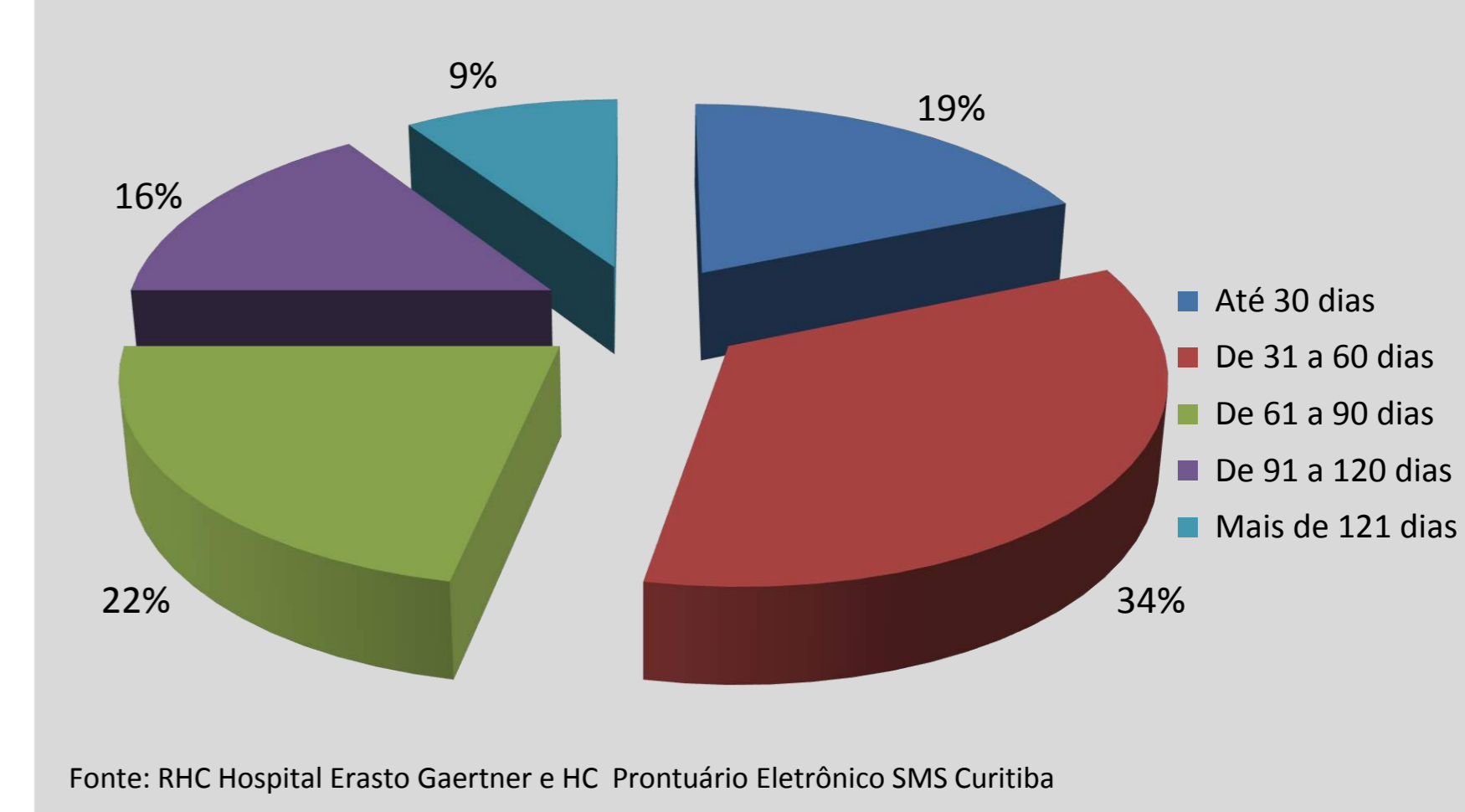
## REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Rastreamento Organizado do câncer de mama: a experiência de Curitiba e a parceria com o Instituto Nacional do Câncer. Rio de Janeiro: INCA; 2011a.
2. World Health Organization (WHO). Breast cancer prevention and control [Internet]. 2013b. [citado em 22 maio 2013]. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/en/>
3. Recomendações para redução da mortalidade por câncer de mama no Brasil: balanço 2012. Rio de Janeiro: INCA; 2012b.
4. Departamento de Atenção Básica (BR). Série pactos pela saúde [Internet]. 2014. [citado em 31 mar. 2014]. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/serie\\_pactos.php](http://dab.saude.gov.br/serie_pactos.php)
5. Kusters JP, Gotzsche PC. Regular self-examination or clinical examination for early detection of breast cancer [Internet]. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2003;2. New search for studies and content updated (no change to conclusions), published in Issue 4, 2008. [citado em 10 nov. 2013]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12804462>
6. Broeders M, et al. The impact of mammographic screening on breast cancer mortality in Europe: a review of observational studies. Journal of Medical Screening. 2012 Sep;19(suppl 1):14-25.
7. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Documento de Consenso para Controle de Câncer de Mama no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2004.
8. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Parâmetros para o rastreamento do câncer de mama: recomendações para gestores estaduais e municipais. Rio de Janeiro: INCA; 2010.
9. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Sistema de informação do controle do câncer de mama (SISMAMA) e do câncer do colo do útero (SISCOLO): manual gerencial. Rio de Janeiro: INCA; 2011b.

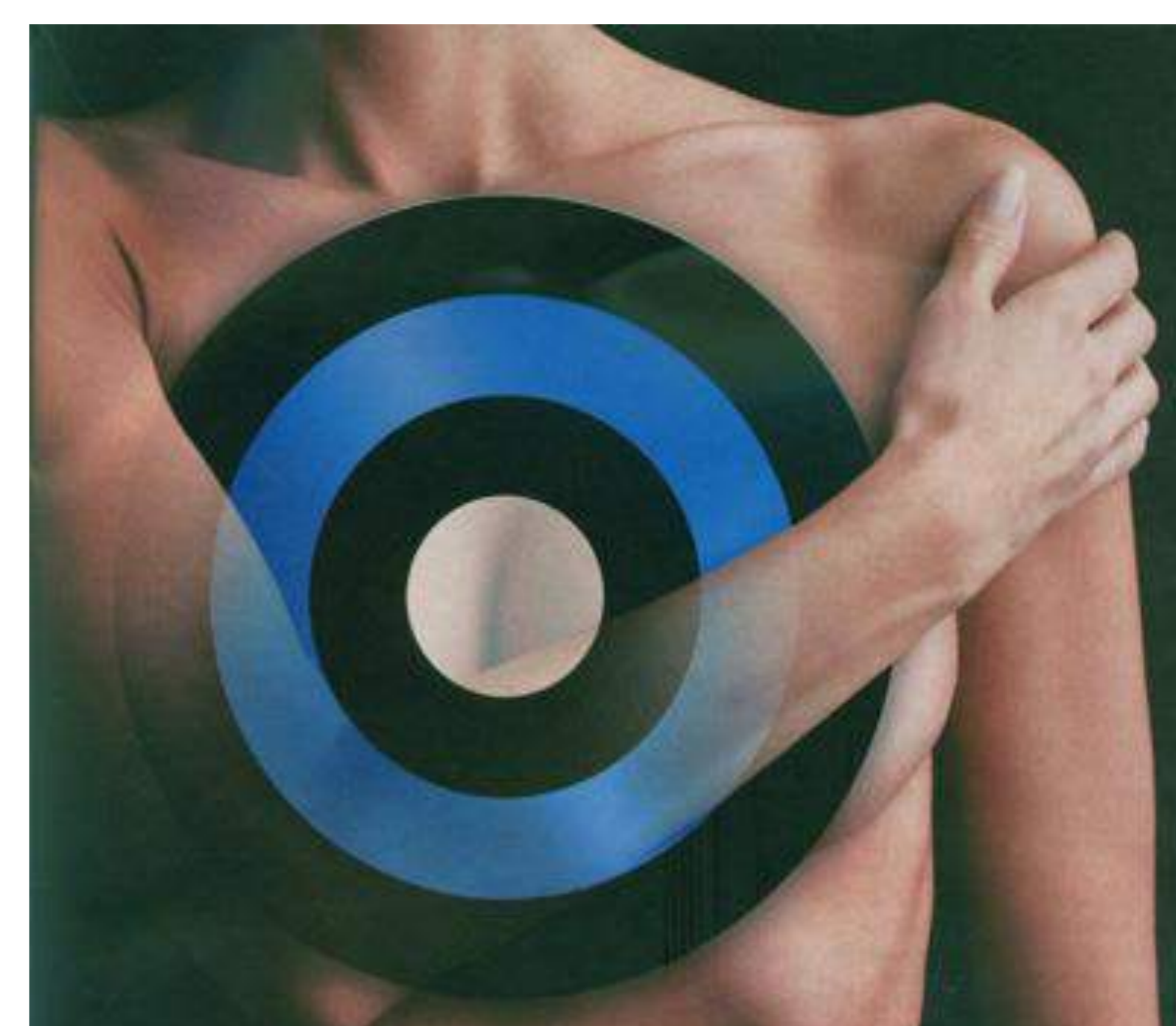
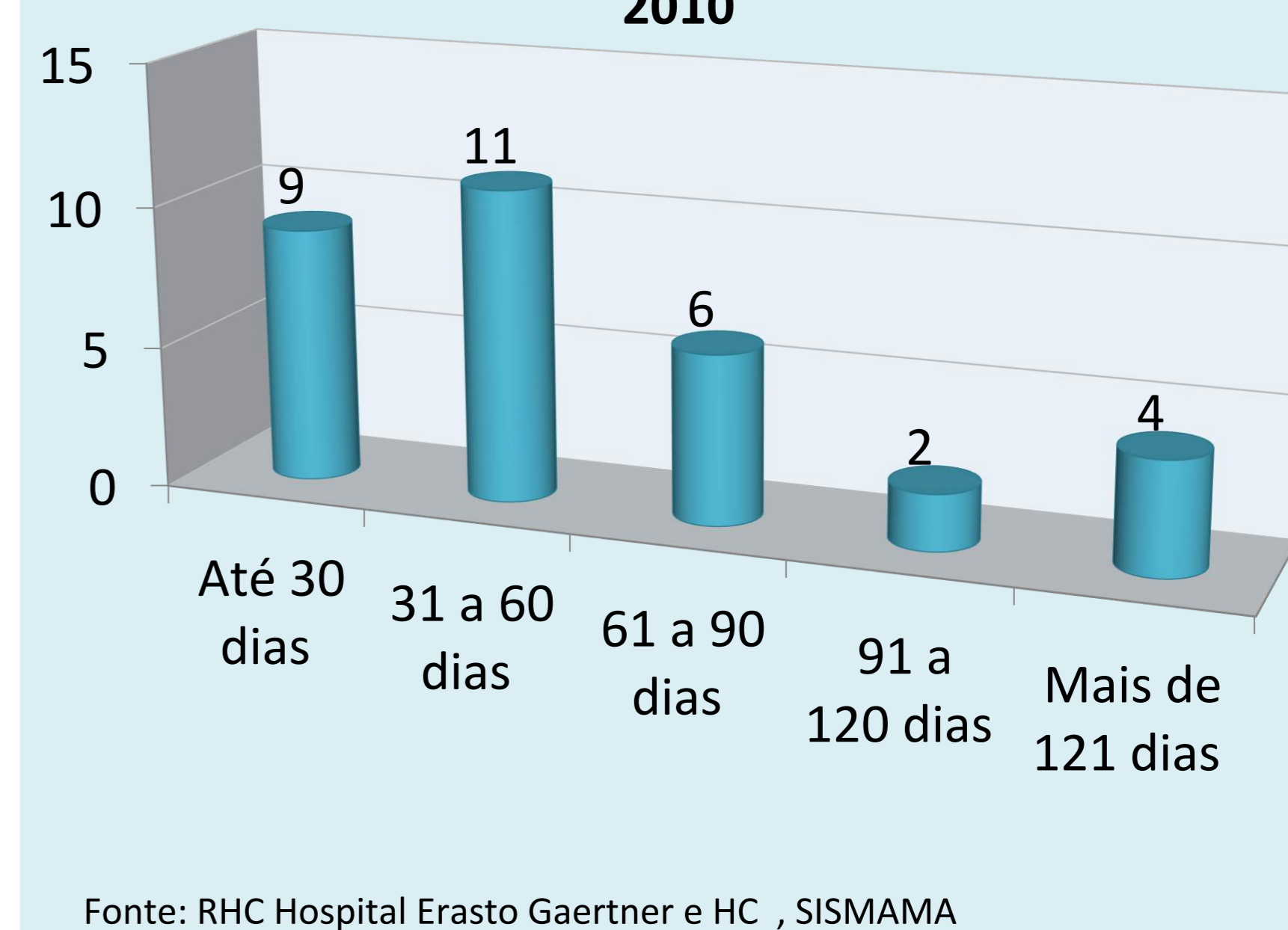
Número de dias entre a realização e o resultado de mamografia de rastreamento, Curitiba, 2010.



Intervalo de tempo entre resultado da mamografia e investigação cito-histopatológica, Curitiba, 2010



Intervalo de tempo entre investigação e início do tratamento no HC e HEG, Curitiba, 2010



# APOIO MATRICIAL DO PROFISSIONAL FARMACÊUTICO

Autor /relator: Marina Yoshie Miyamoto  
Colaboradora: Mariana Rosa Gomes

Local de Trabalho: NASF CJ 2 -DS CJ  
Eixo Temático: NASF



## INTRODUÇÃO

A corresponsabilização entre Núcleo de Apoio Saúde Família (NASF) e Estratégia de Saúde da Família (ESF) acontece por meio do apoio matricial, proporcionando a retaguarda especializada da assistência, assim como um suporte técnico-pedagógico na construção coletiva de projetos terapêuticos junto à população. Esse trabalho tem como objetivo descrever os instrumentos de apoio matricial adotados pelo farmacêutico integrante do NASF 2 do Distrito Sanitário Cajuru (DSCJ).

## DESENVOLVIMENTO

As visitas domiciliares priorizados pela equipe realizadas pelo farmacêutico na companhia de outros profissionais da ESF têm contribuído na identificação de problemas, além da oportunidade para educação em saúde e organização dos medicamentos no domicílio, minimizando fatores que interferem negativamente no resultado da terapia e mobilização da família no cuidado do paciente. As consultas conjuntas com psicólogo, nutricionista, agentes comunitários de saúde, enfermeiros, médicos e coordenadora da Unidade de Saúde (US) vêm se consolidando como estratégia para resolução de problemas relacionados aos medicamentos e às condições de saúde do paciente, além de cenário para troca de saberes, questionamentos e orientações, proporcionando o desenvolvimento de novas competências nos profissionais envolvidos. As discussões de casos com as equipes, muitas vezes em espaços informais, analisadas por diversos ângulos possibilitam uma visão abrangente da situação para elaboração de plano terapêutico.

## CONCLUSÃO

A atuação clínica do farmacêutico, bem como sua inserção no NASF vem favorecendo mudanças no processo de trabalho deste profissional, pois até então, seu trabalho centrava-se nos serviços técnico-gerenciais e agora sua atuação torna-se mais abrangente e holística para o cuidado integral do usuário.

## REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. **Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental**. Brasília, 2011. 236 p. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_pratico\\_matriciamento\\_saudemental.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saudemental.pdf)>. Acesso em: 11 nov. 2014.



Fig.1. Dispositivos para organização de medicamentos fornecidos à usuária da US Camargo.



Fig.2. Consulta farmacêutica durante visita domiciliar com provisão de lista posológica à usuária da US Uberaba



Fig.3. Medicamentos vencidos recolhidos de residência após visita domiciliar à usuária da US Camargo.

# HÁBITOS NUTRICIONAIS QUE FAVOREÇAM A CICATRIZAÇÃO DE FERIDAS

Autores: Sandra Salete Lorençatto (relatora)  
Alice Luiz Francisco Bürger  
Rita de Cassia Toporowicz Lemes Reis

Local de Trabalho: Unidade de Saúde Bom Pastor  
Eixo Temático: Processo de trabalho multiprofissional na ESF



## INTRODUÇÃO

O presente estudo, baseado em pesquisa teórico-bibliográfica, tem como objetivo determinar ações que a equipe multidisciplinar pode desenvolver no intuito de acelerar o processo de cicatrização de feridas crônicas dos usuários da US Bom Pastor, com a finalidade de estabelecer a inserção do profissional da Nutrição no cuidado de portadores de feridas, uma vez que esta unidade é referência em curativos especiais.

## DESENVOLVIMENTO

A US Bom Pastor é referência em curativos especiais no DS Santa Felicidade. Acompanha pacientes com diversos tipos de feridas e, no intuito de fortalecer esta atividade e estabelecer um trabalho multidisciplinar, em especial com o nutricionista, pretendeu-se determinar ações que podem ser desenvolvidas visando acelerar o processo de cicatrização de feridas crônicas através de um plano de intervenção que estabeleça um fluxo de cuidados integrados e sistematizados.

As deficiências nutricionais impedem os processos normais que permitem o progresso até a cicatrização. O risco de desenvolver diferentes tipos de feridas pode aumentar e desenvolver-se uma lesão, pois a malnutrição debilita o sistema imunológico.

Assim, a assistência prestada ao paciente deve ser vista holisticamente, de maneira que a ferida não deve ser tratada isoladamente do seu corpo, e o seu acompanhamento deve ser realizado de acordo com as necessidades, pois a assistência sistematizada e integrada proporciona a obtenção de melhores resultados na cicatrização das feridas.

## CONCLUSÃO

É relevante ressaltar que o estado nutricional tem papel importante no tratamento de pacientes com feridas crônicas, sendo considerado fator de risco independente para o aparecimento das mesmas, por isso, tem um papel direto na prevenção desta enfermidade.

Há um consenso de que as feridas constituem um problema de saúde pública com importância entre os mais idosos, pois apresentam evolução e tratamento prolongados, o que torna fundamental o desenvolvimento de um trabalho coletivo articulado, interativo e compartilhado pela equipe multidisciplinar, seja no ambiente da US ou na comunidade.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M. C. P.; MISHIMA, S. M. **O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo "novas autonomias" no trabalho.** Disponível em: <[www.SIELO.BR/PDF/ICSE/V5N9/12.PDF](http://www.SIELO.BR/PDF/ICSE/V5N9/12.PDF)> Acesso em: 23 de ago. 2014.
- BOTTONIL, A.; BOTTONIL, A.; RODRIGUES, R.C.; CELANO, R.M.G. **Papel da Nutrição na Cicatrização** – Role of Nutrition in Healing. *Ciência e Saúde*, v.1 2001.
- BORGES, E. L. Evolução de Cicatrização. IN: BORGES, E. L. et al. **Feridas: como tratar**. 2 ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2008.
- CUNHA, N. A. **Sistematização da Assistência de Enfermagem no Tratamento de Feridas Crônicas.** Disponível em: <[www.abenpe.com.br/diversos/sae-tfc.pdf2125](http://www.abenpe.com.br/diversos/sae-tfc.pdf2125)> Acesso em: 08 de ago.2014.
- DUARTE, A.C.G. **Avaliação Nutricional: aspectos clínicos e laboratoriais.** In: *Semiologia das Feridas: Ferida tem Alma?* São Paulo: Autores Associados, 2007. Cap.40, p.375-376.
- MARTINS, C., **Avaliação do Estado Nutricional e Diagnóstico.** São Paulo: Nutroclínica, v.1, 2008.
- WILKINSON, J.; LEUVEN, K. V. **Fundamentos de Enfermagem: Teoria, Conceitos e Aplicações.** São Paulo: Poce, 2010.
- VERDÚ J, PERDOMO E. **Nutrição e Feridas Crônicas.** Série de Documentos Técnicos GNEAUPP nº12. Grupo Nacional para El Estudio y Asesoramiento em Úlceras por Presión y Heridas Crônicas. Logroño. 2011.

### ATRIBUIÇÕES EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

#### *Enfermeiro*

Realiza o acolhimento aos indivíduos portadores de feridas crônicas, a avaliação do estado de saúde e a avaliação da ferida. Identificados os problemas e realizado o diagnóstico de enfermagem, elabora-se o plano de cuidado individualizado e prescrição de coberturas. Procedem-se encaminhamento a outros profissionais quando a situação é pertinente.

#### *Médico*

Responsável pela avaliação e controle de doenças de base e/ou tratamento das feridas infectadas nos pacientes.

#### *Nutricionista*

Realiza avaliação do estado nutricional com apoio do diário nutricional, elaboração do cardápio com indicação de alimentos funcionais e/ou orientação de vitaminas, proteínas e sais minerais, levando em consideração a fase do processo de cicatrização em que se encontra a lesão. O acompanhamento nutricional será realizado quinzenalmente e passa a ser mensal de acordo com as necessidades apresentadas.

#### *Auxiliar de Enfermagem*

Realiza os curativos conforme o plano de cuidado e o tipo de cobertura indicada pelo enfermeiro, que fará a supervisão do processo.

# INTERVENÇÃO PRECOCE NA ESQUIZOFRENIA

Autor principal/relator: Eros Eduardo Firman Juk

Local de Trabalho: Unidade de Saúde Bom Pastor  
Eixo Temático: SAÚDE MENTAL



## INTRODUÇÃO

Este artigo demonstra que o retardo no diagnóstico e tratamento da esquizofrenia está associado a um pior prognóstico, com declínio das funções sociais e aumento da invalidez e que esta demora em se instituir o tratamento adequado é muito frequente e traz danos irreversíveis ao paciente. Revela que a intervenção precoce na esquizofrenia, ou seja, a redução do tempo entre o primeiro episódio psicótico e o início do tratamento, comprovadamente altera o curso natural da doença, prevenindo eventuais perdas de funções ou complicações inerentes à doença. Apresenta fortes evidências da efetividade do tratamento específico para esta fase da doença, que se caracteriza pela associação da terapia cognitivo-comportamental, psicoeducação, intervenção familiar e vocacional e baixas doses de medicamentos, proporcionando melhoria nos sintomas e recuperação psicossocial.

## LINHAS GERAIS DO TRATAMENTO

O tratamento do primeiro episódio psicótico inclui uma abordagem farmacológica e intervenções psicossociais, com o objetivo de atingir plena recuperação funcional e não apenas a remissão da sintomatologia. Deve ser realizado no domicílio ou em ambulatório, evitando-se o internamento, que gera trauma e ansiedade para o doente e sua família. O internamento pode ser considerado necessário quando existe risco de auto ou heteroagressão, quando o nível de suporte na comunidade é insuficiente ou se o grau da crise é muito elevado para ser gerido pela família. Nestes casos, o internamento deve ser realizado onde hajam serviços especializados em intervenção precoce na psicose (COENTRE et al, 2011).

O estudo European First Episode Schizophrenia Trial (EUFEST) demonstrou que os antipsicóticos atípicos ou de segunda geração são mais apropriados no primeiro episódio psicótico. A eficácia dos antipsicóticos típicos ou atípicos é semelhante, porém as taxas de abandono foram maiores no grupo que utilizou antipsicóticos típicos, mesmo com doses reduzidas de haloperidol. Em relação aos antipsicóticos atípicos deve ser considerado o risco de levarem a problemas metabólicos e induzirem a um ganho de peso maior que os antipsicóticos de primeira geração.

**CARACTERÍSTICAS COMUNS AOS SERVIÇOS QUE PRATICAM A INTERVENÇÃO PRECOCE:**

1. Utilização de baixas doses de antipsicóticos atípicos.
2. Modelo assertivo de tratamento com um coordenador de cuidados.
3. Facilidade de acesso aos cuidados diferenciados psiquiátricos.
4. Terapia cognitivo-comportamental.
5. Psicoeducação do doente e família.
6. Orientação educacional e vocacional.
7. Intervenção familiar.
8. Treino de capacidades sociais dos doentes.
9. Acompanhamento durante pelo menos 18 a 24 meses após o primeiro episódio psicótico (COENTRE et al, 2011, p. 118).

## CONCLUSÃO

A intervenção precoce na esquizofrenia é uma estratégia de atendimento que oferece uma oportunidade única para se instituir medidas com o objetivo de modificar o curso natural e reduzir os danos inerentes à doença. É alvo de intensas pesquisas, que reproduzem bons resultados em todos os centros onde existe esta abordagem. A abordagem clássica de tratar o primeiro episódio psicótico e observar a evolução da doença é danosa ao paciente, levando à cronificação e à invalidez e não pode mais ser admitida.

## REFERÊNCIAS

- BIRD, V. et al. Early intervention services, cognitive behavioural therapy and family intervention in early psychosis: systematic review. *The British Journal of Psychiatry*, London, v. 197, n. 5, p. 350 – 356, nov. 2010.
- BRIETZKE, E. et al. Intervenção precoce em psicose: um mapa das iniciativas clínicas e de pesquisa na América Latina. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 33, supl. II, p. 219 – 224, out. 2011.
- COENTRE, R.; LEVY, P. FIGUEIRA, M. L. Intervenção precoce na psicose. Primeiro episódio psicótico e período crítico. *Acta Medica Portuguesa*, Lisboa, v. 24, n. 1, p. 117 – 126, jan./fev. 2011.
- FRASER, R et al. Emerging psychosis in young people. *Australian Family Physician*, Melbourne, v. 35, n. 5, p. 315 - 332, may 2006.

# MINERAÇÃO DE DADOS: FERRAMENTA PARA ACOMPANHAMENTO DOS PACIENTES COM DIABETES MELITO

Autor principal/relator: Ana Carolina S.R.Ceruti  
Colaboradores: Prof. Dra. Debora Carvalho

Local de Trabalho: UMS Nova Orleans  
Eixo Temático: Tecnologias em Saúde



## INTRODUÇÃO

O número de casos de doenças crônicas, como o diabetes melito, aumentou significativamente e alcança hoje proporções epidêmicas. Aproximadamente 35 milhões de pessoas estão acometidas nas Américas e há a expectativa que ultrapassem 65 milhões em 2025 (LIMA, PEREIRA, ROMANO, 2011). O objetivo desse trabalho foi utilizar a Mineração de Dados (MD) para reconhecer as características e comorbidades dos pacientes acometidos pelo diabetes melito em uma Unidade Básica de Saúde de Curitiba.

## DESENVOLVIMENTO

Segundo Rezende *et al* (2005), a Mineração de Dados é um processo que envolve diversas etapas como a preparação dos dados, busca por padrões e avaliação do conhecimento, e o mais importante é que este conhecimento descoberto deve ser compreensível, útil e interessante para os usuários finais do processo.

Inicialmente, através do E-Saúde, foram selecionados aleatoriamente 41 prontuários eletrônicos de pacientes cadastrados no Programa de Diabéticos. Na sequência foi realizada a etapa de pré-processamento, ou seja, foram excluídos os dados sem relevância para o estudo e selecionados os seguintes atributos: classificação, gênero, dieta, atividade física, doenças associadas, uso de insulina e situação, sendo que alguns deles foram obtidos através de análise das evoluções. Após análise e preparação dos dados em planilha de Excel, foram geradas Regras de Associação a partir do algoritmo *Apriori* e extraídas associações importantes que possibilitaram conhecer as características dos pacientes e analisar as informações geradas, auxiliando na tomada de decisão do profissional de saúde.

## CONCLUSÃO

A Mineração de Dados facilitou o reconhecimento das características e comorbidades de alguns pacientes acometidos pelo diabetes melito, possibilitando acompanhar o estado de saúde destes pacientes, tomar decisões corretas quanto ao cuidado e planejar formas de promoção e prevenção de saúde.

### Regras de Associação geradas:

ATIVO\_SIM <- TIPO\_2 (90.5%,84.2%)

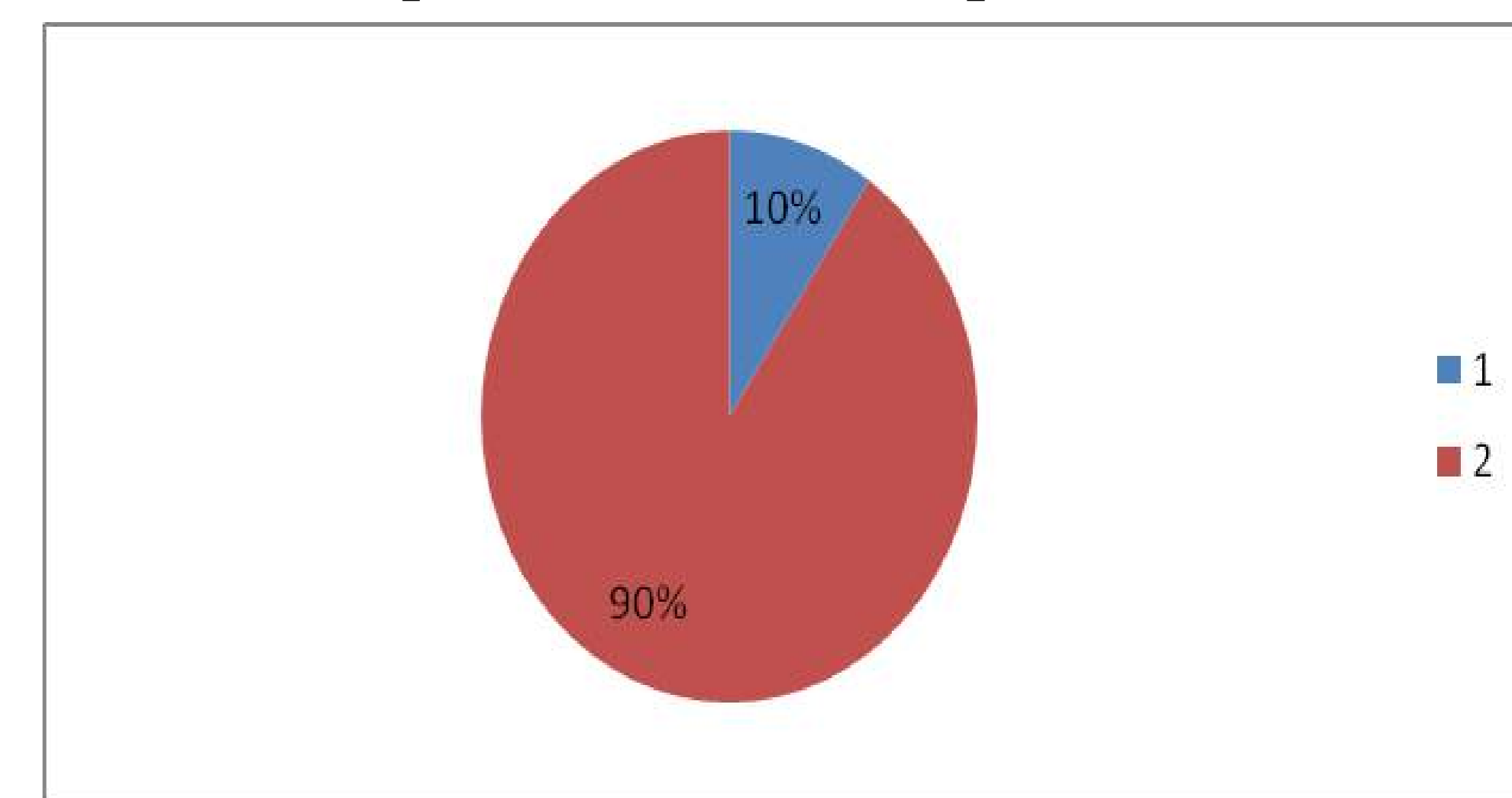
INSULINA\_N <- ATIVIDADEFISICA\_S DIETA\_S DOENCA\_HAS (14.3%,83.3%)

TIPO\_2 <- DOENCA\_HAS (71.4%,93.3%)

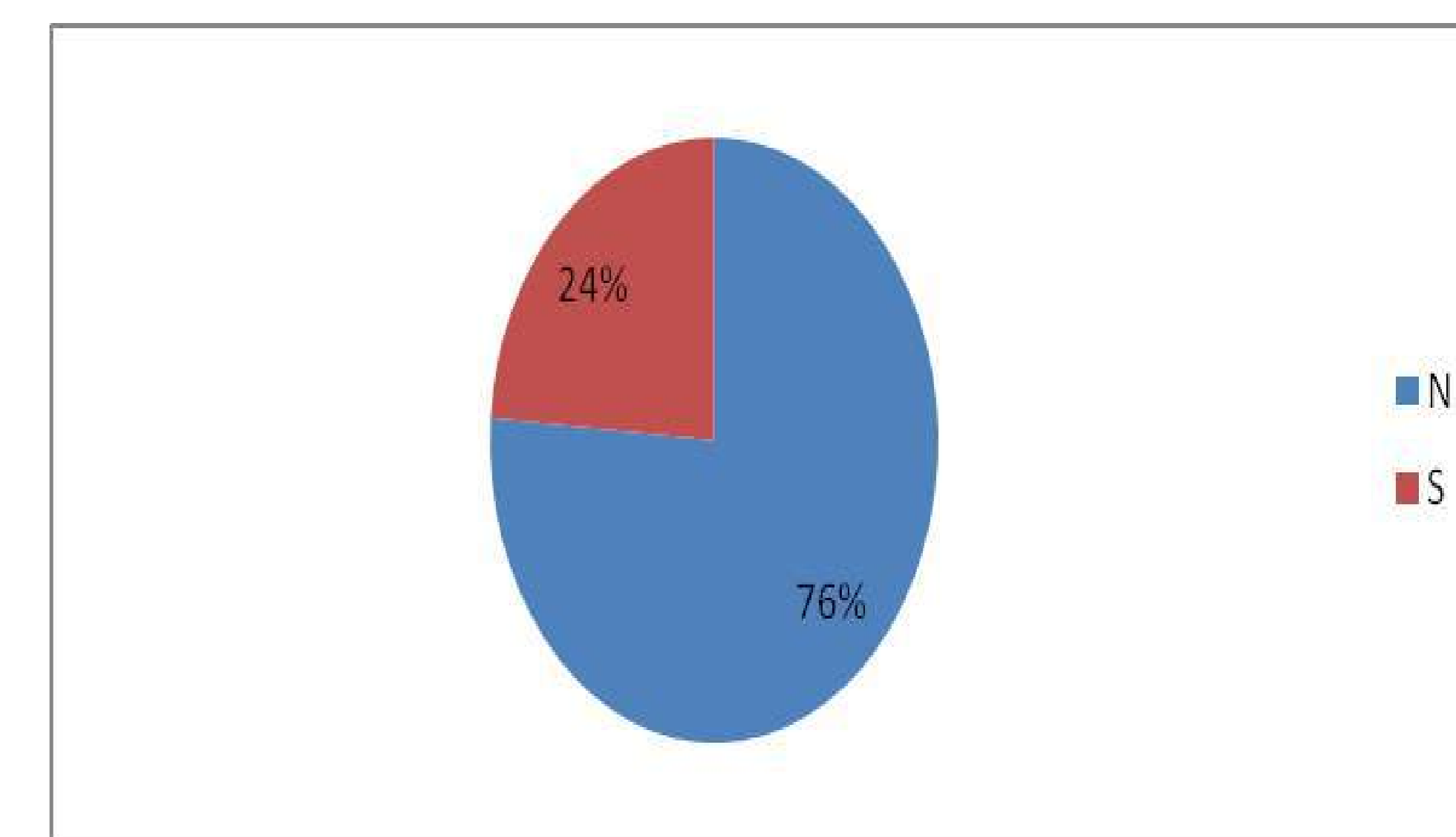
## REFERÊNCIAS

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.  
REZENDE, S.O. PUGLIESI, J.B. MELANDA, E.A. PAULA, M.F. Sistemas Inteligentes: Fundamentos e Aplicações. Barueri: Ed. Manole, 2005.

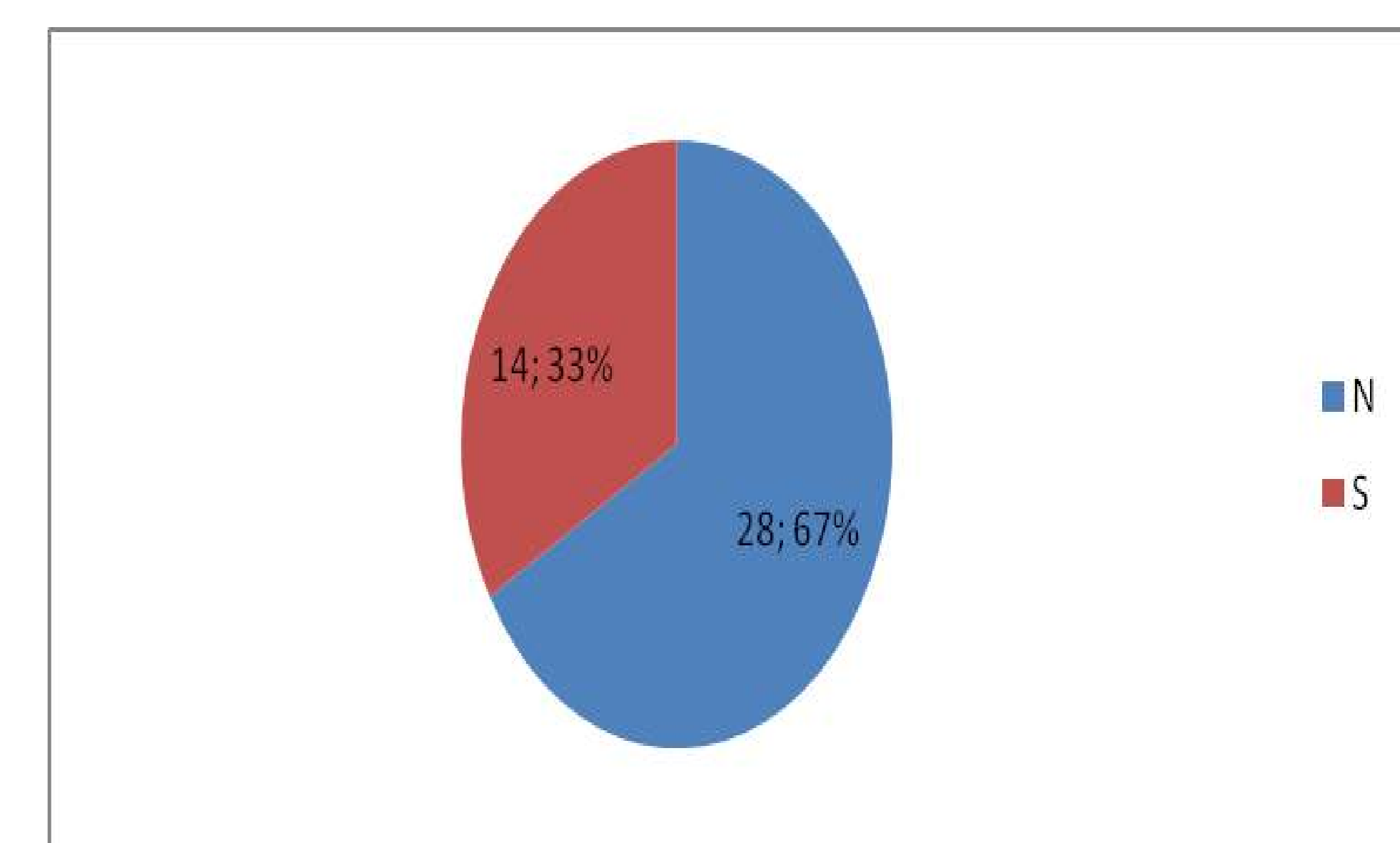
Frequência Diabetes Tipo 1 e 2



Frequência de atividade física em pacientes diabéticos.



Frequência da utilização de Insulina



# ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO OTIMIZADO PARA ESCOLARES AOS SÁBADOS NA UMS MORADIAS DA ORDEM

Autor principal/relator: Mário Sérgio Itimura  
Colaboradores: Alexandre Oliveira

Local de Trabalho: Unidade de Saúde Moradias da Ordem.  
Eixo Temático: Saúde Bucal na APS/ ESF



## INTRODUÇÃO

Levantamentos epidemiológicos de âmbito nacional realizados nas últimas décadas permitem afirmar a diminuição na prevalência da cárie dental principalmente em crianças. Porém, apesar da melhoria observada, dentro de um mesmo grupo ainda existem crianças que concentram altos índices da doença. Isto é confirmado em atividades coletivas realizadas pela Equipe Odontológica da Unidade de Saúde Moradias da Ordem nas Escolas Municipais, quando observa-se que algumas crianças apresentam uma quantidade maior de doenças bucais que a média da mesma faixa etária. Mesmo com a oferta de atendimento odontológico com acesso facilitado - PA ou agendamento - muitas destas crianças não costumam usar o serviço. Salvo em casos de dor. A indisponibilidade de um adulto responsável para acompanhá-las nos horários de atendimento da clínica, devido ao trabalho, mostrou-se uma das maiores barreiras para a adesão ao tratamento convencional.



## DESENVOLVIMENTO

Frente a esta situação a equipe pensou numa estratégia focada nesta população buscando reduzir as consequências mais danosas observadas, especialmente a perda precoce de dentes permanentes. Surgiu então a idéia de ofertar um serviço especial num horário alternativo. Programamos um atendimento extraordinário aos Sábados.

Num primeiro momento realizamos levantamento epidemiológico e atividade preventiva com escovação orientada e aplicação de flúor na escola. Analisando os dados obtidos, selecionamos o grupo a ser atendido. O critério é dar preferência para as crianças que possuam dentes permanentes comprometidos por cárie e/ou grande números de decíduos com doença. Deste grupo separamos as crianças que possuem cadastro na US, visto que algumas estudam nas escolas que são atendidas por nós mas moram em bairros vizinhos. Encaminhamos aos pais, via agenda escolar, um comunicado sobre a situação de seu filho e o trabalho que será realizado para que sinalizem seu interesse. Com o retorno, quase sempre positivo, encaminhamos um segundo bilhete, agora já com o horário de atendimento. No sábado procuramos otimizar o tempo de consulta e realizamos o maior número de procedimentos possível. No último evento realizado no início de Novembro, em 4 horas e meia atendemos 19 crianças e realizamos 80 procedimentos.

## CONCLUSÃO

A análise da realidade local pôde evidenciar a existência de um grupo de crianças com alta atividade de cárie que demandou ações de promoção de saúde diferenciadas incentivadas pela gestão local, resultando em um atendimento odontológico diferenciado e otimizado. A estratégia vem dando certo e a equipe pretende manter o programa em 2015. Algumas crianças com alta atividade de cárie tiveram quadros complexos estabilizados em uma ou duas sessões. Em razão da grande procura pela população geral nos dias de semana, se estes tratamentos não fossem realizados aos sábados, demandariam um número grande de consultas e conseqüentemente, um risco maior de abandono.



# EXPERIÊNCIA DE MÉDICOS DE FAMÍLIA E COMUNIDADE COMO TELECONSULTORES E TELERREGULADORES DOS CASOS DE NEUROLOGIA ADULTO NA PLATAFORMA DO TELESSAÚDE EM CURITIBA

Autor: Marcella Loureiro Palma

Colaboradores: Vera L.F.G. Drehmer, Elisa J. Brandenburg, Rodrigo C. Bagatelli, Ingrid Ziewner.

Local de Trabalho: Diretoria de Atenção Primária à Saúde (DAPS) / Núcleo Técnico Científico do Telessaúde (NUTES UFPR)  
Eixo Temático: Tecnologia em Saúde



## INTRODUÇÃO

O trabalho tem como objetivo mostrar a prática de teleconsultoria e telerregulação pelos Médicos de Família e Comunidade, na cidade de Curitiba, do ponto de vista dos teleconsultores. Através dessa experiência, torna-se possível explicar todo o processo de trabalho a ser elaborado e executado com enfoque na melhoria da assistência à saúde do paciente.

## DESENVOLVIMENTO

A primeira teleconsultoria foi realizada em dezembro de 2013, após a implantação do Telerregulação de Neurologia Adulto, onde todos os casos de pacientes acima de 14 anos encaminhados para fila de Neurologia, oriundos da Atenção Primária à Saúde de Curitiba (APS), seriam avaliados via plataforma Telessaúde, em parceria da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba com o Núcleo Técnico Científico do Telessaúde (NUTES) situado na Universidade Federal do Paraná (UFPR).

Em 11 meses de implantação, através do trabalho de 5 médicos de família e comunidade, os quais realizaram 6350 teleconsultorias, foi possível identificar o perfil diagnóstico dos casos encaminhados pela APS, através da Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP). Sendo, de forma substancial, a Cefaléia a principal causa de encaminhamento (25% dos casos), seguida de Epilepsia (13% dos casos) e Acidente Vascular Encefálico (AVE) (5,98%). Outras causas relevantes presentes são: Distúrbios de Movimento (3,95%), Tremor (3,9%), Demência (3,8%), Vertigem (3,06%), Convulsão (2,8%), Síncope (2,8%) e Parestesia (1,91%).

Através do diagnóstico principal de cada caso, os teleconsultores têm a possibilidade de solicitação de Tomografias, além de elaborar respostas através de educação continuada, direcionando, quando necessário, para avaliação em consulta com especialista em Neurologia. Os agendamentos de consultas são realizados ao Hospital de Clínicas da UFPR, no Centro de Especialidades Santa Felicidade e em pacientes pós – AVE (chamado de rota /AVCI) vinculado ao Hospital de Idoso Zilda Arns (HIZA).

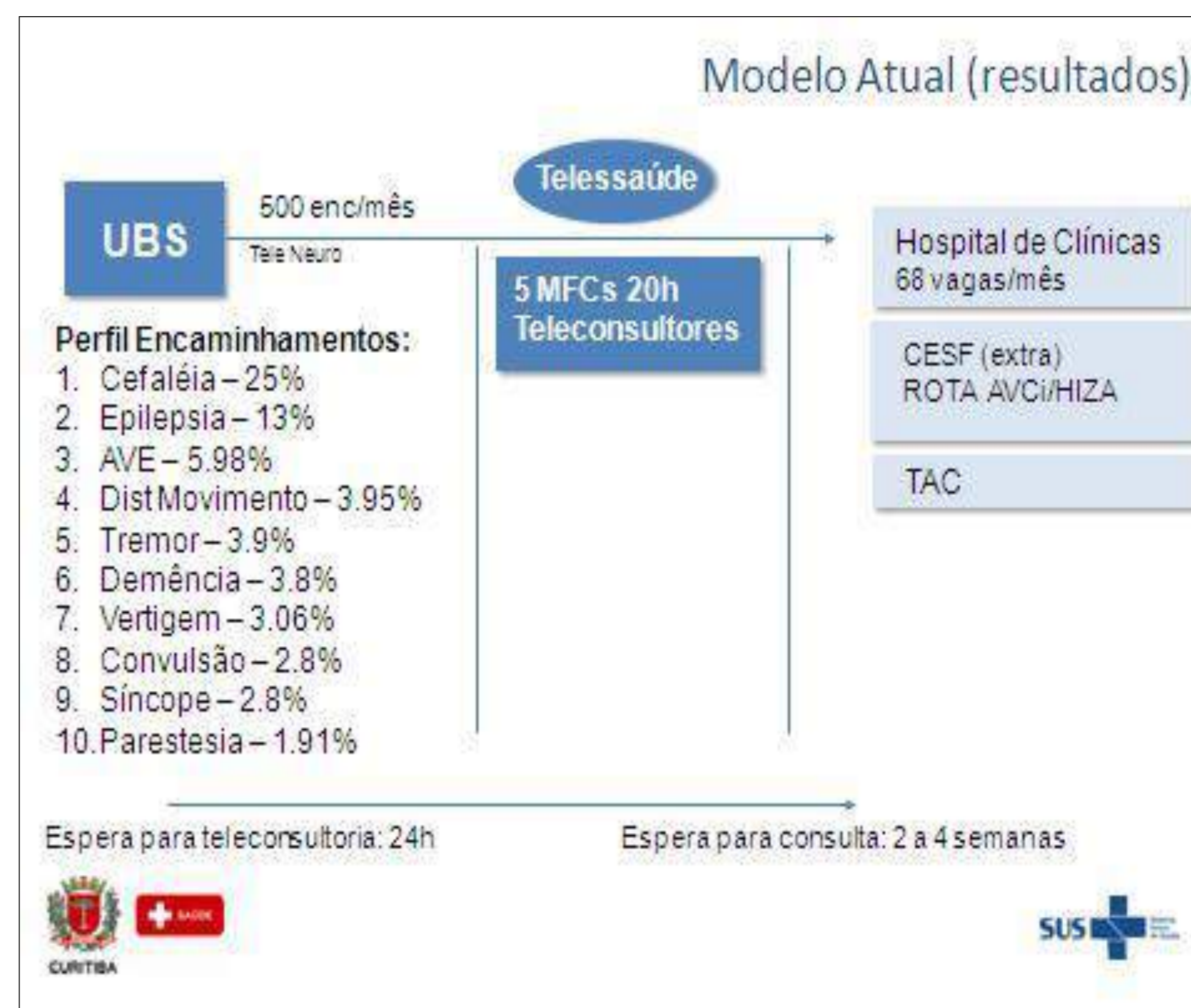
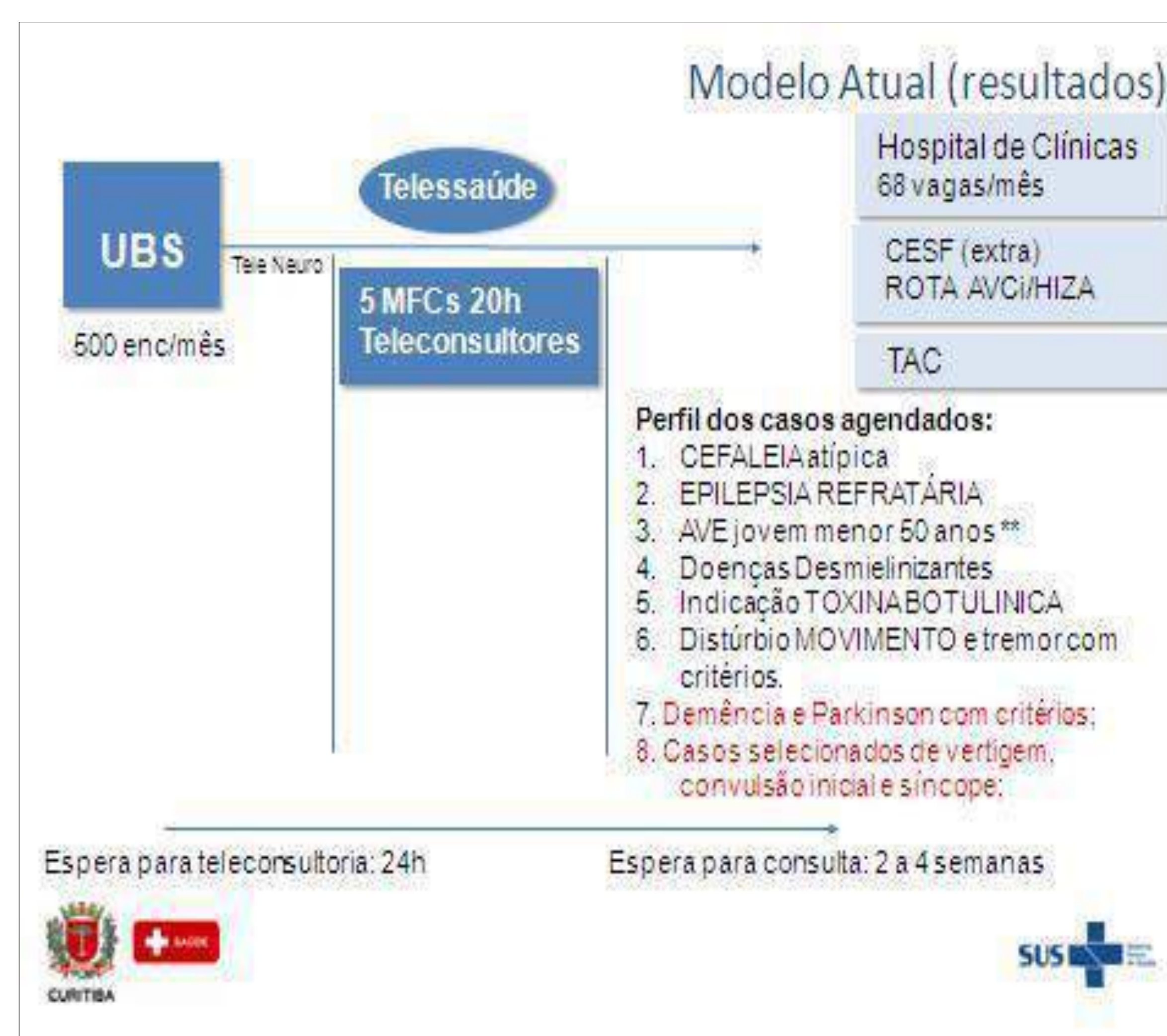
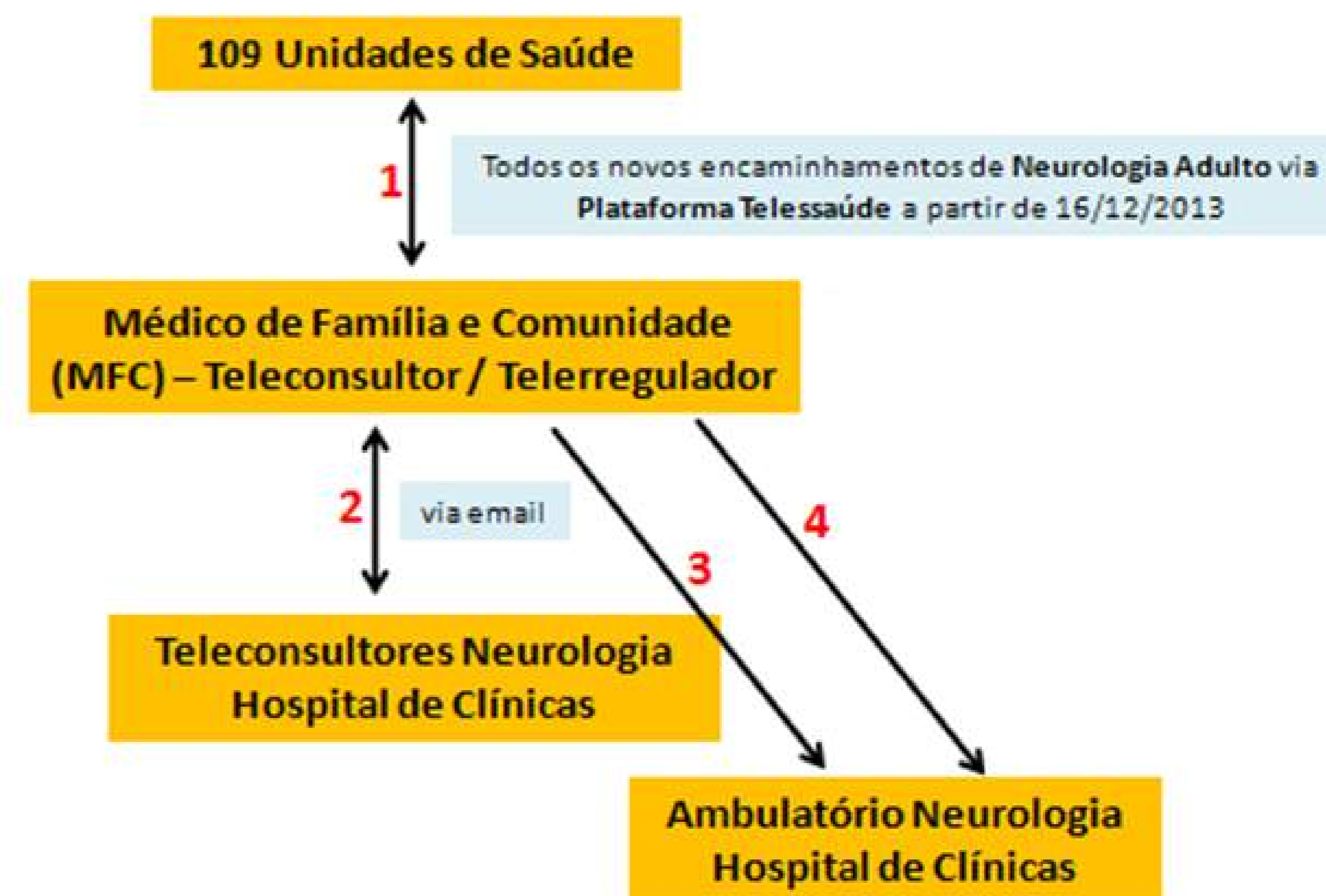
## CONCLUSÃO

Foi possível aumentar a rede de contato entre os médicos da Atenção Primária e os especialistas em Neurologia, com enfoque na resolubilidade, garantindo a integralidade e a coordenação do cuidado.

Conseguimos definir o perfil de pacientes aceitos para acompanhamento no serviço de Neurologia do Hospital de Clínicas com destaque para: Epilepsia Refratária, Doenças Desmielinizantes, Distúrbios do Movimento, Indicação de Toxina Botulínica, Doença de Parkinson com critérios, o que mostra, preferencialmente, enfoque terciário do serviço.

Estabelecer estratégias futuras junto à Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, baseadas no perfil diagnóstico de doenças mais prevalentes encaminhadas, a fim de garantir melhorias no atendimento do usuário e diminuição no tempo de espera de consultas.

## TELECONSULTORIA, TELERREGULAÇÃO – NEUROLOGIA ADULTO



## MARCOS DO TELESSAÚDE:

- Portaria GM/ MS 2.546/11 PROGRAMA TELESSAÚDE BRASIL REDES: ação nacional que busca melhorar a resolutividade da Atenção Primária, por meio da oferta de Teleconsultorias.
- Resolução SESA 408/13 PROGRAMA TELESSAÚDE PARANÁ REDES: 4 núcleos técnico-científicos: UFPR/HC, UEL, UEM e Unioeste, com apoio do grupo responsável pelo Programa Telessaúde Brasil Redes no Rio Grande do Sul.
- Implantação do Núcleo de Telessaúde (NUTES) da UFPR: 09/12/2013.

## REFERÊNCIAS

- CURITIBA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde. Sistema de Prontuário Eletrônico – E-Saúde. Relatório Dinâmico Inscritos em Fila de Espera da Neurologia Geral, dezembro de 2013 a outubro de 2014.
- CURITIBA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde. Portaria nº 176, de 16 de dezembro de 2013 . Brasil . Ministério da Saúde. Manual de Telessaúde para Atenção Básica/ Atenção Primária à Saúde/ Universidade Federal do Rio Grande do Sul - Brasília – DF . 2012.
- Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP 2)/Comitê Internacional de Classificação da Wonca/ Consultoria, supervisão e revisão técnica, Gustavo D. F. Gusso – 2 ed. – Florianópolis : Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2009.

# PROGRAMA DE CONTROLE DE TABAGISMO NA UMS XAPINHAL

Autor principal/relator: Vera Lucia Nunes de Lima  
Colaboradores: Alzira Derenievicki , Efrain Colombani, Luiz Fernando Antoniassi

Local de Trabalho: UMS Xapinhall  
Eixo Temático: Processo de trabalho multiprofissional na APS/ESF



## INTRODUÇÃO

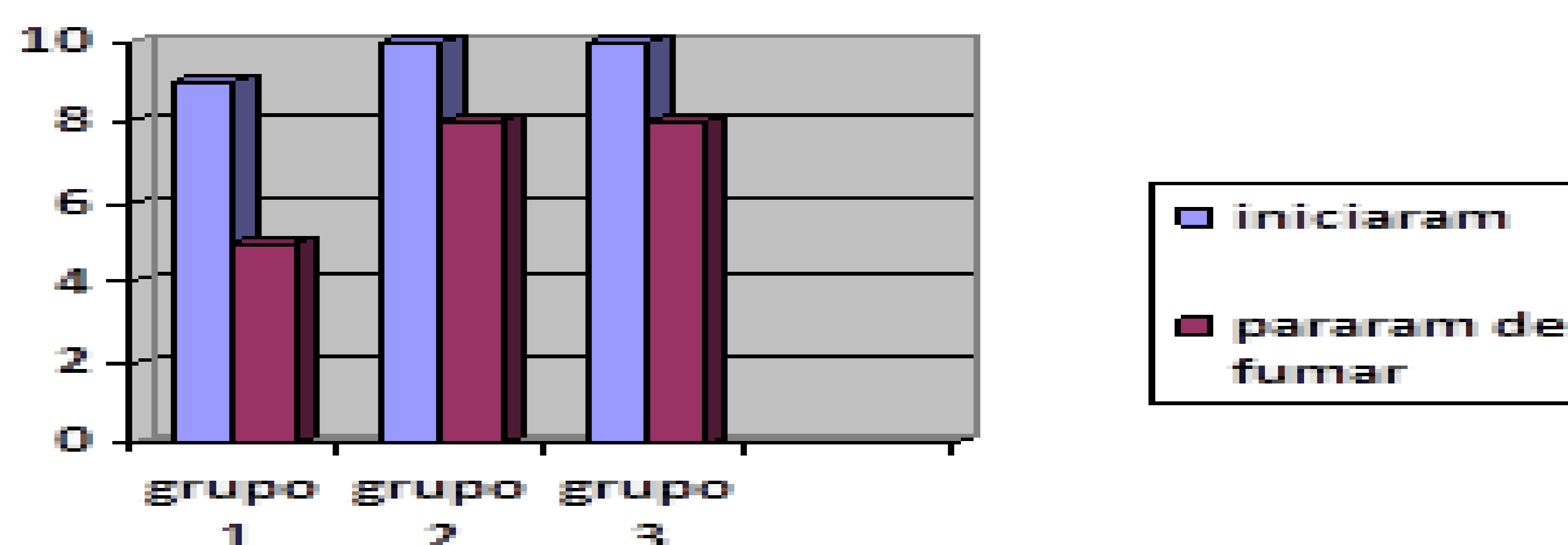
O grupo de controle de tabagismo implantado na UMS Xapinhall é um desafio para os profissionais assim como para os tabagistas que desejam por essa mudança em sua vida, mesmo sendo tabagistas de longa data . Este trabalho é o relato de sua implantação.

## DESENVOLVIMENTO

A primeira etapa para a implantação do grupo de controle do tabagismo, foi a apropriação pela equipe dos conceitos e da importância de uma vida saudável sem tabaco, na sequência foi realizada avaliação inicial para identificar pessoas da comunidade que desejavam parar de fumar. Identificado as pessoas, iniciou-se o primeiro grupo, utilizando- se como critério ter o grupo no máximo 15 pessoas, inicialmente foram realizadas 4 sessões no primeiro mês e após a cada 15 dias, para a manutenção do grupo de controle do tabagismo. Iniciamos o primeiro grupo e no 4º encontro, começamos a organizar o segundo grupo e assim sucessivamente, até conseguirmos organizar um grupo por equipe de saúde da família, visto na US possuímos três equipes.

## CONCLUSÃO

A troca de experiência e a integração da equipe em torno de um objetivo comum, tem-se refletido positivamente tanto na adesão significativa da participação da comunidade nos grupos, bem como melhorado a qualidade de vida individual de cada um dos participantes.



# APOIO INSTITUCIONAL: FERRAMENTA DE GESTÃO PARA O FORTALECIMENTO DO SUS CURITIBA

Autor: Simone M. Perotta  
Colaboradores: Carla V. A. Lopes; Michel Deolindo; Simone Ribas ; Helvo Slomp Junior

Local de Trabalho: Assessoria de Gestão  
Eixo Temático: Gestão em Saúde



## INTRODUÇÃO

O referido trabalho tem como objetivo descrever as ações desenvolvidas pelo Apoio Institucional de Gestão junto as 3(três) Macrorregionais de Saúde. Foi instituído em 2013 com uma Equipe Multiprofissional, composta por 1 apoiador para Macro Oeste (DSSF, DSCIC e DSPO), Macro Sul (DSBQ,DSBN,DSPN) e Macro Norte (DSMZ,DSCJ e DSBV). O Apoio Institucional é colocado na SMS como dispositivo para ampliar a capacidade de reflexão, de entendimento e de análise de coletivos, que assim poderiam qualificar sua própria intervenção, sua capacidade de produzir mais e melhor saúde.



## DESENVOLVIMENTO

O processo metodológico de manejo e abordagem do Apoio Institucional de Gestão, está pautado na perspectiva de inovar a forma de coordenar, planejar, supervisionar e avaliar o sistema de saúde, com o objetivo de fomentar e acompanhar processos de mudança na instituição, ressignificando e articulando conceitos e tecnologias advindas da análise institucional e de gestão.



## CONCLUSÃO

No período de 18 meses de implantação do Apoio Institucional em Curitiba, auxiliou-se na ativação de 1 Colegiado Gestor Central, 9 Distritais, 1 Colegiado Ampliado de Atenção, 1 de Gestão e 1 de Vigilância em Saúde. Como também, a criação do Banco de Gestores Locais em todas as Unidades de Saúde. Apoio na criação da implantação dos Núcleos de Saúde Coletiva nos 9 DS. Foram realizados 6 Encontros Macrorregionais. Todos esses movimentos possibilitaram dar visibilidade nos territórios do Plano Municipal de Saúde com suas diretrizes e conseqüente operacionalização do mesmo.



## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. *Apoio Integrado à Gestão Descentralizada do SUS*. Brasília, 2004. Disponível em : [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/cd09\\_18.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_18.pdf).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Cartilha gestão participativa e co-gestão*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

# RELATO DE EXPERIÊNCIA DA UMS TRINDADE I COM OFICINA DE GESTANTES

Autor principal/relator: Vasti Zambuzzi  
Colaboradores: Angela Valeski

Local de Trabalho: US Trindade I  
Eixo Temático: Redes de Atenção – Linhas do Cuidado (Mulher)



## INTRODUÇÃO

Gestação compreende o período que vai desde a concepção até o nascimento; e o estar gestante traz várias transformações físicas psíquicas e estruturais que necessitam ser bem orientadas para que o desenvolvimento da gestação ocorra de forma harmoniosa e tranqüila.

## DESENVOLVIMENTO

A gestação traz profundas mudanças biológicas e mentais que muitas vezes são difíceis de serem entendidas pelas gestantes. A preparação para essas transformações e cuidados com os bebês são fundamentais. Na UMS Trindade desenvolve-se mensalmente uma oficina, onde as gestantes são estimuladas a participar e relatar suas experiências. Os encontros tem duração de aproximadamente 01 hora e 30 minutos e dela participam Enfermeiras, Auxiliares de Enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde e Médicos. Para o desenvolvimento dos temas são convidados os diversos profissionais da equipe do Núcleo de Apoio em Saúde da Família -NASE, que abordam os assuntos da área específica pertinentes a gestação.

O convite é feito a todas as gestantes vinculadas no programa da US e a adesão é livre. A oficina tem por objetivo preparar as gestantes não só para as mudanças ocorridas na gestação mas também para os cuidados para uma maternagem adequada e para os primeiros dias de vida do recém-nato.

## CONCLUSÃO

No período de fevereiro a outubro de 2014 foram atendidas nas oficinas aproximadamente 150 gestantes e observamos que este número vem crescendo a cada dia. Acreditamos que a educação em saúde é recompensadora quando a mulher é beneficiada, pois ela é encorajada a cuidar da própria saúde, evitar riscos durante a gestação e ainda torna-se educadora de seus filhos e familiares.

## REFERÊNCIAS

- MALDONADO, M<sup>a</sup>. T. *Psicologia da gravidez*. 14. ed. São Paulo: Saraiva, 1997.  
REZENDE, J. *Obstetricia*. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.  
VOLPI, A. C., et al. *Pré-natal, parto e puerpério e atenção ao recém-nascido*. Curitiba, PR: Secretaria Municipal de Saúde, 2012.



# CAPACITAÇÃO SOBRE SÍFILIS COM A EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

Autor principal/relator: Caroline Berté  
Colaboradores: Bianca F. Aguiar, Beatriz P. Andrade, Luana Tonin, Gisele Weissheimer, Leandro Rozin.

Local de Trabalho: UBS Monteiro Lobato.  
Eixo Temático: Educação Permanente



## INTRODUÇÃO

As doenças sexualmente transmissíveis (DST) constituem um sério problema de saúde pública, pois acarretam, além de danos à saúde, também danos sociais, econômicos e sanitários e, dentre elas, a sífilis merece destaque (Valderrama et al., 2004). Mediante isso, surgiu a ideia de desenvolver uma capacitação sobre sífilis com o objetivo de atualizar e sensibilizar a equipe sobre o tema. Esta experiência aconteceu em uma Unidade de Saúde da Família do município de Curitiba.

## DESENVOLVIMENTO

A atividade de capacitação foi realizada pelas enfermeiras residentes no horário destinado a reunião semanal de equipe e o público foi a equipe multidisciplinar. Os tópicos abordados foram as formas de contágio, sinais e sintomas, fases da doença, diagnóstico, tratamento, sífilis congênita, notificação dos casos, entre outros. Abriu-se espaço para discussão, permitindo assim a troca de experiências e esclarecimento das dúvidas. Após, realizou-se uma atividade prática para fixação do conteúdo, utilizando como auxílio papéis coloridos e perguntas previamente elaboradas a cerca do conteúdo trabalhado.

## CONCLUSÃO

Apesar da maioria dos profissionais se depararem com pacientes portadores da doença, percebemos que existiam algumas dúvidas e a capacitação permitiu atualizar o conhecimento dos profissionais e sanar dúvidas a respeito do tema, além de deixá-los sensibilizados sobre a responsabilidade de cada um e de todos, enquanto equipe, na atenção à sífilis.

## REFERÊNCIAS

VALDERRAMA. J.; ZACARRIAS, F.; MAZIN, R. Sífilis materna y sífilis congénita em América Latina: un problema grave de solución sencilla. Rev Panam Salud Pública, 2004, vol.16, n.3, pp. 209-210.



# GRUPO DE GESTANTES: UMA ESTRATÉGIA EFICAZ

Autor principal/relator: Beatriz P. Andrade  
Colaboradores: Caroline Berté, Bianca F. Aguiar,  
Maíra Ap. Fedalto, Alessandra Custódio, Silvane H.  
G. Moreira

Local de Trabalho: UBS Monteiro Lobato.  
Eixo Temático: Educação em Saúde



## INTRODUÇÃO

Segundo orientações do Ministério da Saúde a assistência ao pré-natal é o primeiro passo para o parto e o nascimento humanizado (BRASIL, 2000).

## DESENVOLVIMENTO

O grupo de gestantes é uma atividade realizada pela equipe da Unidade de Saúde durante o pré-natal e tem como objetivos a redução de riscos durante a gestação, a maior adesão da gestante nas consultas pré-natais e melhoria da qualidade e da eficiência da assistência pré-natal.

As reuniões com o grupo de gestantes, são conduzidas pelas enfermeiras e contam com a participação da equipe multidisciplinar. Acontecem semanalmente, no período da manhã, seguindo o cronograma da semana de área e no mesmo dia em que são agendadas as coletas de material para exames laboratoriais das gestantes, facilitando a adesão das mesmas; os familiares também são convidados. Entre os temas abordados pode-se destacar: sinais e sintomas comuns na gestação com as modificações fisiológicas e psicológicas do corpo; sinais de trabalho de parto, parto e pós-parto; alimentação saudável, aleitamento materno; cuidados com o recém nascido, exames laboratoriais, entre outros.

## CONCLUSÃO

Concluiu-se que as reuniões do grupo de gestantes possibilitam a troca de experiências entre as mesmas, redução dos medos relativos à gravidez, parto e puerpério, melhor adesão ao pré-natal e posteriormente ao aleitamento materno, prevenindo os óbitos fetais, assim como contribuem no estabelecimento de vínculo com a equipe, possibilitam complementação do atendimento realizado nas consultas individuais, e fortalecem a importância das orientações passadas à gestante.

## REFERÊNCIAS

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Assistência pré-natal: Manual técnico. 3. Ed. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde - SPS/Ministério da Saúde, 2000. p.9-18.



# AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NA SECRETARIA DA SAÚDE DE CURITIBA

Autor principal/relator: Roberto Eduardo Bueno  
Colaborador: Simone Tetu Moysés

Local de Trabalho: Núcleo de Promoção da Saúde  
Eixo Temático: Determinação Social, Iniquidades e Promoção da Saúde



## INTRODUÇÃO

O objetivo deste trabalho foi mapear as ações de promoção da saúde realizadas na Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba em 2014.

## DESENVOLVIMENTO

Utilizou-se de um instrumento de coleta de dados que contemplou os temas e eixos operacionais contemplados na Política Nacional de Promoção da Saúde de 2014. Foram enviados 122 convites por e-mail para os Diretores e Coordenadores do nível central da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba e para todos os seus Distritos Sanitários. Destes, houve 67 respondentes, perfazendo uma taxa de resposta de 55%. O perfil dos respondentes englobou: Coordenadores Locais de UMS; Centro de Epidemiologia; CEREST; Gabinete; CES; DAPS; Rede de Proteção; DS Boqueirão; DS Santa Felicidade; DS Pinheirinho; DS Boa Vista; DS Bairro Novo; DS Matriz; CAPS; NASF.

## CONCLUSÃO

A maioria das ações tem priorizado os eixos operacionais: educação para a saúde; vigilância, avaliação e monitoramento; ambientes saudáveis.

Os ambientes são vistos mais como espaços para ações de educação para saúde do que para ações intersetoriais. Poucas foram as ações desenvolvidas com articulação intersetorial. A maioria dos respondentes reconheceu a ampliação do acesso e vínculo na Atenção Primária à Saúde como ação de promoção da saúde. Poucas ações focadas em: desenvolvimento de habilidades para a vida; cidadania e ética; proteção do ambiente de vida; trânsito seguro; redes de produção social e cuidado em saúde; vida no trabalho; educação e formação (capacitação profissional).

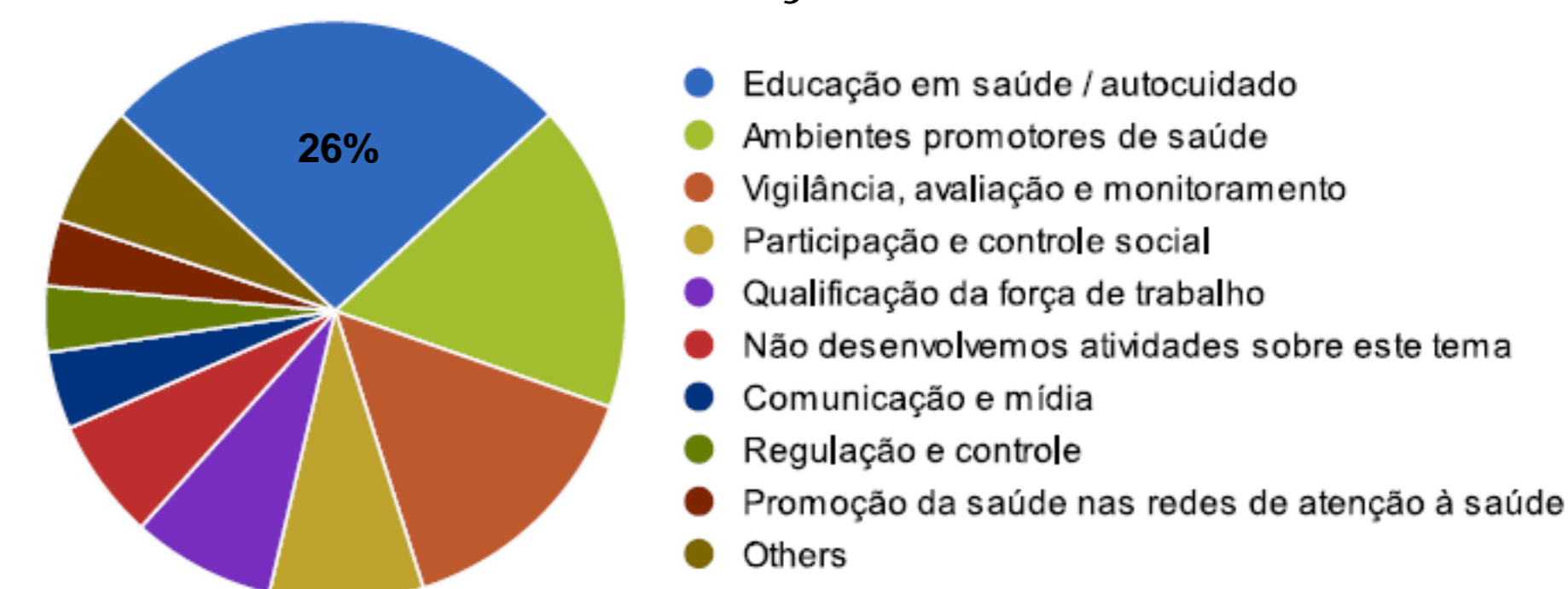
## REFERÊNCIAS

BRASIL, Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

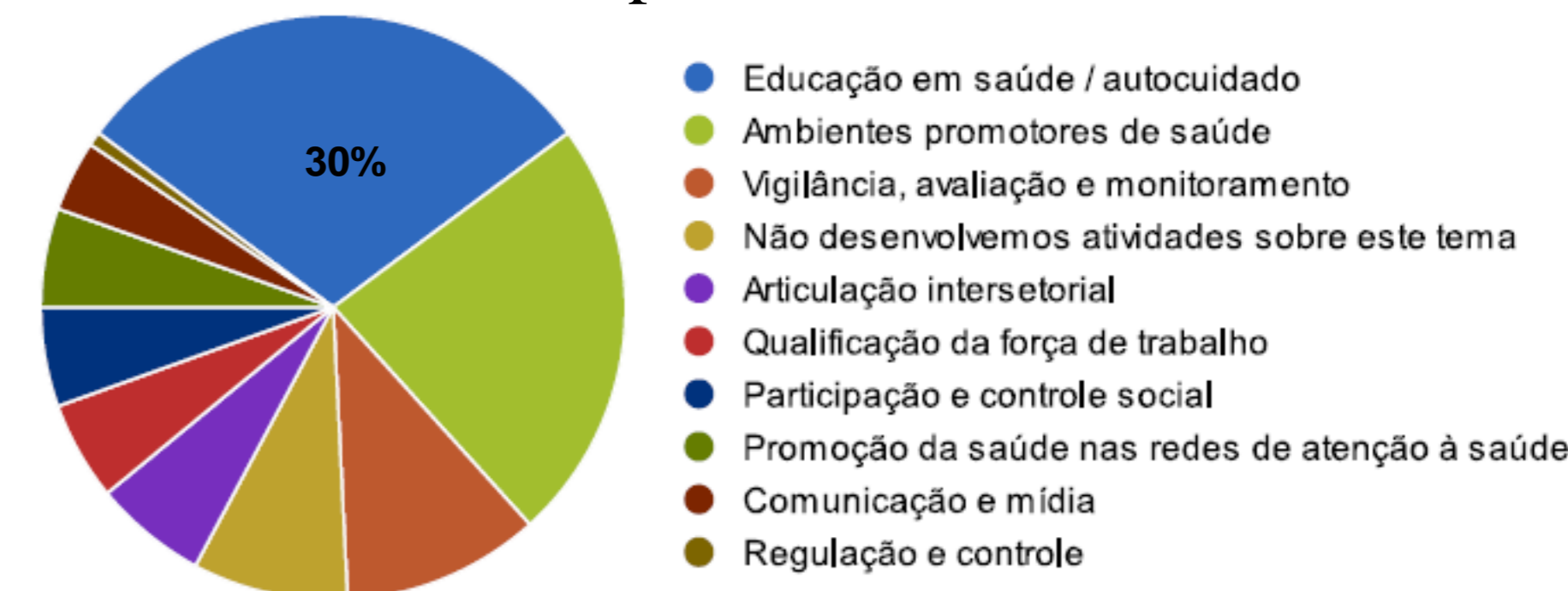
TEMAS	DESENVOLVE ATIVIDADES
Alimentação Saudável	84%
Prática corporal / atividade física	84%
Ampliação de acesso e vínculo na Atenção Primária à Saúde	76%
Prevenção de dependência química (tabaco, álcool, drogas)	73%
Habilidades para a vida (autoestima, prevenção de violências e cultura da paz)	60%
Cidadania e Ética (inclusão social, equidade de acesso e respeito a diversidade)	48%
Proteção do ambiente de vida (lixo, água, energia, preservação ambiental)	45%
Trânsito seguro	22%



Alimentação saudável



Prática corporal / atividade física



Ampliação de acesso e vínculo na Atenção Primária à Saúde



Prevenção de dependências químicas – uso de produtos derivados do tabaco, álcool, drogas



Habilidades para a vida (autoestima, relacionamento interpessoal, prevenção de violências e estímulo à cultura da paz)



Trânsito seguro



# INTERVENÇÃO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Autor principal/relator: Ac. Enf. Fernanda do Rocio de Araújo

Ac. Enf. Vinícius de Archanjo

Local de Trabalho: Unidade de Saúde São Domingos

Eixo Temático: Saúde da Família



## INTRODUÇÃO

Esta pesquisa teve como objetivo relatar a experiência e vivência com uma família da microárea 52, dentro do programa de Estratégia de Saúde da Família como pré-requisito para horas curriculares do curso de graduação de enfermagem da PUCPR. O acompanhamento da família foi feito com seis visitas domiciliares no período da manhã, foi elaborado um mapeamento da história da família construindo um genograma e a partir do histórico foi formado diagnósticos de enfermagem com embasamento na CIPE, e formulado intervenções de enfermagem que foram utilizadas com o apoio do NASF.

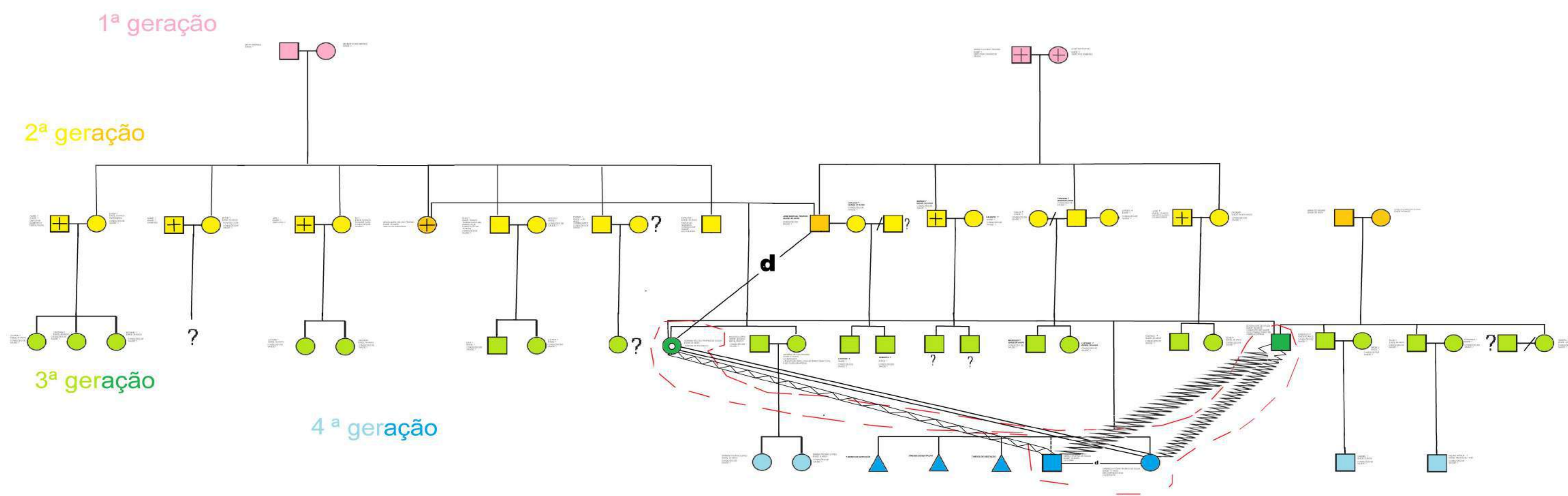
## DESENVOLVIMENTO

Foi realizado um histórico familiar em que teve como pré-requisito informações de três gerações do mesmo. O histórico serviu como base para aplicação das ferramentas da estratégia saúde da família (genograma, ciclo de vida e FIRO). Após a ORGANIZACAO das três gerações familiar concentrou-se as análises, diagnósticos e intervenções PARA CADA CICLO DE VIDA da família nuclear. A etapa seguinte em forma de discussão a elaboração do plano de intervenções com professores, família, equipe e recursos da comunidade. Após concentrou-se no plano de intervenção.

Houve maior reflexão das atitudes para com os membros do núcleo familiar, calma para tomar decisões, valorizando sempre o amor e seus papéis sociais, as diferenças e o respeito.

Como profissional, é dever exercer sua atividade de consulta e atendimento, dentro das residências, como ator social agente de mudanças, saber que não existe uma família que não precise de um olhar humanizado.

### GENOGRAMA FAMÍLIA TROFINO E SOUZA



## CONCLUSÃO

Com o trabalho realizado, percebemos uma mudança de comportamento após as intervenções elaboradas à informante e sua família, houve maior reflexão de suas atitudes para com os membros do núcleo familiar. Para nós acadêmicos, a descoberta da real essência da Estratégia da Saúde da Família, compreendendo o olhar humanizado, o atendimento diferenciado, embasado nos princípios do SUS, com igualdade, equidade e universalidade, para a busca de qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS. CIPE®, versão 2: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, versão 2.0. São Paulo: Argol, 2011.



# PARCERIA ENTRE GESTÃO E CONSELHO LOCAL NA ORIENTAÇÃO AOS USUÁRIOS DE SAÚDE

Autor principal/relator: Claudia C. Roman  
Colaborador: João Eugenio Bovkalovski

Local de Trabalho: Unidade de Saúde Solitude  
Eixo Temático: Controle Social



## INTRODUÇÃO

Um dos papéis desempenhados pelo Conselho Local de Saúde é conhecer as dificuldades vivenciadas pelos gestores e trabalhadores bem como aumentar a aproximação entre comunidade e equipe de saúde na compreensão dos serviços e programas de saúde. A equipe da unidade e os conselheiros evidenciaram alguns problemas tais como: constatação de usuários que aguardavam abertura da Unidade de Saúde até duas horas antes; índice de absenteísmo no exames agendados elevado e desconhecimento da comunidade das atividades exercidas pelo Conselho. Diante do exposto acima, iniciamos um trabalho com orientações em sala de espera com o objetivo de fomentar a co-responsabilidade dos usuários no comparecimento aos exames agendados; orientar os usuários sobre fluxo de atendimento da unidade bem como serviços ofertados pela unidade; divulgar e convidar a comunidade para participar das reuniões do Conselho Local de Saúde e apresentar a comunidade os canais e meios disponíveis de comunicação.

## DESENVOLVIMENTO

Este trabalho iniciou-se no final de março de 2014 com orientações por parte do gestor local e presidente do Conselho Local de Saúde para orientarmos a população quanto ao horário de abertura da unidade e no decorrer foram surgindo outras necessidades de orientação aos mesmos que estimulou a criação de um informativo para ser distribuído aos usuários após as orientações, conforme foto abaixo.



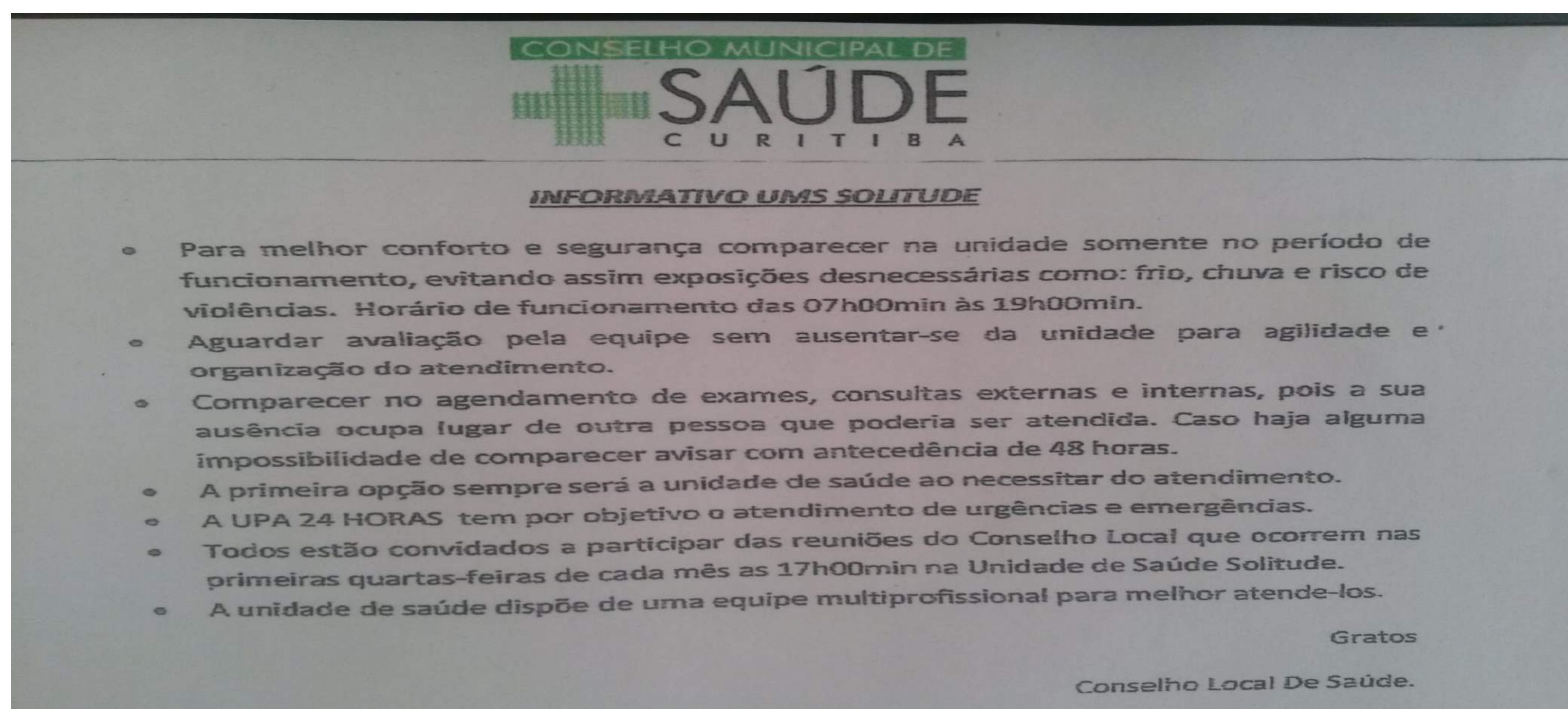
## CONCLUSÃO

Com este trabalho verificamos uma diminuição significativa do número de usuários que chegavam muito antes do horário; aumento no grau de satisfação dos usuários detectada através do número de elogios; diminuição no número de absenteísmo nos exames agendados e aumento na divulgação das atividades exercidas pelo Conselho Local de Saúde e equipe de saúde.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei nº 8.1422, de 28 de dezembro de 1990.

BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990.



## INTRODUÇÃO

**Acesso ampliado nada mais é do que acesso facilitado ao usuário que necessite de atendimento para o dia, através da agenda aberta para demanda, sem pré agendamentos.**

**Na UMS Irmã Tereza Araújo todos usuários passam por avaliação e são direcionados ao atendimento médico ou de enfermagem.**

## DESENVOLVIMENTO

**Na UMS Irmã Tereza Araújo temos 3 equipes de ESF, o usuário é atendido pela equipe da sua área de abrangência. Os usuários são avaliados pela equipe de enfermagem e dependendo da queixa são direcionados à um horário de atendimento. A avaliação é realizada durante todo o dia, por isso o paciente não tem horário para chegar à UMS, pois a qualquer momento ele será avaliado pela equipe. O número de consultas variam conforme o dia de atendimento. As consultas de enfermagem aumentaram, devido a maior autonomia dos enfermeiros no atendimento, conforme a nova normativa.**

**O grupo de pacientes foi mantido pois sentimos a necessidade de manter vínculo e acompanhamento dos usuários crônicos, neste dia a equipe da ESF específica, fica direcionada a atender os pacientes do grupo, que são avaliados individualmente, e direcionados ao atendimento de enfermagem ou médico, para orientações, receitas e encaminhamentos se necessário.**

**As consultas pré agendadas ainda existem para retorno de gestante, mas se a mesma apresentar alguma queixa fora desta data ela é atendida.**

## CONCLUSÃO

**Neste modelo de atendimento não temos absenteísmo. Facilitou ao usuário, que não necessita aguardar um período prolongado para ser atendido na UMS, não tem a necessidade de procurar outros serviços para atendimento. A equipe tem uma tranquilidade, pois os atendimentos são realizados no dia e há menos pressão quanto a solicitação de consulta. Há um vínculo maior entre profissionais de saúde e usuários, o que aumenta a confiança na equipe.**

## REFERÊNCIAS

CUNHA GT. A construção da clínica ampliada na Atenção Básica. São Paulo HUCITEC, 2005



# CONTROLE DE ROEDORES NO CONTEXTO DA VIGILÂNCIA DA LEPTOSPIROSE, CURITIBA-PR

Autor principal/relator: Diogo da Cunha Ferraz  
Colaboradores: Ana Paula Coninck Mafra;  
Irinéia Francisca Gozzo.

Local de Trabalho: Coordenação de Controle de Zoonoses e Vetores (CCZV).  
Eixo Temático: Vigilância Ambiental



## INTRODUÇÃO

O Serviço de Controle de Roedores atende, através do sistema 156, a demanda da população em áreas de peridomicílio e vias públicas (bueiros). Desenvolve também trabalho permanente em 114 áreas de risco para transmissão da leptospirose, mapeadas por toda a cidade. Em ambos os casos, as ações são direcionadas especificamente para população de ratazanas (*Rattus norvegicus*), principal reservatório da bactéria *Leptospira* em ambiente urbano.

## DESENVOLVIMENTO

A partir da notificação no sistema 156, realiza-se visita domiciliar que busca identificar sinais como tocas, fezes, trilhas, manchas de gordura, que possam evidenciar a presença de roedores no peridomicílio. O tratamento químico com rodenticida é feito somente quando a avaliação do ambiente apontar a necessidade. São feitas também orientações sobre medidas corretivas no ambiente e de prevenção à leptospirose.

Cada uma das 114 áreas de risco para transmissão da leptospirose é monitorada através de um ciclo composto por 03(três) visitas domiciliares, com intervalos de 10 (dez) dias e mesma metodologia de abordagem acima descrita.

No período estabelecido para análise, 15/11/13 à 15/11/14, foram atendidas 9.069 solicitações via 156, sendo 5.927 (65%) para controle de roedores no peridomicílio, 3.078 (34%) para vias públicas e 64 solicitações (1%) de orientações sobre roedores. No mesmo período, foram visitados 30.023 imóveis e feitas 32.879 orientações à população em áreas de risco para transmissão da leptospirose.

## CONCLUSÃO

A análise dos dados, obtidos a partir do sistema 156, pode ser utilizada como um dos indicadores para reavaliação do mapeamento das áreas de risco para transmissão da leptospirose do município de Curitiba. A concentração de solicitações em uma determinada região da cidade pode auxiliar na detecção de novas áreas de risco. De modo semelhante, a diminuição do número de solicitações pode indicar a necessidade de redução ou supressão de outras áreas.

## REFERÊNCIAS

Brasil. Fundação Nacional de Saúde. Manual de Controle de Roedores. Brasília: Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde, 2002.

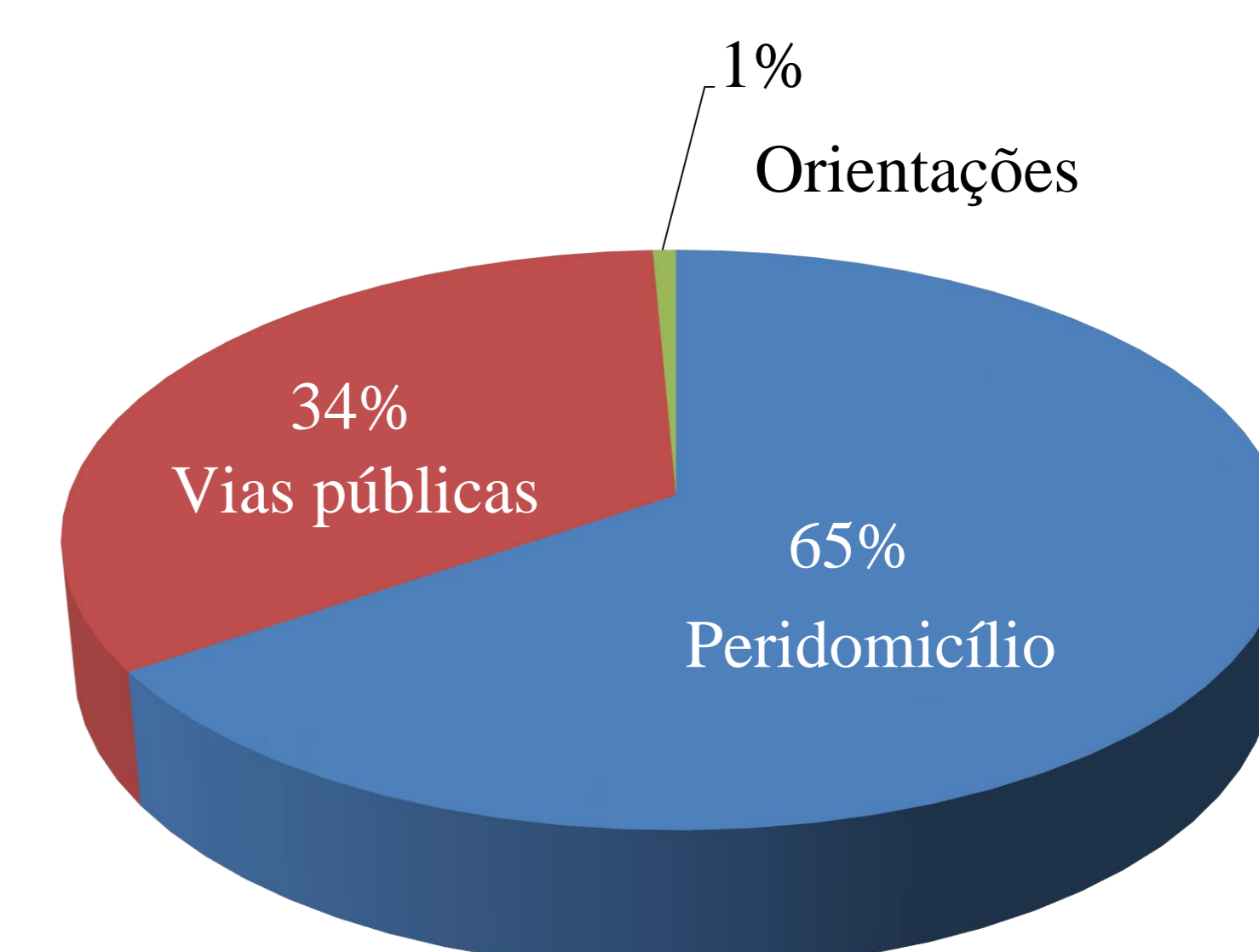


Gráfico 01 – Solicitações via sistema 156 do Serviço de Controle de Roedores, nov.2013-nov.2014.  
Fonte: Coordenação de Controle de Zoonoses e Vetores

Distrito Sanitário	Peridomicílio	Via Pública	Orientações
Boqueirão	956	460	6
Portão	995	477	9
Santa Felicidade	435	247	10
Pinheirinho	517	334	5
Cajuru	895	461	8
Bairro Novo	387	213	5
Matriz	520	260	5
CIC	412	257	4
Boa Vista	810	369	12
<b>Total</b>	<b>5927</b>	<b>3078</b>	<b>64</b>

Tabela 01 – Solicitações via 156 do Serviço de Controle de Roedores, nov.2013-nov.2014, por Distrito Sanitário.  
Fonte: Coordenação de Controle de Zoonoses e Vetores

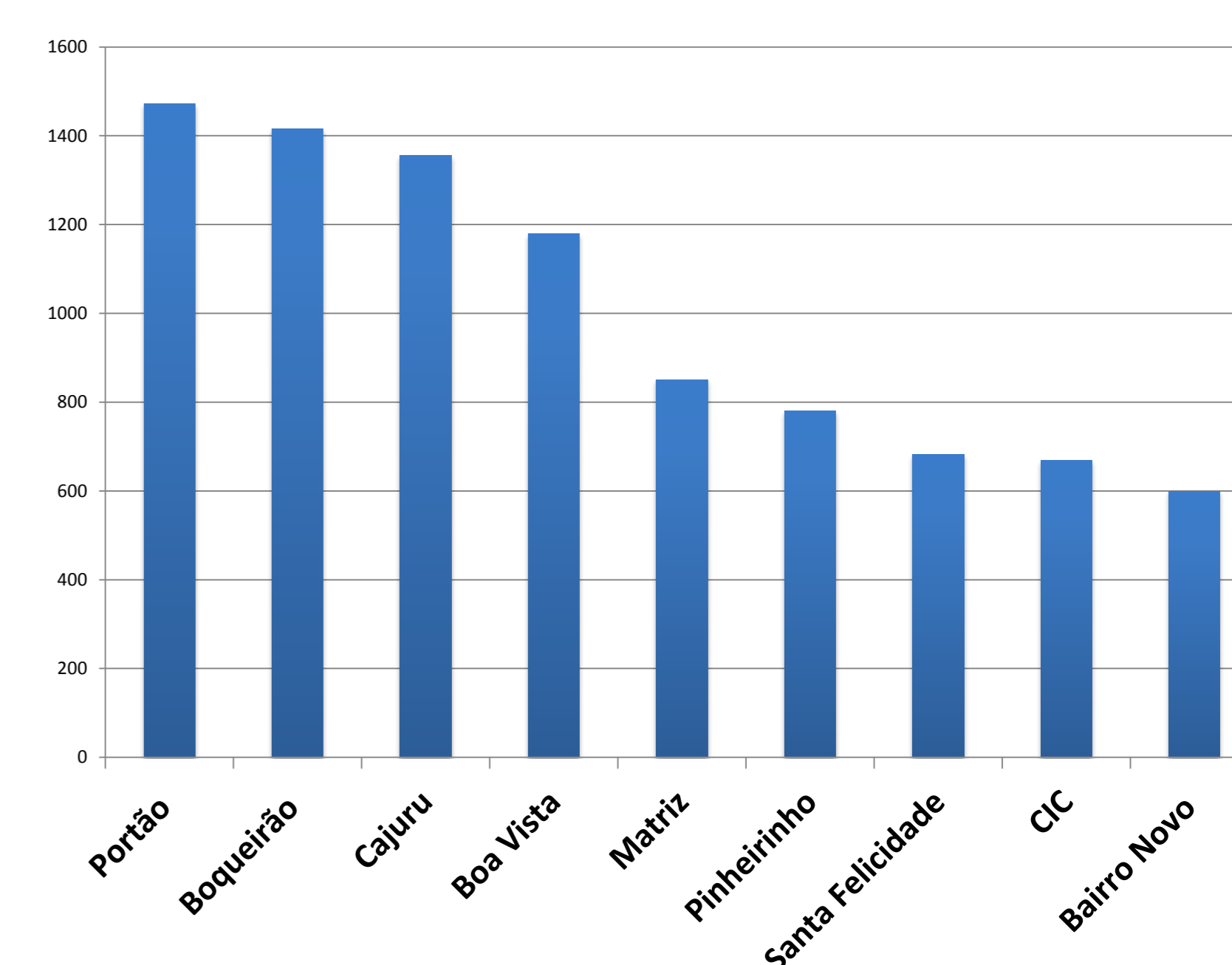


Gráfico 02 – Distribuição por Distrito Sanitário das solicitações do Serviço de Controle de Roedores através do 156, nov.2013-nov.2014.  
Fonte: Coordenação de Controle de Zoonoses e Vetores

# CONSEQUÊNCIAS DO USO DO PIERCING BUCAL

Autor PRINCIPAL/RELATOR: Wilsyana K. Zanetti  
Colaboradores: Ana Paula Braosi, Sirlei C. Godoi, Fabio A. O. Pereira, Eloi da R Germann .

Local de Trabalho: Unidade de Saúde Vitória Régia  
Eixo Temático: Saúde bucal na APS/ESF



## INTRODUÇÃO

*Piercing* bucal envolve a perfuração de alguma parte dos tecidos bucais, nos quais se inserem adornos. Seu uso tornou-se frequente e de grande aceitação entre os jovens do mundo ocidental, principalmente associado à moda ou algum estilo, ou religião, ou até mesmo para demonstrar superioridade sobre outros membros de algum grupo (Plastargias I & Sakellari D, 2014).

## DESENVOLVIMENTO

Os locais mais comuns de colocação de *piercings* são o dorso e porção inferior da língua, freio labial, freio lingual e tecidos dos lábios, entre outros. Confeccionados em diferentes materiais, apresentam-se como possíveis agentes etiológicos responsáveis pelo trauma sobre os dentes, tecido ósseo e tecidos moles da boca. A dor e o edema relacionados à colocação de *piercing* fazem parte do quadro clínico de praticamente todos os pacientes que decidem por tal prática. É interessante notar que em casos de dores dentárias idiopáticas em pacientes que possuem *piercing*, o dentista deve relacionar a possibilidade de a etiologia ser decorrente a hábitos disfuncionais, como morder ou movimentar o ornamento (Fenato MC, Miura CSN, Boleta-Ceranto DCF, 2010).

Com o intuito de alertar a comunidade quanto às possíveis alterações decorrentes do uso deste artefato, faz-se necessário a busca constante da literatura baseada em evidência para nortear as práticas de educação em saúde.

Um longo tempo de uso e o tipo de ornamentos utilizados como *piercings*, por exemplo, botões metálicos, estão associados com uma maior prevalência de defeitos na superfície dentária e recessão gengival, além de perda de inserção óssea e periodontal e halitose.

## CONCLUSÃO

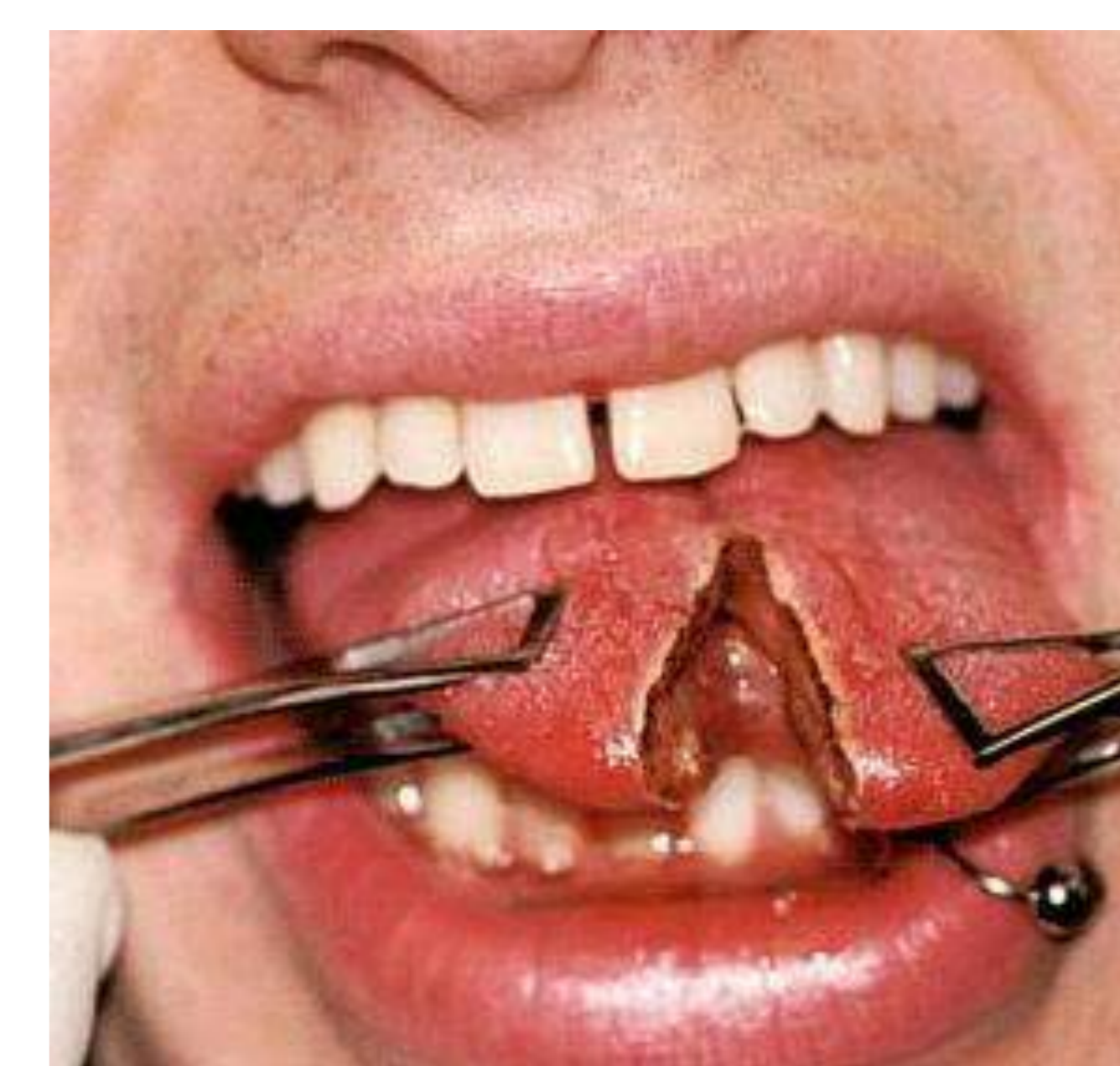
Mudar comportamentos e atitudes, principalmente de adolescentes e jovens, é bastante difícil. A falta de informação acerca do uso de *piercings* na boca pode favorecer ao seu uso, levando cada vez mais jovens a se utilizarem desta prática, colocando em risco sua saúde bucal e sistêmica, uma vez que as complicações podem ser variadas além de onerar o sistema público de saúde para atendimento e resolução dessas patologias.

## REFERÊNCIAS

FENATO, M. C.; MIURA, C. S. N.; BOLETA-CERANTO, D. C. F. Piercing bucal: sua saúde vale esse modismo?. Arq. Ciênc. Saúde UNIPAR, Umuarama, v. 14, n. 2, p. 157-161, maio/ago.  
PLASTARGIAS I, SAKELLARI D. The consequences of tongue piercing on oral and periodontal tissues ISRN Dent. 2014 Jan 29;2014:876510. eCollection 2014.. doi: 10.1155/2014/876510.



<http://meadfamilydental.com/2012/03/oral-piercings-broken-teeth-or-worse/>



<http://www.piercingtime.com/snake-bites-and-tongue-and-lip-web-mouth-piercings/>



<http://www.piercingtime.com/snake-bites-and-tongue-and-lip-web-mouth-piercings/>



<http://www.piercingtime.com/snake-bites-and-tongue-and-lip-web-mouth-piercings/>



# A PRÁTICA DA AMBIÊNCIA EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM CURITIBA: EXPERIÊNCIA DA UMS CONCÓRDIA.

Autor principal: Jéssica Oliveira de Lima  
Colaboradores: Verenice Rosa Poletini, Josiane Reali Cavalheiro.

Local de Trabalho: UMS Concórdia - DNPN.  
Eixo Temático: Vivências e narrativas sobre práticas do cuidado em diversos cenários.



## INTRODUÇÃO

O termo **Ambiência**, na área da saúde, está relacionado à forma como o espaço físico, social, interpessoal e das relações profissionais é organizado, com o objetivo de proporcionar uma assistência acolhedora e resolutiva ao indivíduo que procura atendimento. Organizar o espaço vai muito além de uma composição técnica e formal, se caracteriza por vivências que reforçam valores presentes nos profissionais e na comunidade (BRASIL, 2010).

## DESENVOLVIMENTO

A UMS Concórdia pertence ao Distrito Sanitário Pinheirinho, tornou-se uma Unidade de Saúde da Família em Setembro de 2013, onde iniciou os atendimentos aos usuários da área de abrangência como preconiza o Ministério da Saúde, na modalidade de equipes, divididas pelo território-processo. Atualmente, possui 4 equipes de Saúde da Família, sendo que cada uma é composta por 1 médico de família e comunidade, 1 enfermeiro, 1 auxiliar de enfermagem e 2 agentes comunitários. Cada equipe foi nomeada com uma cor específica (lilás, laranja, amarela e verde), com o objetivo de facilitar a compreensão dos usuários e relacionar os servidores à equipe de origem. A estrutura física da Unidade de Saúde passou por reforma em 2013, logo após a mudança na modalidade de atendimento, favorecendo a disposição física das equipes dentro da estrutura, e valorizando o trabalho de todos os servidores envolvidos no cuidado. Outras mudanças importantes também ocorreram, como a implantação do horário estendido, prestando atendimento à população das 07:00 h às 22:00 h, de segunda à sexta-feira. Recentemente, um grande avanço na organização do processo de trabalho e de atendimento foi a implantação da avaliação/acolhimento por equipes, onde o usuário quando procura a UMS é recebido por um profissional enfermeiro ou auxiliar de enfermagem da sua equipe de Saúde da Família, tornando assim o cuidado ofertado diferenciado de tudo aquilo que já havíamos realizado e experimentado até o momento, pois favorece o fortalecimento do vínculo com a comunidade.

## CONCLUSÃO

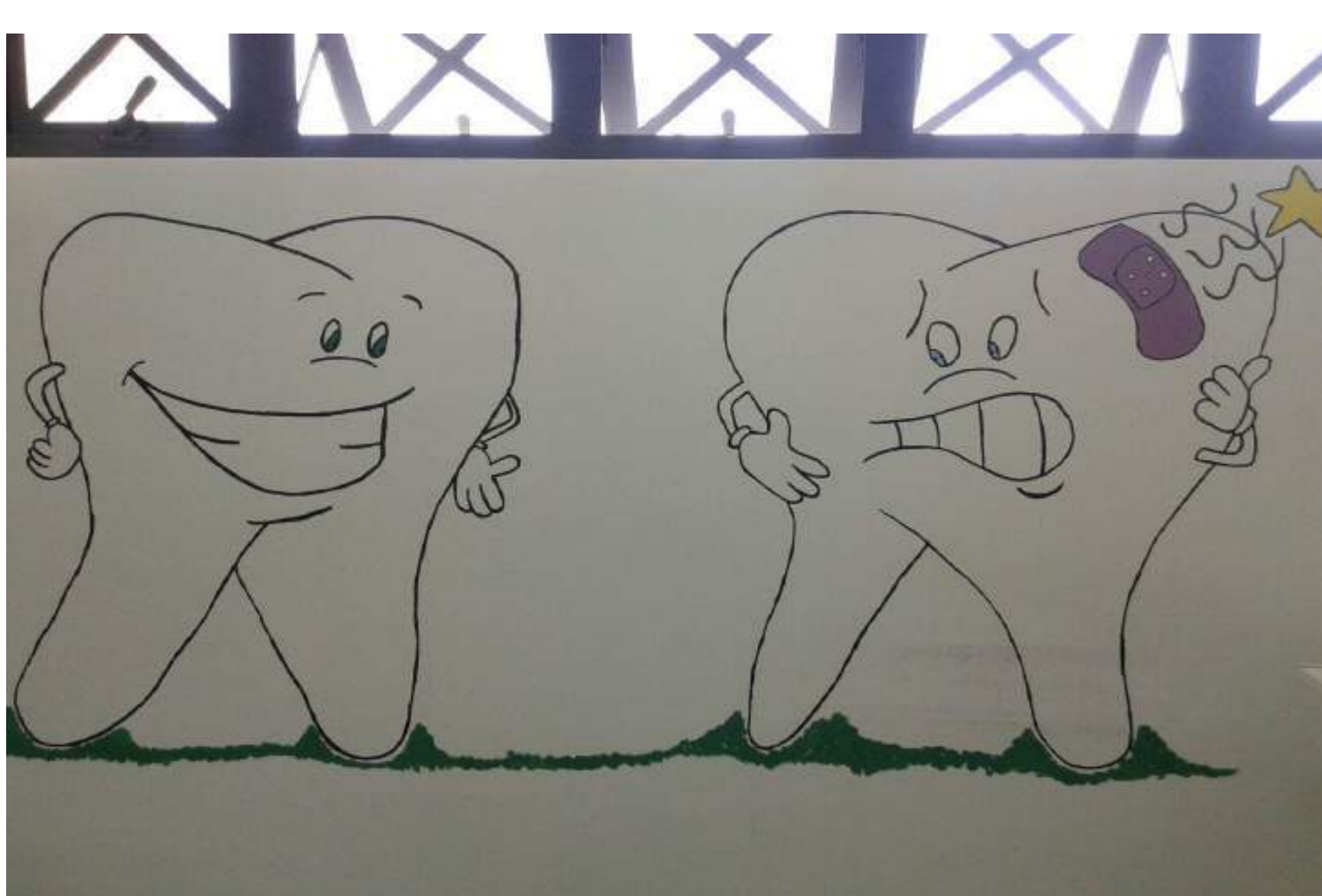
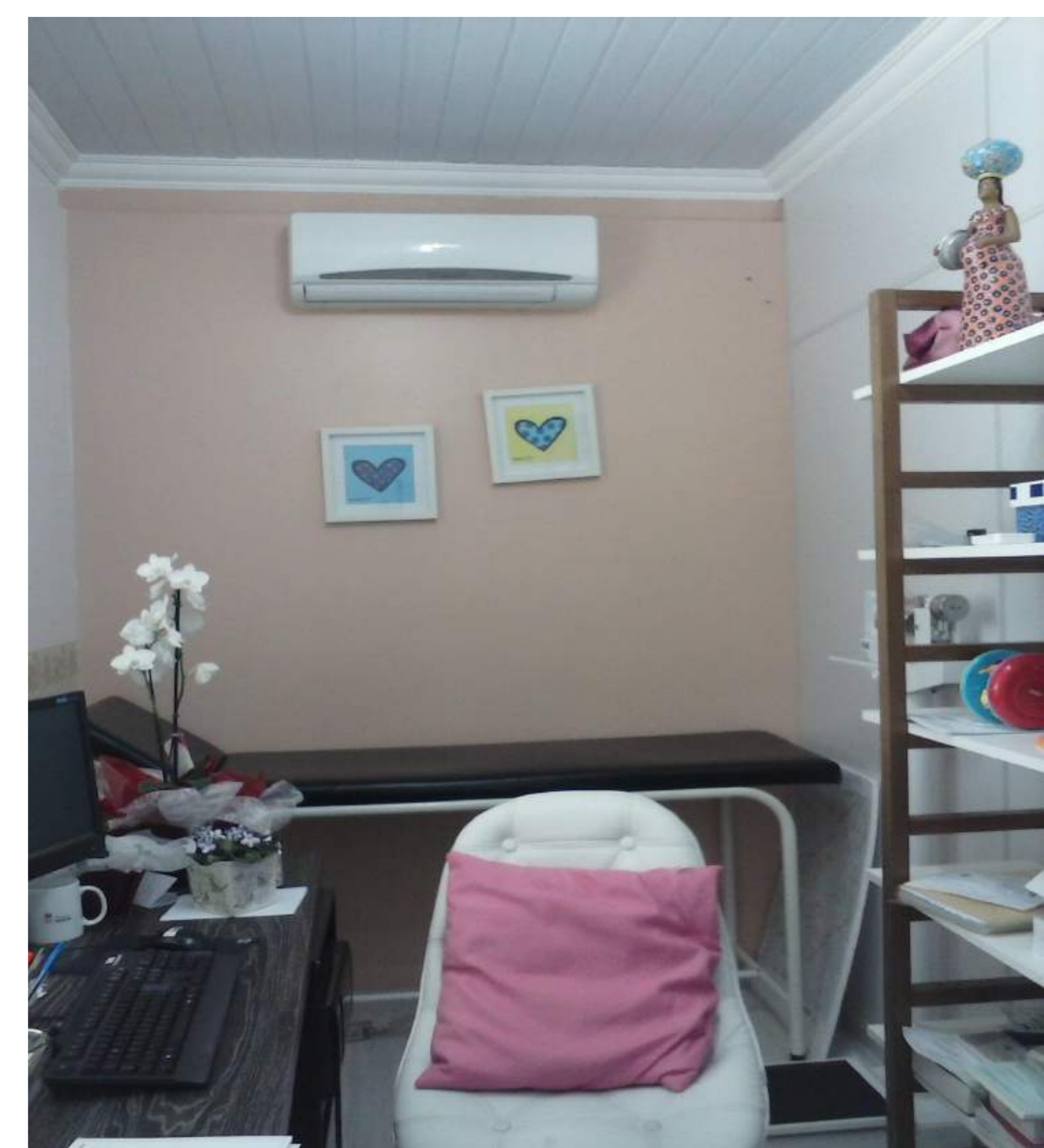
Após um ano de implantação da Estratégia Saúde da Família na unidade, pode-se afirmar que muito avançamos em relação a qualificação do atendimento que prestamos aos usuários, e a ambiência foi um dos principais recursos utilizados para consolidar a implantação da estratégia no serviço. Porém, ainda muito precisamos avançar para que o nosso atendimento como profissionais que trabalham com promoção da saúde e prevenção possa ser integral, como preconizado pelos princípios do SUS. Vislumbramos a presença da odontologia nas equipes de Saúde da Família e aguardamos que as equipes estejam com quadro completo de servidores, entretanto não deixamos de oferecer a essência da nossa existência: o cuidado com ética e respeito aos nossos usuários.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Ambiência* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010. 32 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)



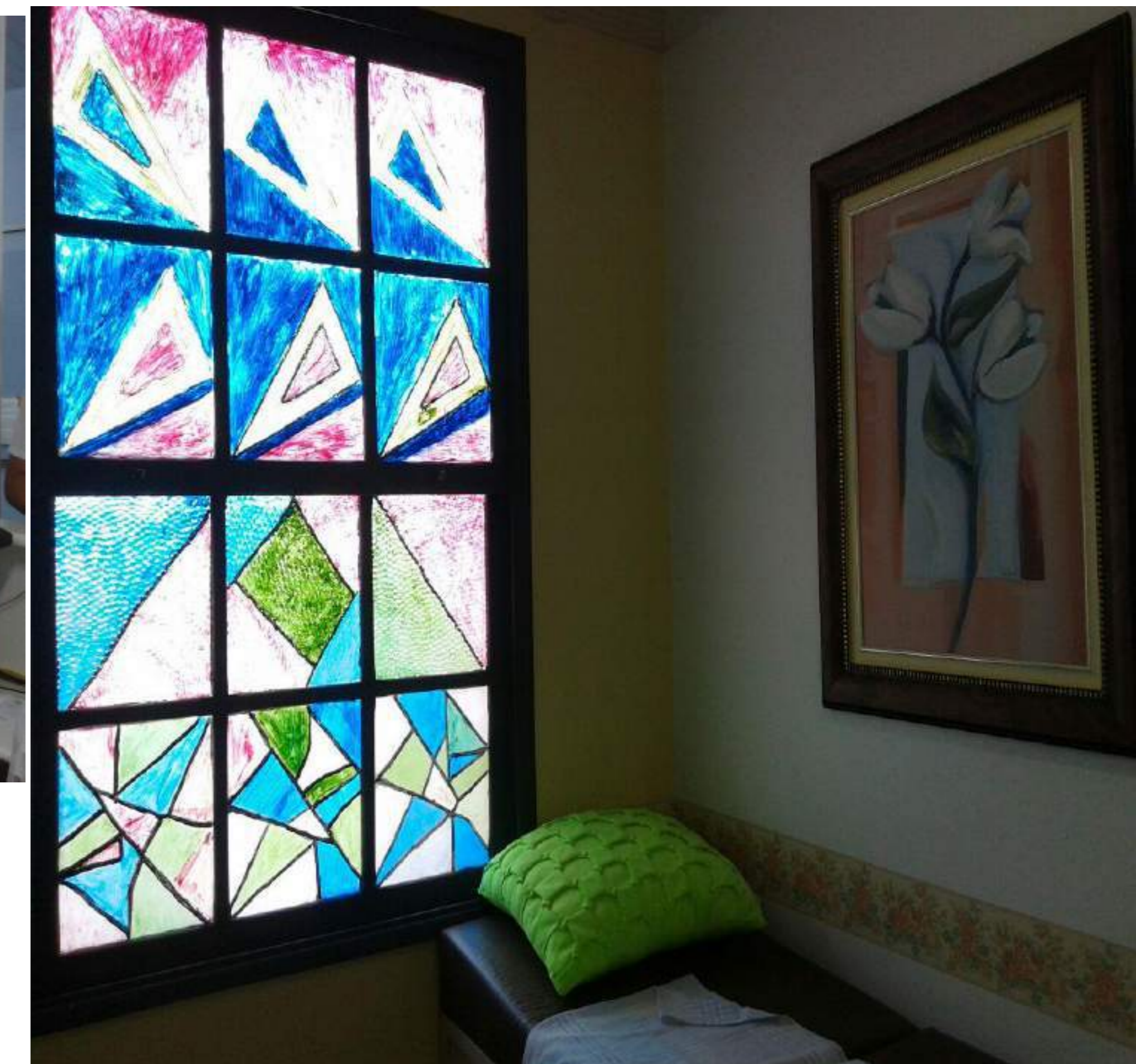
Quadro disponível na recepção: identificação das equipes e profissionais por cores



Painel odontologia: arte realizada pela ASB Nádia Pereira e TSB Michelle Cunha



Recepção da UMS



# FLUXO DE TRIAGEM DE GESTAÇÃO DE ALTO RISCO EM CURITIBA

Autor principal/relator: Wagner Aparecido Barbosa Dias  
Colaboradores: Everson R. De Lima, Elaine C. A. Da Silva, Hedi Muraro, Luciana T. S. Przysieszny

Local de Trabalho: DRAS/SMS  
Eixo Temático: Redes de atenção – linhas de cuidado (mulher, criança, gestante, idoso e adolescente)



## INTRODUÇÃO

Um dos grandes gargalos da assistência pré natal é a interface entre o atendimento ao baixo e alto risco. Para que as gestantes possam ser inseridas no acompanhamento especializado, é necessário verificar se pertencem ao grupo considerado como de risco. O objetivo deste projeto foi disponibilizar vagas imediatas para a triagem de pré natal de alto risco.

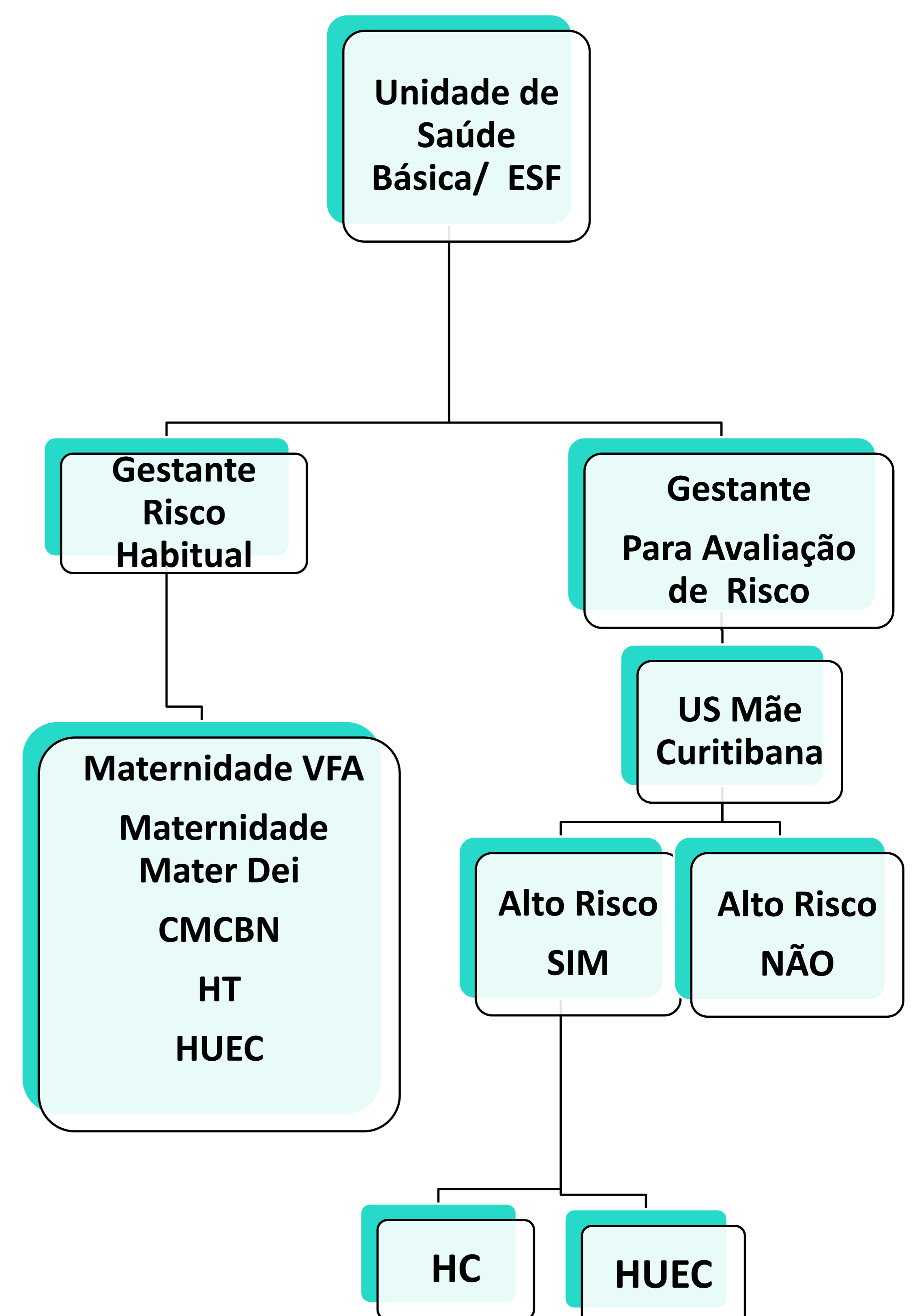
## DESENVOLVIMENTO

No momento em que o pré natalista da Unidade de Saúde (US) detecta alguma situação que possa sugerir um risco gestacional, a gestante deve ser encaminhada para avaliação especializada para confirmação do risco. No município de Curitiba, a triagem inicial era realizada pelos hospitais que são referência de alto risco, em ambulatório independente do serviço de pré-natal. No entanto, devido a demanda, a fila tinha aproximadamente 800 pacientes, com tempo de espera para a consulta de triagem de mais de 30 dias. Após a triagem era agendada consulta no ambulatório do pré natal. Dessa forma, o tempo transcorrido entre o encaminhamento pela US e o início do pré natal era de mais de 40 dias.

A proposta implantada no município foi a criação de ambulatório de triagem dentro de unidade própria (US Mãe Curitibana). As pacientes direcionadas pela US passam por uma consulta de triagem com obstetra. Somente casos com triagem positiva de risco gestacional tem a consulta agendada nos hospitais de referência. Além disso, o acesso facilitado ao prontuário eletrônico pelos profissionais, favorece o contato para troca de informações mais precisas.

## CONCLUSÃO

A alteração do fluxo de triagem de alto risco, introduzindo uma etapa dentro do próprio serviço da secretaria de saúde, reduziu o tempo de espera para consulta de mais de 90 dias para, no máximo, 15 dias. A fila inicial que era de mais de 800 pacientes, no momento, é a demanda atendida na semana. Adicionalmente, o acesso facilitado ao prontuário eletrônico pelos profissionais, favorece o contato para troca de informações mais precisas. A ação demonstra como pequenas mudanças de fluxo podem interferir positivamente nos resultados com a melhoria da classificação de risco gestacional.



# HUMANIZAÇÃO NO ATENDIMENTO AO IDOSO

Autor principal/relator: Denise Ribas Jamus  
Colaboradores: Paulo Henrique Coltro, Isabel de Lima Zanata, Altair Damas Rossato; Gustavo Justo Schulz.

Local de Trabalho: Hospital do Idoso Zilda Arns  
Eixo Temático: Humanização, ética e bioética na saúde



## INTRODUÇÃO

O Grupo de Humanização do Hospital do Idoso Zilda Arns (HUMANIZA HIZA) foi instituído a partir das diretrizes propostas pela Política Nacional de Humanização do SUS (HUMANIZA SUS) em junho de 2012 e vem realizando ações buscando a valorização dos diferentes sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde, estimulando a autonomia e o protagonismo dos mesmos, aumentando a co-responsabilidade, propondo trabalho coletivo mais acolhedor e resolutivo, visando sempre a melhoria de condições de trabalho e de atendimento.

Este hospital é referência no atendimento à pessoa idosa no cuidado secundário, com foco na qualidade dos processos e na segurança do paciente, atendendo exclusivamente pacientes do SUS.

Considerando estes aspectos, este trabalho tem como objetivo relatar algumas atividades do grupo HUMANIZA HIZA desde sua implantação, com foco em ações voltadas ao atendimento do idoso hospitalizado e seus familiares.



## DESENVOLVIMENTO

No projetos desenvolvido pelo grupo HUMANIZA HIZA estão propostas: Reuniões do GH que visam o levantamento de demandas da equipe e dos usuários, reflexão sobre estratégias de ação e organização de atividades; Campanhas de arrecadação de doações que objetivam arrecadar desde itens básicos de higiene e cuidado, os quais muitas vezes faltam à grande parte da população atendida pela instituição, como também presentes para serem distribuídos em ocasiões especiais, dentre elas está a Campanha “Abraça um Idoso” realizada todos os anos antes do Natal; Visitas de grupos e movimentos voluntários e de apresentações musicais, as quais buscam trazer momentos de descontração, alegria e tranquilidade para pacientes, familiares e funcionários, aliviando o stress da internação hospitalar e da doença; Atividades que valorizem o autocuidado e a autoestima do idoso, com a participação de profissionais de salões de beleza e massoterapeutas; Visitas estendidas dos familiares aos pacientes internados no Centro de Terapia Intensiva; Passeios externos no bosque com a presença dos familiares; entre outros.



## CONCLUSÃO

O grupo HUMANIZA HIZA tem conseguido, desde sua implantação, realizar ações embasadas nos princípios de humanização no atendimento, oferecendo ambiente agradável e propício à recuperação de pacientes que se encontram hospitalizados, especialmente àqueles de longa permanência, em tratamento ou em cuidados paliativos. Tem buscado sensibilizar a equipe de saúde da Instituição sobre a importância da qualidade dos atendimentos, com foco nos princípios da Política Nacional de Humanização. Ainda são muitos os desafios, mas espera-se uma crescente participação de todos para atingir estes resultados.



## REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Estatuto do Idoso/Ministério da Saúde – 3ª Edição. Brasília – DF: Editora do Ministério da Saúde, 2011.  
Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 4ª Edição. 4ª reimp. Brasília – DF: Editora do Ministério da Saúde, 2010.  
Política Institucional de Humanização do Grupo Marista/Área da Saúde. Coor. Vanessa Roberta Massambani. Curitiba: Associação Paranaense de Cultura, 2012.  
Manual – rotinas de humanização em medicina intensiva. Raquel Pusch de Souza (org.) 2ª Edição – São Paulo: Editora Atheneu, 2010.

# USO DA MATRIZ SWOT NO PLANEJAMENTO DAS UMS

Autor principal/relator: Gefferson Alexandre

Fernandes de Freitas

Colaboradores: Izabel Schamne, Maria Olímpia de Camargo Macieski, Dalvo Jose Merci, Eliana Amaral Mendes

Local de Trabalho: Distrito Sanitário Cajuru  
Eixo Temático: Planejamento Monitoramento  
Avaliação em Saúde



## INTRODUÇÃO

O trabalho foi realizado com as Coordenações de Unidade de Saúde e demais Coordenações do Distrito Sanitário Cajuru – DSCJ (operacional e tático operacional), sobre a importância do planejamento nas ações de curto, médio e longo prazo, a partir do alinhamento teórico, das diretrizes do núcleo gestor da SMS e do plano municipal de saúde. Como ferramenta para auxiliar no diagnóstico foi utilizada a Matriz SWOT (FOFA), observando-se seus cruzamentos para estabelecer o planejamento.

## DESENVOLVIMENTO

Em reunião específica para trabalhar o tema foi levantada a expectativa dos profissionais frente a gestão da sua UMS, procurando entender a percepção dos profissionais sobre o novo modelo dos 3 eixos e 11 temas. Foi apresentada a matriz SWOT (FOFA) como ferramenta para auxiliar o diagnóstico. Depois esta Matriz foi utilizada para o planejamento, de acordo com as orientações do Setor de Planejamento da SMS, procurando trazer a realidade das UMS para dentro do instrumento de gestão, identificando as potencialidades e limitações do serviço, identificar as capacidades do gestor local frente aos desafios impostos, bem como ampliar a capacidade de governança das UMS e do DSCJ. No segundo momento, as chefias foram divididas em 3 grupos de acordo com seu NASF. Foi então proposto o levantamento de (pelo menos) um aspecto por tema do planejamento proposto pela SMS, priorizando o enfoque das ações nos temas de Acesso e Vínculo, por este tema ter sido apontado como de maior relevância para as UMS. Foram então colocados numa matriz para posterior monitoramento das ações.

## CONCLUSÃO

A Matriz SWOT é uma boa ferramenta de diagnóstico e de simples aplicação para identificar o contexto onde está inserida a equipe da UMS, mostrando as facilidades e dificuldades que possam advir nos processos de mudança de gestão.

## REFERÊNCIAS

DAYCHOUW, M. 40 Ferramentas e Técnicas de Gerenciamento. 3. ed. Rio de Janeiro: Brasport, 2010.

## ANÁLISE SWOT

Na conquista do objetivo

	Ajuda	Atrapalha
Interna (organização)	Forças (S)	Fraquezas (W)
Externa (ambiente)	Oportunidades (O)	Ameaças (T)

Fonte: DAYCHOUW, 2010. URL: [http://rhcomprofessorjuliano.blogspot.com.br/2013/02/ferramentas-de-gestao-administracao.html]

### Exemplo de Planejamento - DSCJ

#### Eixo Atenção

**Objetivo 1:** Organizar os modelos de atenção à saúde com foco no acesso, humanização, integralidade e resolutividade, tendo a Atenção Primária à Saúde (APS) como principal porta de entrada e ordenadora do sistema.

**Objetivo 2:** Implantar as Redes de Atenção à Saúde segundo as diretrizes da Política Nacional de Saúde e reordenar as relações da Secretaria Municipal de Saúde com os serviços assistenciais contratados, segundo a lógica das redes, das linhas de cuidado e da conexão com os territórios considerando as necessidades da população (Urgência e Emergência/ Criança / Mulher/ Doenças Crônicas e Degenerativas/ Idosos/ Saúde Mental/ Saúde do Trabalhador/ Pessoa com Deficiência).

**Objetivo 3:** Construir a Carta de Saúde do SUS-Curitiba, divulgando informação sobre princípios de funcionamento do sistema, ofertas dos serviços de saúde e direitos de saúde dos usuários.

#### Eixo Vigilâncias

**Objetivo 1:** Organizar um modelo de Vigilância em Saúde, que viabilize o fortalecimento das ações de saúde coletiva desenvolvidas no SUS-Curitiba, de maneira integrada à Região Metropolitana, voltadas para redução de riscos e agravos à saúde da população, com ênfase nas doenças respiratórias, DST-AIDS e diversas formas de violência.

**Objetivo 2:** Desenvolver política institucional e intersetorial de promoção da saúde, com enfoque nos determinantes da saúde e incorporando os conceitos de sustentabilidade e qualidade de vida, contribuindo com as ações voltadas para a redução de riscos e agravos à saúde da população.

**Objetivo 3:** Criar política de incorporação de novas tecnologias em saúde, valorizando práticas integrativas e qualificação da assistência farmacêutica e laboratorial.

#### Eixo Gestão

**Objetivo 1:** Fortalecer a gestão participativa, o controle social e a descentralização da gestão na rede municipal de saúde, e contribuir com o desenvolvimento da gestão interfederativa do SUS, de modo solidário, compartilhado e corresponsável, conforme os dispositivos previstos no Decreto Presidencial 7508/2011.

**Objetivo 2:** Estruturar e implementar política de desenvolvimento de pessoas, buscando maior satisfação e qualificação dos trabalhadores, por meio de PCCS e Educação Permanente, e fortalecer a política de integração Ensino-Serviço.

**Objetivo 3:** Implementar as políticas de Comunicação e Informação, e de Informática da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, compreendendo as áreas como uma dimensão estratégica da Política Municipal de Saúde.

**Objetivo 4:** Qualificar a gestão sobre infraestrutura e logística e fortalecer a gestão orçamentária e financeira exercida pela Secretaria Municipal de Saúde, buscando maior eficiência e transparência do uso dos recursos, conforme os dispositivos da Lei Complementar 141/2012.

Fonte: Modelo de Planejamento do DSCJ – 2014.



# MUDANÇAS NO PLANEJAMENTO DO DSCJ

Autor principal/relator: Gefferson Alexandre Fernandes de Freitas

Colaboradores: Izabel Schamne, Eliana Amaral Mendes, Maria Olímpia de Camargo Macieski, Melissa Dambros Pastre, Dalvo Jose Merci, Patricia Vestegard Dias

Local de Trabalho: Distrito Sanitário Cajuru  
Eixo Temático: Planejamento Monitoramento  
Avaliação em Saúde



## INTRODUÇÃO

A partir do planejamento da SMS observou-se a necessidade das equipes do Distrito Sanitário do Cajuru (DSCJ) alinharem suas ações aos marcos estratégicos da Gestão da SMS 2013-2016. Dentro dos eixos “Gestão, Atenção e Vigilâncias”, em conjunto com as Unidades Municipais de Saúde (UMS), foram pactuados os objetivos a serem alcançados, mantendo-se o foco no usuário e na qualidade do acesso aos serviços prestados no SUS Curitiba, buscando otimizar custos e melhorar os processos de trabalho das UMS do DSCJ, para se alcançar “o distrito que queremos”.

## DESENVOLVIMENTO

Em reuniões com as chefias de UMS e as coordenações do DSCJ foram difundidos os objetivos gerais da gestão da SMS, delineadas as operações e as atividades que deveriam ser realizadas em cada um dos pontos de atenção. Também definiu-se qual coordenação daria suporte às atividades que seriam realizadas, em parte, utilizando-se como modelo a teoria dos “stakeholders” (BOAVENTURA, 2009). Devido sua operacionalidade, para a UMS a definição dos papéis estava muito clara. Contudo, devido a função meio do DSCJ e a intersectorialidade das ações demandadas pelos pontos de atenção, observou-se que haviam áreas de intersecção entre as coordenações do distrito. Criou-se um organograma contemplando a necessidade didática de definição de papéis e também das prioridades de cada eixo, com: ação programada, desdobramentos e principais dificuldades encontradas para os problemas levantados. Na prática, a forma de suporte fornecido aos pontos de atenção deveria ser “menos vertical”, obrigando os apoios e coordenações do DSCJ a terem maior interação com outras áreas da gestão.

## CONCLUSÃO

A definição dos papéis do DSCJ, devido sua função meio na estrutura organizacional da SMS é um desafio à gestão, uma vez que a equipe do distrito deve ser indutora de mudanças, facilitadora de processos e garantidora de acesso às chefias das UMS às demais instâncias da gestão da SMS. O que implica na necessidade de uma maior capacidade para a tomada de decisão e a resolução de problemas pelas coordenações do DSCJ. A presença física do *staff* distrital nos pontos de atenção foi aumentada, sendo já relatado pelas Chefias de UMS como uma nova atitude de grande importância, pois, essa presença auxilia na resolução dos conflitos e no enfrentamento das dificuldades. Também se faz necessário melhor aproveitamento dos “talentos” do DSCJ.

## REFERÊNCIAS

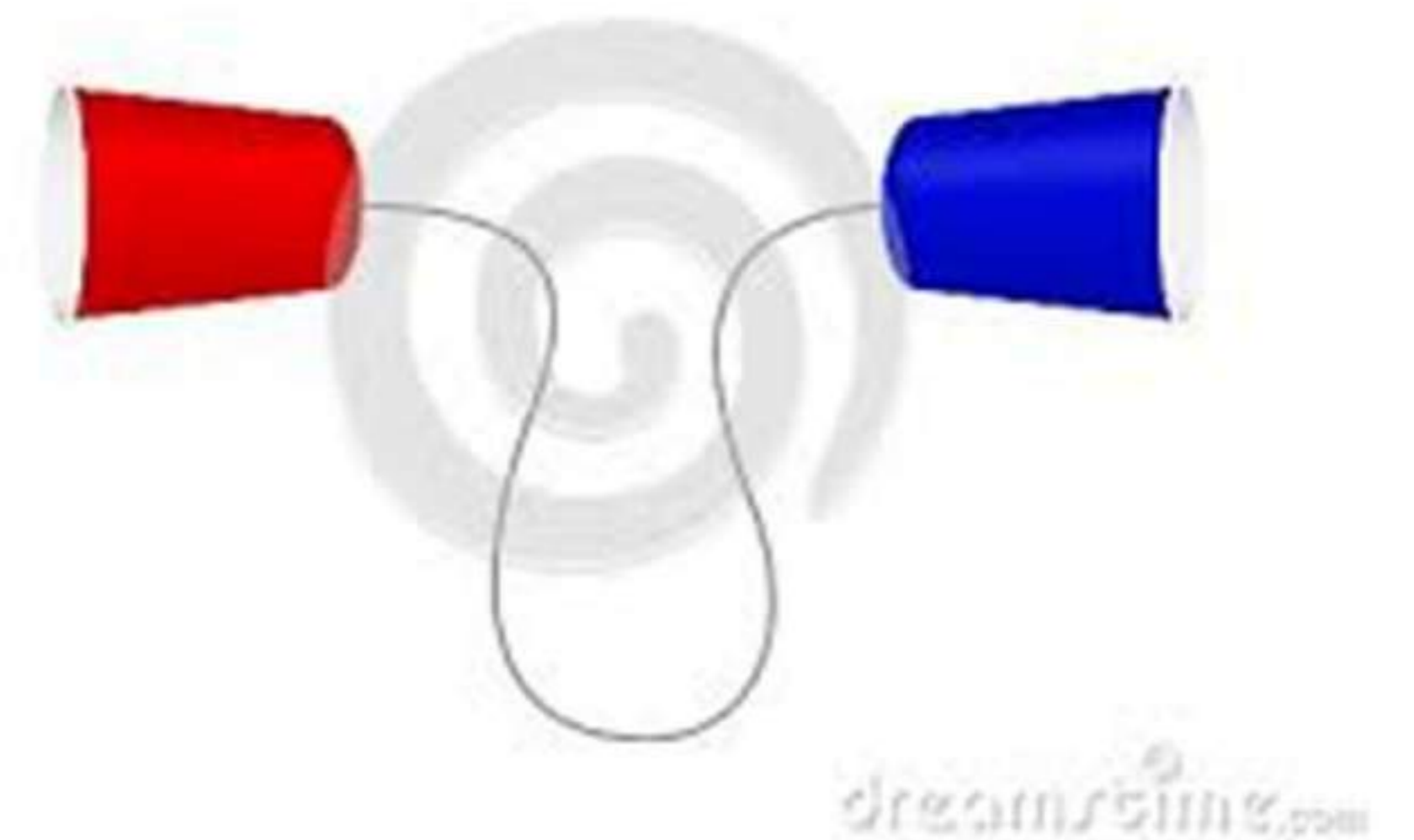
DAYCHOUW, M. 40 Ferramentas e Técnicas de Gerenciamento. 3. ed. Rio de Janeiro: Brasport, 2010.

BOAVENTURA, JMG et al. Teoria dos stakeholders e teoria da firma: um estudo sobre a hierarquização das funções-objetivo em empresas brasileiras. Revista Brasileira de Gestão de Negócios, v. 11, n. 32, p. 289-307, 2009.

Tabela 1 – Análise de Stakeholders

Stakeholder	Positivas	Negativas	Gr.Poder	Gr.Interesse	Atitude
patrocinador	apoio político e com verbas	excesso de pressão	10	10	gerenciar
equipe	bom ambiente de trabalho, cooperação	disputas internas e sabotagem	8	4	manter satisfeito
fornecedores	entregas no prazo e nas especificações	insumos fora de especificação ou com defeito	3	8	manter informado
gerente rival	competição saudável	concorrência por recursos e prioridade	3	2	monitorar
usuários	apoio	pressão junto a agentes públicos e imprensa	2	6	manter informado

Elaboração do autor



Fonte: “Telefone feito dos copos plásticos” URL: [http://172.19.100.247/cgi-bin/danguardian.pl?DENIEDURL=http%3a%2f%2fthumbs%2edreamstime%2ecom%2f%2ftelefone%2dfeito%2ddos%2dcopos%2dpl%25C3%25A%2d31095981%2ejpg;IP=172.16.220.63;USER=asilveira;CATEGORIE=:REASON=S%edtio%20proibido%3a%20dreamstime%2ecom]

# PERCEPÇÃO DAS CHEFIAS SOBRE AS CAPACITAÇÕES REALIZADAS PELOS “TALENTOS” DO DSCJ NO “DISTRITO QUE QUEREMOS”

Autor principal/relator: Gefferson Alexandre Fernandes de Freitas

Colaboradores: Izabel Schamne, Eliana A Mendes, Maria O de C Macieski, Melissa D Pastre, Dalvo J Merci, Patricia V

Eixo Local de Trabalho: Distrito Sanitário Cajuru

Eixo Temático: Planejamento Monitoramento

Avaliação em Saúde



## INTRODUÇÃO

Dentro da proposta do “distrito que queremos”, da nova política de acesso e vínculo proposta pela SMS e da ampliação dos NASF foi discutida no grupo gerencial distrital, a necessidade de se ampliar os momentos de interlocução com todos os profissionais da rede. Esta iniciativa com os profissionais das Unidades Municipais de Saúde (UMS) buscou responder às suas demandas diante do interesse e da relevância dos conteúdos, reconstruindo os significados da clínica para uma nova prática em saúde.

## DESENVOLVIMENTO

No planejamento, baseados nos *stakeholders*, os “4 Is” (Identificação, Interesse, Influência e Impacto) foram utilizados para levantar os temas para serem discutidos com as equipes (DAYCHOUW, 2007). A necessidade apontada pela epidemiologia e as chefiias locais direcionou a formatação das capacitações. A escolha dos profissionais do DSCJ envolvidos na ação procurou também estabelecer ganhos importantes para melhoria dos processos de trabalho e da qualidade da atenção prestada. A definição de um calendário favorável ao comparecimento dos profissionais das equipes das UMS foi priorizado. Os espaços utilizados para as capacitações foram as próprias UMS, o DSCJ e outros espaços adequados para realizar as ações, de forma a garantir proximidade do trabalhador na capacitação. Para se abordar aos conteúdos, procurou-se trazer o dia a dia das equipes, privilegiando a participação e a discussão dos casos, a metodologia da problematização (CYRINO, 2004).

## CONCLUSÃO

O levantamento realizado em reunião de colegiado mostrou a satisfação dos profissionais com os conteúdos trabalhados. A abordagem sobre os aspectos humanos do treinamento, articulou com toda a equipe a valorização das ações dos ACS e auxiliares de enfermagem; possibilitou, em todos os momentos, a discussão e a construção coletiva dos conhecimentos, demonstrando o potencial do DSCJ para construir uma agenda propositiva, planejada, votada para a realidade do seu território. Uma boa ideia, pródiga em apontar soluções aos problemas do DSCJ.

## REFERÊNCIAS

DAYCHOUW, M. 40 Ferramentas e técnicas de gerenciamento. Brasport, 2007.

CYRINO, EG, TORALLES-PEREIRA, ML. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização ea aprendizagem baseada em problemas. Cad Saúde Pública, v. 20, n. 3, p. 780-8, 2004.

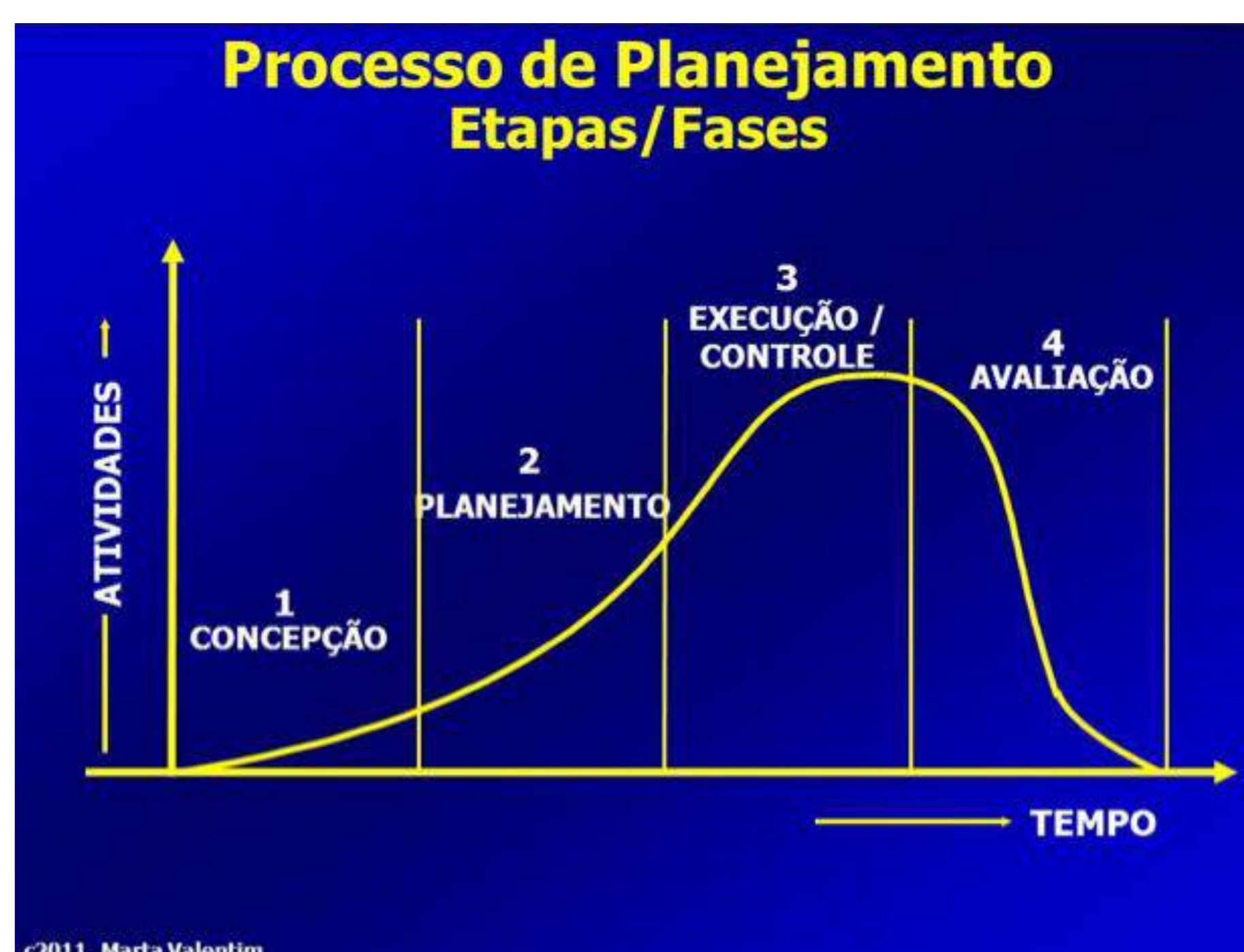


Fotografia “Vista aérea da região do Bairro Cajuru, onde se deu o avistamento.” URL: [http://www.fenomenum.com.br/ufocasos/parana/imagens/cajurujpg].



Fotografia “Regional Cajuru terá novos espaços”. URL: [http://noticiasparana.com/wp-content/uploads/2014/07/Cajuru.jpg].

Para Ackoff (1974:4), o planejamento é um processo contínuo que envolve conjunto complexo de decisões inter-Relacionadas.



Fonte: c2011, Marta Valentim Processo de Planejamento Etapas/Fases. URL: [http://images.slideplayer.com.br/8/2322221/slides/slide\_14.jpg].

# ANÁLISE DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS NO MUNICÍPIO DE CURITIBA – PROJETO PET/SAÚDE REDES DE ATENÇÃO

Autor principal/relator: Edevar Daniel

Colaboradores: Bruno Leal Vianna, Dante Adriano Prado, Felipe Guilherme Gonçalves Da Rosa, João Rafael Bola Ruggeri, Rafael Eduardo Garcia, Thiago Fumagalli, Alessandro zorzi e Nelly mayumi kon

Local de Trabalho: UFPR  
Eixo Temático: Urgência & Emergência



## INTRODUÇÃO

Em Agosto de 2013 a UFPR, deu inicio ao PET- Saúde Redes de Atenção, **Rede de atenção às urgências e emergências**, com os alunos de graduação de Medicina, com o objetivo de consolidar a integração ensino-serviço-comunidade, proporcionando aos discentes, docentes e profissionais de saúde a formação em serviço e consolidação dos conhecimentos e práticas para atenção integral à saúde a partir da atuação em rede.

A Atenção às Urgências devem ocorrer em todos os níveis do Sistema Único de Saúde (SUS), organizando a assistência desde as Unidades Básicas, Equipes de Saúde da Família até os cuidados pós hospitalares na convalescença, recuperação e reabilitação. Neste sentido, é preciso preparar profissionais para identificar rapidamente situações de emergência em qualquer ponto da rede de atenção, seja na porta de entrada ou nos locais supostamente mais preparados para atendê-los, como os hospitais. Estes últimos devem estar comprometidos a fazer o caminho de volta com contra referência para as unidades básicas e assim assegurar a continuidade do cuidado.

Em 2003, a Rede de Atenção às Urgências e Emergências foi ampliada com as Unidades de Pronto Atendimento (UPA). Elas são estruturas de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde e as portas de urgência hospitalares, onde em conjunto com estas compõe uma rede organizada de Atenção às Urgências e visa diminuir as filas nos pronto socorros dos hospitais.

Neste sentido, o estudo tem como objetivo atuar na rede de urgência e emergência municipal com vistas à ampliação e qualificação para o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência/emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna.

## DESENVOLVIMENTO

Em agosto de 2014, iniciou-se o trabalho de pesquisa junto a na Unidade de Pronto Atendimento do Boa Vista, um estudo exploratório sobre a qualidade da assistência de urgência e emergência, aplicou-se questionários com perguntas semiestruturadas para os atores sociais envolvidos no processo (usuários e profissionais de saúde) que trabalham, com os seguintes objetivos específicos:

- ✓ Satisfação dos usuários.
- ✓ Definição do perfil dos usuários e profissionais médicos e enfermeiros.
- ✓ Avaliação das motivações dos profissionais através da valorização do trabalho.
- ✓ Avaliação das condições de trabalho pelos profissionais.

### Instrumento:

#### **AVALIAÇÃO DA MOTIVAÇÃO DOS PROFISSIONAIS E CONDIÇÕES OFERECIDAS NO SERVIÇO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA.**

A avaliação dos profissionais quanto ao trabalho na UPA, realizado através de instrumento de pesquisa que continha dois tipos de avaliações. A primeira refere-se à avaliação da motivação dos médicos e enfermeiros e a segunda, trata da avaliação quanto às condições oferecidas no local para o atendimento à população, além da caracterização do perfil destes profissionais.

### Instrumento:

#### **AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO ATENDIMENTO E ACOLHIMENTO DOS USUÁRIOS NO SERVIÇO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA.**

A avaliação da satisfação dos usuários realizada por meio de questionário, com questões fechadas que facilitam a abordagem dos usuários nos serviços de urgência em função de sua facilidade, rapidez e objetividade no preenchimento, pouca possibilidade de erros, fácil processamento dos resultados e permitem análise de dados de maneira sofisticada. Embora possam ter as desvantagens de não captar uma informação inesperada, comentários, explicações e esclarecimentos significativos quando aplica-se questões abertas. Em relação a avaliação do perfil dos usuários foram utilizadas predominantemente questões fechadas, mas, também, constaram questões mistas e uma questão aberta sobre o motivo que levou o usuário a procurar a emergência.

## CONCLUSÃO

Espera-se que com o enfrentamento de situações complexas do cotidiano relativas à rede de urgência e emergência por meio do planejamento, execução e avaliação do cuidado, nos diversos níveis de atenção, a mudança do perfil epidemiológico, melhoria das condições de trabalho e satisfação da equipe e do usuário.

## REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde.  
Política nacional de atenção às urgências / Ministério da Saúde.  
– Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

PORTARIA Nº 1.600, DE 7 DE JULHO DE 2011

Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS).

# O PAPEL DO DISTRITO SANITÁRIO NO REMANEJAMENTO INTERNO - BIRI

Autor principal/relator: Melissa Dambros Pastre  
Colaboradores: Gefferson Alexandre de Freitas  
Aline de Oliveira Perfeito

Local de Trabalho: Distrito Sanitário Cajuru  
Eixo temático: Gestão em Saúde



## INTRODUÇÃO

O objetivo deste trabalho foi atualizar a intenção dos servidores no remanejamento, conforme inscrição no Banco de Intenção de Remanejamento Interno (BIRI) da SMS, criado em 2013, no sentido de facilitar a estratégia de descentralização e orientar novas bases para configuração da mobilidade de servidores, buscando resolver *in loco* as demandas de remanejamento e atendendo as solicitações possíveis.

## DESENVOLVIMENTO

Inicialmente foi realizada reunião com as coordenações de Unidades de Saúde para publicizar para as equipes o prazo de vigência do BIRI, com explicação da proposta do DGTS e sua dinâmica.

Foi criada no Distrito uma planilha de controle a partir de dados encaminhados pelo DGTS. Também criou-se arquivo específico, enviado às Unidades de Saúde com o propósito de obtenção de respostas objetivas fornecidas pelas chefias em relação ao remanejamento: SIM para os servidores que tem intenção de remanejamento, NÃO para os servidores que desistiram da intenção e CONTEMPLADOS para os que já haviam sido remanejados.

As planilhas recebidas das Unidades foram comparadas com a planilha inicial, os dados e respostas cuidadosamente conferidos, digitados na planilha de controle e compilados. Para os servidores que desistiram, foi criado um termo de desistência e solicitada a assinatura dos mesmos. Estes documentos ficaram arquivados no Distrito.

## CONCLUSÃO

Conclui-se que, das 94 intenções iniciais, 58% foram mantidas, 23% atendidas, 18% desistiram. Dos servidores com intenção de remanejar, 67% solicitaram mudança do horário vespertino para o matutino. Este número aponta que a maioria dos servidores prefere trabalhar no período da manhã. Observa-se que a maioria dos servidores das Unidades do DSCJ desejam permanecer em seu local de trabalho, o que indica satisfação dos mesmos. Outro ponto importante do trabalho, foi a aproximação do Distrito com os servidores das Unidades de Saúde pelo do Apoio Matricial do DGTS no DS (AMGTS), possibilitando estudar e encaminhar, dentro do possível, as questões referentes às necessidades advindas dos servidores. Este trabalho foi apontado como case de sucesso pelo DGTS.

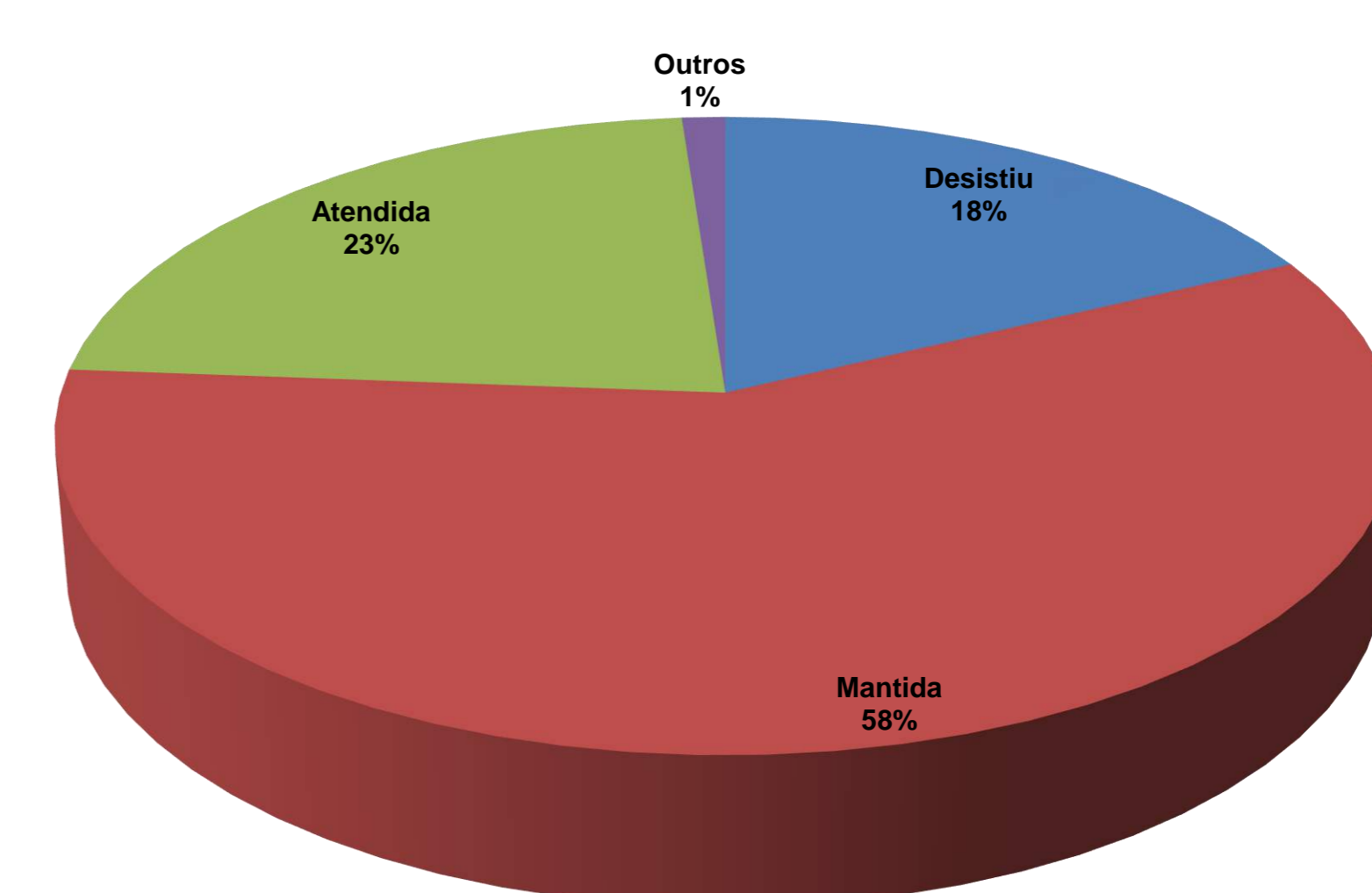
## REFERÊNCIAS

DAYCHOUM, Merhi. 40+8 ferramentas e técnicas de gerenciamento, 4.ed. Rio de Janeiro; Brasport,

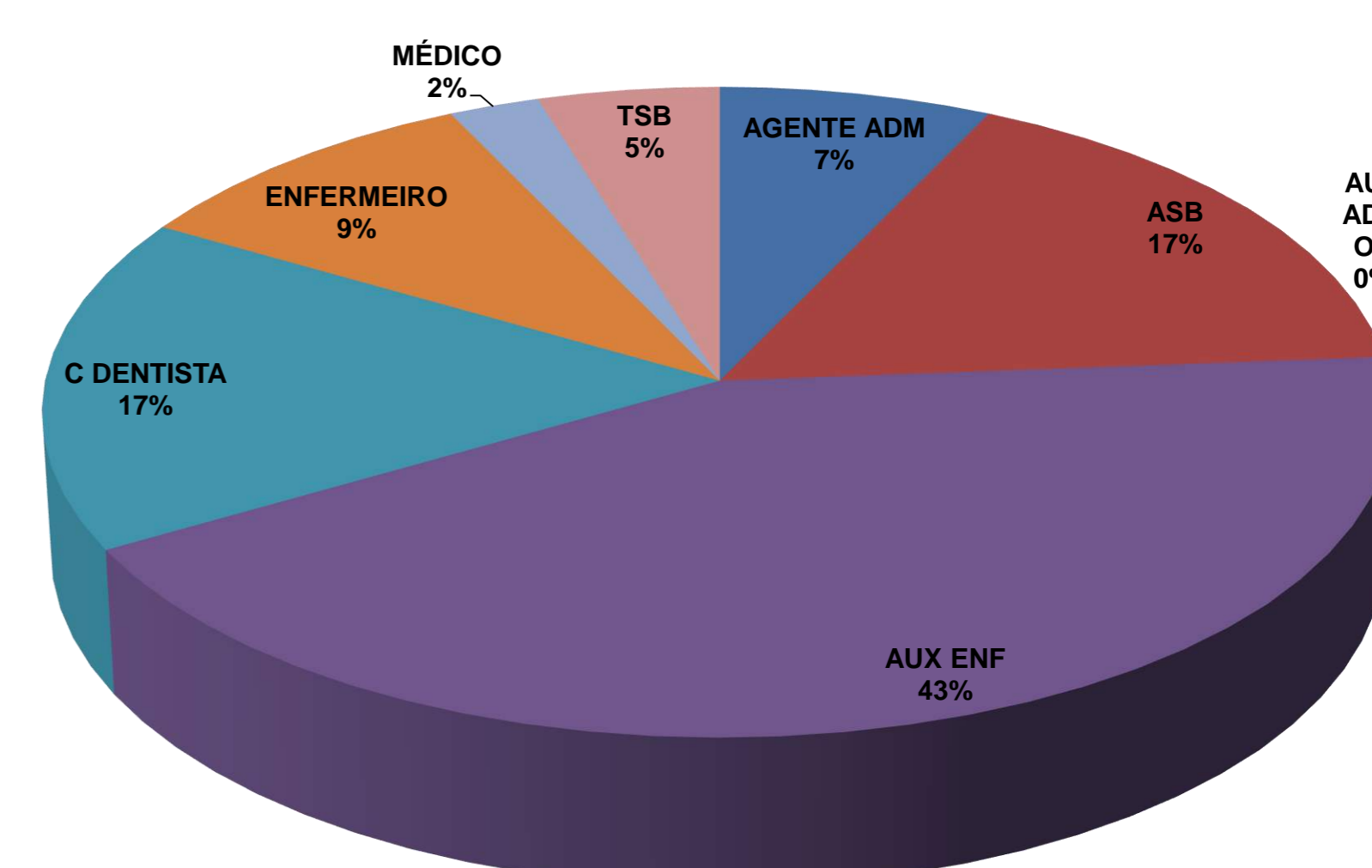
MODELO

5- CATEGORIA PROFISSIONAL	6- LOTAÇÃO ATUAL	7- HORÁRIO ATUAL	9- DATA ADM	10- OPÇÃO LOCAL	11- HORÁRIO	12- OPÇÃO LOCAL	13- HORÁRIO	14- STATUS
AGENTE ADM	TRINDADE	07:30 AS 13:30	29/9/2010	CAJURU	07:30 - 13:30			SIM
ASB	TRINDADE	10:00 AS 19:00	17/8/1992	TRINDADE	07:00 AS 16:00			SIM
ASB	TRINDADE	10:00 AS 19:00	17/8/1992	TRINDADE	07:00 AS 16:00			SIM
ASB	SÃO DOMINGOS	07:30 AS 16:30	14/3/1994	ALVORADA	07 AS 16			SIM
ASB	CAJURU	13:00 AS 19:00	10/12/2009	CAJURU	07:00 AS 13:00			SIM
AUX. DE ENFERMAGEM	SALGADO FILHO	07:00 AS 13:00	22/10/2010	CAMARGO	07:00 AS 13:00			SIM
AUX. DE ENFERMAGEM	ALVORADA	10:00 AS 19:00	2/12/2011	ALVORADA	07:00 AS 16:00	BAIRRO ALTO	07:00 AS 16:00	SIM
CIR. DENTISTA	SÃO DOMINGOS	10:00 AS 19:00	2/6/2000	SÃO DOMINGOS	07:00 AS 16:00			SIM
ENFERMEIRO	LOTIGUAÇU	08 AS 17:00	23/3/2012	LOTIGUAÇU	07:00 AS 16:00			SIM
ENFERMEIRO	TRINDADE	10:00 AS 19:00	5/6/2000	TRINDADE	07:00 AS 16:00			SIM
MÉDICO	IRACEMA	13:00 AS 17:00	31/7/2008	DSCJ EPIDEMIO	13:00 AS 18:00			SIM
TSB	TRINDADE II	07:00 AS 16:00	27/12/1988	CAMARGO	07:00 AS 16:00	CAMARGO	13:00 AS 22:00	SIM
TSB	LOTIGUAÇU	10:00 AS 19:00	27/9/1985	ALVORADA	07 AS 16:00			SIM
TSB	SÃO DOMINGOS	10:00 AS 19:00	15/3/1982	SÃO DOMINGOS	07:00 AS 16:00			SIM
AUX. DE ENFERMAGEM	CAMARGO	13:00 AS 19:00	10/7/2012	IRACEMA	07:00 AS 13:00	IRACEMA	13:00 AS 19:00	NÃO
AUX. DE ENFERMAGEM	SALGADO FILHO	07:00 AS 13:00	11/11/2005	UBERABA DE CIMA	07:00 AS 13:00			NÃO
CIR. DENTISTA	UBERABA DE CIMA	13:00 AS 17:00	1/10/1992	UBERABA DE CIMA	07:00 AS 11:00			NÃO
CIR. DENTISTA	TRINDADE	10:00 AS 19:00	26/3/1994	TRINDADE II	07:00 AS 16:00			NÃO
ENFERMEIRO	LOTIGUAÇU	07:00 AS 16:00	24/6/1992	ALVORADA	07:00 AS 16:00			NÃO
MÉDICO	TRINDADE	07:00 AS 16:00		CAMARGO	13:00 AS 22:00			NÃO
TSB	SÃO DOMINGOS	07:00 AS 16:00	26/10/2005	TRINDADE II	07:00 AS 16:00			NÃO
AGENTE ADM	SALGADO FILHO	07 AS 13	05/03/2008	SOLITUDE	07:00 AS 13:00	UBERABA DE CIMA	07 AS 13	CONTEMPLADA
ASB	ALVORADA	10:00 AS 19:00	29/10/1990	ALVORADA	07:00 AS 16:00			CONTEMPLADA
ENFERMEIRO	CAJURU	13:00 AS 22:00	9/12/2009	CAMARGO	07:00 AS 16:00	TRINDADE	07:00 AS 16:00	CONTEMPLADA
CIR. DENTISTA	CAMARGO	07:00 AS 11:00	12/10/1990	UBERABA DE CIMA	07:00 AS 11:00			CONTEMPLADA

Resultado da Movimentação



Resultado por Categoria



# GRUPO DE EXERCÍCIOS FISIOTERAPÊUTICOS DA US MORADIAS DA ORDEM: DO CONTROLE SOCIAL À QUALIDADE DE VIDA

Autor principal/relator: : VIVIAN RUPPENTHAL BOBATO

Colaboradores: RODRIGO M. PEQUITO LIMA; LUIZ CARLOS CRETELLA SOUZA; POLLYANNA RIBEIRO

Local de Trabalho: NASF2 DSPN/ US MORADIAS DA ORDEM

Eixo Temático: Participação/Controle Social



## INTRODUÇÃO

Com a implementação dos NASF's em 2009, cuja equipe incluía o Profissional de Educação Física, iniciou-se na área de Abrangência da US Moradias da Ordem, um grupo de convivência e atividade física. Em 2012 encerrou-se o grupo por falta de profissional para conduzi-lo. Através de uma solicitação da comunidade nas reuniões do Conselho Local de Saúde, foram retomadas as atividades em 2014, e a equipe implantou o programa de atividades físicas na promoção em saúde, coordenado pela Fisioterapia e apoiado pelas Agentes Comunitárias de Saúde (ACS).

## DESENVOLVIMENTO

- Verificamos disponibilidade do local (Igreja São Sebastião)
- Remanejamos materiais de outras Unidades de Saúde entre e interdistritos sanitários
- Encaminhamos pacientes com boa evolução em outros grupos (Escola da Postura) e divulgamos na Unidade de Saúde, com o Presidente do Conselho Local de Saúde.
- Realizamos uma escala de participação das ACS para apoio e formação de multiplicadores
- Programamos as atividades em duas vezes por semana em que o grupo mescla exercícios de fortalecimento e alongamento muscular e mobilidade articular global, com caminhadas em grupo acima de 30 minutos.

## CONCLUSÃO

A participação social mostra-se presente e demonstra na prática a efetividade da comunicação aberta entre serviço e usuário, esse contato traz mais propriedade para o conhecimento integral da realidade regional, além de fortalecer a estruturação da unidade como pertencente a comunidade, ampliando as ações em território.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes nacionais para o processo de educação permanente no controle social do SUS / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006



**OBJETIVOS DO CONTROLE SOCIAL**  
“A participação social mostra-se presente e demonstra na prática a efetividade da comunicação aberta entre serviço e usuário, esse contato traz mais propriedade para o conhecimento integral da realidade regional, além de fortalecer a estruturação da unidade como pertencente a comunidade, ampliando as ações em território”. (Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, 2006)

# USO DA ESCALA OSWESTRY NA CONDUÇÃO DOS CASOS DE DOR LOMBAR EM USUÁRIOS PARTICIPANTES DE GRUPO “ESCOLA DA POSTURA” DAS UNIDADES DE SAÚDE MORADIAS DA ORDEM E SANTA RITA

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

Local de Trabalho: NASF2 DSPN  
Eixo Temático:NASF



## INTRODUÇÃO

A necessidade de verificar a evolução dos pacientes com critérios mais objetivos e de avaliar a efetividade de um grupo no formato “Escola da Postura” nas desordens da coluna, motivou o uso da Escala Oswestry para avaliação da capacidade funcional dos usuários que fazem parte deste grupo.

## DESENVOLVIMENTO

Foi realizada avaliação física associada à aplicação da Escala Oswestry (*The Oswestry Disability Index- ODI*) em todos os pacientes participantes do grupo Escola da Postura II das Unidades de Saúde de Moradias da Ordem e Santa Rita que acontecem segundas e quartas-feiras no Espaço Saúde da US Santa Rita.

A reavaliação se deu após 16-18 atendimentos. Os atendimentos se deram através de exercícios cinesioterapêuticos e educativos, reforço com cuidados posturais e orientação da prática regular e segura de atividade física.

Após a reavaliação, houve redução da média da pontuação da ODI em todos os pacientes avaliados. Na avaliação, os usuários passaram de “incapacidade moderada” para “incapacidade mínima”, o que representa um impacto positivo na qualidade de vida desses usuários.

## CONCLUSÃO

O uso de instrumentos de avaliação validados contribuem para a condução e construção do plano de tratamento fisioterapêutico nas desordens da coluna. Ainda, proporciona subsídio para acompanhar a evolução dos usuários e repensar as modalidades de tratamento das quais fazem parte.

## REFERÊNCIAS

GHIZONI, M.F e cols. Aplicação da Escala de Oswestry em pacientes com doença degenerativa da coluna lombar submetidos à artrodese. Arquivos Catarinenses de Medicina. Vol. 40, nº 4, 2011.

### Índice Oswestry 2.0 de Incapacidade.

Por favor, você poderia completar este questionário? Ele é elaborado para nos dar informações de como seu problema nas costas (ou pernas) têm afetado seu dia-a-dia. Por favor, responda a todas as seções. Marque apenas um quadrado em cada seção, aquele que mais de perto descreve você hoje.

#### Seção 1: Intensidade da dor.

<input type="checkbox"/>	Sem dor no momento
<input type="checkbox"/>	A dor é leve nesse momento
<input type="checkbox"/>	A dor é moderada nesse momento
<input type="checkbox"/>	A dor é mais ou menos intensa nesse momento
<input type="checkbox"/>	A dor é muito forte nesse momento
<input type="checkbox"/>	A dor é a pior imaginável nesse momento

#### Seção 2: Cuidados pessoais (Vestir-se, tomar banho etc)

<input type="checkbox"/>	Eu posso cuidar de mim sem provocar dor extra
<input type="checkbox"/>	Posso me cuidar mas me causa dor
<input type="checkbox"/>	É doloroso me cuidar e sou lento e cuidadoso
<input type="checkbox"/>	Preciso de alguma ajuda, mas dou conta de me cuidar
<input type="checkbox"/>	Preciso de ajuda em todos os aspectos para cuidar de mim
<input type="checkbox"/>	Eu não me visto, tomo banho com dificuldade e fico na cama.

#### Seção 3: Pesos

<input type="checkbox"/>	Posso levantar coisas pesadas sem causar dor extra
<input type="checkbox"/>	Se levantar coisas pesadas sinto dor extra
<input type="checkbox"/>	A dor me impede de levantar coisas pesadas, mas dou um jeito, se estão bem posicionadas, e.g., numa mesa.
<input type="checkbox"/>	A dor me impede de levantar coisas pesadas mas dou um jeito de levantar coisas leves ou pouco pesadas se estiverem bem posicionadas.
<input type="checkbox"/>	Só posso levantar coisas muito leve
<input type="checkbox"/>	Não posso levantar nem carregar nada.

#### Seção 4: Andar

<input type="checkbox"/>	A dor não me impede de andar (qualquer distância)
<input type="checkbox"/>	A dor me impede de andar mais que 2 Km
<input type="checkbox"/>	A dor me impede de andar mais que 7 Km
<input type="checkbox"/>	A dor me impede de andar mais que poucos metros
<input type="checkbox"/>	Só posso andar com bengala ou muleta
<input type="checkbox"/>	Fico na cama a maior parte do tempo e tenho que arrastar para o banheiro



# REORGANIZAÇÃO DA FARMÁCIA

Autor principal/relator: Rejane A. H. Blume  
Colaboradores: Beatriz Patriota, Janete Azeredo, Ediane Conte, Claudine F. Gonçalves, Lilian G. Cerqueira .

Local de Trabalho: UMS Iracema.  
Eixo Temático: Assistência farmacêutica e processos de medicalização da sociedade :



## INTRODUÇÃO

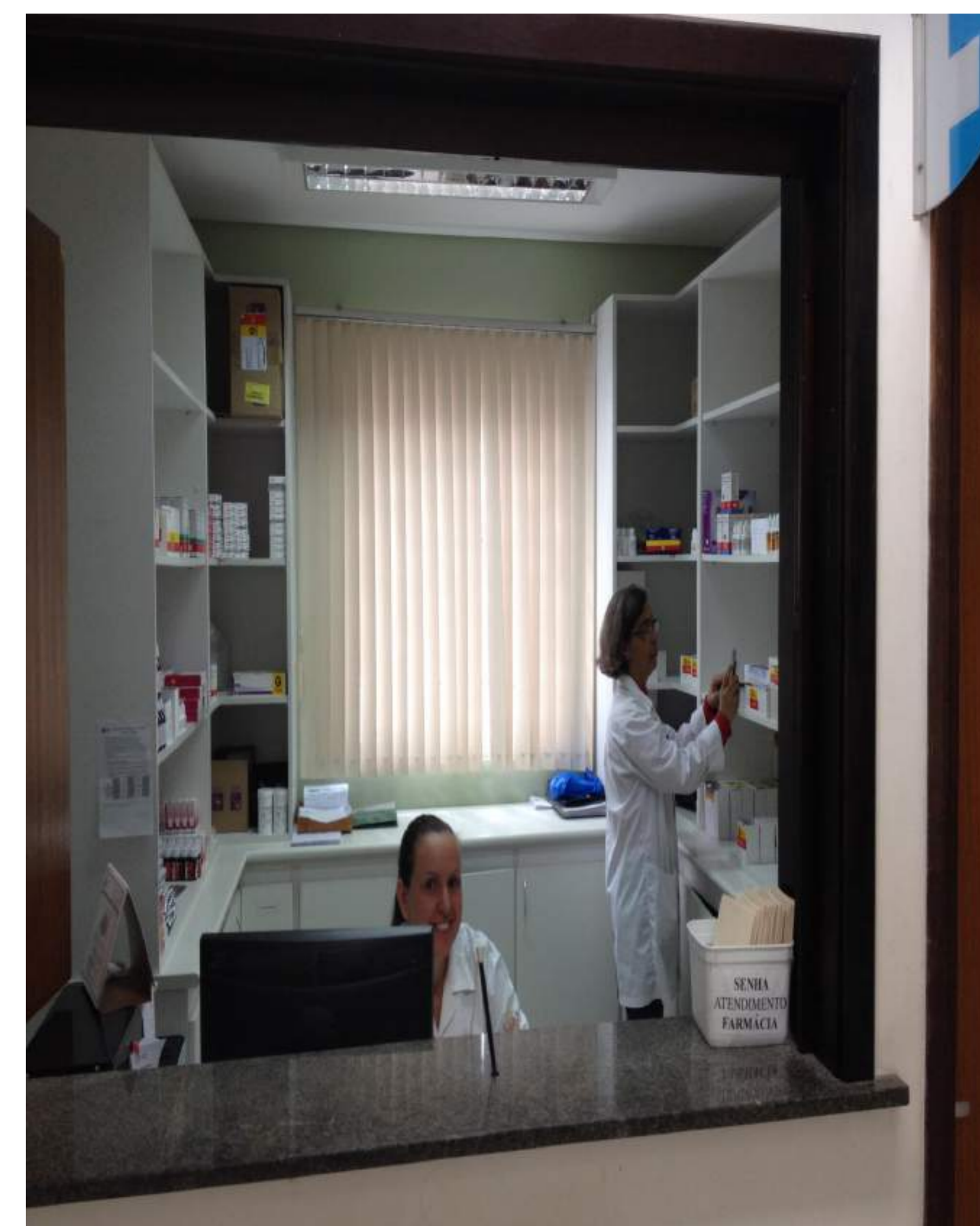
Desde o início de 2013 o funcionamento da farmácia da UMS Iracema passou por mudanças, principalmente relacionadas à centralização das medicações e com profissionais da equipe da enfermagem com escala fixa na farmácia. O objetivo das mudanças realizadas envolve a qualidade de atendimento e do medicamento dispensado.

## DESENVOLVIMENTO

Até o início de 2013 os medicamentos dispensados na Unidade de Saúde (US) ficavam em salas de acolhimento, classificados por programas de atendimento. Com a reorganização do processo de trabalho relacionado ao acolhimento e acesso dos sujeitos viu-se a necessidade de organização também dos medicamentos. A mudança incluiu a centralização de todos os medicamentos na farmácia e no almoxarifado, sem sub-estoques em outros locais da US. Outro fator importante foi que os funcionários que atendem no setor da farmácia são fixos e passaram por treinamento e qualificação.

## CONCLUSÃO

Houve melhora significativa na qualidade de atendimento, melhora na qualidade do medicamento, redução significativa de perdas por vencimento, baixo índice de variação do inventário (comparação entre estoque físico e virtual).



# GRUPO DE CONVIVÊNCIA AMIZADE CRIATIVA

Autor principal/relator: Rejane Blume  
Colaboradores: Vilma Borges, Celeste N. L. Szymaniak, Aparecida P. P. Kubota

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



## INTRODUÇÃO

O grupo Amizade Criativa foi criado e é conduzido por usuários da UMS Iracema, equipe do NASF e equipe de profissionais da Unidade de Saúde (US). São desenvolvidas atividades manuais e de artesanato, com a supervisão da equipe do NASF.

## DESENVOLVIMENTO

Os encontros do grupo Amizade Criativa ocorrem todas as segundas à tarde no Espaço Saúde da UMS Iracema, onde são desenvolvidas atividades manuais como crochê, tricô e pintura em tecido, e também atividades relacionadas à saúde com toda a equipe NASF. O grupo foi criado com o objetivo de trazer para a US usuários com transtornos psicológicos ou funcionais, tendo um acesso diferenciado para a UMS Iracema, e proporcionando um regular acompanhamento pela equipe de saúde aos pacientes.

As atividades relacionadas à saúde são, alongamentos, palestras, orientações nutricionais, psicológicas e farmacêuticas, ginástica, entre outras intervenções pontuais para cada caso clínico

## CONCLUSÃO

O grupo Amizade Criativa promove acesso aos serviços ofertados na US, vínculo com a equipe, estímulo à autonomia e adesão aos tratamentos propostos.





# REORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE COLETA DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS NA UMS IRACEMA

Autor principal/relator: Lilian J. G. Cerqueira  
Colaboradores: Rejane Blume, Claudine F. Gonçalves, Ediane Conte

Local de Trabalho: UMS Iracema  
Eixo Temático: Serviço de apoio diagnóstico e terapêutico



## INTRODUÇÃO

A necessidade de reorganização do processo de trabalho para a coleta de amostras biológicas na UMS Iracema foi realizada devido o tempo de espera para agendamento da coleta, espaço físico inadequado, tempo de espera elevado no dia da coleta. Buscou-se principalmente aumentar o acesso dos usuários e reduzir o tempo para a coleta, para adequar o tempo da consulta com os resultados da coleta.

## DESENVOLVIMENTO

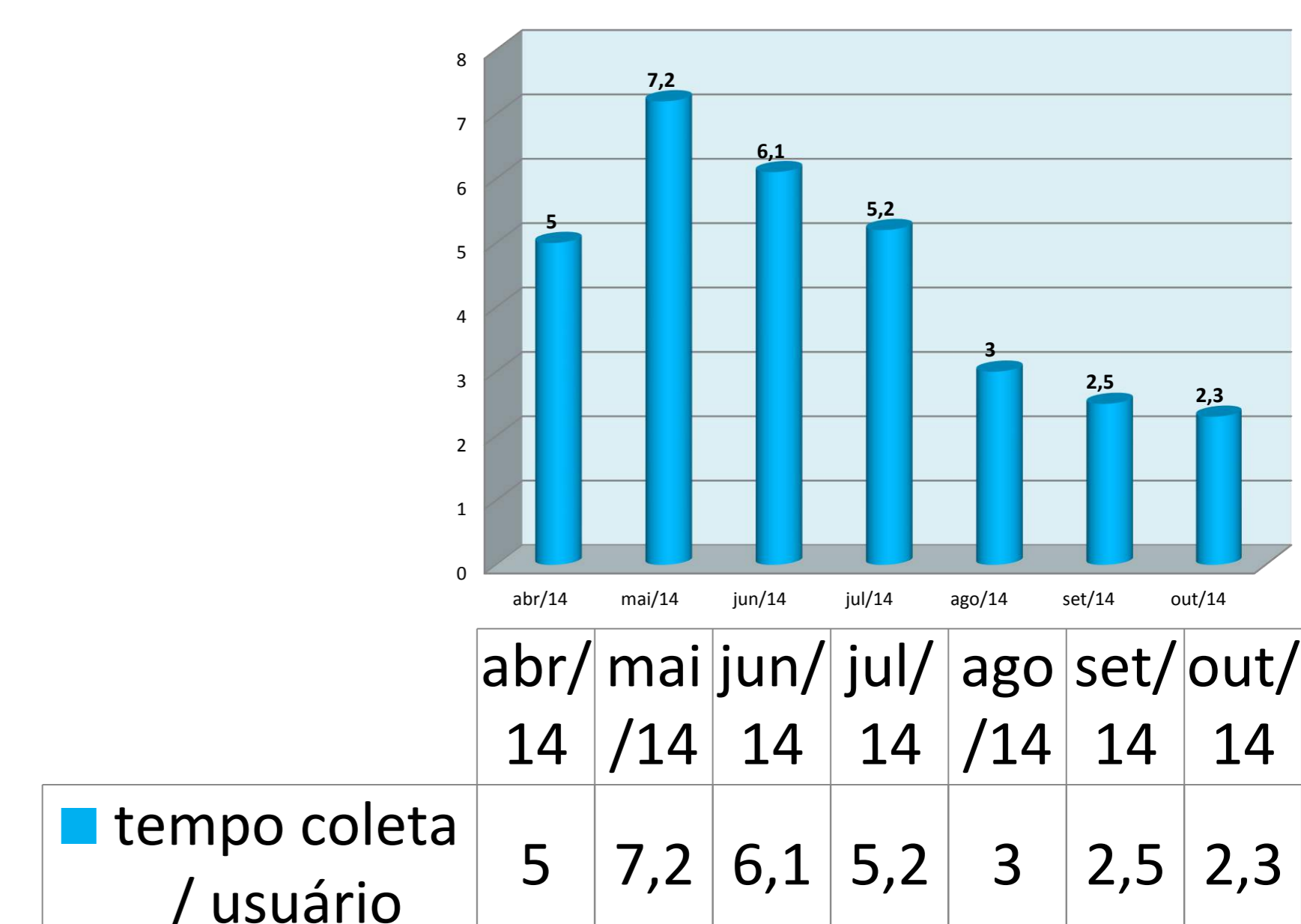
O tempo de agendamento para a coleta de material biológico foi o principal motivador para a realização desta reorganização. Para tal foram implementados:

- a mudança física do local de realização da coleta, para sala mais ampla;
- recebimento de doação de uma nova cadeira de coleta, sendo que atualmente a UMS Iracema dispõe de 2 cadeiras;
- reorganização da agenda, segregando em dias para as gestantes, crianças, e demanda normal, com viabilidade para coletas urgentes em todos os dias;
- redução do tempo de espera para agendamento, redução do tempo de espera no dia da coleta, redução do tempo para a coleta individual.

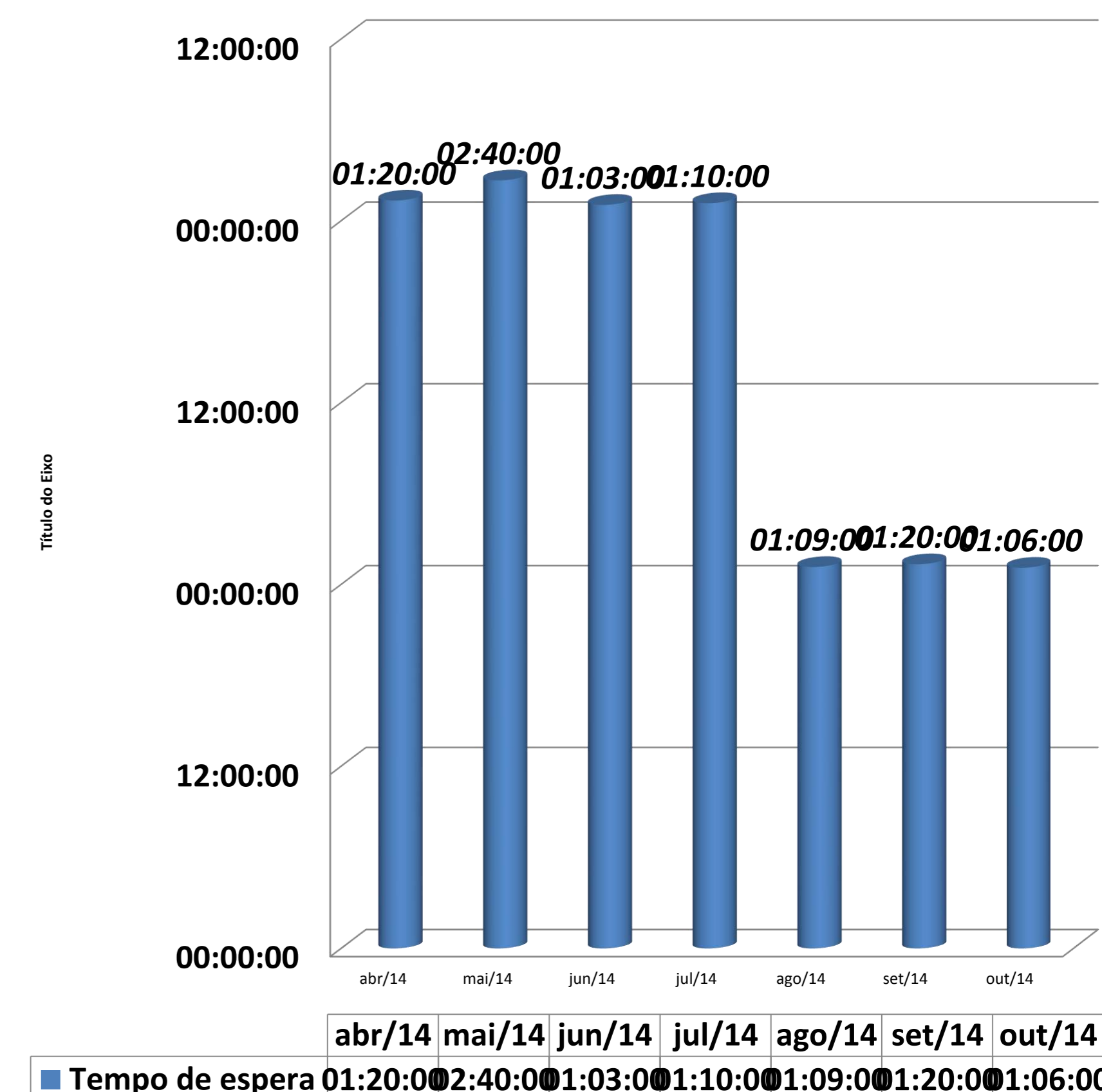
## CONCLUSÃO

Com a redução dos tempos de espera de agendamento a UMS Iracema reduziu o absenteísmo nas coletas, melhorou o acesso dos resultados dos exames aos médicos, havendo ganhos significativos tanto aos pacientes como para a equipe de saúde.

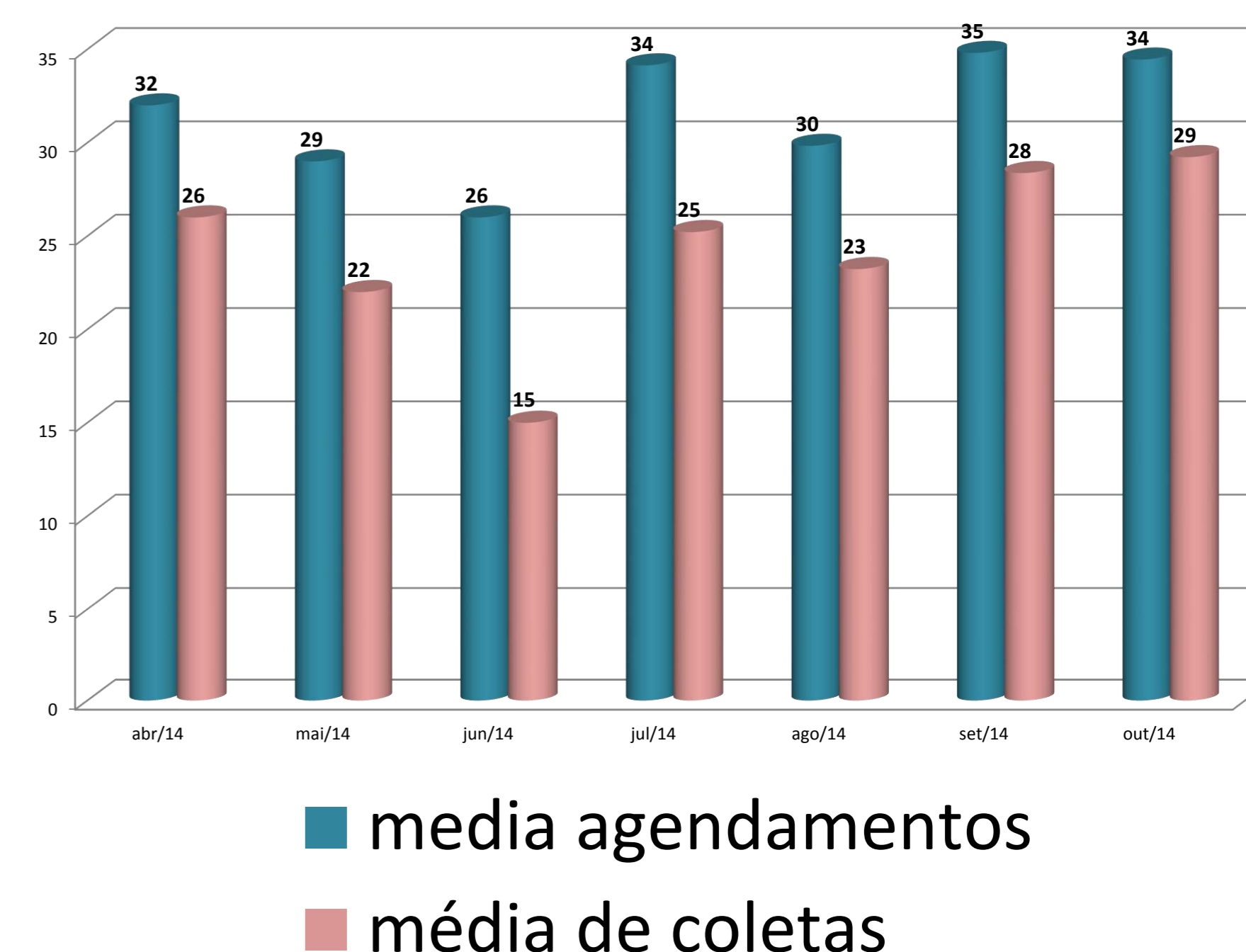
Tempo coleta por usuário - em minutos –USM Iracema , 2014



Tempo total de coleta / dia- UMS Iracema,2014



Quantidade de agendamentos e coletas por mês –USM Iracema,2014



# AMPLIAÇÃO DO ACESSO À ODONTOLOGIA

Autor principal/relator: Carla B. P. Gabardo  
Colaboradores: Daniela C. L. Fontoura, Flavia F. de Valões, Rosa H. Imai, Silvana F. Bittencourt e Tatiane L. Jiyo

Local de Trabalho: Unidade de Saúde Iracema  
Eixo Temático: Saúde bucal na APS/ESF



## INTRODUÇÃO

Ampliação ao acesso para atendimento da Odontologia, ocorrido devido ao fim do processo de triagem e a gestão de agendamento, dividindo-se as agendas dos Cirurgiões Dentistas entre pré-agendados e demanda livre.

## DESENVOLVIMENTO

Com o fim do processo de trabalho envolvendo a triagem da odontologia, a equipe percebeu um acréscimo no tempo de espera para atendimento aos pré-agendamentos, com agendamento médio de 60 dias acarretando em alto índice de absenteísmo.

Em outubro/2014 iniciou-se novo processo de trabalho, sendo ofertado em igual número de atendimentos acesso ao pré-agendamento quanto para a demanda, sendo a demanda livre ou de urgência/emergência.

A equipe de dentistas dividiu-se de maneira a ter um profissional atendendo a demanda e outro profissional para os pacientes pré-agendados. A equipe também monitora o tempo de pré-agendamentos para um período que não ultrapasse 15 dias de espera.

Com este novo fluxo de trabalho houve um aumento significativo no número de procedimentos realizados, salientando-se que este aumento foi obtido com a mesma capacidade instalada e número de profissionais.

## CONCLUSÃO

O fluxo de trabalho sem a triagem na odontologia, permite melhoria no acesso ao usuário, podendo-se ofertar horários de atendimento diferenciados e melhoria na qualidade de atendimento.

## REFERÊNCIAS

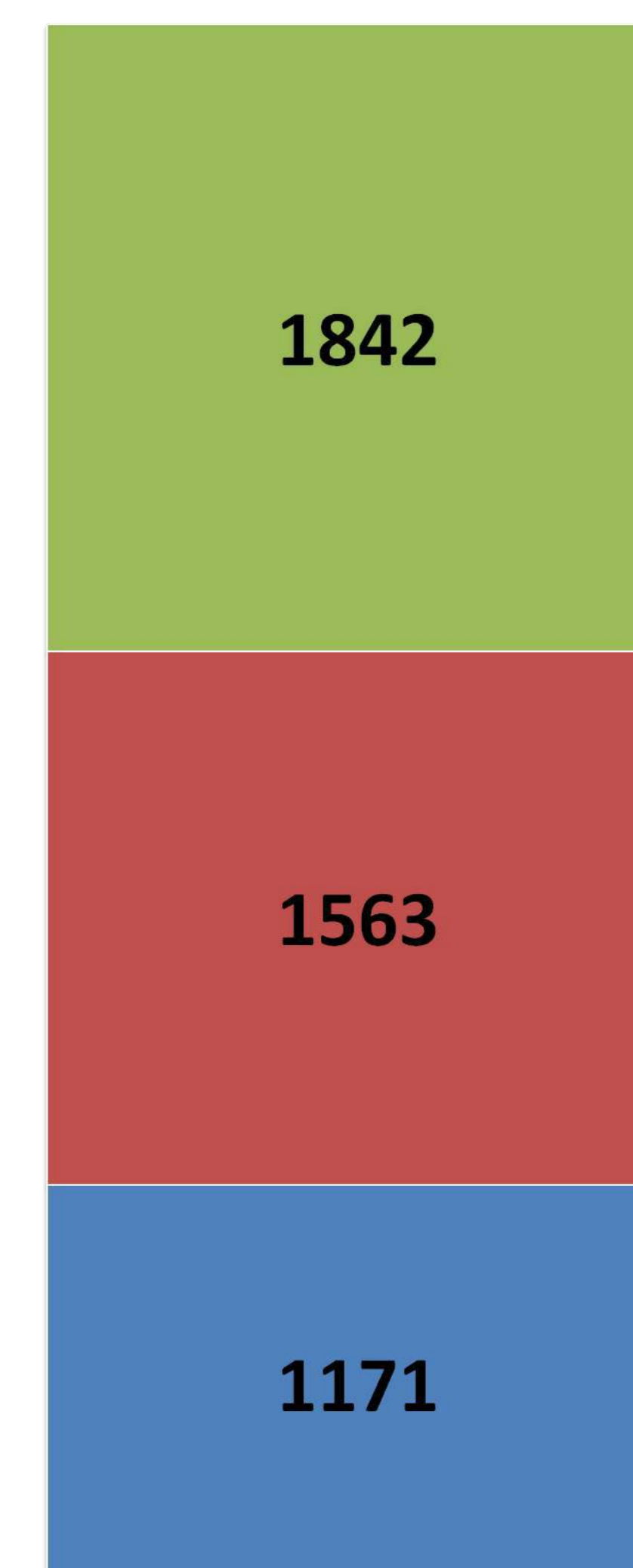
*Diretrizes da Saúde Bucal, Prefeitura Municipal de Curitiba, Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. 2012.*

*Relatório Mapa Geral de Procedimentos, sistema e-saude.*



Nº de procedimentos odontológicos realizados

■ out/12 ■ out/13 ■ out/14



# FONOAUDIOLOGIA NO NASF – PRIMEIROS PASSOS

Autor/relator: Paula Regina Jardim Campos

Local de Trabalho: Distrito Sanitário Boqueirão.  
Eixo Temático: NASF



## INTRODUÇÃO

Relato das atividades dos primeiros seis meses da inserção do Fonoaudiólogo como profissional de referência no Distrito Sanitário do Boqueirão (DSBQ). Tais atividades foram planejadas de forma a construir um perfil epidemiológico das questões fonoaudiológicas, tanto do Distrito quanto das Unidades de Saúde de sua abrangência, sem deixar de realizar a assistência e o matriciamento em área.

## DESENVOLVIMENTO

A inserção do serviço iniciou por uma triagem/acolhida de todos os pacientes que solicitaram cota para atendimento em Fonoaudiologia (entre janeiro e julho) com o intuito de levantar um perfil epidemiológico, qualificar os encaminhamentos e realizar uma redistribuição mais adequada das cotas existentes.

Em paralelo foram estabelecidos critérios para prioridade de avaliação/atendimento fonoaudiológico: suspeita de disfagia e as dificuldades com o início do aleitamento materno. Para esses casos sempre é traçado um Plano Terapêutico Singular envolvendo o atendimento individualizado, matriciamento e outras ferramentas que sejam necessárias. Logo no início foi solicitado o gerenciamento de filas ORL para investigação auditiva devido à necessidade de exclusão de uma linha de cuidado (alto risco).

Como o processo de trabalho é dinâmico, podem surgir situações que necessitem de priorização, por exemplo: a questão de busca ativa e qualificação das crianças que não realizaram o Teste de Orelhinha ao nascimento, devido a problemas técnicos com o aparelho.

## CONCLUSÃO

A presença do Fonoaudiólogo na equipe apresenta resultados eficazes e efetivos nas questões de gerenciamento e qualificação das filas. No âmbito do cuidado, das prioridades já estabelecidas, vem agregando qualidade ao atendimento, com resultados positivos. Quanto ao perfil epidemiológico, por demandar um tempo maior, ainda encontra-se em fase de resultados preliminares, mas já permite um panorama de situações que necessitam de maior atenção e planejamento nos territórios

## REFERÊNCIAS

- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA *Núcleo de Apoio à Saúde da Família* Brasília: Ministério da Saúde, 2014 116p (Cadernos de Atenção Básica n. 39)
- CAMPOS, P. R. J et al *Atuação Fonoaudiológica na Atenção Primária à Saúde – proposta para a Prefeitura Municipal de Curitiba – PR I Seminário Nacional de Planejamento e Desenvolvimento* (anais) Curitiba, 2013
- CAMPOS, P. R. J *A inserção da Fonoaudiologia na Formulação de Políticas Públicas no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Curitiba – artigo de conclusão de pós em Gestão Pública – habilitação Políticas Públicas*, Instituto Federal do Paraná – IFPR, 2013
- CHIAVERINI, D. H. Et al. *Guia prático de matriciamento em saúde mental* Brasília: Ministério da Saúde: Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011 236p.
- OLIVEIRA, A. de J. PERNA, P. de O. *Projeto de Inserção da Fonoaudiologia na Atenção Básica à Saúde em Curitiba* Projeto Técnico – Especialização em Gestão Pública, Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2013.



**Núcleo de Apoio à  
Saúde da Família**

# ESTRATÉGIA PARA MELHORIAS DA SITUAÇÃO NÃO IDEAL DE VACINAS PARA MENORES DE 1 ANO

Autor principal/relator: Alzira Derenievicki Mendes da Silva  
Colaboradores: Vera Lucia Lima, Gabriele Nogueira, Avana Mocelin, Rosemeri Horokoski

Local de Trabalho: Unidade de Saúde Xapinhai  
Eixo Temático: Vigilância Epidemiológica



## INTRODUÇÃO

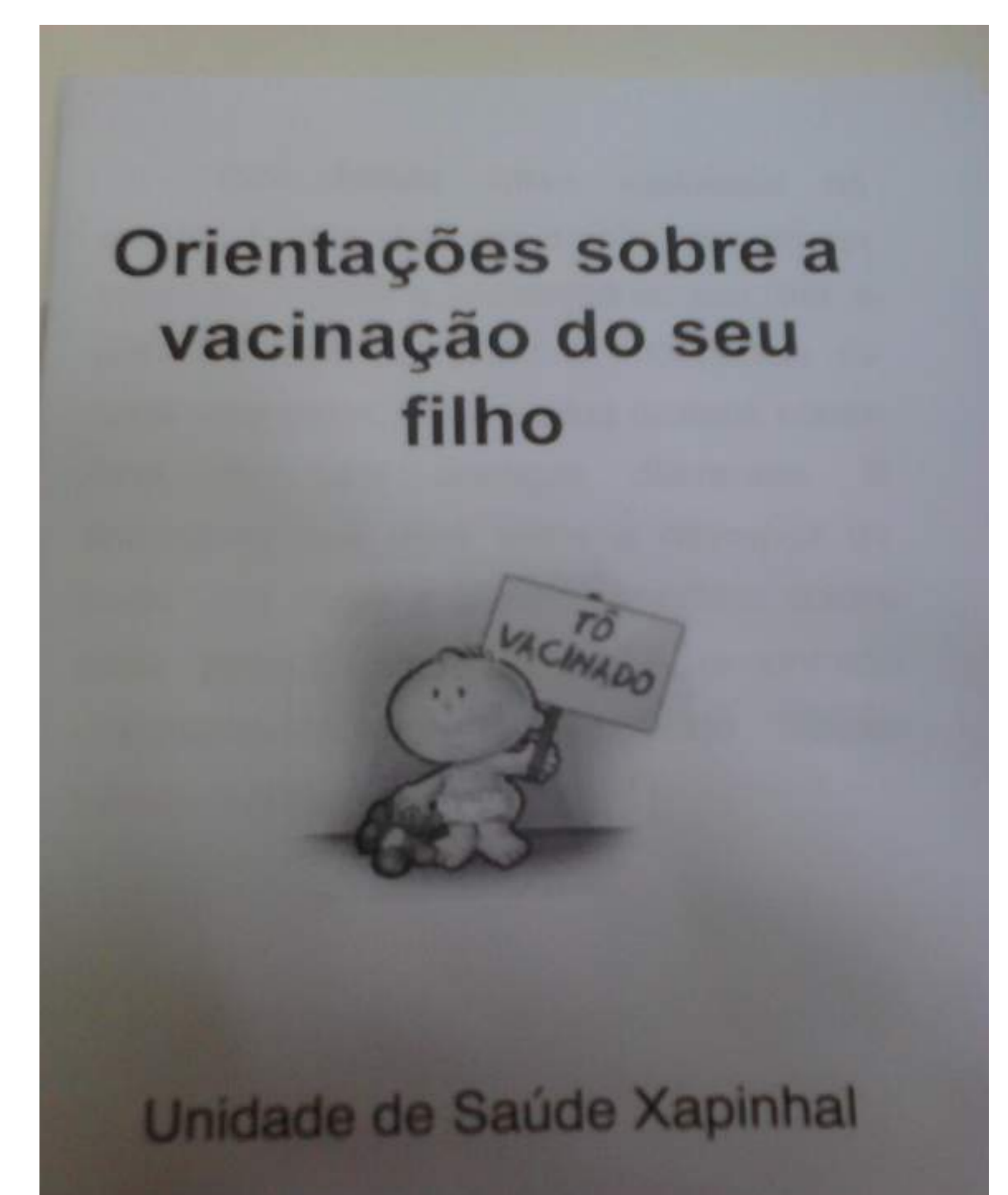
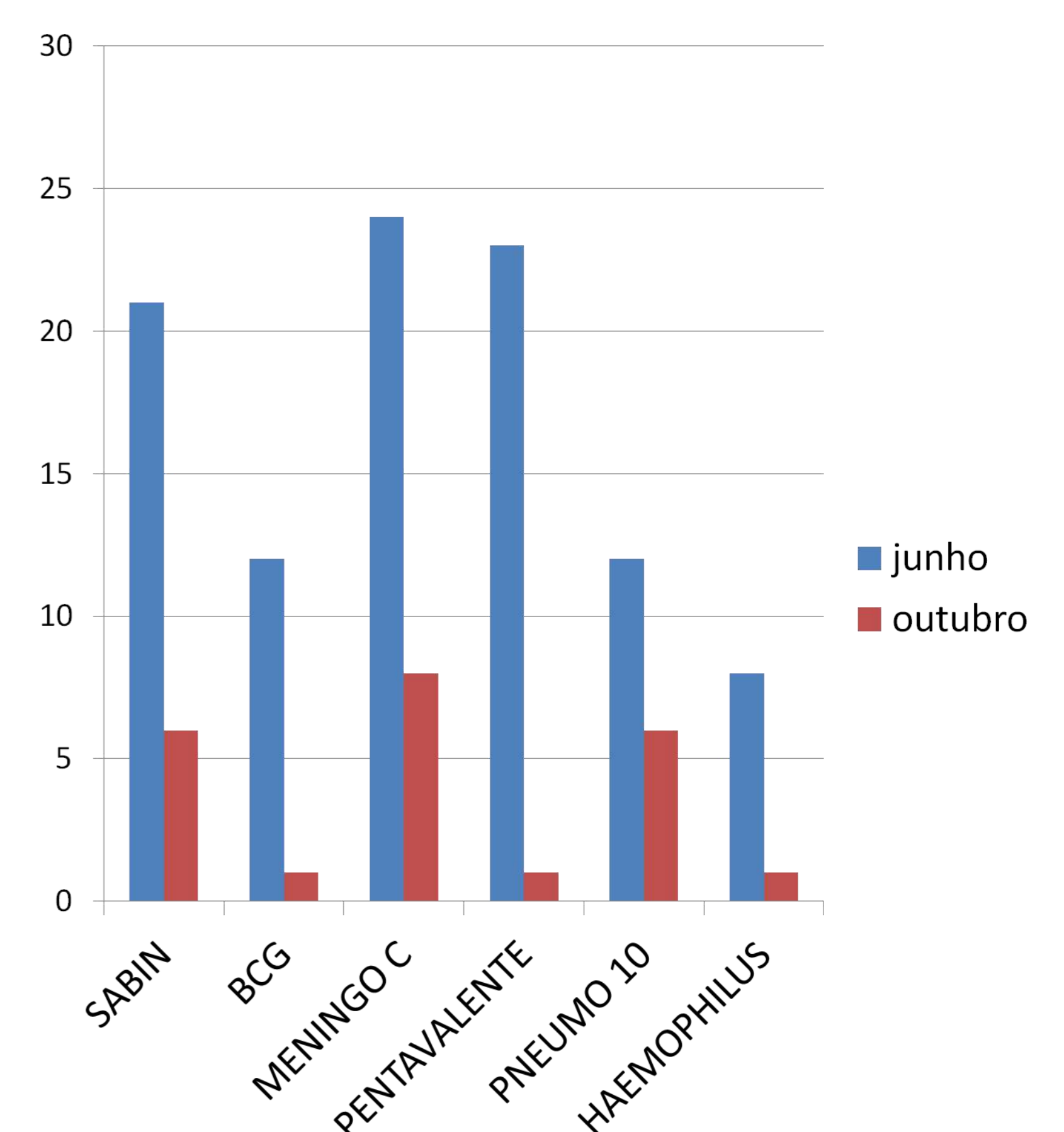
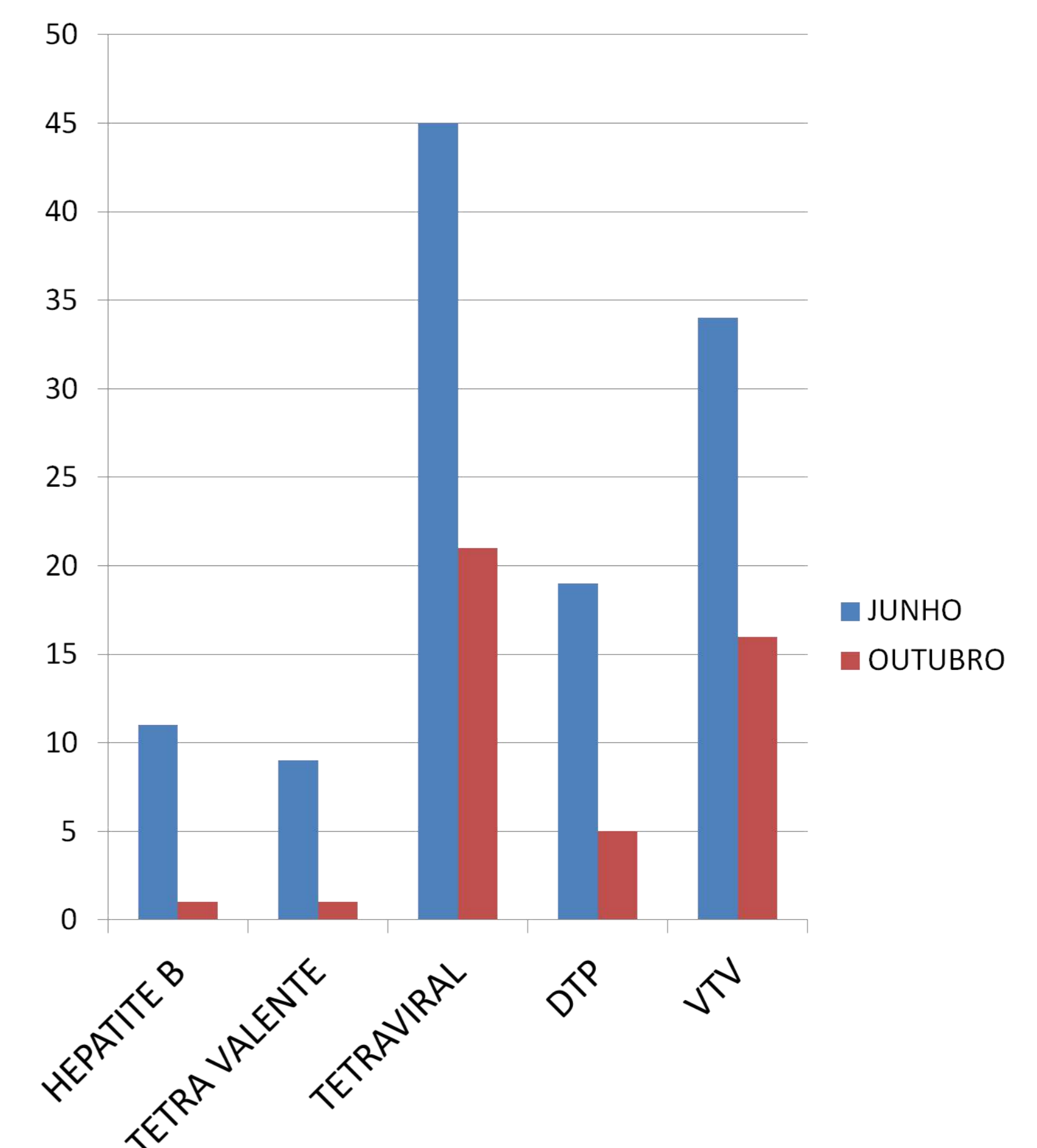
Conforme pactuação no POA (Plano Operativo Anual) realizado para o ano de 2014, o percentual de crianças menores de um ano acompanhadas pela US com situação não ideal para todas as doses de vacinas devem ficar menores de 5 % e essa idealização não condizia com a realidade da US.

## DESENVOLVIMENTO

O POA é avaliado a cada quadrimestre, e o item avaliado que chamou a atenção foi o índice alto de algumas vacinas em situação não ideal menores de 1 ano. A equipe tirou o relatório dos faltosos e realizou busca ativa, organizou uma carteirinha de fácil compreensão para os pais/responsáveis com a intenção de conscientizá-los da importância e riscos da não vacinação. Para os que não compareceram, a equipe incrementou a estratégia de vacinar no domicílio. Feita também, uma parceria de incentivo e qualificação dos profissionais do CMEI da área para a captação dessas crianças.

## CONCLUSÃO

A estratégia utilizada teve um impacto tão positivo que a equipe se surpreendeu com os resultados alcançados. Melhoraram os índices de crianças em situação não ideal de vacinas, estimulando a equipe a não se ater no “paternalismo” e sim na responsabilidade sobre a saúde da população do território.



# OFICINA DE APROXIMAÇÃO ENTRE EQUIPES DA GUARDA MUNICIPAL E EQUIPES DAS UPAS EM CURITIBA-PR

Autor principal/relator - Florence J. Scremin Munhoz  
Colaboradores - Deizi Lourdes Zanin Groszewicz,  
Antonio Dercy Silveira Filho, Ronald Gielow,  
Maria Rita De Cassia Barreto Almeida.

Local de Trabalho: CES  
Eixo Temático: Educação Permanente



## INTRODUÇÃO

A Secretaria Municipal da Saúde e a Secretaria Municipal de Defesa Social desenvolveram um trabalho de aprimoramento profissional com os guardas municipais que trabalham nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA), com o objetivo de ampliar a integração entre a GUARDA MUNICIPAL e Profissionais da Saúde e Usuários do SUS, principalmente nas Unidades de Pronto Atendimento de Curitiba-PR, visando um serviço mais acolhedor e humanizado conforme preconiza a política do Humaniza SUS.

## DESENVOLVIMENTO

Com vistas a consecução do objetivo, definiu-se que a Guarda Municipal deveria ser competente no desempenho de seu trabalho frente aos seus clientes: internos (equipe), nos equipamentos da SMS Curitiba e clientes externos (os usuários) dos Serviços de Saúde.

A capacidade exigida para atingir as competências adentraram nas áreas cognitivas, atitudinais e psicomotoras para: (1)Auto-avaliação e Autogestão; (2)Tomada de decisão; (3)Ação.

A capacitação foi construída com foco na aprendizagem significativa e com base em metodologias ativas com atividades de reflexão, dinâmicas de grupo, análise de situações problema, uso de filme como disparador de reflexões, visita técnica na UPA e aprimoramento de temas específicos com convidados especialistas nas áreas da Saúde Mental, Urgência e Emergência e tarefas de dispersão. No último dia os grupos discutiram as fortalezas e fragilidades do trabalho desenvolvido, por eles, nas UPAs.

As atividades foram desenvolvidas em encontros semanais presenciais e com atividades de dispersão, totalizando 30 horas.

No total realizaram-se quatro ciclos de encontros, de agosto a novembro de 2013, com a participação de 69 Guardas Municipais de Curitiba.

A metodologia utilizada proporcionou uma quebra na resistência inicial dos participantes quanto ao objetivo do curso, com demonstração clara de satisfação em seus depoimentos, os quais pontuaram a valorização pela escuta de suas demandas, bem como dos problemas de seu cotidiano, as reflexões sobre atitudes assertivas e das habilidades necessárias para o atendimento aos usuários do SUS.

O principal resultado foi finalizar com participantes reflexivos sobre a importância da parceria entre as categorias da Guarda Municipal e equipe de saúde, com a certeza de que um trabalho baseado na cooperação entre todos apresentará uma forma de acolhimento humanizado com qualidade e segurança.

## CONCLUSÃO

Percebeu-se ao final desta etapa, que trabalhar em articulação com outros atores sociais fortalece o Serviço de Saúde e melhora a qualidade das relações e do cuidado ofertado.

Ter uma boa escuta para compartilhar as potencialidades e incômodos contribui para um trabalho mais prazeroso e resolutivo.

O uso da metodologia ativa de aprendizagem foi fundamental, pois possibilitou a integração entre os participantes, a troca de experiências e saberes e o compromisso com a transformação nas práticas e nos contextos do trabalho, o fortalecimento do trabalho em equipe e de gestão sobre os seus próprios processos.

## REFERÊNCIAS

BERBEL,N.A.N. As Metodologias Ativas e a promoção da autonomia de estudantes.  
Revista SEMINA: Ciências Sociais e Humanas , Londrina, v32n.1p.25-40, jan/jun 2011.



# OFICINAS DE SENSIBILIZAÇÃO E APROPRIAÇÃO AOS TEMAS RELACIONADOS À REDE CEGONHA AOS ACS DA UMS SÃO JOÃO DEL REY

Autor principal/relator: Ana Paula Zuchi  
Colaboradores: Thamara Jahn, Karine Palmeira, Carolina Belomo de Souza, Katia Yumi Uchimura

Local de Trabalho: UMS São João Del Rey  
Eixo Temático: Integração Ensino/ Serviço



## INTRODUÇÃO

Este trabalho relata uma ação do Projeto Pet-Saúde Rede Cegonha, realizado por meio da parceria entre a SMS-Curitiba e a Faculdade Evangélica do Paraná. O referido projeto tem como objetivo apoiar as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) na qualificação do cuidado materno infantil e na articulação em rede. O objetivo desse trabalho foi criar e aplicar oficinas para sensibilização dos Agentes Comunitários de Saúde - ACS em relação a temas pertinentes à Rede Cegonha e permitir aos estudantes envolvidos uma vivência em educação continuada.



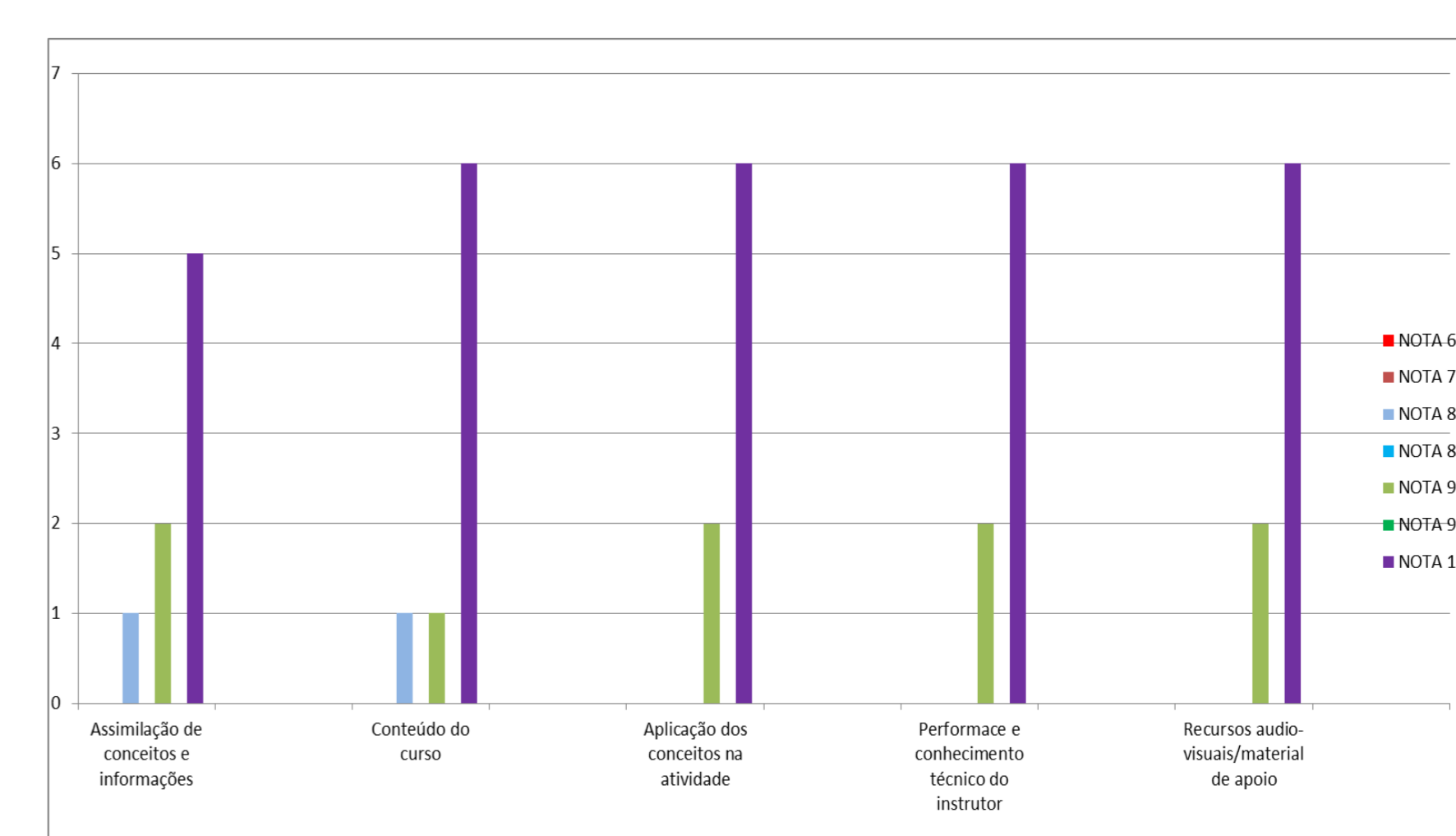
## DESENVOLVIMENTO

As atividades foram organizadas em 2 encontros de cerca de 2 horas, com duas oficinas cada. Os temas foram trabalhados inicialmente por meio de explanação oral, com uso ou não de datashow, seguido de dinâmicas/vivências relacionadas. No primeiro encontro, foram abrangidos os temas: Comunicação e Direitos da gestante e no segundo o Contato pele a pele e Método Canguru; Parto Humanizado e Métodos não farmacológicos para alívio da dor. Todas as dinâmicas permitiram um aprofundamento e debate sobre os temas discutidos. Ao final, foi entregue um formulário para avaliação das oficinas realizadas.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A participação dos alunos foi ativa desde o planejamento das oficinas até o momento da avaliação, e foi julgada ótima principalmente no momento da aplicação das oficinas na prática, tratando-se de um aprendizado e vivência ímpar para a futura atuação profissional. A participação e a receptividade das ACS em relação às oficinas foram avaliadas muito boas pelo grupo que aplicou a oficina, bem como pelas próprias ACS, que avaliaram as oficinas conforme gráfico ao lado.



# ADESÃO AO TRATAMENTO – SAÚDE MENTAL – UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Autor principal/relator: Ritzmann A P.

Colaboradores: Predebon M, Bertoldi L, Coelho A G, Dalmas D E, Lima F L, Silva D B.

Local de Trabalho: Unidade Básica de Saúde

Eixo Temático: Saúde Mental



## INTRODUÇÃO

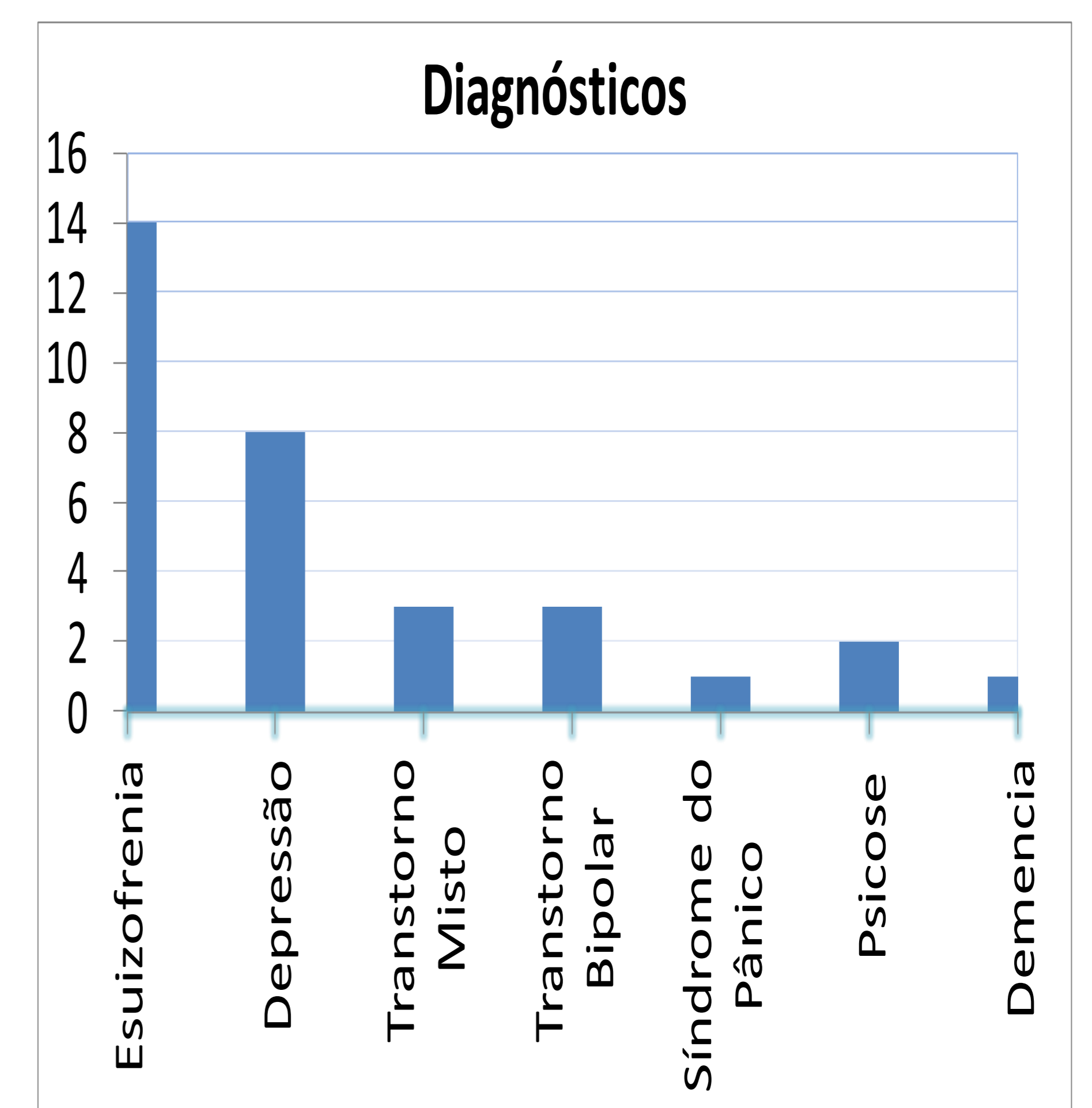
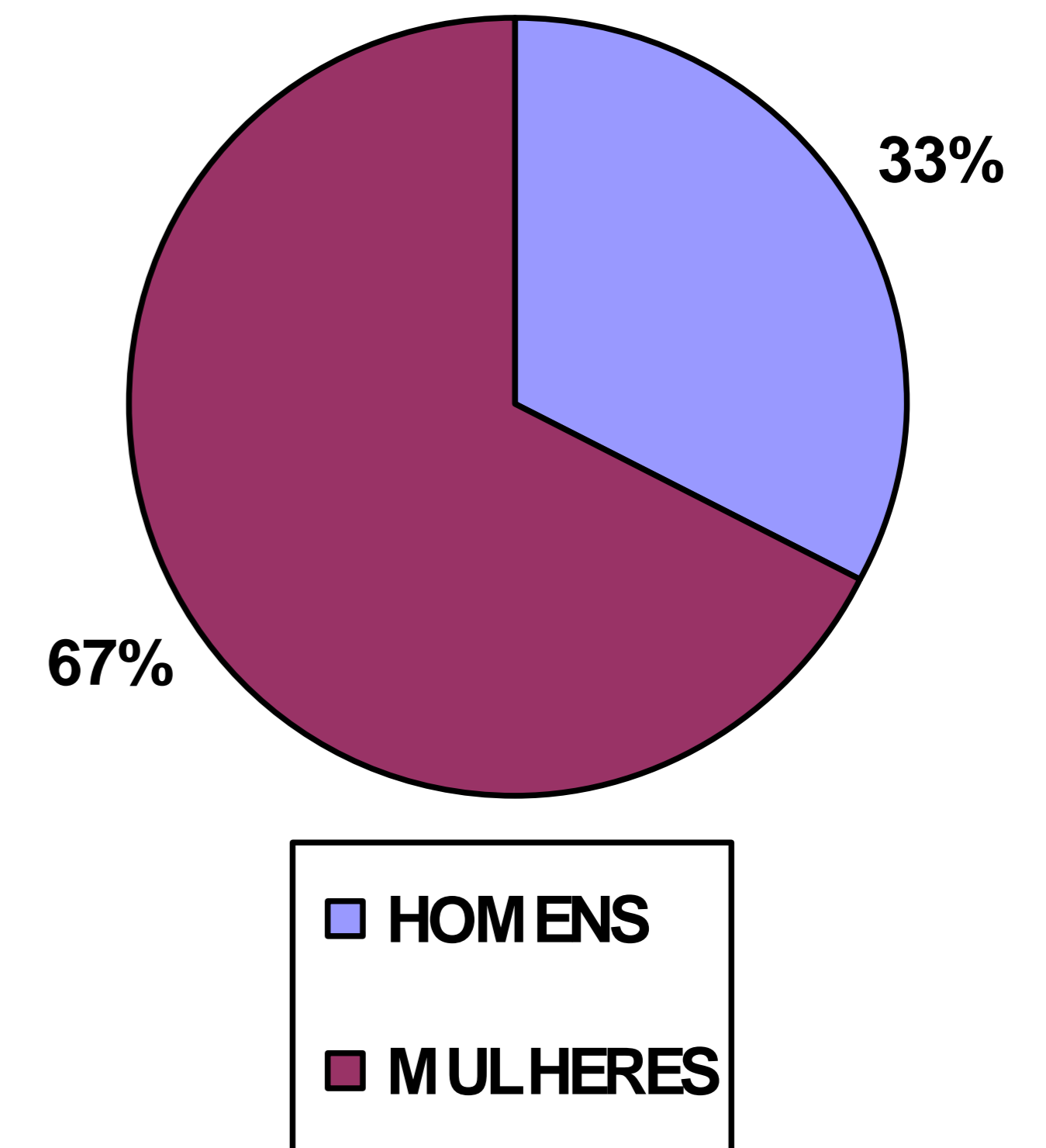
O Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde/Redes de Atenção, por meio do Grupo Rede de Atenção Psicossocial, visa o desenvolvimento de ações de ensino-pesquisa-extensão, a fim de favorecer a formação profissional e qualificação da assistência usuários de serviços de saúde, a partir da articulação ensino-serviço-comunidade. Este trabalho trata-se de um relato de experiência em andamento que tem como objetivo acompanhar usuários que apresentam diagnóstico de transtorno mental e/ou em situação de uso/abuso de álcool e/ou outras drogas, em relação a adesão ao tratamento e a promoção de saúde dentro de uma Unidade de Saúde da Família em Curitiba.

## DESENVOLVIMENTO

Inicialmente realizou-se uma busca nos prontuários eletrônicos mediante a agenda médica do profissional responsável pelas consultas. Neste primeiro momento a busca foi realizada apenas para usuários com transtornos mentais. Foram pesquisados 43 usuários, sendo 29 mulheres e 14 homens, os diagnósticos de maior número são a esquizofrenia paranóide e a depressão. Realizou-se o acompanhamento em consulta, bem como registros dos usuários para ofertar e orientar sobre a realização de exames periódicos preventivos e o comparecimento as consultas. Através do contato telefônico estimulamos a adesão ao tratamento, o acompanhamento com outros médicos e a consultas odontológicas.

## CONCLUSÃO

Observamos que a adesão acontece na maioria dos casos, em razão da abordagem terapêutica utilizada e também vinculada à retirada de receituários medicamentosos. A proposta é elaborar ações, a partir das observações levantadas, que visem (re)conhecimento por parte de usuários e profissionais da Rede de Atenção Psicossocial, a fim de estimular a continuidade do tratamento, como: encaminhamentos, criação de oficinas/grupos, palestras informativas para o maior conhecimento sobre os medicamentos que utilizam e informações sobre seu tratamento.



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



# CONSULTAS DE ENFERMAGEM: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Autor principal/relator: Lima, F L.  
Colaboradores: Coelho A G, Bertoldi L,  
Predebon M, Silva, DB.

Local de Trabalho: Unidade Básica de Saúde  
Eixo Temático: Saúde



## INTRODUÇÃO

O objetivo deste estudo é relatar a experiência vivenciada no PET-SAÚDE/Rede de Atenção Psicossocial, sobre consultas realizadas pelo profissional Enfermeiro em uma Unidade de Saúde da Família(USF). Como método de pesquisa utilizou-se a coparticipação entre monitoras e Enfermeiras durante a realização da consulta de Enfermagem prestada aos usuários da USF.



## DESENVOLVIMENTO

Os usuários que necessitam de atendimento na USF devem pertencer à área de abrangência e possuir cadastro na mesma, salvo para casos de urgência e emergência. Os usuários seguem o fluxograma interno, implantado em junho de 2013, onde é atendido pelo profissional Enfermeiro para avaliação e encaminhamento necessário. A consulta de Enfermagem inicia com anamnese, levantamento de problemas, diagnóstico e solução. As condutas do profissional Enfermeiro são baseadas nos procedimentos internos da instituição como, por exemplo: solicitação e avaliação de exames, prescrição de medicamentos padronizados, orientação medicamentosa, agendamento de consultas médicas, entre outros.



## CONCLUSÃO

Desde a implantação deste novo fluxo, houve maior relevância do profissional Enfermeiro perante a população usuária do sistema e principalmente o retorno à orientação quanto à prevenção de agravos à saúde. Percebemos que ainda há insatisfação do usuário quanto a este fluxo, e principalmente a desvalorização do atendimento do Enfermeiro, uma vez que este profissional tem formação e qualificação para prestar uma assistência eficaz. Conclui-se que, o acompanhamento do profissional Enfermeiro durante a realização da consulta de Enfermagem pode contribuir para formação profissional, uma vez que promove uma aproximação entre a teoria e prática, na realidade do cotidiano de uma USF.







# CARACTERIZAÇÃO E MANEJO DA LISTA DE ESPERA DO SERVIÇO DE FISIOTERAPIA AQUÁTICA (HIDROTERAPIA) UNIDADE OUVIDOR PARDINHO, UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Autor principal/relator: Mariana de Freitas  
Colaboradores: Fernanda de Assis, Daniele Fontoura Teixeira e Léia Regina da Silva

Local de Trabalho: Unidade Ouvidor Pardino  
Eixo Temático: Planejamento, monitoramento e avaliação em saúde



## INTRODUÇÃO

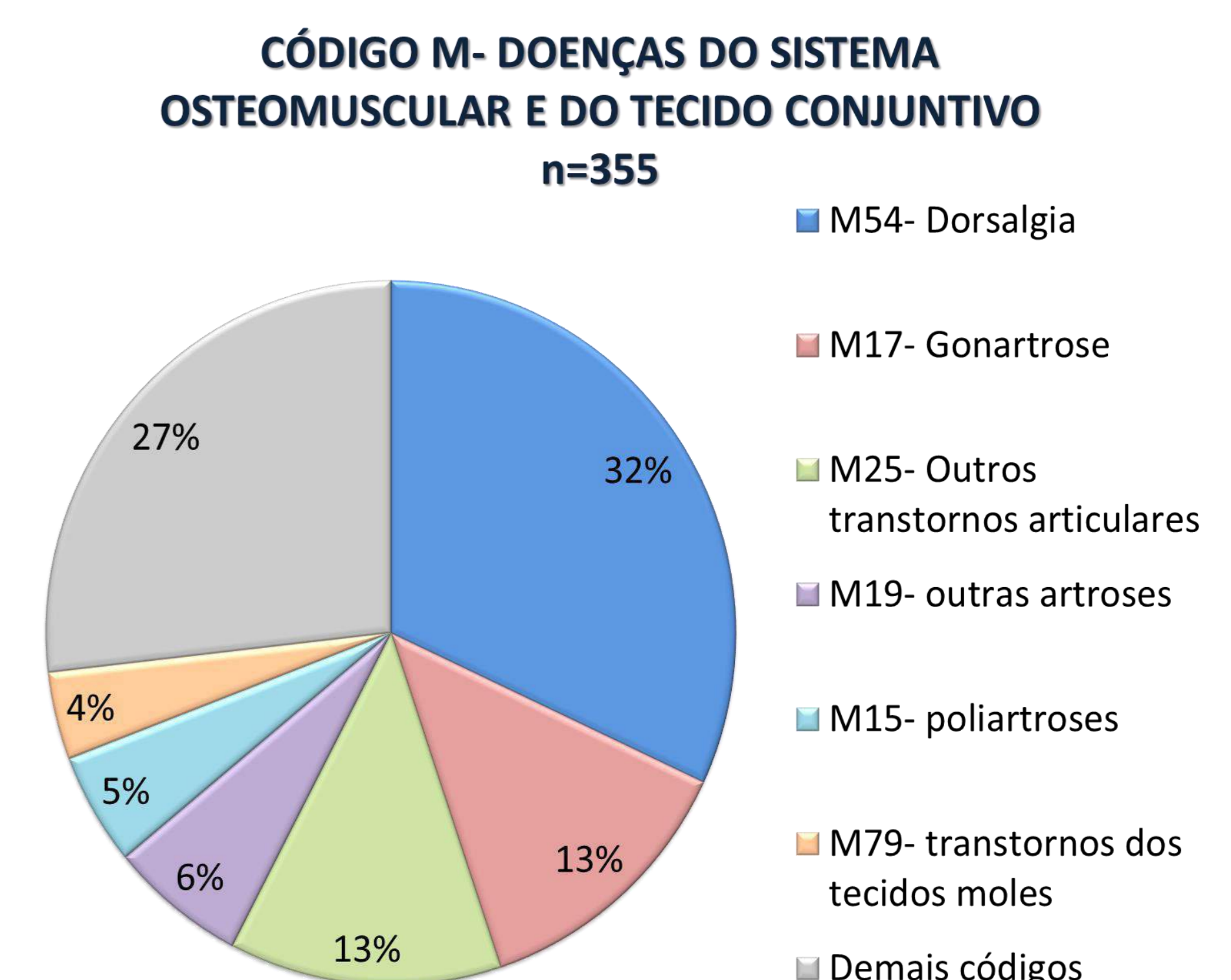
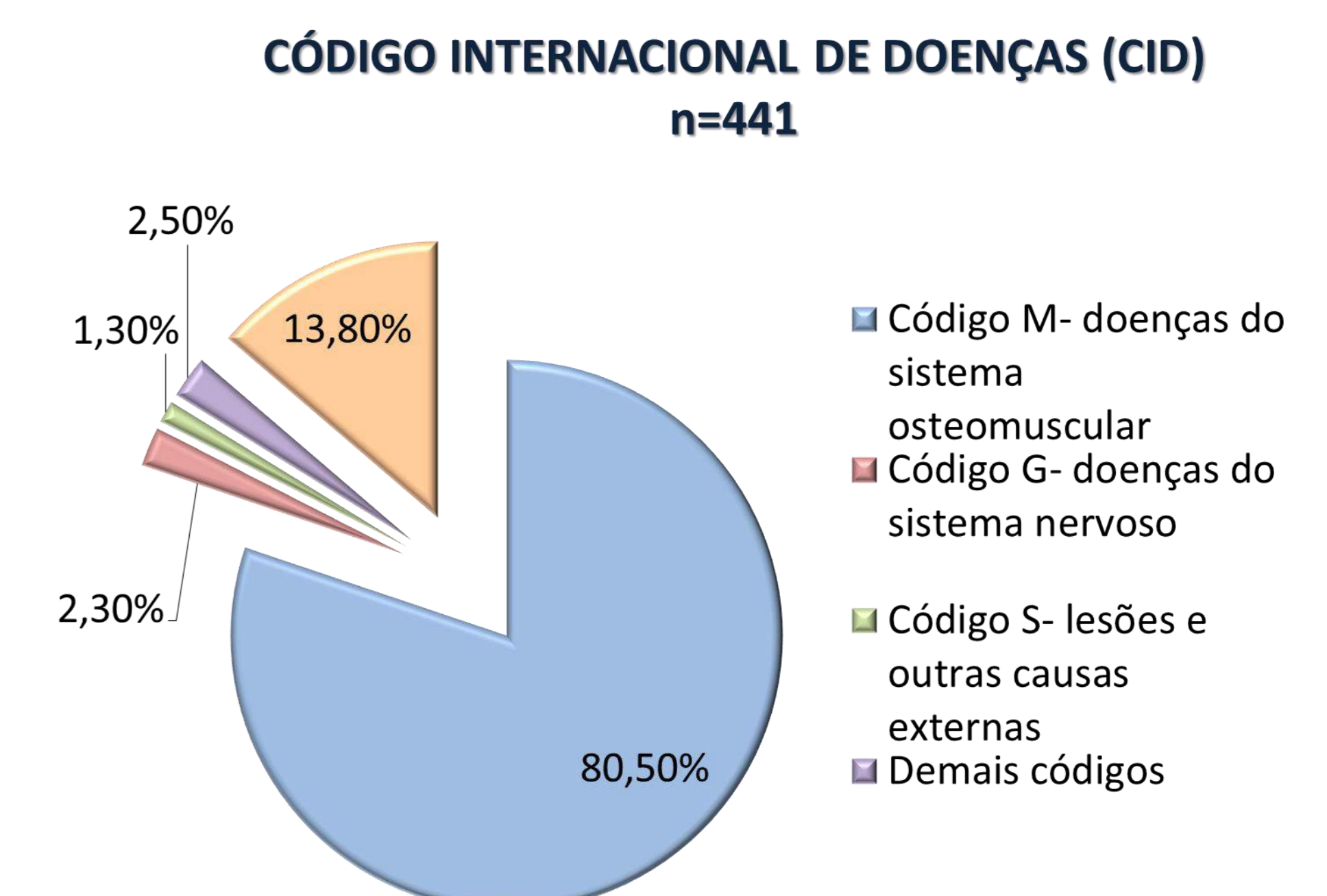
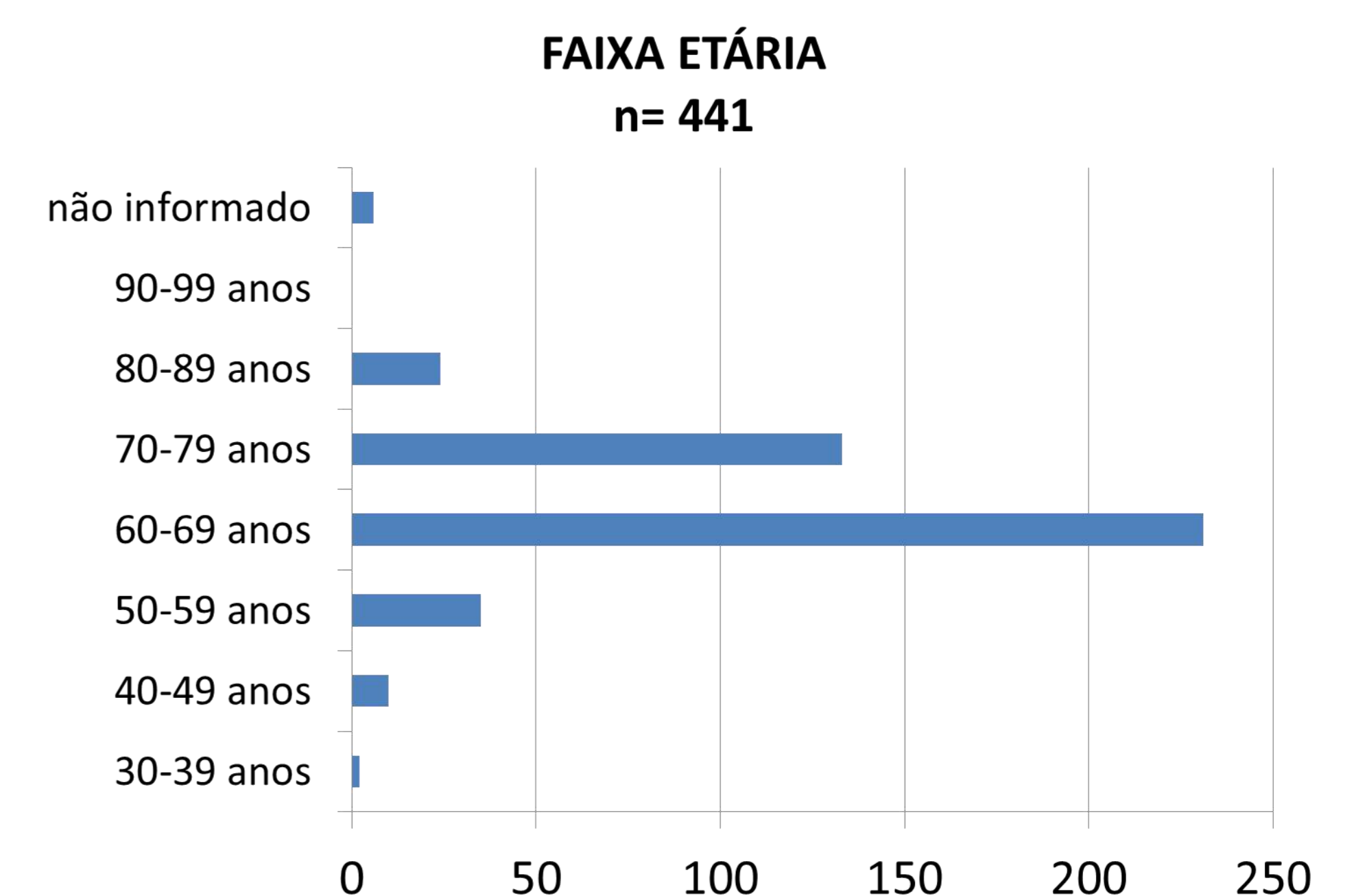
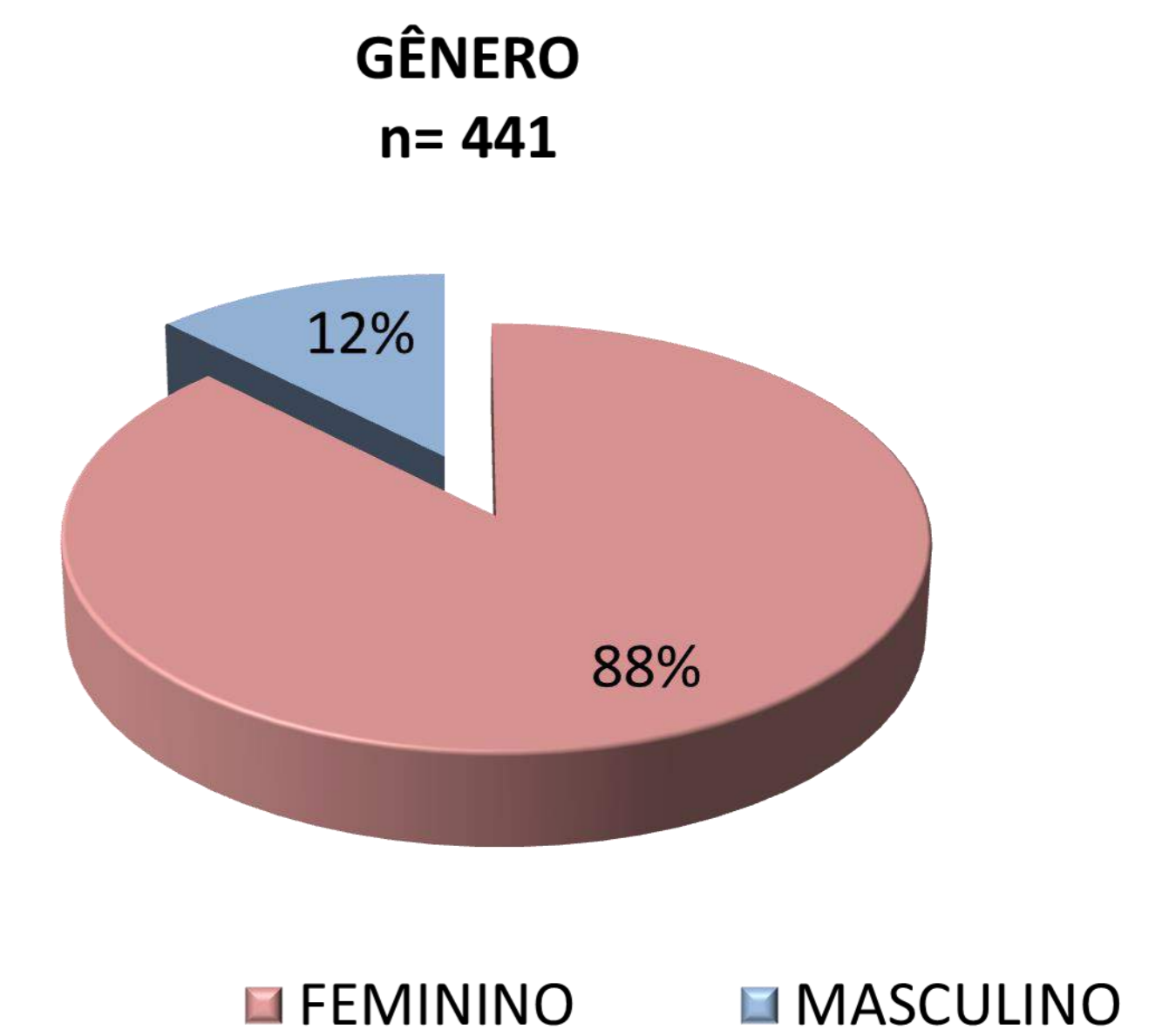
Diminuir a espera nos serviços de saúde, especialmente quando esta atinge proporções que impactam a saúde e a qualidade de vida das pessoas, é um objetivo importante das políticas de saúde atualmente. Este relato de experiência pretende reconhecer e mapear a população que aguarda atendimento pelo Serviço de Fisioterapia Aquática (Hidroterapia) e relatar as estratégias de acesso e parcerias para reduzir esperas.

## DESENVOLVIMENTO

Foram analisados dados epidemiológicos da lista de espera, referente ao mês de agosto de 2014, do serviço de Fisioterapia Aquática da Unidade Ouvidor Pardino e estas informações estão apresentadas de forma descritiva. A lista de espera do serviço apresentava 441 usuários, com tempo de espera por volta de doze meses. Este grupo era em sua maioria de mulheres (88%). Mais da metade do grupo (52%) estava na 6ª década de vida e 5,5% eram idosos longevos ( $\geq 80$  anos). O Código Internacional de Doença (CID-10) mais frequente foi o de doenças osteomusculares e do tecido conjuntivo (80,5%) seguido pelo de doenças do sistema nervoso (2,3%). Dentre as patologias mais frequentes estão as dorsalgias (32%), gonartroses (13%) e outros transtornos articulares (13%). Este serviço recebe encaminhamentos de toda Curitiba, mas grande parte dos usuários é da área central, sendo do distrito da Matriz e Portão. Diante deste panorama, primeiramente, como estratégia para redução do tempo de espera foi realizado o manejo da lista de espera com a retirada de nomes duplicados, encaminhamentos errôneos e desistências. Segundo, houve o fortalecimento das parcerias com instituições de ensino otimizando o uso do equipamento como campo de estágio e ampliando o número de atendimentos. E terceiro e em andamento, a reavaliação do fluxo para o Serviço, discutindo os acessos do usuário, linhas de cuidado e possibilidades de ampliação do Serviço.

## CONCLUSÃO

Como impacto dessas iniciativas a lista de espera do serviço reduziu 50,7%, assim como o tempo de espera que atualmente é de seis meses. Problemas como “inchaço” dos serviços, dificuldade de desvincular e dar alta para estes pacientes, além da necessidade de atendimento continuado e mais opções de encaminhamentos com a descentralização dos serviços, ainda são desafios. A expectativa do serviço é reduzir cada vez mais o tempo de espera, atingir a população que realmente necessita desse serviço e resgatar a confiança do usuário diante do serviço público de saúde com a prestação de um serviço resolutivo, acolhedor e de qualidade.



# PROPOSTA DE INCLUSÃO DOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM NO PROJETO SAÚDE NAS ESCOLAS PARA FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS VOLTADOS AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Alice da Silva (relator)  
Andrea da Silva Sampaio  
Luciane Silveira Miranda de Lima

Eixo: Integração ensino/serviço



## INTRODUÇÃO

O projeto saúde nas escolas (PSE) tem sido um desafio para os profissionais da estratégia saúde da família uma vez que o programa exige informações que muitas vezes não estão atualizadas no prontuário e nas carteiras de vacina. Frente a esses desafios e visando a formação de profissionais de enfermagem com visão voltadas para o Sistema Único de Saúde –SUS, pensamos em uma parceria com o Centro Universitário Campos Andrade (Uniandrade) com as Unidade de Saúde do Município (UMS) de Curitiba, iniciando pela UMS Capanema presença da professora de saúde coletiva Andrea da Silva Sampaio. Acreditamos que essa parceria irá contribuir para o aprendizado dos alunos que lá estarão e fortalecerá o papel do SUS que deve ser visto como uma rede de escola da atenção à saúde, assumindo maior responsabilidade na formação de pessoas e na construção de conhecimentos. Objetivo desse projeto é proporcionar ao acadêmico de enfermagem a integração com as ações voltadas a comunidade escolar, estimulando-o a atuar fora da atenção hospitalar, incentivando-o as ações voltadas para comunidade e proporcionar conhecimento da atuação do enfermeiro da estratégia da saúde da família. Tem como proposta de atividades a serem realizadas: verificação de carteiras de vacinas; avaliação de dados antropométricos das crianças dos Centros Municipais de Educação Infantil (CMEIs) e Escolas; apoiar na realização do exame da tabela de Snellen acuidade visual. Participação na elaboração das atividades de Promoção da Saúde e de atividades de Prevenção e dar apoio no monitoramento das planilhas do PSE. O público alvo para participarem desse projeto serão acadêmicos do quinto, sexto, sétimo e oitavo período, que serão convidados a participarem do projeto em sala de aula os interessados participarão de uma reunião com palestra explicando o que é o projeto, atividades que os acadêmicos irão desenvolver.

## DESENVOLVIMENTO

Programa Saúde na Escola é um programa de parceria entre o Ministério da Saúde e da Educação que visa à integração e articulação permanente da educação e da saúde, que visa também proporcionar melhoria da qualidade de vida da população 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. O público beneficiário do PSE são os estudantes da Educação Básica, gestores e profissionais de educação e saúde, comunidade escolar e, de forma mais amplificada, estudantes da rede Federal de Educação Profissional e Tecnológica e da Educação de Jovens e Adultos (EJA). As atividades de educação e saúde do PSE ocorrerão nos Territórios definidos segundo a área de abrangência da Estratégia Saúde da Família, Ministério da Saúde (MS) tornando possível o exercício de criação de núcleos e ligações entre os equipamentos públicos da saúde e da educação (escolas, centros de saúde, áreas de lazer como praças e ginásios esportivos, etc). No PSE a criação dos Territórios locais é elaborada a partir das estratégias firmadas entre a escola, a partir de seu projeto político-pedagógico e a unidade básica de saúde. O planejamento destas ações do PSE considera: o contexto escolar e social, o diagnóstico local em saúde do escolar e a capacidade operativa em saúde do escolar. A Escola é a área institucional privilegiada deste encontro da educação e da saúde: espaço para a convivência social e para o estabelecimento de relações favoráveis à promoção da saúde pelo viés de uma Educação Integral. Para o alcance dos objetivos e sucesso do PSE é de fundamental importância compreender a Educação Integral como um conceito que compreende a proteção, a atenção e o pleno desenvolvimento da comunidade escolar. Na esfera da saúde, as práticas das equipes de Saúde da Família, incluem prevenção, promoção, recuperação e manutenção da saúde dos indivíduos e coletivos humanos. Para alcançar estes propósitos o PSE foi constituído por cinco componentes: Avaliação das Condições de Saúde das crianças, adolescentes e jovens que estão na escola pública; Promoção da Saúde e de atividades de Prevenção; Educação Permanente e Capacitação dos Profissionais da Educação e da Saúde e de Jovens; Monitoramento e Avaliação da Saúde dos Estudantes e Monitoramento e Avaliação do Programa mais do que uma estratégia de integração das políticas setoriais, o PSE se propõe a ser um novo desenho da política de educação e saúde já que trata a saúde e educação integrais como parte de uma formação ampla para a cidadania e o usufruto pleno dos direitos humanos, permite a progressiva ampliação das ações executadas pelos sistemas de saúde e educação com vistas à atenção integral à saúde de crianças e adolescentes e promove a articulação de saberes, a participação de estudantes, pais, comunidade escolar e sociedade em geral na construção e controle social da política pública.

## CONCLUSÃO

Acreditamos que essa parceria irá contribuir para o aprendizado dos alunos que lá estarão e fortalecerá o papel do SUS que deve ser visto como uma rede de escola da atenção à saúde, assumindo maior responsabilidade na formação de pessoas e na construção de conhecimentos (Tempeski, 2013).

## REFERÊNCIA

Educação na saúde para preceptores do SUS: caderno do curso 2013/ Patricia Tempeski – São Paulo: Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa; Ministério da Saúde 2013.

<http://portal.mec.gov.br/> acesso dia 25 de setembro 2014 – Programa Saúde nas Escolas.



**SAÚDE e PREVENÇÃO**  
**Nas ESCOLAS**  
Atitude pra curtir a vida.



Fonte: <http://hospitalstellamaris.com.br/>



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



CURITIBA

# ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA NA UNIDADE MUNICIPAL DE SAÚDE OUVIDOR PARDINHO: UMA EXPERIÊNCIA DE SUCESSO!

Autor principal/relator: Danielle Fontoura Teixeira  
Colaboradores: Marcelle Fernandes Silva

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



O significado agregado à palavra família é produto da cultura (tempo e espaço). O resgate das transformações familiares fornece elementos para diagnosticar a dimensão da influência da equipe de Estratégia da Saúde da Família (ESF). Infiltrar a intimidade alheia é um processo que requer habilidade, comunicação adequada e respeito mútuo.

## A MUDANÇA QUE DEU CERTO

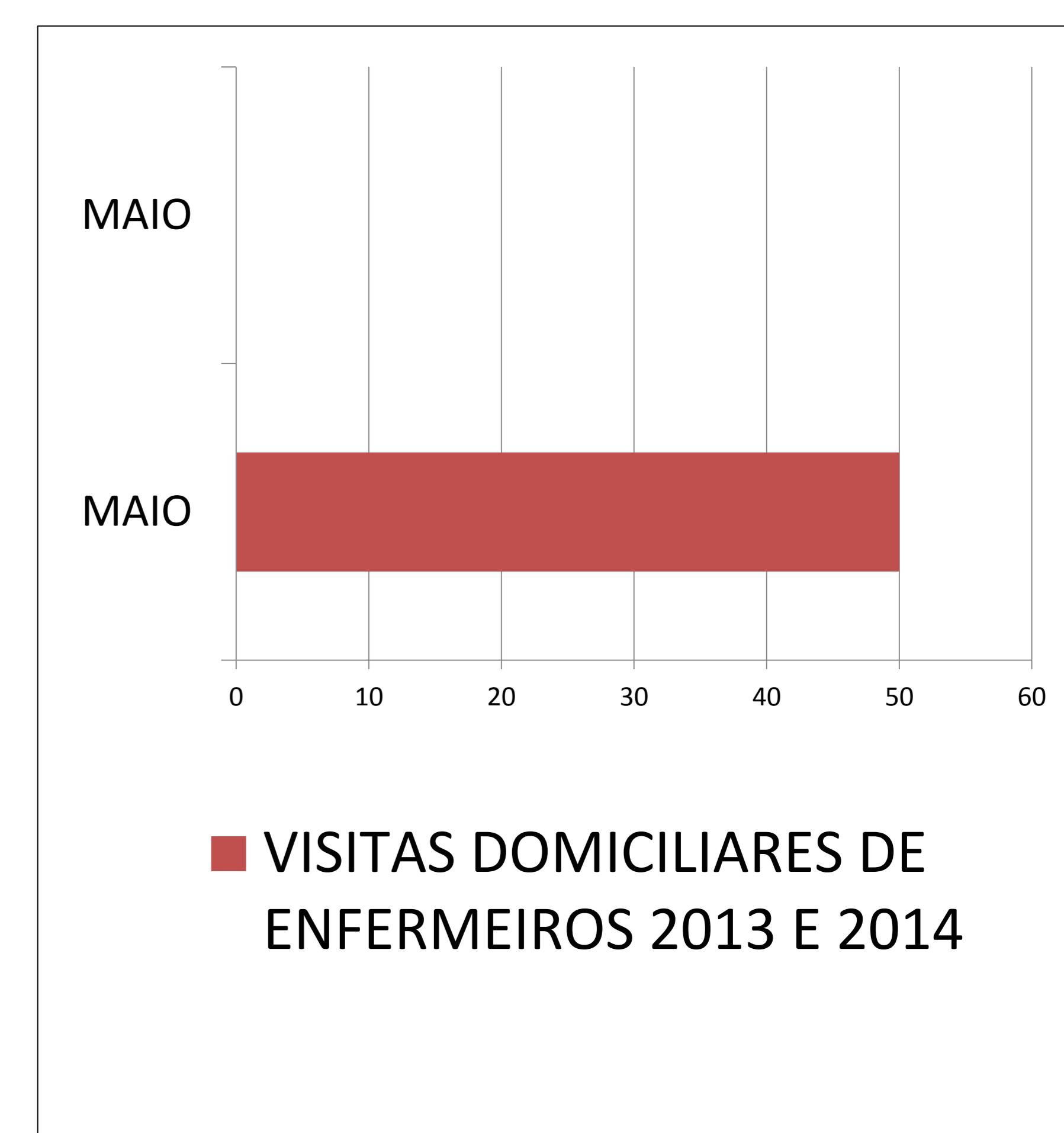
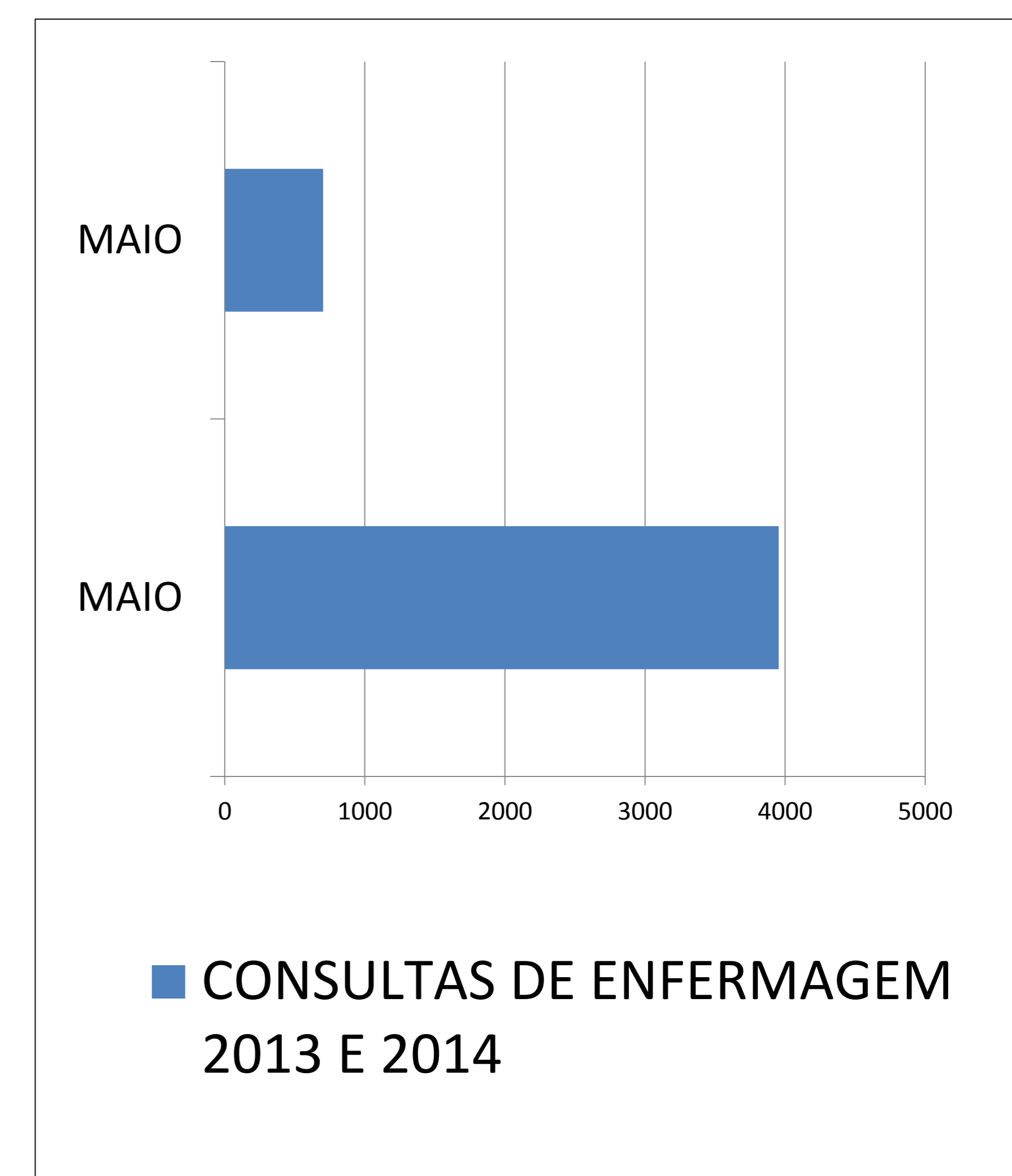
A alteração no paradigma de atendimento clínico implementado na US O. Pardinho se fez eficaz e impactante por se basear em dados reais de incidência e prevalência de agravos não obstante a avaliação dos relatórios que monitoravam quali e quantitativamente os procedimentos nela realizados.

Pelo carinho dispensado, anteriormente, à saúde do paciente idoso a extensão ao núcleo familiar evoluiu de maneira praticamente espontânea alicerçada na dedicação de uma equipe de profissionais comprometida e receptiva aos ideais de interdisciplinaridade estabelecido pelas recém chegadas equipes ESF e NASF (Núcleo de apoio a Saúde da Família) reforçando o vínculo já estabelecido.

Compreender e se adequar às características da clientela adstrita exigiu empenho, em especial, de uma exímia equipe de Enfermeiros que resgatou a responsabilidade, eficácia e resolubilidade da consulta de Enfermagem.

## APRENDENDO E APRIMORANDO

Quantitativamente, o avanço é indubitável: acréscimo médio de 3 mil consultas de enfermagem/ mês. Qualitativamente os ganhos são surpreendentemente traduzidos na resposta imediata ao usuário de questões anteriormente adiadas, como: solicitação e interpretação de resultado de exames, vinculação e acompanhamento de gestantes, acompanhamento da criança (principalmente menor e/ ou igual a 1 ano) e consultas domiciliares a pacientes incapacitados. A experiência vivida na Unidade Ouvidor Pardinho ESF tem sido uma lição diária de aprendizado, aprimoramento do processo de trabalho e valorização profissional integral.



# ANJOS DA ENFERMAGEM : AÇÃO LÚDICA A CRIANÇAS COM CÂNCER

Alice da Silva  
Andrea da Silva Sampaio  
Rita Sandra Franz

Integração ensino/serviço



## INTRODUÇÃO

O Programa Anjos da Enfermagem, maior Programa de Responsabilidade Social da Enfermagem brasileira foi apresentado a Chamberlain College of Nursing, uma Faculdade de Enfermagem presente em várias cidades dos Estados Unidos. A atividade foi voltada para ações de educação em saúde e humanização com as crianças. Um pouco do nosso trabalho, que desenvolvemos em prol da melhoria da qualidade de vida das crianças e familiares. A apresentação aconteceu em parceria com a Universidade do Bem onde os estudantes ficaram maravilhados com a iniciativa e pela oportunidade única de levar nosso trabalho a outros países e assim se consagrar. Os voluntários são estudantes de enfermagem capacitados, através de uma oficina, que orienta sobre os trabalhos a serem desenvolvidos durante o ano. Os anjos desenvolvem atividades Intra-hospitalar e extra hospitalares (Eventos, Campanhas Nacionais e Festas Comemorativas). Objetivo: Incentivar estudantes de enfermagem a educação em saúde através do lúdico trabalho através de visitas semanais às crianças da ala de oncologia e pediatria dos Hospitais do Bem e participação em diversas outras atividades O Projeto Anjos da enfermagem é uma ação de responsabilidade social de enfermagem brasileira, que visa interatividade lúdica e educativa para as crianças e jovens em situações vulneráveis de saúde e social. Os voluntários serão alunos de graduação da instituição parceira com carga horária proposta de 600 horas presenciais e sendo estas divididas em dias e horas alternadas. Os Acadêmicos permaneceram em atividades de 4 horas semanais, o hospital de parceria recebera material de apoio e a vista dos voluntários 1 vez por semana. Incentivando o acadêmico de enfermagem as ações voltadas para comunidade, proporcionando conhecimento da atuação do enfermeiro.

## DESENVOLVIMENTO

No Estado do Paraná o Programa Anjos da Enfermagem está implantado desde novembro de 2010 e faz parte do maior movimento de responsabilidade social da Enfermagem Brasileira em prol das crianças com câncer. Realiza parceria com o Centro Universitário Campus de Andrade (UNIANDRADE) com do Conselho de Enfermagem do Paraná (COREN). Os acadêmicos do primeiro, segundo e terceiro período são convidados a participarem do projeto em sala de aula os interessados realizam a inscrição participação de uma seleção. Ocorre reunião de apresentação com palestra explicando o que é o projeto, atividades que os acadêmicos irão desenvolver. Após ocorrer a seleção fica com 8 voluntários efetivos e 4 suplentes do qual são capacitados, através de uma oficina, que orienta sobre os trabalhos a serem desenvolvidos durante o ano. Deixa se claro que não haverá ajuda de custo em alimentação e transporte ficando de inteira responsabilidade do aluno. As atividades Intra-Hospitalares constituem de atividades realizadas dentro do hospital, reúne um conjunto de 07 (sete) estratégias, desenvolvidas de acordo com estudos científicos e técnicas de artes. A principal ferramenta de trabalho é a brinquedoteca móvel, que reúne todos os materiais criteriosamente selecionados pela Coordenadora Nacional do Programa. A Brinquedoteca portátil, fácil de limpar, fácil de movimentar, é um carrinho de limpeza, todos os brinquedos e materiais contidos na brinquedoteca foram analisados e estudados, portanto, reúne o que há de melhor para realização das estratégias definidas para visitas dos voluntários. Constitue na participação dos voluntários em eventos, congressos, seminários, visitas a asilos, postos de saúde, campanhas de vacinação, campanhas do mobilização social, etc.

A participação dos anjos da enfermagem buscam sensibilizar profissionais e público em geral para a importância da promoção da saúde e prevenção de doenças, bem como a importância da humanização da saúde. As Campanhas constituem em movimentos de arrecadação, com o objetivo direto de trabalhar junto aos nossos voluntários, importantes ensinamentos, como: união, planejamento estratégico, cumprimentos de metas, etc. Como objetivo indireto e muito importante também a arrecadação de doações para as famílias atendidas pelo programa. As festas comemorativas, são atividades especiais, desenvolvidas pelos voluntários, no sentido de resgatar o direito de pacientes e público em geral, em festejar datas importantes, promovendo e disseminando o amor e alegria. O Apoio Institucional é de uso exclusivo do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), por este órgão ter sido, responsável pela expansão do programa e suas ações. No grupo de categorias, configura-se como o de maior destaque Patrocinador Nacional ou Patrocinadores Estaduais Pessoa jurídica que através de contrato de patrocínio, contribui para manutenção da expansão do programa e crescimento do Instituto.

## CONCLUSÃO

O Estado do Paraná esta sendo pioneiro nesta grandiosa ação voluntária com as crianças com câncer, faz que os estudantes de enfermagem reflitam a importância de uma ação lúdica. A criança com câncer sofre uma ruptura na sua condição de vida normal, ela se depara abruptamente em um hospital, indefesa e expectadora diante da situação que a envolve, passa a conviver com uma série de procedimentos terapêuticos, muitas vezes invasivos e dolorosos, como parte do tratamento do câncer, pois sequer possui o poder de decisão (OLIVEIRA; DANTAS; FONSÊCA, 2005). Portanto, os estudantes de enfermagem buscam pela melhoria da qualidade de vida, visando novas formas de cuidar, que ultrapassem a rigidez dos modelos teóricos e práticos de condutas e procedimentos técnicos, e incorporar atividades pautadas na humanização e na valorização do lúdico na área de saúde.

## REFERÊNCIAS

<http://www.anjosdaenfermagem.org.br>, acesso 18/11/2014

<http://www.cofen.gov.br> acesso 19/11/2014

OLIVEIRA, G. F.; DANTAS, F. D. C.; FONSECA, P. N. O impacto da hospitalização em crianças de 1 a 5 anos de idade. Rev. SBPH. vol.7, n.2, pp. 37-54, 2004. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582004000200005](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582004000200005)>. Acesso em: 20/11/2014.



Fonte: Projeto Anjos da Enfermagem, núcleo Paraná Uniandrade 2014

# DIABETES MELLITUS EM GESTANTES

Autores Alice da Silva (relatora)  
Andrea da Silva Sampaio  
Marcia Lopes da Silva

Local de trabalho: UMS São Domingos  
Eixo: Educação em Saúde



## INTRODUÇÃO

Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) é definido como intolerância a carboidratos, resultando em hiperglicemia de gravidade variável, com início ou diagnóstico durante a gestação. Sua fisiopatologia é explicada pela elevação de hormônios contra-reguladores da insulina, pelo estresse fisiológico imposto pela gravidez e a fatores predeterminantes (genéticos ou ambientais). O risco de desfechos adversos maternos, fetais e neonatais aumenta de forma contínua com a elevação da glicemia materna, o desenvolvimento de resistência a insulina durante a segunda metade da gestação é o resultado de adaptação fisiológica medida pelos hormônios placentários para garantir o aporte adequado de insulina ao feto. Mulheres que engravidam com sobrepeso/obesidade paralelamente impõem-se a necessidade fisiológica de maior produção de insulina, favorecendo o quadro de hiperglicemia de intensidade variada. Nos Estados Unidos estima-se que 8% das 4 milhões de gestações estejam associadas ao diabetes. Dessas, 88% apresentam diabetes gestacional e 12%, diabetes pré-gestacional. O número de mulheres com diabetes na gravidez tem aumentado, em parte, como reflexo do aumento de mulheres obesas em idade fértil. A DMG e macrosomia em gestação anterior, síndrome metabólica, antecedente pessoal e familiar de diabetes mellitus (DM), ganho excessivo de peso em gestação atual, glicosúria, aumento desproporcional da altura uterina e polihidrâmi. Desta forma destaca-se a importância do papel do enfermeiro no tratamento da diabetes, principalmente pelo fato de que, devido aos seus conhecimentos e orientação e o esclarecimento das principais dúvidas e questionamentos que o paciente possa ter sobre a doença. Movida pela inquietação em compreender melhor o tema quais são as principais complicações relacionadas à DMG descritas na literatura. Frente ao exposto, justifica a realização deste trabalho, tendo-se em vista as implicações da DMG para a saúde da gestante e a relevância das medidas preventivas. O objetivo deste estudo Descrever as complicações que ocorrem em gestantes que desenvolvem DMG.

## DESENVOLVIMENTO

O estudo será realizado por meio da revisão bibliográfica consistindo em pesquisa de artigos científicos referentes ao Diabetes Mellitus Gestacional, descrevendo os diferentes aspectos do tema para a compreensão do conhecimento desenvolvido sobre o assunto, método que dão suporte para a tomada de decisão e melhoria da parte clínica. Serão selecionados artigos periódicos Brasileiros de circulação Nacional, do sistema Latino Americano e do Caribe de informações em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO). A restrição de amostras utilizou os seguintes parâmetros: publicações no período de 2005 a 2013, caracterizando estudo retrospectivo e que conste no resumo, resultados e discussões a temática investigada, texto na íntegra em português, utilizando-se os seguintes descritores no Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Diabetes Mellitus gestacional, Fatores de Risco, Hiperglicemia. Após a obtenção dos artigos foi realizada uma leitura completa dos textos para identificar quais obras se correlacionavam com a temática, sendo selecionado 12 artigos originais, dos quais passaram por uma leitura apurada para se obter os dados descritos nesse trabalho. A partir da síntese dos resultados foi evidenciado que as principais complicações provenientes da DMG são: macrosomia ganho excessivo de peso polidramnio e doença vascular. A definição de macrosomia ainda constitui tema em debate, mas em geral ela tem sido definida como valores de peso ao nascer > 4.000 g, > 4.500 g ou valores de peso ao nascer acima do percentil 90 da curva de referência para idade gestacional e sexo. A macrosomia é o resultado adverso mais freqüente observado nas gestantes complicadas por diabetes ou hiperglicemia diária. Tal condição é geralmente associada à controle glicêmico inadequado. O risco de macrosomia surge quando a glicose materna não é bem controlada. Está associada a complicações perinatais, como mortalidade materna, traumas de crescimento, hipoglicemia neonatal, hiperbilirrubinemia e mortalidade perinatal. A freqüência de crianças macrosômicas tem aumentado nas últimas décadas em diversos países, variando entre 3 e 15% das gestações de pacientes portadoras de diabetes mellitus gestacional, alcançando 40% nas gestações de diabéticas tipo 1 e 2. O estudo demonstrou que a macrosomia ocorre devido a falta de controle glicêmico na gestação, trazendo complicações para a gestante e feto. É importante que a gestante procure realizar o pré-natal logo no início da gestação, realizando exames para diagnóstico precoce.

A Obesidade materna no DMG, ocasiona bebês GIG (grande para a idade gestacional) sendo mais apropriado para avaliar crescimento e desenvolvimento fetal entre peso e idade gestacional, representa um indicador de crescimento fetal controlado pela idade gestacional, que é fator de extrema importância no peso final. O estudo tem demonstrado forte associação entre sobrepeso materno e crescimento fetal adicionado à macrosomia, e esta correlação é tanto maior quanto maior é o índice de massa corpórea da gestante. Este estudo demonstrou que gestantes diabéticas com sobrepeso estão associadas a bebês macrosômicos, podendo causar morte materna ou parto vaginal traumático. A obesidade é um fator de risco modificável, desta forma o cuidado com o ganho de peso reduzirá não apenas a prevalência como a gravidade da doença. O líquido amniótico tem grande importância no crescimento, no desenvolvimento e nas funções fetais, permitindo o deslizamento das partes fetais entre si e entre o feto e as membranas favorecendo o desenvolvimento dos sistemas locomotor e respiratório. Vários estudos tem contribuído para a compreensão da regulação do volume de líquido amniótico no decorrer da gestação. Existe evidências estabelecendo a relação do volume líquido com o bem estar do fetal e apontando aumento da morbidade e mortalidade perinatal nas gestantes com desvio do volume do líquido amniótico. Observa-se em gestantes com polidramnio o aumento da mortalidade materna pela ocorrência simultânea de maior número de apresentações anômalas, descolamento prematuro de placenta, rotura prematura de membranas ovulares, distócia funcional e hemorragia pós-parto. As aranhas vasculares são microvasos caracterizados por três aspectos clínicos: arteríola central, finos ramos e eritema circundante. Observa-se também um vermelho brilhante e temperatura local mais quente. São mais freqüentes nos membros inferiores, sobretudo no direito, mas podem aparecer também na vulva. A alta prevalência da doença varicosa durante a gestação, a etiopatogênica e os fatores de risco envolvidos principalmente a idade e o antecedente familiar no desenvolvimento desta doença indicam a necessidade de utilização de medidas profiláticas efetivas que devem ser indicadas desde o início da gestação e desde a primeira gestação, promovendo assim a manutenção da saúde da gestante e, conseqüentemente, a do conceito. A assistência de enfermagem em gestantes com edema e varizes consiste em orientar a gestante a não permanecer muito tempo em pé ou sentada, minimizando o desconforto acometido pelas varizes.

## CONCLUSÃO

A gravidez tardia vem aumentando mundialmente, exigindo uma atenção especial, visando minimizar complicações obstétricas e o risco de mortalidade materna. Gestantes, em especial as diabéticas, devem ser orientadas quanto a possibilidade de complicações ocorridas durante a gestação e parto, diminuindo morte materna, cesárea e parto prematuro.

As complicações na gestação também podem ser minimizadas através da prevenção adequada através do auto-cuidado e controle eficaz do diabetes, contribuindo com a redução dos custos assistenciais relacionados à doença. Uma alimentação adequada associada ao controle glicêmico diminuirá a incidência da doença. Apoio psicológico e ações educativas desde o início da gestação, bem como reorientação alimentar são as melhores maneiras de evitar os casos mais complicados acometidos pela diabetes. O fator obesidade é um fator modificável implicando ao enfermeiro o controle de peso adquirido no período da gestação com o objetivo de reduzir riscos a mãe e ao bebê. No entanto gestantes que não tem adesão ao tratamento acrescida pela idade, antecedentes familiares e obesidade aumentam o risco de complicações provenientes da diabetes. Entretanto se todas essas medidas forem tomadas adequadamente a gestação irá percorrer tranquilamente sem risco a mãe e feto. Enfim a associação do diagnóstico precoce, controle do ganho de peso e controle glicêmico e investigação dos antecedentes familiares, ajudará o enfermeiro a minimizar eventos obstétricos adversos e o risco de mortalidade materna.

## REFERÊNCIAS

- 1- Benefield LE – Implementing Evidenced Based Practice in Home Care. Home Health – Nurse 2003 dec.;21(12):80411.
- 2- Kac G Gustavo Velásquez-Meléndez GV Ganho de peso gestacional e macrosomia em uma coorte de mães e filhos. Jornal de Pediatria - Vol. 81, Nº1, 2005
- 3- Kerche LTRL - Fatores de Risco para Macrosomia Fetal em Gestantes complicadas por Diabetes ou por glicemia diária, Rev Bras Ginecol Obstet. 2005;27(10):580-7.
- 4- Mahan L.K. et al: Alimentos, Nutrição e Dietoterapia. 11ª ed. São Paulo: Roca, 2005.
- 5- Amorim MMR, Leite DFB, Gadelha TGN, Muniz AGV, Adriana Sueley de Oliveira Melo ASOM, Rocha AMR - Fatores de risco para macrosomia em recém-nascidos de uma maternidade-escola no Nordeste do Brasil Instituto de Saúde Elpidio de Almeida – ISEA – Campina Grande (PB), Brasil 2009.
- 6- Esakoff TF, Cheng YW, Sparks TN, Caughey AB. The association between birthweight 4000 g or greater and perinatal outcomes in patients with and without gestational diabetes mellitus. Am J Obstet Gynecol. 2009;200(6):672. e1-4.



<http://www.cuidardebebe.com/>



Comparação entre um feto com peso adequado para a idade gestacional e um macrosômico

Fonte: gravidezesaude damulher.com/



<http://mdemulher.abril.com.br/>

# “OFICINA DE GESTANTES ”

Autor principal/relator: MAGALI WICHINIEVSKI  
Colaboradores: JULIANA SANTOS ,PRISCILA VARGA,MARCELA CARNEIRO , ALEX DALTON,MARIA LURDES DA SILVA

Local de Trabalho: Unidade de Saúde São João Del Rey.  
Eixo Temático: PRÁTICA DO CUIDADO DA ENFERMAGEM NA APS/ESF



## INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como objetivo demonstrar a integralidade da equipe em preparar uma oficina para as gestantes e desenvolver ações de pré-natal e garantir um momento oportuno para as futuras mães compartilharem seus medos e angustias, sanarem dúvidas e aprenderem técnicas que facilitaram o cuidado com o bebê.

## DESENVOLVIMENTO

As oficinas são agendadas periodicamente, são elaborados convites para serem entregues as gestantes, isso é realizado pelas agentes.

Toda a equipe mobilizam suas gestantes e literalmente põe a mão na massa para confecção de lembranças, organização do local e preparação das atividades.

As gestantes podem trazer um acompanhante na oficina, pode ser o companheiro ou alguém que irá acompanhá-la durante a gestação e no pós-parto, proporcionando assim uma orientação qualificada e desmistificando algumas questões sobre a “dieta”, amamentação entre outras.

## CONCLUSÃO

Depois de participarem da oficina as gestantes relatam se sentirem mais seguras e esclarecidas quanto a maternidade, algumas que já tem filhos declaram que sempre tem coisas novas para aprenderem . As oficinas tornaram-se instrumento importante no processo de cuidado e saúde da família .

## REFERÊNCIAS

MÃE CURITIBANA, PROTOCOLO CURITIBA 2012.  
ESAUDE, PROTUARIO ELETRONICO SMS CURITIBA2014



# VIVÊNCIA DE BRINCADEIRAS E JOGOS ANTIGOS – UMA EXPERIÊNCIA DE RELAÇÕES

Autor principal/relator: Moreira, P.  
Colaboradores: Gomes, E. C.; Santos, G. C.;  
Santos, P. O.; Silva, D. B.

Local de Trabalho: Centro de Atenção Psicossocial  
(CAPSi AD III) Centro Vida e UFPR  
Eixo Temático: Saúde Mental



## INTRODUÇÃO

A Vivência de brincadeiras e jogos antigos realizada no CAPSi AD III teve como objetivo a socialização entre as crianças e adolescentes de diferentes graus de comprometimento e o envolvimento dos profissionais em uma ação interdisciplinar. Buscou-se possibilitar a experiência em atividades interativas, pouco vivenciadas por essa população, e a avaliação interdisciplinar do sujeito enquanto estratégia de cuidado em saúde mental. Esta é uma ação desenvolvida pro meio do Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde/ Rede de Atenção Psicossocial.

## DESENVOLVIMENTO

Para que essa vivência fosse uma experiência diferenciada do dia-a-dia dos usuários e tivesse de acordo com os objetivos de intervenção e de forma multiprofissional e interdisciplinar, inicialmente foram confeccionados cartazes para divulgação com data e horário e uma lista de sugestões na sala de equipe para que a atividade tivesse a interdisciplinaridade em sua essência e pudesse tornar o cuidado efetivo.

Foi decidido realizar a vivência em um dia com maior frequência de usuários no CAPSi AD III, buscando abranger o maior número de crianças e adolescentes. A participação foi de 12 usuários entre crianças e adolescentes, o que favoreceu relações nas diferentes faixas etárias e com características distintas. As brincadeiras utilizadas foram: *lenço atrás*, com o objetivo da integração, em seguida foram realizadas estações com as seguintes atividades: *elástico*, *amarelinha*, *corda* e *jogos de mesa*, aqui podiam trabalhar a escolha. Para finalizar foi realizada a *dança da cadeira solidária* com envolvimento de todos os participantes, novamente fortalecendo o vínculo, a integração entre as crianças e entre os profissionais envolvidos, assim como solidariedade e não a competitividade.

## CONCLUSÃO

A experiência possibilitou às crianças vivenciarem atividades geralmente não inclusas em seu cotidiano, além de facilitar a interação entre elas e poder vivenciar as diferenças. A realização da atividade proporcionou também a interação entre os profissionais e usuários, pois participaram ativamente de todo o processo. O engajamento das crianças e adolescentes foi satisfatório, visto que, as crianças envolveram-se em todas as brincadeiras propostas e demonstraram interesse pela participação nas brincadeiras. A proposta é que essa experiência aconteça mais vezes, e seja uma ação da grade de atividades do CAPSi AD III.





# PROJETO DE EDUCAÇÃO NAS ESCOLAS DO DISTRITO PORTÃO - CURITIBA

Autor principal/relator: Priscila Moreira  
Colaboradores: Gislaine Cristina dos Santos;  
Patrícia de Oliveira Santos; Derivan Brito da Silva  
Eliane Carneiro Gomes

Local de Trabalho: Centro de Atenção Psicossocial (CAPSi AD III) Centro Vida e UFPR  
Eixo Temático: Saúde Mental



## INTRODUÇÃO

O Programa PET-Saúde – Redes de Atenção Psicossocial promove ações focando a saúde mental. Este programa, por meio do Grupo Rede de Atenção Psicossocial, visa o desenvolvimento de ações de ensino-pesquisa-extensão, a fim de favorecer a formação profissional e qualificação da assistência usuários de serviços de saúde, a partir da articulação ensino-serviço-comunidade e visa a articulação dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). O objetivo deste trabalho é relatar como está sendo desenvolvido o Projeto Educação nas Escolas em implementação em um CAPSi e AD III do Município de Curitiba. Este Projeto visa apresentar o informações relativas ao CAPSi e AD III aos profissionais das escolas do Distrito da área de abrangência, no intuito de facilitar a identificação e encaminhamento de alunos que poderão se beneficiar da assistência no CAPSi e AD III.

## DESENVOLVIMENTO

A metodologia a ser utilizada será aplicação de questionários a profissionais das escolas que estão na área de abrangência do CAPSi e AD III para obter informações relativas ao conhecimento que os profissionais das escolas tem sobre o CAPSi e AD III e a Rede de Atenção Psicossocial e posteriormente serão realizadas ações de cunho informativo (incluindo as temáticas: transtornos mentais mais prevalentes na infância e adolescência, uso/abuso de álcool e outras drogas e a RAPS), como por exemplo, palestras, roda de conversa, distribuição de folder.

No momento já foi realizado contato com o Núcleo Regional de Educação do Distrito, através de uma reunião com a gerente desse equipamento, o qual disponibilizou uma lista das escolas e o contato de cada uma.

Posteriormente, o questionário será enviado às escolas, e após a devolutiva será realizado contato com as diretoras das escolas para apresentar a proposta das ações de cunho informativo do projeto para os profissionais das escolas envolvidas.

Inicialmente espera-se implantar o projeto em 24 escolas.

## CONCLUSÃO

Espera-se que com a efetivação desse projeto os profissionais da educação consigam analisar e refletir sobre em quais situações encaminhar um aluno para um CAPSi e AD III e/ou outros componentes da RAPS. Este projeto poderá trazer benefícios para população, incluindo crianças/adolescentes e familiares e para as escolas, possibilitando um maior conhecimento sobre os agravos de saúde mental na infância e adolescência e sobre a RAPS.



# EDUCAÇÃO EM SAÚDE: A PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO UTERINO E DE MAMA

Autor principal/relator: Thais Caroline Mendes de Souza  
Colaboradores: Claudia P. de Souza; Isabelle R. O. Ayres;  
Pamela S. P. Mitsuuchi; Suelen S. Ribeiro

Local de Trabalho: (Unidade de Saúde Mãe curitibana  
Eixo Temático: Educação em Saúde



## INTRODUÇÃO

Buscando aprimorar o ensino das práticas de saúde individuais e coletivas oferecidas aos estudantes de graduação, oportuniza-lhes a participação no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-saúde), estimulando a formação de profissionais competentes e hábeis inseridos no Sistema Único de Saúde (SUS).

## DESENVOLVIMENTO

O Projeto PET desenvolveu a atividade na Unidade de Saúde (US) Mãe Curitibana com início em agosto de 2013. Foram elaborados dois *folders* e dois *banners* para exposição nas salas de espera da US, com informações sobre prevenção de câncer do colo do útero e mama. Inicialmente as atividades foram ministradas pelas enfermeiras preceptoras, acompanhadas pelas acadêmicas, nas quais eram distribuídos os *folders*, um livro presença, solicitando as seguintes informações: nome; idade; sexo; motivo da procura pela US e número de filhos. Na breve atividade, era explicado os assuntos abordados no material impresso, em seguida, aberto ao público para sanar dúvidas. As acadêmicas após adquirirem domínio do assunto tratado, passaram a realizar estas “salas de espera” sob supervisão.

Uma urna foi criada para a colocação de dúvidas com o intuito de aprimorar as salas de espera seguintes. Porém, após uma semana, notou-se que a mesma não era utilizada, sendo dispensada. Assim, sanava-se as dúvidas simultaneamente a sua exposição verbal, tendo como principais questionamentos: a realização do Papanicolaou após histerectomia ou ao uso do Dispositivo intrauterino (DIU).

## CONCLUSÃO

Através do contato com os usuários é possível perceber o quanto a correta orientação em relação à prevenção tanto do câncer do colo do útero, como o esclarecimento da idade de início da realização do exame citopatológico, a sua disponibilidade na US, quanto na do câncer de mama, pois a simples explicação sobre os dias corretos de realização do autoexame das mamas pode auxiliar no autoconhecimento da mulher sobre seu corpo, fator que aumenta a probabilidade de descoberta inicial da doença, por conseguinte, as chances de cura.

## REFERÊNCIAS

DUARTE, M. L. C., et al; Programa de educação pelo trabalho: relato de experiência sobre a formação de trabalhadores. Rev Cogitare Enferm., Curitiba, 2014 Jan/Mar; 19(1):166-9.

Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva (INCA). Incidência de Câncer no Brasil.

STOFLER, M. E. C. W. Avaliação do desempenho da citologia e colposcopia comparados com à histopatologia no rastreamento e diagnóstico das lesões do colo uterino. Arquivos Catarinenses de Medicina Vol. 40, nº. 3, de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. Caderno de Atenção Básica. Brasília, 2 ed., 2013.

# REEDUCAÇÃO ALIMENTAR PARA PERDA DE PESO: UM CASO DE SUCESSO

Autor principal/relator: Carolina C Poluceno  
Colaboradores: Juliana S A Silva, Karyne S G  
Gomes e Mariley P M Ribas

Local de Trabalho: NASF3 – Distrito Sanitário de Santa Felicidade  
Eixo Temático: Vivências e narrativas sobre práticas do cuidado em diversos cenários.



## INTRODUÇÃO

O panorama mundial e brasileiro de doenças crônicas não transmissíveis (DNTs) tem se revelado como um novo desafio para a saúde pública. A complexidade do perfil nutricional que ora se desenha no Brasil revela a importância de um modelo de Atenção à Saúde que incorpore definitivamente ações de promoção da saúde, prevenção e tratamento de DNTs. Neste cenário epidemiológico destaca-se a obesidade por ser simultaneamente uma doença e um fator de risco para outras doenças deste grupo, como a hipertensão e o diabetes, igualmente com taxas de prevalência em elevação no País. (BRASIL, 2104)

## DESENVOLVIMENTO

Em novembro de 2013 a paciente I.O, procurou o Grupo de Reeducação alimentar (GRA) da Unidade de Saúde São Braz para perda de peso. Na ocasião o diagnóstico nutricional era de sobrepeso (IMC 28,7kg/m) com 83kg. A paciente aderiu ao tratamento participando dos 4 encontros do GRA, coordenado pela nutricionista do Núcleo de apoio de saúde da família (NASF) e com o apoio da farmacêutica e fisioterapeuta em um dos encontros compartilhando os saberes e esclarecendo dúvidas pertinentes a obesidade. Posteriormente a paciente passou a ser atendida individualmente nas consultas mensais de manutenção. A cada atendimento a paciente era pesada e esclarecia as dúvidas que surgiam no decorrer do mês, assim como sua prescrição dietoterápica era alterada de acordo com suas necessidades.

## CONCLUSÃO

Após 12 meses de acompanhamento, entre o início com o grupo e outros profissionais e no decorrer com o atendimento individualizado e 17 kg a menos a paciente chegou a sua meta de 66 kg e com IMC 22,8.

Conclui-se que com o GRA e o monitoramento nutricional, estas estratégias se tornam efetivas e devem ser fortalecidas no campo da Atenção Primária a Saúde.

## REFERÊNCIAS

Brasil, 2014. Estratégias para o cuidado da pessoa com doenças crônicas. Obesidade. Caderno de Atenção Básica, nº38.  
<http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/vigilancia/arquivos/epidemiologica/indicadores/BOL-ETIM%20SISVAN%202011.pdf>

GRÁFICO 1 – Perfil da Obesidade na Cidade de Curitiba de acordo com dados do SISVAN

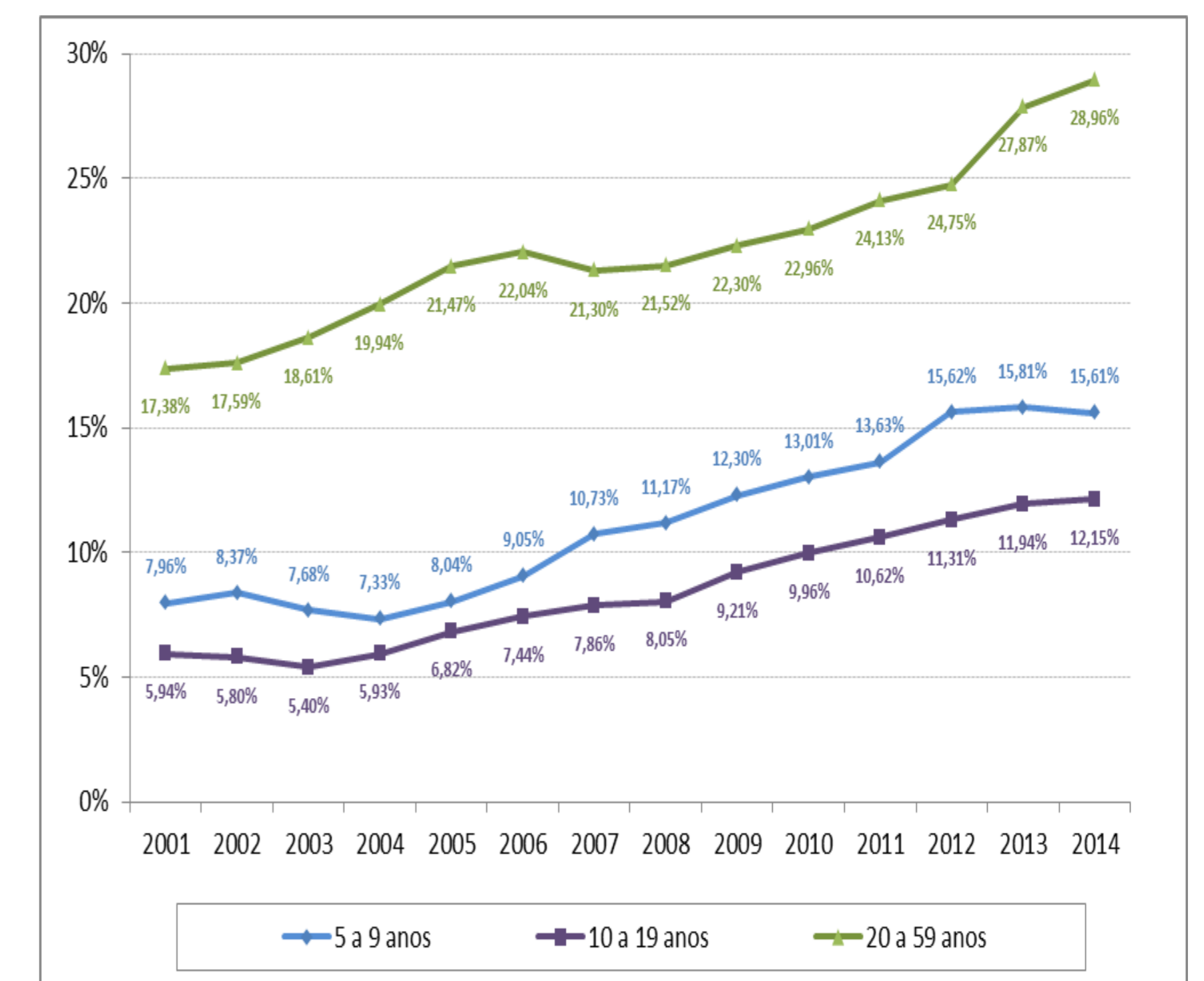


GRAFICO 2 – Perfil da perda de peso da paciente I.O em 12 meses.

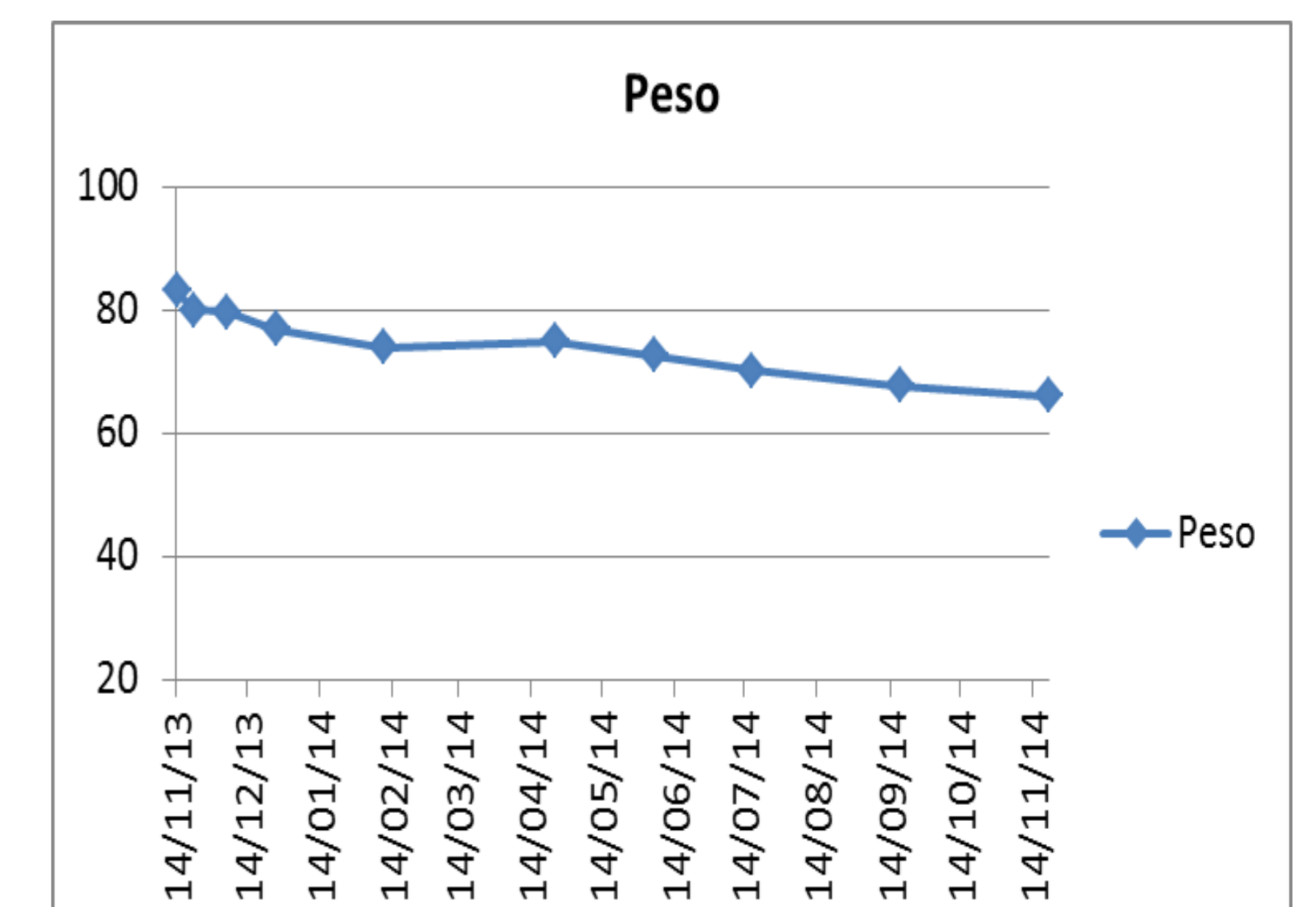
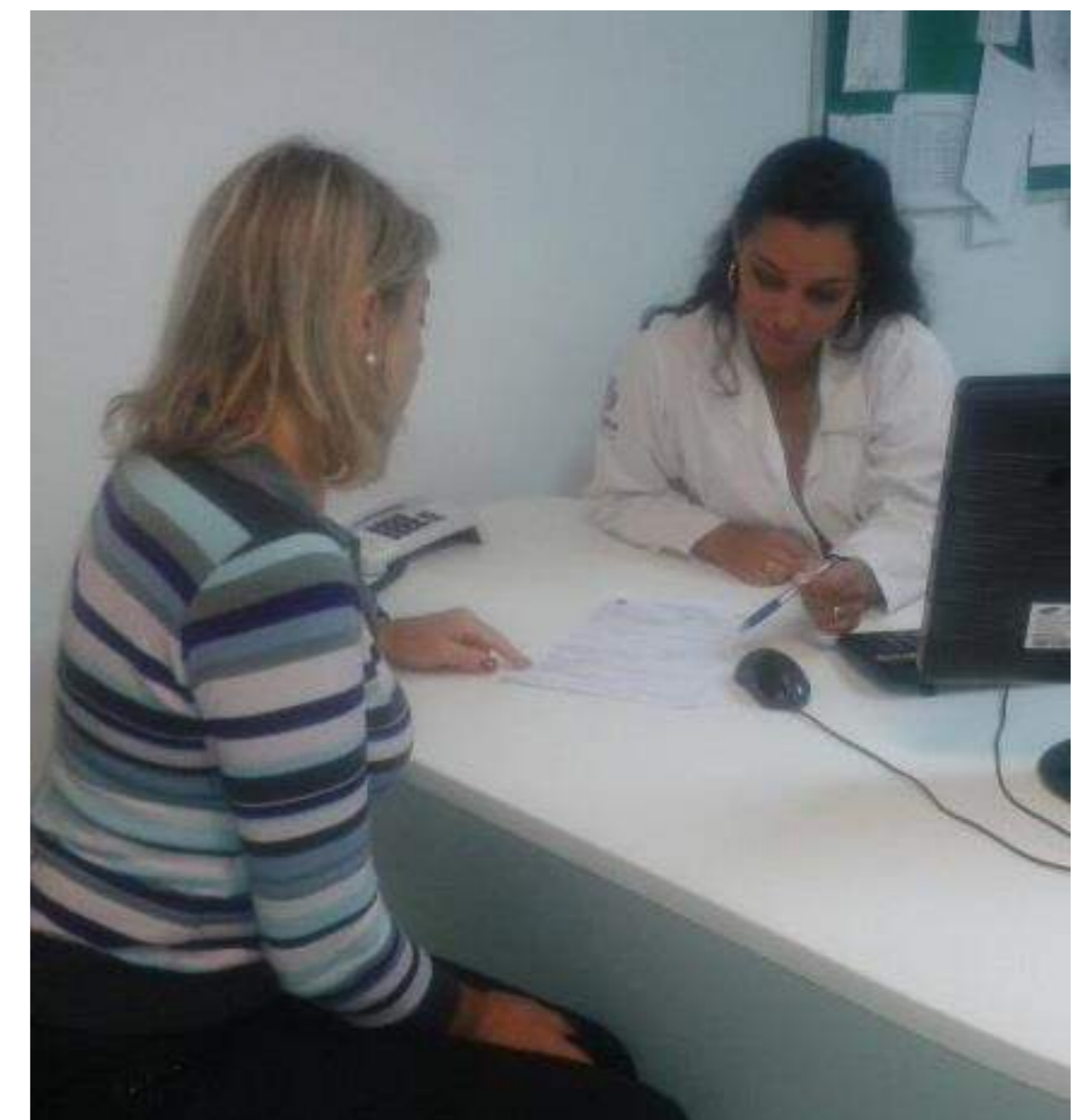


FIGURA 1 – Atendimento nutricional individual.



# APOIO MATRICIAL DO FARMACÊUTICO

Autor/relator: Mariana Rosa Gomes  
Colaboradora: Marina Yoshie Miyamoto

Local de Trabalho: NASF CJ 2 -DS CJ  
Eixo Temático: vivências e narrativas sobre práticas do cuidado em diversos cenários



## INTRODUÇÃO

A assistência farmacêutica pretende garantir o abastecimento contínuo e o uso racional de medicamentos nas US. Atualmente, com o desenvolvimento da gestão clínica do medicamento, tem-se buscado conciliar ações voltadas ao medicamento e ao usuário. Este trabalho visa compartilhar a experiência do Farmacêutico Residente da Residência Multiprofissional em Saúde do Idoso da PUC-PR/Santa Casa, junto ao farmacêutico do NASF 2 do Distrito Sanitário Cajuru.

## DESENVOLVIMENTO

A inserção do farmacêutico residente ocorreu mediante disponibilidade do preceptor farmacêutico no campo de atuação e pactuação entre a instituição formadora e a SMS de Curitiba.

O farmacêutico residente acompanhou as consultas farmacêuticas e também as realizou sob supervisão do preceptor. Participando da organização e estruturação de espaços de atendimento compartilhado, visitas domiciliares e ações coletivas. Realizou atividades de educação continuada, discutindo com seu preceptor diariamente sobre casos dos idosos em acompanhamento pela equipe e novas estratégias de promoção do cuidado.

Acompanhou a elaboração de pedidos, supervisionou o armazenamento e dispensação de medicamentos, remanejou medicamentos entre as US, visando o acesso ao medicamento e redução das perdas por vencimento.

## CONCLUSÃO

A experiência proporcionou ampliação do olhar sobre o idoso, uma vez que a experiência anterior do residente concentrava-se na atenção hospitalar. Além disso, proporcionou, intensa troca de saberes entre o preceptor e farmacêutico residente, vivências na articulação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), valorização da Atenção Primária em Saúde, exploração dos territórios de abrangência das ESF das US e possibilidades de conciliação das ações de cuidado farmacêutico nos diferentes elementos da RAS.

## REFERÊNCIAS

- CORRER, C. J.; OTUKI, M. F.; SOLER, O. Assistência farmacêutica integrada ao processo de cuidado em saúde: gestão clínica do medicamento. *Revista Pan-Amazônica de Saúde*, v. 2, n. 3, p. 41-49, 2011.
- MARIN, N. et al. *Assistência Farmacêutica para gerentes municipais*. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003. 334 p.

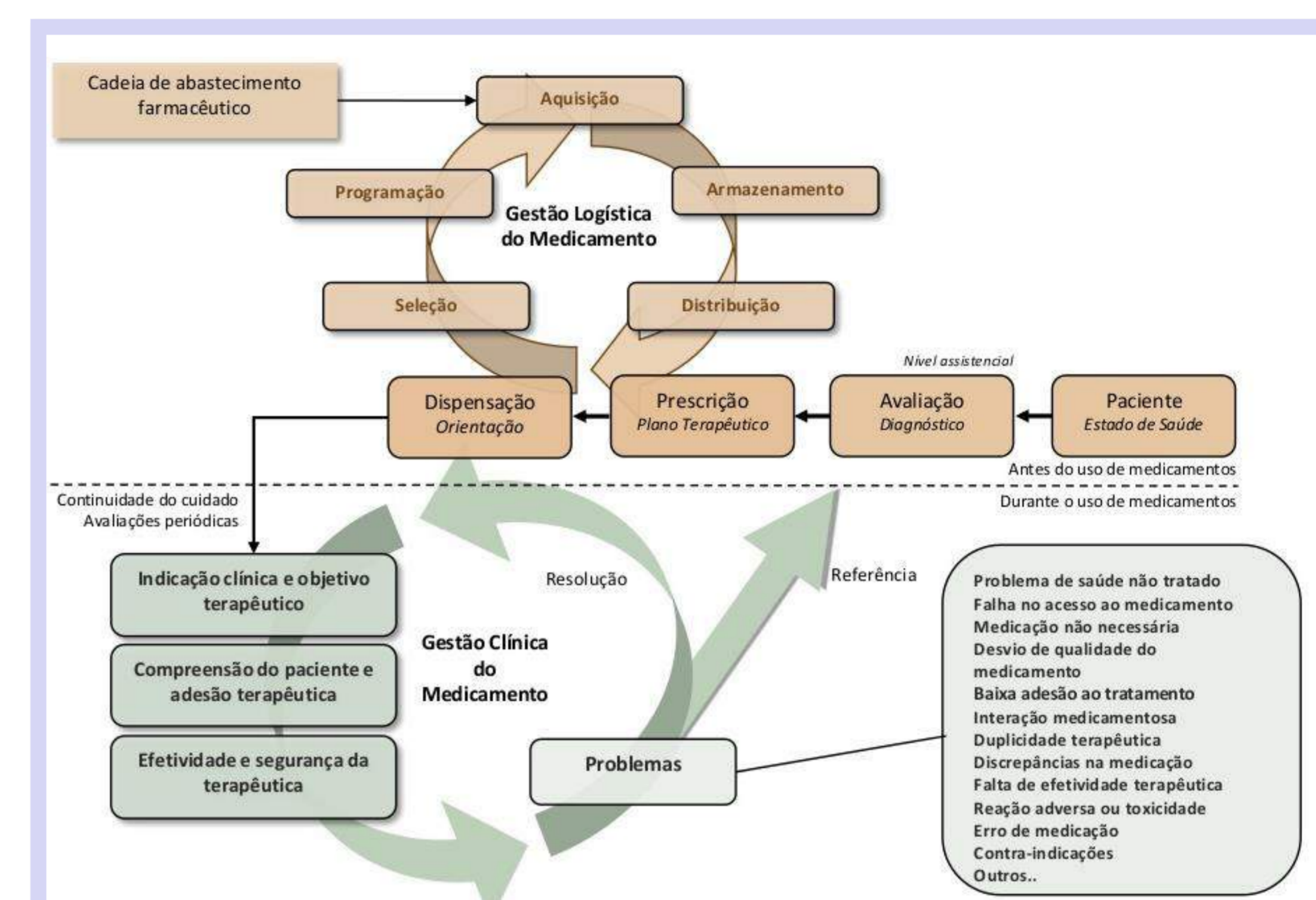


Fig.1. Serviços farmacêuticos integrados ao cuidado em saúde. Fonte: CORRER; OTUKI; SOLER, 2011.

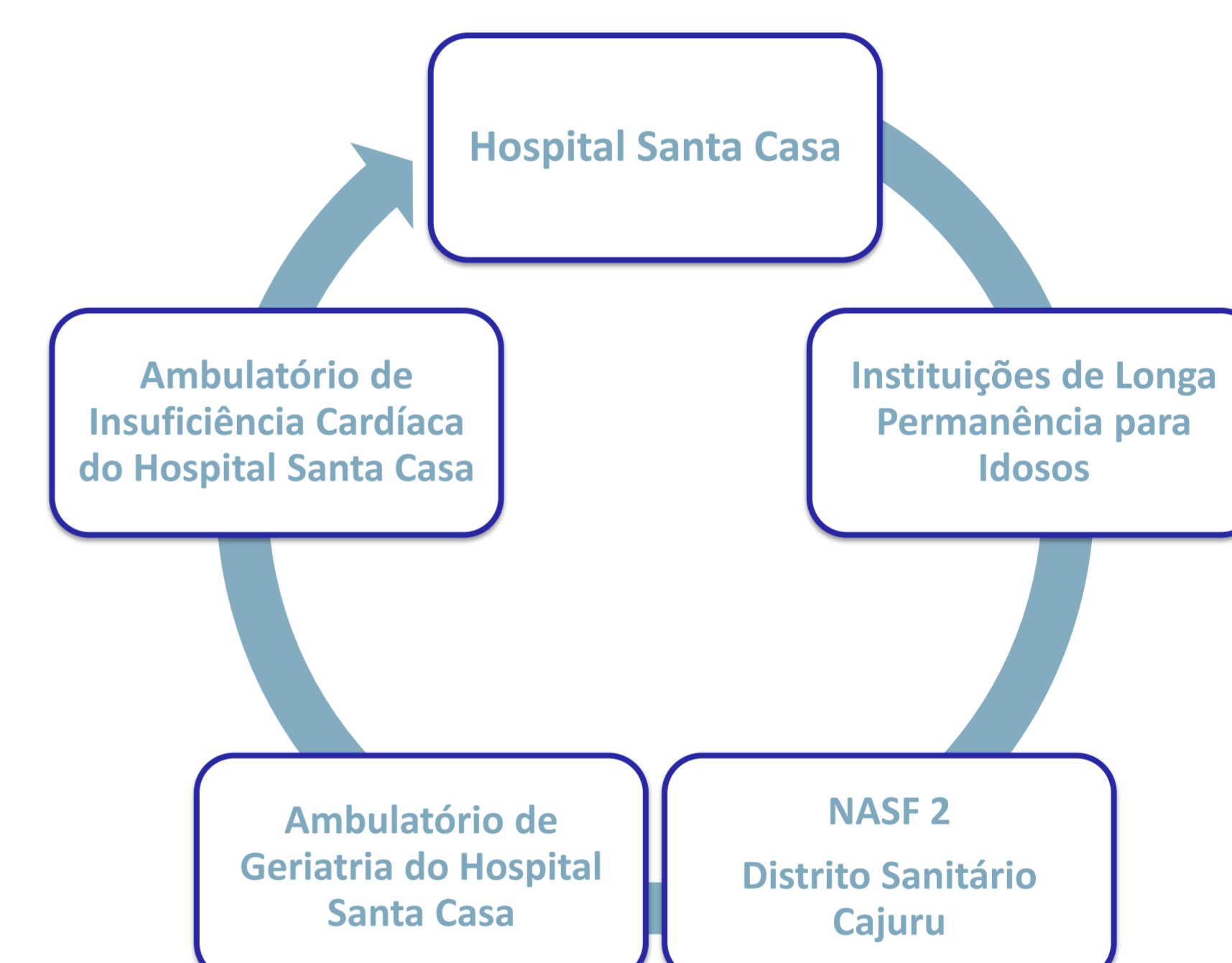


Fig. 2. Locais de atuação do Farmacêutico Residente da Residência Multiprofissional em Saúde do Idoso da PUC-PR/Santa Casa.

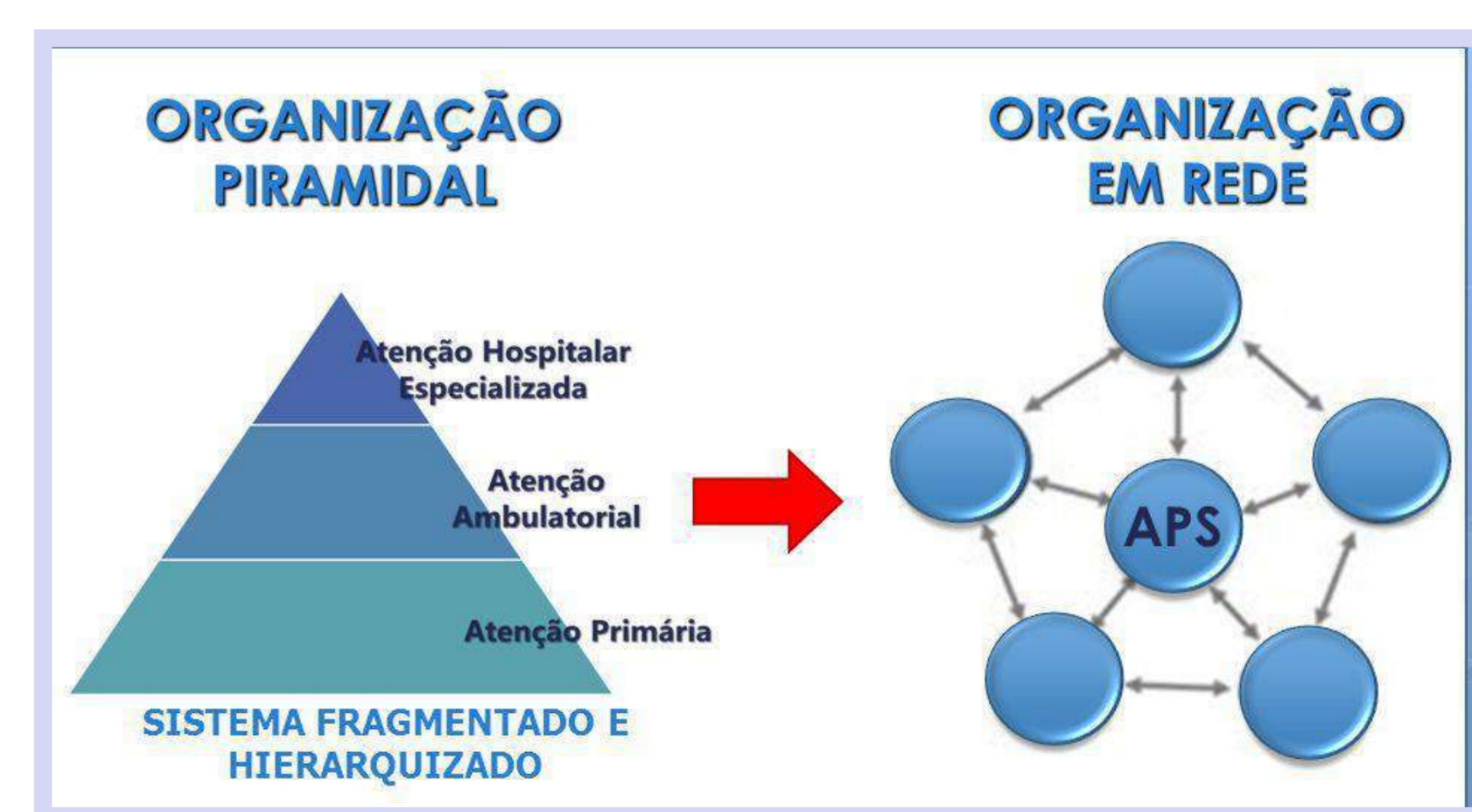


Fig.3. Transição da organização piramidal para a organização em Redes de Atenção à Saúde. Fonte: EAD - Doenças Crônicas Departamento de Atenção Básica - Ministério da Saúde.

# PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS SÓLIDOS EM SAÚDE SOB A ÓTICA DE ACADÊMICOS BOLSISTAS DE PROJETO DE EXTENSÃO

Autor principal/relator: Érica Lopes<sup>1</sup>

Colaboradores: Débora G. Teixeira<sup>1</sup>, Daniele B. Reitor<sup>1</sup>, Ivete Sanson Zagonel<sup>2</sup>, Adriana Cristina Franco<sup>3</sup>, Rita Aparecida da Silva<sup>4</sup>.

Local de Trabalho: Faculdades Pequeno Príncipe  
Eixo Temático: Integração Ensino/Saúde.



## INTRODUÇÃO

Os acadêmicos bolsistas foram instigados a conhecer o Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos em Saúde (PGRSS) de uma instituição hospitalar de Curitiba, observar o processo de Descarte, Coleta, Armazenamento e Destinação dos RSS's, e contribuir com a revisão deste plano.

## DESENVOLVIMENTO

O PGRSS desta instituição hospitalar é revisado periodicamente e desenvolvido de acordo com a legislação vigente e se destina ao cumprimento de práticas ambientais e à padronização dos procedimentos internos. Os problemas que envolvem a questão dos RSS podem ser minimizados com a correta segregação.

Para operacionalizar este projeto tomou-se por base as etapas propostas por Charles Maguerez através do Método do Arco, ou Metodologia da Problematização, com enfoque na primeira etapa – Observação da Realidade – momento em que os acadêmicos bolsistas observaram o processo de descarte, coleta, armazenamento e destinação e estudaram o PGRSS.

Após, realizaram com acadêmicos e docentes dos cursos de Enfermagem, Psicologia e Biomedicina, duas dinâmicas sendo: a primeira, perguntas e respostas e seguida de uma simulação acerca da coleta e descarte de resíduos, tanto hospitalares quanto comuns.

## CONCLUSÃO

Com a realização destas atividades práticas e discussões relacionadas à temática, foram sugeridas adequações ao PGRSS vigente nesta instituição hospitalar, especialmente quanto a caracterização dos resíduos infectantes descartados.

## REFERÊNCIAS

BARBOSA, S.M.M. Gerenciamento ambiental de resíduos sólidos em área rural. Disponível em: <<http://www.lixo.com.br>>. Acesso em 20.ago.2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde. Brasília, DF, 2006.

NUNES, A.L. de P.F.; SILVA, M.B. da C. A extensão universitária no ensino superior e a sociedade. *Mal-Estar e Sociedade.*, Barbacena, v.4, n.7, p.119-133, 2011.

<sup>1</sup> Acadêmicas Bolsistas do Projeto de Extensão Gestão de Resíduos Sólidos Hospitalares (PEGRSH);

<sup>2</sup> Coordenadora do PEGRSH;

<sup>3</sup> Docente do PEGRSH;

<sup>4</sup> Coordenadora de Hotelaria.



Fonte: <http://blog.solunni.com.br>



Fonte: <http://3.bp.blogspot.com.br>



Fonte: <http://thebriberyact.com>

# RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE: DIAGNÓSTICO SITUACIONAL POR MEIO DO ARCO DE MAGUEREZ

Autor principal/relator: Rayana Oliveira Schrides<sup>1</sup>  
Colaboradores: Juliana Colaço<sup>1</sup>, Luanna Mueller<sup>1</sup>,  
Débora Maria V. Makuch<sup>2</sup>, Juliana Ollé M. Da Silva<sup>3</sup>,  
Daisy E. J. Schwarz<sup>4</sup>.

Local de Trabalho: Faculdades Pequeno Príncipe  
Eixo Temático: Integração Ensino/Saúde.



## INTRODUÇÃO

O descarte inadequado de resíduos produz passivos ambientais que comprometem recursos naturais e qualidade de vida. Os Resíduos de Serviços de Saúde são gerados por prestadores de assistência à saúde e instituições de ensino e pesquisa. Foi realizado diagnóstico situacional de duas unidades de um hospital deste município, acerca do descarte de resíduos sólidos hospitalares.

## DESENVOLVIMENTO

Para operacionalizar este projeto tomou-se por base as etapas propostas por Charles Magueréz através do Método do Arco, ou Metodologia da Problematização, composta por Observação da Realidade, Levantamento de Pontos-Chave, Teorização, Hipóteses de Solução e Aplicação a Realidade. Os alunos foram levados a observar através do Instrumento de Levantamento da Situação uma parcela dessa realidade e identificar as características, as carências e o que poderia ser aperfeiçoado mediante uma investigação. Definido o problema a investigar, esse será o objeto central de todo o processo. As unidades selecionadas para o Levantamento Situacional inicial foram: o Centro Cirúrgico e a Unidade de Terapia Intensiva. Os alunos extensionistas dos cursos de Biomedicina, Enfermagem e Psicologia foram escalados nos turnos Manhã e Tarde, de acordo com horário de curso, seguindo cronograma estabelecido.

## CONCLUSÃO

Na primeira análise do diagnóstico situacional foi possível perceber a necessidade de adequar os locais de descarte dos resíduos quanto à quantidade, visibilidade e clareza na sua identificação. Pretende-se contribuir para a governança responsiva e responsável da equipe de saúde, clientes, familiares e colaboradores desta instituição, no sentido de equilibrar princípios globais com contextos específicos, como o descarte de resíduos sólidos hospitalares.

## REFERÊNCIAS

- BRASIL, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde. Brasília, DF, 2006.
- FONSECA, M.C.G.; COSTA, W. M. A importância do gerenciamento dos resíduos hospitalares e seus aspectos positivos para o meio ambiente. HYGEIA, 2009.
- CONSENSO Global em Responsabilidade Social das Escolas Médicas (GCSA - Global Consensus on Social Accountability of Medical Schools). Disponível em [www.healthsocialaccountability.org](http://www.healthsocialaccountability.org)
- 1 Acadêmicas Bolsistas do Projeto de Extensão Gestão de Resíduos Sólidos Hospitalares (PEGRSH);
- 2 Coordenadora didático-pedagógica do PEGRSH;
- 3 Docente do PEGRSH;
- 4 Vice-Diretora de Manutenção e Serviços Gerais.



Fonte: [revistacorpoelemente.com.br](http://revistacorpoelemente.com.br)



Fonte: [www.labbarrigaverde.com.br](http://www.labbarrigaverde.com.br)



Fonte: [redeglobo.globo.com](http://redeglobo.globo.com)

# OFICINA DE ADESÃO AO TRATAMENTO CAPS III : UMA PROPOSTA DE ATENDIMENTO

Autor principal/relator: Reinhardt, L.  
Colaboradores: Dranka, C.B., Gomes, E.C.,  
Madalosso, F.D., Ritzmann, A.C., Silva, D.B.

Local de Trabalho: UFPR. SMS-CAPS III – CURITIBA  
PR  
Eixo Temático: Saúde Mental



## INTRODUÇÃO

Este trabalho tem como objetivo apresentar uma das ações que está sendo desenvolvidas pela equipe PET Saúde/Rede de Atenção Psicossocial e que está programada para ocorrer em um CAPS III – Curitiba/Paraná. A oficina de Adesão ao Tratamento busca trabalhar com os usuários questões que possam levar a uma maior adesão ao tratamento medicamentoso e a uma participação mais efetiva nas atividades do CAPS. Até o presente momento, foram aplicados questionários a fim de levantar as demandas dos usuários do serviço com relação a adesão ao tratamento.

## DESENVOLVIMENTO

A finalidade do Centro de Atenção Psicossocial III é realizar atendimentos a pessoas com transtornos mentais do território, atendendo suas demandas e disponibilizando leitos para acolhimento noturno. A equipe é formada por médico psiquiatra, enfermeiro, técnico de enfermagem, terapeuta ocupacional, psicólogo e assistente social.

Em Agosto de 2014, as estudantes bolsistas do PET – Saúde Rede de Atenção Psicossocial, ao se inserirem no serviço, fizeram o reconhecimento do funcionamento do CAPS. A partir disso, percebeu-se a necessidade da participação e da adesão mais efetiva dos usuários no próprio tratamento. Assim, foi elaborado, por estudantes bolsistas de Terapia Ocupacional e Farmácia, um questionário que aborda dados pessoais e questões que possam apresentar as dificuldades que os usuários possuem para seguir o tratamento proposto. A amostra será de 50 usuários e sua finalidade é redirecionar os usuários que apresentam essas dificuldades à oficina de adesão ao tratamento.

A oficina será dividida em módulos atendendo as demandas apresentadas no questionário. O objetivo é alcançar a adesão dos usuários ao tratamento, visando o bem-estar físico, mental e social. Tanto o questionário quanto a oficina podem ser aplicadas em outros serviços da rede sendo adaptado para a população atendida. O funcionamento da oficina está programado para iniciar no primeiro semestre de 2015 e será aplicada pelas estudantes bolsistas do Pet-Saúde de Terapia Ocupacional e Farmácia com supervisão das preceptoras de Terapia Ocupacional e Farmácia sob orientação dos tutores.

## CONCLUSÃO

A adesão ao tratamento é fator de grande importância para o seu sucesso, pois do contrário ele não se efetiva. A sensibilização dos usuários a cerca da importância de seu tratamento, aqui proposta pela oficina, pode contribuir positivamente, uma vez que estes passam a conhecer os riscos e benefícios envolvidos.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111276-3088.html>. Acesso em: nov.2014



# PET – SAÚDE: RELATOS DE EXPERIÊNCIAS VIVENCIADAS NO CAPS III

Autor principal/relator: Scorsin, A de C.  
Colaboradores: Dranka, B. C., Madalosso, F.D.,  
Reinhardt, L., Silva, D.B.,

Local de Trabalho: UFPR. SMS- CAPS III- CURITIBA  
PR  
Eixo Temático: Saúde Mental



## INTRODUÇÃO

O Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (PET – Saúde) visa a promoção de grupos de aprendizagem em áreas estratégicas do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da inserção de estudantes em serviços que compõem as Redes de Atenção à Saúde. O PET-Saúde/Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), visa integrar ensino-serviço-comunidade com o objetivo de reorientar a formação profissional e qualificação, dos profissionais de saúde e dos serviços de saúde, na assistência aos usuários do SUS em sofrimento mental.

## DESENVOLVIMENTO

Nos hospitais psiquiátricos os pacientes eram tratados de acordo com a rotina imposta pela instituição, onde eles não tinham a liberdade de escolha e desejos. Muitos dos pacientes eram maltratados e o foco do tratamento era medicamentoso. A partir da reforma psiquiátrica, esses hospitais tiveram gradativamente o número de pacientes diminuído dando espaço a serviços alternativos que visam o tratamento integral ao usuário, entre eles está o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). O CAPS prevê um tratamento que envolva todos os aspectos da vida desses sujeitos, incluindo o social, o trabalho e as relações familiares, através de oficinas, grupos de referência e atividades externas. Os usuários frequentam a instituição em dias estipulados pelos profissionais de referência e a partir da melhora progressiva, é realizada a transferência do cuidado para outro ponto de atenção. No período em que as estudantes bolsistas do PET – Saúde começaram a frequentar o serviço, pode-se vivenciar atividades que proporcionaram o empoderamento dos usuários, através da participação dos mesmos no dia mundial de saúde mental, evento ofertado pela prefeitura de Curitiba. E também, o lazer e a participação social como no dia em que pode-se ir até o circo, onde percebeu-se que eles se engajaram na atividade proporcionada, um vez que se divertiram.

## CONCLUSÃO

O PET – Saúde proporciona experiências que podem fazer com que as estudantes bolsistas presenciem o tratamento e a efetivação de ideais da Reforma Psiquiátrica, como por exemplo, na forma que os usuários são tratados, focada na humanização do cuidado e nas demandas psicossociais dos usuários.

## REFERÊNCIAS

MACIEL, S. C. Reforma psiquiátrica no Brasil: algumas reflexões. Caderno Brasileiro de Saúde Mental, Rio de Janeiro, v. 4, n. 8, p. 73-82, 2012.

BRASIL. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111276-3088.html>. Acesso em: nov.2014.





# PET – SAÚDE: UMA PROPOSTA DE ATENDIMENTO NO CAPS III

Autor principal/relator: Ritzmann, A.P.P  
Colaboradores: Dranka, C. B., Gomes, E.C.,  
Madalosso, F.D., Silva, D.B., Scorsin, A de C.

Local de Trabalho: UFPR. SMS-CAPS III – CURITIBA  
PR  
Eixo Temático: Saúde Mental



## INTRODUÇÃO

O Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (PET – Saúde) visa a promoção de grupos de aprendizagem em áreas estratégicas do Sistema Único de Saúde (SUS) de maneira multidisciplinar. Pensando nessa prática integrada, entre profissionais e serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), surgiu a ideia de organizar uma oficina de adesão ao tratamento no CAPS III. Os profissionais de serviço relataram a dificuldade de adesão dos usuários ao tratamento, tanto medicamentoso como a participação em oficinas, sendo um condutor para se pensar na construção da oficina.

## DESENVOLVIMENTO

No início do segundo semestre de 2014, por meio da integração entre as preceptoras e estudantes bolsistas de Terapia Ocupacional e Farmácia do PET-Saúde e do levantamento das características e demandas dos usuários do CAPS III, observou-se que um dos problemas levantado foi a baixa adesão ao tratamento. Percebeu-se a possibilidade de organização de uma oficina com foco em intervenções que estimulassem a adesão ao tratamento. Ao conhecer melhor as dificuldades de não adesão ao tratamento, pode-se planejar uma intervenção focada nos objetivos do PET –Saúde juntamente com a demanda do serviço criando assim a Oficina de Adesão ao Tratamento, com apoio multidisciplinar numa dinâmica interdisciplinar. Neste processo, as áreas de Terapia Ocupacional e Farmácia trouxeram contribuições teóricos-práticas para construção dos objetivos relacionados à rotina, identificação de habilidades e os contextos sociais dos usuários, potencializando assim as ações relacionadas à adesão ao tratamento ofertado pelo CAPS III.

## CONCLUSÃO

Os sintomas diminuem quando há uma adesão no tratamento medicamentoso aliado a outros recursos ofertados dentro do serviço como oficinas, grupos de referência e atividades externas ofertadas pela rede. A oficina é um importante recurso para fomentar a adesão ao tratamento, enquanto uma estratégia dentro da saúde mental direcionada aos usuários de CAPS III, desde que observe-se os parâmetros esperados pelo SUS, entre eles, a atenção integral ao sujeito.

## REFERÊNCIAS

GALERA, S.A.F, CARDOSO, L. Doentes mentais e seu perfil de adesão ao tratamento psicofarmacológico. Rev. Esc. Enferm. USP, 2009.

Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342009000100021](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000100021)>



# EDUCAÇÃO CONTINUADA PARA AGENTES ADMINISTRATIVOS NA MODALIDADE EaD

Autor principal/relator: Ronald Gielow  
Colaboradores: Antonio Dercy Silveira Filho

Local de Trabalho: Centro de Educação em Saúde  
Eixo Temático: Educação Permanente



## INTRODUÇÃO

Com vistas a cumprir o disposto na Portaria nº 26 de 11 de março de 2014, que estabeleceu critérios para o cumprimento de jornada de trabalho e adesão ao Plano de Educação Permanente em Saúde aos ocupantes do cargo de Agente Administrativo e Auxiliar Administrativo Operacional, lotados em Unidades Municipais de Saúde, Centro de Especialidades e Unidades de Urgência e Emergência de Curitiba, o CES desenvolveu o Plano de Educação Permanente em Saúde inicialmente na modalidade presencial, posteriormente por acordos firmados com os servidores da SMS, promoveu o primeiro Curso de Educação Continuada na modalidade de Ensino a Distância (EaD) da SMS Curitiba, utilizando-se de Ambiente Virtual de Aprendizagem - AVA, por meio da plataforma Moodle, gentilmente cedido pela SME/PMC.

## DESENVOLVIMENTO

Inicialmente foi feito um treinamento dos participantes sobre o acesso e uso da plataforma Moodle e suas ferramentas, mediante a realização de encontro presencial em laboratório de informática. Nesta fase inicial de educação continuada está sendo realizado um curso de 100h de atividades EaD, cumpridas entre os meses de outubro e dezembro de 2014: 4 Módulos com 4 atividades cada, 25h atividades EaD por módulo finalizado. Nº de turmas: 10 turmas.

## CONCLUSÃO

Nesse primeiro momento foram 245 Agentes Administrativos participantes dos Módulos de Educação Continuada, com elevado índice de participação. A certificação se dará pelo Sistema APRENDERE – IMAP. A equipe do CES da SMS Curitiba acredita que o ensino-aprendizagem em EaD é um importante avanço para a viabilização da Educação Permanente de todos os profissionais da SMS Curitiba.

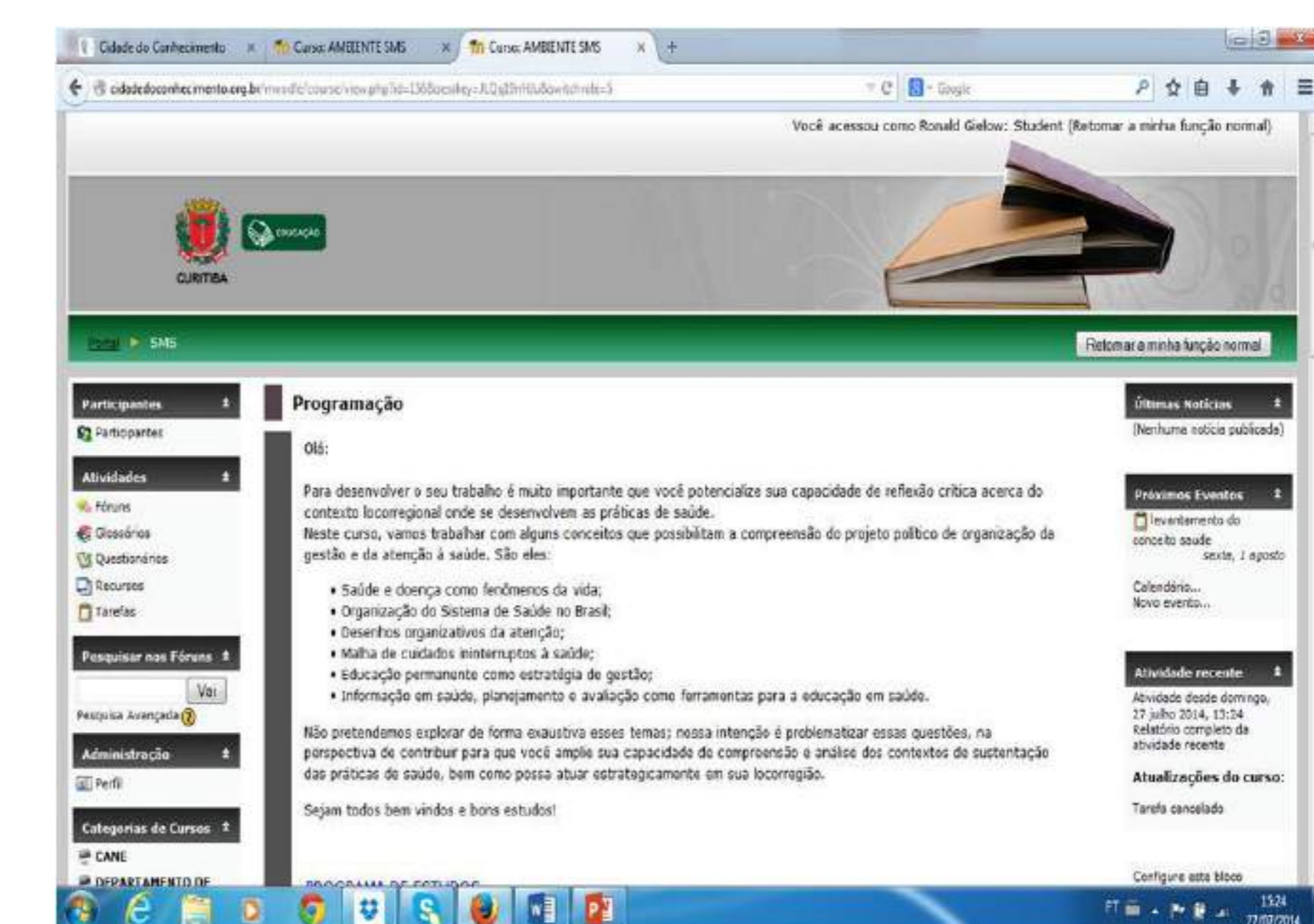
## REFERÊNCIAS

Silva, Robson S. da. **Moodle para autores e tutores**. 3ª ed. São Paulo, Novatec Editora, 2013. ISBN 978-85-7522-350-5

## Programação 2014

MÓDULO	DATA DE POSTAGEM	DATA DE CONCLUSÃO	CARGA HORÁRIA POR MÓDULO
01	06/10/14	06/11/14	25
02	20/10/14	20/11/14	25
03	03/11/14	03/12/14	25
04	17/11/14	17/12/14	25

## Layout operacional EaD



# ROTAS DE APRENDIZAGEM PARA EDUCAÇÃO CONTINUADA NA MODALIDADE EaD

Autor principal/relator: Ronald Gielow  
Colaboradores: Antonio Dercy Silveira Filho

Local de Trabalho: Centro de Educação em Saúde  
Eixo Temático: Educação Permanente



## INTRODUÇÃO

Com vistas ao desenvolvimento do Plano de Educação Permanente em Saúde na modalidade de Ensino a Distância (EaD) para os Agentes Administrativos e Auxiliares Administrativos Operacionais da SMS Curitiba, utilizando-se de Ambiente Virtual de Aprendizagem - AVA, por meio da plataforma Moodle, foram elaboradas “Rotas de Aprendizagens”, considerando-se o perfil do cursista e o plano de ensino. Utilizou-se como base o perfil de competências a ser desenvolvido, destacando-se necessidades educacionais nos campos: (1) Cognitivo; (2) Habilidade; e, (3) Atitudinais.

## DESENVOLVIMENTO

Foram realizadas reuniões para discussão dos campos relativos ao desenvolvimento das competências almejadas, baseando-se nas recomendações da ABEAD – Associação Brasileira de Ensino a Distância e do Ministério da Educação (ME), resultando na arquitetura da “Rota de Aprendizagem” a ser utilizada.

## CONCLUSÃO

O aprendizado da equipe do CES da SMS Curitiba nesse primeiro movimento de EaD representa uma mudança de paradigma na concepção da intuição quanto aos processos de Educação Permanente dos trabalhadores da Redes SUS Curitiba. Uma nova ferramenta educacional, alinhada ao momento da cultura brasileira, uma ferramenta para as práticas propostas nas metodologias ativas de ensino-aprendizagem. O futuro da Educação Permanente de todos os profissionais da SMS Curitiba.

## REFERÊNCIAS

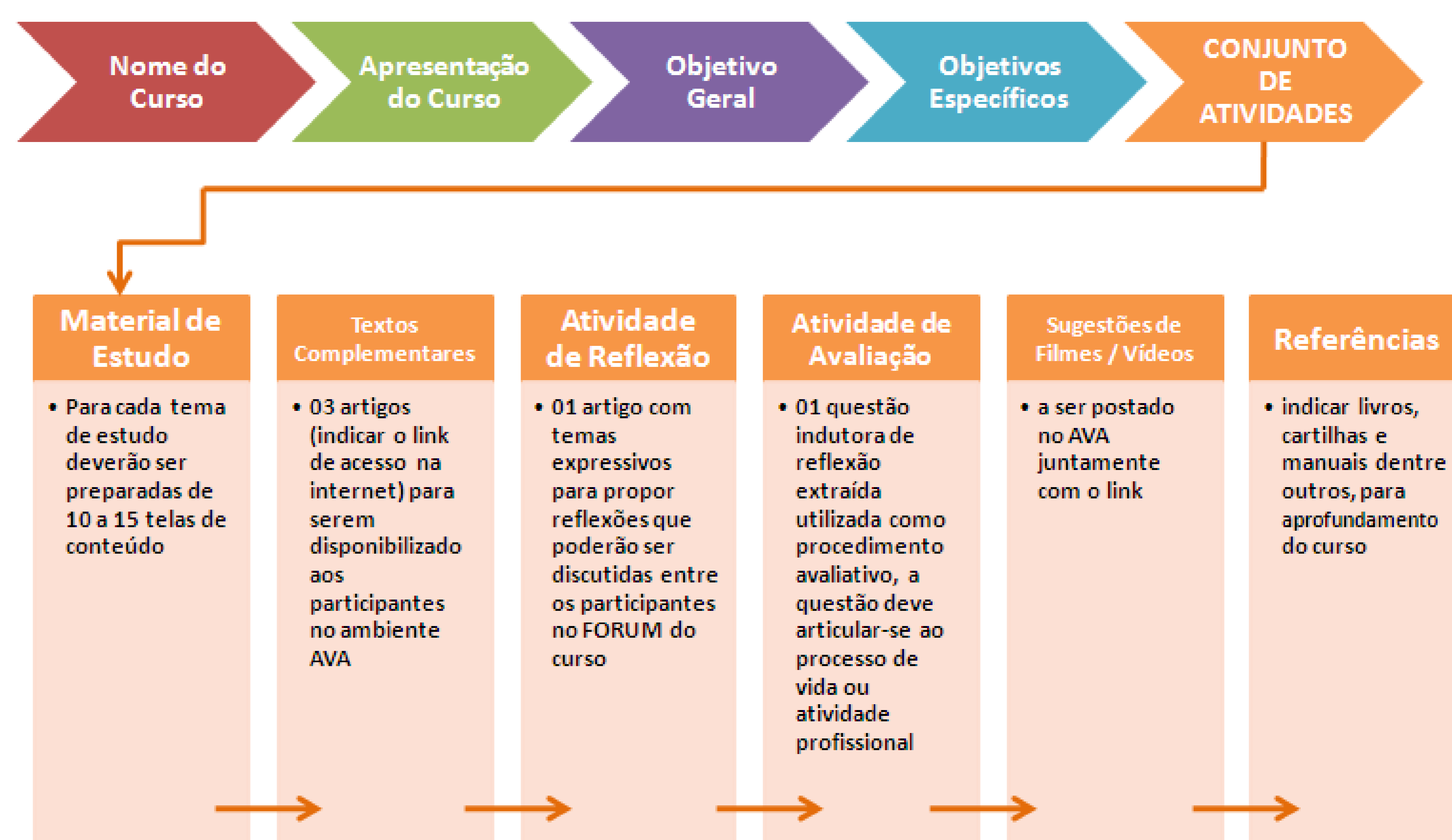
Silva, Robson S. da. **Moodle para autores e tutores**. 3ª ed. São Paulo, Novatec Editora, 2013. ISBN 978-85-7522-350-5



**Competências** – são as capacidades para mobilizar diferentes recursos para solucionar oportunamente e com sucesso os diferentes problemas relativos à sua prática profissional em diversos contextos. Faz-se necessário: (1) conhecimentos; (2) habilidades; (3) atitudes.

**Campos de Competências** – constitui-se nas ações necessárias a qualidade da atenção que extrapolam fronteiras profissionais. São ações transversais, inerentes e necessárias para a qualificação do trabalho, e devem ser desempenhadas por todos os profissionais da equipe.

## Rota de Aprendizagem



# RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA TARUMÃ I - O CAMINHO DA AUTONOMIA

Autor principal/relator: Pereira, Homero da Silva  
Colaboradores: Silveira, Rosilene de Fatima

Local de Trabalho: Residência Terapêutica Tarumã  
DSBV  
Eixo Temático: Reinserção Social



## INTRODUÇÃO

Aprofundar as reflexões sobre a proposta das Residências Terapêuticas cujo objetivo são o desenvolvimento da autonomia e a ressocialização.

O suporte se dá através do CAPS, equipe de atenção básica e os demais profissionais que se somem ao atendimento.



## DESENVOLVIMENTO

Situa-se na R. Des. Arthur Leme, 76 Bairro: Bacacheri, onde residem sete moradores sendo quatro do sexo masculino e três feminino. A partir de 31 de maio de 2014 a equipe de saúde do DSBV assumiu a gestão do cuidado em saúde e a gestão operacional da residência.

Romper as barreiras internas e externas, esse é o passo mais difícil a ser trabalhado, um paciente que sai do hospital psiquiátrico leva consigo um carimbo. “Sou louco”. Atenuar as barreiras, mostrar o caminho é um fator de fortalecimento para atingir a autonomia e a convivência social.

A equipe de saúde se adaptou a realidade do trabalho, dependendo da formação e da disposição de cada pessoa. A troca de informações dissolveu rótulos e acentuou a humanização, o intercâmbio de experiências favorece o desenvolvimento dos moradores.



## CONCLUSÃO

A disposição de uma equipe define o processo de autonomia dessas pessoas que não são mais pacientes, mais sim, moradores. Apresentar a realidade e atenuar os sofrimentos passados. Reacende a esperança de uma vida digna, humana e sociável. A humanização, a arte e o lazer é o processo mais curto para atingir a interação entre os extremos, que os separam da sociedade.



## REFERÊNCIAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Residências terapêuticas: 2004. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha%20de%20residenciais.pdf>.

# INTERSETORIALIDADE E PRÁTICA

Autor principal/relator: Patrícia Oliveira Santos  
Colaboradores: Andressa de Cássia Scorsin.; Aline Zulian;  
Derivan Brito da Silva

Local de Trabalho: UFPR/ Distrito Sanitário  
Bairro Novo  
Eixo Temático: Saúde Mental



## INTRODUÇÃO

O Programa de Ensino pelo Trabalho para a Saúde (PET - Saúde) é um instrumento proposto para aperfeiçoamento e especialização em Serviço dos profissionais da saúde e para a iniciação ao trabalho, estágios e vivências (BRASIL, 2008). O programa conta com preceptores, monitores e tutores e visa a articulação entre ensino-serviço-comunidade. Visando este processo, as monitoras recém ingressas no PET, juntamente com a preceptora, participaram de ações para compreenderem como ocorre a intersectorialidade nos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).



## DESENVOLVIMENTO

Ao ingressar no PET-Saúde/ Redes de Atenção Psicossocial em março de 2014, as monitoras deram continuidade à atividade de mapeamento dos recursos do território da Regional do Pinheirinho, visitando equipamentos sociais, culturais e de saúde do território. Essa ação propiciou a aquisição de conhecimento e experiências ímpares no entendimento de um todo que é complexo, rico e que de algum modo se interliga. Visando esclarecer dúvidas que surgiram com essa ação, as monitoras participaram de eventos intersectoriais como: Oficina de trabalho entre Saúde e Fundação de Assistência Social, Colegiado entre FAS e Saúde, Grupo Condutor em Saúde Mental e acompanhamento da Oficina de Matriciamento (capacitação aos profissionais do NASF); além de momentos de discussão e orientação com a preceptora e Tutor. Também foram realizadas pesquisas e relatórios/fichamentos/resenhas sobre temas de apoio matricial em saúde, legislações e farmacologia em saúde mental, estratégias de intervenção com familiares de usuários da RAPS e experiências de intersectorialidade - trabalho em rede.



## CONCLUSÃO

As ações efetuadas contribuíram para o aprimoramento do conhecimento acadêmico sobre a Rede de Atenção Psicossocial possibilitando maior entendimento e correlação teórico-prática, bem como, melhores condições de corresponder a demandas institucionais relacionadas a ações do grupo Pet-Saúde nos serviços que o acolhem.



## REFERÊNCIA

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n. 1802 de 26 de agosto de 2008. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET - Saúde. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/pri1802\\_26\\_08\\_2008.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/pri1802_26_08_2008.html). Acesso em 20/11/2014.

# DINÂMICA DO SORRISO: ADOLESCENTES COMPARTILHANDO SABERES

Autor principal/relator: Rita Helena Nesi Bergami  
Colaboradores: Carla Danusia de Oliveira, Lucia Natel de Andrade, Franciele Burecky Bernert, Daniela Cristina Rachadel, Marilda Silva Ramos

Local de Trabalho: US Santa Efigênia.  
Eixo Temático: Educação em Saúde



## INTRODUÇÃO

A educação em saúde constitui-se em uma ação fundamentalmente voltada para a promoção em saúde, desempenhando papel significativo frente à melhoria das condições de vida e de saúde das populações. Com este propósito desenvolveu-se ações educativas com foco na saúde bucal para adolescentes na faixa etária de 9 a 16 anos de 18 turmas de uma escola local.

## DESENVOLVIMENTO

As Atividades de educação em saúde que foram realizadas com os adolescentes e os temas abordados foram os preconizados no Programa Saúde na Escola. Os conteúdos foram pedagogicamente trabalhados por meio de dinâmicas e atividades lúdicas com utilização do jogo educativo “Conhecendo e Cuidando da Minha Boca”, elaborado por Técnicos em Saúde Bucal na oficina Promoção da Saúde, realizada no Distrito Sanitário Boa Vista. As atividades possibilitaram ao participante refletir sobre sua realidade e contribuiu para a construção de um conhecimento significativo, com vistas à mudança de hábitos, à tomada de decisões favoráveis à saúde e a conquista da autonomia.

## CONCLUSÃO

Foi uma experiência positiva, pois o uso do jogo educativo promoveu motivação nos alunos e possibilitou a interação, envolvimento, interesse e participação dos alunos, resultando no compartilhamento de saberes e na construção do conhecimento, contribuiu ainda para a criação de vínculo do profissional com os estudantes que solicitaram agendamento de consulta odontológica e contribuiu para a integração saúde-educação.

## REFERÊNCIAS

MINISTÉRIO DA SAÚDE- Departamento de atenção Básica. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília, 2004.

MOYSES S. & WATT. R . Promoção de saúde bucal- definições, p1-21 Editora Artes Médicas São Paulo 2000.

NARVAI, PC. Recursos humanos para a promoção da saúde: um olhar no início do século XXI. In: KRIGER, L(Ed.). Promoção da saúde bucal: paradigma, ciência, humanização. Sao Paulo: Artes Medicas, 2003, p.475-494.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. PSE. Passo a passo. Tecendo caminhos da intersetorialidade. Série C. Projetos, programas e relatórios. Brasília, DF, 2011.



# SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL DO ESCOLAR – 1996 A 2014

Autor principal/relator: Nilton Willrich  
Colaboradora: Angela C. Lucas de Oliveira

Local de Trabalho: Departamento de Epidemiologia  
Eixo Temático: Vigilâncias



## INTRODUÇÃO

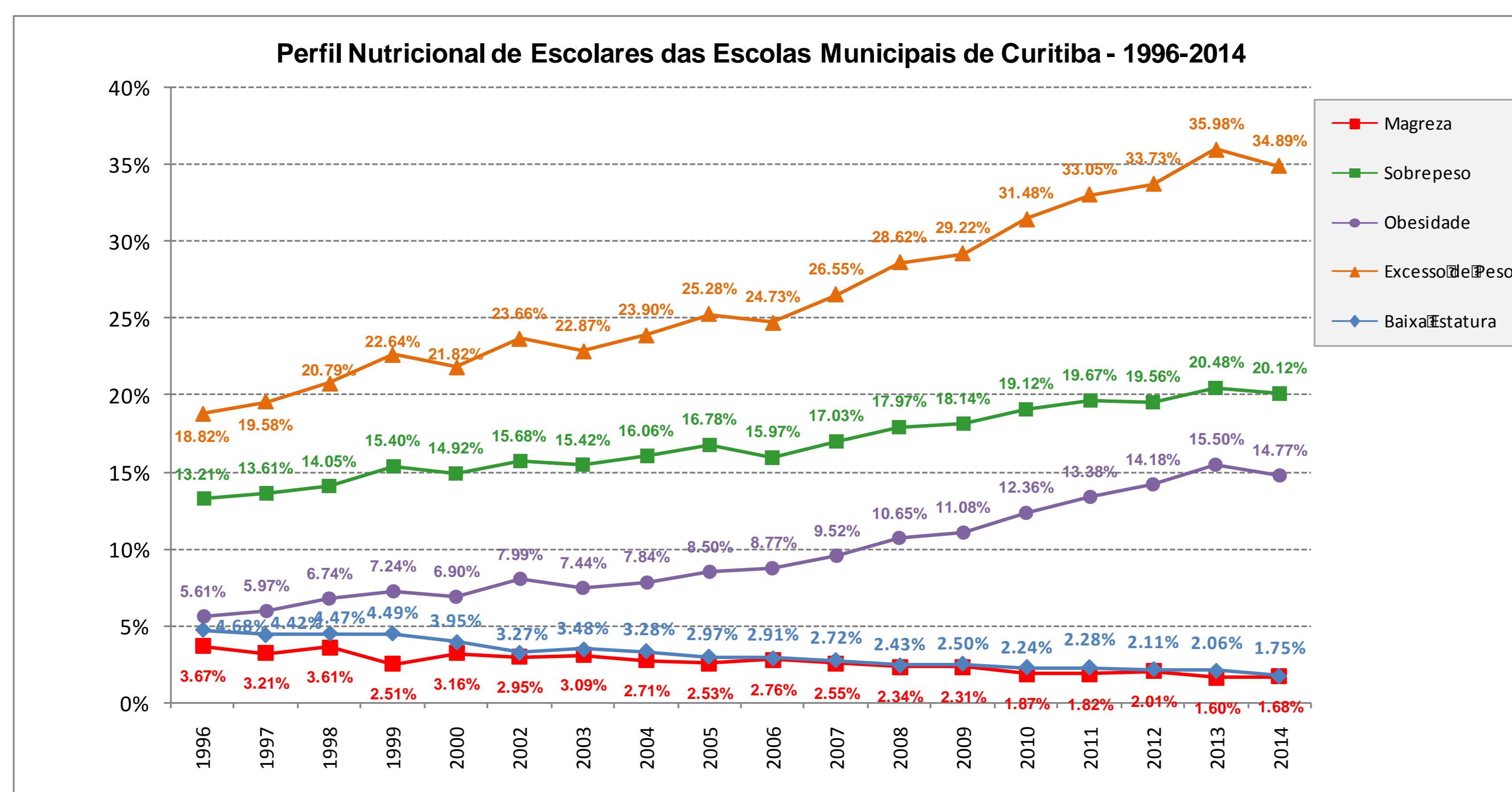
O trabalho visa apresentar a análise da série histórica de dados antropométricos coletados para o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN)-Escolar de Curitiba, de 1996 a 2014.

## DESENVOLVIMENTO

O SISVAN tem como objetivo principal o monitoramento da situação alimentar e nutricional de populações de risco, de modo a obter um perfil nutricional desta população e sua evolução ao longo do tempo e através deste diagnóstico, nortear ações de enfrentamento das situações de risco, principalmente a desnutrição e a obesidade. A parceria entre a Secretaria Municipal de Educação de Curitiba (SME) com a Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba (SMS) permitiu a implantação do SISVAN-Escolar desde 1996, com elaboração de perfis anuais (com exceção de 2001) da situação nutricional dos escolares da rede municipal de ensino de Curitiba. Os dados antropométricos são coletados pelas equipes de educação física de cada escola e digitados localmente. Transferidos à SMS, estes dados são processados de modo a gerar o perfil nutricional. Cabe comentar que desde 2013 esses dados também são utilizados para o Programa Saúde na Escola (PSE).

## CONCLUSÃO

A epidemia de obesidade mantém sua tendência crescente, mas apresentou um pequeno recuo em 2014 quando comparado a 2013, algo que não acontecia desde 2003. Em 5 escolas a prevalência de crianças obesas superou 20% (eram 12 escolas em 2013 e 6 escolas em 2012). A prevalência de baixa estatura apresenta um declínio progressivo ao longo dos anos, aproximando a taxa de nossos escolares à taxa de 2,3%, que é considerado um patamar ideal. Quando as escolas são avaliadas individualmente muitas ainda apresentam prevalências de baixa estatura bem acima de 2,3%, com 1 escola com mais de 5% (eram 4 escolas em 2013, 7 escolas em 2012, 10 escolas em 2011), significando que a desnutrição, na forma de nanismo nutricional, ainda está presente em algumas escolas do município. Por outro lado 121 escolas apresentaram taxas menores que 2% (eram 102 em 2013), configurando uma virtual ausência de crianças desnutridas nestas escolas. Em relação à magreza, houve uma contínua redução da prevalência desde 1996 (3,67%), atingindo um percentual que pode ser considerado satisfatório em 2014 (1,68%); mas é importante também considerar os dados por escola: 17 escolas apresentam percentuais de magreza acima de 3%, e destas, 6 escolas tem mais de 4%, indicando que, da mesma forma como ocorre com a baixa estatura, este indicador de desnutrição ainda está um pouco acima do esperado em algumas escolas do município.



Fonte: SME / SMS / Sisvan-Escolar, 2014.

# A PERSPETIVA DE ACADÊMICAS DE BIOMEDICINA EM UNIDADES DE SAÚDE DE CURITIBA VINCULADAS AO PET-REDES

Relator: Aline Barros Rangel Dias  
Colaboradores: Anna Maria de M. Corrêa, Jéssica Hostert, Adriana Cristina Franco, Ivete Palmira Sanson Zagonel, Leda Maria Albuquerque.

Local de Trabalho: Unidade Municipal de Saúde.  
Eixo Temático: Vivências e narrativas sobre práticas do cuidado em diversos cenários.



## INTRODUÇÃO

Na Unidade Municipal de Saúde - UMS é necessário uma equipe multiprofissional para atender a demanda da comunidade. No entanto, o biomédico ainda não está inserido neste contexto. Logo, este trabalho tem como objetivos relatar a vivência das acadêmicas do Curso de Biomedicina da Faculdades Pequeno Príncipe (FPP), que atuam nas UMS vinculadas ao PET-REDES (Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde); expor a importância do biomédico e a sua contribuição, estimulando a inserção do mesmo no SUS – Sistema Único de Saúde.

## DESENVOLVIMENTO

O presente estudo trata-se de um relato de experiência nas UMS de Curitiba sobre a perspectiva da inserção de biomédicos no SUS, realizado por acadêmicas de biomedicina, bolsistas do PET-REDES.

As acadêmicas estiveram em UMS, onde foi possível realizar visitas domiciliares com preceptoras do programa e Agentes Comunitárias de Saúde, para conhecer a realidade e atender às necessidades da população. Nas UMS foram realizadas palestras sobre patologias incidentes na comunidade, contribuindo para a prevenção e para a melhoria das condições de vida dos usuários.

Além disso, o biomédico após cursar especializações, pode atuar na rede de Atenção Primária em Saúde como acupunturista, como Terapia Complementar a alguns tratamentos. Essa prática foi regulamentada pelo Conselho Nacional de Saúde, aprovada pelo Ministério da Saúde pela Portaria 971, que garante a realização de acupuntura no SUS, visando contribuir no tratamento (SANTOS *et al.*, 2009).

## CONCLUSÃO

A atuação do profissional biomédico na Atenção Primária em Saúde, pode ser percebida, pela experiência de participar do PET/REDES, como membro da equipe interdisciplinar, atuando na promoção a saúde, prevenção, diagnóstico e colaborar no tratamento de agravos à saúde dos usuários nas UMS. Percebeu-se que a inserção do biomédico no contexto de visitas domiciliares, auxiliou na apreensão de problemas reais que afetam a vida das pessoas, e a compreensão da integralidade da assistência. Foi possível ainda, realizar palestras educativas, coleta de informações para pesquisas epidemiológicas, desenvolvimento de projetos de educação em saúde entre outras inúmeras ações.

## REFERÊNCIAS

MAIA, I. da. et al. A inserção do profissional biomédico no programa de saúde da família no contexto do PET/Saúde. Disponível em: <<http://goo.gl/bF0GGz>>. Acesso em 20 ago 2014.

SANTOS, F.A.S. *et al.* Acupuntura no sistema único de saúde e a inserção de profissionais não médicos. *Revista brasileira de fisioterapia*. São Carlos, v.13, n.4, p. 330 – 334, 2009. Disponível em: <[www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/16906](http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/16906)> Acesso em: 06 Out 2012.



FONTE: [www.biomedicinapadrao.com.br](http://www.biomedicinapadrao.com.br)



FONTE: [www.uniube.br](http://www.uniube.br)



FONTE: <http://goo.gl/SZBckj>



# UMA NOVA ESTRATÉGIA EM SAÚDE DA MULHER

Autor principal/relator: Patricia Ann Nichols  
Vidal  
Colaboradores: Ângela Aparecida Borges,  
Elisabet Nunes Ferreira da Costa e Sirlei  
Pereira

Local de Trabalho: Unidade de Saúde Solitude  
Eixo Temático: Processo de trabalho  
multiprofissional na APS/ESF



## INTRODUÇÃO

Segundo o último CENSO realizado pelo IBGE, a Unidade de Saúde Solitude possui 4.242 mulheres entre 25 e 64 anos. Identificou-se que 33% destas mulheres haviam feito a última coleta de exame preventivo do colo de útero há mais de 3 anos. Na sequência, aplicou-se uma estratégia em equipe para chamá-las à Unidade de Saúde através de busca ativa pela agente comunitária, ampliação do acesso e clínica ampliada da equipe de enfermagem com apoio da médica. O objetivo da estratégia é de facilitar o acesso da população aos cuidados de saúde e aumentar os índices de coleta de exames preventivos do colo uterino para, assim, reduzir os casos de câncer de colo de útero.

## DESENVOLVIMENTO

Através de relatórios adquiridos no prontuário eletrônico e-saúde, realizou-se análise minuciosa das fichas de atendimento das mulheres de 25 a 64 anos e foram levantadas quais mulheres necessitavam realizar um novo exame de coleta de material de colo uterino, com base nas indicações de periodicidade do INCA. Sendo assim, foram agendadas 5 pacientes por dia para comparecerem à Unidade de Saúde para esta equipe que realizou a estratégia realizar à abordagem à Saúde da Mulher.

Na sequência, foi criado pela equipe um convite para estas pacientes comparecerem à Unidade de Saúde Solitude, o qual foi entregue entre os meses de Julho a Setembro pela agente comunitária, com dia e horário agendado, com flexibilidade dentro da disponibilidade das pacientes. Este convite continha também as orientações para a coleta do preventivo. A agente comunitária oferecia uma consulta em saúde da mulher, a qual incluía a coleta de preventivo do colo de útero, exame ginecológico, exame da mama, solicitação de mamografia, quando indicado, além de outros cuidados de saúde. Na abordagem da paciente, a agente comunitária reforçou a importância do cuidado da Saúde da Mulher, promoção em saúde e os exames preventivos de câncer na mulher. Um fator crucial para a aceitação da paciente em comparecer à consulta deve-se ao fato da consulta oferecida ser realizada pela auxiliar de enfermagem em conjunto com a médica.

Ainda, aproximadamente 12% das pacientes convidadas referiram que já haviam feito a coleta do preventivo há menos de 2 anos no convênio de saúde. Portanto, a agente comunitária orientou que elas trouxessem o resultado para a equipe registrar no prontuário eletrônico, agendar a próxima coleta e oferecer outras orientações. Outrossim, foram identificados pela agente comunitária como motivos da não realização periódica do exame por muitas mulheres: a vergonha, medo de exibir sua intimidade e, principalmente, o fato de não considerarem o exame como prioridade, não incluindo este exame na sua rotina de prevenção.

## CONCLUSÃO

Com esta estratégia, a Unidade de Saúde Solitude teve um aumento de mais de 200% nos exames de preventivo do colo uterino nos meses de Julho a Setembro em 2014, comparando com os dados do mesmo período de 2013. No primeiro mês da estratégia houve um aumento de 196%, no segundo mês este índice sobe para 235% e no terceiro mês o aumento é de 170%. Apesar da sazonalidade, que interfere na motivação das mulheres em realizar a coleta do preventivo do colo uterino, houve um aumento no número deste exame no período. Confirmando, assim, que o aumento de um indicador de saúde depende de uma estratégia bem elaborada, e, quando programada, pode reverter um fator desfavorável previsível para o índice em questão. Ainda, dentre as várias alterações encontradas no exame ginecológico, 37% apresentaram infecções que precisaram ser tratadas e 12% apresentaram lesão no colo uterino, as quais foram encaminhadas à colposcopia e já encontram-se em acompanhamento em um serviço especializado. Houve então um aumento da conscientização da população sobre a importância do cuidado da saúde da mulher, aumento da identificação de Doenças Sexualmente Transmissíveis e tratamento e, conseqüente, diminuição transmissibilidade. Além disso, houve oportunidade para planejamento reprodutivo, com prescrição de anticoncepcionais e, até mesmo, inserção de DIU. Esta estratégia também propiciou um resgate da população que não freqüentava a Unidade de Saúde para cuidar de sua saúde, pois além do exame ginecológico, também foram realizadas para estas pacientes consultas clínicas, vacinação, avaliação odontológica, procedimentos, entre outros. A abordagem também contagiou outras mulheres não convidadas inicialmente na estratégia a procurarem à Unidade de Saúde para cuidarem de sua saúde. Portanto, uma estratégia satisfatória de uma equipe, numa micro área específica, pode repercutir nos índices de desempenho da Unidade de Saúde como um todo.

## REFERÊNCIAS

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento de Câncer do Colo do Útero**, Instituto Nacional de Câncer (INCA). Brasília-DF, 2011. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica nº23, 113p, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, Saúde da Criança. Brasília-DF, 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis-DST**. Brasília-DF, 2006.

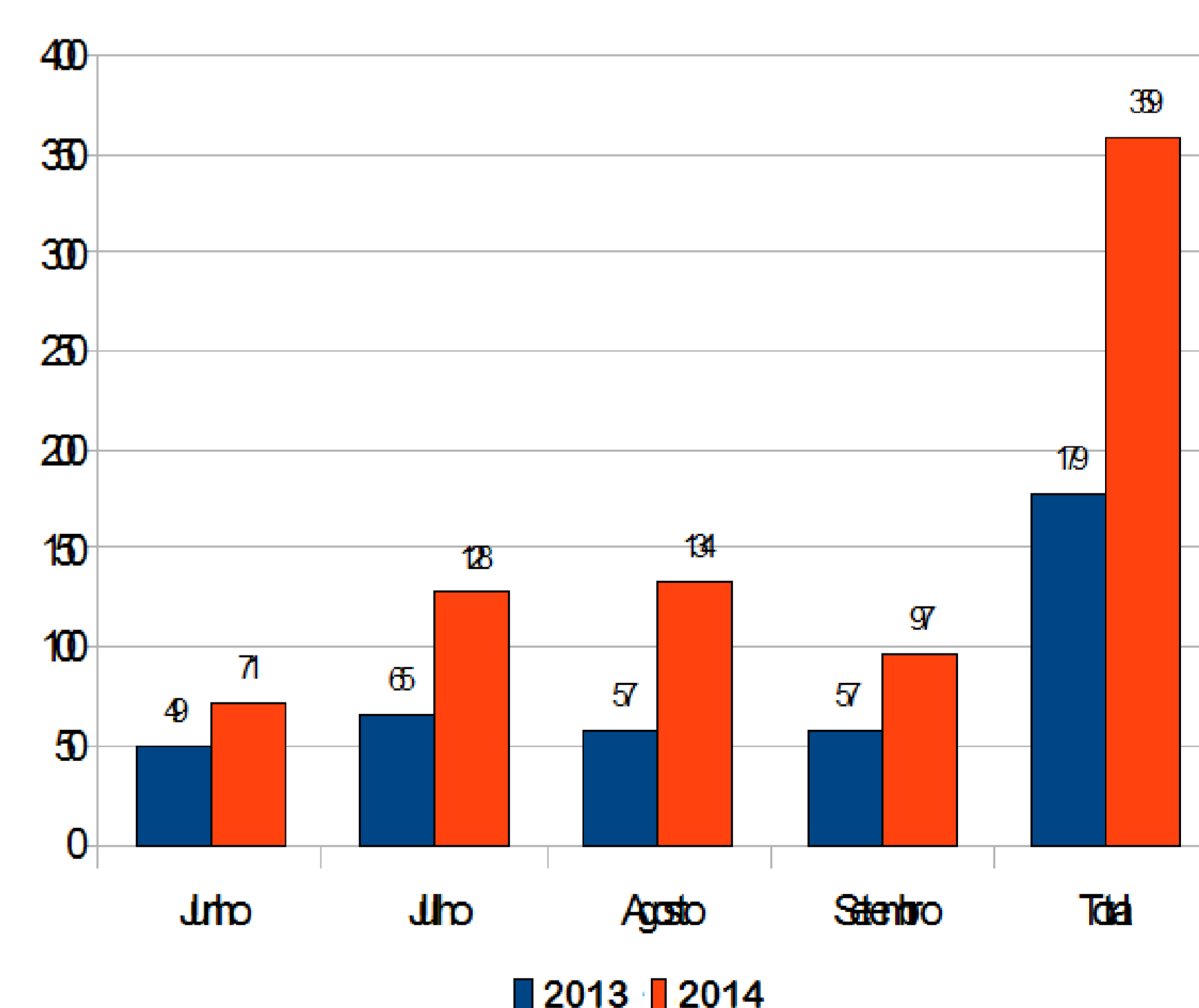
CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde, Departamento de Assistência à Saúde, Coordenação de Normas Técnicas,

**Programa de Atenção Integral da Saúde da Mulher. Planejamento Familiar**. 15 p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Coordenação de Saúde da Mulher. **Assistência ao Planejamento**

**Familiar**. 3 ed. Brasília, 1996. 169 p.

<http://censo2010.ibge.gov.br/en/>



# INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO: DESAFIO PARA O SERVIÇO DE SAÚDE E PARA AS INSTITUIÇÕES DE ENSINO

Autor principal/relator: Elsa Marília Andujar  
Colaboradores: Gisele Cristine da Silva, Lêda Maria Albuquerque, Fabiola Stencil

Local de Trabalho: CES  
Eixo Temático: Integração ensino serviço



## INTRODUÇÃO

Formar profissionais de saúde conectados com a realidade epidemiológica e social é um desafio aos centros formadores, bem como aos serviços que contribuem com a formação.

Desde a implantação do Sistema Único de Saúde e das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em saúde, a Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba (SMS) tem participado do processo de formação dos novos profissionais, concedendo campo para atividades práticas, estágios curriculares e visitas técnicas.

## DESENVOLVIMENTO

O Núcleo de Integração Ensino Serviço do Centro de Educação em Saúde (CES), realiza a interface com as Instituições de Ensino (IE) de nível técnico, superior e de pós graduação da área da saúde, viabilizando o acolhimento dos alunos e professores nos equipamentos da SMS. Para tanto, interage com coordenadores e professores dos cursos, bem como com os setores internos da SMS, para esclarecimentos de normas e fluxos para acessar os cenários de prática. Além disso, orienta as IE sobre a realização de convênio, negocia a contra partida em forma de bolsas de estudos e empréstimo de auditórios e salas de aula para uso em capacitações da SMS, abre o processo e acompanha seu trâmite até a assinatura, propriamente dita.

O setor recebe e distribui todas as solicitações de locais para visitas técnicas, atividades práticas e estágios.

Os gráficos 1 e 2 demonstram os números de estagiários de nível superior e técnico e sua distribuição nos Distritos Sanitários e UPAs.

## CONCLUSÃO

- Agilizar o tempo para tramitação dos processos de convênios;
- Implementar a integração ensino e serviço, nos locais onde os estágios efetivamente ocorrem, promovendo reuniões locais/ regionais;
- Promover articulação entre as IE e os campos de prática.
- Identificar profissionais com formação ou experiência profissional na área específica de conhecimento, para acompanhar, orientar os alunos.
- Apoiar a realização de avaliações durante e após a realização das atividades curriculares.

Gráfico 1 - Distribuição dos estágios por Distritos Sanitários e UPAs. Curitiba, 1.º semestre 2014.

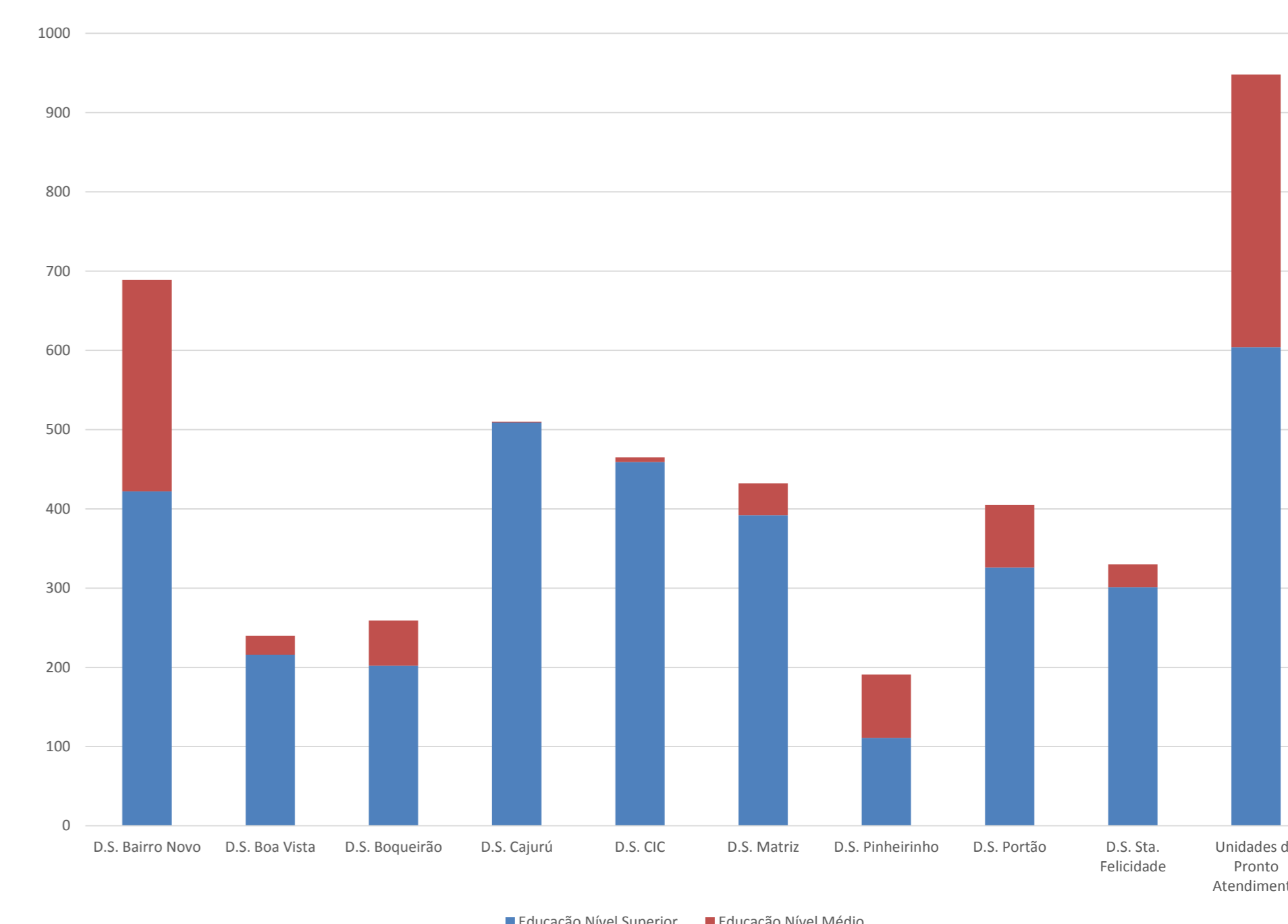
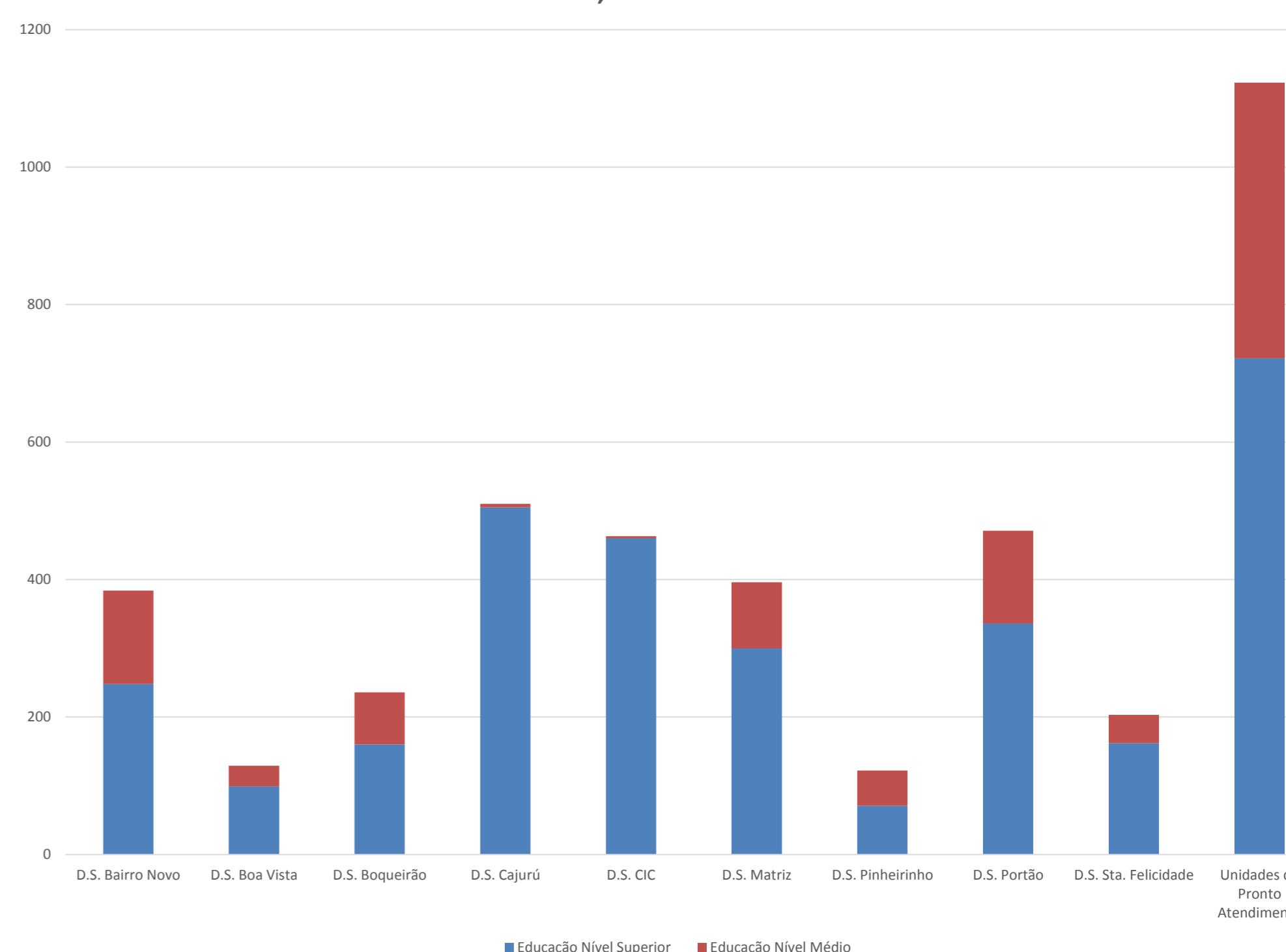


Gráfico 2 - Distribuição dos estágios por Distritos Sanitários e UPAs. Curitiba, 2.º semestre 2014.



# ATUAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NA REABILITAÇÃO VESTIBULAR: ESTUDO DE CASO

Autor principal: Graziela Falavinha Ghazal.  
Colaboradores: Adriano Zanardi da Silva e  
Audrin Said Wojciechowski

Local de Trabalho: NASF Boa Vista 2.  
Eixo Temático: NASF



## INTRODUÇÃO

O sistema vestibular é o responsável por informar sobre as mudanças angulares da cabeça nos diferentes planos do espaço e movimentos corpóreos lineares. O comprometimento da sua função causa sensações de desconforto ao indivíduo, sendo as principais: náuseas, vertigens, desequilíbrio e nistagmo<sup>1,2</sup>. Desta forma, o presente estudo objetivou avaliar a evolução de um paciente após orientações sobre exercícios de habituação no período de 3 semanas.

## DESENVOLVIMENTO

O estudo foi realizado com um indivíduo portador de disfunção vestibular, atendido na Unidade de Saúde (US) Santa Efigênia. Paciente do sexo feminino, 54 anos, com diagnóstico clínico de labirintite há 1 ano e meio, procurou a US com queixas de tonturas e náuseas ao realizar movimentos com a cabeça e ao realizar atividades de vida diária.

A paciente foi avaliada em três momentos, com intervalo de 7 dias entre cada avaliação, por meio do questionário *Vestibular Disorders Activities of Daily Living Scale* (VALD), o qual avalia o impacto da tontura e do desequilíbrio corporal em atividades de vida diária. A VALD contem 28 questões divididas em 3 dimensões: funcional (12 atividades), locomoção (9 atividades) e instrumental (7 atividades). Cada atividade é classificada por meio da escala qualitativa (0-10 pontos), conforme a avaliação do paciente sobre o seu próprio desempenho<sup>3</sup>.

## CONCLUSÃO

Analisando os dados, observa-se que os maiores ganhos obtidos pela paciente ocorreram até a 3ª semana de intervenção. Contudo, ao comparar o quadro inicial da paciente e último estado de avaliação, nota-se melhoras. Sugere-se tendência a maior diminuição dos sintomas com a continuidade do tratamento.

## REFERÊNCIAS

1. ROGATTO, A. R. D.; PEDROSO, L.; ALMEIDA, S. R. M.; OBERG, T. D. Proposta de um protocolo para reabilitação vestibular em vestibulopatias periféricas. *Fisioter. Mov.*, v. 23, n. 1, p.83-91, 2010.
2. ZANARDINI, F. H.; ZEIGELBOIM, B. S.; JURKIEWICZ, A. L.; MARQUES, J. M. et al. Reabilitação vestibular em idosos com tontura. *Rev. Atual. Cient.*, v. 19, n. 2, p.177-184, 2007.
3. ARATANI, M. C.; RICCI, N. A.; CAOVILO, H. H.; GANANÇA, F. F. Versão brasileira da Vestibular Disorders Activities of Daily Living Scale (VALD). *Braz. J. Otorhinolaryngol.*, v. 79, n. 2, p.203-211, 2013.

Gráfico 1. Resultados do VALD estratificado conforme dimensões.

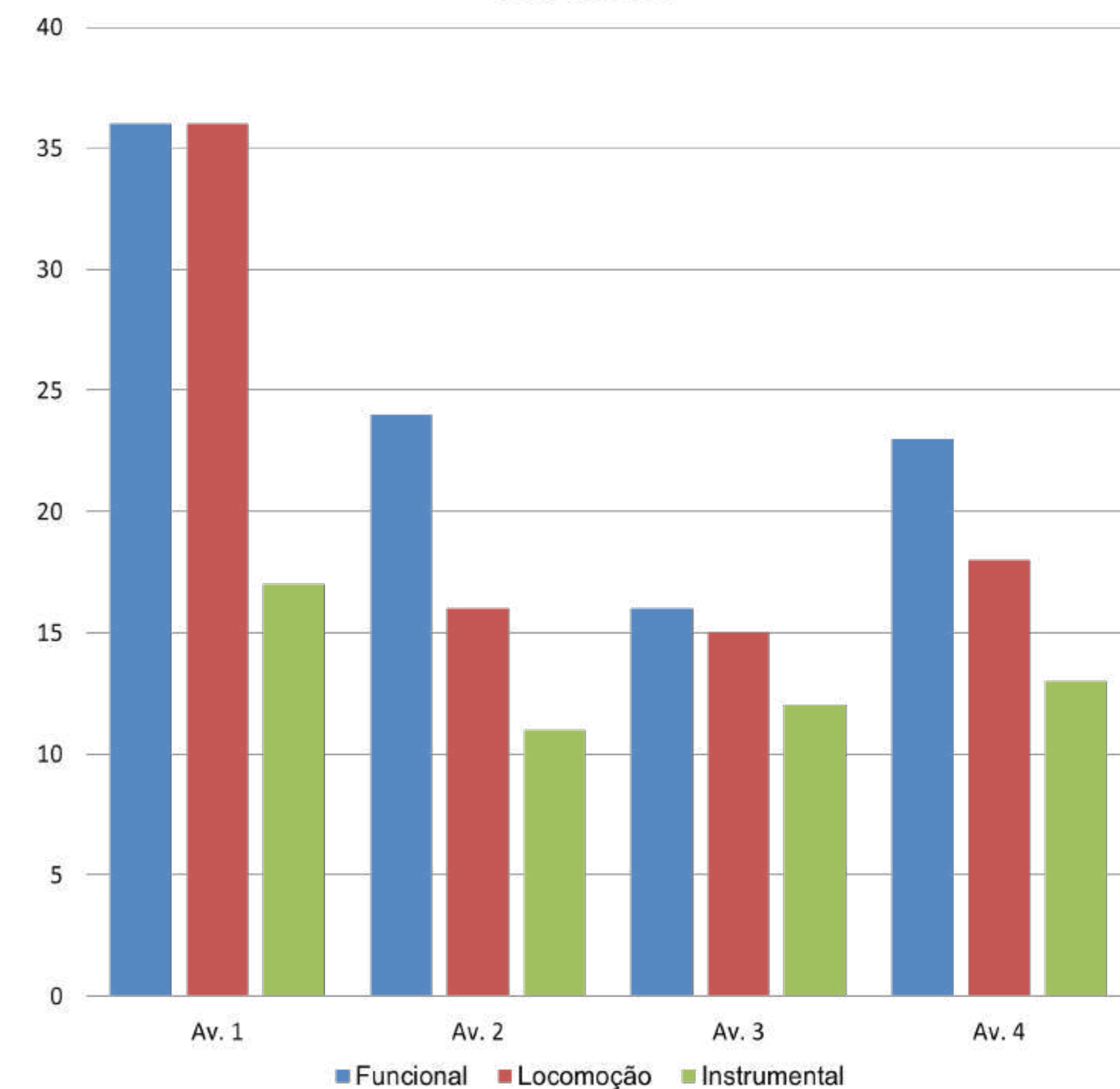
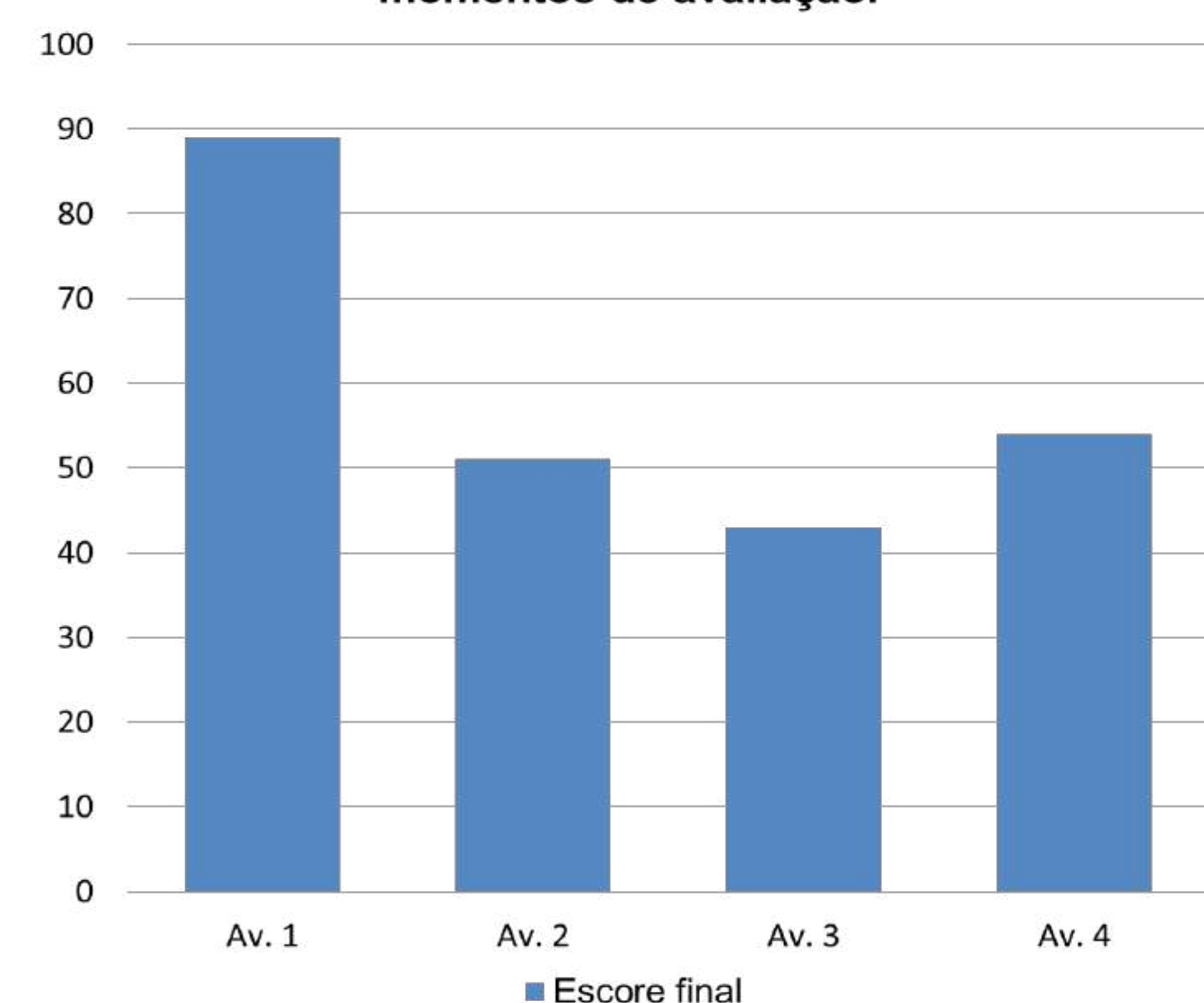


Gráfico 2. Resultados totais do VALD nos 4 momentos de avaliação.



# TRABALHO INFANTIL – AGRAVOS PSICOEDUCACIONAIS E COMPROMETIMENTO DA SAÚDE

Autor principal/relator: Vera Maria da Silveira Favaro

Local de Trabalho: Unidade Municipal de Saúde  
Ouvidor Pardinho  
Eixo Temático: Redes de atenção – linhas de cuidado: criança



## INTRODUÇÃO

O trabalho precoce, além de tirar importante etapa da vida que é a infância em que, a criança deveria aprender e vivenciar o lúdico, ainda causa prejuízos físicos e mentais abrindo brecha para situações de risco, como: exposição à abusos físicos, sexuais, psicológicos, álcool, drogas e gravidez precoce.

## DESENVOLVIMENTO

**PROTEGENDO:** Através do Decreto nº 6481/08, o Presidente da República Luiz Inácio Lula da Silva, decretou a regulamentação de artigos da Convenção 182 da Organização Internacional do Trabalho (OIT) que trata da proibição das piores formas de trabalho infantil e ação imediata para sua eliminação.

Existe uma parceria da Rede de Proteção com a Secretaria de Saúde, Poder Judiciário, Ministério Público, Conselhos Tutelares e outros órgãos de defesa dos direitos, todos atuando a partir dos sinais de alerta. Reconhecer esses sinais é uma habilidade que pode ser desenvolvida por meio do olhar e da escuta. Ver e ouvir são habilidades essenciais para interromper a violência contra crianças e adolescentes. A criança ou adolescente que trabalha perde a oportunidade de frequentar os bancos escolares comprometendo a possibilidade de ser capacitada adequadamente para o mercado de trabalho ingressando no mesmo após 18 anos de idade. O Princípio IX da Declaração Universal dos Direitos da Criança – UNICEF, diz que: “... Não se deverá permitir que a criança trabalhe antes de uma idade mínima adequada; em caso algum será permitido que a criança dedique-se, ou a ela se imponha, qualquer ocupação ou emprego que possa prejudicar sua saúde ou sua educação, ou impedir seu desenvolvimento físico, mental ou moral”.

## CONCLUSÃO

**AÇÃO CONTÍNUA:** É urgente e necessária a integração e mobilização da sociedade numa dedicação contínua em prol de uma vida mais digna às crianças, onde aprender a ler e escrever, pular corda, jogar bola e sorrir sejam as “obrigações” de qualquer criança. Disciplina e valores se aprende em casa junto a uma família estruturada e por extensão, na escola aprendendo a ser cidadão.

## REFERÊNCIAS

DECRETO Nº 6.481. Brasília. 12 de junho de 2008.

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS DAS CRIANÇAS. UNICEF. 20 de novembro de 1959.



# PROPOSTA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE RELACIONADA AOS FLUXOS DE ATENDIMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Autor principal/relator: Danielle Tourinho Maia  
Colaboradores: Lara Cubis de Lima, Liliane Ribeiro Toterol, Luciane Costa da Matta Bastos, Márcia Céres Corrêa, Yara Cristina Age Kos

Local de Trabalho: US Butiatuvinha-DSSF  
Eixo Temático: Educação Permanente



## INTRODUÇÃO

O desconhecimento e o desinteresse de parte dos trabalhadores da saúde pelos fluxos da Atenção Primária à Saúde (APS) afetam diretamente o atendimento ao usuário do SUS, mostrando um cenário de ineficiência do sistema. Este trabalho objetiva capacitar os profissionais da APS em relação aos fluxos de atendimento por meio de estratégias de ensino-aprendizagem que envolva o conhecimento e a prática dos servidores.

## DESENVOLVIMENTO

Nas Unidades de Saúde (US) percebia-se uma dependência muito grande da figura do gestor e da enfermeira, observando-se a falta de autonomia e de responsabilização pelos atendimentos aos usuários.

Após este diagnóstico, pactuou-se com a equipe: fluxos de atendimento repassados e discutidos durante as reuniões, resgate e discussão junto à equipe sobre o papel do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e a inserção do planejamento local na pauta das reuniões, fortalecendo a responsabilização e o comprometimento dos servidores.

A experiência inicial ocorreu na US Campina do Siqueira, com a participação de todos os servidores abordando temas relacionados a fluxos de trabalho, utilizando a metodologia ativa.

## CONCLUSÃO

A experiência de execução deste projeto aplicativo trouxe como contribuições o envolvimento de todos os atores sociais relacionados ao projeto, o estímulo, a autonomia e o empoderamento; o aprimoramento das estratégias de gestão como planejamento, monitoramento e avaliação de processos; os encontros melhoraram a resolutividade das ações, aprimorando o acesso e o vínculo com os usuários; a educação permanente, baseada nas necessidades e experiências da equipe e dos usuários envolvidos, trouxe novos significados às práticas desenvolvidas.

## REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, A. L.. *Atenção Primária e o Processo de Trabalho e Saúde. Informe-se em promoção de saúde*, v.03, n.1, p.01-03-2007.



Educação permanente com a equipe da US Campina do Siqueira

# ATUAÇÃO DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA – ÁREA GINECOBESTÉTRICA NO DSBV

Autor /relator: Paulo Cesar Zimmermann Felchner

Local de Trabalho: Distrito Sanitário Bairro Novo  
Eixo Temático: Apoio institucional, apoio Matricial



## INTRODUÇÃO

O foco das atividades do Núcleo de Apoio À Saúde da Família (NASF) deve ser nas pessoas e nas suas principais necessidades, vinculadas às equipes de atenção básica<sup>1</sup>, trazendo melhora para o cuidado. Nesse sentido, as ações dos profissionais do NASF incluem o apoio matricial (apoio clínico), atendimento conjunto (compartilhado), atenção individual, educação permanente, ações educativas e integração com Núcleos de Saúde Coletiva e Locais<sup>1</sup>.

Para uma adequada ação frente às necessidades de cada área cabe um estudo sobre a situação presente nas Unidades de Saúde, profissionais e população. Dessa forma, o objetivo deste trabalho é demonstrar o levantamento inicial das condições de alguns aspectos designados como prioritários para os NASFs com atenção à Saúde da Mulher, com apoio de ginecologistas e obstetras (NASF-GO) em cinco Unidades Municipais de Saúde do Distrito Sanitário Bairro Novo.

## DESENVOLVIMENTO

Para a avaliação inicial da situação local, foi iniciada a análise dos relatórios fornecidos pelo e-saude, referentes aos encaminhamentos realizados para as áreas de maior demanda e com restrição da capacidade de oferta, que incluíram as solicitações de ultrassonografia transvaginal (USTV), ultrassonografia mamária, consultas da ginecologia geral e ginecologia cirúrgica.

Com a atuação de dois médicos ginecologistas e obstetras no NASF-GO do Distrito Sanitário Bairro Novo, as 11 Unidades Municipais de Saúde foram divididas, tendo um profissional a atenção a seis unidades e outro para as outras cinco.

Este trabalho descreve a análise de dados referentes a cinco Unidades de Saúde: Bairro Novo, Salvador Allende, Sambaqui, Umbará e Umbará II, denominadas nos gráficos, de forma aleatória, como A, B, C, D e E, com o intuito de preservar sigilo sobre profissionais.

Essas Unidades de Saúde abrangem uma população de 72.722 pessoas, segundo dados do SIAB. (Tabela 1).

Com relação aos encaminhamentos realizados pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF), foram verificados, nos 3 primeiros meses de atuação do NASF-GO, os encaminhamentos conforme a Tabela 2.

Os encaminhamentos foram divididos por Unidade de Saúde e posteriormente por profissionais de cada unidade. Isso pode ser exemplificado através dos gráficos 1,2 e 3. De acordo com a sugestão dos dados em ordem de frequência foi iniciada uma revisão via cadastro essencial, do e-saúde, dos motivos dos encaminhamentos registrados no sistema.

Após a verificação, o foco da atuação foi reavaliado para as realidades locais, buscando atuação junto às necessidades percebidas após análise dos dados dos relatórios e, também, de acordo com a necessidade percebida e expressada pelos diversos profissionais que prestam atendimento aos usuários.

Com alguns profissionais já foi possível realizar uma discussão técnica de algumas situações clínicas, baseada na literatura atual e direcionada à atenção primária, no intuito de melhorar a resolutividade e a solicitação adequada de exames complementares e consultas especializadas.

## CONCLUSÃO

A atuação do NASF-GO pode contribuir para o aperfeiçoamento do cuidado da atenção primária. Para melhor adequação e direcionamento das ações dos profissionais é de grande importância o conhecimento da situação local para planejamento de ações frente ao matriciamento, tornando o foco de atuação mais direcionado às necessidades apontadas pela análise de dados, assim como pela constatação e comunicação por parte das Unidades de Saúde através de seus profissionais.

A exploração dos dados contidos nos relatórios do e-saude pode ser, e foi, um ponto de partida para o conhecimento parcial das necessidades e abordagem dos profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família.

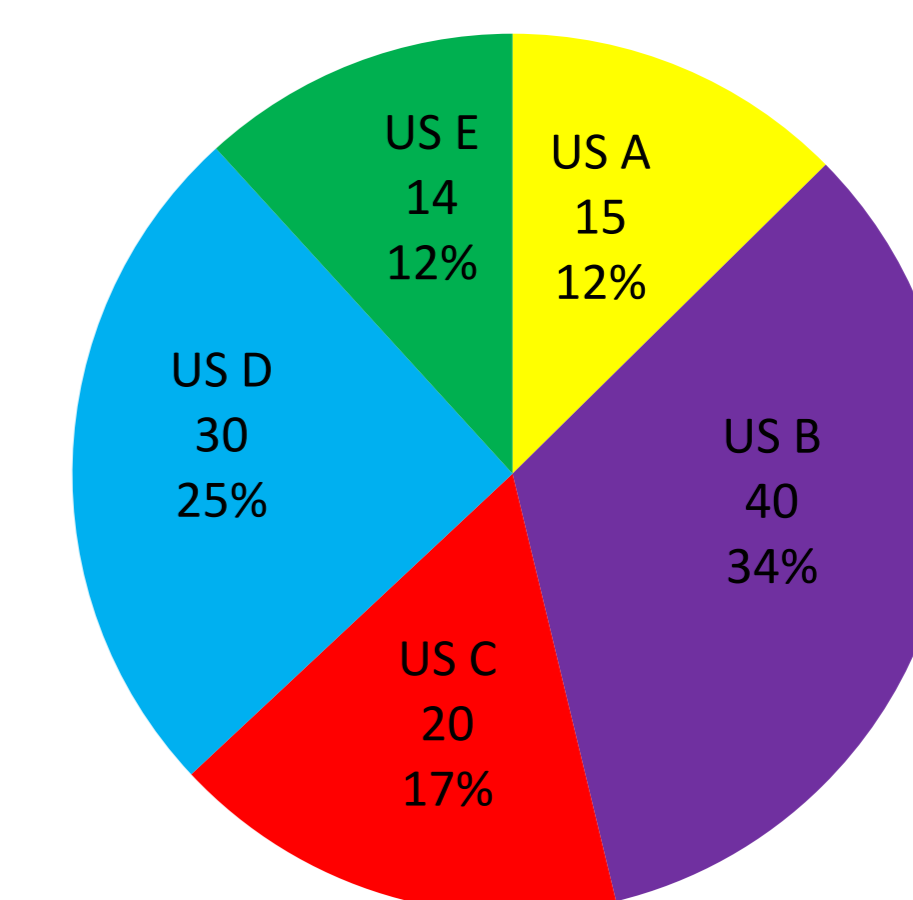
## REFERÊNCIA

CURITIBA. Diário Oficial Eletrônico. Atos do Município de Curitiba. Instrução normativa nº1, 16 de janeiro de 2014.

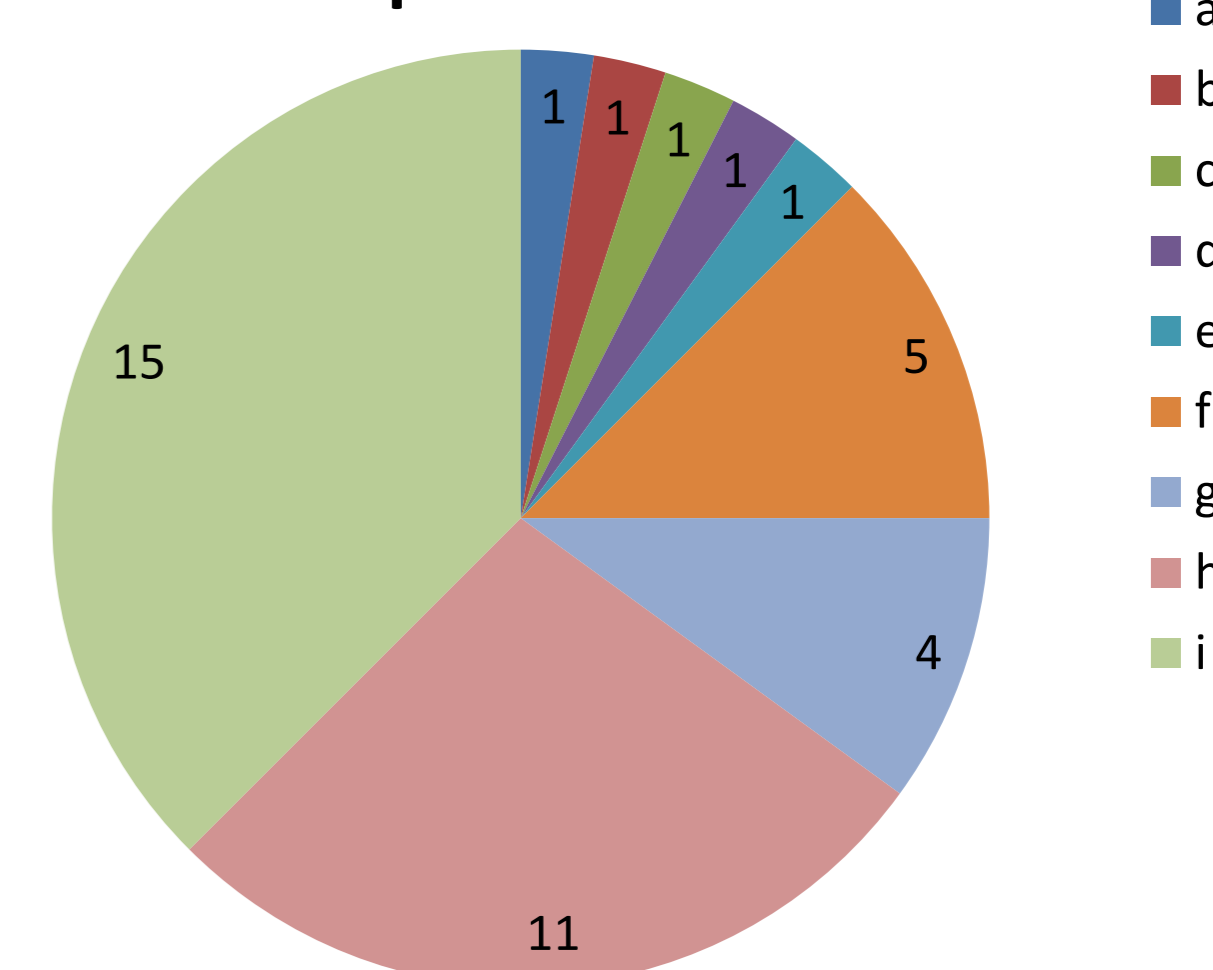
Unidade Municipal de Saúde	População
Bairro Novo	21.498
Salvador Allende	20.201
Sambaqui	13.771
Umbará	8.667
Umbará II	8.585

Encaminhamentos	n
Ginecologia Geral	44
Ginecologia Cirúrgica	31
Ultrassonografia Transvaginal	119
Ultrassonografia Mamária	72

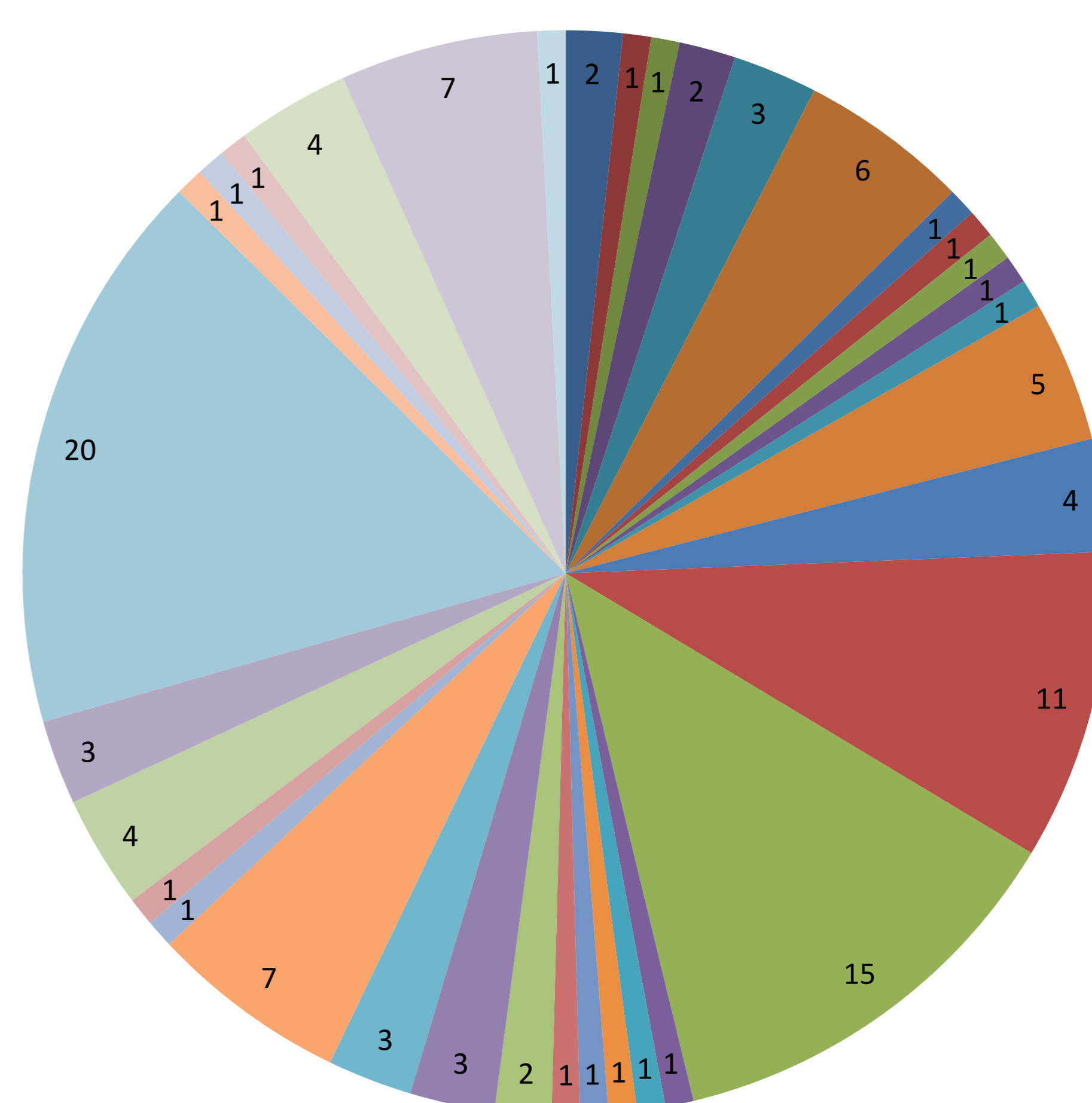
Encaminhamentos USTV por Unidade de Saúde (n=119)



Solicitações de USTV - US B por profissional



Encaminhamento para USTV por profissional nas Unidades de Saúde A, B, C, D e E



# RESPOSTA CLÍNICA E SEGURANÇA EM TESTE DE PROVOCAÇÃO ORAL REALIZADOS EM LACTENTES COM SUSPEITA DE ALERGIA À PROTEÍNA DO LEITE DE VACA

Autor principal/relator: Aristides Schier da Cruz  
Colaboradores: Cristiane Dogani Garcia; Danieli Cristina Pigozzo

Local de Trabalho: Unidade de Saúde Mãe Curitibana.  
Eixo Temático: Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico



## INTRODUÇÃO

O teste de provocação oral (TPO) aberto é o método ideal na prática clínica para diagnóstico e acompanhamento de pacientes com alergia à proteína do leite de vaca (APLV). Este teste deve ser realizado com supervisão médica, no entanto, inúmeras exposições domiciliares à proteína acabam ocorrendo, de maneira acidental ou por decisão dos pais. Diante disso, parece ser fundamental que o médico proponha a família o momento e a técnica para realização do TPO. O objetivo do trabalho foi analisar a resposta clínica e segurança em testes de provocação oral realizados nos lactentes com hipótese de APLV que iniciaram o atendimento no Programa de Atenção Nutricional em Curitiba de junho de 2007 a março de 2010.

## DESENVOLVIMENTO

Foram avaliados 295 prontuários de lactentes com menos de 2 anos de vida com suspeita de APLV, a qual foi classificada em diferentes formas clínicas: mediada por IgE, enteropatia alérgica, colite alérgica, sintomas funcionais, constipação intestinal, sintomas respiratórios e dermatite atópica. Os pacientes estavam em dieta de exclusão da proteína de leite vaca e posteriormente foram submetidos a TPO de três maneiras diferentes: acidental, orientado ou supervisionado.

A probabilidade de ocorrer TPO positivo foi significativamente menor nos TPO supervisionados (11/41 – 27%) em comparação com os TPO acidentais (68/113 – 60%) e TPO orientados (65/125 – 52%) ( $p < 0,001$ ). A proporção de TPO positivo foi significativamente maior nos pacientes com enteropatia alérgica (39/56 – 70% -  $p = 0,002$ ) e menor nos pacientes com colite alérgica (16/48 – 33% -  $p = 0,004$ ) em comparação com os demais tipos clínicos. No grupo com APLV mediada por IgE a porcentagem de testes acidentais foi muito alta (80% dos testes –  $p < 0,0001$ ) em comparação com a porcentagem média geral. O grupo APLV colite alérgica teve a média de idade mais baixa no desenvolvimento de tolerância (10,5 meses –  $p < 0,001$ ) e o grupo APLV sintomas respiratórios o de média de idade mais alta (15,3 meses). Reação moderada ou grave por ocasião do TPO, com necessidade de atendimento na emergência ou hospitalização, ocorreu apenas em quatro pacientes (2,8% dos 144 TPO positivos, 1,3% dos 312 TPO realizados). Em 9 pacientes a reação ao TPO foi diferente do quadro inicial, sendo que em 4 ocorreu a forma mediada por IgE em pacientes que não possuíam esta forma clínica, 3 deles portadores de APLV dermatite atópica.

## CONCLUSÃO

O TPO, quando positivo, resultou em reações leves na maioria dos casos. Reação moderada a grave ocorreu em menos de 1,5% dos TPO realizados, e devido a este risco o acompanhamento médico na época do TPO é fundamental. A APLV mediada por IgE necessita

TPO supervisionado, porém os médicos assistentes tem adiado por muito tempo a realização do TPO, o que leva a o ocorrência da exposição acidental em casa, sendo esta a situação menos segura para a família. A ocorrência de reação mediada por IgE em 3 pacientes (13%) com APLV dermatite atópica nos leva a propor que esta forma clínica justifique realização de TPO sempre supervisionado.

## REFERÊNCIAS

BOYCE, J. A. et al. Guidelines for the diagnosis and management of food allergy in the United States: summary of the NIAID-sponsored expert panel report. National Institute of Allergy and Infectious Diseases, National Institutes of Health Publication No. 11-7700, dez. 2010. CASTRO, A. P. B. M. et al. Evolução clínica e laboratorial de crianças com alergia a leite de vaca e ingestão de bebida à base de soja. Revista Paulista de Pediatria, v. 23, n. 1, p. 27-34, 2005. CONSENSO Brasileiro sobre Alergia Alimentar: 2007. Revista Brasileira de Alergia e Imunopatologia, v. 31, n. 2, p. 64-89, 2008.

TABELA 1 – TIPOS DE TPO REALIZADOS E SEUS RESULTADOS

Tipo de Teste Realizado	Pacientes	TPO Realizados			
		Número de Testes (%)	TPO Positivos	TPO Inconclusivos	Reações Graves
Total	170	279	144 (51,6%)	3 (1,1%)	4 (1,4%)
TPO acidental	71	113 (40,5%)	68 (60,2%)	0 (0,0%)	1 (0,9%)
TPO orientado	71	125 (44,8%)	65 (52,0%)	1 (0,8%)	2 (1,6%)
TPO Supervisionado	28	41 (14,7%)	11 (26,8%)	2 (4,9%)	1 (2,4%)

$p = 0,0004$

TPO=Teste de Provocação Oral.  
FONTE: Os autores (2014)

TABELA 2 – FORMAS CLÍNICAS DE APLV E RESPOSTAS AOS TPO REALIZADOS

Tipo de APLV	Pacientes	Número de testes							
		Total	Acidental		Orientado		Supervisionado		Total de Positivos
			Total	Positivo	Total	Positivo	Total	Positivo	
MlgE	33	51	41 (80,4%)	26 (63,4%)	4 (7,8%)	2 (50,0%)	6 (11,8%)	1 (16,0%)	29 (56,9%)
EA	26	56	24 (42,9%)	17 (70,8%)	21 (37,5%)	17 (81,0%)	10 (17,9%)	5 (50,0%)	39 (69,6%) $x_1$
CA	35	48	11 (23,0%)	5 (45,5%)	30 (62,5%)	10 (33,3%)	7 (14,6%)	1 (14,3%)	16 (33,3%) $x_2$
CI	22	36	6 (16,7%)	3 (50,0%)	27 (75,0%)	15 (55,6%)	3 (8,3%)	1 (33,3%)	19 (52,8%)
DA	23	32	16 (50,0%)	9 (56,3%)	12 (37,5%)	6 (50,0%)	4 (12,5%)	1 (25,0%)	16 (50,0%)
SR	9	20	11 (55,0%)	8 (72,7%)	7 (35,0%)	5 (71,4%)	2 (10,0%)	1 (50,0%)	14 (70,0%)
SF	58	101	27 (26,7%)	16 (59,3%)	60 (59,4%)	33 (55,0%)	14 (13,9%)	7 (50,0%)	56 (55,5%)

MlgE = mediado por imunoglobulina E; EA = enteropatia alérgica; CA = colite alérgica; CI = constipação intestinal; DA = dermatite atópica; SR = sintomas respiratórios; SF = sintomas funcionais;  $x_1$  = qui quadrado ( $p = 0,002$ );  $x_2$  = Qui quadrado ( $p = 0,004$ ).

FONTE: Os autores (2014)

TABELA 3 – IDADE AO REALIZAR O TPO NOS 7 TIPOS CLÍNICOS DE APLV, IDADE EM QUE O TPO FOI NEGATIVO E INCIDÊNCIA DE RESPOSTA CLÍNICA DIFERENTE

Tipo de APLV	Idade em meses da realização de TPO - média (dp) -	Idade em que o teste negativou - média (dp) -	Resposta clínica diferente à hipótese inicial
MlgE	14,80 (4,9)	15,26 (3,8)	0 (0,0%)
EA	14,05 (4,9)	13,62 (4,5)	3 (5,5%)
CA	10,52 (4,9)	9,84 (4,4)	4 (8,3%)
CI	12,38 (5,3)	13,05 (5,9)	0 (0,0%)
DA	13,50 (4,5)	13,87 (4,7)	3 (9,4%)
SR	15,30 (3,9)	18,33 (2,3)	0 (0,0%)
SF	11,73 (4,3)	13,32 (3,9)	0 (0,0%)

$p < 0,0001$

$p < 0,0001$

APLV = alergia a proteína do leite de vaca; TPO = teste de provocação oral; dp = desvio padrão; MlgE = mediado por imunoglobulina E; EA = enteropatia alérgica; CA = colite alérgica; CI = constipação intestinal; DA = dermatite atópica; SR = sintomas respiratórios; SF = sintomas funcionais. FONTE: Os autores (2014)

# DESENVOLVIMENTO DOS PROJETOS DE APOIO AO SUS - GESTÃO DA CLÍNICA, GES, GVISA – CURITIBA, 2013

Autor principal/relator: Antonio Dercy Silveira Filho  
 Colaboradores: Florence Munhoz; Deizi Lourdes Zanin Groszewicz; Elizabeth Guinart Araujo; Karina Sizenando; Angelo Roberto Massuchetto.

Local de Trabalho: Centro de Educação em Saúde  
 Eixo Temático: Educação Permanente



## INTRODUÇÃO

Em 2013, a SMS Curitiba foi contemplada com a possibilidade de participar do Projeto Gestão da Clínica no SUS (2ª edição), realizando os Cursos de Especialização ofertados pelo Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio-Libanês (IEP/HSL). O projeto “Gestão da Clínica no SUS – GCSUS” é uma estratégia com um conjunto de iniciativas voltadas à (I) constituição e fortalecimento de regiões de saúde e redes de atenção à saúde; (II) ampliação do acesso, humanização e integralidade do cuidado à saúde; (III) articulação de processos de formação, atenção e desenvolvimento tecnológico em cenários do SUS; e (IV) disseminação de ferramentas e dispositivos da gestão da clínica para a melhoria da eficiência, eficácia e efetividade dos serviços de saúde, com qualidade e segurança.

## DESENVOLVIMENTO

Inicialmente constituiu-se uma Comissão Gestora Local com representantes da SMS Curitiba, do IEP – HSL, da SESA-PR e colaboradores. O processo de indicação e seleção de participantes para o Curso de Capacitação em Processos Educacionais na Saúde (CEPES) foi realizado pelos gestores de aprendizagem do IEP/HSL em parceria com os gestores locais. Concluído o CEPES, foram selecionados os facilitadores locais pelos Gestores de Aprendizado – Região Metropolitana de Curitiba do IEP/HSL. A equipe do CES/SMS Curitiba, organizou o processo seletivo aos Cursos de Especialização, mediante a publicação de cinco Portarias com Editais de Seleção, oportunizando amplo acesso a todos os trabalhadores da SMS Curitiba. Os candidatos foram selecionados pela equipe do IEP/HSL, o conforme processo local definido. Foram realizados os cursos de especialização em: Gestão da Clínica nas Regiões de Saúde – 48 alunos; Regulação em Saúde no SUS – 48 alunos; Educação na Saúde para Preceptores do Sistema Único de Saúde – 48 alunos; Processos Educacionais na Saúde – 10 alunos; Gestão da Vigilância Sanitária – GVISA – 48 alunos; e, Gestão de Emergências em Saúde Pública – GESP– 80 alunos.

## CONCLUSÃO

Os cursos utilizaram de metodologias ativas de ensino-aprendizagem (PBL, TBL, problematização, etc.) e contemplaram a elaboração de 24 Projetos Aplicativos elaborados em grupos de 12 especializandos. Possibilitou assim o aprofundamento dos conteúdos relacionados às áreas de competência previstas. Uma estratégia educacional que possibilitou a revisão de conceitos e paradigmas educacionais e da saúde, representando uma oportunidade de disparar processos de mudanças efetivas no modo de produzir ações de saúde e contribui para a construção de autonomia dos profissionais de saúde para lidar com as situações que permeiam o cotidiano do trabalho. As temáticas dos PA's estavam diretamente relacionadas ao objeto do curso no contexto de Curitiba, possibilitando na prática a avaliação e a reorganização do cuidado nos diferentes espaços de produção de saúde. Do diagnóstico até a definição de metas para implementação de ações, os estudantes produziram conhecimentos ativamente, envolvimento dos atores do seu cotidiano. Uma oportunidade ímpar para o fortalecimento do SUS Curitiba.

## REFERÊNCIAS

- Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio-Libanês - IEP/HSL. Projeto “Gestão da Clínica no SUS – GCSUS” – Cadernos dos Cursos. Ed. IEP/HSL. São Paulo, 2012.
- Freire, Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996. – (Coleção Leitura) ISBN 85-219-0243-3
- Phelippe Perrenoud, Monica Gather Thurler, Lino de Macedo, Nilson José Machado, Cristina Dias Alessandrini. As Competências para ensinar no Século XXI: a Formação dos Professores e o desafio da Avaliação. Artmed Editora. Porto Alegre, 2002. 176 p.



“O projeto de apoio ao SUS é resultado de parcerias entre órgãos públicos e privados para investir na formação dos trabalhadores. A intenção é promover o desenvolvimento profissional articulando conhecimentos, habilidades, atitudes, valores, bem como sua aplicação na solução dos problemas do SUS”  
 (Silveira F<sup>o</sup>, 2013)

## Estrutura Educacional

Autoria (A) e Capacitação de Facilitadores (C)**		Desenvolvimento das atividades com especializandos – Encontros locais – EL Educação Permanente de facilitadores – EP																											
A	A	A	C	C	C	EL	EP	EL	EP	EL	EP	EL	EP	EL	EP	EL	EP	EL	EP	EL	EP	EL	EP	EL	EP				
1	2	3	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		
No. De meses						I Unidade Educacional ***				II Unidade Educacional				III Unidade Educacional				IV Unidade Educacional				V Unidade Educacional				VI Unidade Educacional			
No. De semanas																													

Fonte: Caderno dos Cursos de Especialização IEP/HSL 2013

## Perfil dos Especializandos

Pré-requisito	Ter formação de nível superior – universitária completa.
Diretriz geral	Composição de grupos, para cada curso de especialização, formados por profissionais que configurem: <ul style="list-style-type: none"> <li>diversidade de núcleo profissional/área de formação;</li> <li>diversidade de cenários de atuação considerando a vinculação à região de saúde estabelecida e contemplando serviços de gestão municipal e estadual;</li> <li>compromisso com o fortalecimento do SUS em suas regiões;</li> <li>motivação para participar de processos e iniciativas de transformação da realidade.</li> </ul>
Capacidades desejáveis	<ul style="list-style-type: none"> <li>de comunicação e de trabalho em equipe;</li> <li>de negociação e construção de pactos nas Regiões de Saúde;</li> <li>de articulação e mobilização de coletivos, coordenação e gestão de recursos;</li> <li>de liderança e protagonismo;</li> <li>de resiliência, responsabilização e construção de vínculo com a população;</li> <li>afinidade com metodologias ativas;</li> <li>atuação em processos de formação no seu espaço de trabalho;</li> <li>atuação em colegiados de gestão.</li> </ul>
Disponibilidade requerida	<ul style="list-style-type: none"> <li>para participação de todos os encontros presenciais (conforme cronogramas apresentados no Anexo I) e de no mínimo, quatro horas semanais, para estudos e pesquisas;</li> <li>acesso a computadores e recursos de conectividade na Internet.</li> </ul>
Área de atuação e/ou experiência segundo curso de especialização:	
Gestão da Clínica nas Regiões de Saúde:	Atenção direta em serviços de saúde – atenção primária, equipes de apoio matricial, NASF, atenção especializada ou de referência, serviços de urgência/emergência, serviços hospitalares vinculados ao SUS; Em serviços de apoio técnico à atenção; Em gestão de serviços e sistemas de saúde; Em atividades de formação de pessoas nos cenários do SUS.
Regulação em Saúde no SUS:	Vinculação direta às funções de regulação, controle e auditoria, e avaliação; Atenção direta em serviços de saúde – atenção primária, equipes de apoio matricial, NASF, atenção especializada ou de referência, serviços de urgência/emergência, serviços hospitalares vinculados ao SUS; Em serviços de apoio técnico à atenção vigilância; Em gestão de serviços e sistemas de saúde (planejamento, informação, gestão da assistência, outros).
Educação na Saúde para Preceptores do SUS:	Profissionais dos serviços e/ou das instituições de ensino; Com vinculação direta à formação e desenvolvimento de pessoas nos cenários do SUS; Envolvidos em processos educacionais na saúde na graduação, pós-graduação, cursos técnicos e de atualização; Envolvidos na gestão dos processos educacionais e da articulação ensino serviço.

Fonte: Caderno dos Cursos de Especialização IEP/HSL 2013





# ACESSO AVANÇADO, UM NOVO OLHAR SOBRE O ACOLHIMENTO

Autor principal/relator: Larissa Cristiane Vaz-Gomes  
Colaboradores: Barbara Kawall Connoly-Barreiros, Luana Tonin, Maria Eduarda de Luca Alves-Wuicik, Nicole Karina Nicolaiko-Temperly

Local de Trabalho: US Bairro Alto, US Nossa Senhora Aparecida, US Solitude  
Eixo Temático: Vivências e narrativas sobre práticas do cuidado em diversos cenários



## INTRODUÇÃO

O acesso aos serviços de saúde tem sido discutido na atualidade e novas práticas surgem. Em 2013 a Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba (SMS) na vanguarda de um movimento que procura melhorar estas práticas implementou o Acesso Avançado. O objetivo deste trabalho é discutir esta prática no âmbito de três Unidades de Saúde (US) de Estratégia de Saúde da Família (ESF).

## DESENVOLVIMENTO

O Acesso Avançado é uma estratégia que preconiza “fazer hoje o trabalho de hoje”<sup>2</sup>, resolvendo necessidades de saúde próximo a sua residência<sup>1</sup>. Instrumentalizando esta mudança, a SMS de Curitiba lançou uma cartilha<sup>1</sup> com orientações. Na US Bairro Alto ele foi implementado em abril/2014, com metas: consultas pré-agendadas ocupando no máximo 20% do dia e avaliação sem horário fixo. A maior parte da população comparece ainda no início da manhã e da tarde, o que dificulta a avaliação contínua. Houve grande progresso em direção ao atendimento da demanda diária. Na US Nossa Senhora Aparecida o projeto iniciou em agosto/2013, com a cessação dos agendamentos prévios – havia fila de espera de até 4 meses. Em 2014 as agendas ficaram disponíveis, e hoje não há fila: o usuário é atendido no mesmo dia em que procura a US. Houve discussões sobre retornos e pré-agendamentos, e as equipes reservam no máximo 20% da agenda para estes. A avaliação ocorre o dia todo, contudo muitos usuários ainda chegam de madrugada e espera-se mudanças para maior resolutividade. A US Solitude iniciou a prática em abril/2014. O agendamento de consultas que demorava até 2 meses passou a ser realizado com rapidez - fila de espera atual máximo 2 semanas. As consultas pré-agendadas (antes 50%) hoje não ultrapassam 10%. O acolhimento é realizado por equipe.

Unidade de Saúde	Distrito Sanitário	Horário de funcionamento	Região da cidade	Habitantes	Equipes de ESF	Máximo de 20% de pré-agendamentos	Avaliação durante todo o horário de funcionamento da US	Encaminhamento para UPA	Acolhimento por Equipe
US Bairro Alto	Boa Vista	7h - 22h seg a sex 8h - 14h sábado	Norte	16mil	5	Parcial	Parcial	Parcial	Não
US Nossa Senhora Aparecida	Bairro Novo	7h - 17h seg a sex	Sul	15mil	3	Atingida	Atingida	Parcial	Não
US Solitude	Cajuru	7h - 19h seg a sex	Centro	15mil	4	Atingida	Atingida	Parcial	Manhã – Sim Tarde – Não

Tabela 1 - Características da US



Tabela 2 - Promoção do Acesso Avançado



## CONCLUSÃO

O Acesso Avançado é uma estratégia de acolhimento que revolucionou a relação entre serviço e usuários, e a chave para uma Atenção Primária à Saúde resolutiva depende de um acesso facilitado, em que a pessoa vinculada àquela equipe consiga um atendimento quando precisa, no horário adequado e com a forma de agendamento mais confortável<sup>1</sup>. Considera-se não apenas o atendimento médico, mas sim da equipe de saúde como um todo e as experiências mostram que uma mudança é possível.

## REFERÊNCIAS

1. SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE CURITIBA. Novas possibilidades de organizar o Acesso e a Agenda na Atenção Primária à Saúde. Disponível em: <[http://arquivos.leonardof.med.br/SaudeCuritiba\\_CartilhaAcessoAvancado\\_2014-06-05.pdf](http://arquivos.leonardof.med.br/SaudeCuritiba_CartilhaAcessoAvancado_2014-06-05.pdf)> Acesso em: 20 de nov. 2014.
2. MURRAY, Mark; TANTAU, Catherine. Same-day appointments: Exploding de Access Paradigm. Family Practice Management, EUA, n.7, set.2000. Disponível em: <<http://www.aafp.org/fpm/2000/0900/p45.html>>. Data de acesso: 20 nov. 2014.

# AMBIÊNCIA NA UNIDADE DE SAÚDE COMO ESTRATÉGIA DE HUMANIZAÇÃO

Autor principal/relator: Jomali Ferro Maestrelli  
Colaboradores: Ana Maria Boarão e Silmara  
Mali Socoloski

Local de Trabalho: Unidade de Saúde União das Vilas  
Eixo Temático: Gestão em Saúde



## INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Humanização, instituída para qualificar a gestão e atenção em saúde, trouxe como um dos eixos norteadores o acolhimento, neste contexto insere-se o conceito de ambiência como tratamento dado ao espaço físico, que deve proporcionar uma atenção resolutiva, acolhedora, além de ser uma ferramenta facilitadora do processo de trabalho funcional favorecendo a otimização de recursos e o atendimento humanizado.

## DESENVOLVIMENTO

Foi criado na Unidade de Saúde União das Vilas um espaço dedicado às crianças que permita o adequado acolhimento dos pequenos, estimule a interação com as demais crianças que estão aguardando para consulta médica pediátrica ou então aguardando sua vez na sala de vacina.

Também para incrementar o envolvimento e a interação entre as crianças foi colocado brinquedos lúdicos, desenhos para colorir, livros, gibis.

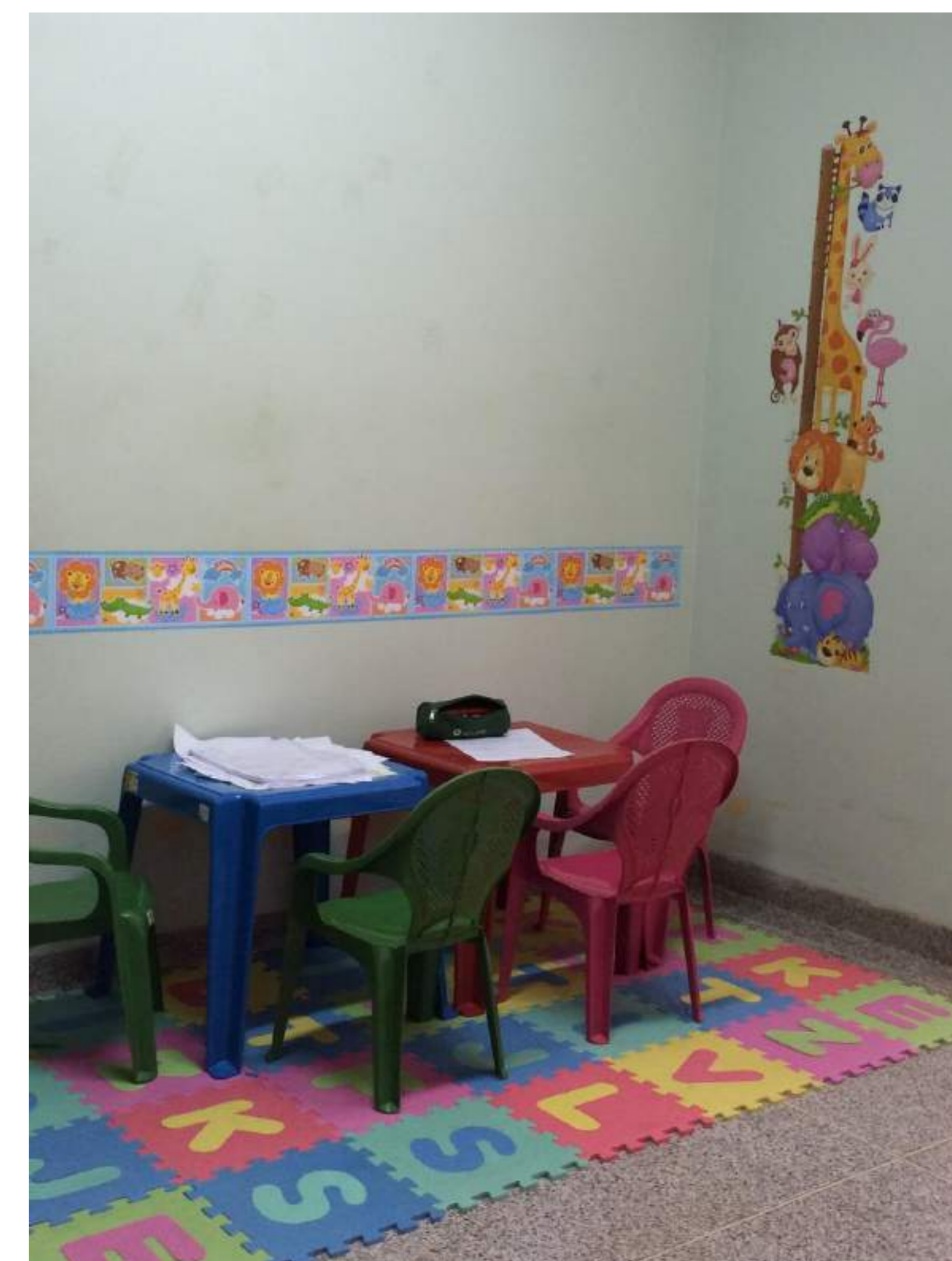
A estratégia adotada obteve uma excelente aceitação dos pequenos usuários da Unidade de Saúde, com significativa melhora no comportamento das crianças em sala de vacina, bem como aprovação do espaço por todos os responsáveis.

## CONCLUSÃO

A criação e implantação do espaço criança com o intuito de cuidar da ambiência da Unidade de Saúde, confirmou a importância da interação entre as crianças com o serviço de saúde, para uma assistência que seja harmônica, acolhedora, contribuindo para produção de saúde e o bem estar das crianças.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Ambiência*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/hijg/gth/Ambi%C3%Aancia.pdf>



# MAPA INTELIGENTE: PLANEJAMENTO DE AÇÕES EM SAÚDE

Autor principal/relator: Janete Marchetti, Carolina P. de A. P. Foronda

Colaboradores: Ana Elisa G. da Silva, Ana Luiza de Paula, Elizabet F.Y. Yokohama, Giseli Ap. A. de Souza, Leandro A. de Maso, Lucinéia dos S. G. da Silva, Zilda ap. dos Santos

Local de Trabalho: Unidade de Saúde Uberaba de Cima.

Eixo Temático: Planejamento e Monitoramento das Ações em Saúde



## INTRODUÇÃO

Um dos princípios da organização da APS é a territorialização e adscrição da população. O agente comunitário de saúde (ACS) trabalha com uma área definida e é responsável pelo acompanhamento desta população. É o elo de ligação entre as famílias e a unidade de saúde. O mapa inteligente é ferramenta que ilustra em detalhes de riqueza cada micro área, proporciona reflexões das diversas situações de saúde e planejamento de ações. Considerado a geografia e o ambiente, delimitação do território, área de risco, as potencialidades e equipamentos de apoio bem como o perfil da população. Neste trabalho cada ACS da UBS Uberaba de Cima do Distrito Sanitário Cajuru, desenvolveu o mapa inteligente da sua micro área de atuação.

## DESENVOLVIMENTO

Iniciamos a produção do mapa a partir da necessidade de conhecer o território e identificar os equipamentos dentro da área de abrangência da unidade. A confecção do mapa inteligente de cada micro área envolveu os ACS, a enfermeira PACS, a coordenação da unidade bem como toda a equipe de saúde no conhecimento do território. O mapa esta sendo montado em três momentos no primeiro a identificação e delimitação do território com os equipamentos, no segundo momento descreveremos o perfil da população e o terceiro fecharemos com o planejamento das ações.

A promoção e prevenção das ações de saúde, o processo de trabalho no nível local, o trabalho em rede, a implantação de melhorias no atendimento e controle de agravos, melhorando os indicadores será possível através do mapa inteligente.

## CONCLUSÃO

A confecção do mapa inteligente esta contribuindo no conhecimento detalhado das micro áreas de atuação de cada ACS, na visualização dos problemas existentes em conjunto com a equipe de saúde. Os desafios à serem superados, padronização de processos, o acompanhamento e monitoramento das ações, bem como o planejamento destas.

Concluimos que o mapa inteligente é importante ferramenta de gestão, que norteia a organização do processo de trabalho da equipe por considerar o ambiente e o perfil populacional da área de abrangência.

Essa organização reflete na melhoria dos indicadores de saúde.

MAPA DA ÁREA DE ABRANGENCIA DA UNIDADE BASICA DE SAÚDE UBERABA DE CIMA

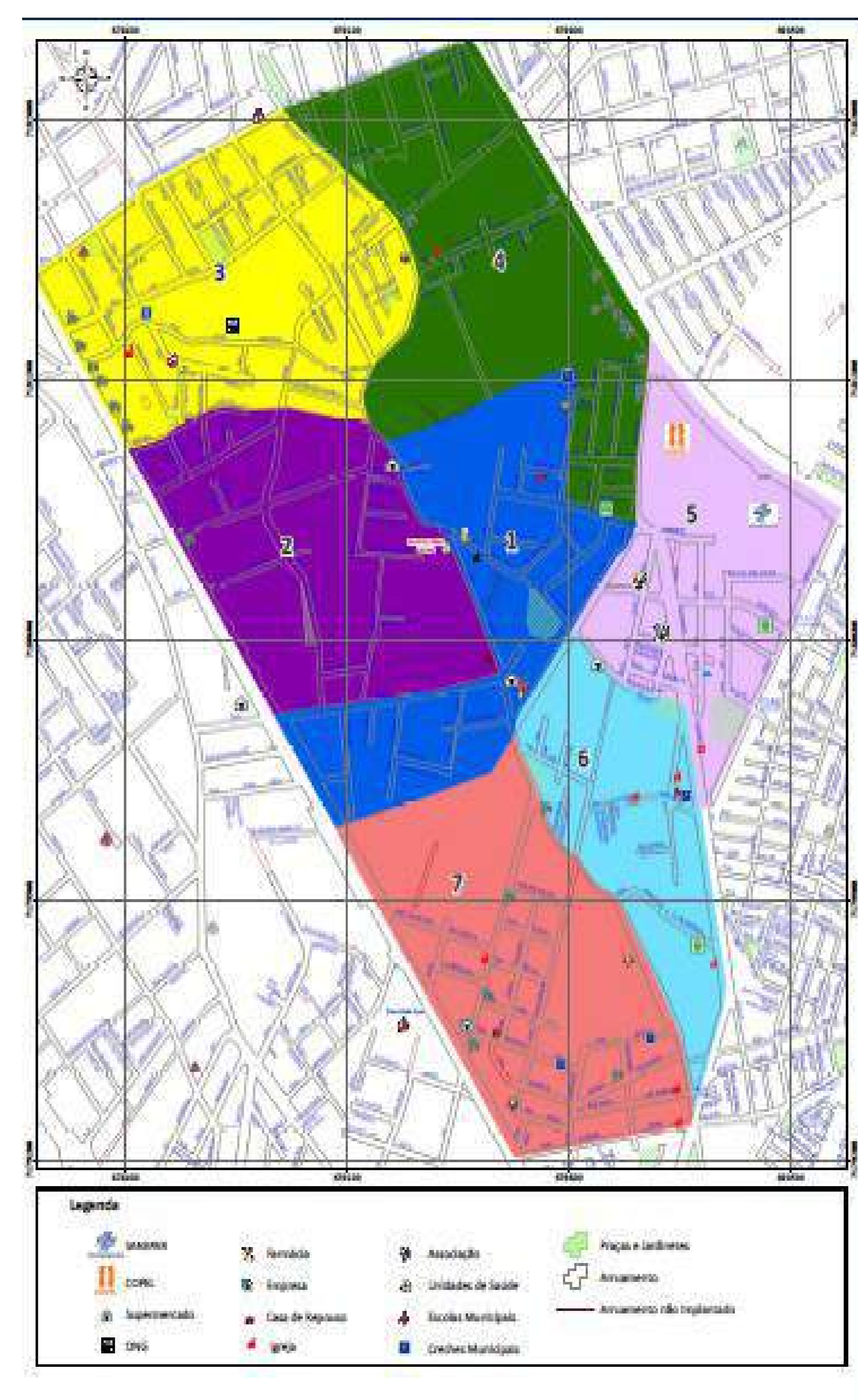


Fig.1 . Mapa da de identificação, delimitação e equipamentos do território

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

GONDIM, Roberta et al. Qualificação de Gestores do SUS – 2 ed. rev. ampl. – Rio de Janeiro, RJ: EAD/Ensp, 2011.

# SAÚDE INTEGRAL NA ADOLESCÊNCIA

Autor : Clara Maria Reynaud  
Colaborador: Eriberto Jordão

Local: US Pompéia  
Eixo Temático: Saúde Bucal APS/ESF



## INTRODUÇÃO

Como parte integrante do Programa Saúde na Escola (PSE) coordenado por profissional da saúde, e do Projeto Saúde na Escola coordenado por profissional da educação, são desenvolvidas atividades com o objetivo principal de promover a Saúde Bucal como parte da Saúde Integral na Adolescência, dos alunos do Colégio Estadual Beatriz Ansay, situado na área de abrangência da US Pompéia.

## DESENVOLVIMENTO

Em 2013 iniciamos Saúde e Educação, um primeiro trabalho em saúde bucal neste mesmo Colégio, e que consideramos insuficiente, por não dispor de tempo suficiente para sua efetiva elaboração. Diante dessa experiência, em 2014 iniciamos os trabalhos no início do ano com reunião entre setor pedagógico, direção, profissional de saúde e educação.

Organizamos o cronograma, discutimos a metodologia, a frequência e o horário. O tempo decorreu de maio à outubro, uma vez por semana, oito horas. Foram trabalhadas 36 turmas com média de 32 alunos cada, do 6º ano do ensino fundamental ao 3º ano do ensino médio. Usando o espaço físico do laboratório da escola, trabalhamos 1 hora e 40 minutos com uma turma por vez. Cada aluno recebeu uma escova dental que foi usada para realizar a avaliação bucal.

A educação em saúde foi realizada através de rodas de conversa, material audiovisual, orientações sobre as doenças da boca e como preveni-las. Com uso do “Kit Bocão” puderam visualizar a evolução da cárie e aprenderam como realizar uma higiene correta.

## CONCLUSÃO

O cronograma foi cumprido com sucesso sem maiores problemas. Conseguimos um maior fortalecimento de vínculos entre profissionais de saúde e educação e principalmente com os alunos que na grande maioria pertencem à área de abrangência da US. Consideramos o resultado bastante positivo o que pudemos constatar através da procura pelo atendimento/tratamento na US da maioria dos alunos que foram informados da necessidade de buscar os serviços. Houve melhora na higiene bucal dos alunos. E nós, profissionais, constatamos que perseverar é o caminho.



# O SERVIÇO DE CLÍNICA FARMACÊUTICA E O USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS

Autor principal/relator: Beatriz R.D.Patriota  
Colaboradores: Marina Y. Miyamoto e Mariana R.Gomes

Local de Trabalho:NASF CJ 1 E NASF CJ2.  
Eixo Temático: ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA



## INTRODUÇÃO

O consumo de medicamentos no Brasil tem dimensões estruturais, políticas, sociais e histórico-culturais. Seu acesso é desafio aos gestores que além de garantir uma terapêutica eficaz e segura, deve promover seu uso racional.

Este trabalho relata os mais prescritos na instituição, a influência do acesso nos dados e pontos relevantes à farmacoterapia.

## DESENVOLVIMENTO

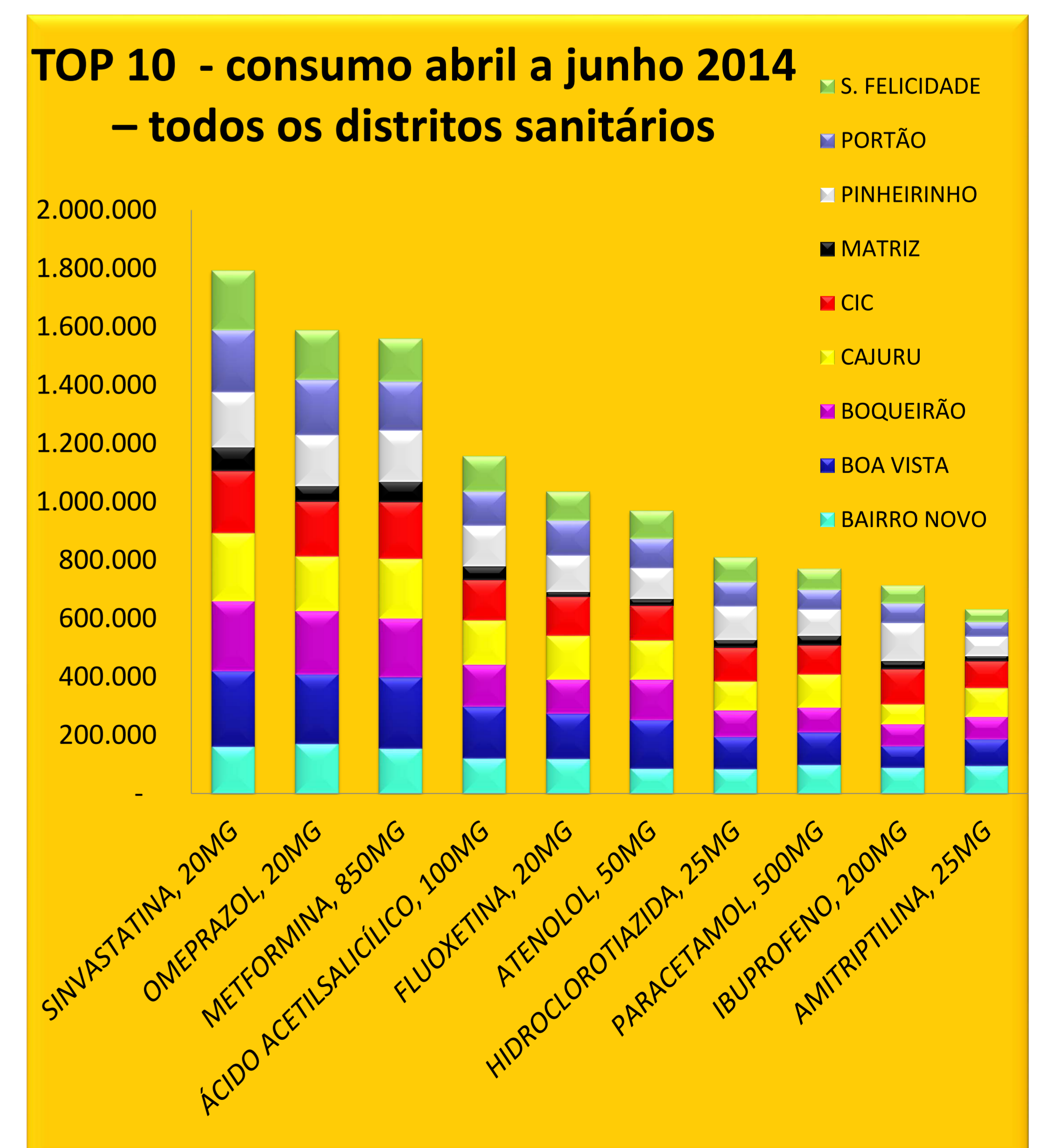
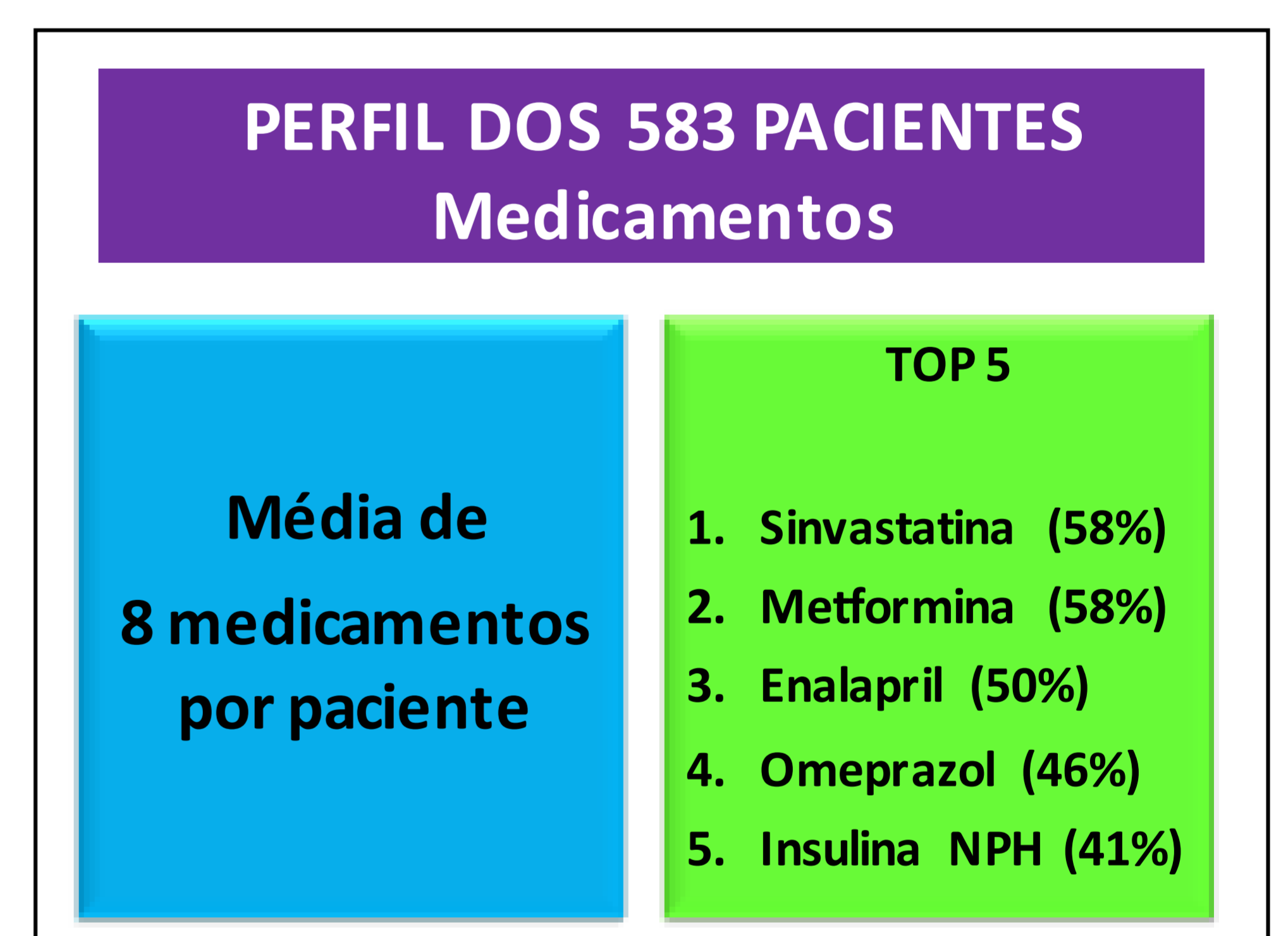
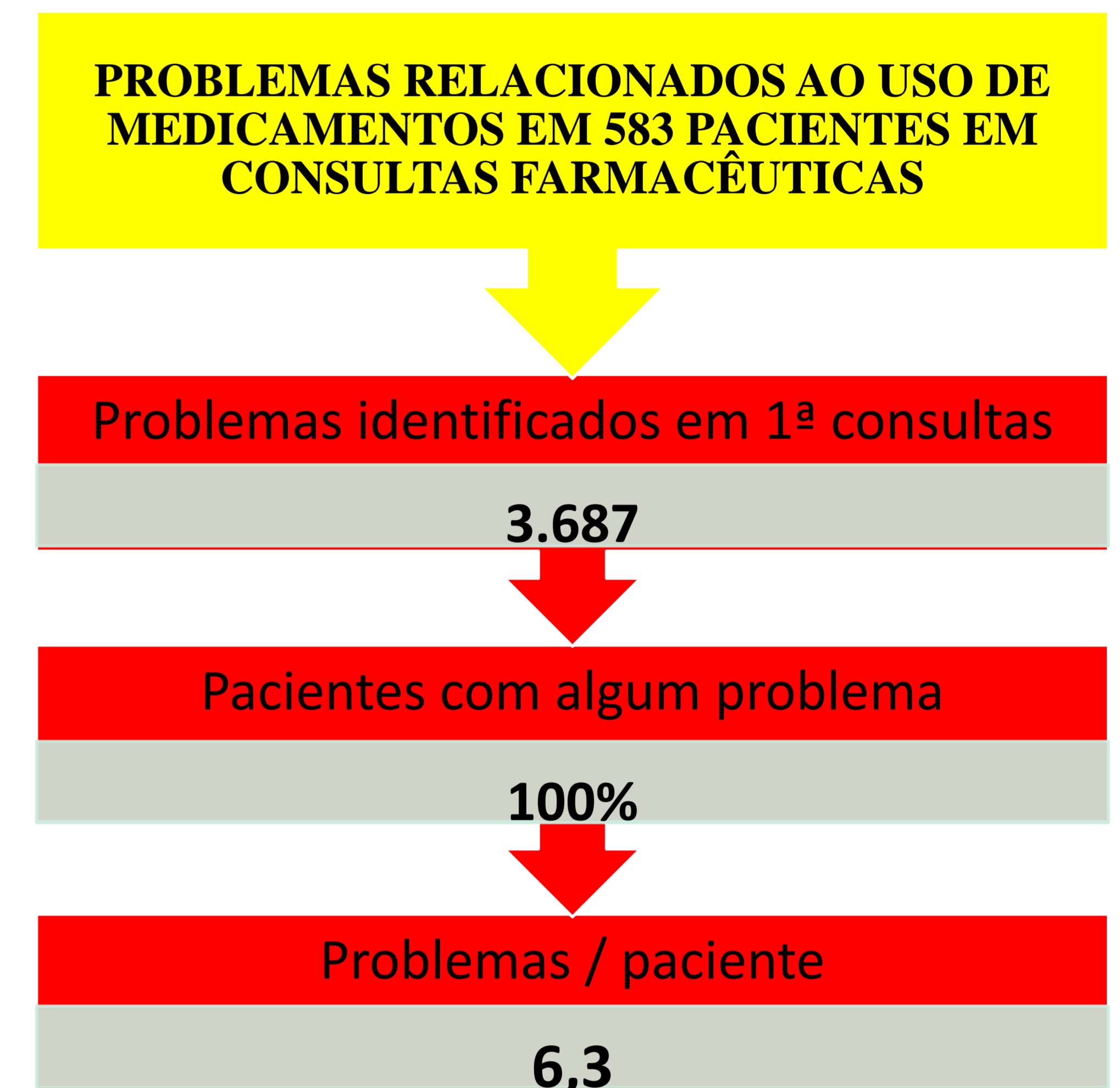
O serviço do profissional farmacêutico inseridos na Atenção Básica da SMS de Curitiba está passando por grandes mudanças, deixando de cuidar do medicamento apenas como produto, passando à visão holística do paciente e ofertando serviços de orientação através das consultas farmacêuticas. Desde abril de 2014, farmacêuticos realizam consultas nas Unidades de Saúde com o objetivo de orientar melhor aos pacientes que utilizam mais de cinco medicamentos (polimedicados) e apresentam duas ou mais patologias associadas, a fim de evitar erros na utilização da farmacoterapia e promover o seu uso racional. Por meio dessas consultas verificaram-se inúmeros problemas relacionados ao uso dos medicamentos comprometendo a eficácia da terapêutica proposta. Muitos desses problemas estão relacionados aos medicamentos mais dispensados nas Unidades de Saúde de Curitiba.

## CONCLUSÃO

Garantir o acesso ao medicamento não é suficiente para garantir o seu uso racional e conseqüentemente a eficácia da farmacoterapia proposta ao paciente. A consulta farmacêutica é altamente relevante à população para gestão das suas condições de saúde e tratamentos visando o uso racional, a otimização dos recursos e melhoria dos resultados em saúde e qualidade de vida dos pacientes

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, P. M.; BLICIE J. B. R.; JÚNIOR, D. P. Avaliação de indicadores de estrutura e processo de um serviço de Atenção Farmacêutica na Farmácia Popular do Brasil: um estudo piloto. *Rev Ciênc Farm Básica Apl.*, 2013;34(3):401-410.



# TELESSAÚDE DE NEUROLOGIA: ponte, qualificação e educação continuada.

Autor principal/relator: Alessandra Sekscinski.

Local de Trabalho: Unidade Municipal de Saúde  
Ouvidor Pardinho ESF.  
Eixo Temático: Serviço de apoio diagnóstico e terapêutico



## INTRODUÇÃO

A Unidade Municipal de Saúde Ouvidor Pardinho no ano de 2013 passou por várias mudanças em sua estrutura de trabalho. O atendimento prestado era voltado a clientes acima de 14 anos além da coexistência de especialidades. Após a mudança se iniciou um processo de gestão compartilhada visando a resolutividade nos atendimentos. Um dos acréscimos positivos foi o Telessaúde de neurologia, servindo de ponte entre o especialista e a Unidade de Saúde (US), qualificando a fila de espera e propiciando aos médicos da unidade a educação continuada através da revisão e aprimoramento dos conhecimentos.

## DENVOLVIMENTO

Em 20 de dezembro de 2013, o Secretario de Saúde assinou a Portaria N°176 instituindo o “...Sistema de Regulação de Neurologia Adulto no âmbito do Sistema Único de Saúde de Curitiba...”. Dessa forma todos os pacientes acima de 14 anos encaminhados para neurologia serão avaliados através de uma plataforma eletrônica por médicos teleconsultores e telerreguladores através do Núcleo Técnico Científico do Telessaúde (NUTES) da Universidade Federal do Paraná (UFPR). Os pacientes avaliados pelo médico da Unidade e que necessitem do especialista em neurologia têm seu caso registrado no E-Saúde e são sinalizados para serem inseridos na plataforma do Telessaúde. Dependendo da descrição do quadro, pode ser necessária a complementação das informações fornecidas primariamente.

A fim de assessorar ao médico assistente (como é chamado o médico da US), o teleconsultor envia através da telerregulação farto material sobre queixas mais comuns dos pacientes, como por exemplo: cefaléia, vertigem, tontura, enxaqueca, facilitando a identificação dos casos e as devidas condutas a serem tomadas.

Quando o caso está devidamente embasado e/ ou se faz necessária intervenção do neurologista, a consulta é agendada para o Hospital de Clínicas (HC) em torno de 15 dias, após a telerregulação. Outras vezes, o encaminhamento se resolve apenas com a solicitação de tomografia computadorizada de crânio (TAC) sendo usada para diagnóstico diferencial.

## CONCLUSÃO

Desde a implantação do Telessaúde de Neurologia, mais de 250 pacientes foram telerregulados. Destes, em torno de 10 a 15 % foram agendados por serem casos de real necessidade do especialista. Os demais seguiram em tratamento com a Atenção Primária à Saúde representada pela US. Em nossa opinião, se faz necessário esse modelo de trabalho com outras especialidades como ortopedia e cardiologia, por exemplo, no intuito de agilizar o atendimento às queixas da clientela atendida na rede municipal de Curitiba.



# RESPALDO LEGAL PARA A CONSTRUÇÃO DE UMA CARTA DE SERVIÇOS EM FONOAUDIOLOGIA

Autor/relator: Paula Regina Jardim Campos  
Colaborador: Sandra Aparecida de Jesus Oliveira

Local de Trabalho: NASF DSBQ e DSBN.  
Eixo Temático: Carteira de Serviços



## INTRODUÇÃO

Mapear o panorama das possibilidades de atuação Fonoaudiológica realizando um paralelo com as legislações federais e municipais existentes no âmbito da saúde, apresentando a Carta de Serviços da Fonoaudiologia, de modo a propor um modelo de Atenção Fonoaudiológica que contemple a Promoção da Saúde

## DESENVOLVIMENTO

Programa	Justificativa	Base legal	Ação Fonoaudiologica
Saúde Auditiva	Triagem para <b>deteção precoce</b> , ainda na maternidade de possíveis alterações auditivas, sendo que os casos alterados devem ser encaminhados para Centros de Referência em Audiologia para avaliação e acompanhamento	<b>1. Triagem Auditiva Neonatal</b> Teste da Orelhinha – Portaria GM 2073/2004	A perda auditiva compromete a recepção e inteligibilidade dos sons devido a diminuição da acuidade auditiva (independente do tipo ou grau de perda) tendo um risco potencial para a aquisição desenvolvimento da linguagem, fala, funções cognitivas, aprendizagem <b>comprometendo a inclusão social</b> da criança e a <b>qualidade de vida</b> do adulto pois gera afastamento e dificuldades relacionais. O Fonoaudiólogo é o profissional habilitado para realizar a avaliação auditiva, indicação do aparelho de amplificação sonora individual e a terapia auditiva. Portanto elemento fundamental para o sucesso de políticas em saúde auditiva!
	Ação <b>Interministerial</b> (Ministério da Educação e Ministério da Saúde) com finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção a saúde	<b>2. Programa Saúde na Escola</b> Decreto n 6.286/2007 Portaria GM 2073/2004	
	Torna <b>obrigatória</b> , nos postos de saúde, creches e unidades escolares do Município de Curitiba, a realização de <b>testes audiológicos periódicos</b> , tendo como objetivo a identificação de perdas auditivas para todas as crianças em berçários, creches, escolas e centros municipais	<b>3. Avaliação Auditiva em Escolares</b> Lei 11393/2005 Portaria GM 2073/2004	
Saúde Materno Infantil	O Aleitamento materno, enquanto estratégia isolada é a que possui <b>maior impacto na mortalidade infantil</b> , tendo repercussão direta ou indireta na vida futura do indivíduo intervindo na <b>redução de doenças crônicas</b> (diabetes, hipertensão e obesidade), bem como na diminuição do risco de cancer de mama, ovários e diabetes (tipo II) na mulher que amamenta. Como ganhos secundários do aleitamento há também a <b>promoção da saúde física e mental</b> , por meio do estreitamento de vínculo entre a mãe e o bebê	<b>4. Iniciativa Hospital Amigo da Criança</b> Portaria GM 756/2004	Acompanhamento a Puericultura, envolvendo ações de <b>incentivo e orientação ao aleitamento materno, transição alimentar</b> , estímulo da <b>linguagem</b> da criança, bem como sinais de alerta para perda auditiva na infância e atrasos no desenvolvimento global, realizando o monitoramento e acompanhamento da investigação auditiva
		<b>5. Rede Cegonha</b> Portaria GM 1459/2011	
Saúde do Idoso	O IBEGE prevê um <b>aumento da expectativa de vida</b> e com isso um significativo aumento da população idosa no país que justifica a criação de uma política específica para essa fase da vida.	<b>6. Atenção a Saúde do Idoso</b> Portaria GM 2.528/2006	Avaliação e atendimento nas áreas da audição, linguagem, comunicação, deglutição. Inserido na <b>linha de cuidados</b> aos doentes com AVC.
Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)	São ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação realizadas a domicílio. Tem por objetivo <b>reduzir</b> a demanda por <b>atendimento hospitalar</b> , diminuição do tempo de <b>internamento, humanização</b> do cuidado e ampliação da <b>autonomia</b> dos usuário. O atendimento é realizada por Equipes Multiprofissionais	<b>7. Melhor em casa</b> Portaria 2029/2011 PortariaGM 2527/2011 Portaria 1533/2012	A inclusão do Fonoaudiólogo visa: promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, atendimento nas áreas da linguagem, comunicação, deglutição. <b>Beneficia pacientes acamados e ou com dificuldades de locomoção.</b>
Rede de Atenção Básica à Saúde	Busca garantir ao usuário a <b>integralidade do cuidado</b> , fundamentando-se na lógica da Atenção Primária à Saúde como primeiro nível de atenção atuando de forma <b>resolutiva</b> nos primeiros cuidados, coordenando e <b>articulando</b> o cuidado com outros pontos de atenção (redes de serviços). Promove a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúdenas diferentes fases da vida.	<b>8. Núcleo de Atenção a Saúde da Família (NASF)</b> Portaria GM 154/2008 Portaria 2488/2011 Decreto 560/2013	A inserção do profissional na atenção primária à saúde objetiva contemplar os três níveis de atenção à saúde na atenção fonoaudiológica, conforme preconizado pelo SUS significa <b>Todas ações descritas anteriormente podem ser desenvolvidas pelo Fonoaudiólogo no NASF.</b>

## CONCLUSÃO

Propor políticas públicas e formas de inserção da Fonoaudiologia na Atenção Primária a partir do respaldo legal existente de forma a produzir um cuidado fonoaudiológico mais alinhado com a prevenção e promoção da saúde.

## REFERÊNCIAS

CAMPOS, P. R. J et all Atuação Fonoaudiológica na Atenção Primária à Saúde – proposta para a Prefeitura Municipal de Curitiba – PR I Seminário Nacional de Planejamento e Desenvolvimento (anais) Curitiba, 2013

# CONFISSÕES DE ADOLESCENTES

Autor principal/relator: SANTOS Z.F. D. G.  
Colaboradores: ESCUCIATTO L.P., FUKUMOTO P.K.,  
GODOY J., GOMES M.N., KOCH P.P.

Local de Trabalho: Colégio Estadual Senhorinha  
de Moraes Sarmiento, no bairro Cajuru.  
Eixo Temático: Gênero/Sexualidade



## INTRODUÇÃO

Relato de experiência do trabalho desenvolvido numa escola com o objetivo de repassar aos estudantes informações relacionadas à sexualidade, enfatizando o conhecimento anatômico do corpo pós-púbere, os cuidados com a higiene íntima, os métodos contraceptivos disponibilizados gratuitamente nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e também a importância do sexo seguro na prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis. Além disso, objetivamos também avaliar o grau de conhecimento dos adolescentes sobre o tema abordado.

## DESENVOLVIMENTO

O trabalho foi aplicado em oito turmas da sexta série do Colégio Estadual Senhorinha de Moraes Sarmiento, do bairro Cajuru, com um total de 138 alunos – 79 do sexo feminino, 59 do sexo masculino. Inicialmente realizamos uma pesquisa prévia questionando os alunos sobre qual tema eles gostariam que tratássemos. Por votação, a maioria escolheu o tema “sexualidade”.

Para melhor trabalhar e expor o tema para os alunos, decidiu-se dividir as salas entre meninos e meninas, cada gênero ocupando um ambiente distinto do outro, para que pudessem se sentir mais livres para participar e questionar. As principais dinâmicas realizadas foram as intituladas “O Semáforo”, e “Festa dos Fluídos”.

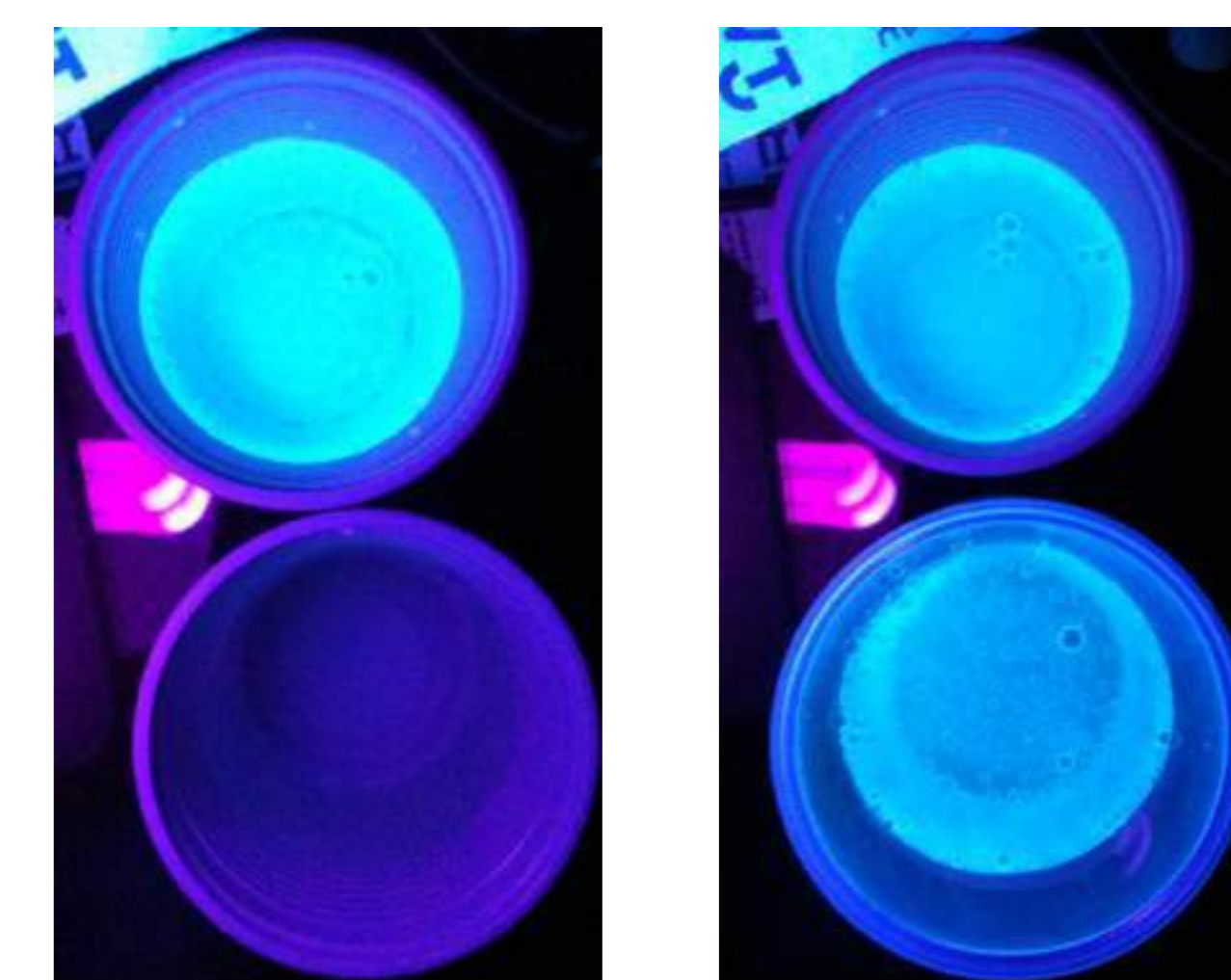
Após a realização das atividades, foram distribuídos questionários para que os alunos respondessem perguntas como “Você já teve algum tipo de orientação sexual?”, entre outras. Por fim, distribuimos cartilhas educativas da Secretaria Municipal de Saúde, com explicações sobre o tema abordado.

## CONCLUSÃO

Dentre nossos principais resultados, pode-se perceber o desconhecimento dos adolescentes sobre temáticas corriqueiras, tal como métodos preventivos e exames ginecológicos femininos. Com isso pudemos sugerir à escola e a UBS abordagem de temas relacionados e preventivos, a partir das principais dúvidas dos alunos.

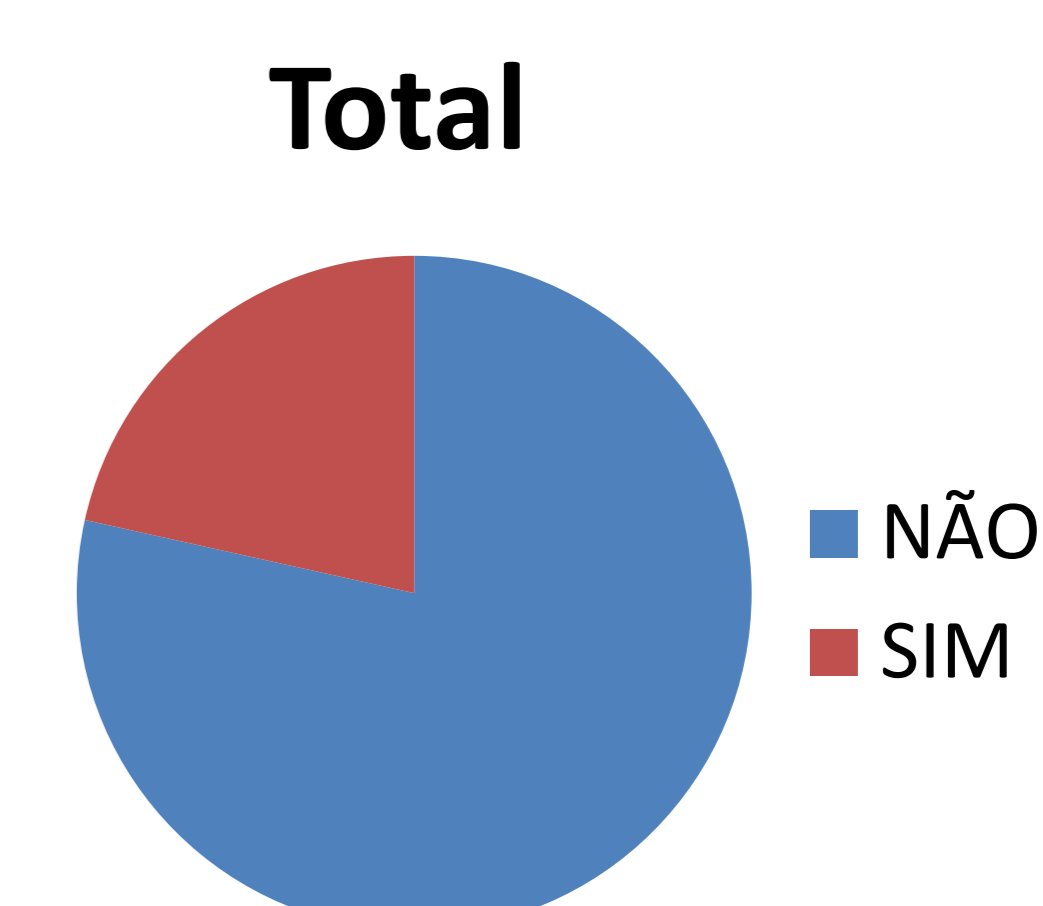
## REFERÊNCIAS

CANO, M.A.T.; FERRIANI, M.das G.C. Sexualidade na adolescência: um estudo bibliográfico. Rev.latinoam.enfermagem,Ribeirão Preto, v. 8, n. 2, p. 18-24, abril 2000.



Já fez algum exame ginecológico?

EXAME GINECOLÓGICO	QUANTIDADE	%
SIM	17	22%
NÃO	62	78%



Sabe fazer o uso da camisinha?

USO DO PRESERVATIVO	QUANTIDADE E MENINAS	QUANTIDADE E MENINOS	%	%
SIM	31	39	39%	66%
NÃO	48	20	61%	34%





# A CONSTRUÇÃO DE UMA OFICINA TERAPÊUTICA E A OPORTUNIDADE DO TRABALHO MULTIPROFISSIONAL E INTERDISCIPLINAR NO ÂMBITO DO PET SAÚDE

Autor principal/relator: Chayanne Federhen<sup>1</sup>  
Colaboradores: Valquíria Zanetti<sup>1</sup>; Beatriz Patriota<sup>2</sup>;  
Linda Morishita<sup>2</sup>; Derivan S. Brito<sup>1</sup>; Eliane Gomes<sup>1</sup>

Local de Trabalho: <sup>1</sup>Universidade Federal do Paraná; <sup>2</sup>Prefeitura Municipal de Curitiba/SMS

Eixo Temático: Integração Ensino/Serviço



## INTRODUÇÃO

Uma das atividades que vêm sendo desenvolvidas pela equipe PET Saúde/Rede de Atenção Psicossocial é a construção de uma oficina terapêutica sobre adesão ao tratamento destinada a pacientes que apresentem dificuldades em dar seguimento ao seu plano terapêutico. A oficina surgiu a partir da observação dessa problemática na realidade do CAPS III Portão/Curitiba-PR, local de seu desenvolvimento.



## DESENVOLVIMENTO

A atividade é uma construção do grupo, pelos cursos: Terapia Ocupacional e Farmácia que atuam no local, pensando nas atividades multiprofissionais e interdisciplinares preconizadas pelo PET Saúde, assim como nas necessidades do sistema e de seus usuários. Iniciou-se em setembro/2014 com reuniões de planejamento e atualmente está em fase de levantamento das demandas dos pacientes, através da aplicação de questionário. Todo o processo de elaboração da oficina, bem como de sua aplicação, envolve conhecimentos específicos e comuns das áreas de Terapia Ocupacional e Farmácia, de modo geral da área da saúde, permitindo o intercâmbio de informações e a complementariedade das mesmas, resultando na construção de conhecimentos mais sólidos e ricos. Além disso, resulta-se em serviços de maior qualidade ofertados à população, na medida em que apresentam conteúdo mais diversificado em sua construção e atendem com maior completude às necessidades de um sujeito complexo.

## CONCLUSÃO

O trabalho multiprofissional e interdisciplinar se alinha ao atendimento integral à saúde da população e à complexidade do sistema e de seus usuários. É uma necessidade cada vez mais atual. O desenvolvimento de atividades com essa caracterização, propiciada pelo PET Saúde, contribui para a formação de qualidade dos futuros profissionais da saúde que possivelmente estarão inseridos no SUS.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Portaria Interministerial Nº 421, de 3 de março de 2010. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde) e dá outras providências. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/inter-ministerial/103143-421.html>. Acesso em: 14 de novembro de 2014.

# PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PELO TRABALHO PARA SAÚDE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE, 2013 – 2015 (PET- REDES CURITIBA)

Autor principal/relator: : Lêda Maria Albuquerque  
Colaboradores: Antonio Dercy Silveira Filho;  
Elsa Marília Andujar de Oliveira; Gisele Cristine da Silva.

Local de Trabalho: Centro de Educação em Saúde  
Eixo Temático: Educação Permanente



## INTRODUÇÃO

Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde Rede de Atenção à Saúde 2013 – 2015 (PET-Redes) foi instituído por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde do Ministério da Saúde (SGTES/MS), mediante a publicação que regulamenta seu processo de seleção (Edital no14, 08/03/13). O PET Redes propõe estágios acadêmicos interdisciplinares em Cursos de Graduação numa parceria entre as Instituições de Ensino Superior (IES) sendo os equipamentos da SMS Curitiba seu campo de estágio.

## DESENVOLVIMENTO

Os Projetos foram desenvolvidos a partir das necessidades acadêmicas das IES alinhando-se as demandas para formação do novo profissional de saúde, os atuais acadêmicos que futuramente trabalharão no SUS. Posteriormente, os Projetos foram encaminhados para aprovação do MS. Obrigatoriamente deveriam ser apresentados por IES públicas ou filantrópicas. As Redes de Atenção à Saúde (RAS) prioritárias foram: Pessoa com Deficiência (PcD); Doenças Crônicas com enfoque no Câncer de Colo e de Mama; Cegonha; Urgência e Emergência; Atenção Psicossocial (álcool e drogas); e, Saúde Indígena. A Universidade Federal do Paraná (UFPR) integrou os cursos graduação em Medicina, Enfermagem, Odontologia, Farmácia, Nutrição e Terapia Ocupacional. A Faculdade Evangélica do Paraná (FEPAR), os cursos de graduação em Medicina, Enfermagem, Fisioterapia, Nutrição e Psicologia. A Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR), os cursos graduação em Medicina, Enfermagem, Odontologia, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição e Educação Física. A Faculdade Pequeno Príncipe (FPP), os cursos graduação em Enfermagem, Farmácia e Psicologia.

## CONCLUSÃO

Os quatro Projetos foram desenhados garantindo-se as especificidades de cada um deles, num processo de regionalização dos equipamentos da SMS Curitiba para servir como campo de estágio, entendendo ser fundamental uma maior aproximação da gestão das Unidades Municipais de Saúde e as IES. O PET Redes é um importante passo da SMS Curitiba para a construção de um novo modelo na integração ensino-serviço, compreendendo a nova realidade social brasileira que apontam como necessidades um maior alinhamento e integração às necessidades dos serviços de saúde para formação acadêmicas. É uma importante iniciativa da SMS Curitiba voltada a qualificar a formação dos novos profissionais da saúde, pois, compreende que uma verdadeira integração entre a Educação e a Saúde são fundamentais para se garantir os avanços necessários ao SUS. Essa integração somente se efetivará verdadeiramente quando academia e serviço tiverem canais permanentes de comunicação, que produzam contínuas revisões de seus processos de trabalho em ambos os setores. Pretende-se que os setores de educação e os serviços de saúde interajam e produzam mudanças mútuas, com vistas à permanente qualificação das ações de saúde no SUS Curitiba.

## REFERÊNCIAS

- 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
- Arruda, B.C.G. Desafios da educação superior e desenvolvimento no Brasil. Ipea: texto para discussão nº. 1287. Brasília, julho de 2007.
- Arruda, B.C.G. O profissional do século XXI, Editora Record: Rio de Janeiro, 2003.



## Dados do Brasil



Fonte: DEGES/SGTES/MS



Fonte: DEGES/SGTES/MS



# SERVIÇOS FARMACÊUTICOS CLÍNICOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE – UMA EXPERIÊNCIA INOVADORA EM CURITIBA

Autor principal/relator: Beatriz R. D. Patriota  
Colaboradores: Carmem Cristina M. dos Santos; Jussara de Castilho R. Azevedo e Marina Y. Miyamoto

Local de Trabalho: Departamento de Redes de Atenção à Saúde, NASF CJ 1 E NASF CJ2.  
Eixo Temático: ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA



## INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Assistência Farmacêutica inclui ações da farmácia clínica e cuidados farmacêuticos dirigidos ao paciente. A atuação do farmacêutico nas equipes multiprofissionais e no cuidado direto ao paciente pode contribuir para a melhoria dos resultados terapêuticos. Este trabalho relata a inserção da farmácia clínica no serviços de saúde do município de Curitiba.

## DESENVOLVIMENTO

A proposta do Ministério da Saúde para implantação da clínica farmacêutica, demandou profunda reestruturação e qualificação dos farmacêuticos de NASF. A remodelagem da carteira de serviços farmacêuticos, foi respaldada pelo planejamento e pactuações junto aos diferentes níveis da gestão municipal de saúde. O desafio da mudança demandou esforços para o desenvolvimento de habilidades clínicas e reformulação dos processos de trabalho até então voltados à logística e ações coletivas. O novo serviço incluiu práticas de matriciamento multi e interprofissional, gestão compartilhada de casos, sistema de referência e contra-referência entre serviços farmacêuticos clínicos de nível secundário e terciário, criação de comitês de uso racional de medicamentos – CURAMES, ações de divulgação científica por meio de visitação interna a prescritores e desenvolvimento de indicadores de monitoramento e avaliação do serviço implantado.

## CONCLUSÃO

A partir de 2014 Curitiba, passa a contar com um serviço inovador na gestão do medicamento em metade de suas Unidades de Saúde. O desafio de ampliá-lo em sua totalidade está respaldado pelos resultados obtidos em poucos meses. A satisfação relatada pelos usuários e os indicadores obtidos, demonstram o quanto a clínica farmacêutica integrada às equipes de saúde, pode contribuir para a melhoria do cuidado e para o uso racional de medicamentos no município.

## REFERÊNCIAS

CORRER, C. J. *Implantação de serviços farmacêuticos clínicos integrados à atenção primária à saúde na rede de atenção à saúde de Curitiba – projeto piloto, 2014. 63p*

### QUESTÕES A SEREM RESPONDIDAS

- Os medicamentos estão sendo bem empregados pelos serviços de saúde?
- Como os usuários estão fazendo uso dos medicamentos?
- Que resultados de saúde estão sendo obtidos?

### INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS

5.100  
registros de intervenções em  
583 pacientes

8,7  
intervenções / paciente

#### CONSULTAS FARMACÊUTICAS E CAPACITAÇÕES



#### Primeira Formação

47 farmacêuticos  
concluintes

NASF, UPA, centros de especialidades, CRM, residentes, Zilda Arns, HC-UFPR e farmácia popular



Turma 1  
17 e 19  
Março 2014



Turma 2  
25 e 27  
Março 2014

# APLICAÇÃO PRÁTICA DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE E SEXUALIDADE ATRAVÉS DO MODELO DIALÓGICO

Autora principal: Zilá Ferreira Dias Gonçalves Dos Santos  
Colaboradores: Camila Harumi Nagano; Daiane Maria Cordeiro; Fernanda Luiza Schumacher Furlan; Gisele Ferreira Bernardi; Macleise Andres Lemes.

Local de Trabalho: Escola Estadual Santa Rosa  
Eixo Temático: Educação em Saúde



## INTRODUÇÃO

A contraproposta para o modelo tradicional de educação consiste no método da problematização de Paulo Freire, que concede autonomia ao educando, instigando reflexão, criação e modela o conhecimento com base no Arco de Charles Maguerez: observação da realidade, pontos-chave, teorização, hipóteses de solução e aplicação à realidade. Os principais objetivos são compreender o uso de metodologias expositivas e ativas para promover a educação em saúde através do modelo em educação dialógica de aprendizagem colaborativa e demonstrar a importância prática do ensino, permitindo que os adolescentes construam uma visão crítica sobre o corpo e seus processos de mudança.

## DESENVOLVIMENTO

Aplicamos o método da problematização em 2 encontros na Escola Estadual Santa Rosa, no bairro Cajuru em Curitiba, com 27 alunos do 8º ano. No primeiro, cada aluno escreveu em um papel dúvidas acerca da saúde, sobretudo aquelas que receiam perguntar aos professores, e colocou os papéis em balões. Os adolescentes os estouraram e nos entregaram as dúvidas; as mais pontuais foram esclarecidas no momento, as demais foram direcionadas ao segundo encontro, no qual elaboramos problemas-soluções abordando temas relacionados à sexualidade e ao autoconhecimento. Os alunos foram divididos em grupo, e cada um escolheu em conjunto a solução mais adequada para cada problema, com objetivo de estimular a troca de conhecimentos a partir da observação da realidade. Em seguida, realizamos uma discussão coletiva para responder as dúvidas e avaliar o desempenho das equipes na resolução da atividade.

## CONCLUSÃO

A escola é o melhor meio para discussão de temas da adolescência: é um ambiente que proporciona aprendizagem, interação e posição crítica. O diálogo em saúde é fundamental, pois nem sempre os adolescentes se sentem à vontade para expor temas como sexualidade e autoconhecimento. Ao aplicar o método da problematização, notamos o quanto tais assuntos os intrigavam. É necessário adentrar a sua realidade, identificando e intervindo em mitos e tabus, para garantir equilíbrio no processo saúde-doença.

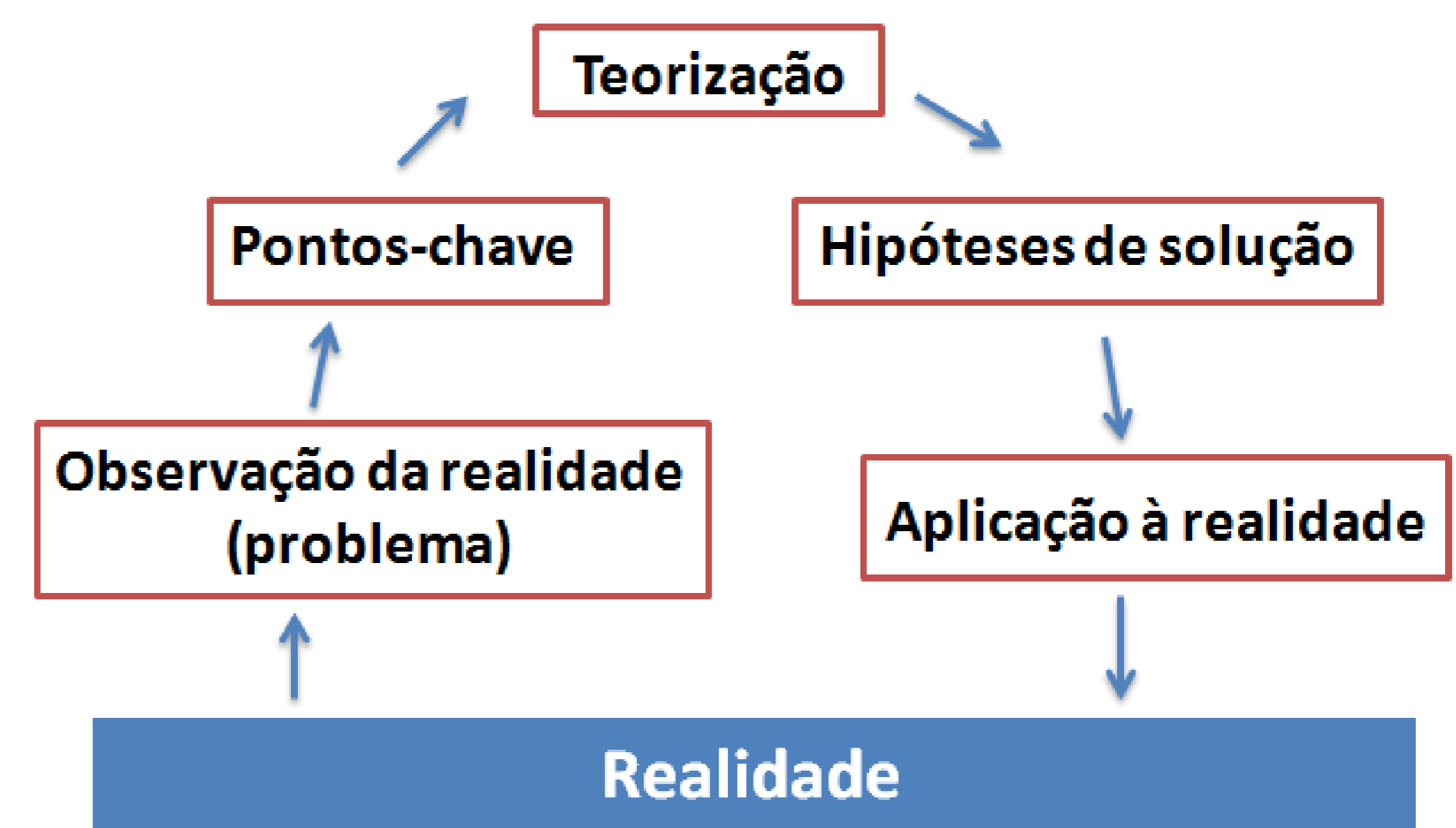


Imagem 1: Arco de Maguerez.

### Quadro 1 - Dinâmica dos balões/Primeiro encontro

<b>Objetivos</b>	Descontrair o grupo e observar a realidade dos alunos, de forma espontânea
<b>Materiais</b>	Tiras de papel, caneta e balões.
<b>Duração</b>	1 hora
<b>Método</b>	No pátio da escola, cada aluno recebeu um papel, no qual deveria escrever uma dúvida, que foi colocado dentro de um balão. A partir de um comando, os balões cheios foram jogados para cima a fim de garantir o anonimato das perguntas. Os adolescentes os estouraram e nos entregaram as dúvidas; as mais pontuais foram esclarecidas no momento, as demais foram direcionadas ao segundo encontro.

Fonte: das autoras.



Imagem 2: Crianças realizando a primeira atividade.

### Quadro 2 - Dinâmica problema-solução/Segundo encontro

<b>Objetivos</b>	Incitar a discussão dos problemas pelos alunos a partir de seus conhecimentos prévios e teorizar pontos-chave sobre sexualidade e autoconhecimento.
<b>Materiais</b>	55 cartões com problemas-soluções, canetas e retroprojetor.
<b>Duração</b>	1 hora 30 minutos
<b>Método</b>	Os alunos foram divididos em 5 grupos (3 grupos de meninas e 2 de meninos). Cada grupo recebeu 6 cartões. Os mediadores de cada grupo incitaram a discussão acerca das soluções para os problemas apresentados. Depois, a apresentação de slides esclareceu a solução adequada com embasamento teórico. Um espaço para novas dúvidas foi aberto, no qual os alunos perguntaram livremente sobre assuntos diversos. A atividade foi finalizada com a distribuição de pirulitos.

Fonte: das autoras.

# CAPACITAÇÃO DOS ENFERMEIROS NA IMPLEMENTAÇÃO DA INSTRUÇÃO NORMATIVA COM ÊNFASE NO CUIDADO À SAÚDE DA MULHER: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Autor principal/relator: Maria Rita C. B. Almeida  
Colaborador: Monique Boese, Andressa Z. Ribeiro, Lêda Maria Albuquerque, Florence Munhoz e Claudine Esmaniotto

Local de Trabalho: Centro de Educação em Saúde

Eixo Temático: Educação em Saúde



## INTRODUÇÃO

A consulta de enfermagem constitui-se importante estratégia para o atendimento à mulher. Nela são identificadas suas necessidades e implementados os cuidados para recuperação e preservação da saúde, além da promoção do autocuidado. Com vistas a ampliar a resolutividade da atuação do enfermeiro, a SMS publicou em dezembro de 2013 a Instrução Normativa nº 1, na qual estabelece a prescrição de alguns medicamentos pelos enfermeiros. E para a sua implementação fez-se uma capacitação específica, cuja necessidade foi demandada pela própria categoria.

## DESENVOLVIMENTO

Trata-se de um relato de experiência sobre a capacitação de enfermeiros para a implementação da instrução normativa organizada e desenvolvida por enfermeiros da rede municipal. O planejamento teve como base a própria instrução normativa, as bases legais e conceituais que ancoram a prática da enfermagem, a literatura pertinente atual, além de dados coletados em rodas de conversa realizadas com os enfermeiros nas câmaras técnicas distritais.

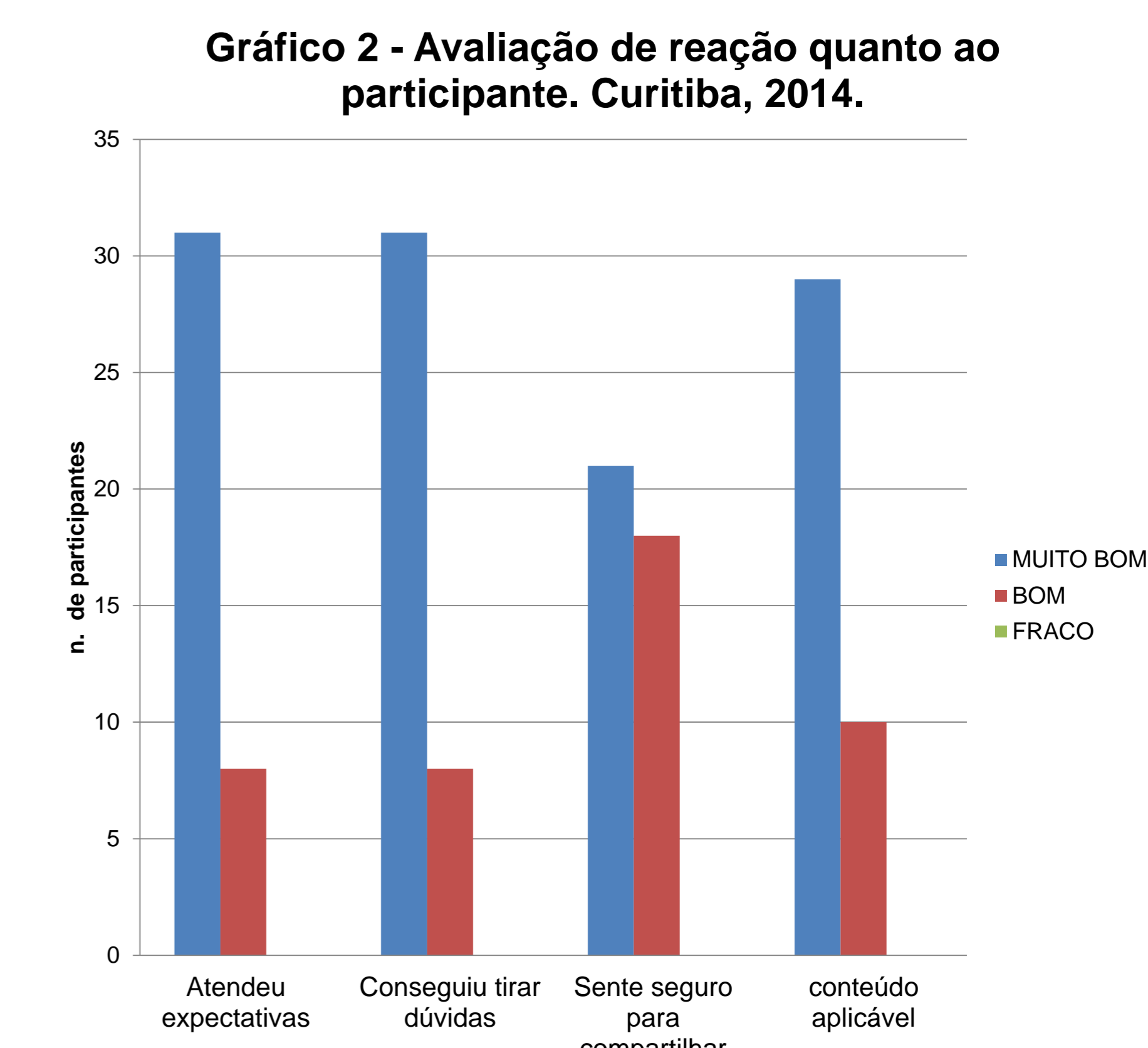
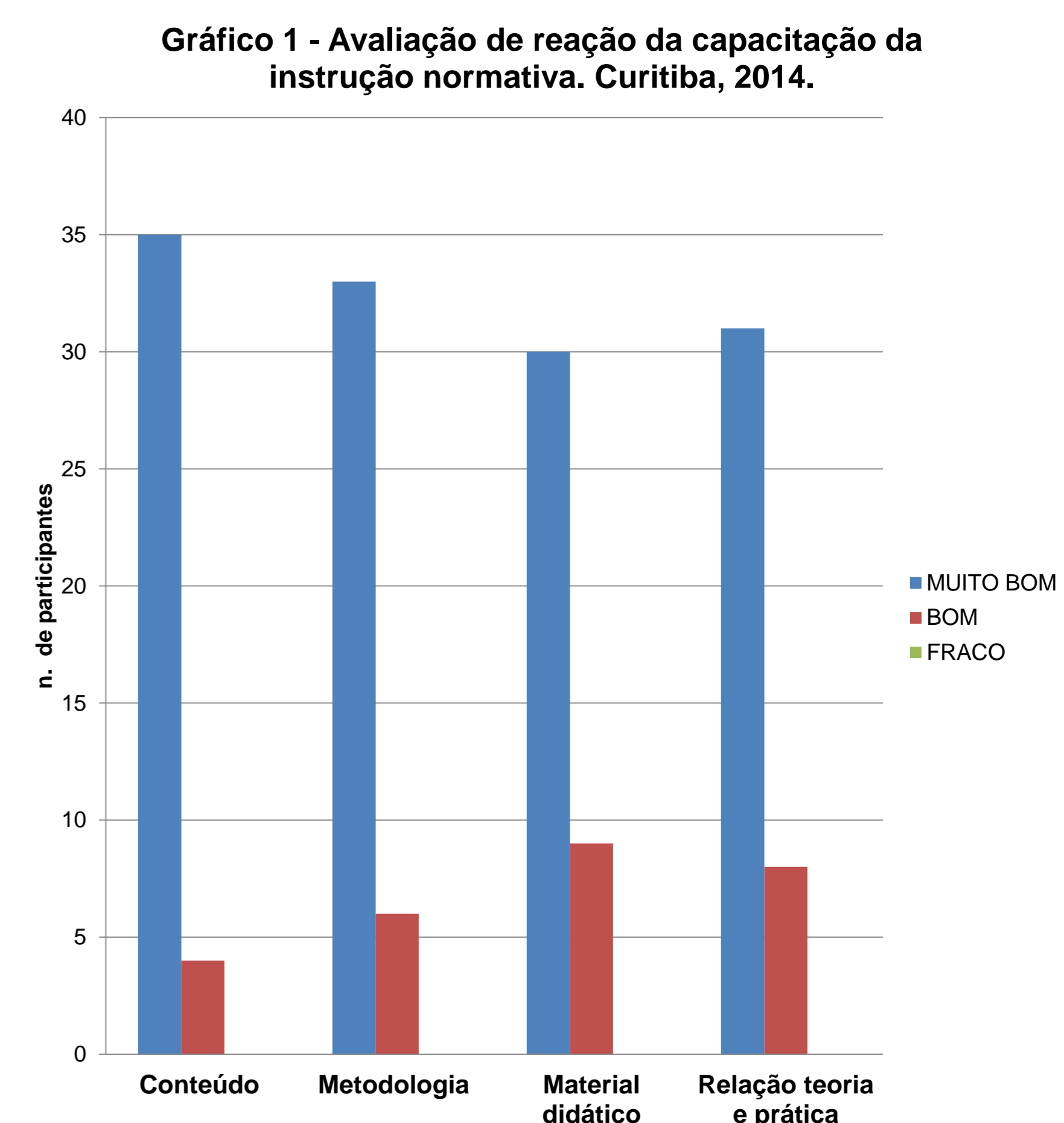
Foram realizadas reuniões para discussão e definição dos conteúdos, estratégias pedagógicas e montagem da programação da capacitação, que teve como objetivos: Fazer uma reflexão crítica sobre a autonomia do enfermeiro e o ato de cuidar da enfermagem; Refletir sobre o raciocínio clínico em enfermagem e a sistematização da assistência de enfermagem; Conhecer os aspectos relacionados ao uso dos medicamentos descritos na Instrução Normativa; Manejar o uso dos medicamentos e os problemas mais frequentes que se apresentam no uso de cada um deles. Foram utilizadas metodologias ativas de aprendizagem, favorecendo a construção coletiva do conhecimento.

Foram realizadas duas turmas, sendo a primeira com 20 horas e a segunda com 16 horas totalizando 45 enfermeiros, com representantes de todos os distritos, com vistas à multiplicação futura da capacitação pelos participantes, sendo que o grupo de facilitadoras será apoio pedagógico e técnico para as capacitações distritais. Os conteúdos incluíram: a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE; Cuidado às mulheres na Saúde Ginecológica - vaginites e vaginoses e Cuidado às mulheres na Saúde Reprodutiva - métodos anticoncepcionais.

## CONCLUSÃO

Os enfermeiros participaram ativamente da capacitação e a avaliação foi muito positiva, os resultados da avaliação de reação aplicada ao término da capacitação encontram-se nos gráficos 1 e 2. Além disso, foram apontados como positivos: o fato dos facilitadores serem enfermeiros e com vivência clínica; a profundidade teórica dos temas; a pertinência das discussões com a vivência cotidiana; a capacitação como espaço de troca de experiências e fortalecimento dos profissionais.

Apesar das avaliações positivas observa-se no gráfico 2 que cerca de metade dos participantes não se sentem seguros para realizar a multiplicação para os pares. Diante disso, há que se refletir e remodelar o planejamento inicial de multiplicação para os pares, traçando outras estratégias para a continuidade da capacitação dos enfermeiros.



# SUS CURITIBA TRILHANDO CAMINHOS PARA O BEM NASCER: FORMAÇÃO DA ENFERMEIRA OBSTÉTRICA

Autor principal/relator: Maria Rita C. B. Almeida  
Colaborador: Marcelexandra Rabelo, Tereza Kindra,  
Antonio D. Silveira F<sup>o</sup>., Elisiê Rossi Ribeiro Costa.

Local de Trabalho: CES  
Eixo Temático: Educação em Saúde



## INTRODUÇÃO

O modelo da atenção obstétrica no Brasil e no mundo tem sido bastante discutido, uma vez que a assistência ao parto baseado na medicalização não atende as necessidades das mulheres bem como à redução da mortalidade materna e perinatal. Com vista a melhorar e intensificar a assistência integral à saúde das mulheres e crianças e do planejamento reprodutivo e por conseguinte reduzir os dados de morbimortalidade materna e perinatal o Governo Federal propõe a iniciativa de incentivar as instituições públicas de educação superior e os serviços de saúde a formar profissionais de enfermagem em atenção obstétrica na modalidade de residência. Os profissionais atuarão desde o pré-natal e parto até o nascimento e pós-parto, dentro do preconizado pela Rede Cegonha.

Esta iniciativa, pauta-se em um movimento mundial, endossado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), no qual reforça que a atuação da Enfermeira Obstétrica (EO) na assistência ao período gravídico-puerperal pode melhorar esse cenário.

Nesse sentido, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) em parceria com a Fundação Estatal em Atenção Especializada em Saúde de Curitiba (FEAES), por meio da Maternidade do Bairro Novo, e, tendo o apoio das Faculdades Pequeno Príncipe (FPP) como Instituição de Ensino Superior Apoiadora, estruturaram um Programa para Formação em Serviço na modalidade de Residência em Enfermagem Obstétrica (EO) conforme diretrizes da CNRMS/ME buscando uma prática segura e que atenda a demanda das mulheres.

## DESENVOLVIMENTO

**Objetivo:** Apresentar uma síntese do processo educacional do Projeto do Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica, visando às competências essenciais para a prática básica da obstetrícia baseada em valores, visão, e ações de saúde que ajudem as mulheres e suas famílias a melhorar a forma de parir e nascer proposto pela Confederação Internacional das Parteiras (ICM).

Trata-se de um relato de experiência que evidencia como os princípios que orientam o ensino de EO foram estruturados, com ênfase nas competências essenciais para o exercício básico da obstetrícia recomendados pela ICM<sup>1</sup>.

O Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica incorporou na estrutura do processo educacional da área específica as competências essenciais para o exercício das enfermeiras obstétricas propostos pela ICM e atualmente encontra-se com o segundo processo seletivo de entrada de residentes.

### COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS PARA O EXERCÍCIO BÁSICO DA OBSTETRÍCIA<sup>1</sup>

**COMPETÊNCIA #1:** As enfermeiras obstétricas têm o conhecimento e habilidades requeridas das ciências sociais, saúde pública e ética que constituem a base do cuidado de alta qualidade, culturalmente apropriado para as mulheres, recém-nascido e famílias, no período reprodutivo.

**COMPETÊNCIA #2:** As enfermeiras obstétricas fornecem educação para saúde de alta qualidade e culturalmente sensível, proporcionam serviços para toda a comunidade para promover uma vida familiar saudável, gestações planejadas e uma maternidade/paternidade positiva.

**COMPETÊNCIA #3:** As enfermeiras obstétricas proporcionam um cuidado pré-natal de alta qualidade, preocupadas em otimizar a saúde da mulher durante a gravidez, e isso inclui a detecção precoce, tratamento ou encaminhamento de algumas complicações.

**COMPETÊNCIA #4:** As enfermeiras obstétricas proporcionam durante o parto um cuidado de alta qualidade, e culturalmente sensível. Conduzem um parto higiênico e seguro e manejam situações de emergência para otimizar a saúde das mulheres e dos recém-nascidos.

**COMPETÊNCIA #5:** As enfermeiras obstétricas proporcionam à mulher cuidado integral, de alta qualidade, culturalmente sensível, durante o pós-parto.

**COMPETÊNCIA # 6:** As enfermeiras obstétricas proporcionam cuidado integral de alta qualidade para o recém-nascido saudável, do nascimento até dois meses de idade.

## CONCLUSÃO

A estruturação do processo educativo de acordo os pressupostos da ICM tem se caracterizado como um movimento progressivo, na medida em focaliza a mulher como sujeito-cidadã, social, ativa, com direitos sobre sua maternidade. Isso significa propor um giro filosófico no dimensionamento da própria concepção do sentido prático da assistência obstétrica, transpondo a lógica tecnicista, para uma concepção orientada pelo cuidado do outro.

## REFERÊNCIAS

International Confederation of Midwives. Essential Competencies for Basic Midwifery Practice 2010. Disponível em : <http://www.internationalmidwives.org/Portals/5/2011/pdf>



Crédito da foto: Aline Calça



Imagem retirada de [www.themandalajourney.com](http://www.themandalajourney.com)

# PROPOSTA DE CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA DA ALERGIA À PROTEÍNA DO LEITE DE VACA EM LACTENTES

Autor principal/relator: Karen Yumi Watanabe  
Colaboradores: Lonize Maira Weinert Silveira, Patrícia Gonçalves, Ângela Oliveira e Aristides Schier Cruz

Local de Trabalho: Unidade de Saúde Mãe Curitibana  
Eixo Temático: Serviços de apoio diagnóstico e terapêutico



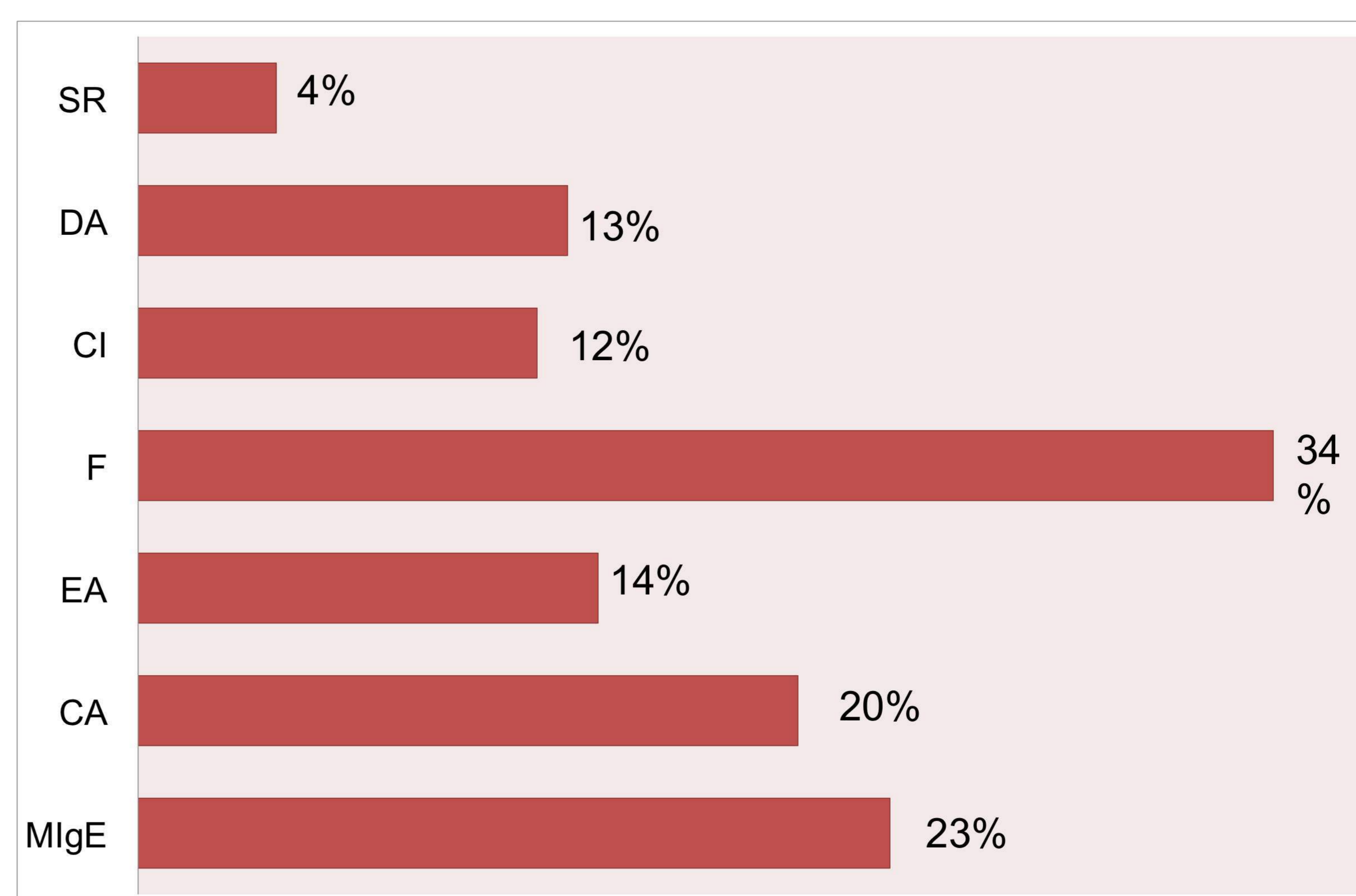
## INTRODUÇÃO

A alergia à proteína do leite de vaca (APLV) é a principal reação de hipersensibilidade alimentar na faixa etária pediátrica, ocorrendo principalmente no primeiro ano de vida com uma prevalência de 2,5% a 5% dos lactentes. A APLV é classificada, de acordo com a resposta imunológica, em: mediada por IgE e não mediada por IgE. Esta divisão, baseada em mecanismos fisiopatológicos, é importante por razões referentes à expectativa de tipo de reação, intervalo para que a reação ocorra e também prognóstico e riscos relativos a reexposição a proteína do LV. Entretanto, é uma forma de classificação que não consegue esclarecer exatamente os sintomas que o paciente apresenta. O objetivo desta pesquisa é propor uma classificação da APLV em lactentes baseada em tipos de sintomas.

## DESENVOLVIMENTO

Foram avaliados os prontuários de 295 crianças menores de 2 anos de idade com suspeita de APLV, encaminhados para receber fórmulas terapêuticas do Programa de Atenção Nutricional (PAN) da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba (PR), entre abril de 2007 a março de 2010. Foram adotadas sete diferentes formas clínicas de APLV, podendo estar presente mais de uma delas em um mesmo paciente, são elas: mediada por IgE (MIgE), enteropatia alérgica (EA), colite alérgica (CA), sintomas funcionais (F), constipação intestinal (CI), dermatite atópica (DA), sintomas respiratórios (SR). Foram determinadas as causas dos sintomas nos casos em que a APLV foi descartada.

Gráfico – Formas Clínicas de APLV



SR- Sintomas respiratórios; DA-Dermatite atópica; CI- Constipação Intestinal; F-Funcional (diarreia, cólica, vômito); EA-Enteropatia Alérgica; CA-Colite alérgica; MIgE- Mdiada por IgE

## CONCLUSÃO

As formas clínicas dos 217/295 lactentes (74%) com APLV comprovada ou não descartada, foram as seguintes: APLV mediada por IgE (49/217 – 23%), enteropatia alérgica (30/217–14%), colite alérgica (43/217–20%), sintomas funcionais (cólica, diarreia, vômitos) (74/217- 34%), constipação intestinal (26/217–12%), dermatite atópica (28/217– 13%), sintomas respiratórios (9/217 – 4%). Em 26% dos pacientes (78/295) a APLV foi descartada. As causas mais incidentes nestes 78 casos foram regurgitação funcional (18), cólica infantil (15), diarreia funcional (11), sintomas gastrointestinais do prematuro (4), intolerância à lactose (3), dermatite atópica (15), urticária (2), infecções recorrentes por creche (10), asma (9), *failure to thrive* (8), encefalopatias (7), doenças genéticas e cromossômicas (4). A APLV em lactentes pode se manifestar com sintomatologia diversa e, atualmente, é classificada apenas em APLV mediada e não mediada por IgE. Portanto, propomos esta nova classificação da APLV com base nas sete formas clínicas de apresentação.

## REFERÊNCIAS

FERREIRA, C. et al. Gastroenterologia e hepatologia em pediatria: diagnóstico e tratamento, Rio de Janeiro: Medsi, 2013.

SOLÉ, D. et al. Consenso Brasileiro sobre alergia alimentar: 2007. *Rev Bras Alerg Imunopatol*, São Paulo, v.31, p.64-89, 2008.

VANDENPLAS, Y. et al. Guidelines for the diagnosis and management of cow's milk protein allergy in infants. *Archives of disease in childhood*, Inglaterra, v.92, p.902-908, 2007.

# FORMAS CLÍNICAS DE ALERGIA À PROTEÍNA DO LEITE DE VACA EM LACTENTES

Autor principal/relator: Lonize Maira Weinert Silveira  
Colaboradores: Karen Yumi Watanabe, Patrícia Gonçalves, Ângela Oliveira e Aristides Schier Cruz

Local de Trabalho: Unidade de Saúde Mãe Curitibana  
Eixo Temático: Serviços de apoio diagnóstico e terapêutico



## INTRODUÇÃO

Desde 2005, a alergia à proteína do leite de vaca (APLV) em lactentes tornou-se alvo de muita discussão. Foram publicados em todas as regiões do mundo os consensos sobre diagnóstico e tratamento da APLV. Com a aplicação dos critérios diagnósticos de forma criteriosa, é provável que a verdadeira incidência em lactentes seja 2 a 3%. No entanto, com o passar dos anos, a APLV em lactentes passou a ser diagnosticada abusivamente nos países desenvolvidos. É provável que no Brasil, atualmente, muitas situações clínicas pediátricas corriqueiras, tais como cólica infantil, diarreia funcional, dermatite atópica, estejam sendo abordadas como APLV. O objetivo deste trabalho foi avaliar incidência das formas clínicas de APLV e das condições clínicas, cujo diagnóstico de APLV foi descartado.

## DESENVOLVIMENTO

Foram avaliados os prontuários de 295 crianças menores de 2 anos de idade com suspeita de APLV, encaminhados para receber fórmulas terapêuticas do Programa de Atenção Nutricional (PAN) da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba (PR), entre abril de 2007 a março de 2010. Foram determinadas as causas dos sintomas nos casos em que a APLV foi descartada e as formas clínicas nos casos de APLV comprovada ou não descartada.

## CONCLUSÃO

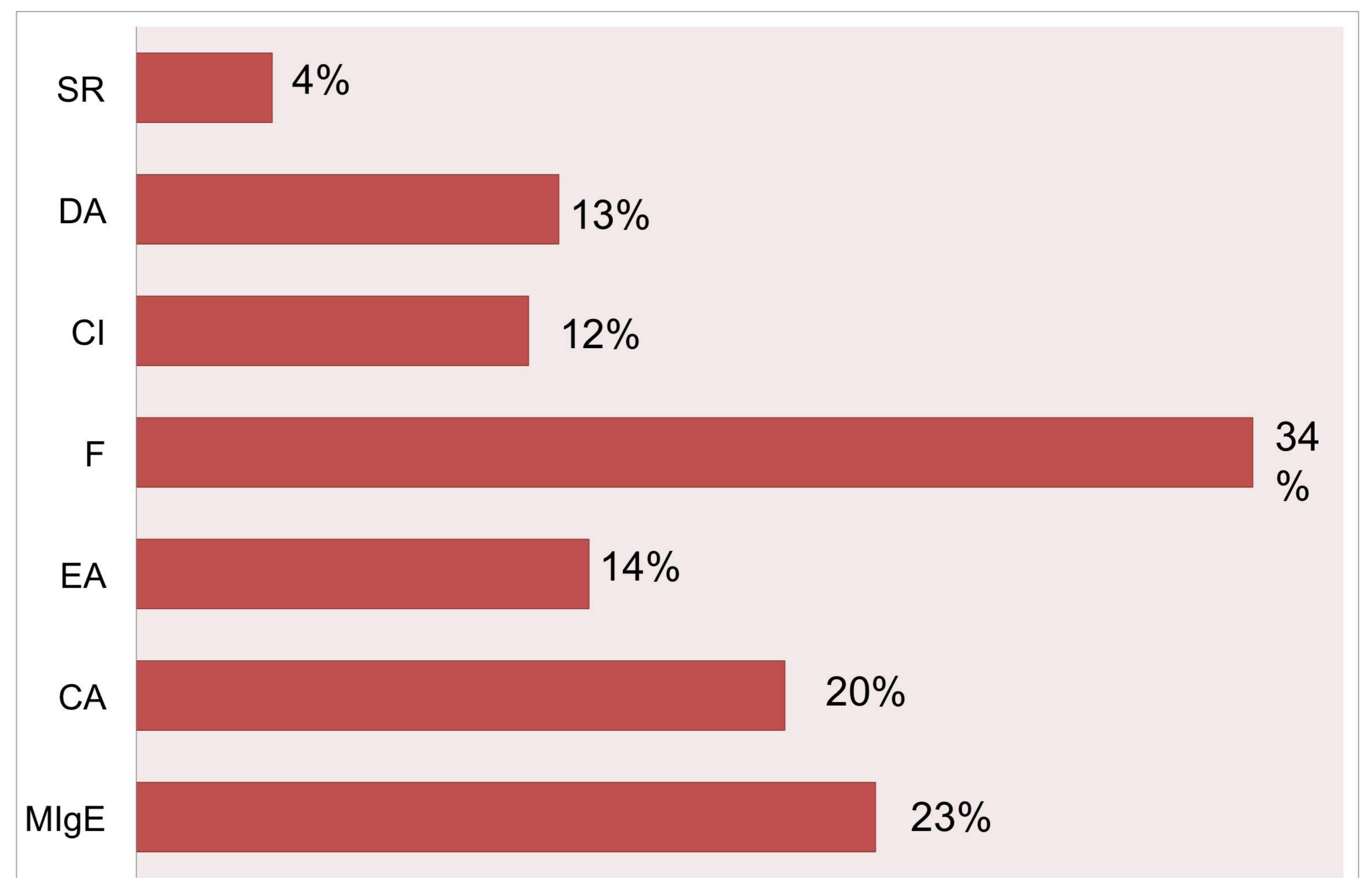
Em 26% dos pacientes (78/295) a APLV foi descartada. As causas mais incidentes nestes 78 casos foram regurgitação funcional (18), cólica infantil (15), diarreia funcional (11), sintomas gastrointestinais do prematuro (4), intolerância à lactose (3), dermatite atópica (15), urticária (2), infecções recorrentes por creche (10), asma (9), *failure to thrive* (8), encefalopatias (7), doenças genéticas e cromossômicas (4). As formas clínicas dos 217/295 lactentes (74%) com APLV comprovada ou não descartada, foram as seguintes: APLV mediada por IgE (49/217 – 23%), enteropatia alérgica (30/217–14%), colite alérgica (43/217–20%), sintomas funcionais (cólica, diarreia, vômitos) (74/217- 34%) constipação (26/217–12%), dermatite atópica (28/217– 13%), sintomas respiratórios (9/217 – 4%). Muitos destes poderiam ter a APLV descartada caso seguissem o protocolo correto de investigação, especialmente lactentes com cólica, diarreia, vômitos, colite, dermatite e asma. Devido ao alto grau de suspeita de APLV em lactentes nos últimos anos, diversas condições clínicas gastrointestinais, dermatológicas, respiratórias, nutricionais, além de transtornos do crescimento e desenvolvimento, estão levando à indicação de dieta de exclusão para APLV. Após 2005, em poucos anos a hipótese de APLV tornou-se abusiva, do mesmo modo que havia ocorrido com a hipótese de doença do refluxo gastroesofágico após o ano 1990.

## REFERÊNCIAS

SOLÉ, D. et al. Consenso Brasileiro sobre alergia alimentar: 2007. *Rev Bras Alerg Imunopatol*, São Paulo, v.31, p.64-89, 2008.

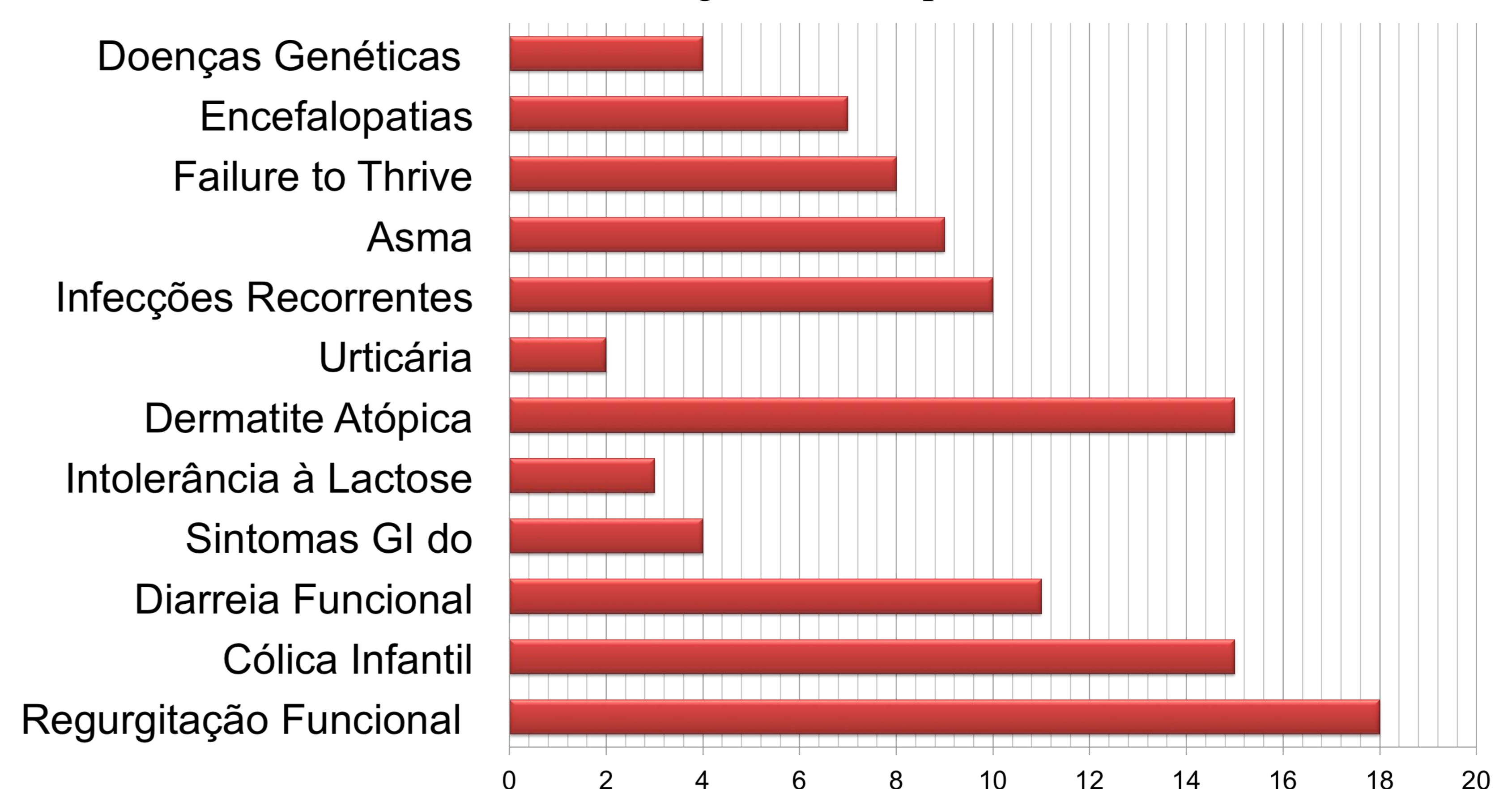
VANDENPLAS, Y. et al. Guidelines for the diagnosis and management of cow's milk protein allergy in infants. *Archives of disease in childhood*, Inglaterra, v.92, p.902-908, 2007.

Gráfico 1 – Formas Clínicas de APLV



SR- Sintomas respiratórios; DA-Dermatite atópica; CI- Constipação Intestinal; F-Funcional (diarreia, cólica, vômito); EA-Enteropatia Alérgica; CA-Colite alérgica; MIgE- Mdiada por IgE

Gráfico 2 - Diagnóstico dos pacientes sem APLV





# O PAPEL DA ENFERMAGEM NO CONTROLE E PREVENÇÃO DA RAIVA HUMANA

**Autores:** Joice Eva Binhara  
Larissa Helena de Souza Freire Orlandi

**Local de Trabalho:** Unidade de Saúde Vila Verde-  
Cidade Industrial de Curitiba  
**Eixo Temático:** Vigilância Epidemiológica



## INTRODUÇÃO

A raiva humana é uma doença letal transmitida por mamíferos contaminados com o vírus rábico que pertence à família e gênero *Rhabdoviridae Lyssavirus*. Como muitos desses mamíferos vivem em contato direto ou em ambientes próximos dos seres humanos, estes passam a ser as vítimas em potencial do vírus. O vírus é transmitido a seres humanos pela mordida/arranhão de um animal raivoso, sendo que as principais fontes de transmissão são os cães, gatos e morcegos. É uma infecção aguda do sistema nervoso central. A doença possui duas formas clínicas (furiosa e paralítica) e representa um importante problema de saúde pública. Segundo o Ministério da Saúde, no mundo são estimados aproximadamente 55.000 óbitos humanos por ano, sendo que no período de 1990 a 2009, foram registrados no Brasil 574 casos de raiva humana. O total desconhecimento da maioria das pessoas em relação a este risco, faz com que sejam ignorados os cuidados que devem ser tomados para evitar futuras contaminações ou outras consequências. É necessário a divulgação para que as pessoas sejam informadas, transformando conceitos e atitudes.

## DESENVOLVIMENTO

Pesquisa de cunho exploratório. Foram utilizadas as seguintes abordagens: a) pesquisa bibliográfica; b) questionário para a pesquisa de campo (com perguntas objetivas destinadas a profissionais de unidades de saúde). Na opinião dos entrevistados, o papel da Enfermagem no controle e na prevenção da raiva humana é principalmente de educação, discutindo o conhecimento teórico com a população, conscientizando dos perigos das doenças infectocontagiosas, como também de várias outras doenças e estilos de vida saudáveis. Além disto, a enfermagem atua como parceira dos órgãos governamentais, monitorando casos de mordedura através de notificações para a vigilância epidemiológica e nos cuidados com a situação vacinal da população.

## CONCLUSÕES

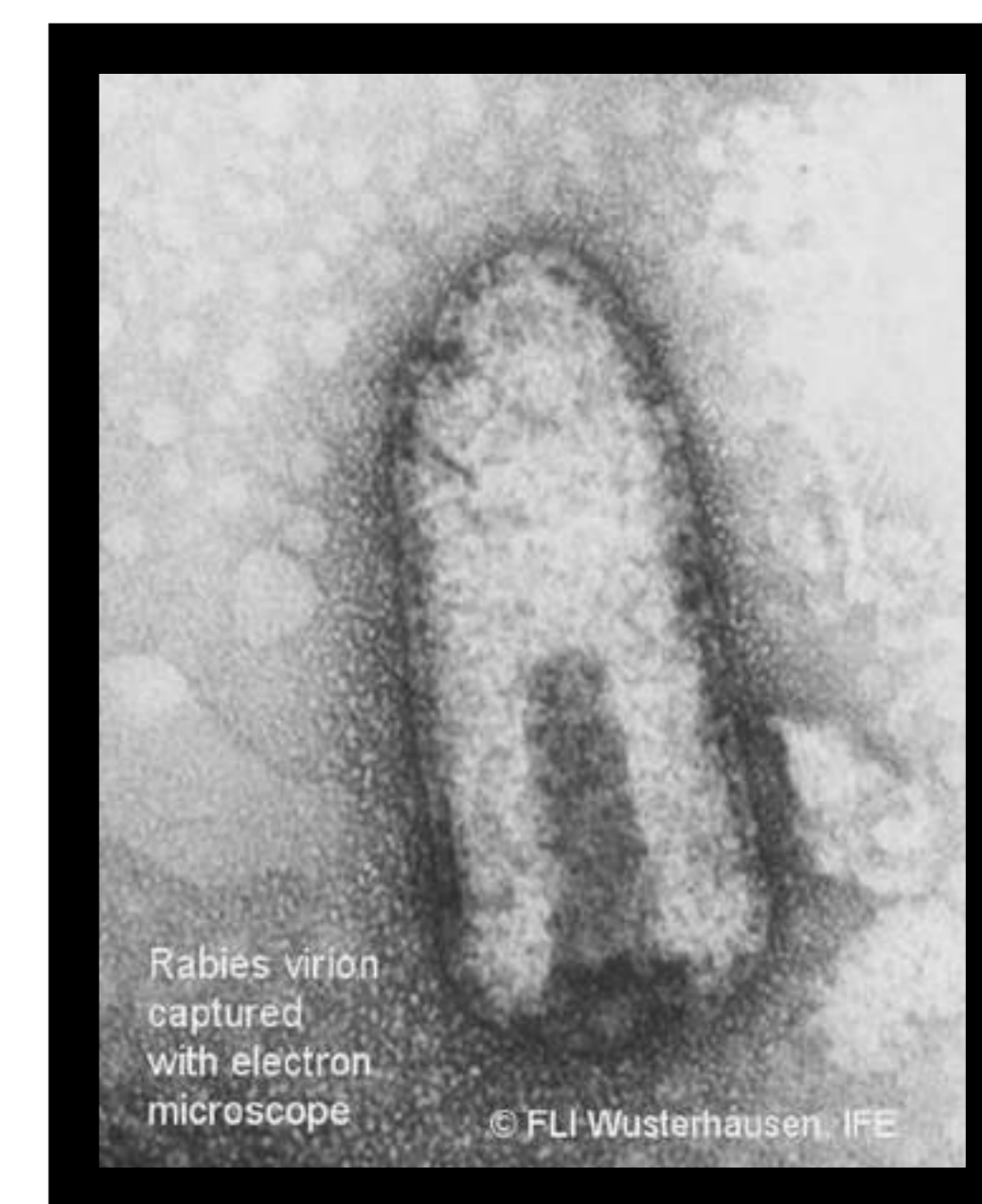
- Ainda existe falta de informação sobre a raiva humana entre a população e também entre os profissionais da área da saúde.
- Houve diminuição significativa de casos desde a década de 1990 até os dias de hoje.
- O conhecimento ainda é a melhor forma de prevenir e educar a população.
- A única forma de afastar e combater a raiva humana e evitar o acometimento trágico e sofrido da doença, é fazendo um trabalho contínuo de prevenção junto a população.

### SÃO ATRIBUIÇÕES DO TÉCNICO E AUXILIAR DE ENFERMAGEM:

1. a identificação de sinais de raiva e encaminhamento imediato de casos suspeitos para atendimento;
2. observação do cartão de vacinas dos usuários agredidos por animal suspeito;
3. a realização e o registro das doses de vacinas aplicadas;
4. a orientação do usuário sobre as características da vacina, seus possíveis efeitos adversos e quais condutas devem ser tomadas nesse caso;
5. o encaminhamento das fichas de notificação ao setor competente;
6. contribuir e participar das ações de educação em saúde quanto à vigilância epidemiológica da raiva e sua importância.



Louis Pasteur cientista que revolucionou os métodos de combate as infecções



Rabies virion captured with electron microscope © FLI-Wusterhausen, IFE



# PROJETO DE APOIO VETERINÁRIO AOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE - PAVACS

Autor principal/Relator: Guilherme Fernando de Campos  
Colaboradores: Eros Luiz de Sousa, Larissa Paula Gerhardt,  
Nayara Bezerra da Silva, Luciana Kusman, Marcia O.  
Fruet, Gerson Guelmann

Local de Trabalho: (UBS - CAIUÁ)  
Eixo Temático: Educação em Saúde



## INTRODUÇÃO

Os ACS de Curitiba sofrem com a inabilidade em manejar o convívio saudável, do ponto de vista sanitário, entre os animais e homens que dividem os espaços nos domicílios por eles assistidos. A preocupação com as doenças zoonóticas parasitárias, o bem-estar animal e o controle populacional dos cães e gatos é uma rotina para os profissionais que convivem nas suas comunidades, assim como é uma preocupação para a comunidade acadêmica que tem o dever de estender seus serviços, quando capacitada na área. Hoje, preconiza-se pelo Ministério da Educação (MEC) e pelo Conselho Federal de Medicina Veterinária (CFMV), a formação de um profissional médico-veterinário generalista e acima de tudo um profissional com competências humanísticas. Assim, este projeto tem como objetivo maior oportunizar a formação deste profissional, ou seja, um homem competente para distinguir políticas de assistência, medicina, antropologia, psicologia e sobrevivência. A obtenção deste propósito é de trabalhar com o auxílio dos ACS, sob orientação de professores das diferentes áreas do conhecimento, com inserção direta nos domicílios por distritos sanitários de Curitiba. Os principais objetivos deste projeto são: introduzir nas comunidades assistidas pelos ACS, o conceito de posse responsável, orientar quanto ao manejo alimentar e higiênico dos animais de estimação e avaliar a importância desses como transmissores de doenças parasitárias zoonóticas.

## DESENVOLVIMENTO

Devido à compreensão do Médico Veterinário pela ciência da origem e propagação de diversas doenças, tendo como vetores animais domésticos ou silvestres, bem como para assegurar a própria integridade física dos animais, a medicina veterinária passou a ser importante coadjuvante nas políticas de saúde pública. Visto que as parasitoses zoonóticas podem trazer consequências negativas a população. É indiscutível que tais doenças sejam uma questão de saúde pública. Sendo assim, se faz necessário o conhecimento do perfil sanitário dos animais de estimação e sua importância na propagação de tais doenças para as pessoas das comunidades assistidas pelos ACS, delineando assim o primeiro passo para condutas de controle mais efetivas. O Agente Comunitário de Saúde (ACS) é o elo entre a comunidade e a unidade básica de saúde da sua área residencial. Em Curitiba, desde 1999, o ACS participa desta estratégia.

A saúde de uma habitação vai além da saúde dos humanos, pois os estreitamento de relações entre as espécies humana e animais pode ser muito saudável, mas quando ameaçada pelas condições sociais da família, poderá ser incluída no panorama de preocupações do sistema de saúde. Aproximadamente um mil agentes atendem a cidade de Curitiba, são treinados e capacitados de forma constante em parceria com a secretaria de saúde do estado, porém com ações da academia de veterinária, esta capacitação poderá ser ampliada.

A primeira abordagem nas residências foi realizada com oferta de tratamento parasitário para as espécies caninas. Secundariamente, o domicílio foi avaliado juntamente com o ACS e tratamentos médicos veterinários foram aplicados e/ou encaminhados a um hospital veterinário, dentro do contexto da medicina comunitária. Foram elaborados questionários e planilhas para que o acadêmico possa identificar o domicílio, as relações e a sanidade animal e zoonótica. Para um segundo momento, propõe-se uma inserção no hospital veterinária para esterilização das fêmeas. Concluída a primeira etapa, os participantes e proponentes confeccionarão um relatório com os dados obtidos e com as ações comunitárias realizadas.

## CONCLUSÃO

O PAVACS tem proporcionado uma compreensão mais ampla da importância do médico veterinário em sua inserção na Saúde Pública. Os ACS têm um papel fundamental nessa esfera da saúde, eles são a principal ferramenta de contato entre a população com as UBS. Com uma parceria contínua entre os alunos de medicina veterinária e os ACS, é possível ofertar o serviço veterinário para a comunidade carente. Com as orientações oferecidas no projeto para a comunidade os alunos transmitem informações relacionadas a saúde humana, animal e ambiental, formando o conceito de saúde única. Através do PAVACS esperamos proporcionar uma melhor compreensão para a população principalmente sobre a guarda responsável de seus animais de estimação e quedas na incidência de zoonoses, contribuindo de forma positiva, para a saúde da comunidade. O projeto busca formar o aluno com uma visão mais humanística, estimulando a discussão de estratégias, que reforcem a colaboração entre a medicina veterinária e humana, na educação médica, cuidados clínicos e na saúde pública.

Figura 1: Símbolo do PAVACS



Figura 2: Aluna de Medicina Veterinária em palestra para os ACS sobre Toxoplasmose na UBS-CAIUÁ.



Figura 3: Alunos de medicina veterinária em uma visita domiciliar em conjunto com o ACS.



# PROPOSTAS DE SERVIÇOS VETERINÁRIOS EM PARCERIA COM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE EM CURITIBA

Autor principal/relator: Nayara B. da Silva  
Colaboradores: Guilherme F. Campos; Larissa P. Gerhardt; Eros L. Sousa; Luciana Kusman.

Local de Trabalho: Faculdade Evangélica do Paraná.  
Eixo Temático: Educação em Saúde.



## INTRODUÇÃO

O movimento da Saúde Única adota uma política que advoga o estreitamento de laços entre a medicina humana e a veterinária, convidando ambas profissões para ações colaborativas e investigativas que auxiliem a avaliação, o tratamento e a prevenção das doenças de transmissão inter-espécies. Além disso, estimula a discussão de estratégias, que reforcem a colaboração entre essas duas profissões, na educação médica, cuidados clínicos, na saúde pública e na investigação biomédica (JAVMA, 2007). O PAVACS tem por objetivo, integrar o movimento de saúde única, através do agente comunitário de saúde, em uma unidade básica de saúde no município de Curitiba.

## DESENVOLVIMENTO

Ainda hoje, a Medicina Veterinária e a Humana são consideradas entidades distintas e as evidentes ligações entre elas, frequentemente ignoradas (AVMA, 2008). Atualmente das 1.461 doenças conhecidas nos seres humanos, aproximadamente 60% são zoonoses, causadas por patógenos de multi-hospedeiros, caracterizados por sua capacidade de circular entre diferentes espécies (Torrey e Yolken, 2005). E, ao longo das últimas três décadas cerca de 75% das novas doenças infecciosas emergentes em humanos foram zoonoses (Taylor, Latham, Woolhouse, 2001; AVMA, 2008).

As estratégias de ensino utilizadas nas universidades brasileiras são pouco ativas e não extrapolam a sala de aula. O PAVACS aproximou os acadêmicos de medicina veterinária de uma faculdade aos agentes comunitários de saúde, proporcionou o desenvolvimento de competências e habilidades aos futuros médicos veterinários, recomendadas pela organização mundial de saúde animal (OIE, 2012).

O programa inclui os acadêmicos na rotina de visitas domiciliares dos ACS, nas quais realizam um breve levantamento sanitário do domicílio, com foco na presença dos animais domésticos e comportamento dos humanos frente à domesticação dos seus animais. Além destes, o domicílio é avaliado pela presença de animais sinantrópicos (ratos e morcegos).

## CONCLUSÃO

O crescimento profissional dos acadêmicos participantes e da equipe de saúde de família contemplam o novo conceito de saúde única. O comportamento antropológico é evidente pelo fato de que os humanos determinam suas preferências pelos animais no mesmo domicílio, sendo possível observar cuidados extremos e abandono no mesmo domicílio, uma ação desproporcional, passíveis de discussões psicossociais. As situações de mordeduras em prestadores dos diversos serviços públicos e no próprio domicílio são oriundas de um processo educacional carente, ou seja, a conscientização da posse responsável, a qual evitará a presença do cão semi-domiciliado nas ruas.

## REFERÊNCIAS

JOURNAL OF THE AMERICAN VETERINARY MEDICAL ASSOCIATION. **One-health**. v. 231, n. 5, p. 662-758, September, 2007.

AMERICAN VETERINARY MEDICAL ASSOCIATION. **One Health: a New Professional Imperative**. p. 3. 2008.

TORREY E. F., YOLKEN R. H. **Beasts of the earth**. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press. 2005.

TAYLOR L. H., LATHAM S. M., WOOLHOUSE M. E. **Risk factors for human disease emergence**. Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci. v. 356, p. 983-989, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE ANIMAL – OIE. **OIE recommendations on the Competencies of graduating veterinarians ('Day 1 graduates') to assure National Veterinary Services of quality**. Paris, França, 2012.



# PAVACS

FACULDADE EVANGELICA DO PARANA  
MEDICINA VETERINARIA



Fonte: <http://www.onehealthinitiative.com/>

Encontro de alunos de Medicina Veterinária com ACS.



# PROPOSTAS DE SERVIÇOS VETERINÁRIOS EM PARCEIRA COM UMA UBS DE CURITIBA.

Autor principal/relator: Larissa Paula Gerhardt.  
Colaboradores: Eros Luiz Sousa; Guilherme Fernando de Campos; Luciana Kusman e Nayara Bezerra da Silva.

Local de Trabalho: UBS- Caiuá.  
Eixo Temático: Educação em saúde.



## INTRODUÇÃO

Uma estratégia para melhor compreender e resolver os problemas contemporâneos de saúde criados pela convergência humana, animal e ambiental é o conceito de “Saúde Única”. Esta abordagem vem incentivar a atuação conjunta de várias disciplinas de trabalho a nível local, nacional e globalmente, para atingir saúde ótima para as pessoas, animais e do nosso ambiente. (AVMA, 2008). Um projeto de integração de acadêmicos de medicina veterinária com a equipe de saúde da família do Distrito Sanitário da Cidade Industrial de Curitiba (CIC), especificamente os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), visa proporcionar o acesso aos serviços veterinários gratuitos para a população carente atendida pela UBS (Unidade Básica de Saúde), incluindo uma campanha de esterilização de cães como medida de redução das mordeduras atendidas na UBS.

## DESENVOLVIMENTO

O acesso aos serviços veterinários é condicionado ao recurso financeiro da família, porém a proposta atende esta demanda oferecendo encaminhamentos aos domicílios visitados pelos acadêmicos e pelos ACS (Imagem 1). Estes encaminhamentos são ofertados para cães e gatos para tratamentos de baixa e média complexidade, bem como para os interessados em cirurgias de esterilização. Os procedimentos são realizados no hospital veterinário universitário.

A observação inicial da equipe do programa refere-se ao baixo interesse aos serviços, visto a contrapartida do tutor (proprietário) do animal em levar o mesmo até a unidade hospitalar, bem como o desinteresse por serviços hospitalares é observado de imediato pela própria condição insalubre do morador. Outro fator que merece atenção é a relutância em esterilizar os machos, pois referem-se a perda da masculinidade e do domínio do território.

A esterilização de cães machos para redução dos acidentes por mordeduras (WHO, 1990) é uma hipótese levantada a partir de dados epidemiológicos de outras unidades, os quais demonstram que o maior índice de mordedura concentra-se entre as crianças do sexo masculino, entre 5 e 9 anos, por cães machos. Assim a hipótese é viável, porém confronta-se com questão cultural e comportamental de uma parcela significante da comunidade.

Os dados obtidos são registrados pelos acadêmicos em suas planilhas de visita e apresentados em reuniões quinzenais do grupo.

## CONCLUSÃO

O assistencialismo veterinário não é a melhor ação em comunidades carentes em formato de programa. A esterilização de animais ainda é vista com mitos pela população. Políticas públicas para o controle populacional de animais na zona urbana, por métodos diferentes da tradicional castração, devem ser adotadas para redução de acidentes com humanos e propagação de doenças zoonóticas.

## REFERÊNCIAS

Avma, One Health, p. 3. 4º parágrafo, 2008.  
WHO, World Health Organization;. World Society for the Protection of Animals. **Guidelines for dog population management.** Geneva, 1990.

Imagem 1 – Visita dos ACS e acadêmicos de medicina veterinária nos domicílios.



Imagem 2 – Encontro com as ACS e alunos de medicina veterinária



Imagem 3 – Encontro com as ACS e alunos de medicina veterinária



## INTRODUÇÃO

A raiva é uma zoonose – doença viral que atinge o ser humano e os animais – que atinge o sistema nervoso e possui elevado grau de mortalidade. Nos países em desenvolvimento, caracteriza-se como endêmica. Normalmente é transmitida pelo contato com morcegos infectados, porém, também pode ocorrer por contato com cães, gatos e outros animais doentes. Os principais sintomas são agressividade, salivação, isolamento, inquietação e andar sem rumo.



## DESENVOLVIMENTO

Foram feitas visitas às residências do bairro Caiuá durante o segundo semestre de 2014 para coleta de dados sobre os animais, a situação sanitária e presença de morcegos e roedores na região.

Explicamos aos moradores sobre a importância da notificação de mordidas de cães e presença de morcegos na área urbana; falamos sobre os principais sintomas da raiva, as formas de transmissão e as ações que devem ser tomadas em caso de suspeita de animal ou pessoa infectados.



Em uma região de Curitiba foram contabilizados 44 atendimentos anti-rábicos no período de janeiro a outubro de 2014. Essas pessoas foram mordidas por cães ou tiveram contato com morcego e procuraram atendimento na unidade de saúde para tomar o soro anti-rábico.

## CONCLUSÃO

Apesar de ser uma doença considerada controlada atualmente no Brasil, ainda é importante que a população esteja alerta às notificações e mantenha as vacinações em dia. Grande parte dos moradores da região não procurou a imunização e se surpreendeu quando falamos sobre ainda haver risco, mesmo que baixo, de infecção pelo vírus. Com esse trabalho pudemos trazer informações mais claras sobre o assunto às pessoas e alertá-las sobre os cuidados que devem ser tomados em caso de suspeita de raiva humana ou animal.



## REFERÊNCIAS

VIEIRA, L.F.P. et al. Caracterização molecular do vírus da raiva isolado de *Desmodus rotundus* capturados no Estado do Rio de Janeiro - Centro de Ciências e Suas Tecnologias Agropecuárias, RJ; Faculdade de Medicina Veterinária e Zootecnia – USP – São Paulo, SP. 2000

POLETO, A. P. C. M., O Trabalho do Núcleo de Apoio à Saúde da Família e a Participação do Médico Veterinário – Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC. 2012.



# A REORIENTAÇÃO DO MODELO ASSISTÊNCIAL NA UMS MÃE CURITIBANA COM A IMPLANTAÇÃO DA ESF

Autor principal/relator: MAUREEN M. JAMUR  
Colaboradores: ANDREA MATOS RUIZ  
DENIZE GRAESER FERNANDES

Local de Trabalho: UMS MÃE CURITIBANA  
Eixo Temático: Processo de trabalho multiprofissional na APS/ESF.



## INTRODUÇÃO

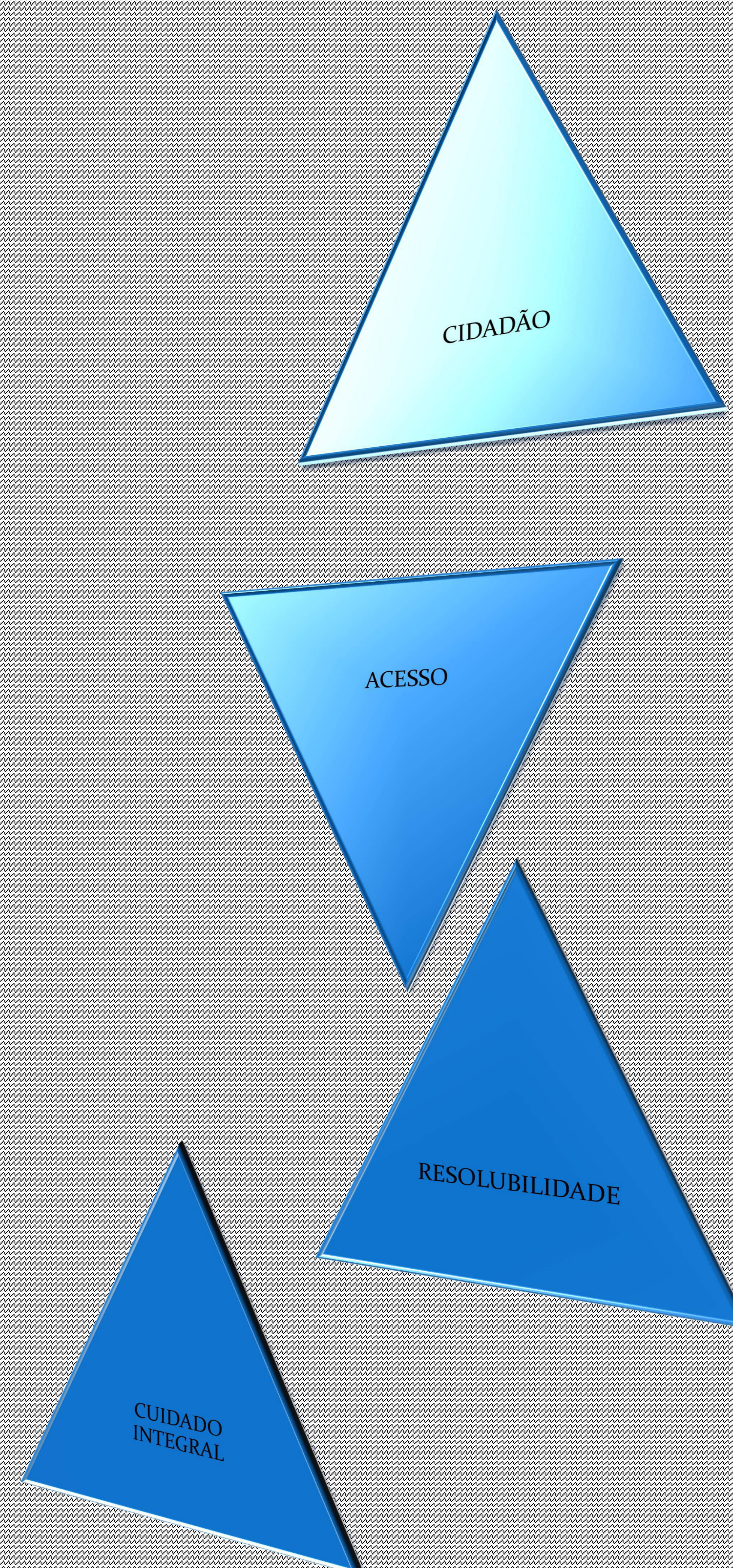
De um modelo de atenção especializado à Saúde da Mulher e da Criança com a implantação da Estratégia Saúde da Família na UMS Mãe Curitibana ampliamos a assistência integral à família da região adstrita. A busca de novos modelos de assistência decorre de um momento histórico-social, onde o modelo tecnicista não atende mais às necessidades de saúde das pessoas, assim a ESF apresenta uma nova maneira de trabalhar à saúde tendo a família como centro da atenção.

## DESENVOLVIMENTO

A partir do início deste processo com a implantação de 04 equipes ESF tivemos uma melhoria importante do acesso à saúde desta população, foram grandes as mudanças desde a quebra do paradigma do modelo anteriormente realizado, a orientação ao usuário deste novo modelo de assistência implantado, a possibilidade do agendamento de consultas por telefone, o resgate da consulta do profissional enfermeiro que fez com que o atendimento ao usuário torne-se mais ágil, eficaz e resolutivo possibilitando o acolhimento desta população em tempo integral.

## CONCLUSÃO

O processo de transformação do modelo com o trabalho em equipe interdisciplinar e a inclusão da família com foco na atenção básica houve uma resposta positiva imediata da população com o aumento significativo de cadastros na unidade em torno de 60 mil, de consultas realizadas média de 410/dia, dos procedimentos realizados pelo aprimoramento, qualidade e comprometimento dos profissionais.



# O TRABALHO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE CURITIBA (CEP/SMS)

Autor principal/relator: Magrit Fabian Sarturi  
Colaboradores: Antonio Dercy Silveira Filho; Samuel Jorge Moysés; Thais Aparecida Viera

Local de Trabalho: Centro de Educação em Saúde  
Eixo Temático: Educação Permanente



## INTRODUÇÃO

A Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba oferece campo de pesquisa para pesquisadores das Instituições de Ensino conveniadas, e para servidores que desejam realizá-las como instrumento de produção de conhecimento e/ou disseminação de práticas realizadas nos ambientes de serviço. Com a finalidade de atender às diretrizes e normas regulamentadoras contidas nas Resoluções n.º 196/96, substituída pela 466/12, do Conselho Nacional de Saúde/MS, versando sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, a Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba instituiu o seu Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/SMS), que analisa todas as solicitações de apreciação ética ou concessão de campo de pesquisa na sua rede de serviços.

## DESENVOLVIMENTO

Os pesquisadores que estão realizando curso de graduação ou pós-graduação nas Instituições de Ensino ou pesquisadores em geral, interessados em utilizar o campo de trabalho da SMS Curitiba para desenvolvimento de monografias, dissertações, teses e demais pesquisas envolvendo seres humanos, encaminham seu projeto para análise e aprovação quanto à ética ao CEP da Instituição Proponente. Após a aprovação no CEP da Instituição Proponente, mediante cadastro na Plataforma Brasil (PB), a SMS Curitiba analisa o projeto quanto à viabilidade e emite pelo CEP/SMS uma declaração de Coparticipante na pesquisa. O CEP/SMS também faz, quando necessário, apreciação ética. Nos últimos 10 anos, mais de 1.250 projetos científicos em parceria com instituições de ensino superior do Paraná e outros órgãos ou universidades nacionais e internacionais passaram pelo CEP da SMS Curitiba. A Portaria n.º 67, Diário Oficial Eletrônico n.º 105 - Ano II, de 05 de junho de 2013, designou os novos membros para compor o CEP da SMS Curitiba para o período 2013 - 2016. Assim, Curitiba continua sendo um vasto campo para a pesquisa, produção do conhecimento e disseminação de práticas dos serviços.

## CONCLUSÃO

O contínuo trabalho do CEP da SMS Curitiba nos últimos 10 anos representa a seriedade e o compromisso da gestão municipal com os cidadãos curitibanos. É a SMS Curitiba protegendo pesquisadores e sujeitos de pesquisas, frente aos mais diferentes riscos inerentes e dilemas éticos da pesquisa com seres humanos. Um serviço prestado a favor dos cidadãos curitibanos.

## REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Norma Operacional N.º 001/2013.

Prefeitura Municipal de Curitiba. Secretaria Municipal da Saúde. Portaria No 128, 19 de agosto de 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Manual operacional para comitês de ética em pesquisa. 4. ed. rev. Atual. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. 138 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série CNS Cadernos Técnicos) ISBN 85-334-1057-3



Fotografia da Secretaria de Comunicação -PMC

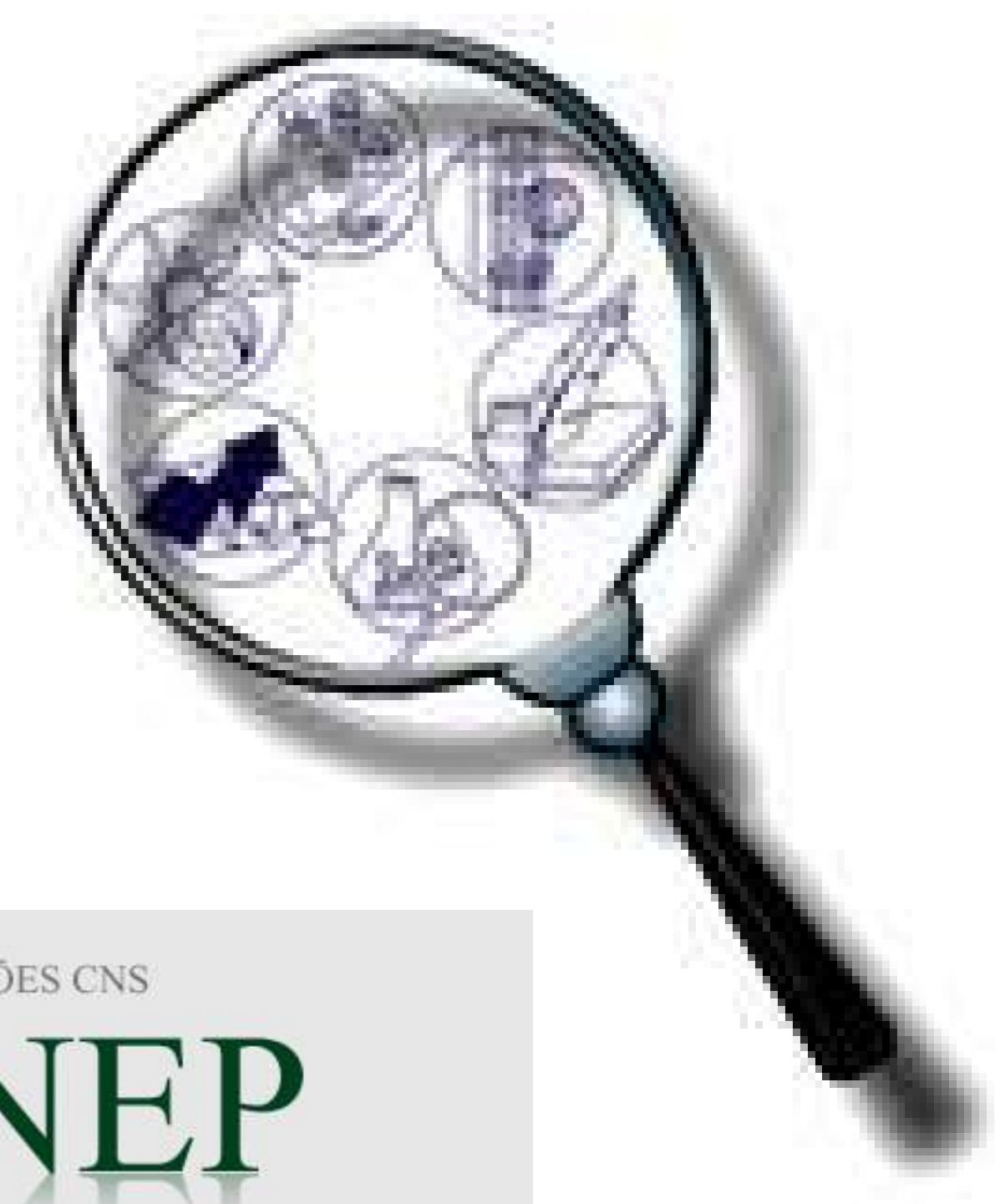
### Comitê de Ética em Pesquisa da SMS Curitiba completa 10 anos de existência

O CEP/SMS é uma instância colegiada com abrangência municipal, de natureza consultiva e deliberativa, no âmbito da emissão de pareceres sobre protocolos de pesquisas. Sua criação foi aprovada pela plenária da 7.ª Conferência Municipal de Saúde de Curitiba, em 14/09/2003. Sua primeira formação foi instituída por meio da Resolução N.º 21/2003 - SMS, em 10 de outubro de 2003. São 10 anos protegendo pesquisadores e sujeitos de pesquisa em nosso município.

A Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP aprovou a renovação do Registro do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba por mais três anos, a partir de 18 de setembro de 2013 (Carta Circular 174/2013 - CONEP/CNS/GB/MS). É a gestão municipal da saúde em Curitiba protegendo a produção do conhecimento e garantindo disseminação de boas práticas em saúde, por meio do fomento à pesquisas de qualidade.

QUADRO 1- ACOMPANHAMENTO DA CONCESSÃO DE CAMPO DE PESQUISA NA SMS CURITIBA POR QUADRIMESTRE - 2014

PERÍODO	PESQUISAS ANALISADAS			PESQUISADO RES ENVOLVIDOS	REUNIÕES
	Quanto à ética e campo de pesquisa	Quanto ao campo de pesquisa	Total analisado		
1º QUADRIMESTRE	0	23	23	75	03
2º QUADRIMESTRE	5	32	37	136	04
3º QUADRIMESTRE	3	31	34	161	04
TOTAL DO ANO	8	86	94	372	11



# CONSULTA FARMACÊUTICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE: INTERVENÇÕES SIMPLES RESOLVENDO PROBLEMAS COMPLEXOS

Autor principal: Rosimeire Ferreira Costa  
Colaboradores: Rangel Ray Godoy

Local de Trabalho: NASF CIC 1  
Eixo Temático: Vivências e narrativas sobre práticas do cuidado em diversos cenários



## INTRODUÇÃO

O papel da Atenção Farmacêutica vem se consolidando na prática, com ações voltadas ao uso racional e seguro dos medicamentos na APS (Atenção Primária a Saúde). Para que se desenvolva a ação de cuidado do farmacêutico na APS, há a necessidade de se criar um vínculo de confiança entre o farmacêutico e o paciente e entre o farmacêutico e a equipe de saúde. O Objetivo do trabalho é demonstrar a importância da consulta farmacêutica, sua inserção como serviço de saúde efetuando intervenções que colaborem para o uso racional dos medicamentos, resolução e controle dos problemas de saúde no contexto da APS.

## METODOLOGIA

### Consulta inicial

Paciente J.T.R. de 76 anos aposentado, mora sozinho, analfabeto. Portador de hipertensão e diabetes. Menciona ter sido tabagista durante 40 anos, fumava fumo de corda. Nega alcoolismo. Relata que não confia em médicos da unidade de saúde, que está inchado, diz que a disfunção erétil lhe incomoda, pois sempre teve muita disposição, não quer mais se tratar com médicos, ouviu falar numa curandeira em bairro vizinho que resolverá seus problemas.

•Exames laboratoriais : Glicemia J 169, mg/dl ,Hemoglobina glicada 9,1%. PA: 160x90

•Medicamentos prescritos: Insulina NPH (prescrita 40U de manhã e 25U à noite), Anlodipino (2cp 3x ao dia) , Metformina (1cp 3x ao dia), Atenolol (1 cp ao dia), Hidroclorotiazida (1cp ao dia), AAS (1cp ao dia).

Foram detectados os seguintes problemas:

•Adição de doses – Paciente toma 3 atenolol por dia ao invés de 1 prescrito pelo médico.

•Prescrição em sobredose – prescrito 30 MG/dia (de Anlodipino) dose máxima 10mg/dia.

•Inefetividade do tratamento para Diabetes Melitus.

•Intervenção Farmacêutica : Foi priorizado o aconselhamento e educação do paciente sobre seu estado de saúde, utilização de atenolol segundo prescrição médica, encaminhamento para reavaliação médica da terapia anti- hipertensiva, diário glicêmico para automonitoramento do diabetes.

### Consulta de Retorno

Paciente relata que está animado, que não está tão inchado, depois da consulta com farmacêutico seguiu as recomendações e foi para a consulta medico como foi pactuado. Sente-se melhor e diz que não há mais necessidade de procurar a curandeira, está mais confiante na equipe de saúde.

•Pressão arterial: 145/90

Foi verificado:

• Adesão do paciente ao atenolol de maneira correta,

• Prescrição de 10mg/dia de anlodipino e a introdução de IECA na terapia anti-hipertensiva enalapril 2cp de 12/12hs.

•Automonitoramento da diabetes (diário glicêmico), com melhora dos níveis de glicemia.

## CONCLUSÃO

O caso relatado é um exemplo de que as intervenções realizadas pelos profissionais farmacêuticos através da consulta farmacêutica podem ter um impacto considerável e positivo na qualidade do uso de medicamentos e do controle de doenças crônicas. O estabelecimento de um vínculo de confiança entre profissional farmacêutico e paciente, e o apoio da equipe multidisciplinar é imprescindível para que o serviço continue produzindo resultados positivos. Outro aspecto a ser ressaltado é a aproximação do farmacêutico com outros profissionais da equipe, gerando uma prática colaborativa onde o cuidado multidisciplinar é exercitado em benefício dos usuários do sistema público de saúde.

## REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica Ampliada e Compartilhada. Brasília. Ministério da Saúde. 2009 (série B textos básicos em saúde).





# A HORA É AGORA: COMO IMPLEMENTAR AÇÕES PARA REDUZIR A INCLINAÇÃO DA CASCATO DO HIV?

Autor principal/relator: Bernardo Machado de Almeida  
Colaboradores: Liza Rosso; Carolina Bocchi MaiaDeisy Rodrigues Felício de Souza; Moacir Ramos; Marly Cruz

Departamento de Vigilância Epidemiológica - SMS  
Eixo Temático: Vivências e narrativas sobre práticas do cuidado em diversos cenários



## INTRODUÇÃO

Estima-se no mundo 35,3 milhões de pessoas que vivem com HIV/AIDS – PVHA – (UNAIDS, 2013), sendo que metade desconhecem seu status sorológico (OMS, 2013). De acordo com cascata do HIV no Brasil, há 574 mil PVHA diagnosticadas, o que representa 80% do total de 717 mil estimados, com 143 mil PVHA sem conhecimento do diagnóstico (BRASIL, 2012). Sabe-se que há populações chave, onde a prevalência é maior em relação à população geral, e isso inclui gays e homens que fazem sexo com homens (HSH), profissionais do sexo e usuários de drogas ilícitas. Para essas populações vulneráveis, indica-se testagem a cada 6-12 meses. Apesar da ampliação no número de testes antiHIV no Brasil nos últimos anos, apenas 19,1% de HSH o realizaram nos últimos 12 meses (UNAIDS, 2013). Portanto, no Brasil gays e HSH são prioritárias no enfrentamento da epidemia local. Uma das respostas do Ministério da Saúde (MS) foi a implementação da estratégia de Tratamento como Prevenção (TASP), vigente desde dezembro de 2013. Tal estratégia visa além do benefício individual na redução da morbimortalidade e da inflamação sistêmica, o benefício coletivo de redução da carga viral comunitária e consequente redução na transmissibilidade do vírus. A Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba elaborou ações para se adaptar às novas recomendações do MS, bem como otimizar ainda mais os cuidados às PVHA e, em particular aos gays e HSH.

## DESENVOLVIMENTO

Com a implementação do novo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos houve um incremento no gap de PVHA que possuem indicação de tratamento antirretroviral (TARV) para aqueles que estão em TARV de 63 mil para 261 mil pessoas (incremento de 198 mil). No que se refere ao caráter crônico da doença, a associação com comorbidades prevalentes na população e o incremento de PVHA com indicação de TARV, optou-se pela descentralização do tratamento e acompanhamento do HIV nas Unidades Básicas de Saúde municipais. Desde 2002, as PVHA são acompanhadas nas UBS, sendo referenciados apenas quando existem complicações ou indicação de TARV. Para dar suporte a essa medida foi incorporado ao Núcleo de Atenção à Saúde da Família os médicos com atuação em infectologia. Esses possuem a função de dar suporte às equipes da Atenção Primária de Saúde (APS) na capacitação, assistência, bem como na avaliação dos encaminhamentos à infectologia. Além disso, foi implementado uma estratificação de risco, como guia para avaliação de casos de menor complexidade que poderão ser acompanhados na UBS, os de média complexidade serão discutidos com o matriciador e os de alta complexidade encaminhados imediatamente. Essa estratégia resultou na redução expressiva de pacientes que aguardavam consulta com a especialidade e no tempo de espera entre o encaminhamento e a consulta.

Apesar dessas iniciativas, ainda existem em Curitiba uma parcela de usuários diagnosticados e que não estão vinculados ou retidos ao sistema de saúde. Para tal foi implementado o projeto “A Hora é Agora – Testar nos deixa mais fortes”, parceria entre o município de Curitiba, Fiocruz, CDC e ONG’s, que tem como objetivo ampliar a testagem para HIV, focando em gays e HSH. Dois trailers serão utilizados em locais públicos de alta circulação desse segmento, que realizarão testes rápidos do tipo polpa digital. Também serão realizados testes rápidos em ONG’s. Além dessa, foi elaborada a estratégia do e-testing, site que contera informações a respeito do HIV, formas de prevenção e que disponibilizará, através de envio via correio testes do tipo fluido oral, a ser realizado como auto-teste. Após diagnosticado positivo, o usuário realizará confirmatório em estabelecimento de referência.

Importante abordagem do projeto foi a incorporação de estratégias para garantir a vinculação (Linkagem) e retenção ao sistema (Navegação). A Linkagem ocorrerá através de linkadores, pessoas que estarão presentes nos locais de realização de teste rápido e serão acionadas sempre que houver um teste positivo. Esses irão articular junto ao Departamento de Epidemiologia da SMS (quem regula as consultas) e matriciadores a forma mais rápida de consulta com as equipes da APS. Para isso irão manter contato próximo com o usuário através de mensagens de texto, email ou contato telefônico até a vinculação do usuário ao sistema. A Navegação trata-se da monitorização dos PVHA que estão em TARV. Caso o usuário não busque as medicações por mais de 90 dias, o matriciador da região de acompanhamento é acionado. Este fará contato com usuário da maneira previamente combinada em termo de consentimento assinado na primeira retirada de medicação junto à Unidade Dispensadora de Medicamentos (UDM) para re-vinculação ao sistema.

## LIÇÕES APRENDIDAS

Muitos avanços têm ocorrido nos mais de 30 anos de epidemia do HIV e novas estratégias vêm somar o arsenal de opções para enfrentamento da epidemia, que ainda conta com incidência considerável e aumento na prevalência, especialmente nas populações chave. Uma das principais é o TASP para a redução da carga viral populacional e, consequente, redução na incidência do HIV. O MS indica fortemente o TASP através da inclusão da indicação de tratamento para todas as PVHA e disponibilização de medicações suficiente para suprir a demanda. Cabe à esfera municipal organizar o sistema para permitir o reconhecimento do diagnóstico precoce e início da TARV. Porém há muitos obstáculos que devem ser enfrentados, pois há necessidade de otimizar o sistema para aumentar o sucesso da vinculação e retenção ao sistema de saúde, além de monitorar o tratamento por meio do reconhecimento dos usuários que não retiram a medicação no período esperado e avaliação da carga viral daqueles em TARV. Reconhecimento precoce de falha virológica e genotipagem também devem ser garantidos para evitar a emergência de vírus resistentes. A integração das diferentes esferas de atenção e apoio dos gestores também são peças fundamentais para o sucesso.

## REFERÊNCIAS

- McNairy, M.L. et al; Antiretroviral Therapy for the Prevention of HIV Transmission: What Will It Take?; Clin Infect Dis; fev, 2014
- Ministério da Saúde; Boletim Epidemiológico - Aids e DST - Ano II - nº 1 - até semana epidemiológica 26ª - dezembro de 2013
- Burgess, M.J et al; Human Immunodeficiency Virus: What Primary Care Clinicians Need to Know; Mayo Clin Proc. 2013;88(12):1468-1474
- National Institute of Health - NIH; Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in HIV-1-Infected Adults and Adolescents developed by HHS Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents – A Working Group of the Office of AIDS Research Advisory Council (OARAC)
- WHO in partnership with UNICEF and UNAIDS; Global Update on HIV Treatment 2013: Results, Impact and Opportunities; june 2013
- Cohen, M.S et al; Prevention of HIV-1 Infection with Early Antiretroviral Therapy; N Engl J Med 2011;365:493-505
- Sweet D.E; HIV Mentoring – Optimizing care by empowering the workforce; Medscape Education; 2014
- WHO; Consolidated Guidelines on the use of Antiretroviral Drugs for Treating and Preventing HIV Infection – recommendations for a public health approach; june 2013
- Prefeitura Municipal de Curitiba; Atendimento Inicial ao Portador do HIV em Unidade Básica de Saúde; 2002
- UNAIDS; The Gap Report; 2014
- Ministério da Saúde – Brasil; Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos; dez 2013
- Liau A. et al; Interventions to Promote Linkage to and Utilization of HIV Medical Care Among HIV-diagnosed Persons: A Qualitative Systematic Review, 1996–2011; AIDS Behav (2013) 17:1941–1962
- Fariisi, D. et al; Patient navigation is a client-centered approach that helps to engage people in HIV care; HIV Clinician; 2013
- Govindasamy, D. et al; Risk factors, barriers and facilitators for linkage to antiretroviral therapy care: a systematic review; AIDS 2012, 26:2059–2067
- Granick, R.M. et al; Universal voluntary HIV testing with immediate antiretroviral therapy as a strategy for elimination of HIV transmission: a mathematical model; Lancet 2009; 373: 48–57

Figura 1: Gaps da cascata do HIV no Brasil - 2012

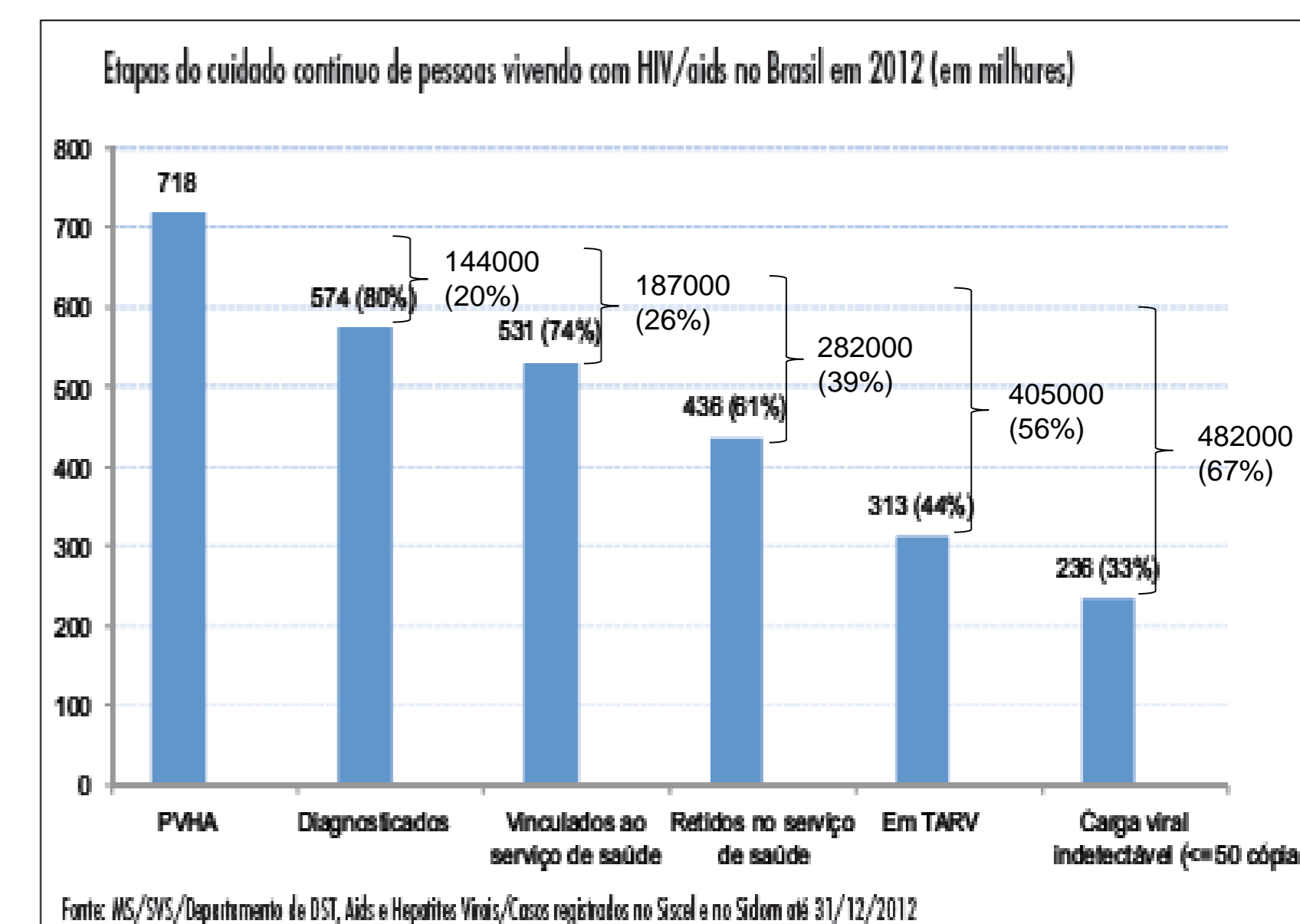


Figura 2: Estratégias para diminuir os gaps da cascata

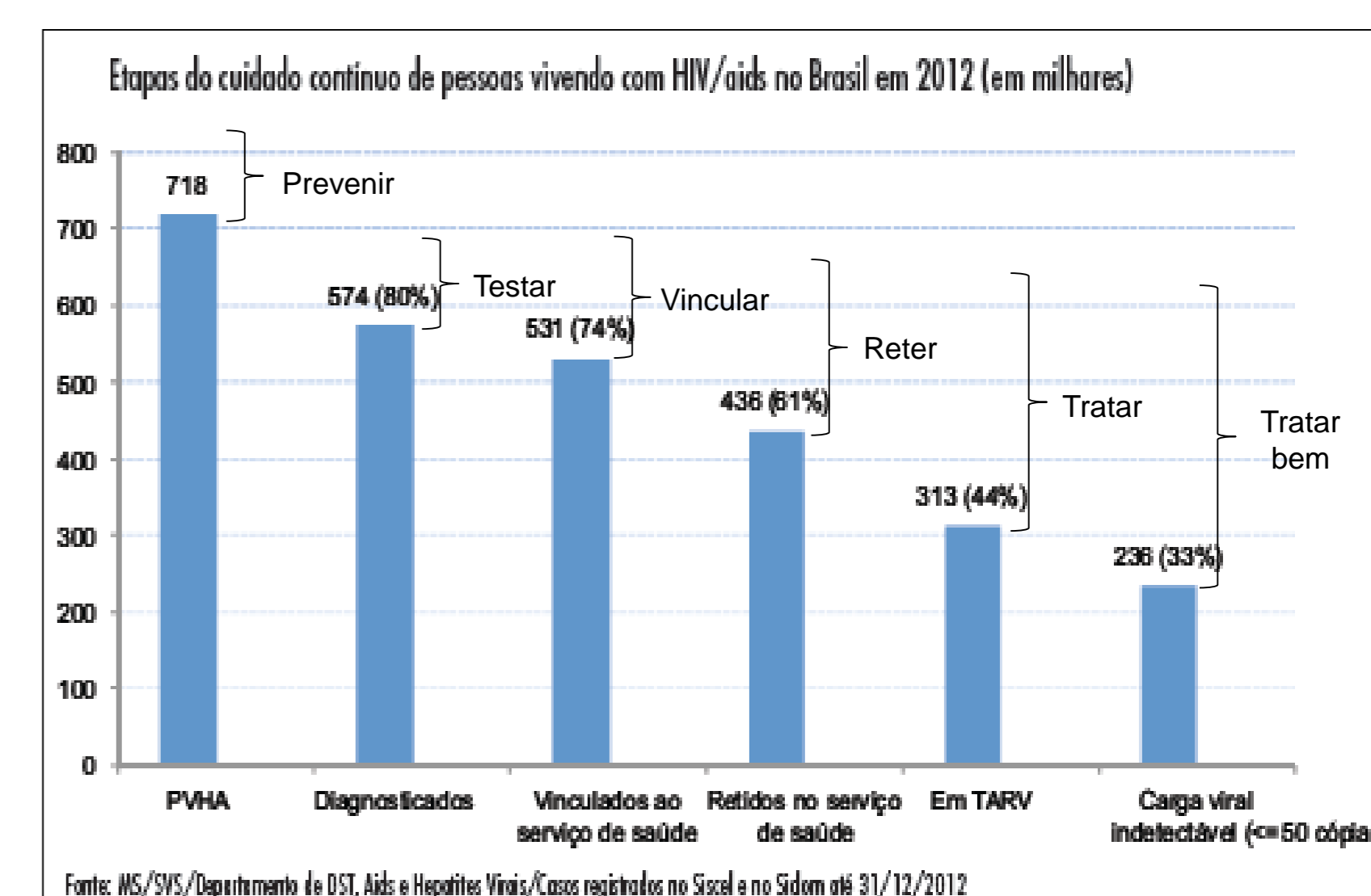


Figura 3: Metas da UNAIDS para 2020

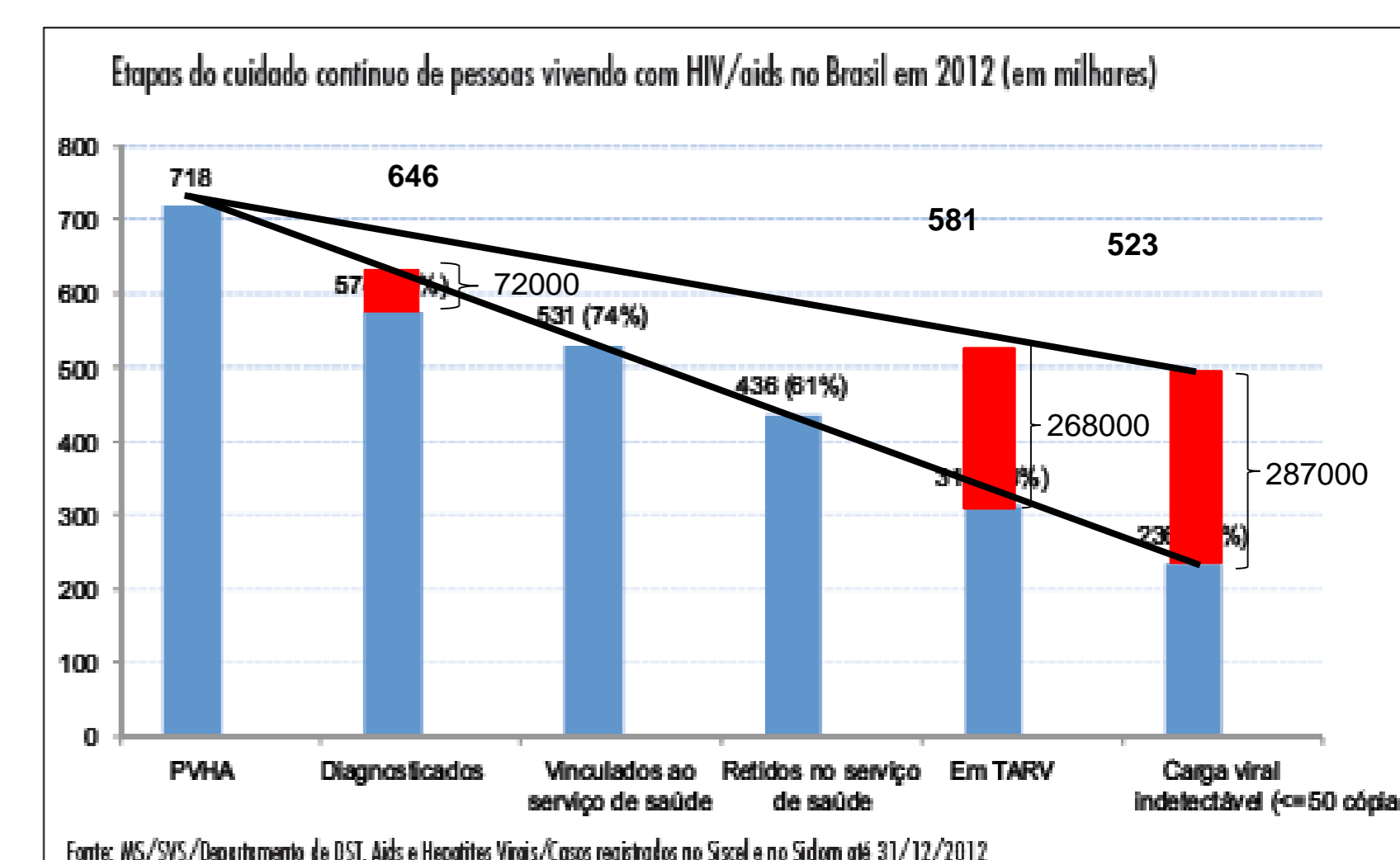
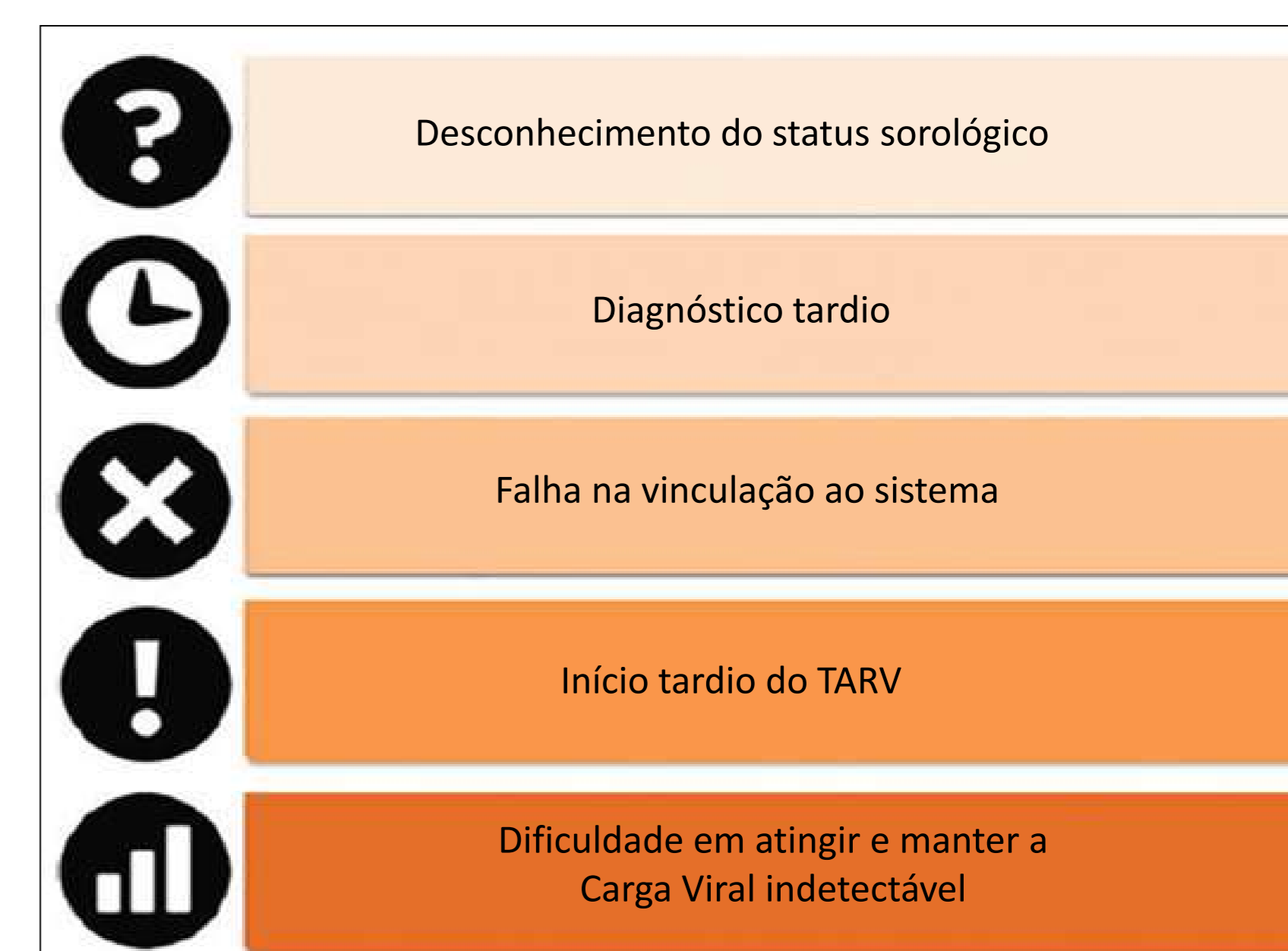


Figura 4: Desafios à implementação do TASP



# A ATUAÇÃO MULTIDISCIPLINAR DE ESTUDANTES PET- REDES NA ATENÇÃO AO DEPENDENTE QUÍMICO

## QUÍMICO

Thairine Camargo dos Santos<sup>1</sup>, Antonio Rangel<sup>2</sup>, Edineia Vasconcelos<sup>3</sup>, Vivian Freitas de Borba<sup>4</sup>, Ivete Palmira Sanson Zagonel<sup>5</sup>, Leda Maria Albuquerque<sup>6</sup>.

Local de Trabalho: Faculdades Pequeno Príncipe.  
Eixo Temático: Abordagens de vulnerabilidade: violência e drogas



## INTRODUÇÃO

O Programa - PET/Redes vinculado a FPP e Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba atua de forma multidisciplinar no âmbito de saúde pública. Este trabalho relata a experiência de acadêmicos de enfermagem e psicologia no acompanhamento de paciente dependente químico.

## DESENVOLVIMENTO

Durante a consulta multidisciplinar foram realizadas ações de educação em saúde explicando os aspectos da drogadição, com estratégias para o enfrentamento à droga. Esclareceram-se dúvidas em relação aos locais de tratamento que disponibilizam o apoio psicológico, e que oferecem o afastamento do indivíduo de sua rotina, aumentando as chances de desintoxicação. Enfatizou-se que as reabilitações buscam a reinserção do paciente à sociedade, estimulando os cuidados com a saúde, incluindo o apoio familiar na recuperação do indivíduo, motivando e acolhendo-o em seu meio social.

Nos dias subsequentes a esta consulta, foi realizada uma visita domiciliar para acompanhamento do processo de cuidado de si, orientando a família sobre a importância do apoio na recuperação do paciente.

## CONCLUSÃO

A experiência propiciou perceber o ser humano no enfrentamento ao vício, e compreender as dificuldades no seu estilo de vida devido à dependência. Pode-se concluir, que a participação no PET-Redes contribui para o aprimoramento dos conhecimentos acadêmicos, da prática de atividades e a compreensão da importância do trabalho em equipe multidisciplinar para um resultado de trabalho efetivo.

## REFERÊNCIAS

BAUS J, SEARA, A.C, CALDAS, C.M.W, DESIDÉRIO, L. PETRY FILHO, N. Metáforas e dependência química. Rev. Estudos de Psicologia, v.19, n.3. p. 6, 2002.

CARRARO TE, RASSOOL GH, LUIS MAV. A formação do enfermeiro e o fenômeno das drogas no sul do Brasil: atitudes e crenças dos estudantes de enfermagem sobre o cuidado. Rev Latino-am Enfermagem. v.13 n.5, p.17, 2005.

SOUSA, P.F, RIBEIRO, L.C.M. Dependentes químicos em tratamento: um estudo sobre a motivação para a mudança. Temas em Psicologia, v.21 n.1, p.265, 2013.

<sup>1</sup>Acadêmica do 4º período do Curso de Psicologia da FPP e bolsista do PET/REDES Faculdades Pequeno Príncipe (FPP) e Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba

<sup>2</sup>Enfermeiro da US Parolin. Preceptor do PET/REDES Faculdades Pequeno Príncipe (FPP) e Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba.

<sup>3</sup>Acadêmica do 4º período do Curso de Enfermagem da FPP e bolsista do PET/REDES Faculdades Pequeno Príncipe (FPP) e Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba

<sup>4</sup>Acadêmica do 8º período do Curso de Enfermagem da FPP e bolsista do PET/REDES Faculdades Pequeno Príncipe (FPP) e Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba.

<sup>5</sup>Enfermeira. Docente da FPP e coordenadora do PET/REDES Faculdades Pequeno Príncipe (FPP) e Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba.

<sup>6</sup>Enfermeira na Secretaria e representante da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba no PET/REDES Faculdades Pequeno Príncipe (FPP).



Fonte: <http://www.brasilecola.com/drogas/alcool.htm>



Fonte: <http://estimuloso-noro.blogspot.com.br/2013/01/um-tema-e-dez-cancoes-drogas.html>



Estudantes e preceptora do PET/REDES da FPP-SMS de Curitiba, na US Parolin

# LINHAS ESSENCIAIS DE CUIDADO COMO FERRAMENTAS DE GESTÃO DA CLÍNICA NA APS

Autor principal/relator: Marcelo Garcia Kolling  
Colaboradores: Paulo Poli Neto

Local de Trabalho: Departamento de Atenção Primária à Saúde  
Eixo Temático: Gestão em Saúde



## INTRODUÇÃO

A Gestão da Clínica, prática desenvolvida a partir da governança clínica, que trata da estratégia de gestão da atenção em serviços de saúde teve seu impulso inicial na Inglaterra e inclui ferramentas de gestão da atenção, auditoria, educação permanente, informação entre outras. Aqui apresentamos as linhas essenciais de cuidado como uma alternativa aos tradicionais protocolos clínicos.

## DESENVOLVIMENTO

Protocolos clínicos e assistenciais têm por objetivo essencial regular e reduzir a variabilidade nas condutas para otimizar o cuidado. Isso foi desenvolvido especialmente a partir da experiência nos serviços hospitalares, onde é necessário atender às diferentes pessoas com o mesmo procedimento. Na Atenção Primária a Saúde apenas uma minoria das condições atendem a este requisito (como as orientações relacionadas ao controle de infecção e o atendimento às emergências). Para a maioria dos casos as variáveis são tão numerosas que o atendimento uniformizado por protocolos poderia ser inclusive danoso aos pacientes. É neste contexto que se tornam importantes as linhas essenciais de conduta que, ao mesmo tempo em que determinam padrões mínimos de conduta que devem ser tomados nas diferentes situações, ajudam na tomada de decisões a respeito da necessidade de incorporação de tecnologia para a atenção primária.

## CONCLUSÃO

As linhas essenciais de cuidado são ferramentas de gestão da clínica com excelência para a APS, permitindo um planejamento de gestão adequado e baseado em evidências recomendações que protegem os pacientes e auxiliam os médicos no seu raciocínio clínico e na tomada de decisão a respeito das situações mais frequentes da prática clínica.

## REFERÊNCIAS

Stange KC, Ferrer RL. The paradox of primary care. *Ann Fam Med.* 7(4):293–9.



Protocolos priorizam a normalização e a produção em massa, com a menor variabilidade possível



Na Atenção Primária encontram-se condições pouco diferenciadas, com múltiplas origens e consequências, tornando a uniformização quase impossível e contraprodutiva



Linhas essenciais de cuidado ajudam na tomada de decisão, tanto para a clínica quanto para a gestão

# VIGILÂNCIAS E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: PROPOSTA DE INTEGRAÇÃO NOS DISTRITOS SANITÁRIOS DE CURITIBA

Autor principal/relator: Giseli de B. dos Santos  
Colaboradores: Ana Paula Borchardt; Delmara Novak; Fabiola Balmant; Fernanda Nogari; Izabel Taraska; Karina Nuñez.

Local de Trabalho: Secretaria Municipal de Saúde  
Eixo Temático: Vigilâncias (epidemiológica, sanitária, ambiental, saúde do trabalhador)



## INTRODUÇÃO

Este projeto propõe a integração da Vigilância em Saúde com a Atenção Primária à Saúde (APS) de Curitiba, nos Distritos Sanitários, participando ativamente nos processos de trabalho dos Núcleos de Saúde Coletiva (NSC), levando-se em consideração as características de cada território, com a finalidade de fomentar a prevenção, proteção e promoção à saúde da população.

Tomando-se como referência a integralidade, que é um dos eixos norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS), e diante do problema da fragmentação dos serviços de saúde, a busca por estratégias para promover a integração entre os diversos atores do sistema de saúde é fundamental para fortalecer os princípios do SUS e ampliar a capacidade dos serviços em prevenir e resolver problemas de saúde. Como estratégia para a integração propõe-se a inserção dos profissionais das Vigilâncias Sanitária e Epidemiológica dos Distritos Sanitários nas equipes dos Núcleos de Saúde Coletiva, efetuando-se o intercâmbio entre aqueles profissionais, com o objetivo de conhecer as ações realizadas em cada setor e promover ações conjuntas.

A integração entre as Vigilâncias e a APS é condição básica para construção da integralidade na atenção e para o alcance de resultados, com desenvolvimento de um processo de trabalho que agregue os diferentes conhecimentos técnicos de cada área visando à saúde da população. Através do Planejamento Estratégico Situacional, selecionamos quatro problemas - processo de trabalho; política de RH; produção, divulgação e informação; gestão da comunicação – e, após priorizar o macroproblema, chegamos à árvore explicativa.



## DESENVOLVIMENTO

A intervenção se dará em diferentes movimentos sequenciais:

1. Alinhamento conceitual: reunião estratégica entre o diretor e coordenações das Vigilâncias em Saúde e APS para apresentação e discussão do projeto aplicativo;
2. Fortalecimento da equipe de Vigilância em Saúde: melhorar a integração dos técnicos e chefias da Vigilância Sanitária e Epidemiologia dos Distritos Sanitários, através de reuniões mensais;
3. Inserção dos profissionais no NSC: inserção dos profissionais das Vigilâncias Sanitária e Epidemiológica dos Distritos Sanitários nas equipes dos NSC;
4. Intercâmbio: a partir da identificação de um problema levantado pelos NSC, será realizado um intercâmbio entre os profissionais, com o objetivo de conhecer as ações realizadas por cada setor com foco no problema elencado.

Propõe-se a avaliação e o monitoramento por meio dos seguintes Indicadores: Proporção de NSC que aderiram ao projeto; Proporção de ações conjuntas para os problemas selecionados pelos NSC; Proporção de técnicos das Vigilâncias e UMS do DS inseridos nos NSC, que participaram do intercâmbio.

## CONCLUSÃO

Equipes estimuladas para um trabalho integrado no NSC, visando enfrentamento dos problemas, conforme a realidade de cada território; Profissionais dos NSC multiplicadores dos conhecimentos adquiridos pelo projeto; Integração entre as Vigilâncias em Saúde e APS do distrito.

Com esta vivência será possível compreender a realidade e as dificuldades de cada “setor”, oportunizando a troca de conhecimentos, ideias e discussões sobre melhora do fluxo e processo de trabalho, integrando as ações e potencializando os resultados, com foco na saúde da população.



# Mapeamento de Recursos do Território – aproximando Serviços via grupo PET-Saúde/Redes de Atenção Psicossocial

Autor principal/relator: Aline Zulian  
Colaboradores: Derivan Brito da Silva, Marina Rodrigues de Lima, Andressa de Alcântara Serrano, Andressa de Cássia Scorsin, Patrícia Oliveira Santos.

Local de Trabalho: CAPS III Portão  
Eixo Temático: Território, intersetorialidade e saúde



## INTRODUÇÃO

Este trabalho apresenta a Ação de Mapeamento dos Recursos do Território de três Regionais do Município de Curitiba, realizado por monitoras e preceptores sob orientação do Tutor do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde/Redes de Atenção Psicossocial). Tal demanda surgiu por parte dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial visando facilitar a articulação da rede, integração dos serviços e reinserção social dos usuários.

## DESENVOLVIMENTO

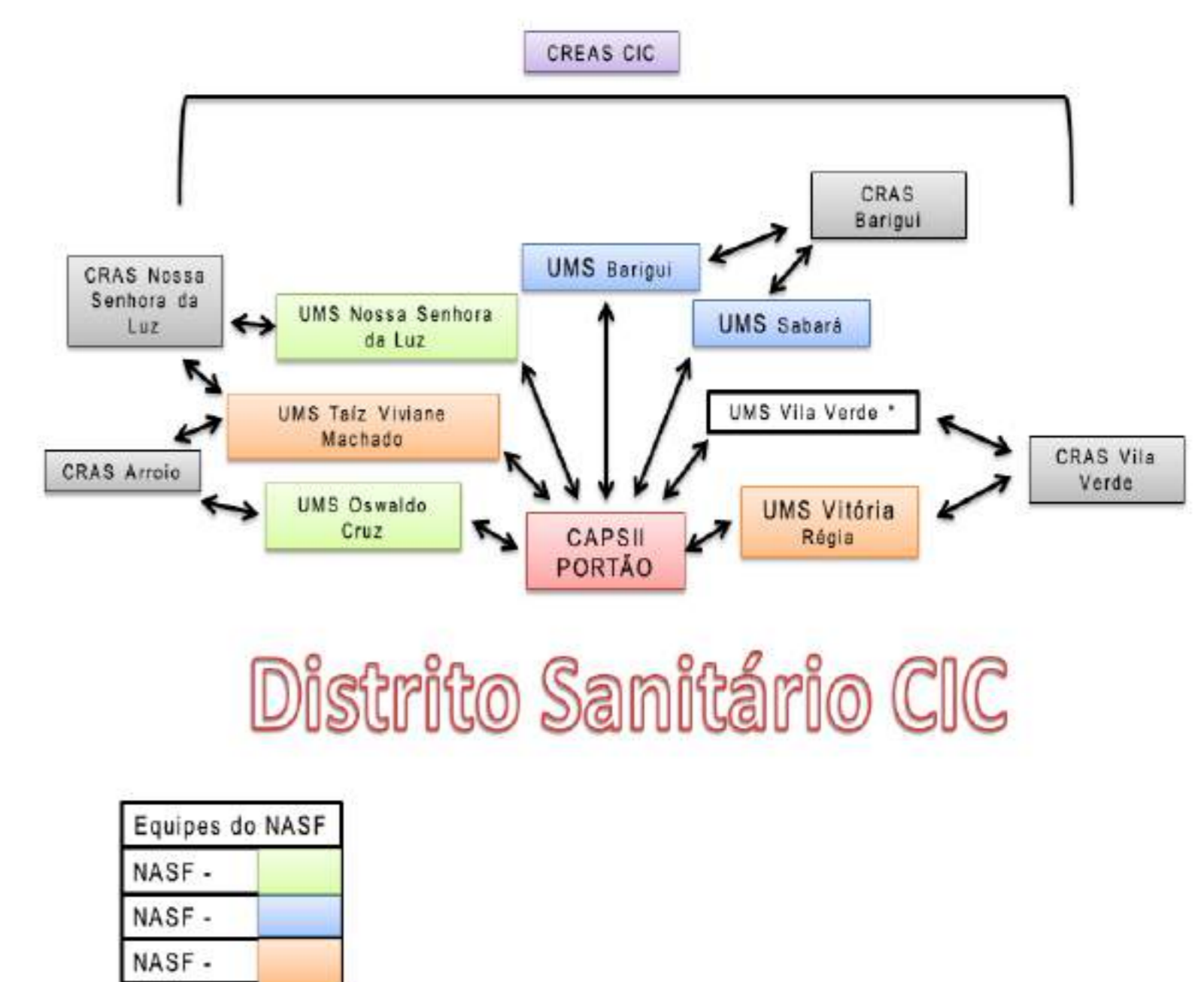
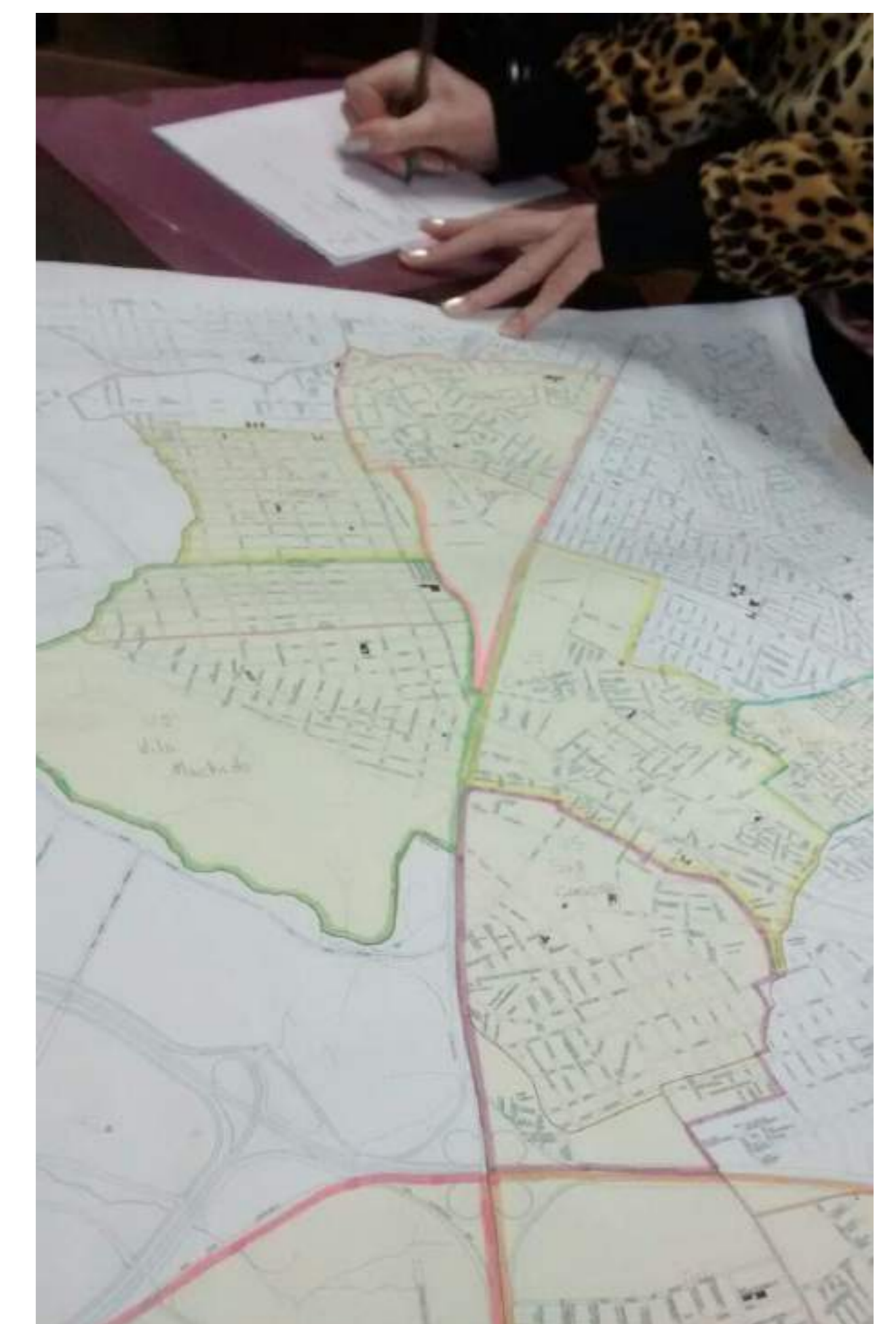
O mapeamento se deu em 4 etapas nas Regionais do Portão e CIC:

- 1) Pesquisa *online* de equipamentos do território (escolas, hospitais, igrejas, praças, etc);
- 2) Visitas nas Unidades Municipais de Saúde (UMS), em Centros de Referência da Assistência Social (CRAS), em Centros de Referência Especializados da Assistência Social (CREAS) e Liceus de Ofício, à Fundação Cultural e Casa de Leitura; aos Centros de Esporte e Lazer, a Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Residências Terapêuticas;
- 3) Reunião e tabulação dos dados com elaboração de uma apostila;
- 4) Apresentação da apostila aos Serviços oferecendo cópia impressa e/ou digital.

Tais regiões referem-se aos territórios de abrangência dos CAPS nos quais as monitoras PET-Saúde realizam ações. Pretende-se que esta atividade aconteça em outros territórios de Curitiba, e no momento, está sendo finalizada a etapa 3 na Regional Pinheirinho.

## CONCLUSÃO

O processo de Mapeamento permitiu a divulgação e esclarecimento do trabalho desenvolvido pelos CAPS no território e a apropriação das potencialidades presentes neste pelo CAPS e demais Serviços, percebendo-se a importância de parcerias na comunidade para a oferta de atividades de atenção aos usuários. Encontrou-se por parte dos envolvidos, interesse pela maior articulação da rede e integração dos serviços, havendo ainda muitos desafios neste sentido.



Fonte: CNEB, 2014. Trabalho realizado pelas Monitoras do Curso de Terapia Ocupacional da UFPR, participantes do Programa PET Redes Curitiba/ PET Saúde Curitiba 2013/2014. (Andressa Serrano, Dezenia Venturo, Fernando Percegas, Marina Lima, Miriam Lopes, Sheila Mulko, com Orientação de Aline Zulian, Marcos Scorsini, Derivan Brito da Silva).

# ACESSO NÃO GARANTE RESOLUTIVIDADE

Autor principal/relator: Maria da Graça Araújo Garcia  
Colaboradores: Daniela Vieira Marques

Local de Trabalho: US Moradias Belém  
Eixo Temático: Gestão em Saúde



## INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem na Unidade de Saúde um centro de excelência para o acolhimento das pessoas do sistema de saúde do município e a possibilidade de resolução da maioria de suas necessidades de saúde.

## DESENVOLVIMENTO

Medidas adotadas pela equipe para facilitar o Acesso e Resolutividade na Unidade de Saúde (US) Moradias Belém:

- Acolhimento na US direcionado por área;
- Atendimento clínico compartilhado entre enfermeira e médica;
- Consultórios acoplados, comunicação virtual e presencial;
- Agendas flexíveis das enfermeiras e médicas (em estudo);
- Agendas priorizando demanda do dia;
- Agendamento de consultas eletivas por telefone, e-mail e procura direta;
- Agendamentos eletivos no máximo dentro de 1 a 2 semanas;
- Cartão de visitas;
- Ampliação da carteira de serviços ofertados pela US;
- Rodas de conversa com pessoas portadoras de doenças crônicas;
- Escala das equipes de enfermagem, considerando horários das auxiliares para gestão clínica dos grupos de risco das micro áreas;
- Gestão local compartilhada.

## CONCLUSÃO:


Já observa-se algumas conquistas com a facilitação do acesso na US Moradias Belém, entre elas a valorização e potencialização do trabalho em equipe e aumento da satisfação dos usuários.

No entanto, alguns desafios deverão ainda ser enfrentados, entre eles:

- O descompasso entre a proposta conceitual da APS qualificada e a prática da maioria dos profissionais da saúde;
- Sensibilização e treinamento dos profissionais para uma escuta qualificada;
- Diminuir a burocratização do atendimento e falta de comprometimento do profissional que trata o (a) usuário (a) como “batata quente”;
- Consolidar a cultura da APS como porta de entrada do SUS municipal acolhedora e resolutiva.

<b>UMS MORADIAS BELÉM</b> RUA CEZINANDO DIAS PAREDES, 1056 FONE: 3286-1750 - BOQUEIRAO - CURITIBA/PR
<b>CARTEIRA DA SAÚDE</b>
NOME: _____
ENDEREÇO: _____
EQUIPE: 3
MÉDICA: MARIA DA GRAÇA ARAÚJO GARCIA EMAIL: meusmoradiasbelelem3@sms.curitiba.pr.gov.br
ENFERMEIRA: DANIELA EMAIL: enfusmoradiasbelelem3@sms.curitiba.pr.gov.br
AUXILIAR ENF: _____
HORÁRIO DE ATENDIMENTO: _____
DENTISTA: MIRIAN CRUZ DE SOUZA
ACS: _____

Cartão de Visita  
Frente

	<b>UMS MORADIAS BELÉM</b> Área 3 Dra. M <sup>ª</sup> da Graça Araújo Garcia Dentista: Mirian Cruz de Souza Enf <sup>ª</sup> . Daniela Vieira Marques Aux. Enfermagem: Sueli Ap F. R. Anjos  ACS Débora Cristina L. de Aguiar
---	---

Verso

<b>"NOSSA EQUIPE CUIDADA SUA FAMÍLIA"</b> Horário de Atendimento 2 <sup>ª</sup> a 6 <sup>ª</sup> feira das 07:00 às 19:00h Agendamentos (tel 3286-1750)  Email médica: meusmoradiasbelelem3@sms.curitiba.pr.gov.br  Email enfermeira: enfusmoradiasbelelem3@sms.curitiba.pr.gov.br
---



# OUVIDORIA NO DS CAJURU - FERRAMENTA DE GESTÃO

Autor principal/relator: Patricia Vestergaard Dias  
Colaboradores: Eliana Amaral Mendes, Gefferson A. Fernandes Freitas

Local de Trabalho: DSCJ  
Eixo Temático: Planejamento, Monitoramento, Avaliação em Saúde



## INTRODUÇÃO

Discorrer sobre ouvidoria, pressupõe-se participação e neste caso em especial, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e conseqüentemente, no fortalecimento da gestão e controle social no SUS.

A ouvidoria é uma ferramenta da democracia participativa e importante mecanismo de gestão para monitoramento dos serviços. É um canal aberto e privilegiado de comunicação, onde busca-se solucionar questões apresentadas pelos usuários, agindo não só na solução do problema isolado, mas também possibilitando a utilização desta ferramenta para avaliar e mensurar a frequência de questionamentos, esclarecimentos, dúvidas, reclamações e sugestões dos usuários sobre os equipamentos da saúde que compõem o Distrito Sanitário do Cajuru (DSCJ)

## DESENVOLVIMENTO

No cotidiano as respostas das Coordenações das Unidades de Saúde do DSCJ às Ouvidorias compreende uma atitude de cuidado e a sua prática, na maioria das vezes, é muito mais que uma escuta e sim um diálogo que oferece suporte aos usuários, fornece informações e divide responsabilidades sobre o espaço das US. Um dos objetivos da Ouvidoria em Saúde é criar indicadores para melhorias nos serviços de saúde. Tendo isso como meta, o trabalho de apoio do DSCJ às Unidades de Saúde consiste em dar o suporte necessário no contato com o usuário e também nas respostas das ouvidorias; ir até as US conhecer a realidade de cada uma delas e seus principais problemas, trazendo para as Coordenações das US o suporte necessário e também a importância destes indicadores não só para o DSCJ como para a própria gestão da Unidade de Saúde.

Este trabalho específico com a Ouvidoria no DSCJ visa construir vínculos com as Coordenações de Unidade, Equipes de saúde e também Usuários já que é neste contexto que acontecem os problemas e é nesse mesmo contexto que eles precisam ser resolvidos.

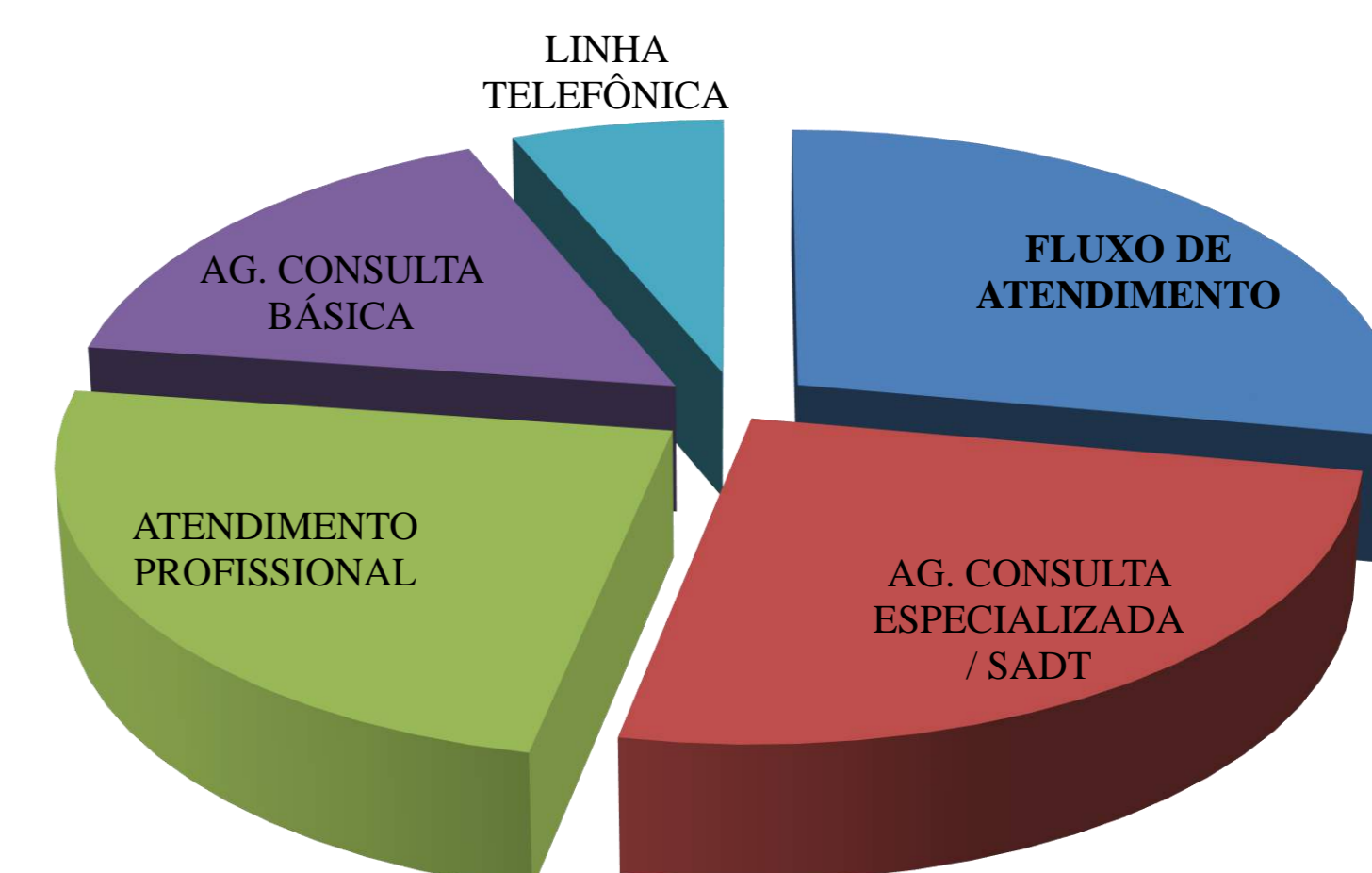
## CONCLUSÃO

A consolidação deste processo no DSCJ está em andamento, principalmente na utilização da Ouvidoria como ferramenta de gestão e análise da realidade de saúde de cada área, possibilitando uma reflexão sobre os atendimentos e serviços prestados, conduzindo a melhora de indicadores e que impactem na realidade dos resultados de todas as Equipes de Saúde das Unidades do DSCJ.

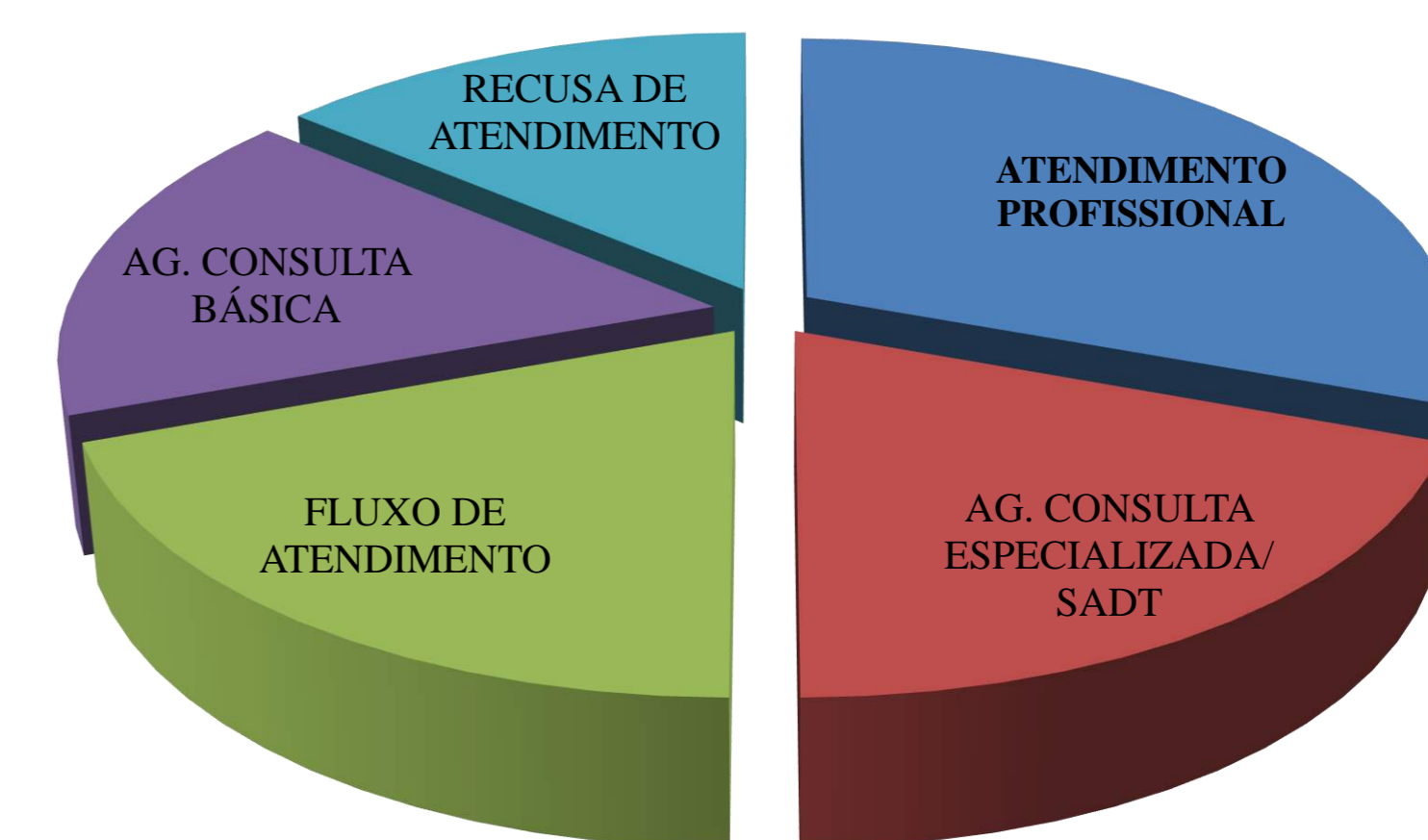
## REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Política Nacional de gestão Estratégica e Participativa*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- FERRARI, A. *A ouvidoria municipal como instrumento de Gestão*. Santo Antônio, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Ouvidoria Geral do SUS – Um espaço de Cidadania*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

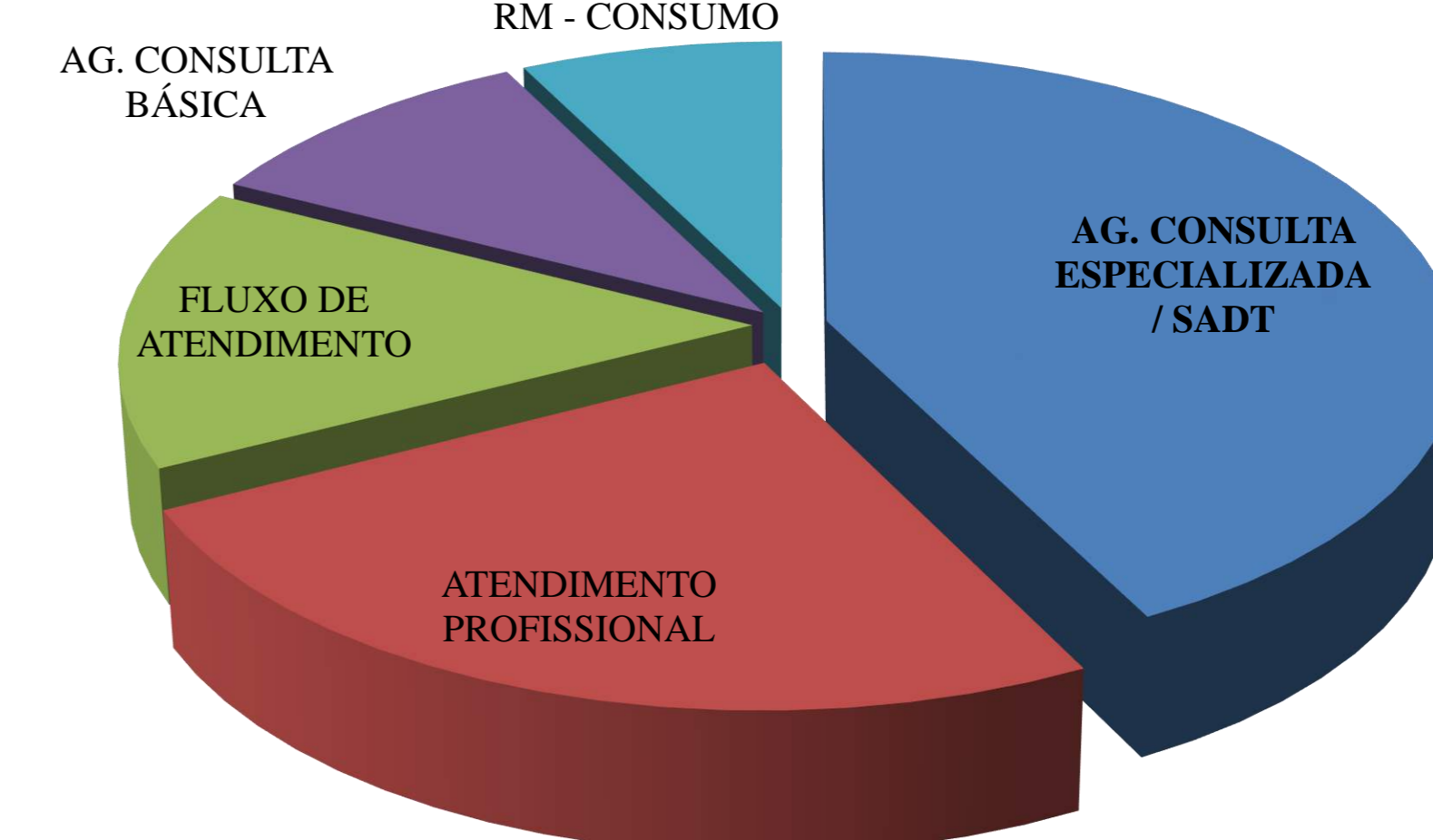
TOP 5 - RECLAMAÇÕES  
JAN/14



TOP 5 - RECLAMAÇÕES  
JUN/14



TOP 5 - RECLAMAÇÕES  
AGO/14



# PERCEPÇÃO DO USUÁRIO SOBRE OS BENEFÍCIOS DAS PRÁTICAS CORPORAIS OFERECIDAS NAS UNIDADES MUNICIPAIS DE SAÚDE PELO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA

Autor: Cintia Mara Kozlovski  
Colaboradores: Andréa Tarzia, Fabiana Pomin,  
Ariani Cavazzani Szkudlarek

Local de Trabalho: NASF CIC 1  
Eixo Temático: NASF



## INTRODUÇÃO

As políticas públicas de promoção da saúde foram fortalecidas no Sistema Único de Saúde (SUS) de Curitiba com a implantação dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), em 2009, os quais tem como objetivo estimular, informar e reeducar o indivíduo para a aquisição de comportamentos que sejam benéficos à saúde individual e coletiva. A inserção do Profissional de Educação Física que busca incentivar a prática da atividade física diária, evitando assim o sedentarismo, que é apontado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como principal causa para o aparecimento de doenças como a obesidade, hipertensão arterial e diabetes, consideradas as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). A implantação das práticas corporais oferecidas à comunidade nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) podem prevenir e controlar as DCNT, as quais se não tratadas adequadamente podem causar inúmeras patologias que podem ocasionar incapacidades transitórias ou permanentes, onerando o SUS.

## DESENVOLVIMENTO

A amostra, composta por 50 participantes dos Grupos de Atividade Física (GAF) de quatro UBS do Distrito Sanitário da Cidade Industrial de Curitiba (CIC), aplicado questionário composto por 11 perguntas fechadas, devidamente aprovado pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba (protocolo 75/2013). As perguntas se referem aos benefícios obtidos através da prática de atividade física contínua, ofertadas pelo NASF duas vezes na semana em cada UBS.

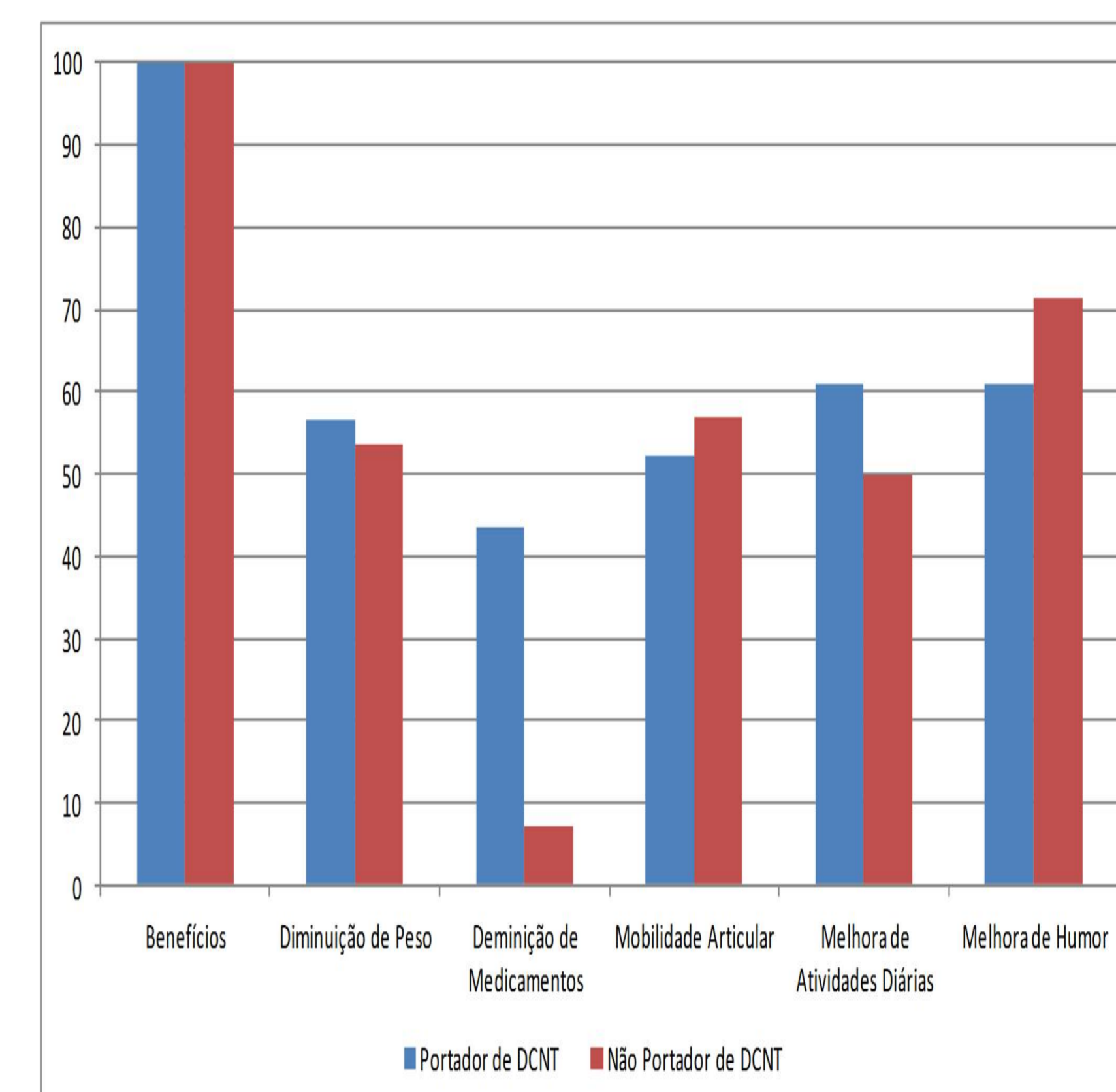
Observou-se a participação majoritária de mulheres (96%); a faixa etária era superior a 50 anos (76%); dos participantes 44% declararam possuir DCNT (26% HAS, 8% diabetes e 10% HAS e diabetes). Com relação aos benefícios da prática de atividade física, 100% declararam ter obtido benefícios como: redução de medicação dos portadores de DCNT(43%), redução do peso corporal (56%), melhora da mobilidade articular (58%), facilidade de executar atividades do dia a dia(58%), melhora de humor(70%), outros benefícios (72%). Dos participantes desta amostra, 40% declarou não realizar atividade física antes da implantação do NASF nas UBS.

## CONCLUSÃO

A atividade física oferecida pelo NASF pode modificar o estilo de vida do usuário do SUS, diminuindo o sedentarismo, prevenindo/controlando doenças. O acesso facilitado à prática da atividade física no território da UBS através do Profissional de Educação Física inserido no NASF, proporciona a prática contínua de exercícios físicos, estimula o auto cuidado, e promove o empoderamento do indivíduo e da comunidade quanto à mudança de hábitos nocivos à saúde, pois os benefícios apontados pelos participantes das práticas corporais têm como consequência melhora da saúde e consequentemente da qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS

- BRASIL (2008). Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2008
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, (2010). Caderno de Atenção Básica: diretrizes do NASF. Brasília-DF;
- MONTEIRO, M.F; SOBRAL D.C. (2004). Exercício físico e o controle da pressão arterial, Revista Brasileira de Medicina e Esporte, vol 10, n 6.
- NASCIMENTO, L.B.G.; GUEDES, M.L.S. e da Silva, M.A. (2010). Conferências Internacionais de Saúde e a Promoção da Saúde no Brasil. Estudos, 37 (12).
- OLIVEIRA, C. da S. et al. (2011). O profissional de educação física e sua atuação na saúde pública. EF Deporte, Revista Digital, Buenos Aires, ano 15, 153
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2011). World Health Statistics. World Health Organization, Geneva;





# NOVA ROTINA DE ACOLHIMENTO DA UBS SALGADO FILHO DE CURITIBA – PR, AOS PACIENTES PORTADORES DE HIV/AIDS VISANDO MAIOR ADESÃO AO TRATAMENTO COM ANTIRRETROVIRAIS

Autor principal/relator: Irene Nishikawa Tateiva  
Maria Jose Brobowski Vasco  
Colaboradores: Carolina Ignez Maier Guedes  
Elaine Roberta Marcondes  
Janete Rodrigues da Silva

Local de Trabalho: UBS Salgado Filho  
Eixo Temático: Vivências e narrativas sobre práticas do cuidado em diversos cenários



## INTRODUÇÃO

O acolhimento é um importante instrumento para a adesão de pacientes que convivem com HIV/AIDS que no momento da revelação do diagnóstico do HIV causa um impacto negativo para o paciente, pois esta nova realidade é inserida em sua vida. É neste quadro complexo que o presente estudo tem o objetivo de relatar a experiência vivenciada pelos profissionais de saúde, da Unidade Básica de Saúde (UBS) e Unidade de Dispensação de Medicamentos Salgado Filho, no ano de 2014, e relacionar o acolhimento, a adesão ao tratamento clínico e de medicamentos Antiretrovirais.

## DESENVOLVIMENTO

A partir de janeiro de 2014, a equipe do setor de infectologia da UBS Salgado Filho, passou por uma transformação quanto ao atendimento de pacientes com HIV/AIDS, com o objetivo de melhorar a adesão ao tratamento. Inicialmente, passamos a explicar o máximo possível sobre o tratamento, a importância da adesão ao tratamento, avanços na terapia, sempre que possível respondendo as suas dúvidas e finalmente orientando sobre rotinas de atendimento, considerando o seu retorno à consulta.

Num segundo momento, e com muito mais cautela, passamos a trabalhar com as dificuldades na aceitação do diagnóstico de HIV/AIDS, pois muitos deles chegam em um estado de desamparo, desorganização emocional, sentimento de culpa, raiva e pânico.

Finalmente, para que pudéssemos executar as etapas acima foi necessário reorganizar o setor, utilizando as ferramentas disponíveis. Para isso, a sala de atendimento/farmácia e o consultório médico foram remodelados com criatividade e objetos de decoração: quadros, flores artificiais e até um recipiente com balas para deixar um ambiente acolhedor, bonito e aconchegante. As paredes emboloradas foram parcialmente pintadas pelas autoras com recursos próprios.

## CONCLUSÃO

Com a nova rotina, conseguiu-se acabar com a rotatividade da auxiliar de enfermagem que sempre prejudicava o estabelecimento do vínculo. Em relação às mudanças no processo de trabalho, pode-se afirmar que houve melhoria nas relações entre paciente e profissionais de saúde com a humanização a atenção, os resultados atingidos foram a satisfação, valorização, reconhecimento do usuário e adesão correta ao tratamento, assim como uma melhora significativa no quadro clínico. Entretanto, para que esse processo continue avançando e ampliando o acesso faz-se necessário a inserção de recursos humanos, tais como: 1 farmacêutico, 1 auxiliar de enfermagem e 2 enfermeiros para que se possa ampliar o acesso dos pacientes em tempo integral e consequentemente aumento da adesão ao tratamento; armários com chave para armazenamento correto dos medicamentos; espaço físico adequado para a nova realidade do setor e necessidade de capacitação e treinamento de todos os trabalhadores para a prática do acolhimento. Portanto, espera-se que todo o profissional de saúde mantenha uma relação harmoniosa com os usuários e um atendimento humanizado.

## REFERÊNCIAS

LEITE, S.N.; VASCONCELLOS, M.P.C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*. São Paulo, v.8, n.3, p. 778, 2003.

FIGUEIREDO, M. A. C. Estudo de representações sobre Aids em pacientes, para a formação profissional visando grupos de suporte para pessoas contaminadas pelo HIV, sintomáticas ou não. *Jornal Brasileiro de Aids*, v. 1, n.5, p. 22-32, out, 2000

UBS Salgado Filho



UDM US Salgado Filho até dezembro 2013



Março 2014



Equipe de infectologia  
Coordenação Local e Apoio



# PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE MORDEDURA DE CÃO NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA UNIDADE MUNICIPAL DE SAÚDE RIO BONITO, CURITIBA-PR

Autora principal: Ivete Kwasnei  
Colaboradora: Liliane Grochocki Becker

Local de Trabalho: Unidade de Saúde Rio Bonito  
Eixo Temático: Vigilância epidemiológica



## INTRODUÇÃO

A raiva é uma doença existente em certos animais, como o morcego, cão e gato, que podem ser transmitidos para o ser humano, através do contato direto. O vírus contido na saliva ou secreções do animal infectado é inoculado principalmente pela mordedura, atingindo o Sistema Nervoso Central (SNC) causando encefalite aguda, ou seja inflamação do parênquima encefálico – cérebro, cerebelo e tronco encefálico, onde ocorre a replicação viral. Apresenta clinicamente como sinais e sintomas de inflamação de meninges, fotofobia (sensibilidade a luz), dor de cabeça e enrijecimento cervical, evoluindo com excitabilidade do SNC, convulsões e contratura de musculatura faríngea dificultando a deglutição, progredindo até coma e morte (Terra, 2007). Os casos de infecção pelo vírus apresentam aproximadamente 100% de letalidade. Entretanto, apesar da redução na sua ocorrência notada nos últimos anos, a raiva humana continua sendo um problema de saúde pública pela altíssima gravidade do seu acometimento, além do alto custo na assistência, profilaxia e controle da doença (Ministério da saúde, 2011).



Referência: [www.http://animais.culturamix.com/doencas/tudo-sobre-a-raiva-animal-contagio-e-prevencao](http://animais.culturamix.com/doencas/tudo-sobre-a-raiva-animal-contagio-e-prevencao).



Referência: <http://pt.dreamstime.com/fotos-de-stock-mordida-de-c%C3%A3o-no-p%C3%A9-ferida-image30672783>.

## DESENVOLVIMENTO

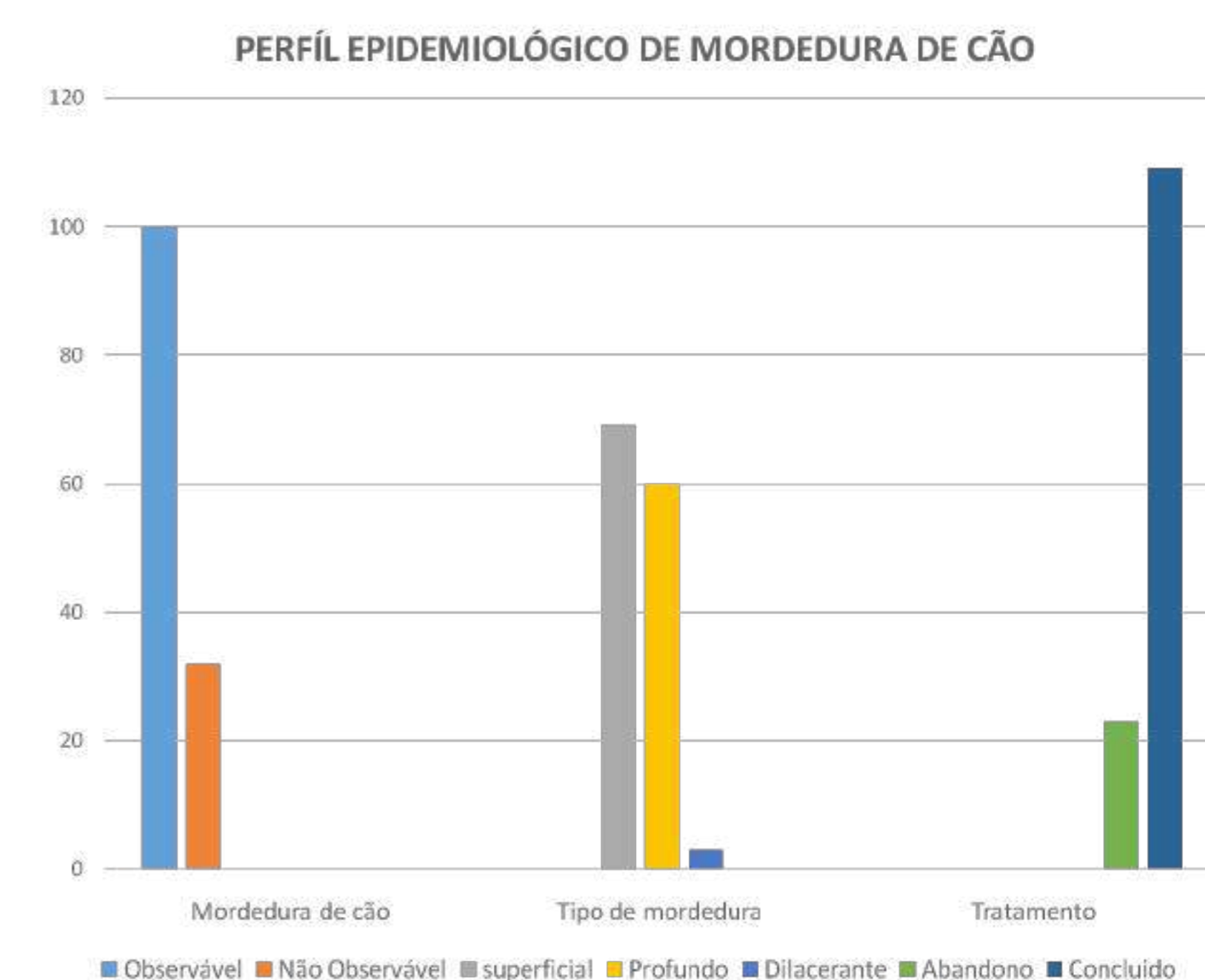
Ao analisar o volume de notificações por mordedura de cão, realizadas no primeiro semestre de 2014, notou-se um elevado índice de casos de mordedura de cão, surgindo o interesse de traçar um perfil epidemiológico dos indivíduos que tiveram mordedura de cão no período compreendido.

Foram realizadas 132 notificações de mordedura de cão no primeiro semestre de 2014, destes, 100 (75,8%) casos foram provocados por cães observáveis, outros 32 (24,2%) dos casos foram provocados por cães não observáveis. Estes últimos, pela suas características demandam maior atenção, pois o tratamento é mais prolongado e dependendo da gravidade realiza soroterapia.

Em relação ao tipo de mordedura 69 (52,3%) dos casos foram superficiais, 60 (45,5%) dos casos de caráter profundo e 3 (2,2%) dos casos dilacerantes necessitando realizar sutura. Em apenas 2 casos foi realizado a soroterapia. Em contraposição 23 (17,42%) dos casos foi observado abandono do tratamento, mesmo com sucessivas orientações sobre a importância do término do tratamento.

## CONSIDERAÇÕES

Ao término deste estudo foi possível identificar algumas características ponderáveis, pois se acreditava que a maior parte dos casos ocorria por cães de ruas, porém o estudo mostra ao contrário, onde 75% dos casos são provocados por animais domésticos. Com isso torna-se importante a orientação da população que tem animais de estimação na residência para a importância da vacinação do animal contra o vírus da raiva.



## REFERÊNCIAS

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Normas Técnicas de Profilaxia da Raiva Humana Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/normas\\_tecnicas\\_profilaxia\\_raiva.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/normas_tecnicas_profilaxia_raiva.pdf). Acesso em: 17/11/2014

TERRA, Sílvia Azevedo. Características das encefalites em autópsias – aspectos epidemiológicos e morfológicos. Uberaba, Minas Gerais. Abril, 2007.

# POLÍTICA MUNICIPAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DE CURITIBA

Autor principal/relator: Roberto Eduardo Bueno  
Colaboradores: Simone Tetu Moysés  
Maria Francisca Pansini

Local de Trabalho: Núcleo de Promoção da Saúde  
Eixo Temático: Determinação Social, iniquidades e Promoção da Saúde



## INTRODUÇÃO

A Política Municipal de Promoção da Saúde tem como visão promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidades e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes em Curitiba.

## DESENVOLVIMENTO

Foi realizado um mapeamento das práticas de promoção de saúde pela Secretaria Municipal de Saúde. Também estão sendo mapeadas as práticas de promoção da saúde desenvolvidas nos doze programas estratégicos do plano de governo de Curitiba.

A Política Municipal de Promoção da Saúde está sendo implantada e implementada por meio de um Comitê Gestor Intrasetorial da Secretaria Municipal de Saúde e de um Comitê Gestor Intersetorial envolvendo os programas do plano de governo de Curitiba.

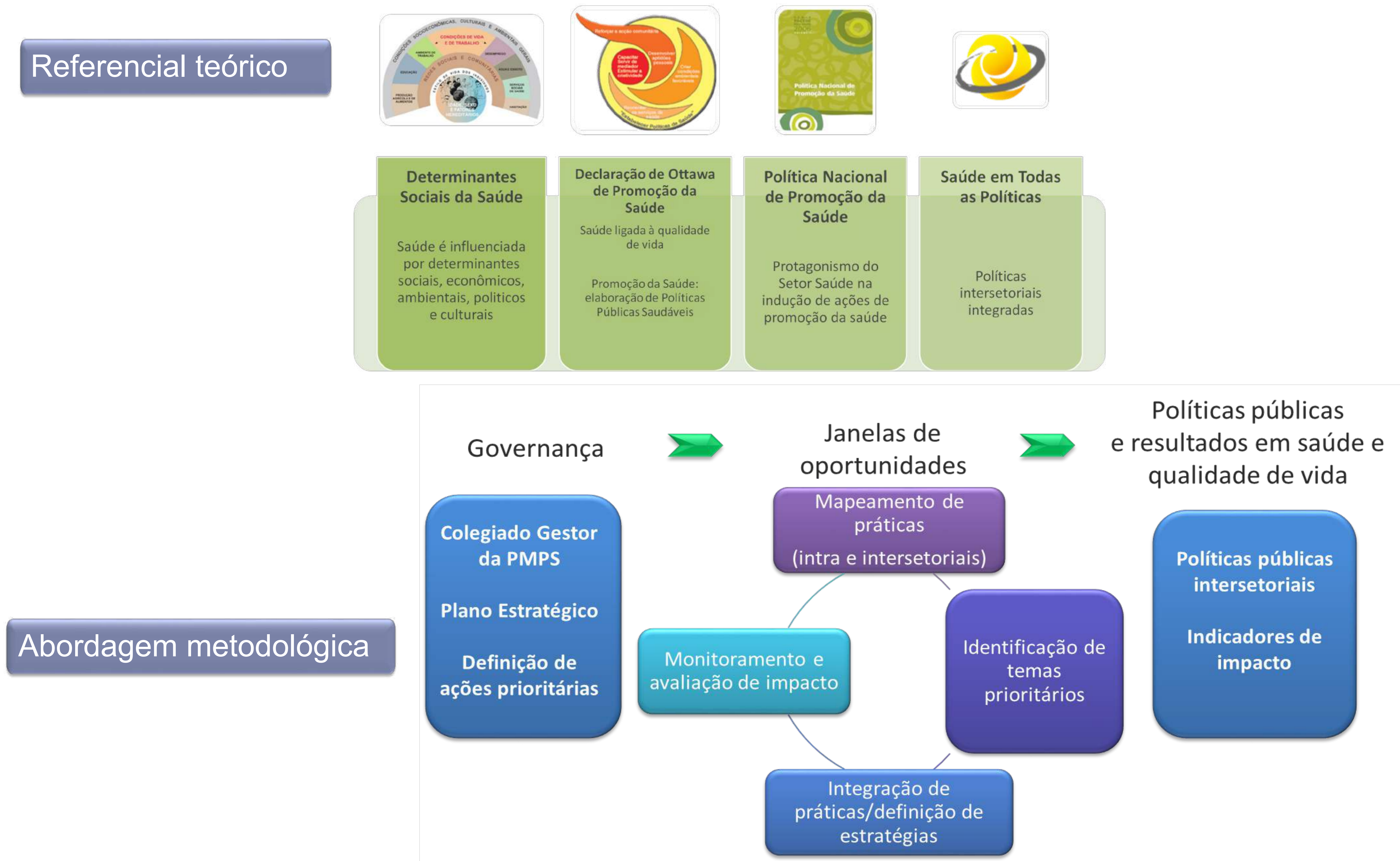
Além disso, está sendo desenvolvido um Fórum de Promoção da Saúde para ampliar a participação social em Curitiba.

## CONCLUSÃO

A Política Municipal de Promoção da Saúde de Curitiba está sendo construída de forma integrada, participativa e convergente com a Política Nacional de Promoção da Saúde.

## REFERÊNCIAS

BRASIL, *Política Nacional de Promoção da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.



# MAPEAMENTO DAS REDES DE ATENÇÃO - REABILITAÇÃO

Autor principal/relator: Graziela Falavinha  
Ghazal Slompo

Local de Trabalho: NASF BOA VISTA 2.  
Eixo Temático: Redes de Atenção – linhas de cuidado.



## INTRODUÇÃO

O objetivo deste estudo foi mapear a rede de serviços de saúde em reabilitação, em todos os níveis de atenção, no município de Curitiba a fim de descrever as Linhas de Cuidado existentes para esta população com vistas à integralidade da atenção.

## DESENVOLVIMENTO

A linha de cuidado específica em reabilitação na APS é operacionalmente centrada nos fisioterapeutas do NASF atuantes na APS (mapa ao lado), os quais rotineiramente atendem pacientes que necessitem de reabilitação, em todas as fases dos ciclos de vida, oriundos de U.S., hospitais, centros de especialidades, centros de reabilitação, dentre outros.

Na APS o fisioterapeuta realiza a gestão do cuidado do paciente no tocante as suas necessidades funcionais juntamente com a equipe de saúde. No entanto, é de suma importância também o envolvimento e a articulação com os demais níveis de atenção.

Os atendimentos individuais dos fisioterapeutas da APS são realizados em consultório através de agenda ou em domicílio para pacientes acamados, impossibilitados de locomover-se à unidade de saúde. Há possibilidade do paciente fazer o tratamento na própria U.S., podendo ser atendido individualmente ou coletivamente. No caso individual, o paciente será instruído a realizar seu tratamento em domicílio, sob supervisão a acompanhamento do fisioterapeuta da APS.

A outra possibilidade de tratamento em reabilitação é o direcionamento do paciente para os serviços de média e alta complexidade, que são as clínicas de fisioterapia conveniadas ao SUS e centro hospitalar de reabilitação, respectivamente.

A rede de média complexidade em reabilitação está sendo representada no gráfico pelas estrelas amarelas, as quais totalizam 7 serviços, a rede de alta complexidade está sendo representada pela estrela azul, sendo o único serviço disponível deste nível em Curitiba.

Observa-se que dos 9 distritos sanitários, 5 possuem serviços de atendimento de média complexidade em seu próprio território, enquanto que as outras 4 não possuem este serviço em seu território.

Os fluxos assistenciais deveriam estar centrados no usuário, considerando-se ainda que a pessoa que está em reabilitação apresenta limitações funcionais, e que deveria ter a garantia de acesso ao serviço de forma regionalizada, ou seja, mais próximo a sua residência, evitando-a de percorrer longos trajetos para realizar sua reabilitação.

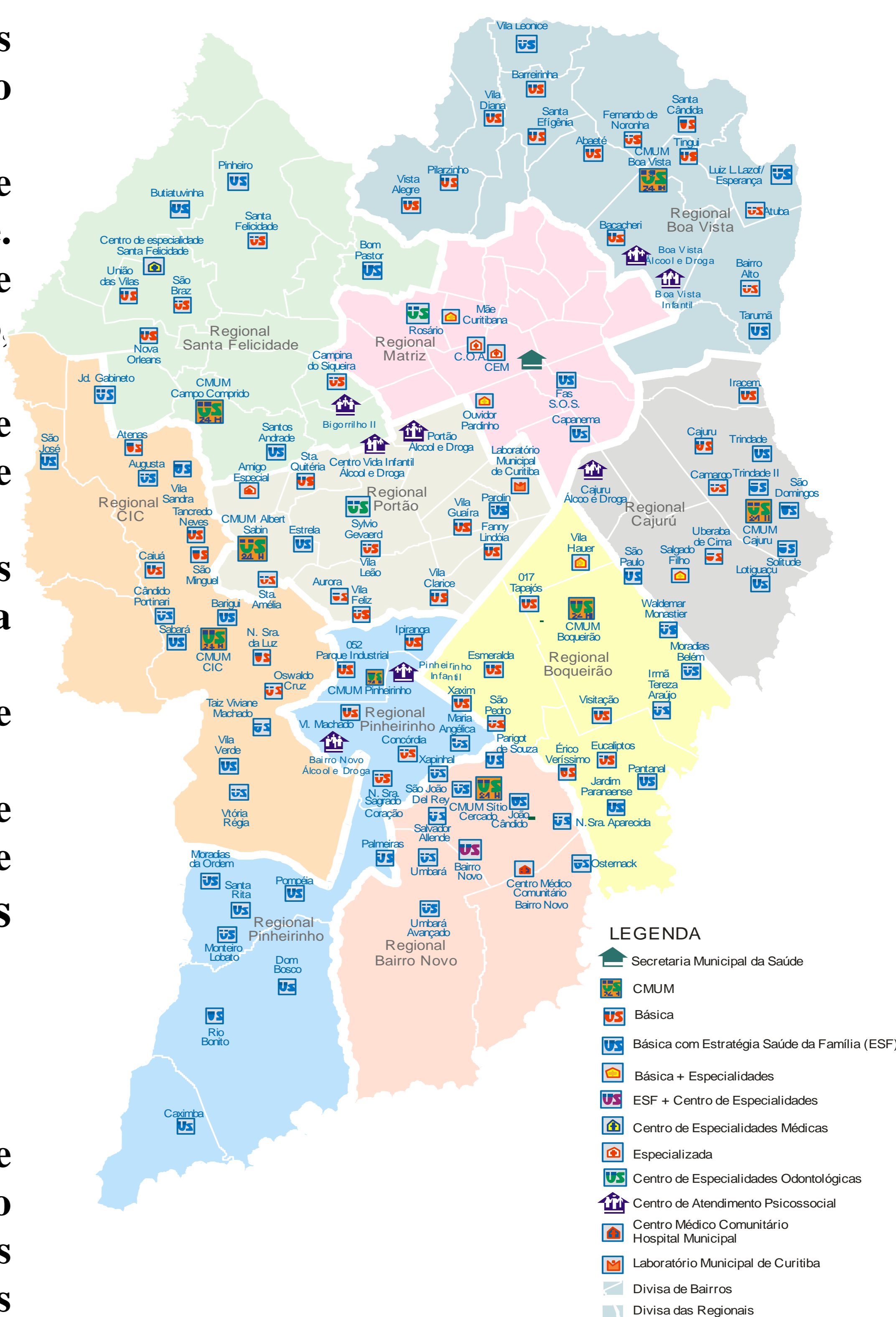
## CONCLUSÃO

A partir do mapeamento realizado dos equipamentos da rede de atenção primária em saúde de Curitiba, vemos que há grande cobertura da APS, entretanto um de seus maiores desafios se verifica no paradoxo da integralidade, uma vez que seu incremento faz com que aumente a demanda por outros serviços de saúde, trazendo à tona a dificuldade de estabelecer articulação e acessibilidade com os demais níveis de atenção.

Ao mesmo tempo em que se emerge a noção de que os serviços básicos de saúde permitem forte vínculo com o território e a articulação com outros setores, em contrapartida aparece a dificuldade em se desenvolverem políticas integradas e mesmo repensar o sentido das relações entre a APS e demais setores, instituições e atores envolvidos nas políticas públicas e sociais.

## REFERÊNCIAS

LINARD, AG, Castro MM, Cruz AKL. Integralidade da assistência na compreensão dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. *Revista Gaúcha Enfermagem*, Porto Alegre, 2011 set;32(3):546-53.



# A VISITA DOMICILIAR COMO FERRAMENTA ESF

Autor : Katia Regina Amarilia Boeira Lipinski  
Colaboradores: Ademar Cezar Volpi, Isabella Damiani  
Natalhia Gabriela Guilgem, Helen Kuklik

Local de Trabalho: Unidade de Saúde Solitude  
Eixo Temático: Integração Ensino-Serviço



## INTRODUÇÃO

Objetivando a qualificação profissional dos futuros trabalhadores em Saúde, com vista ao atendimento dos princípios fundamentais do SUS a UFPR (PET e Disciplina de Saúde Coletiva) em parceria com a US Solitude, desenvolveu-se trabalhos em Educação em Saúde na comunidade adstrita durante as visitas domiciliares, reconhecendo as reais necessidades do sujeito, visando o seu empoderamento pelo compartilhamento dos saberes, partilhando responsabilidades e incentivando o autocuidado.

## DESENVOLVIMENTO

Para a realização do presente trabalho, foram utilizados:

- Sistema informatizado (e-saúde) para a coleta de dados e descrição da população alvo;
- Instrumento de coleta de dados;
- Técnicas de abordagem (escuta ativa);
- Sistematização das Visitas Domiciliares;
- Organização dos temas a serem abordados nas Visitas; Promoção de Saúde (empoderamento)
- Corresponsabilização;
- Continuidade do tratamento ( oferta de serviços da US)

## CONCLUSÃO

O trabalho compartilhado entre os profissionais de saúde e as famílias abordadas, visando o aumento da autonomia das pessoas em relação a sua própria condição de saúde, são práticas essenciais para promover a mudança do modelo de saúde centrado no procedimento clínico e/ou com foco na medicalização, impulsionando o indivíduo para o autocuidado e o aprimoramento da sua condição de vida.

## REFERÊNCIAS

BUFFON et al, Práticas Coletivas em Saúde Bucal. Curitiba, 2012.  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE CURITIBA, Protocolo integrado de atenção à Saúde Bucal. Curitiba, 2004



Fotografia de Lipinski K. “ Visita domiciliar da US Solitude”.

### Ficha de Acompanhamento da Visita Domiciliar

End:							
		Mamadeira		CHIMARRÃO	PRÓTESE	Atividade Cárie	Doença Perio
Nome:	D.N.:	Chupeta	Gestante	Tabagismo	Alcoolismo		

Fonte: Ficha de acompanhamento de visita domiciliar criada pela equipe de saúde bucal da US São Domingos - 2004



Fotografia de Lipinski K. “ Visita domiciliar da US Solitude”.

# PROJETO SABER ADOLESCER

Autor principal/relator: Caroline Cherpinski Zibetti  
Colaboradores: Sandra Mara Gavlovski, Elisangela Vilha Ribas, Jhulie Rissato da Silva, Gorete Maria Martins, Maria Helena Kawase.

Local de Trabalho: Unidade de Saúde Barigui.  
Eixo Temático: Território, intersectorialidade e saúde



## INTRODUÇÃO

O Projeto é voltado para adolescentes do Colégio Arlindo Carvalho de Amorim. Envolve a atuação multiprofissional e articulação intersectorial e tem como objetivo estimular o auto cuidado e a adoção de hábitos saudáveis por meio da reflexão e empoderamento sobre temas relacionados com saúde, fortalecendo a auto estima, favorecendo o desenvolvimento da cidadania e responsabilidade social, buscando reduzir índices de violência e de gestações na adolescência.

## DESENVOLVIMENTO

O projeto é coordenado por uma equipe multiprofissional e conta com parceria do Instituto Robert Bosch e da equipe pedagógica do Colégio. O planejamento das ações ocorre por meio de reuniões, de forma democrática e horizontal de acordo com a realidade e necessidade identificada. Entre as principais ações desenvolvidas estão: encontro semanal com adolescentes voluntários voltados ao desenvolvimento do Protagonismo Juvenil; desenvolvimento de atividades lúdicas e educativas voltadas a educação e promoção da saúde com adolescentes do colégio e crianças das escolas municipais e CMEI's da região; elaboração do Jornal Saber Adolescer e de materiais de educação em saúde (paródias, acrósticos, teatros); dinâmicas, oficinas, palestras e rodas de conversa, buscando a participação ativa dos educandos no processo de construção do conhecimento; realização de exames (odontológico, oftalmológico, postura) e encaminhamentos; passeios; e encontro com pais.

## CONCLUSÃO

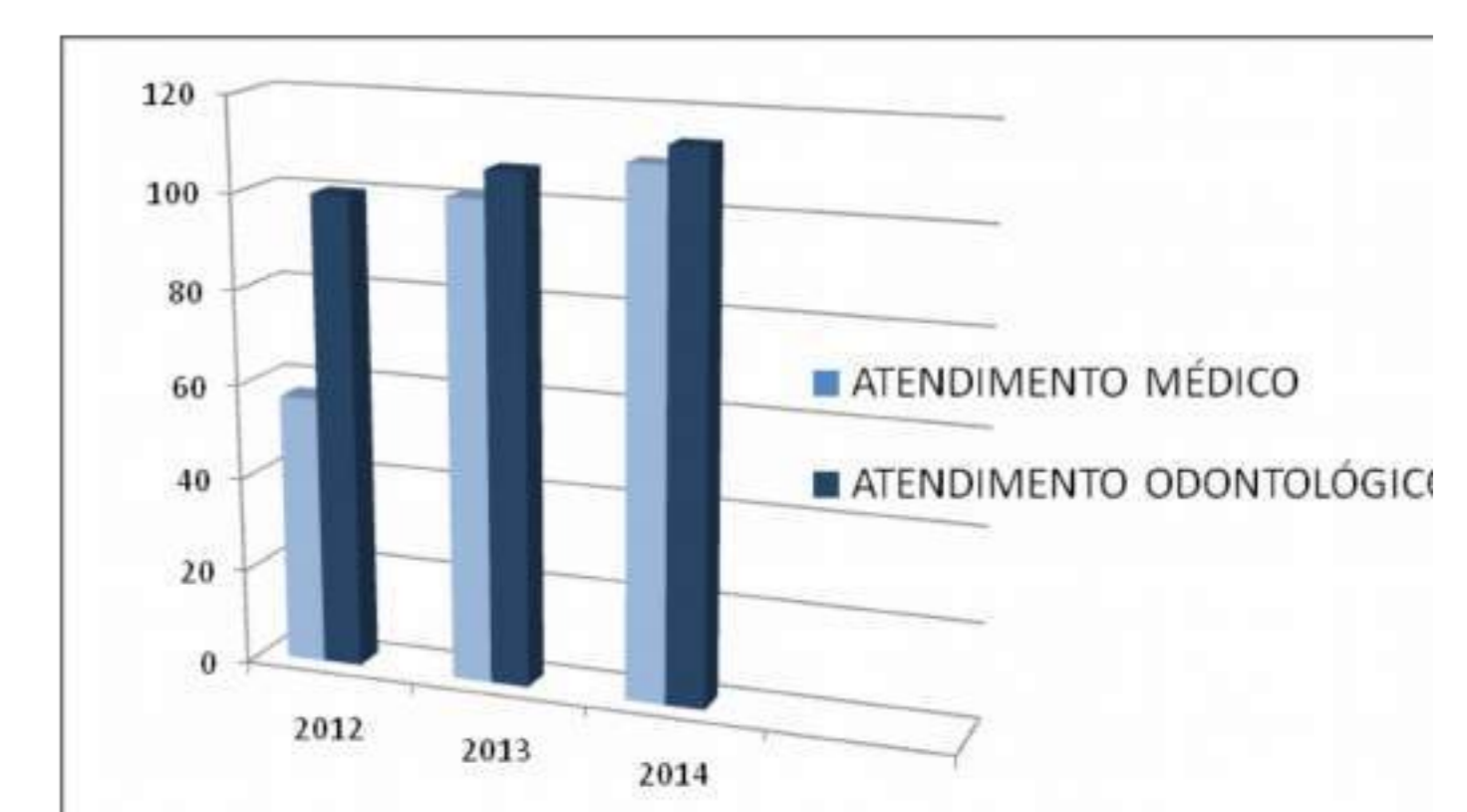
Os principais resultados até o momento foram: cerca de 1.650 contempladas com ações de Educação e Promoção da Saúde; criação de vínculo; sensibilização e reflexão em torno dos temas relacionados à saúde; maior resolutividade em relação aos casos da rede de proteção; acesso ao lazer e fortalecimento da auto estima dos escolares; melhoria do auto cuidado e da qualidade de vida dos participantes; redução no número de gestantes adolescentes na área de abrangência da US; e o aumento no número de procedimentos médicos e odontológicos realizados com pessoas nesta faixa etária

## REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 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.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.



# FORTALECENDO A VINCULAÇÃO: DIA DO ACONCHEGO

**Autor principal/relator:** Verônica M. Prestes  
**Colaboradores:** Suzana T. Brondani, Camila C. P. Leite, Karin M. Godarth, Tereza Kindra, Marcelexandra Rabelo

**Local de Trabalho:** Maternidade Bairro Novo - CMCBN  
**Eixo Temático:** Humanização, Ética e Bioética



## INTRODUÇÃO

Considera-se o momento da gravidez um acontecimento especial na vida da mulher e que necessita de um olhar diferenciado e humanizado dos profissionais de saúde que orientam sobre o período da gestação, trabalho de parto e puerpério, seguindo os princípios do Humaniza-SUS e da Rede Cegonha. O objetivo deste trabalho é apresentar a iniciativa criada pela maternidade, denominada “Dia do aconchego”.

## DESENVOLVIMENTO

A Maternidade Bairro Novo, trabalha frente aos cumprimento dos princípios do SUS, intitulado Hospital Amigo da Criança, sob as diretrizes da Rede Cegonha, proporciona suporte, estímulo e cuidados a mulher e a família. Diante desta perspectiva, teve a iniciativa de criar o “Dia do Aconchego”.

Esta iniciativa surgiu em junho de 2014, a partir da necessidade de trabalhar assuntos específicos com a gestantes, com o objetivo de amenizar seus medos e anseios, ouvir seus relatos, esclarecer dúvidas e envolver o acompanhante no processo

Trata-se de um momento em que a gestante e familiar são acolhidos, através da escuta, recebendo apoio, orientações e um maior contato com o ambiente e profissionais, os quais irão acompanhá-los futuramente em seu processo de parturição. Neste momento são realizadas dinâmica de apresentação, momento de relaxamento por meio de musicoterapia, massagem, entre outros. Também são esclarecidas as dúvidas e refletido sobre o processo da gestação, parto e puerpério, demonstração do banho humanizado do RN e cuidados básicos iniciais pós parto. O grupo de apoio ao Dia do Aconchego é composto por uma enfermeira e uma psicóloga.

## CONCLUSÃO

As atividades realizadas neste dia, vem em cumprimento as normativas de um atendimento mais próximo e humanizado às gestantes e seus acompanhantes. Favorecem o vínculo com a equipe multiprofissional da maternidade, o reconhecimento e ambientação do espaço físico, proporcionando maior segurança para o processo. Este momento tem a participação do acompanhante, pela importância na participação de todo o processo, visando a acolhida da família, minimizando o medo e as angústias da vivência do processo de parturição.

## REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Formação e intervenção / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.459, de 24 de junho de 2011. **Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha.**

## Relatos das gestantes durante o momento do aconchego

*“... As vezes penso que não estou tão preparado para o desafio, mas quem não está? Isso tudo sempre é novo para quem quer que seja, mesmo se já esteja planejando a algum tempo...”*

*“... Desde que soube que seria mãe, depois de tantas tentativas frustradas, logo me veio uma mistura de sentimentos...”*

*“...E o descobrimento da gravidez foi um susto na hora, mais com uma alegria maravilhosa e sempre nos deixando mais feliz ainda...”*



# IMPLANTAÇÃO DA COMISSÃO INTERDISCIPLINAR DE ALEITAMENTO MATERNO-CIAM

Autor Principal/Relator: Juliana R. Urbaniski  
Colaboradores: Leticia S. Lima; Paula T. Brittes; Verônica L. Prestes; Joslaine C. Lamoglia.; Ana C. R. Telles; Wilma L. de C. De S. Silva

Local: Maternidade Bairro Novo  
Eixo: Humanização, Ética e Bioética



## INTRODUÇÃO

O Aleitamento Materno é a estratégia natural de vínculo, afeto, proteção e nutrição para a criança e constitui a mais sensível, econômica e eficaz intervenção para redução da morbimortalidade infantil. Consequentemente permite um grandioso impacto na promoção da saúde integral da puérpera e do lactente. O objetivo deste trabalho é apresentar a implantação e atuação da Comissão Interdisciplinar de Aleitamento Materno-CIAM, na Maternidade Bairro Novo, de acordo com as recomendações da Iniciativa do Hospital Amigo da Criança-IHAC.

## DESENVOLVIMENTO

A CIAM foi constituída com o objetivo de fortalecer, proteger, promover e apoiar o aleitamento materno exclusivo até o 6º mês e complementado até 2 anos ou mais com alimentos saudáveis, com ações de educação em saúde, atendimento interdisciplinar, discussões de casos entre as equipes e elaboração de normativas internas conforme diretrizes da IHAC, Ministério da Saúde, Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos (NBCAL) e Lei nº 11.265.

Implantada em junho de 2014 constitui-se de um colegiado interdisciplinar, participativo e democrático, envolvendo: médica obstetra, médicas pediatras, enfermeiras, nutricionista, fonoaudióloga, psicóloga e assistente social.

As reuniões ocorrem mensalmente, com discussões sobre: estratégias para fortalecimento e articulações do Aleitamento Materno exclusivo até o 6º mês, análise e resolutividade de notificações acerca do aleitamento, criação, revisão e aprovação de normas internas relacionadas ao tema e eventos de sensibilização para a importância do Aleitamento Materno.

## CONCLUSÃO

Percebe-se que as ações desenvolvidas são muito importantes para melhorar a sensibilização e participação dos funcionários que prestam assistência às puérperas, bem como seu comprometimento no incentivo e auxílio à amamentação. Para isso, faz-se necessária a atuação contínua e efetiva da comissão, com o objetivo de qualificar e aprimorar os profissionais envolvidos no processo, além de contribuir no atendimento com manejo qualificado e adequado.

## REFERÊNCIAS

Portaria nº 129. **Dispõe Sobre a Criação, as Atribuições e o Funcionamento do Comitê de Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável de Curitiba.** Diário Oficial Eletrônico. Atos do Município de Curitiba. Nº 160 – Ano II. 2013.

Fundo das Nações Unidas para a Infância. OMS. Iniciativa Hospital Amigo da Criança: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado. Módulo 3 – **Promovendo e Incentivando a Amamentação em um Hospital Amigo da Criança: Curso de 20 horas para Equipes de Maternidade.** Série A. Normas e Manuais Técnicos. Editora MS. Brasília – DF. 2009.

Ministério da Saúde. **Saúde da Criança. Nutrição Infantil. Aleitamento Materno e Alimentação Complementar.** Série A. Normas e Manuais Técnicos/Caderno de Atenção Básica, nº 23. 2009.





# MÃOS EM FOCO: GRUPO HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

**Autor principal/relator:** Verônica M. Prestes  
**Colaboradores:** Juliana R. Urbaniski, Letícia S. Lima, Ana L. Schmidt, Paula T. Brites, Marcelexandra Rabelo

Local de Trabalho: Maternidade Bairro Novo - CMCBN  
Eixo Temático: Educação permanente



## INTRODUÇÃO

As mãos constituem a principal via de transmissão de microrganismos durante a assistência prestada, podendo levar ao agravo da saúde do paciente. Para minimizar os riscos de infecção, faz-se necessário a sensibilização da equipe para a higienização correta das mãos. O objetivo deste trabalho é evidenciar a criação de um grupo multidisciplinar para vigilância e educação adequada da higienização das mãos.

## DESENVOLVIMENTO

Segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, programas que enfocam a segurança do cuidado nos serviços de saúde tratam como prioridade o tema higienização das mãos. Temos como exemplo a “Aliança Mundial para Segurança do Paciente”, iniciativa esta da Organização Mundial de Saúde - OMS, firmada com vários países desde 2004, entre eles o Brasil. Dessa forma, é necessária uma especial atenção dos gestores, administradores dos serviços de saúde e educadores, para o incentivo e a sensibilização do profissional de saúde em questão.

O grupo de higienização das mãos foi criado em maio de 2014, é constituído por enfermeiros, nutricionista, farmacêutica e médicas. As ações são realizadas em conjunto com o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar – SCIH, com reuniões mensais e ou extraordinárias quando necessárias.

As atividades foram iniciadas com uma auditoria da higienização das mãos realizada pela SCIH, posteriormente, houve uma capacitação do grupo para os 5 momentos da higienização das mãos. Após as capacitações, foi eleito 2 participantes do grupo para dar continuidade ao processo de auditoria, centrado nos 5 momentos de higienização das mãos e as auditorias são realizadas através de formulário próprio adaptado ao modelo disponibilizado pela ANVISA.

## CONCLUSÃO

Com a estratégia do grupo de Higienização das mãos, houve maior adesão dos funcionários da Maternidade no cumprimento adequado dos momentos da higienização correta e segura das mãos, refletindo no aumento do consumo de solução alcoólica para higienização das mãos e maior conscientização do controle na transmissão das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde- IRAS.

## REFERÊNCIAS

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviço de Saúde, Investigação de Eventos Adversos em Serviço de Saúde.** 1ª edição. 2013

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária; **Higienização das mãos em serviços de saúde/** Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília : Anvisa, 2007.



# SOS MOLARES PERMANENTES

Adriana Monteavaro Barreto  
Claudia M Bornancin, Cristina J C Calliari, Rosana  
C S Silva, Beatriz F R Paz, Katia Brejinski

Unidade de Saúde São Domingos  
Saúde Bucal na ESF



## INTRODUÇÃO

Como resolver a demanda reprimida para endodontia? Encontrar parceiros para encaminhamentos foi uma das opções para aumentar a oferta. Mas, como diminuir a necessidade de endodontias? As atividades existentes de prevenção, aliadas à parte curativa, não estão sendo suficientes para impedir que a doença cárie se instale, nem o seu avanço para a necessidade de endodontia.

## DESENVOLVIMENTO

Odontogramas são realizados anualmente em levantamentos de atividade de doença nas escolas da área de abrangência para fins de programação de ações de prevenção e promoção de saúde, como fluoroterapia e atividades educativas. Os pais de crianças com necessidade de atendimento são comunicados através de informativos, via escola, para tratamento na UBS, porém poucos atendem a essa solicitação.

Enquanto ações realizadas não atingem totalmente seu objetivo, a doença cárie se instala e avança de maneira, podendo causar danos que vão desde halitose até dor, disfunção mastigatória, necessidade de endodontia, ortodontia e próteses.

Em determinado momento, nos demos conta de que sabíamos exatamente quais crianças apresentavam cárie em molar e de como avançar na redução desses agravos: as crianças diagnosticadas com cárie em molar permanente passaram a ser agendadas com visita domiciliar.

## CONCLUSÃO

Assim, apesar de não haver ainda estudos epidemiológicos para avaliação da diminuição de dentes indicados para endodontia, de acordo com relatórios apresentados, pudemos observar um aumento do número de dentes restaurados para a faixa etária de 05 a 14 anos (Gráfico 1). Pode-se observar que com a adoção desta nova estratégia em modelo de atendimento, houve resolutividade através do tratamento dos elementos com necessidade, evitando encaminhamentos para especialidades.



Gráfico 1- Comparação entre a porcentagem de dentes restaurados nas faixas etárias de 05 a 14 anos e de 15 anos ou mais, nos anos de 2013 e 2014, na UBS São Domingos.

