



PREFEITURA DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL E MATERNIDADE ESCOLA
DR. MÁRIO DE MORAES ALTENFELDER SILVA
Vila Nova Cachoeirinha



**Manual de Procedimentos
Operacionais dos Serviços de
Fisioterapia, Fonoaudiologia,
Psicologia, Serviço Social e
Terapia Ocupacional**

2016

**M
U
L
T
I
D
I
S
C
I
P
L
I
N
A
R**

Prefeitura de São Paulo
Secretaria Municipal de Saúde

HOSPITAL MUNICIPAL E MATERNIDADE ESCOLA
DR. MÁRIO DE MORAES ALTENFELDER SILVA
Vila Nova Cachoeirinha

**MANUAL DE PROCEDIMENTOS
OPERACIONAIS DOS SERVIÇOS
TÉCNICOS DE FISIOTERAPIA,
FONOAUDIOLOGIA, PSICOLOGIA,
SERVIÇO SOCIAL E TERAPIA
OCUPACIONAL**

São Paulo
2016
2º EDIÇÃO

Projeto Gráfico:

Tatiana Magalhães Demarchi Vallada
Assessoria de Qualidade

Diagramação:

Tatiana Magalhães Demarchi Vallada
Assessoria de Qualidade

Arte da Capa:

Tatiana Magalhães Demarchi Vallada
Assessoria de Qualidade

Foto Capa:

Pedro Duarte

Coleção Protocolos HMEC 2016

© 2016 - Departamento Técnico
Hospital Municipal e Maternidade Escola Dr. Mário de Moraes Altenfelder Silva

É permitida a reprodução parcial desde que citada a fonte.

Av. Deputado Emílio Carlos, 3100
CEP: 02720-200 – São Paulo – SP
Telefone: 3986-1051

Site: www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/hospital_maternidade_vila_nova_cachoeirinha/
E-mail de contato: qualidade.hmec@gmail.com

Fernando Haddad
Prefeito da Cidade de São Paulo

Alexandre Padilha
Secretário Municipal da Saúde

Alberto Alves Oliveira
Coordenador Regional de Saúde Norte

Claudia Tanuri
Diretora de Departamento Técnico – HMEC

ORGANIZAÇÃO

Célia Q. Correa
Coordenadora dos Serviços Técnicos Multidisciplinares e Chefe do
Serviço de Psicologia

Glauca Ap. Reis Moreno
Chefe do Serviço de Fisioterapia

Vera Quaglia Cerruti
Chefe do Serviço de Fonoaudiologia

Greyce Hellen Z. Muchilo
Chefe do Serviço Social

Marly Arriaga
Chefe do Serviço de Terapia Ocupacional



FICHA DE DESCRIÇÃO / APROVAÇÃO DE MANUAL

Nome do Manual:

MANUAL DE PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS DOS SERVIÇOS TÉCNICOS DE FISIOTERAPIA, FONOAUDIOLOGIA, PSICOLOGIA, SERVIÇO SOCIAL E TERAPIA OCUPACIONAL

Finalidade:

Orientação quanto as rotinas estabelecidas a serem seguidas pelos Serviços Técnicos Multidisciplinares.

Disponível:

OBS: TODOS OS SETORES PODEM ACESSAR O MANUAL EM FORMATO PDF POR MEIO DA INTRANET, O MANUAL FÍSICO ENCONTRA-SE APENAS NOS SETORES ABAIXO:

<input type="checkbox"/> Agendamento	<input type="checkbox"/> Diagnóstico por Imagem	<input type="checkbox"/> Internação de Adulto e Hospital Dia	<input checked="" type="checkbox"/> Pré-parto
<input checked="" type="checkbox"/> Alojamento Conjunto	<input type="checkbox"/> Educação Continuada de Enfermagem	<input checked="" type="checkbox"/> Internação Neonatal	<input checked="" type="checkbox"/> Pronto Socorro
<input type="checkbox"/> Ambulatório	<input type="checkbox"/> Engenharia	<input type="checkbox"/> Internação Logística de Insumos Hospitalares	<input checked="" type="checkbox"/> Qualidade
<input type="checkbox"/> Anatomia Patológica	<input type="checkbox"/> Ensino e Pesquisa	<input type="checkbox"/> Medicinas Trad., Homeopatia e Práticas Integrativas	<input type="checkbox"/> Recepção do Pronto Socorro e Internação
<input type="checkbox"/> Arquivo	<input type="checkbox"/> Faturamento	<input type="checkbox"/> Núcleo de Segurança do Paciente	<input checked="" type="checkbox"/> Saúde do Trabalhador
<input type="checkbox"/> Auditoria de Prontoário	<input type="checkbox"/> Gestão de Pessoas	<input type="checkbox"/> Nutrição	<input checked="" type="checkbox"/> Serviços Técnicos
<input type="checkbox"/> Banco de Leite	<input type="checkbox"/> Gerência Financeira-Orçamentária	<input type="checkbox"/> Ouvidoria	<input type="checkbox"/> Suprimentos
<input checked="" type="checkbox"/> Biblioteca	<input type="checkbox"/> Hotelaria	<input type="checkbox"/> Patrimônio	<input type="checkbox"/> Tecnologia da Informação
<input checked="" type="checkbox"/> Casa da Gestante	<input type="checkbox"/> Imunização		<input checked="" type="checkbox"/> UTI Adulto
<input checked="" type="checkbox"/> CCO / CMAT / REC			<input checked="" type="checkbox"/> Outros: Diretoria
<input type="checkbox"/> Comitê de Risco			
<input type="checkbox"/> Comunicação			

Data de Emissão:
JUNHO/2012

Revisão nº 1

Data de Revisão:
DEZEMBRO/2016

APROVADO POR:

Nome: Dra. Vera Denise de Toledo Leme
Função: Gerente Assistencial I

Nome: Dra. Maria Regina Cesar
Função: Coordenadora do Comitê de Risco

Nome: Dr. Pedro Alexandre Federico Breuel
Função: Gerente de Ensino e Pesquisa



PREFÁCIO À COLEÇÃO PROTOCOLOS HMEC – 2016

Nos dias de hoje, todas as pessoas em toda parte têm acesso a uma profusão e amplitude de informações médicas e de cuidados de saúde que a maioria dos profissionais não teria facilidade em encontrar há uma geração atrás. O problema atual parece ser excesso de informação, em vez de pouca informação.

Em face dessa vasta gama de disponibilidade de conhecimento, por um lado, e de necessidade de informação, por outro, ao padronizar condutas e detalhar rotinas a partir da expertise de nossos competentes profissionais, a Coleção de Manuais do HMEC 2016 foi atualizada, revisada nos títulos já existentes na Coleção anterior e concebidos alguns novos títulos para a atual Coleção, o que melhorará a comunicação entre os profissionais desta Maternidade.

Além de favorecer a excelência na assistência, visa propiciar que o outro braço de nossa Missão, que é a de Ensino, seja facilitada, com a disseminação das práticas preconizadas na Instituição. Também pretende tornar acessíveis a todas as equipes as rotinas multiprofissionais e administrativas vigentes.

Nosso desejo é que esta Coleção esclareça e capacite os profissionais e contribua para resultados favoráveis àqueles que nela depositam confiança para terem seus partos, cuidados neonatais, cirurgias, consultas, exames e outros procedimentos.

Dra. Claudia Tanuri– Diretora de Departamento Técnico do HMEC



PREFÁCIO À COLEÇÃO PROTOCOLOS HMEC – 2012

O Hospital Municipal Maternidade Escola de Vila Nova Cachoeirinha, que tem sob sua responsabilidade o atendimento à saúde perinatal e da mulher, em geral, de sua área de influência, em especial Zona Norte da Cidade de São Paulo, tem procurado ao longo dos seus 40 anos de existência propiciar às pacientes aqui atendidas a melhor qualidade possível dentro do amplo conceito de saúde, segundo a Organização Mundial da Saúde.

Procurando sempre atualizar-se e modernizar-se, quer no que diz respeito à sua área física, à aquisição de equipamentos e incorporação de novas tecnologias, à ampliação de recursos humanos e sua respectiva capacitação, a Maternidade Cachoeirinha tornou-se um marco em nossa cidade.

Não bastassem esses aspectos, uma outra importante faceta a distingue, qual seja, a de elaboração de Manuais, contendo Protocolos de condutas destinados a responder à diversidade dos problemas das pacientes por nós atendidas.

Torna-se, portanto, imperativo que suas equipes de Saúde comunguem, em cada área de atividade, de orientações padronizadas, que se transformam em verdadeiros guias para a prática diária. São os Protocolos que podem dirimir desde simples dúvidas do dia-a-dia até problemas mais complexos e de resolução mais laboriosa.

Contudo, a elaboração de tais Protocolos que compõem os Manuais, deve refletir, por um lado, os mais rigorosos critérios da Medicina Baseada em Evidências e por outro ser de fácil compreensão e aplicabilidade para que se tornem realmente da máxima utilidade para a melhoria do atendimento às pacientes segundo as boas práticas de Saúde.

Queremos agradecer a toda a equipe que arduamente trabalhou na elaboração destes Protocolos, procurando usar a criatividade individual associada à cultura institucional no sentido de representar um aprimoramento na nossa área de trabalho que estamos sempre buscando.

Temos também a certeza de que estes Manuais não serão os últimos. Sempre haverá sugestões, novas incorporações, que farão um moto contínuo de novas publicações. Mas certamente também temos a convicção de que estes são o que de melhor temos a oferecer para o momento atual.

Dr. Pedro Alexandre Federico Breuel – Diretor de Departamento Técnico do HMEC



PREFÁCIO DO ORGANIZADOR – 2ª EDIÇÃO

É com satisfação que lançamos a segunda edição revisada do Manual de Procedimentos Operacionais dos Serviços Técnicos de Serviço Social, Psicologia, Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional.

A Equipe Multidisciplinar da Maternidade Escola Vila Nova Cachoeirinha vive um momento de ampliação, com a chegada de profissionais novos em todas as Áreas e a inserção em novas frentes de trabalho.

Isto tem propiciado o fortalecimento da atuação multidisciplinar, bem como, uma significativa aproximação com a Rede de Atenção Básica. Além da discussão de casos de referência e contra referência, a Maternidade abriu as portas para a Rede e tem discutido a questão da gestação e drogas, em reuniões mensais em que participam colegas de UBS, ESF, NASF, CAPS. Além do bom relacionamento com estes colegas, vemos uma maior agilidade e resolutividade na assistência integral às pacientes.

Em 2015, teve início a primeira turma de Residência Multiprofissional em Neonatologia, com vagas nas áreas de Psicologia, Fonoaudiologia, Serviço Social, Fisioterapia, Nutrição, Enfermagem e Farmácia. A Residência tem como objetivo formar profissionais de diferentes Áreas da Saúde, desenvolvendo perfis altamente qualificados para o exercício de sua profissão, permeado por atitudes reflexivas, críticas, humanitárias e éticas, com responsabilidade e competência para atuar de forma multidisciplinar nos mais diferentes cenários do Sistema Único de Saúde, no que tange a assistência à saúde perinatal do recém-nascido e sua família.

Dentro da grade curricular, os Residentes estagiam na rede de Atenção Básica, no nosso caso, em unidades da Coordenadoria Norte. A equipe multidisciplinar viu nessa exigência a natural integralidade da assistência e a possibilidade de se aproximar mais ainda dos colegas da Rede de Atenção Básica, seja por intermédio dos residentes, seja na reunião mensal, sediada na Maternidade, para discussão de casos com equipes da Atenção Básica.

Ainda com uma coordenação ligada à assistência, a Equipe Multidisciplinar continua se fortalecendo e tendo como objetivo resgatar práticas que, prossigam com a assistência de qualidade ao paciente, promovam trocas entre os profissionais, estimulem o ensino e a pesquisa.

Célia Queiroz Correa - Coordenação dos Serviços Técnicos Multidisciplinares

Vera Quaglia Cerruti - Coordenação Científica dos Serviços Técnicos Multidisciplinares



PREFÁCIO DO ORGANIZADOR – 1ª EDIÇÃO

O Manual de Procedimentos Operacionais dos Serviços Técnicos de Serviço Social, Psicologia, Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional é um importante instrumento para o conhecimento dos protocolos de atendimento dessas diferentes áreas na Maternidade Escola de Vila Nova Cachoeirinha.

A percepção sobre a importância da atuação de diferentes profissionais nos cuidados ao paciente para atendê-lo em sua integralidade e de forma mais eficiente é antiga na área da Saúde.

Desde a inauguração da Maternidade Escola de Vila Nova Cachoeirinha, em 1972, além dos médicos e da equipe de enfermagem, já havia a atuação de nutricionistas e assistentes sociais no atendimento aos pacientes. Em 1984, inicia-se a atuação de psicólogos na Instituição.

A preocupação com a integralidade da assistência, existente desde a década de 80, foi formalizada com a lei 8080/90: “entendida como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”. Tal formalização estimulou ainda mais a atuação em equipes multidisciplinares.

A partir de 1991, fisioterapeutas, fonoaudiólogos e terapeutas ocupacionais juntam-se à equipe multidisciplinar da Maternidade.

Até por volta de 1993, a atuação da Equipe Multidisciplinar estava ligada a Programas de atendimento ao paciente (Oncologia; Grupo de Incentivo ao Aleitamento Materno; Gestante Adolescente; Sexualidade; Pais Participantes; Esterilidade; Planejamento Familiar; Gestante de Alto Risco; Casa da Gestante, Climatério, Óbito Fetal; DST-AIDS; Pré-natal HIV; Violência Sexual).

Mais recentemente, trabalha-se com grupos de referência de cada Disciplina, cujos profissionais se inserem nos diferentes Setores da Maternidade. Apenas o Programa de Pais Participantes ligado a Unidade Neonatal e o da Casa da Gestante se mantiveram. Em 1995, o Grupo de Incentivo ao Aleitamento Materno encampa o trabalho voltado para a Iniciativa Hospital Amigo da Criança, Programa proposto pelo Ministério da Saúde e, em 1999, junto com o grupo de Pais Participantes, institui o trabalho voltado para a Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso – Método Mãe-Canguru, também do Ministério da Saúde. Em 2001, o Projeto Hospital Humanizado trabalha a sensibilização, a importância e os benefícios da humanização dos serviços de saúde, se reestruturando em 2005 como Grupo de Trabalho de Humanização. Em 2000, organizou-se o Programa de Aborto Legal, que ocorria em situações de violência contra a mulher ou de risco iminente de morte materna. Em 2010, há a



reestruturação do grupo com o Programa de Atendimento da Mulher em Situação de Violência.

Por volta de 2008 e 2009, profissionais da Secretaria Municipal de Saúde alocados em outros equipamentos e profissionais municipalizados começam a trabalhar na Maternidade. Na área de ensino, em 2008, estagiários são recebidos para formação nas diferentes Disciplinas. Em 2010, têm início as atividades de fisioterapeutas na especialidade de Uroginecologia.

Sabemos que o processo de trabalho em equipe é construído dia-a-dia e pressupõe colaboração, confiança, comunicação, liderança, objetivos acordados, tomada de decisões em equipe, avaliação rotineira do trabalho, bem como o lidar com obstáculos e conflitos. A história nos mostra que a Equipe Multidisciplinar vem conquistando seu espaço e que os profissionais das diferentes Disciplinas, atuando em Programas ou como grupos de referência, têm deixado suas “marcas” de assistência de qualidade em todos os espaços da Instituição.

Em 2012, com uma coordenação mais ligada à assistência, a Equipe Multidisciplinar tem como objetivo resgatar práticas que promovam trocas entre os profissionais, ensino e pesquisa, dando continuidade à assistência de qualidade ao paciente.

Agradeço à Célia Q. Correa pelas sugestões e à Elisa Chalem, Maria Lucia Bom Angelo, Terezinha L.A. Aveiro, Gláucia A. dos Reis, Greyce H.Z. Muchilo e Marisa B.T. da Costa pelo resgate da história da Equipe Multidisciplinar da Maternidade Escola de Vila Nova Cachoeirinha.

Vera Quaglia Cerruti– Coordenadora dos Serviços Técnicos Multidisciplinares do HMEC





SUMÁRIO

FISIOTERAPIA.....	01
Introdução.....	03
1. Rotina de Atendimento do Serviço de Fisioterapia Ambulatorial para Gestantes.....	05
2. Rotina de Atendimento do Serviço de Fisioterapia na Casa da Gestante de Alto Risco (CGAR).....	09
3. Rotina da Fisioterapia no Centro Obstétrico – Pré-Parto.....	15
4. Rotina do Serviço de Fisioterapia no Ambulatório de Prematuro.....	21
5. Rotina de Atendimento do Serviço de Fisioterapia nas Enfermarias de Puerpério.....	25
6. Rotina do Serviço de Fisioterapia no Grupo Shantala – Massagem para Bebês.....	29
7. Rotina de Atendimento do Serviço de Fisioterapia em Mastologia.....	31
8. Rotina de Atendimento do Serviço de Fisioterapia no Ambulatório de Uroginecologia.....	39
9. Rotinas da Fisioterapia na UTI Adulto.....	57
10. Rotina da Fisioterapia na Enfermaria Ginecológica/Cirúrgica Adulto.....	61
11. Rotinas da Fisioterapia na UTI Neonatal.....	65
FONOAUDIOLOGIA.....	69
Rotina de Atendimento do serviço de Fonoaudiologia.....	71
1. Locais de atuação: Unidade Neonatal.....	71
2. Locais de atuação: Alojamento Conjunto.....	77
3. Locais de atuação: Ambulatório.....	77
Anexo 1 – Avaliação da Prontidão para a Mamada por Via Oral.....	80
Anexo 2 – Registro de Atendimento de Fonoaudiologia – Internação Neonatal.....	81
Anexo 3 – Ficha de Atendimento de Fonoaudiologia.....	82
Anexo 4 – Indicadores de Risco para Deficiência Auditiva.....	83



PSICOLOGIA.....	85
Serviço de Psicologia Hospitalar.....	87
1. Atribuições do Psicólogo.....	87
2. Rotina de Atendimento do Serviço de Psicologia Hospitalar.....	88
3. Integração na Equipe.....	91
4. Capacitação Técnica da Equipe.....	91
5. Ensino e Pesquisa.....	91
6. Participação em Atividades Técnico-Administrativas da Instituição	92
Anexo 1 – Manual de Relatório Psicológico.....	93
Anexo 2 – Ficha de Atendimento Psicológico Inicial.....	96
Anexo 3 – Ficha de Atendimento - Psicologia.....	98
SERVIÇO SOCIAL.....	99
1. Introdução.....	101
2. Serviço Social no Atendimento Obstétrico: Pré-Natal.....	105
3. Atendimento às mulheres Soro-Positivas.....	111
4. Serviço Social na Gestação de Alto Risco – Casa da Gestante de Alto Risco.....	115
5. Serviço social no atendimento obstétrico: puerpério.....	117
6. Vulnerabilidade e Risco Social.....	121
7. Atendimento do Serviço Social no Planejamento Reprodutivo.....	129
8. Atendimento do Serviço Social no Pronto Socorro.....	135
9. Atendimento do Serviço Social no Pré-Parto.....	137
10. Atendimento do Serviço Social na Unidade de Terapia Intensiva Adulto.....	139
11. Serviço Social no Atendimento às mulheres em situa�o de violência sexual.....	141
12. Serviço Social no Atendimento na Oncologia Pélvica e Mamária..	145
13. Atendimento do Serviço Social na Enfermaria de Internaq�o de Adulto.....	151
14. Demanda Espontânea.....	153
15. Atendimento do Serviço Social na Unidade Neonatal.....	154
16. Supervisão de Estágio.....	159



Anexos – Formulários utilizados.....	163
TERAPIA OCUPACIONAL.....	181
1. Rotina da Terapia Ocupacional com bebês de Alto Risco – Unidade Neonatal.....	183
2. Rotina da Terapia Ocupacional na Casa da Gestante de Alto Risco.....	189
SEGURANÇA DO PACIENTE.....	193





FISIOTERAPIA





INTRODUÇÃO

O Fisioterapeuta é um membro importante e que tem seu papel bem definido na equipe multiprofissional. A Fisioterapia aplicada à Saúde da Mulher e à Neonatologia podem ser consideradas duas das mais recentes áreas de atuação deste profissional. Sua recente imersão nessas áreas tem exigido dos que nelas atuam constante qualificação técnica em Fisioterapia, adequação à cultura, aos costumes da população e aos protocolos de assistência médica, além do desenvolvimento de pesquisas que buscam construir conhecimento e divulgar a relevância do serviço de Fisioterapia, cujos resultados positivos são traduzidos em melhoria da qualidade de vida dos pacientes.

A elaboração das rotinas de atendimento do serviço de Fisioterapia do Hospital Municipal e Maternidade Escola Dr. Mário de Moraes Altenfelder Silva - Vila Nova Cachoeirinha foi desenvolvida a partir da vivência diária, da busca na literatura para o embasamento teórico e da constante atualização dos profissionais através da participação em cursos, simpósios e afins que visam principalmente direcionar a equipe de Fisioterapia e demais membros da equipe multidisciplinar quanto ao encaminhamento das pacientes, objetivos e condutas fisioterapêuticas a serem traçadas, contribuindo, assim, para a melhoria da assistência integral e integrada prestada por esta instituição pública.





1. ROTINA DE ATENDIMENTO DO SERVIÇO DE FISIOTERAPIA AMBULATORIAL PARA GESTANTES

- **Objetivos Gerais:**

- Contribuir, juntamente com a equipe assistencial, para o cumprimento irrestrito da portaria Nº 1.153, de 22 de maio de 2014 que redefine os critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) como estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e da mulher, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

- Preparar a gestante e seu acompanhante para o momento do parto.

- **Objetivos Específicos:**

- reforçar a musculatura do assoalho pélvico (MAP) a fim de diminuir a necessidade da episiotomia e a ocorrência de lacerações perineais (**Programa Períneo Saudável – Preparação para o parto com a Fisioterapia**), assim como prevenir disfunções geniturinárias decorrentes da gestação;

- prevenir ou tratar algias e outras disfunções físico-funcionais decorrentes ou agravadas pelo estado gestacional;

- otimizar a participação da paciente e de seu acompanhante durante as diferentes fases do trabalho de parto;

- incentivar e otimizar o aleitamento materno e sensibilizar o vínculo da mãe e/ou do casal com o bebê.

- **População alvo:** gestantes adolescentes encaminhadas pela equipe médica do pré-natal da instituição a partir de 26 semanas de idade gestacional (IG) e Gestantes do pré-natal personalizado (PNP), sem intercorrências obstétrica e/ ou materna.

- **Atendimento:** Individual ou em grupo (cinesioterapia)



- **Atendimento Individual**

População alvo:

- ✓ Gestante e seu acompanhante para avaliação e início do protocolo de atendimento (número previsto de sessões: três);
- ✓ Gestante que apresentar algias, limitações físicas e funcionais, psíquica ou cognitiva, que dificulte a condução da terapia em grupo. Número mínimo previsto de sessões: oito, até o nascimento do bebê.

Periodicidade: uma vez por semana, com disponibilidade de horários nos dois períodos (manhã e tarde).

Observação: o prontuário recebe etiqueta de participação no Ambulatório (Participa do Programa Períneo Saudável – Preparação para o Parto com Fisioterapia), para fácil identificação da paciente no pré-parto e puerpério, na terceira sessão de atendimento individual.

- **Atendimento em grupo – Cinesioterapia**

- **População Alvo:** gestantes e seus respectivos acompanhantes para a prática de exercícios dirigidos em grupo, técnicas de relaxamento.
- **Número máximo de participantes** por grupo é de seis gestantes e seis acompanhantes.
- **Periodicidade:** uma vez por semana, sendo disponibilizado para o agendamento um horário de grupo no período da manhã e outro no período da tarde. O número mínimo previsto de sessões para garantir o sucesso do programa é de oito encontros, sendo ideal até o nascimento do bebê.
- **Tempo de duração dos grupos:** 45 minutos.
- **Recursos humanos:** fisioterapeuta plantonista ou diarista alocado no Ambulatório em períodos predeterminados da semana, acompanhado ou não de estagiários de Fisioterapia do HMEC.



- **Recursos materiais:** equipamento de Eletroestimulação Nervosa Transcutânea (TENS); aparelho de *Biofeedback* de pressão; bola suíça; banqueta de parto; cavalinho; bastões de exercícios; lençóis; toalhas de banho.
- **Procedimentos clínicos:** o atendimento em grupo está baseado no emprego de técnicas de relaxamento que priorizam exercícios respiratórios; exercícios físicos globais e focados na região lombopélvica para flexibilidade, força e condicionamento muscular para o momento do parto; orientações gerais e específicas para o momento do trabalho de parto e discussões dos temas emergentes das gestantes e seus acompanhantes a fim de tornar as fases do trabalho de parto mais previsíveis e menos geradoras de estresse e ansiedade.

Profissional Responsável:

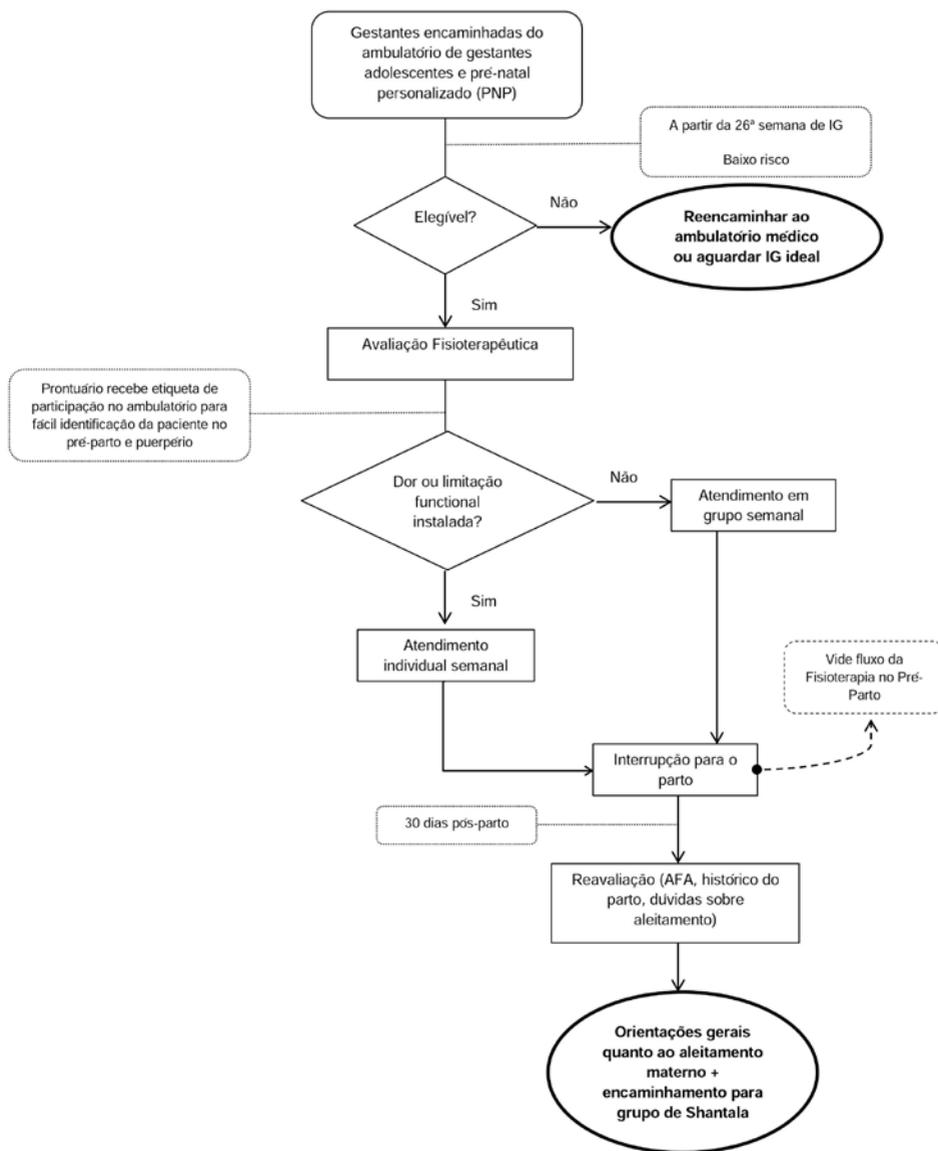
Aglaiá Mandaloufas Combis - CREFITO-3/15.7222-F | RF 820.290.7

Coordenação:

Gláucia Aparecida dos Reis – CREFITO-3/5892-F | RF 612.241.8



Fluxograma Ambulatório de Fisioterapia para Gestantes





2. ROTINA DE ATENDIMENTO DO SERVIÇO DE FISIOTERAPIA NA CASA DA GESTANTE DE ALTO RISCO (CGAR)

- **Objetivos Gerais:**

- Contribuir, juntamente com a equipe assistencial, para o cumprimento irrestrito da portaria Nº 1.153, de 22 de maio de 2014 que redefine os critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) como estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e da mulher, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);
- Contribuir para o benefício das condições físicas das gestantes internadas.

- **Objetivos específicos:**

- Manter ou restabelecer o bom funcionamento da circulação venosa e linfática;
- Prevenir e/ou minimizar os efeitos deletérios do imobilismo prolongado;
- Contribuir para a adequação do nível glicêmico das gestantes diabéticas;
- Contribuir para a adequação dos níveis pressóricos das gestantes hipertensas;
- Prevenir e/ou tratar as alterações posturais decorrentes do processo gravídico, principalmente as que apresentarem sintomas álgicos ou parestésicos, que poderão ser intensificados com a internação;
- Contribuir para a formação ou reforço do vínculo mãe/bebê;
- Preparação para o momento do parto (para as pacientes com indicação médica).

- **População alvo:** gestantes internadas na Casa da Gestante de Alto Risco (CGAR).

- **Atendimento:** Individual ou em grupo (Postura e Shantala)



- **Atendimento Individual**

População alvo:

- ✓ Gestante para avaliação inicial e início do protocolo de atendimento de acordo com a demanda da paciente e/ou das comorbidades, encaminhadas pela equipe médica ou de enfermagem e as identificadas pela busca ativa do fisioterapeuta;
- ✓ Gestante que apresentar edemas, algias, limitações físico-funcionais, psíquicas ou cognitivas, que dificultem a condução da terapia em grupo ou pacientes restritas ao leito.

Periodicidade: as terças, quartas e quintas-feiras, no período da manhã. Caso necessário, a paciente receberá outro atendimento no período da tarde.

Recursos humanos: fisioterapeuta plantonista ou diarista alocado no Ambulatório, designado para o atendimento na CGAR em períodos predeterminados da semana, acompanhado de um Residente de Fisioterapia (R1) e/ou de um estagiário de Fisioterapia do HMEC.

Recursos materiais: Ficha de avaliação específica, equipamento de Eletroestimulação Nervosa Transcutânea (TENS), bola suíça, bastões de exercícios, lençóis, toalhas de banho, cobertores e travesseiros, óleo para massagem, bolas de cravinhos, faixas elásticas.

- **Atendimento em grupo – Postura**

População Alvo: Gestantes, sem intercorrências clínicas ou obstétricas e que aceitem o convite para a prática de exercícios dirigidos em grupo, técnicas de relaxamento, auto massagem, orientações posturais gerais e específicas, dentre outras atividades.

Número de participantes: será de acordo com a adesão das pacientes, lembrando que a participação é voluntária e que o número não deverá ultrapassar 10 pacientes (se houver a necessidade será feito um outro grupo para suprir a demanda do dia).



Periodicidade: uma vez por semana, no período da manhã.

Tempo de duração do grupo: 40 minutos.

Recursos humanos: fisioterapeuta plantonista ou diarista alocado no Ambulatório, designado para o atendimento na CGAR em períodos predeterminados da semana, acompanhado do Residente de Fisioterapia (R1) e/ou de um estagiário de Fisioterapia do HMEC.

Recursos materiais: Colchonetes, bastões de exercícios, lençóis, toalhas de banho, bolinhas de cravinhos, faixas elásticas, bolas suíça.

- **Atendimento em grupo – Shantala**

População Alvo: Gestante sem intercorrências clínicas ou obstétricas e que aceitem o convite para a prática, em bonecos, da massagem para bebês (Shantala), receberem orientações gerais e específicas relacionadas ao toque do bebê e seu manuseio, incluindo os que nascerem prematuros e necessitarem de internação na Unidade Neonatal.

Número de participantes: será de acordo com a adesão das pacientes, lembrando que a participação é voluntária e que o número não deverá ultrapassar 10 pacientes (se houver a necessidade será feito um outro grupo para suprir a demanda do dia).

Periodicidade: uma vez por semana, no período da manhã.

Tempo de duração dos grupos: 40 minutos.

Recursos humanos: fisioterapeuta plantonista ou diarista alocado no Ambulatório, designado para o atendimento na CGAR em períodos predeterminados da semana, acompanhado do Residente de Fisioterapia (R1) e/ou de um estagiário de Fisioterapia do HMEC.

Recursos materiais: Colchonetes, toalhas de banho, bonecos tipo bebê, aparelho portátil de som e folders ilustrativos.



Profissionais Responsáveis:

Claudia A. S. Giannattasio - CREFITO-3/6064-F | RF 622.862.3

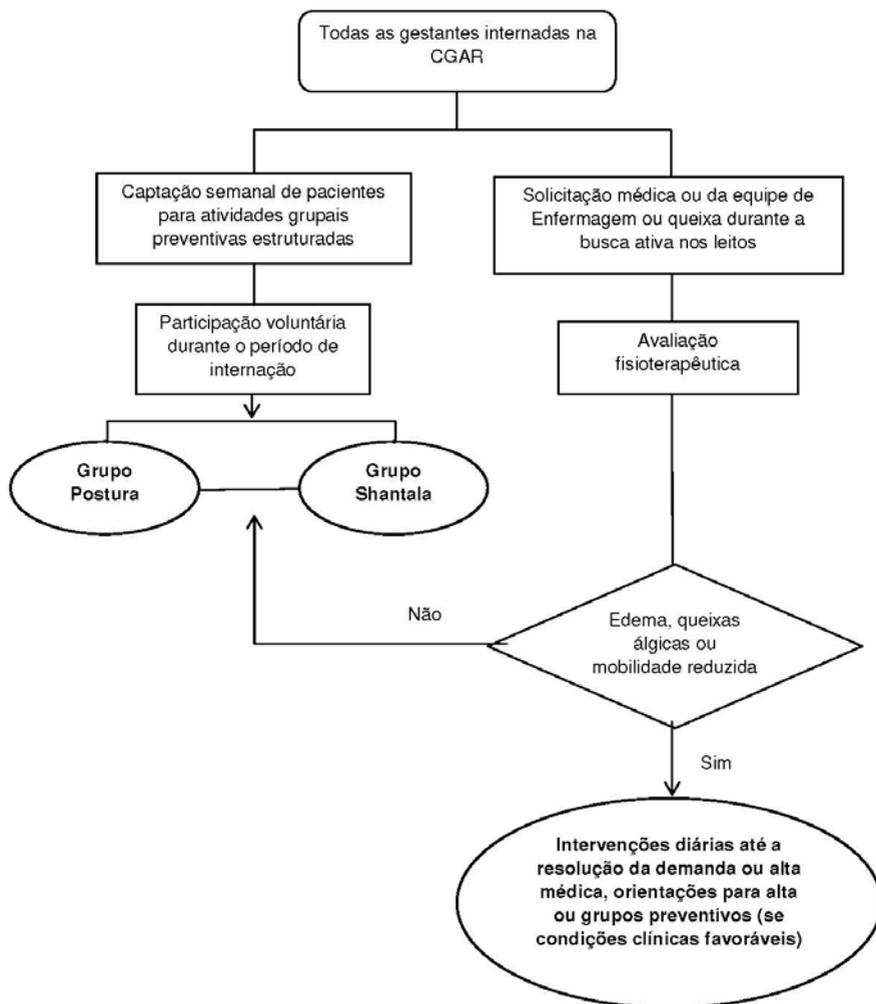
Cristina Maria Gianecchini – CREFITO-3/8586-F | RF 641.401.0

Coordenação:

Gláucia Aparecida dos Reis – CREFITO-3/5892-F | RF 612.241.8



Fluxograma do Serviço de Fisioterapia na Casa da Gestante de Alto Risco (CGAR)







3. ROTINA DA FISIOTERAPIA NO CENTRO OBSTÉTRICO – PRÉ-PARTO

- **Objetivos Gerais:**

- Contribuir, juntamente com a equipe assistencial, para o cumprimento irrestrito da portaria Nº 1.153, de 22 de maio de 2014 que redefine os critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) como estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e da mulher, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);
- assistir a parturiente durante o primeiro período do trabalho de parto, identificando oportunidades de oferecer medidas físicas, emocionais e educativas que aumentem seu conforto e a conduzam a um parto seguro.

- **Objetivos Específicos:**

- Integrar a equipe multiprofissional na assistência obstétrica à mulher no primeiro estágio do trabalho de parto, garantindo informações, orientações, monitoramento e intervenções que possibilitem o parto seguro e humanizado;
- Aumentar a participação e desenvolver a potencialidade da parturiente na condução ativa de seu processo de parturição;
- Orientar e envolver ativamente o acompanhante nas práticas corporais que contribuirão para uma experiência satisfatória durante o trabalho de parto;
- Reduzir ou postergar a necessidade de medidas analgésicas farmacológicas;
- Reduzir o tempo de duração do primeiro período do parto por meio de medidas físicas para conforto e aumento da mobilidade global da parturiente;
- Intervir sobre a tríade medo-tensão-dor durante o primeiro estágio do parto, evitando retroalimentação positiva e efeito cascata;



- Oportunizar à parturiente uma vivência positiva em relação ao processo de parturição, ressignificando a experiência dolorosa por meio de orientações e medidas de conforto e alívio da dor;
- Possibilitar a evolução segura para o parto por via vaginal.
- **População-alvo:** são elegíveis todas as parturientes admitidas no pré-parto ou nas salas de parto natural humanizado em fase ativa do trabalho de parto, independentemente da classificação de risco. São inelegíveis pacientes admitidas no pré-parto por abortamento incompleto; pacientes com prescrição de repouso absoluto; pacientes com até duas horas de administração de misoprostol; pacientes em tratamento de inibição do trabalho de parto prematuro; idade gestacional abaixo de 34 semanas; pacientes com indicação de remoção para a Casa da Gestante de Alto Risco (CGAR); complicações clínicas e emergências obstétricas; sinais de início do período expulsivo do trabalho de parto.
- **Periodicidade e frequência de atendimento:** a triagem inicial apontará elementos para o início das intervenções fisioterapêuticas. Uma vez atendendo aos critérios de dor (4-5/10 na escala numérica de dor), combinados à cervicodilatação (4-5 cm), a paciente deve ser incentivada gradativamente à participação ativa no trabalho de parto. O acompanhamento do fisioterapeuta é intermitente em pequenas sessões de orientação e atendimento nas fases mais precoces do trabalho de parto. Quando em fase ativa, a presença do fisioterapeuta aumenta a ponto de tornar-se um suporte contínuo à parturiente até o início do período expulsivo. É importante destacar que nenhuma conduta será imposta às pacientes, mas sempre dialogada, respeitando-se sua autonomia. A decisão por submeter-se a qualquer medida de alívio de dor e desconforto ou atividade física supervisionada, bem como o momento e sua frequência, será sempre da paciente.
- **Duração do atendimento:** indeterminada.
- **Recursos humanos:** fisioterapeuta plantonista ou diarista alocado no pré-parto em períodos predeterminados da semana, acompanhado ou não de estagiários de Fisioterapia do HMEC; residentes fisioterapeutas do programa de residência multiprofissional em Neonatologia; estudantes de



graduação e supervisor de Instituição de Ensino Superior conveniada ao hospital.

• **Recursos materiais:** equipamento de Eletroestimulação Nervosa Transcutânea (TENS); bola suíça; banqueta de parto; cavalinho; bastões de exercícios; lençóis; toalhas de banho; toucas descartáveis.

• **Procedimentos clínicos:**

- Triagem contínua de todos os casos no dia (Anexo 1);
- Orientações quanto aos aspectos fisiológicos da evolução do trabalho de parto;
- Engajamento do acompanhante por meio de orientações e demonstrações;
- Mudanças de decúbito e estímulo à deambulação;
- Técnicas respiratórias para controle da ansiedade e da dor durante as contrações uterinas (expiração prolongada frenolabial);
- Técnicas de relaxamento baseadas em imagens mentais associadas à respiração profunda;
- Exercícios supervisionados com ênfase às posturas verticais, mobilização pélvica, deambulação com agachamentos durante as contrações, treino de posturas viáveis para o parto;
- Massoterapia: toda a extensão da coluna vertebral, cintura escapular, pélvica e pés (reflexologia podal com digitopressão em pontos específicos para aumento da eficiência das contrações uterinas);
- Banhos terapêuticos: imersão (em salas de parto humanizado) ou chuveiro (no pré-parto).

• **Crítérios de interrupção ou finalização do atendimento:**

1. Absolutas:
 - a. Início do segundo período do trabalho de parto
 - b. Intercorrências clínicas de caráter emergencial
 - c. Alteração na prescrição médica para repouso absoluto
2. Relativas
 - a. Realização de cardiotocografia (período de 20 minutos)
 - b. Administração de misoprostol (até 2h)

Para fluxo completo do serviço, vide Anexo 2.



Profissional responsável:

Renata Cereda Cordeiro – CREFITO-3/23796-F | RF: 821.749.1

Coordenação:

Gláucia Aparecida dos Reis – CREFITO-3/5892-F | RF 612.241.8



Anexo 1 – Modelo de Ficha de Triagem (frente e verso)

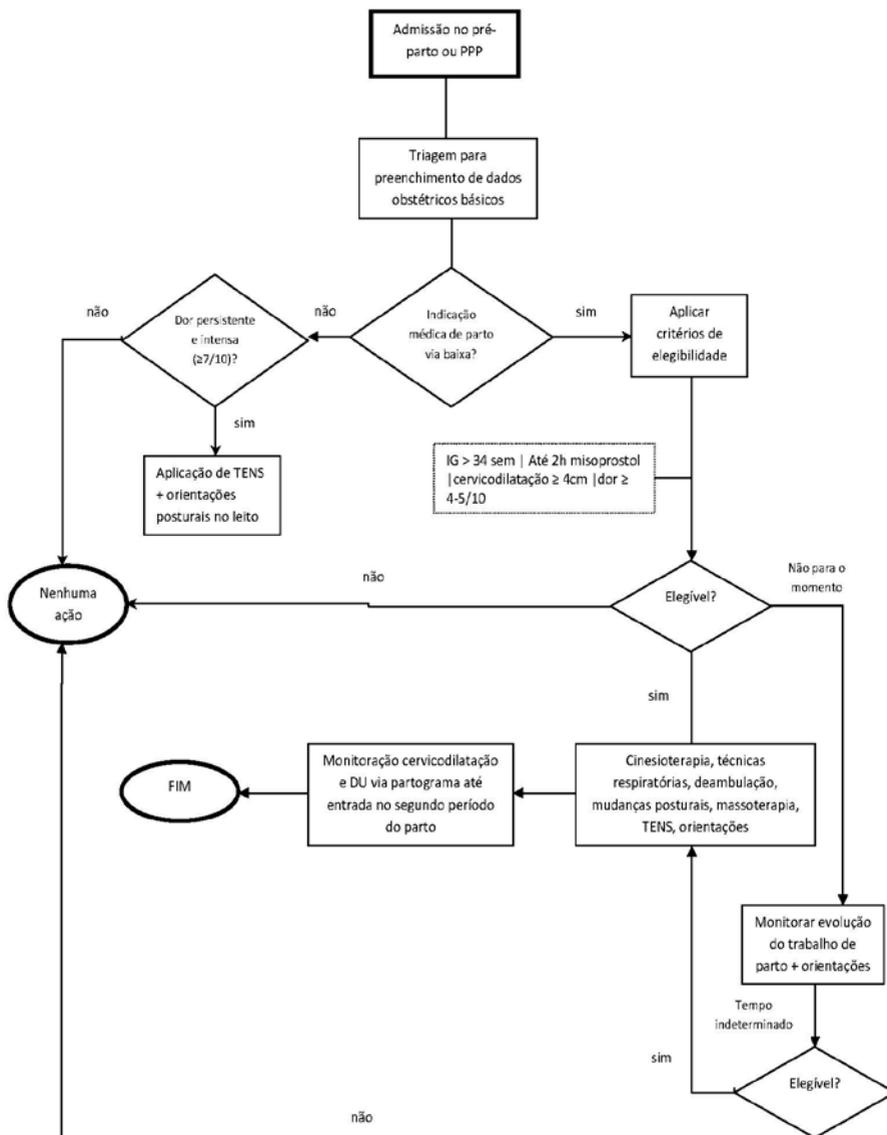
BOX:	Hora:	Risco: <input type="checkbox"/> Baixo <input type="checkbox"/> Alto	Dia/Hora da internação:
ETIQUETA		Gestações anteriores: ____ Partos anteriores: ____ Abortos: ____	IG: Dor (0-10):
Diagnóstico(s) médico(s):			
Em uso de: <input type="checkbox"/> misoprostol há ____ min/horas <input type="checkbox"/> ocitocina <input type="checkbox"/> analgésicos <input type="checkbox"/> anti-heméticos <input type="checkbox"/> outros			
Cervicodilatação:		Dinâmica uterina:	
Bolsa rota ou amniotomia? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		Partograma aberto? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
Acompanhante presente? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		Vínculo do acompanhante:	
Posição no leito à abordagem: <input type="checkbox"/> DD <input type="checkbox"/> DLE <input type="checkbox"/> DLD <input type="checkbox"/> sentada <input type="checkbox"/> de pé <input type="checkbox"/> outra			
Posição em que refere maior conforto:			
Restrição ao leito por prescrição médica? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		Indicação de fisioterapia? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
		Foi atendida? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	

BOX:	Hora:	Risco: <input type="checkbox"/> Baixo <input type="checkbox"/> Alto	Dia/Hora da internação:
ETIQUETA		Gestações anteriores: ____ Partos anteriores: ____ Abortos: ____	IG: Dor (0-10):
Diagnóstico(s) médico(s):			
Em uso de: <input type="checkbox"/> misoprostol há ____ min/horas <input type="checkbox"/> ocitocina <input type="checkbox"/> analgésicos <input type="checkbox"/> anti-heméticos <input type="checkbox"/> outros			
Cervicodilatação:		Dinâmica uterina:	
Bolsa rota ou amniotomia? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		Partograma aberto? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
Acompanhante presente? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		Vínculo do acompanhante:	
Posição no leito à abordagem: <input type="checkbox"/> DD <input type="checkbox"/> DLE <input type="checkbox"/> DLD <input type="checkbox"/> sentada <input type="checkbox"/> de pé <input type="checkbox"/> outra			
Posição em que refere maior conforto:			
Restrição ao leito por prescrição médica? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		Indicação de fisioterapia? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
		Foi atendida? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	

BOX:	Hora:	Risco: <input type="checkbox"/> Baixo <input type="checkbox"/> Alto	Dia/Hora da internação:
ETIQUETA		Gestações anteriores: ____ Partos anteriores: ____ Abortos: ____	IG: Dor (0-10):
Diagnóstico(s) médico(s):			
Em uso de: <input type="checkbox"/> misoprostol há ____ min/horas <input type="checkbox"/> ocitocina <input type="checkbox"/> analgésicos <input type="checkbox"/> anti-heméticos <input type="checkbox"/> outros			
Cervicodilatação:		Dinâmica uterina:	
Bolsa rota ou amniotomia? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		Partograma aberto? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
Acompanhante presente? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		Vínculo do acompanhante:	
Posição no leito à abordagem: <input type="checkbox"/> DD <input type="checkbox"/> DLE <input type="checkbox"/> DLD <input type="checkbox"/> sentada <input type="checkbox"/> de pé <input type="checkbox"/> outra			
Posição em que refere maior conforto:			
Restrição ao leito por prescrição médica? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		Indicação de fisioterapia? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
		Foi atendida? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	



Anexo 2 – Fluxograma





4. ROTINA DO SERVIÇO DE FISIOTERAPIA NO AMBULATÓRIO DE PREMATUROS

- **Justificativa:** A organização do seguimento do prematuro é pautada no conceito de que não se trata de uma consulta pediátrica habitual. No momento atual, as famílias e a sociedade como um todo, além dos profissionais envolvidos na assistência ao prematuro, devem lembrar o conceito de que valorizar o investimento em sobrevida do prematuro implica em um pacote de medidas de acompanhamento e supervisão de saúde após a alta da UTIN. O melhor acompanhamento do prematuro, de forma supervisionada e interdisciplinar, garantirá o investimento em sobrevida anteriormente realizado com esses pacientes nas unidades de tratamento intensivo; menores taxas de re-hospitalizações, menor índice de infecções nos primeiros anos de vida dessas crianças, melhores taxas de crescimento e neurodesenvolvimento, adequada inclusão na escola e potencial de aprendizado e inserção na sociedade na vida adulta.

- **Objetivo Geral:**

- Contribuir, juntamente com a equipe assistencial, para o cumprimento irrestrito da portaria Nº 1.153, de 22 de maio de 2014 que redefine os critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) como estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e da mulher, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

- **Objetivos Específicos:**

- Compete ao fisioterapeuta desta equipe avaliar desenvolvimento motor, tônus e força muscular e aplicar escalas de desenvolvimento infantil;
- Ensinar e orientar os pais e/ou cuidadores quanto ao posicionamento dos bebês em relação a alimentação, banho e convívio social;
- Orientar e instruir melhores técnicas e exercícios para estimulação sensorio-motora;
- Orientar medidas preventivas a diversas patologias como, por exemplo, alergias respiratórias e prevenção de acidentes domésticos;



- Quando identificado algum desvio e/ou disfunções musculoesqueléticas, neurológicas e/ou respiratórias, que implicam em intervenções sistemáticas de tratamento, sugerir ao médico responsável o encaminhamento para a rede pública de atenção especializada ou para os centros de reabilitação parceiros dos SUS.

- **População alvo:** bebês que apresentam prematuridade, ou seja, que nasceram antes de completar 37 semanas de gestação, que receberam alta hospitalar e são acompanhados pela equipe multidisciplinar desta instituição designada para esta atividade, de acordo com suas necessidades e dificuldades.

- **Número de participantes:** conforme o agendamento das consultas médicas.

- **Periodicidade:** mensalmente, vinculado as consultas médicas do Ambulatório de seguimento, sendo que o fisioterapeuta estará compondo a equipe às segundas e quintas-feiras no período da tarde e às sextas-feiras no período da manhã.

- **Tempo de duração:** não estabelecido

- **Recursos humanos:** fisioterapeuta plantonista alocado no Ambulatório, designado para realizar esta atividade, acompanhado ou não de um residente de Fisioterapia e/ou estagiário de Fisioterapia do HMEC.

- **Recursos materiais:** divã da sala de consulta, brinquedos para estimulação sensorial adequados para as respectivas faixas etárias; impressos das escalas de desenvolvimento infantil.



Profissionais responsáveis:

Ana Paula Lopes Marletta – CREFITO-3/7111-F | RF 819.2455.6

Giselle Caraça Werneck Lopes – CREFITO-3/46059-F | RF 820.296.6

Giovanna Pagliuso dos Santos – CREFITO-133736-F | RF 818.569.7

Coordenação:

Gláucia Aparecida dos Reis – CREFITO-3/5892-F | RF 612.241.8





5. ROTINA DE ATENDIMENTO DO SERVIÇO DE FISIOTERAPIA NAS ENFERMIARIAS DE PUERPÉRIO

- **Objetivo Geral:**

- Contribuir, juntamente com a equipe assistencial, para o cumprimento irrestrito da portaria Nº 1.153, de 22 de maio de 2014 que redefine os critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) como estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e da mulher, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

- **Objetivos específicos:**

- Prevenir e/ou tratar algias e/ou disfunções musculoesqueléticas dando ênfase a musculatura do assoalho pélvico (MAP) decorrentes da gravidez e parto ou prévias;

- Incentivar e otimizar o aleitamento materno e sensibilizar o vínculo da mãe e/ou do casal com o bebê.

- **População alvo:** puérperas internadas em alojamento conjunto e leitos obstétricos do posto II, com ênfase as pacientes com queixas algícas, dificuldade de mobilidade e amamentação.

- **Avaliação:** é realizada por encaminhamento da equipe multidisciplinar e também com a busca ativa nos leitos.

- **Atendimento:** Individual com prioridade as altas programadas para o dia; ou em grupo de orientações para alta hospitalar, amamentação e incentivo a participação no grupo de Shantala após um mês de vida do bebê.

- **Periodicidade:** atendimento diário de segunda a sexta (número de atendimentos será determinado de acordo com a necessidade da paciente).

- **Duração do atendimento:** indeterminada.



- **Recursos humanos:** fisioterapeuta plantonista ou diarista alocado no Ambulatório em períodos predeterminados da semana, acompanhado ou não de estagiários de Fisioterapia do HMEC.

- **Recursos materiais:** equipamento de eletroestimulação transcutânea (TENS); bolsas de gelo; lençóis; toalhas de banho; rolos de cobertores para auxiliar no posicionamento; folders de orientações.

Profissional Responsável:

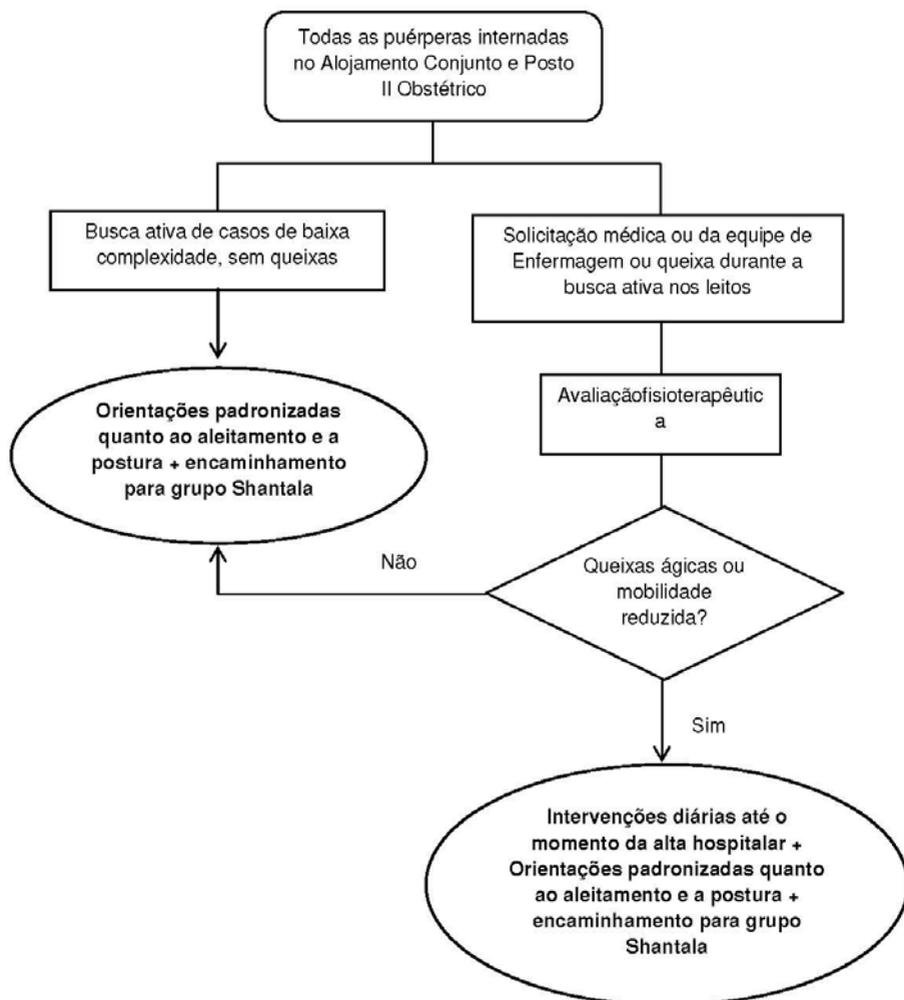
Elaine Cristina de Camargo R. Silva – CREFITO-3/8250-F | Municipalizada

Coordenação:

Gláucia Aparecida dos Reis – CREFITO-3/5892-F | RF 612.241.8



Fluxograma do Serviço de Fisioterapia nas Enfermarias de Puerpério







6. ROTINA DE ATENDIMENTO DO SERVIÇO DE FISIOTERAPIA NO GRUPO SHANTALA – MASSAGEM PARA BEBÊS

• **Objetivo Geral:**

- Contribuir, juntamente com a equipe assistencial, para o cumprimento irrestrito da portaria Nº 1.153, de 22 de maio de 2014 que redefine os critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) como estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e da mulher, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

• **Objetivos Específicos:**

- Contribuir para a qualificação do serviço prestado na unidade, possibilitando a capacitação dos usuários do SUS na técnica de massagem para bebês Shantala;

- Ensinar a massagem Shantala promovendo o conhecimento da importância do toque como recurso de estimulação sensoriomotora global e da formação do vínculo mãe/ pai/ cuidador/ bebê.

• **População alvo:** mães/pais ou cuidadores e seus respectivos lactentes a partir do primeiro mês de vida, nascidos nesta maternidade e as doadoras de leite materno cadastradas no banco de leite desta instituição, que tenham interesse no aprendizado da técnica.

• **Número de participantes:** a participação é voluntária e o número não deve ultrapassar seis mães/pais ou cuidadores com seus respectivos bebês, por aula.

• **Periodicidade:** Semanal, sendo disponibilizado dois horários de grupos para agendamento prévio, às terças-feiras às 10h30 e às sextas feiras às 15h30.



- **Tempo de duração:** 45 minutos
- **Recursos humanos:** fisioterapeuta plantonista ou diarista alocado no Ambulatório, designado para realizar este grupo, acompanhado ou não de um residente de Fisioterapia e/ou estagiário de Fisioterapia do HMEC.
- **Recursos materiais:** colchonetes ou tatame de EVA, bonecas, óleo mineral, impressos ilustrativos com a sequência da massagem, folder e banner para a divulgação no hospital
- **Procedimentos clínicos:** Inicialmente é realizado um explicação teórica do método e em seguida a vivência prática onde o profissional demonstra as etapas na boneca e cada mãe/pai ou cuidador realiza a massagem em seu respectivo bebê. Para finalizar, é aberto uma roda de perguntas e respostas, reforçado os benefícios e cuidados na aplicação da massagem e marcado o retorno para a próxima semana (é sugerido a participação em no mínimo três encontros para garantir o aprendizado).

Profissionais responsáveis:

Ana Paula Lopes Marletta – CREFITO-3/71.117-F | RF 819.245.6

Elaine Cristina de Camargo R. Silva – CREFITO-3/8250-F | Municipalizada

Coordenação:

Gláucia Aparecida dos Reis – CREFITO-3/5892-F | RF 612.241.8



7. ROTINA DE ATENDIMENTO DO SERVIÇO DE FISIOTERAPIA EM MASTOLOGIA

7.1. AVALIAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA

- **Objetivo específico:**

- Identificar disfunções musculoesqueléticas, vasculares, neurológicas ou outras comorbidades pré-existentes que possam afetar as funções da cintura escapular, dos membros superiores e da coluna cérvico-torácica;
- Obter parâmetros comparativos dos membros superiores e da cintura escapular a fim de identificar precocemente alterações pós-operatórias sugestivas de linfedema e/ou alterações da ADM.

- **População alvo:** Pacientes encaminhadas pelo Ambulatório médico de mastologia, com indicação cirúrgica por câncer de mama.

- **Atendimento:** Individual

- **Periodicidade:** semanal, as terças-feiras, período da tarde.

- **Procedimentos clínicos:** Anamnese com ênfase na história pregressa. Avaliação da amplitude de movimento (ADM), goniometria, perimetria dos membros superiores, avaliação da força muscular e avaliação das atividades de vida diária (AVD) e atividades instrumentais de vida diária (AIVD).

7.2. PÓS - OPERATÓRIO (1º PO ATÉ A ALTA HOSPITALAR)

- **Objetivos:**

- Prevenção de complicações musculoesqueléticas, circulatórias e respiratórias;

- Melhora da sintomatologia e orientações para alta hospitalar, até a retirada dos pontos.



- **População alvo:** Todas as pacientes submetidas às cirurgias mamárias por câncer de mama, linfadenectomia axilar, biópsia do linfonodo sentinela e ou reconstrução.

- **Atendimento:** Individual (no leito).

- **Procedimentos clínicos:**
 - Avaliação da ADM ativa dos membros superiores, da função respiratória, da cicatriz cirúrgica e do dreno.
 - Relaxamento cervical;
 - Cinesioterapia ativo-assistida de baixa amplitude para os membros superiores;
 - Cinesioterapia respiratória e técnicas de higiene brônquica (se necessário);
 - Recursos crioterápicos (se necessário);
 - Posicionamento e mobilidade no leito;
 - Orientações quanto aos cuidados com o membro superior homolateral à cirurgia, aos exercícios ativos ou auto-assistidos até 90 graus para os membros superiores até 15 dias do PO, ao retorno gradativo às AVD e ao posicionamento e mobilidade no leito no domicílio.

- **Observações:** O posicionamento adotado no pós-operatório imediato deverá ser o mais confortável possível; o membro superior homolateral à cirurgia pode ser elevado a +/- 30º utilizando apoio de travesseiros, não havendo necessidade de mantê-lo em posição de drenagem constante. As mudanças de decúbito são orientadas a serem realizadas em decúbito lateral (DL) oposto visando prevenir complicações relacionadas à restrição articular e linfedema, sem aumentar o risco da formação do seroma. A mobilização do braço deve ser iniciada no primeiro dia após a cirurgia, limitada a 90º de flexão, abdução e rotação externa do ombro homolateral à cirurgia, respeitando o limite de tolerância da paciente. Após a retirada dos pontos e do dreno, não havendo intercorrências proibitivas, orientamos a mobilização completa da amplitude articular.



Após o tratamento cirúrgico, as pacientes devem ser orientadas sobre os cuidados com a pele do membro superior homolateral à cirurgia da mama, a fim de evitar possíveis traumas e ferimentos. Os cuidados, entretanto, devem ser repassados de forma criteriosa para que não haja um sentimento de incapacidade e impotência física. As orientações com relação à vida doméstica, profissional e de lazer devem ser direcionadas às rotinas das pacientes e condutas alternativas devem ser ensinadas quando forem realmente necessárias. Os exercícios devem ser iniciados precocemente. A auto massagem linfática deverá ser ensinada, visando ativar as vias secundárias de drenagem da linfa.

As mulheres devem ter conhecimento sobre os sinais e sintomas iniciais dos processos infecciosos e do linfedema para que comuniquem ao médico assistente que avaliará e intervirá terapêuticamente em tempo oportuno.

7.3. AVALIAÇÃO E ENCAMINHAMENTO APÓS 15 DIAS DO PÓS-OPERATÓRIO

- **Objetivos:** Identificar alterações neurológicas ocorridas durante o ato operatório; Presença de sintomatologias álgicas; Edema linfático precoce; Alterações posturais, funcionais, motoras e/ou respiratórias e lesões ortopédicas preexistentes.
- **População alvo:** Pacientes submetidas às cirurgias mamárias por câncer de mama, linfadenectomia axilar, biópsia do linfonodo sentinela e reconstrução.
- **Atendimento:** individual.
- **Procedimentos clínicos:** Avaliação fisioterapêutica; Encaminhamento aos grupos de tratamento e quando necessário atendimento individual.



7.4. AVALIAÇÃO E ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES QUE SE ENCONTRAM EM SEGMENTO MÉDICO AMBULATORIAL

- **Objetivos:** Identificar e quantificar as disfunções musculoesqueléticas, posturais, funcionais, respiratórias e linfáticas decorrentes da cirurgia ou do tratamento adjuvante pós-operatório;

- **População alvo:** Pacientes submetidas às cirurgias mamárias por câncer de mama, linfadenectomia axilar, biópsia do linfonodo sentinela e reconstrução mamária em segmento médico ambulatorial, que apresente queixas álgicas, limitação da ADM ou funcionalidade do membro superior, presença de linfedema, dentre outras limitações e sequelas resultantes do quadro clínico de base ou dos procedimentos terapêuticos prévios (ex.: cirurgias, radioterapia).

- **Atendimento:** individual.

- **Procedimentos clínicos:** Avaliação fisioterapêutica; Encaminhamento aos grupos de cinesioterapia ou atendimento individual para tratamento de linfedema e quando apresentarem queixas álgicas e limitação da ADM.

Alterações posturais, patologias ortopédicas ou reumáticas associadas e necessidade de treino funcional específico, serão encaminhadas para as clínicas de Fisioterapia das Universidades parceiras.

7.5. GRUPO DE CINESIOTERAPIA

- **Objetivos:** Prevenir a perda ou recuperar a amplitude articular de movimento (ADM) dos membros superiores; Prevenir linfedema; Prevenir ou corrigir alterações posturais; Restabelecer as funções nas AVD e AIVD.

- **População alvo:** Pacientes submetidas a cirurgias mamárias por câncer de mama, com ou sem amplitude incompleta de movimento (AIM) e/ou com linfedema regional leve.



- **Atendimento:** em grupo.
- **Conduta:** Cinesioterapia ativa ou auto-assistida; Alongamentos globais e segmentares; Exercícios posturais; Relaxamento e Orientações específicas.
- **Periodicidade:** Semanal (às quintas-feiras), por 5 semanas.
- **Tempo de atendimento:** 45 minutos a 60 minutos.

7.6. ATENDIMENTO INDIVIDUAL – LINFOTERAPIA

- **Objetivos:** minimizar e/ou controlar o volume do membro superior acometido.
- **População alvo:** Pacientes que apresentam diferença entre os membros superiores de 2 a 5cm em um ou mais pontos.
- **Atendimento:** individual.
- **Periodicidade:** Semanal, duração de 10 atendimentos seguidos de consultas de controle e manutenção do linfedema a cada 3 meses.
- **Tempo de atendimento:** 30 minutos.
- **Procedimentos clínicos:** massagem linfática; exercícios linfomiocinéticos; orientações específicas relacionadas aos cuidados com a pele, prevenção de contusões e ferimentos no membro acometido e auto massagem.



7.7. ALTA FISIOTERAPÊUTICA E ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL

Ao término dos 5 encontros semanais ou alta do atendimento individual, a paciente receberá um manual com todas as informações necessárias e exemplos dos exercícios praticados. É orientada a marcar retorno a cada três meses nos horários de avaliação e triagem da Fisioterapia, onde será reavaliada e, se necessário, reencaminhada para os atendimentos em grupo ou individual.

7.8. Cuidados Paliativos

• **Objetivos:**

- minimizar e/ou controlar as repercussões das disfunções apresentadas assim como do estresse da internação prolongada;
- promover um maior conforto e bem estar à paciente;
- desenvolver e/ou preservar a independência no leito e nas atividades de higiene pessoal ou treinar o acompanhante na assistência ou realização das mesmas.

• **População alvo:** Pacientes internadas na enfermaria com diagnóstico de câncer de mama com metástase(s) sistêmica(s), apresentando disfunções neurológicas e/ou musculoesqueléticas e/ou respiratórias e/ou linfática.

• **Atendimento:** individual.

• **Periodicidade:** Diário, sendo um no período da manhã e outro no período da tarde de segunda a sexta-feira.

• **Procedimentos clínicos:** cinesioterapia ativa, ativo-assistida ou passiva; massagem linfática; exercícios linfomiocinéticos; orientações



específicas relacionadas aos cuidados com a pele; treino de mudanças de decúbitos, posicionamentos no leito e transferências posturais; treino de marcha assistida; técnicas de relaxamento; exercícios respiratórios e manobras de higiene brônquica quando necessário.

Profissionais responsáveis:

Avaliação pré-operatória – Luciane Xavier de Brito – 3/117.551-F | R.F 659.618.5

Enfermaria – Fisioterapeuta plantonista do dia, acompanhando ou não de estagiários de Instituição de Ensino Conveniada.

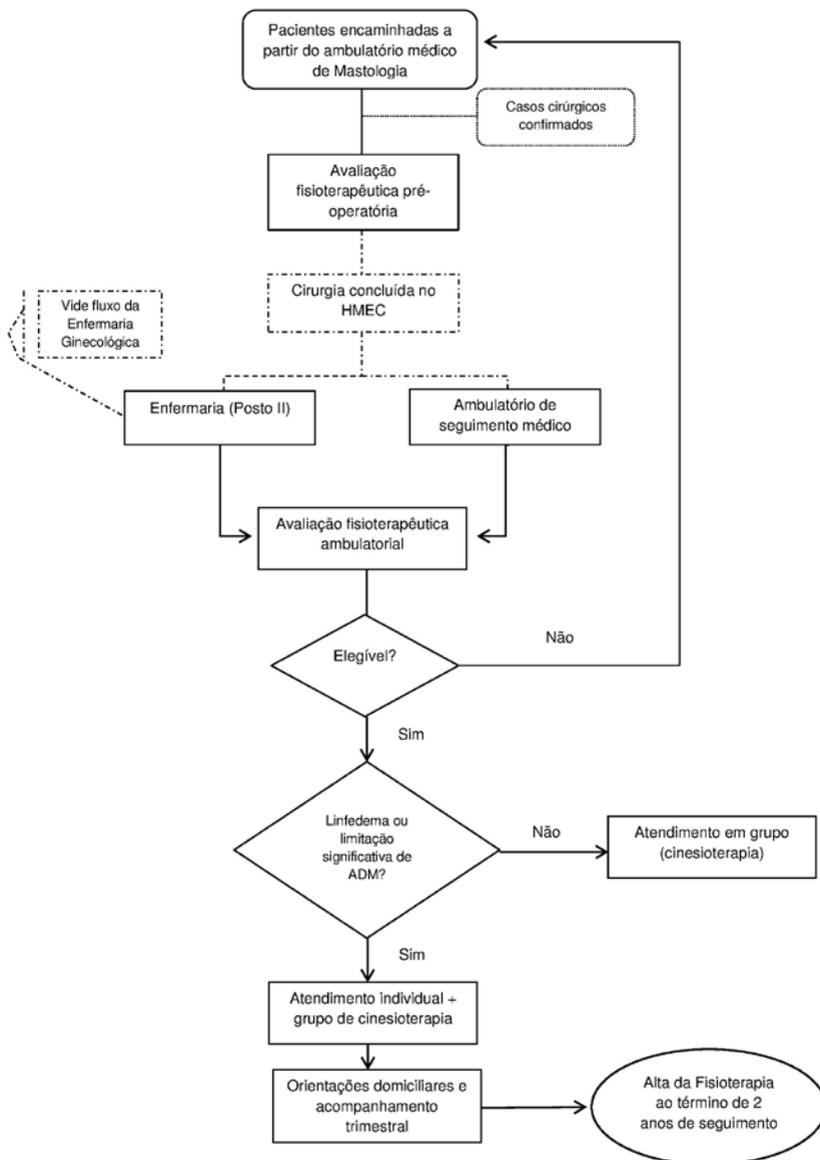
Ambulatório – Luciane Xavier de Brito – CREFITO 3/117.551-F | RF: 651.618.5

Coordenação:

Gláucia Aparecida dos Reis – CREFITO-3/5892-F | RF 612.241.8



Fluxograma Ambulatório de Fisioterapia em Mastologia





8. ROTINA DO SERVIÇO DE FISIOTERAPIA EM UROGINECOLOGIA

8.1. AVALIAÇÃO E TRIAGEM DE Fisioterapia

- **Objetivos:** Coletar dados do diagnóstico médico; Realizar anamnese, exame físico e aplicar testes especiais; Traçar conduta fisioterapêutica; Eleger a forma de atendimento (em grupo, individual ou grupo + individual).
- **População alvo:** Pacientes encaminhadas do Ambulatório médico de uroginecologia, com queixa de perda involuntária de urina (UI/BH, IUE, IUM), distopias, laceração da MAP e disfunções sexuais.
- **Atendimento:** Individual (Ambulatório).
- **Periodicidade:** uma vez por semana, no Ambulatório de Fisioterapia, de acordo com a disponibilidade de horários do agendamento.
- **Procedimentos clínicos:**
 - **Anamnese:** O atendimento de pacientes com distúrbios urogenitais requer uma abordagem bastante íntima, e, portanto deve ser conduzida com adequada postura profissional. A anamnese deve conter dados pessoais e clínicos, queixa principal, história obstétrica, patologias associadas, medicações utilizadas, histórico de cirurgias prévias, hábitos urinários, hábitos alimentares, dados sexuais, dentre outras informações que emergem do processo de entrevista.
 - **Inspeção:** Deve-se observar a coloração da vulva (genitália externa), presença ou não de secreção vaginal e seu aspecto, cicatriz (episiotomia, perineoplastia, oncológicas), presença de prolapso genitais (distopias) e lesões vaginais (fissuras, irritações, assaduras).



- **Palpação:** Realizado através do toque digital, feito por meio da introdução uni ou bidigital (indicador e médio) no canal vaginal. O examinador deve avaliar tônus, sensibilidade, presença de dor (*trigger points*), fibrose, trofismo muscular e distopias. Avaliação da Força dos Músculos do Assoalho Pélvico (MAP), aplicação da **Avaliação Funcional do Assoalho Pélvico (AFA) segundo os critérios definidos pela Escala de Oxford.**

Obs.: Após a avaliação será estabelecida conduta de tratamento individualizada de acordo com o quadro clínico e diagnóstico da paciente e, se necessário, encaminhamento para outras especialidades terapêuticas a fim de realizar avaliação e conduta específica. Os campos profissionais para matriciamento interno mais frequentes são: Psicologia, Nutrição Clínica e Acupuntura.

- **Recursos materiais:**

- **Perineômetro:** É um manômetro da pressão que mede a habilidade do MAP para desenvolver o aperto vaginal. Esse instrumento avalia o pico máximo de contração muscular do assoalho pélvico, visualizando no visor do aparelho em cmH₂O ou mmHg (dependendo da marca do aparelho), que varia de 0 a 256 cmH₂O; e com auxílio do cronômetro digital deve-se medir o tempo máximo de contração com esse método.

- **Cones Vaginais:** A avaliação funcional do assoalho pélvico também pode ser realizada com os cones vaginais, esses dispositivos quando introduzidos no canal vaginal, proporcionam um vigoroso *Biofeedback* tátil e cinestésico, facilitando o assoalho pélvico a se contrair de forma reflexa na tentativa de retê-lo. Os cones são dispositivos de tamanho igual e pesos diferentes que devem ser introduzidos e mantidos na vagina. De acordo com o peso que a paciente consegue manter o aparelho fixado na vagina, o peso é graduado em 0 (não mantém o peso de 25 gramas) até 5 (mantém o peso de 70 gramas); tais pesos são crescentes e numerados da seguinte maneira: nº 1 = 20 g; nº 2 = 32,5 g; nº 3 = 45 g; nº 4 = 57,2 g; nº 5 = 70 g. A avaliação inicia-se com a introdução na vagina dos dispositivos mais leves, em decúbito dorsal com os quadris e joelhos fletidos, deixando-se o fio de náilon para fora para possibilitar a remoção do cone. Após o exame, a paciente é submetida a uma sequência crescente de esforços, que são padronizados de acordo com o Serviço de



Fisioterapia (caminhar durante um minuto; subir/descer escadas durante 30 segundos; pular, agachar-levantar, tossir quatro vezes). Caso o dispositivo permaneça no canal vaginal, por mais de 2 minutos, ele é então, removido e insere-se o próximo de maior peso e assim sucessivamente, até que algum deles se exteriorize aos esforços.

- **Diário Miccional:** Consiste no controle individual dos hábitos urinários de cada paciente. São levados em consideração: frequência urinária diurna (normal de 6 a 8 vezes ao dia) e noturna (normal < ou = 2 vezes por noite), a quantidade de ingestão de líquido, o volume urinado, os intervalos entre as micções (normal entre 2 a 4 h), as perdas urinárias e o seu motivo e enurese noturna.

- **Questionário de Qualidade de Vida – King’s Health:** Objetiva-se investigar como cada incontinente percebe as repercussões da IU na sua qualidade de vida, permitindo assim ao profissional adequar a conduta no sentido de atender às necessidades e expectativas individuais, o que favorece a adesão do paciente e o sucesso da intervenção terapêutica. O conceito de qualidade de vida mais comumente utilizado por pesquisadores baseia-se na própria definição de saúde da Organização Mundial da Saúde: a percepção individual de um completo bem-estar físico, mental e social.

- **Questionário de Satisfação Sexual – Versão Feminina (QS-F):** O QS-F avalia todas as fases do ciclo de resposta sexual, contemplando ainda outros domínios, a saber: desejo e interesse sexual (questões 1, 2 e 8); preliminares (questão 3); excitação pessoal e sintonia com o parceiro (questões 4 e 5), conforto (questões 6 e 7), orgasmo e satisfação (questões 9 e 10). Escores baixos para as questões de números 1, 2 e 8 significam que o desejo sexual não é suficiente para que a mulher se interesse e se satisfaça com a relação. As questões 3, 4, 5 e 6 avaliam diferentes aspectos da fase de excitação feminina durante a relação sexual (resposta às preliminares, lubrificação, sintonia com o parceiro e recepção à penetração). Escores baixos para estas questões significam pouca capacidade de envolvimento e pouca resposta ao estímulo sexual. Escore alto para a pergunta 7 confirma presença de dor à relação. Dificuldade para o orgasmo e pouca ou nenhuma satisfação com o sexo são evidenciadas por escores baixos para as questões 9 e 10.



8.2. TRATAMENTO

• ATENDIMENTO EM GRUPO – CINESIOTERAPIA PERINEAL

• **Objetivos:**

- fortalecer a musculatura do assoalho pélvico (MAP);
- promover o aumento da oclusão uretral (ação esfinteriana ao redor da uretra);
- evitar a perda urinária e promover o suporte dos órgãos pélvicos;
- melhorar a percepção da contração e relaxamento da MAP;
- orientar quanto à mudança de hábitos diários e a realização dos exercícios em casa.

• **População alvo:** Pacientes com diagnóstico de Incontinência Urinária de Esforço (IUE), Incontinência Urinária Mista (IUM) e Incontinência Urinária de Urgência (UI); Diminuição ou ausência de consciência da contração e relaxamento da Musculatura do Assoalho Pélvico (MAP); Laceração da MAP; Sem impedimento de realização de exercícios em grupo, tais como: sequelas neurológicas, limitação da ADM ativa das articulações de quadril, joelhos ou coluna vertebral, transtornos psiquiátricos ou déficit de compreensão e restrição à prática de exercícios por patologias cardíacas.

• **Atendimento:** em grupos de dez pacientes.

• **Periodicidade:** um encontro semanal, sendo três grupos, um no período da manhã às segundas e quartas- feiras e um à tarde às segundas- feiras.

• **Tempo de atendimento:** 45 minutos.

• **Procedimentos clínicos:** Cinesioterapia ativa e exercícios isométricos da MAP, nas posições: dorsal, intermediárias, sentada e em pé, exercícios para melhora da conscientização e correção postural. São Utilizados

recursos como: colchonetes, bolas suíças, almofadas, faixas elásticas, bolas de câmara, cones vaginais, entre outros; Informações e esclarecimentos quanto ao hábito miccional, ingestão de líquidos, alimentação e fatores agravantes da sintomatologia.



Figura 1 – Exercícios perineais em posição de quatro apoios. Fonte: arquivo fotográfico do Setor de Fisioterapia do HMEC.



Figura 2 – Exercícios perineais em decúbito dorsal. Fonte: arquivo fotográfico do Setor de Fisioterapia do HMEC.



Figura 3 – Exercícios perineais em decúbito dorsal com uso de equipamento (bola suíça). Fonte: arquivo fotográfico do Setor de Fisioterapia do HMEC.



Figura 4 – Exercícios perineais em sedestação com uso de equipamento (bola suíça). Fonte: arquivo fotográfico do Setor de Fisioterapia do HMEC.



Figura 5 – Exercícios perineais em posição ortostática. Fonte: arquivo fotográfico do Setor de Fisioterapia do HMEC.



Figura 6 – Exercícios perineais em sedestação com equipamento (almofada macia). Fonte: arquivo fotográfico do Setor de Fisioterapia do HMEC.



Figura 7 – Exercícios perineais em decúbito lateral com combinação de movimentos de abdução do quadril e respirações diafragmáticas sincronizadas. Os grupos são realizados por profissionais da instituição e estagiários de Fisioterapia do HMEC, algumas vezes acompanhado de profissional de Psicologia convidado. Fonte: arquivo fotográfico do Setor de Fisioterapia do HMEC.

• ATENDIMENTO INDIVIDUAL – ELETRÓTERAPIA

• **Objetivos:** Estimular a contração e relaxamento da MAP ou do músculo detrusor; Favorecer a percepção da contração e relaxamento da MAP; Enfatizar a contração da musculatura do períneo; Fortalecer e tonificar a MAP; Restabelecer o sincronismo esfíncteres-detrusor; Demonstrar ao paciente o controle motor da musculatura do assoalho pélvico.

• **População alvo:** Pacientes com diagnóstico de Incontinência Urinária de Esforço (IUE), Incontinência Urinária Mista (IUM) e Incontinência Urinária de Urgência (UI); Diminuição ou ausência de consciência da contração e relaxamento da MAP; Impedimento de realização de exercícios ativos; Laceração da MAP; Sequelas neurológicas; Limitação da ADM ativa das articulações de quadril, joelhos ou coluna vertebral; Transtornos psiquiátricos ou déficit de compreensão.



Figura 8 – Introdução de eletrodo endovaginal para eletroestimulação. Paciente sentada com reclinção confortável e pés apoiados em divã ginecológico. Fonte: arquivo fotográfico do Setor de Fisioterapia do HMEC.

• **Procedimentos clínicos:** Utilização de aparelho de eletroestimulação (TENS-FES) selecionando a técnica mais indicada de acordo com o diagnóstico médico e características da paciente, podendo ser transvaginal ou tibial posterior ou aparelho de *Biofeedback* quando o objetivo principal for a reeducação do períneo por meio da retroalimentação visual ou auditiva.

Eletroestimulação transvaginal:

• **Objetivos:**

- estimular a contração e relaxamento da MAP ou do músculo detrusor;
- favorecer a percepção da contração e relaxamento da MAP;
- enfatizar a contração da musculatura do períneo;
- fortalecer e tonificar a MAP;
- restabelecer o sincronismo esfíncteres-detrusor;
- demonstrar ao paciente o controle motor da musculatura do assoalho pélvico.

Ressalta-se que o programa de tratamento será selecionado de acordo com o diagnóstico médico, avaliação funcional e a necessidade de cada paciente.

- **Recurso material:** é utilizado o aparelho Dualpex 961 URO da marca Quark® os seguintes protocolos: P 51 (despertar do períneo) durante 3', P 54 (reforço do períneo) durante 7' a 10', P 57 (Incontinência Mista) durante 7' a 10', P 48 (Inibidor do Detrusor) durante 5', P 8 (dor crônica difusa) durante 7' e P 2 (dor aguda difusa) durante 7'.



Figura 9 – Modelo de eletrodo endovaginal para eletroestimulação empregado no serviço de Fisioterapia do HMEC. Fonte: Manual Família Dualpex 961 Quark®. Acessível em: http://quarkmedical.com/pdf/FAMILIA_DUALPEX_961.pdf



Figura 10 – Modelo de eletrodo anal para eletroestimulação empregado no serviço de Fisioterapia do HMEC. Fonte: Manual Família Dualpex 961 Quark®. Acessível em: http://quarkmedical.com/pdf/FAMILIA_DUALPEX_961.pdf

Eletroestimulação em trajeto do nervo tibial posterior:

- **Objetivo:**

- neuromodular o controle detrusor como forma complementar segura e eficaz de abordar a bexiga hiperativa idiopática.

- **Procedimentos clínicos:** um eletrodo é posicionado inferiormente ao maléolo medial e outro eletrodo aproximadamente 10 cm acima. Parâmetros para localizar ponto: limiar motor em $F=1\text{Hz}$, $T=200\mu\text{s}$. Tratamento: limiar sensitivo em $F=10\text{Hz}$, $T=200\mu\text{s}$.

- **Tempo de atendimento:** 15 minutos.



Figura 11 – Aplicação simultânea de TENS em quatro pacientes no trajeto do nervo tibial posterior unilateral permitida pelo equipamento de quatro canais empregado no Serviço de Fisioterapia do HMEC. Fonte: arquivo fotográfico do Setor de Fisioterapia do HMEC.

- **Biofeedback** é um instrumento que proporciona à paciente o conhecimento de resultados de uma ação motora – no caso, contrações perineais – por meio de sinais luminosos, numéricos e sonoros, permitindo à paciente realizar a autoavaliação da MAP sobre o movimento que possa

ser medido, ensinado e aprendido, com a finalidade de adquirir maior consciência da sua contração muscular, sendo um importante recurso a ser usado tanto nos estágios iniciais como intermediários do tratamento. O *Biofeedback* de pressão utiliza uma sonda inflável, colocada no interior da vagina ou, alternativamente, do ânus, no caso de mulheres virgens. Quando é feita a contração, a variação de pressão dentro dessa sonda inflável é detectada pelo aparelho e mostrada à paciente, possibilitando uma visualização direta pelo terapeuta e pela paciente. O objetivo é fortalecer a musculatura, pois atua como motivador e como protocolo de tratamento e evolução.

- **Tempo de atendimento:** 10 minutos.



Figura 12 – Modelo de equipamento de *Biofeedback* empregado no Setor de Fisioterapia do HMC. Fonte: Manual Perina da Quark®. Acessível em <http://www.cappefisio.com.br/perina.pdf>

- **Contra Indicações da técnica transvaginal** - Gestantes, HIV positivo, afecções vaginais e infecções urinárias em tratamento, ulcerações transvaginais; *Biofeedback*- Gestantes; **Tibial Posterior**: Gestantes.

- **Limitação da técnica transvaginal:** Distopias grau III e IV.



- **Periodicidade:** Semanal.

- **ATENDIMENTO INDIVIDUAL – ELETROTERAPIA + CINESIOTERAPIA**

- **Objetivos:** Os mesmo descritos nos itens anteriores.

- **População alvo:** Pacientes com diagnóstico de Incontinência Urinária de Esforço (IUE), Incontinência Urinária Mista (IUM) e Incontinência Urinária de Urgência (UI); Diminuição ou ausência de consciência da contração e relaxamento da MAP; Laceração da MAP; Impedimento para realização de exercícios **em grupo**; Sequelas neurológicas; limitações acentuadas da ADM ativa das articulações de quadril, joelhos ou coluna vertebral; Transtornos psiquiátricos; Déficit de compreensão e pacientes com alto risco cirúrgico.

- **Atendimento:** Individual.

- **Procedimentos clínicos:** os mesmos descritos nos itens anteriores.

- **Periodicidade:** Semanal.

- **Tempo de atendimento:** 60 minutos.

- **GRUPO CINESIO + INDIVIDUAL ELETROTERAPIA**

- **Objetivos:**

- fortalecer a musculatura do assoalho pélvico (MAP);
- melhorar a percepção da contração e relaxamento da MAP;



- orientar quanto à mudança de hábitos diários e a realização dos exercícios em casa, durante as suas atividades de vida diária;
- estimular a contração e relaxamento da MAP ou do músculo detrusor;
- favorecer a percepção da contração e relaxamento da MAP;
- enfatizar a contração da musculatura do períneo;
- fortalecer e tonificar a MAP;
- restabelecer o sincronismo esfíncteres-detrusor;
- demonstrar ao paciente o controle motor da musculatura do assoalho pélvico;

• **População alvo:** Pacientes com diagnóstico de Incontinência Urinária de Esforço (IUE), Incontinência Urinária Mista (IUM) e Incontinência Urinária de Urgência (UI); Diminuição ou ausência de consciência de contração e relaxamento da MAP; Laceração da MAP; Sem impedimento de realização de exercícios em grupo, como: sequelas neurológicas, limitação da ADM ativa das articulações de quadril, joelhos ou coluna vertebral, transtornos psiquiátricos ou déficit de compreensão e restrição à prática de exercícios por patologias cardíacas; Com indicação de associação de alguma das técnicas de eletroterapia para acelerar o processo de recuperação.

• **Atendimento:** Em grupo e Individual.

• **Procedimentos clínicos:** Cinesioterapia ativa e exercícios isométricos da MAP, nas posições: dorsal, intermediária, sentada e em pé.

• **Recursos materiais:** colchonetes, bolas suíças, almofadas macias, faixas elásticas, bolas de câmara, dentre outros; Informações e esclarecimentos quanto ao hábito miccional, ingestão de líquidos, alimentação e fatores agravantes da sintomatologia; Utilização de aparelho de eletroestimulação (TENS-FES) selecionando a técnica mais indicada de acordo com o diagnóstico médico, podendo ser transvaginal ou tibial posterior, ou ainda aparelho de *Biofeedback* quando o objetivo principal for a reeducação do períneo por meio da retroalimentação visual ou auditiva.



- **Periodicidade:** Semanal.

- **Tempo de atendimento:** 45 minutos em grupo e 15 minutos individual.

• RECURSO PARA O FORTALECIMENTO DA MAP – CONES VAGINAIS

- **Objetivos:** Melhorar a percepção da contratilidade e Fortalecimento da MAP; Restabelecer a função de sustentação do assoalho pélvico das vísceras do abdômen inferior.

- **População alvo:** Pacientes com diagnóstico de Incontinência Urinária de Esforço (IUE), Incontinência Urinária Mista (IUM) e Incontinência Urinária de Urgência; Diminuição ou ausência de consciência da contração e relaxamento da MAP; Prolapso Vaginal leve.

- **Procedimentos clínicos:** Realização de exercícios ativos livres resistidos e contrações isométricas da MAP, utilizando os cones vaginais de forma progressiva. Inicia-se o treinamento com o cone de peso mantido no canal vaginal durante a avaliação inicial (o ideal é que a paciente receba um treinamento dos exercícios ativos livres e isometria da MAP, antes de iniciar o treinamento com os cones vaginais, com isso será possível que ela inicie seu treino com um peso superior ao da avaliação inicial, diminuindo assim o custo do tratamento). A paciente é então orientada a introduzir o cone vaginal e realizar as suas atividades de vida diária normalmente, por 15 minutos, diariamente, duas vezes ao dia (forma passiva); com o cone de mesmo peso, realizar a série básica de exercícios ativos livres, por 15 minutos, 1 vez ao dia, 3 vezes por semana (forma ativa).

- ✓ **Progressão:** quando a paciente estiver apta a segurar o cone no lugar por no mínimo 15 minutos, de forma passiva e ativa, deve-se utilizar o cone de maior peso. É recomendada a aplicação deste programa de fortalecimento por no mínimo 3 meses, diariamente a forma passiva e 3 vezes por semana a forma ativa, para a manutenção dos resultados, 2 vezes por semana a forma passiva e ativa.

✓ **Contra Indicações:** infecções urinárias; seis semanas pós-parto; procedimentos cirúrgicos geniturinários ou pélvicos; Durante a menstruação (asepsia, dificuldade de manutenção do cone no canal vaginal); Distopias acentuadas; Lesão na região vaginal; Estenose vaginal; Dificuldade de compreensão e déficit cognitivo; Uso de dispositivo contraceptivo intrauterino (somente com recomendação médica).

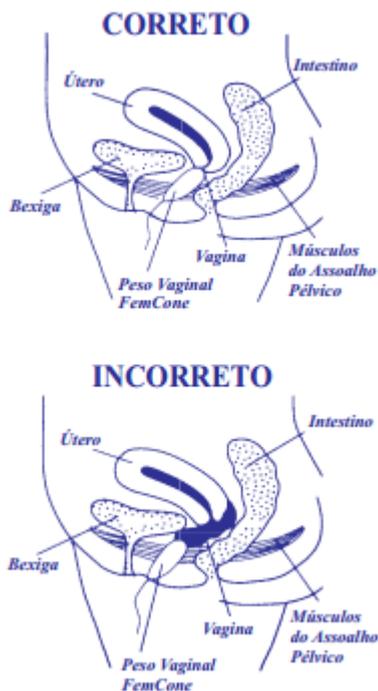


Figura 13 – Representação esquemática do posicionamento correto do cone vaginal. Fonte: FemCone. Instruções ao Paciente. Quark®. Acessível em: <http://quarkmedical.com/pdf/FEMCONE.pdf>



Figura 14 – Cones vaginais. Cada cor representa uma carga específica para treinamento, a saber: rosa (20g), amarelo (32g), bege (45g), lilás (57g) e vermelho (70g), com variação possível de 15%.

• Terapia Comportamental

Baseia-se no diário miccional preenchido individualmente pela paciente por cinco a 10 dias consecutivos. São fornecidas orientações que favoreçam maior intervalo miccional, orientações quanto à micção imediata e a reeducação dos hábitos.

Tem como objetivo favorecer a inibição cortical sobre o detrusor, melhorar a modulação central de impulsos aferentes e aumentar a capacidade de reserva vesical. Além disso, visa a mudança do comportamento miccional e dos fatores agravantes da incontinência urinária.

O Treinamento Vesical é parte integrante dessa estratégia comportamental e consiste em micções com intervalos programados progressivamente maiores, com o objetivo de reduzir os episódios de perdas urinárias por meio do aumento da capacidade vesical e do restabelecimento da função vesical normal.

Micção de Horário é a modalidade terapêutica na qual a paciente é estimulada a urinar em intervalos determinados, geralmente de duas a quatro horas. Essa técnica permite que a bexiga permaneça com baixos volumes, evitando, portanto, contrações detrusoras involuntárias e incontinência urinária de esforço.



8.3. REAVALIAÇÃO

- A cada 10 sessões as pacientes serão reavaliadas (AFA e diário miccional, questionário de qualidade de vida – King’s Health e questionário de satisfação sexual - QS-F) a fim de estabelecer nova conduta de tratamento ou alta fisioterápica de acordo com os resultados obtidos.

8.4. ALTA COM SEGUIMENTO DE TRÊS MESES

- As pacientes receberão alta de acordo com os resultados obtidos, avaliados pelo médico urologista e fisioterapeuta responsável. Serão acompanhadas em retornos a cada três meses e reenquadradas para atendimento se houver recidiva da sintomatologia ou para reforço dos exercícios e orientações.

8.5. ASSIDUIDADE AO TRATAMENTO

- Para que o tratamento seja efetivo é necessário adesão e compromisso das pacientes, pois é sabido que o resultado do tratamento depende pelo menos 70% da mesma, sendo necessário o retorno ao serviço, assiduidade aos exercícios e cuidados recomendados. É um direito dela optar ou não por um tratamento conservador, sendo assim, é estabelecido o máximo de duas faltas consecutivas sem justificativa ou três faltas intercaladas igualmente sem justificativa sob pena de interrupção do tratamento. Para retorno ao tratamento de Fisioterapia será necessário um novo encaminhamento médico e nova avaliação inicial em Fisioterapia Uroginecológica.

Profissionais Responsáveis:

Denise Patrícia dos Santos Silva – CREFITO-3/99610-F | RF: 818.565.4

Renata Cereda Cordeiro – CREFITO-3/23796-F | RF: 821.749.1

Colaboração:

Equipe de Estagiários de Fisioterapia.

Coordenação:

Gláucia Aparecida dos Reis – CREFITO-3/5892-F | RF 612.241.8



9. ROTINAS DE ATENDIMENTO DO SERVIÇO DE FISIOTERAPIA NA UTI ADULTO

- **População-alvo:** Pacientes internados na UTI adulto
- **Crêterios de elegibilidade:** o fisioterapeuta realiza busca ativa dos casos elegíveis para receber atendimento ou atende a solicitação médica ou da enfermagem para avaliação fisioterapêutica. Na UTI adulto, o atendimento de Fisioterapia é realizado no período das 07:00h às 22:00h por um fisioterapeuta plantonista alocado nas UTI, designado para o atendimento na UTI adulto, acompanhado ou não de um estagiário de Fisioterapia do HMEC, em horários predeterminados, todos os dias da semana, inclusive, aos sábados e domingos, conforme a Portaria SAS nº 488 de 25/08/11 que exige a disponibilidade de um profissional de Fisioterapia por 18 horas nesse setor. Essa programação permite a garantia mínima de 3 visitas Técnica do plantonista fisioterapeuta responsável pelo setor, por dia, sendo que o número de intervenções será determinada pelo fisioterapeuta ou evolução do quadro clínico da paciente. **Após as 22h00, somente receberão atendimento de Fisioterapia os casos de emergência (situações com piora clínica, em que o atendimento da Fisioterapia seja determinante para a resolução desta piora), nesses casos o fisioterapeuta da UTI neonatal deverá ser acionado pelo ramal 1049 ou 1065, para realizar o atendimento.**
- **Procedimentos clínicos:**
 - *Checklist* dos ventiladores mecânicos e dos circuitos.
 - Interface com a gasoterapia e enfermagem.
 - Treinamento continuado em ventilação mecânica.
 - Avaliação fisioterapêutica e aplicação dos critérios de elegibilidade para o atendimento de Fisioterapia.
 - Atividades assistenciais de Fisioterapia respiratória e motora.
 - Montagem do ventilador mecânico em conjunto com a enfermagem.
 - Monitorização e adequação da ventilação mecânica e/ou oxigenioterapia.
 - Avaliação e manutenção da fixação da cânula orotraqueal (COT) em conjunto com a equipe de enfermagem.
 - Auxílio a equipe médica em situações de emergência.



- Adequação do posicionamento no leito e da organização motora do paciente.
 - Prevenção de complicações relacionadas a síndrome do imobilismo.
 - Evolução dos atendimentos em prontuário e atualização do senso de Fisioterapia diariamente.
-
- **Duração do atendimento:** indeterminada.
-
- **Recursos humanos:** fisioterapeuta plantonista alocado nas UTI designado para o atendimento na UTI Adulto, em períodos predeterminados da semana, acompanhado ou não de estagiários de Fisioterapia do HMEC.
-
- **Crítérios de alta da Fisioterapia:** alta médica da UTI e se encaminhada para a enfermaria posto II, terá continuidade do atendimento até a alta hospitalar.

Profissionais Responsáveis:

Daniela Chaves Machado – CREFITO-3/14.1745-F | RF 822.135.9

Adriana Vieira Rodrigues – CREFITO-3/156.081-F | RF 818.976.5

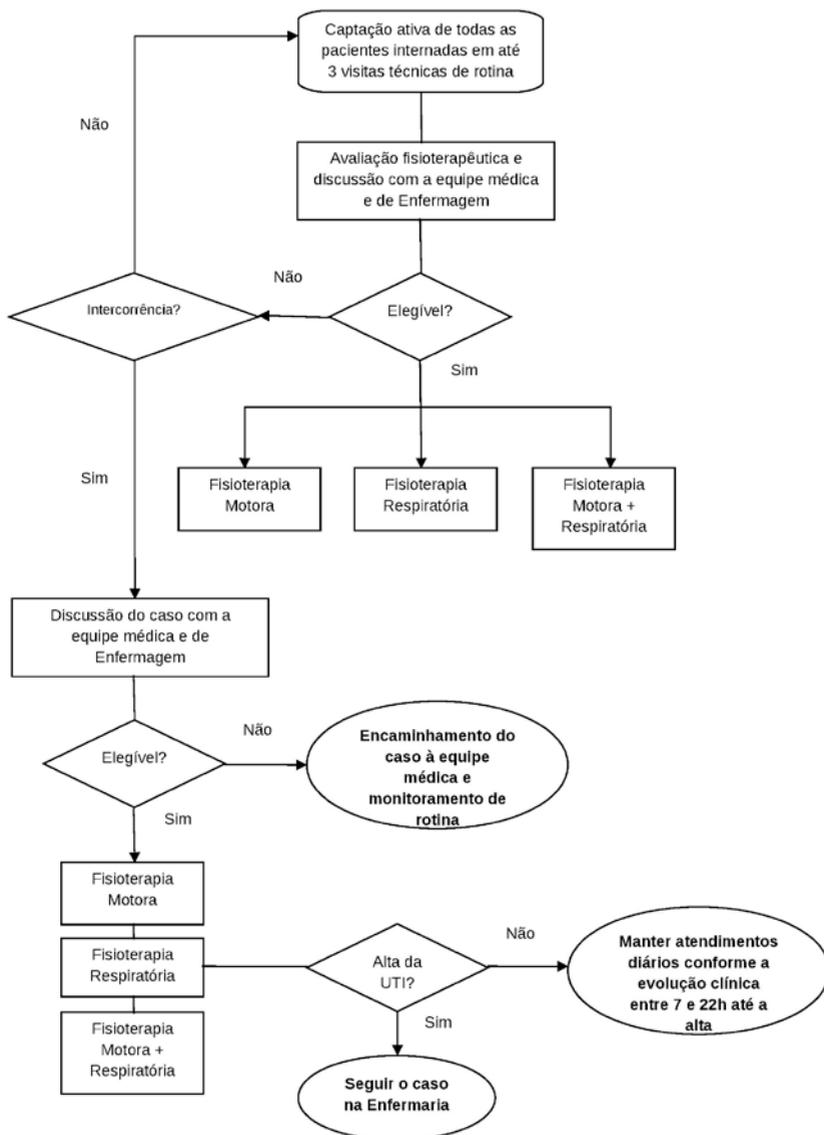
Karla Cristiane Bastos Mello – CREFITO-3/90016-F | RF 818.686.3

Coordenação:

Gláucia Aparecida dos Reis – CREFITO-3/5892-F | RF 612.241.8



Fluxograma do Serviço de Fisioterapia na UTI Adulto







10. ROTINA DO SERVIÇO DE FISIOTERAPIA NA ENFERMARIA GINECOLÓGICA/ CIRÚRGICA ADULTO

• **Objetivos:**

Fisioterapia Motora

- Estimular mobilização precoce, com o objetivo de prevenir complicações relacionadas ao imobilismo;
- Auxiliar na recuperação pós-operatória;
- Estimular o retorno das atividades diárias.

Fisioterapia Respiratória

- Prevenir complicações respiratórias no pós-operatório;
- Promover higiene brônquica, se necessário;
- Manter volumes e capacidades pulmonares;
- Intervir nos casos de desconforto respiratório.

• **População alvo:** pacientes internadas na enfermaria Posto II, nos leitos das especialidades médicas: Ginecologia, Cirurgia, Oncologia e Obstetrícia (casos vindos da UTI adulto) e os de Cuidados Paliativos.

• **Critérios de elegibilidade:**

O fisioterapeuta realiza a captação dos casos elegíveis para receber atendimento 2 vezes ao dia nos períodos manhã e tarde de segunda a sexta-feira.

São elegíveis: Pacientes em Pós-operatório de mama (orientação e encaminhamento para o Ambulatório de segmento da Fisioterapia - mama); pacientes restritas ao leito; pacientes com prescrição médica ou identificadas pela enfermagem, para avaliação da Fisioterapia.

Quando a equipe multidisciplinar identificar a necessidade de atendimento da Fisioterapia fora da rotina, deverá entrar em contato com a equipe nos ramais 1139 ou 1049.

• **Duração do atendimento:** indeterminada.



- **Recursos humanos:** fisioterapeuta plantonista ou diarista alocado na enfermaria posto II, em períodos predeterminados da semana, acompanhado ou não de estagiários de Fisioterapia do HMEC.
- **Recursos materiais:** equipamento de eletroestimulação transcutânea (TENS); bolsas de gelo; lençóis; toalhas de banho; rolos de cobertores para auxiliar no posicionamento; folders de orientações.
- **Crítérios de alta da Fisioterapia:** pacientes que já receberam orientações de cuidados com a mama e com os membros superiores e que foram encaminhadas a realizar agendamento no Ambulatório de seguimento da Fisioterapia de mama. Pacientes que estejam respirando em ar ambiente; deambulando e realizando suas atividades funcionais ou que receberão alta hospitalar no dia e já receberam orientações da Fisioterapia.

Profissionais responsáveis:

Daniela Chaves Machado – CREFITO 3/14.1745-F | RF 822.135.9

Adriana Vieira Rodrigues – CREFITO 3/156.081-F | RF 818.976.5

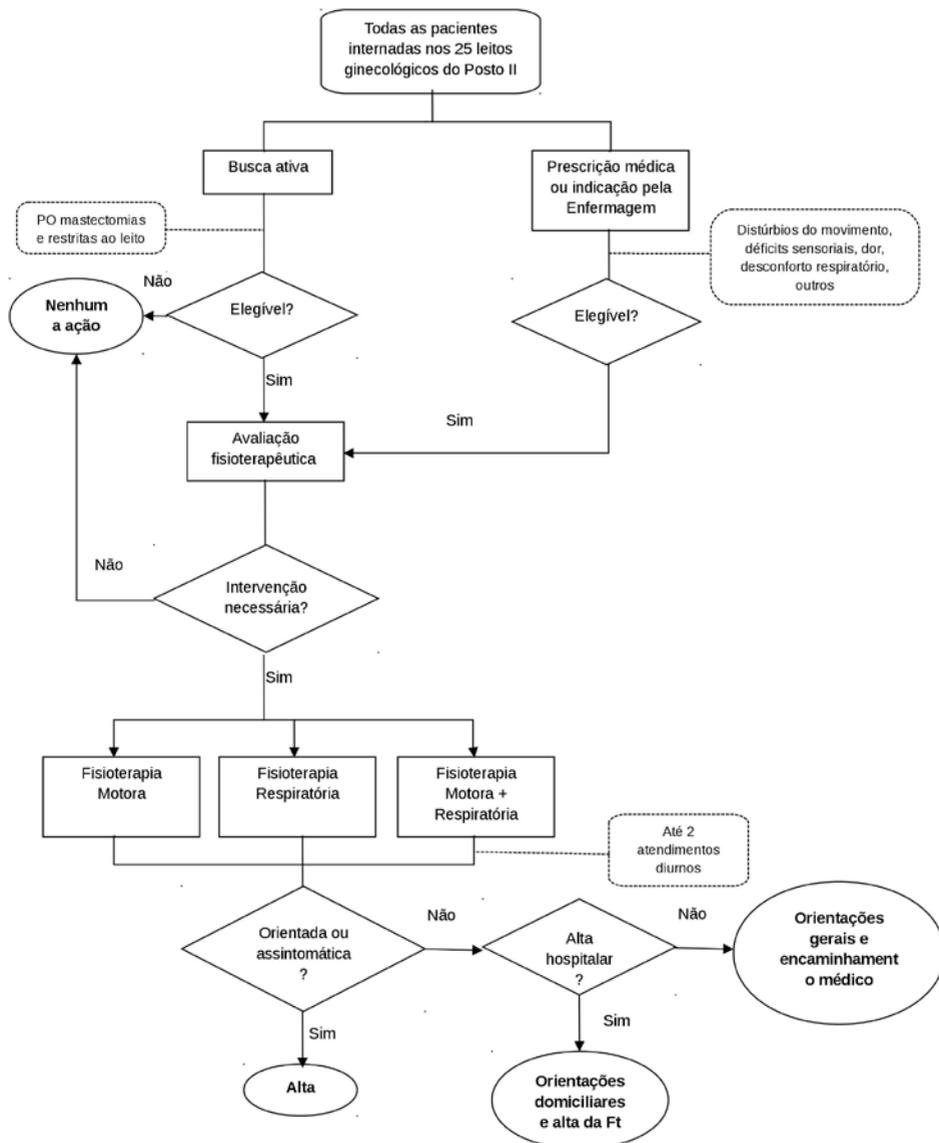
Karla Cristiane Bastos Mello – Fisioterapeuta – CREFITO 3/90016-F | RF 818.686.3

Coordenação:

Gláucia Aparecida dos Reis – CREFITO-3/5892-F | RF 612.241.8



Fluxograma do Serviço de Fisioterapia na Enfermaria Ginecológica/Cirúrgica Adulto







11. ROTINAS DO SERVIÇO DE FISIOTERAPIA NA UNIDADE NEONATAL

- **População alvo:** pacientes internados na Unidade Neonatal (UTIN, UCINCO, UCINCA e semi-intensiva II).

Entrará na rotina de procedimentos de Fisioterapia sistematizada o recém-nascido pré-termo (RNPT) com mais de 24 horas de vida (de acordo com o protocolo de manipulação mínima, salvo os casos com prescrição médica), os de termo ou pós-termo, em tempo oportuno, que apresentem enfermidades ou disfunções respiratórias/motoras.

- **Crítérios de elegibilidade:** o fisioterapeuta realiza busca ativa dos casos elegíveis para receber atendimento ou atende a solicitação médica ou da enfermagem para avaliação fisioterapêutica.

O atendimento de Fisioterapia pneumofuncional é eletivo, de caráter preventivo e/ou profilático, curativo ou de reabilitação. Será realizado de forma individual e cautelosa.

Conforme as circunstâncias observadas no RN há a necessidade de modificações e reavaliação do tratamento, chegando até mesmo à suspensão de alguns procedimentos.

O RN deve ser visto e avaliado globalmente e o fisioterapeuta deve estar atento não somente às intercorrências clínicas (pulmonares e neurológicas), mas também aos efeitos estressantes do ambiente e da rotina em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

- **Procedimentos clínicos:**

- Recepcionar o RN na Unidade em conjunto com a equipe multidisciplinar de assistência, instalando o(s) dispositivo(s) de Oxigenioterapia prescrito pela equipe médica;
- *Checklist* dos ventiladores mecânicos e dos circuitos;
- Interface com a gasoterapia e enfermagem;
- Treinamento continuado em ventilação mecânica;
- Avaliação fisioterapêutica e aplicação dos critérios de elegibilidade para o atendimento de Fisioterapia;
- Atividades assistenciais de Fisioterapia respiratória e motora;



- Montagem do ventilador mecânico em conjunto com a enfermagem;
- Monitorização e adequação da ventilação mecânica e/ou oxigenioterapia;
- Avaliação e manutenção da fixação da COT em conjunto com a equipe de enfermagem;
- Auxílio a equipe médica em situações de emergência;
- Adequação do posicionamento no leito e da organização motora do paciente;
- Prevenção de complicações relacionadas à síndrome do imobilismo;
- Evolução dos atendimentos em prontuário e atualização do censo de Fisioterapia diariamente.

• **Duração do atendimento e periodicidade:** serão definidas pelo fisioterapeuta de acordo com a(s) especificidade(s) de cada paciente, procurando respeitar o protocolo de manipulação mínima e os horários das dietas, não excedendo 15 minutos, para evitar distúrbios iatrogênicos.

O RN deverá ser assistido no mínimo 2 vezes no turno de 12 horas diurno e 1 ou 2 vezes no turno de 12 horas noturno, dentro dos seguintes períodos: das 8h30 às 11h30, das 14h30 às 17h30, das 20h30 às 23h30 podendo ser estendido até o início da madrugada e, finalmente, o das 4h30 às 6h30 (madrugada) deverão ser priorizados os pacientes intubados, hipersecretivos e/ou com predisposição a formação de rolhas na cânula orotraqueal (COT) e traqueostomizados.

• **Recursos humanos:** fisioterapeutas plantonistas alocados nas UTI designado para o atendimento na UTIN (predeterminados por escala), residentes de fisioterapia sob supervisão do plantonista, sendo que os profissionais poderão estar acompanhados de estagiários de Fisioterapia do HMEC.

• **Crêterios de alta da fisioterapia:** ocorre de forma individual, tendo como base a reversão da doença ou condição que tornou necessária a intervenção fisioterapêutica.

• **Condutas multiprofissionais:** são condutas que tanto o fisioterapeuta como outros profissionais de saúde da equipe neonatal podem realizar:



- Aspiração de COT, VAS e traqueostomia;
- Montagem do aparelho de VM e troca do circuito;
- Verificação dos parâmetros, circuitos e copos dos reservatórios do aparelho de VM;
- Verificação e complementação do nível de água do umidificador;
- Adaptar parâmetros de ventilação;
- Troca e verificação da fixação da COT;
- Cuidados com a Prong Nasal;
- Monitorar os níveis de saturação periférica de O₂ e da frequência cardíaca, através da oximetria de pulso e o estado clínico, hemodinâmico e ventilatório do RN, analisando e discutindo com a equipe médica os exames laboratoriais e de imagens.

Profissionais responsáveis:

Cláudio de Souza Teixeira – CREFITO-3/8693-F | RF 628.067.6

Paula Descio Molina Pessôa – CREFITO-3/108.371-F | RF 818.629.8

Giselle C. Werneck Lopes – CREFITO-3/46.059-F | RF 820.296.6

Coordenação:

Gláucia Aparecida dos Reis – CREFITO-3/5892-F | RF 612.241.8





FONOAUDIOLOGIA





ROTINA DE ATENDIMENTO DO SERVIÇO DE FONOAUDIOLOGIA

Objetivos do trabalho Fonoaudiológico:

- Estimular o vínculo pais-bebê;
- Incentivo ao Aleitamento Materno;
- Estímulo sensorio-motor-oral e adaptação da alimentação por via oral em RN pré-termo;
- Estímulo sensorio-motor-oral e adaptação da alimentação em casos em que patologias dificultem a alimentação por via oral;
- Orientar a mãe, auxiliando-a a ficar segura no processo de alimentação de seu bebê.
- Orientar cada díade mãe- bebê, considerando seu momento biopsicoemocional e sua individualidade, inserida num contexto econômico e sócio-cultural.

A. LOCAIS DE ATUAÇÃO:

1. UNIDADE NEONATAL

1.1. ASPECTOSGERAIS

- Avaliação fonoaudiológica e atendimento a RN pré-termo e/ou com patologias que dificultem a alimentação, tais como: fissura lábio palatino, neuropatias, seqüência de Pierre Robin, seqüência de Moëbius, síndrome de Down e outras. São utilizadas técnicas de estimulação oral e global específicas, conforme a necessidade de cada caso;
- Orientações individuais aos pais;
- Orientações à Equipe da Unidade Neonatal;
- Orientações sobre aleitamento materno;



- Método Mãe-Canguru: orientações aos pais que participam do Método, estimulação do vínculo pais-bebê e acompanhamento do desenvolvimento dos bebês.
- Acolhimento aos Pais: orientações individuais e em grupo (Grupo multidisciplinar de apoio) aos pais durante o período de internação dos bebês; reuniões com a equipe multidisciplinar para discussão de casos; orientações aos pais sobre a alta hospitalar (Grupo de Alta). A atuação em equipe multidisciplinar (Fonoaudiologia, Psicologia e Terapia Ocupacional), na ocasião da alta do RN, visando esclarecer as dúvidas sobre o aleitamento materno exclusivo ou não, cuidados com a adaptação do bebê em casa (higiene, períodos de sono/vigília, visitas), além de orientações para o retorno ao ambulatório de baixo-peso/ RN pré-termo nos dias subsequentes.

1.2. MOMENTO EM QUE O FONOAUDIÓLOGO PODE INICIAR O TRABALHO COM O RN NA UTIN (Unidade de Terapia Intensiva Neonatal), UCINCO (Unidade Convencional) ou UCINCA (Unidade Canguru)

- Indicação médica;
- O RN deve apresentar estabilidade clínica;
- Respiração espontânea, sem o auxílio de VM, CPAP, halo;
- Peso acima de 1500 gramas e curva de peso ascendente.

1.3. A ALIMENTAÇÃO DO RN PRÉ-TERMO: TRANSIÇÃO DA ALIMENTAÇÃO POR SONDA PARA VIA ORAL

A alimentação é um processo que abrange vários aspectos, como estados de alerta, aprendizado, desenvolvimento motor e neurológico, interação com a mãe ou a pessoa que alimenta o bebê e maturação fisiológica do sistema oro-motor.

O trabalho de estimulação oral e de alimentação desenvolvido por fonoaudiólogos é uma das maneiras de favorecer o equilíbrio e melhor desenvolvimento do bebê pré-termo que apresenta dificuldade na sucção nutritiva, porém sempre respeitando seu grau de maturação neurológica.



Alguns fatores podem dificultar a alimentação do recém-nascido pré-termo como: o uso prolongado de tubos endotraqueais causando hiperextensão de cabeça e pescoço, aumento do tônus na cintura escapular e conseqüente elevação de ombros; hipersensibilidade da cavidade oral; desorganização dos padrões de sucção e deglutição; uso de sondas oro nasogástricas que desorganizam o mecanismo oral de alimentação; alta incidência de problemas respiratórios que levam a uma incoordenação da sucção/deglutição/respiração; imaturidade do Sistema Nervoso Central, que causa dificuldade para organizar e integrar movimentos de alimentação por via oral, levando à fadiga, à alimentação por via oral ineficiente e o bebê pode dormir para reduzir a sobrecarga sensorial; habilidades oromotoras diminuídas; e ciclo de fome e sede pouco estabelecido. Assim, muitas vezes o bebê prematuro necessita do uso de sonda para ser alimentado (GARZI e CERRUTI,2003).

O trabalho de estimulação oral visando a alimentação eficiente deve ser iniciado com o recém-nascido que apresenta quadro clínico estável, respiração espontânea e curva ascendente de peso. Alguns critérios podem ser utilizados como parâmetros para uma alimentação por via oral eficiente e retirada da sonda para alimentação: idade pós-concepcional ao redor de 34 semanas, porém nunca como indicador isolado; presença de massa de tecido adiposo no músculo masseter; padrão respiratório eupneico; ritmo de mamada por via oral adequado, isto é, o recém-nascido faz pausas e coordena sucção/deglutição/respiração; postura corporal adequada durante a alimentação, isto é, posição de enrolamento (flexão fisiológica do RN); aceitação de todo o volume prescrito por via oral e ganho de peso (CERRUTI, SILVEIRA e SASS, 2006). (Anexo1)

A retirada precoce da sonda para alimentação faz com que o recém-nascido tenha um gasto energético maior, corra maior risco de aspiração da dieta, fadigando-se com facilidade, o que faz com que a internação seja mais prolongada.

O trabalho com a alimentação do RN pré-termo pode ser realizado na ausência ou preferencialmente na presença da mãe. Algumas técnicas podem ser utilizadas (estimulação da sucção não nutritiva; sonda-dedo; translactação) conforme a necessidade de cada caso. Quando a mãe não puder amamentar, ou em casos de não adaptação ao uso do copo e impossibilidade de aleitamento materno exclusivo ou ainda, em casos de patologias que dificultem o processo de alimentação, haverá indicação do uso de mamadeira.

• Na Ausência da Mãe*

Se a mãe não está presente no horário da mamada, as seguintes condutas podem ser prescritas:

✓ **Dieta total SOG:** todo o volume da dieta prescrito deve ser infundido pela SOG.

✓ **_____ ml+ SOG:** quando é iniciado o desmame da sonda, somente parte do volume da dieta deve ser ofertada por via oral através do copo ou técnica sonda dedo ou mamadeira, conforme prescrição. O restante deve ser infundido pela SOG.

✓ **Dieta total VO:** quando o RN já apresenta coordenação entre a sucção/deglutição/respiração e aceita com segurança todo o volume prescrito por via oral (através do copo ou técnica sonda-dedo ou mamadeira, conforme prescrição).

✓ **Sonda – dedo:** técnica utilizada em RN que apresentam bom padrão de sucção em dedo enluvado, já havendo condições de receber dieta por VO, mas que não se adaptam ao copo (Figuras 1 e2).



Figura 1: Sonda nº4 acoplada ao dedo mínimo para realização da técnica sonda-dedo.



Figura 2: Alimentação do RN com realização da técnica sonda-dedo.

• Na Presença da Mãe*

Se a mãe está presente no horário da mamada, as seguintes condutas fonoaudiológicas podem ser prescritas.

- ✓ **SM + SOG concomitante:** técnica realizada em RN que ainda não apresenta padrão de sucção suficiente para permanecer em seio materno exclusivo. Sendo assim, o RN é levado ao seio materno somente para estímulo e a dieta é infundida concomitantemente pela SOG.
- ✓ **SM + ml SOG:** para RN que melhorou a sucção ao seio materno, mas não o suficiente para adquirir todo o aporte calórico necessário ou se a mãe tem baixa produção de leite. Nesses casos o complemento da mamada é realizado pela SOG.
- ✓ **SM + complemento:** técnica utilizada para RN que mantém padrão de sucção adequado ao seio materno, mas não por tempo suficiente ou se a mãe está com baixa produção de leite, sendo necessário complementar a mamada através do copo ou técnica sonda-dedo ou mamadeira, conforme prescrição. A técnica sonda-dedo pode ser ensinada para a mãe se for necessário.

✓ **Translactação:** técnica utilizada nos casos de baixa produção de leite materno ou se o RN não consegue fazer a expressão do leite do seio materno com ganho adequado de peso (Figura3).



Figura 3: Translactação - RN suga o seio materno e sonda com complemento.

OBSERVAÇÃO: o uso de SNG pode ser solicitado para que o estímulo no seio materno seja facilitado, desde que o RN apresente quadro respiratório estabilizado e mediante prescrição do neonatologista.

A alta hospitalar precoce do recém-nascido com a mãe que não esteja segura na situação de alimentação aumenta a possibilidade de intercorrências em casa durante a alimentação, o que muitas vezes determina a reinternação do bebê. Assim, é fundamental que a mãe participe do trabalho fonoaudiológico recebendo orientações para alimentar com segurança seu bebê.

A avaliação e evolução dos casos é descrita em impresso próprio (Anexo 2).



2. ALOJAMENTO CONJUNTO

- Atendimento de casos com dificuldades de amamentação de origem sensório-motora-oral específicas da área fonoaudiológica.
- Participação em grupo de orientação e apoio ao aleitamento materno, realizados no setor, em parceria com a equipe de enfermagem.
- A solicitação para avaliação fonoaudiológica é feita pelo pediatra, quando a equipe do setor não conseguir solucionar a dificuldade apresentada.
- A avaliação e evolução dos casos é descrita em impresso próprio (Anexo 3).

3. AMBULATÓRIO

- Orientações em grupo e/ou individuais a pais e bebês que frequentam a 3ª. Etapa do Método Mãe-Canguru (Ambulatório de Baixo Peso e RN Pré-termo) orientação em relação ao aleitamento materno, alimentação complementar oportuna, estimular o desenvolvimento de hábitos orais adequados, bem como da função mastigatória e da alimentação, segundo a evolução de cada bebê, além de orientações pertinentes à comunicação verbal e não verbal e desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM).
- Orientações relativas a casos que apresentem dificuldades no Aleitamento Materno, visando prevenir o desmame precoce, estimular o desenvolvimento de hábitos orais adequados, bem como da função mastigatória e da alimentação, segundo a evolução de cada bebê, além de orientações pertinentes à comunicação verbal e não verbal e DNPM.
- Encaminhamentos a outros serviços, quando necessário, como APAE, serviços de atendimento de Fonoaudiologia, entre outros.
- A avaliação e evolução dos casos é descrita em impresso próprio (Anexo 3).



B. PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DO FRÊNULO LINGUAL EM BEBÊS – “TESTE DA LINGUINHA”

- Em cumprimento à Lei 13.002/2014 de 20/06/2014, o Protocolo de Avaliação do Frênulo Lingual em Bebês, a avaliação completa será realizada pela equipe de Fonoaudiologia a partir de solicitação médica na Unidade Neonatal ou no Alojamento Conjunto. A inspeção anatomofisiológica é feita pelos neonatologistas e registrada no Resumo de Alta do RN. Os casos que resultam em dificuldade de amamentação deverão ser reavaliados em Ambulatório. Esclarecimentos sobre as possíveis consequências para o desenvolvimento da amamentação, fala e do sistema orofacial serão dados aos pais sempre que se observar frênulo lingual curto /ou anteriorizado.
- Os casos em que for sugerida a frenotomia serão discutidos com equipe médica.
- Serão realizadas orientações sobre o procedimento e conduta com acolhimento de todas as dúvidas e inseguranças, fornecendo apoio principalmente ao aleitamento materno.
- A avaliação será registrada em prontuário e no Resumo de Alta do paciente.

C. TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL UNIVERSAL (TANU)

A TANU é realizada por Serviço de Fonoaudiologia terceirizado. Todos os RN, antes da alta hospitalar, realizam triagem auditiva com Emissões Otoacústicas (EOA). Quando há falha, é realizada também a triagem com Potencial Evocado Auditivo do Tronco Encefálico (PEATE). O RN que apresenta algum indicador de risco para deficiência auditiva (Anexo 4) realiza a triagem auditiva com EOA e PEATE. São encaminhados para o serviço de referência os casos que necessitam diagnóstico audiológico e acompanhamento.

D. PROCEDIMENTOS PARA O CORRETO PREENCHIMENTO DAS FOLHAS DE PRONTUÁRIO

O profissional fonoaudiólogo deverá preencher as folhas de evolução (Anexos 2 e 3) sempre com caneta azul e letra legível. Anotar dia e



horário do atendimento respeitando a ordem cronológica dos mesmos, assinar e carimbar, preencher os dados de identificação do RN, assim como todos os campos constantes na folha de registro de atendimento e por final, sempre arquivá-las no prontuário do paciente.

Fonoaudiólogos: Vera Quaglia Cerruti, Maria Ângela Hirai, Cláudia Brandão Onaga, Ana Paula Cuozzo Cardoso, Amabile Schunck Polezein Del Vecchio, Cintia Kotomi Tanaka, Joseli Neves Di Pardi Giovanetti, Fernanda Vaccari Bristoti, Claudia Regina Viduedo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cerruti, VQ, Silveira, MRF e Sass, N. Hipertensão arterial na gestação e aleitamento materno. In: SASS, N, CAMANO, L e MORNON, AF, organizadores. Hipertensão arterial e nefropatias na gravidez. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.p.314-28.
2. Garzi R, Cerruti VQ. Importância da adequada respiração no processo de alimentação do recém-nascido pré-termo: relato de caso. Rev. CEFAC. 2003;5:63-67.
3. *Adaptação – Condutas Fonoaudiológicas – Centro Hospitalar Municipal de Santo André.



ANEXO 1

AVALIAÇÃO DA PRONTIDÃO PARA A MAMADA POR VIA ORAL

ALIMENTAÇÃO EXCLUSIVA POR VO	ALIMENTAÇÃO POR SONDA
RN com padrão respiratório estável	RN com padrão respiratório instável (por ex. cianose durante a mamada porvo)
RN mantém estado de alerta durante a mamada	RN sonolento durante a maior parte das mamadas
Ritmo de mamada e coordenação sucção/deglutição/respiração adequados (grupos de sucção + deglute + respira)	Ritmo de mamada inadequado e incoordenação sucção/deglutição/respiração (por ex. não faz pausas para respirar na mamada porvo)
Posição de enrolamento (flexão fisiológica do RN com mmss e mmii em direção à linha média do corpo e mãos fechadas)	RN hipotônico e em extensão durante a mamada porvo
Idade pós-concepcional acima de 34 sem. e peso acima de 1600g (ou conforme avaliação fonoaudiológica)	Idade pós-concepcional abaixo de 34 sem. e peso abaixo de 1600g (ou conforme avaliação fonoaudiológica)
Massa de tecido adiposo no masseter (estabilidade de bochechas e mandíbula)	Falta de tecido adiposo no masseter (instabilidade de bochechas e mandíbula)



ANEXO 3

 <p>PREFEITURA DE SÃO PAULO SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE HOSPITAL MUNICIPAL E MATERNIDADE ESCOLA DR. MÁRIO DE MORAES ALTENFELDER SILVA Vila Nova Cachoeirinha</p> 	ETIQUETA		
	Prontuário: _____	Nome: _____	_____
	Mãe: _____	_____	
	CNS: _____	_____	
	SIS pré-natal: _____	_____	
	Setor: _____	Enfermaria: _____ Leito: _____	

ATENDIMENTO - FONOAUDIOLOGIA

Nome e Conselho de Classe (ou Carimbo)
Assinatura do Fonoaudiólogo

Atendimento - Fonoaudiologia - frente - Cód. P.169 A



ANEXO 4

INDICADORES DE RISCO PARA DEFICIÊNCIA AUDITIVA: (Joint Comitee on Infant Hearing, 1994 e 2000)

Aspectos relativos ao RN:

- UTI Neonatal por um período > ou = a 48 horas
- PIG ou PN < 1500 gramas
- Uso de ototóxico por mais de 5 dias
- Incubadora por mais de 7 dias
- Asfixia severa ao nascimento, com Apgar entre 0 e 3
- VM por mais de 10 dias
- Meningite, principalmente a bacteriana
- Hiperbilirrubinemia com índices que indiquem exangineotransfusão
- Antecedentes familiares de deficiência auditiva
- Infecções congênitas suspeitadas ou confirmadas por meio de exame sorológico ou clínico (TORSCH)
- Anomalias craniofaciais, incluindo anormalidades morfológicas do pavilhão auricular e canal auditivo





PSICOLOGIA





SERVIÇO DE PSICOLOGIA HOSPITALAR

Os aspectos emocionais de um indivíduo influenciam e direcionam a forma como ele irá reagir às experiências de sua vida e os tipos de relacionamento que irá estabelecer.

O trabalho do psicólogo hospitalar consiste em avaliar como as características individuais do paciente, seu passado e/ou momento atual estão repercutindo na relação dele com a doença, com a situação de uma internação ou simplesmente a uma situação de saúde. Esse profissional também ajudará o sujeito a detectar os recursos emocionais de que dispõe e a mobilizar tais recursos, no sentido de construir respostas à situação e melhorar seu estado emocional.

O Serviço é responsável pela avaliação e pelo acompanhamento psicológico de usuários do SUS, aqui denominados pacientes, em todos os espaços assistenciais - Internação, Ambulatório, Unidade de Emergência, Centro Cirúrgico e Obstétrico e UTI. Ele é coordenado por um psicólogo hospitalar, diretamente subordinado ao Coordenador dos Serviços Técnicos Multidisciplinares, ligado à Gerência Assistencial do Hospital.

1. ATRIBUIÇÕES DO PSICÓLOGO

- Atuar por meio de intervenções que visem a reduzir o sofrimento humano, levando-se em conta sua subjetividade, realidade objetiva, questões socioeconômicas, ambientais e culturais, na perspectiva da promoção, prevenção, diagnóstico e recuperação da saúde.
- Integrar equipes multidisciplinares, definindo sua intervenção a partir da identificação e compreensão de aspectos psicossociais que interferem na saúde dos indivíduos.
- Estabelecer, com a equipe multidisciplinar, estratégias intersetoriais de intervenção.
- Elaborar documento escrito a partir do atendimento da paciente e/ou de discussão de caso, seja na forma de Evolução em prontuário, seja como Relatório Psicológico.
- Atuar em programas de pesquisa, treinamento e desenvolvimento de Políticas de Saúde, participando de sua elaboração, coordenação, implementação e supervisão.



- Articular e sistematizar a experiência profissional do Psicólogo da Secretaria Municipal de Saúde, visando à produção e à renovação do conhecimento científico na área. Divulgar os conhecimentos produzidos por meio de publicações e apresentações científicas.

2. ROTINA DE ATENDIMENTO DO SERVIÇO DE PSICOLOGIA HOSPITALAR

2.1. Fluxo

• Interno:

Pacientes que estão em acompanhamento na Instituição, encaminhadas por algum profissional da equipe assistencial ou atendimento na rotina do Serviço.

Pacientes por demanda própria.

Funcionários – é realizado um trabalho de acolhimento, sensibilização para seguimento em outra instituição ou, eventualmente, terapia breve.

O atendimento de pacientes usuárias de drogas tem aumentado muito nos últimos anos. A grande maioria demonstra possuir uma estrutura familiar de retaguarda e aparenta ter condições de se auto cuidar e de cuidar do recém-nascido. Porém, há casos em que a vulnerabilidade está mais acentuada e é preciso uma avaliação mais cuidadosa pela equipe dessas condições da paciente/família. Foi necessário criar uma rotina de atendimento integral que levasse em conta os direitos da mãe de estar com seu bebê e ao mesmo tempo os direitos do recém-nascido de ter salvaguardadas sua integridade e sua convivência em um lar adequado e afetivo. Esta rotina, baseada no acolhimento digno, na integralidade da assistência, na valorização dos diversos saberes multiprofissionais, na discussão de equipe, inclui: busca ativa das puérperas no Alojamento Conjunto ou Enfermaria de Adulto e Hospital Dia; atendimento; discussão em equipe (dos psicólogos com as assistentes sociais e demais profissionais da assistência); se for o caso, contato com a família, matriciamento com a rede social e de saúde; se necessário, discussão com o Conselho Tutelar e eventual encaminhamento de relatório psicológico por meio de ofício assinado pela Diretoria da Instituição; acompanhamento do caso até a alta hospitalar da puérpera e do bebê.



Atendimento a Mulheres Vítimas de Violência Sexual - Vide Atendimento da Psicologia no Manual do Programa de Atenção à Violência Sexual.

• **Externo:**

Pacientes do Ambulatório- raramente são atendidos casos de pacientes sem vínculo com o atendimento médico na Instituição. Caso ocorra este atendimento, ele se dará como acolhimento ou como sensibilização para seguimento em outra instituição.

2.2. Acompanhamento Psicológico

Por meio de escuta qualificada, busca favorecer a elaboração de questões emocionais e cognitivas do contexto atual da pessoa, associadas à situação atual. Por meio de técnicas terapêuticas, também tem como objetivo a promoção da autoestima, a capacidade de autocuidado, a conscientização da necessidade e da importância do tratamento e a qualidade de vida. Em alguns momentos, é necessária avaliação e intervenção em situações emergenciais, como por exemplo, ansiedade ou angústia diante de diagnóstico clínico, realização de exames, internação hospitalar, tratamento clínico ou cirúrgico.

Atendimento do Familiar: envolvimento do familiar no apoio à proposta terapêutica do paciente em atendimento na Instituição. Suporte psicológico a familiares emocionalmente fragilizados.

O atendimento dos casos abrange a discussão em equipe.

2.2.1. Individual: Pacientes ambulatoriais ou internados.

• **Acompanhamento na Rotina do Serviço**

• **Interconsulta:** a partir do pedido de atendimento psicológico, inicia-se a rotina com a discussão clínica com o profissional solicitante, visando esclarecer a situação da paciente e atuar terapeuticamente.

• **Psicoterapia Breve¹:** nesta modalidade de atendimento há dois elementos constitutivos: *limite de tempo* e a *presença de um foco* ligado à angústia que mobiliza o paciente a se consultar.



2.2.2. Grupos Educativos/Terapêuticos

2.3. Atuação nas Unidades Assistenciais

2.3.1. Unidade de Internação: Alojamento Conjunto; Enfermaria de Adulto e Hospital Dia (Serviço de Oncologia; Clínica Ginecológica; pacientes com perda fetal); Casa da Gestante de Alto Risco e Unidade Neonatal.

2.3.2. Unidade de Emergência: PSO (atendimento individual em sistema de Interconsulta); Pré-Parto e UTI.

2.3.3. Unidade de Ambulatório

- Atendimento individual - rotina, por agendamento ou em sistema de interconsulta.
- Atendimento em grupo:
- Agendado: Gestante Adolescente; Planejamento Reprodutivo; Pré-natal de Hipertensas; Uroginecologia.
- Sala de Espera: Gestante DST-AIDS.

2.4. Referências para Registro em Prontuário

Todo atendimento psicológico e/ou discussão de caso deve ser registrado em prontuário. Tecnicamente, este registro segue a Resolução do CFP 007/2003². Aqui enfatizamos a linguagem clara, concisa, cuidadosa quanto ao sigilo, e o texto, isento de preconceções, com foco na questão abordada no atendimento. No âmbito da Instituição, deve obedecer à padronização de registro em prontuário da Maternidade Cachoeirinha, a saber: folha padronizada (Anexos 2, 3 e 4), identificação da paciente por escrito ou com a etiqueta adesiva (nome completo e Registro Hospitalar), data, assinatura, preferencialmente carimbada ou sobreposta ao nome completo e ao número de inscrição no Conselho de classe (Conselho Regional de Psicologia - CRP). Sempre anotar com caneta azul ou preta.



2.5. Matriciamento e Referência a Outros Serviços

- Em vários casos atendidos na Instituição, há uma integração mais ativa com a Rede, na forma de discussão de caso, via contatos por telefone; reunião com equipes da Rede; relatório de encaminhamento; visita do colega da Rede à paciente internada. Dentre os equipamentos de maior contato, destacam-se: CAPS; UBS, Conselho Tutelar; Vara da Infância; outros serviços para atendimento psicológico. O encaminhamento propriamente dito é feito por meio de relatório entregue à paciente, familiares ou contato direto com a Instituição, frequentemente em colaboração como Serviço Social.
- A equipe participa de reuniões regulares, internas ou externas, de integração com a Rede: Reunião de Gestação e Drogas (realizada na Maternidade); Reunião da Rede com a Residência Multiprofissional (realizada na Maternidade); Fórum RAPS Casa Verde-Cachoeirinha; Fórum de Cultura de Paz Casa Verde-Cachoeirinha; Reunião dos Abrigos no Fórum de Santana, entre outras reuniões e fóruns.

3. INTEGRAÇÃO NA EQUIPE

Discussão de casos, troca de experiências, uma reunião semanal com a equipe do dia, abordando temas prioritariamente técnicos e uma reunião mensal com a equipe toda com temas administrativos e da assistência.

4. CAPACITAÇÃO TÉCNICA DA EQUIPE

Leituras, supervisão, participação em cursos promovidos pela Prefeitura ou por outras entidades de renome.

5. ENSINO E PESQUISA

Seguindo as diretrizes da Instituição, a equipe participa de atividades de ensino e pesquisa. Também está inserida na:

- Residência Multiprofissional em Neonatologia - Atualmente, o Serviço tem 2 vagas anuais para psicólogos. Os residentes são supervisionados por toda a equipe no foco de formação em serviço. A Comissão de Residência Multiprofissional (COREMULTI) se reúne mensalmente.
- Comissão de Fomento à Pesquisa.



6. PARTICIPAÇÃO EM ATIVIDADES TÉCNICO-ADMINISTRATIVAS DA INSTITUIÇÃO

A equipe de Psicologia está inserida em diversas comissões, comitês e grupos de trabalho: Comissão de Óbito; Comissão de Transplantes; Comissão de Revisão de Prontuários; IHAC; Qualidade Hospitalar; GTH - Grupo de Trabalho em Humanização, entre outras.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. HEGENBERG, M. **Psicoterapia Breve**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.
2. CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Resolução 007/2003**. Manual de Elaboração de Documentos Decorrentes de Avaliações Psicológicas. Disponível em <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2003/06/resolucao2003_7.pdf>. Acesso em 31/ago/15.



ANEXO 1

Manual de Relatório Psicológico²

O relatório ou laudo psicológico é uma apresentação descritiva acerca de situações e/ou condições psicológicas e suas determinações históricas, sociais, políticas e culturais, pesquisadas no processo de avaliação psicológica. Como todo documento, deve ser subsidiado em dados colhidos e analisados, à luz de um instrumental técnico (entrevistas, dinâmicas, testes psicológicos, observação, exame psíquico, intervenção verbal), consubstanciado em referencial técnico-filosófico e científico adotado pelo psicólogo.

A finalidade do relatório psicológico será a de apresentar os procedimentos e conclusões gerados pelo processo da avaliação psicológica. É relatado o encaminhamento, as intervenções, o diagnóstico, o prognóstico e evolução do caso, orientação e sugestão de projeto terapêutico. Caso necessário, é feita solicitação de acompanhamento psicológico, limitando-se a fornecer somente as informações necessárias relacionadas à demanda, solicitação ou petição.

Estrutura

O relatório psicológico é uma peça de natureza e valor científicos, devendo conter narrativa detalhada e didática, com clareza, precisão e harmonia, tornando-se acessível e compreensível ao destinatário. Os termos técnicos devem, portanto, estar acompanhados das explicações e/ou conceituação retiradas dos fundamentos teórico-filosóficos que os sustentam.

O relatório psicológico deve conter, no mínimo, 5 (cinco) itens: identificação, descrição da demanda, procedimento, análise e conclusão.

Identificação

O Autor/Relator – quem elabora o Relatório Psicológico, onde deverá ser colocado o nome do Psicólogo, com a respectiva Inscrição no Conselho Regional.

O Destinatário/Solicitante – a quem se destina / quem solicita o Relatório Psicológico, podendo ser a Justiça, uma empresa, entidades ou o próprio cliente.

O Assunto/Finalidade – qual a razão/finalidade do Relatório Psicológico.



(Se para acompanhamento, prorrogação de prazo para acompanhamento, se para laudos, pareceres sobre determinado fato, ou outras razões pertinentes a uma avaliação psicológica).

Descrição da demanda

Esta parte é destinada à narração das informações referentes à problemática apresentada e dos motivos, razões e expectativas que produziram o pedido do documento. Colocar o contexto da queixa e do cliente, de modo a apresentar a análise que se faz da demanda de forma a justificar o procedimento adotado.

Procedimento

A descrição do procedimento apresentará os recursos e instrumentos técnicos utilizados para coletar as informações (número de encontros, pessoas ouvidas, entrevista, observação clínica, consulta ao prontuário, discussão na equipe, teste, dinâmicas, intervenção verbal; contatos com recursos externos), à luz do referencial teórico-filosófico que os embasa. O procedimento adotado deve ser pertinente para avaliar a complexidade do que está sendo demandado.

Análise

É a parte do documento na qual o psicólogo faz uma exposição descritiva de forma metódica, objetiva e fiel dos dados colhidos e das situações vividas relacionados à demanda em sua complexidade. Como apresentado nos princípios técnicos¹, “O processo de avaliação psicológica deve considerar que os objetos deste procedimento (as questões de ordem psicológica) têm determinações históricas, sociais, econômicas e políticas, sendo as mesmas, elementos constitutivos no processo de subjetivação. O documento, portanto, deve considerar a natureza dinâmica, não definitiva e não cristalizada do seu objeto de estudo”.

Nessa exposição, deve-se respeitar a fundamentação teórica que sustenta o instrumental técnico utilizado, bem como princípios éticos e as questões relativas ao sigilo das informações. Somente deve ser relatado o que for necessário para o esclarecimento do encaminhamento, como disposto no Código de Ética Profissional do Psicólogo.



O psicólogo, ainda nesta parte, não deve fazer afirmações sem sustentação em fatos e/ou teorias, devendo ter linguagem precisa, especialmente quando se referir a dados de natureza subjetiva, expressando-se de maneira clara e exata.

Conclusão

Na conclusão do documento, o psicólogo vai expor o resultado e/ou considerações a respeito de sua investigação a partir das referências que subsidiaram o trabalho. As considerações geradas pelo processo de avaliação psicológica devem transmitir ao solicitante a análise da demanda em sua complexidade e do processo de avaliação psicológica como um todo.

Vale ressaltar a importância de sugestões e projetos de trabalho que contemplem a complexidade das variáveis envolvidas durante todo o processo.

Após a narração conclusiva, o documento é encerrado, com indicação do local, data de emissão, assinatura do psicólogo e o seu número de inscrição no CRP.



ANEXO 2

 PREFEITURA DE SÃO PAULO SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE HOSPITAL MUNICIPAL E MATERNIDADE ESCOLA DR. MÁRIO DE MORAES ALTENFELDER SILVA Vila Nova Cachoeirinha				ETIQUETA
Prontuário: _____		Nome: _____		_____
Mão: _____		CNS: _____		_____
SIS pré-natal: _____		Setor: _____		Enfermaria: _____ Leito: _____
Atendimento Psicológico Inicial				
Data do Atendimento: _____		Setor: _____		
Psicólogo: _____		Clínica: _____		
01. Primeiro contato		Idade: _____		
Rotina _____ Solicitação de: _____				
Motivo do encam. / Queixa inicial: _____				
Receptiva ao Atendimento: _____ Sim _____ Não _____				
Contato: _____ Expressiva _____ Retraída _____ Responde sob demanda _____				
02. Funções Psíquicas				
Preservadas _____				
Alteradas _____ No quê: _____				
03. Manifestações psicológicas:				
Ambiguidade _____ Racionalização _____ Negação _____ Ideação suicida _____				
Ambivalência _____ Projeção _____ Somatização _____ Formação reativa _____				
Onipotência _____ Desamparo _____ Afetividade dissociada _____				
Culpa _____ Impotência _____ Afetividade preservada _____				
04. Reações emocionais:				
Otimismo _____ Insegurança _____ Frustração _____ Ansiedade _____ Euforia _____				
Tranquilidade _____ Tristeza _____ Medo Real _____ Agitação _____ Agressividade _____				
Aceitação _____ Passividade _____ Medo Fantasiado _____				
_____ Indiferença _____ Humor depressivo _____				
05. Recursos para enfrentamento da situação atual:				
Internos: _____ auto-estima _____ compreensão _____ maturidade _____ elaboração _____				
_____ Religiosidade/Espiritualidade _____				
_____ Família _____ Amigos/Vizinhos _____ Comunidade religiosa _____				
_____ Serviços de Saúde: _____				
Outros Recursos: _____				
06. Relação com o Bebê:				
Não se aplica: _____ Gestante _____ Bebê no AC _____ Bebê no Berçário _____				
Adequada _____ Inadequada _____ Ansiosa _____ Participativa _____				
Tolerante _____ Intolerante _____ Indiferente _____ Segura _____ Insegura _____				
Afetuosa _____ Apática _____				
07. Medicações Psiquiátricas ou Neurológicas				
Sim _____ Há quanto tempo? _____ Não _____				
Qual/Quais: _____				
08. Referência a Uso de Substâncias Psico-Ativas				
Não referiu _____ Uso ocasional _____ Uso Abusivo _____ Dependência _____				
Sim, quem informou: _____				
Qual/Quais: _____				

Atendimento Psicológico Inicial - Cód P 202A



09. Relação com a equipe de saúde:	
___ Satisfatória ___ Regular ___ Insatisfatória	
Observações:	
10. Encaminhamento:	
___ Sem demanda para acompanhamento psicológico no momento:	
___ Acompanhamento psicológico de apoio:	
___ Orientação à família:	
___ Discussão com a equipe:	
___ Encaminhamento para outros profissionais/serviços:	
11. Evolução	
	OBS.: Profissional deve se identificar com carimbo, número do Conselho de Classe e assinar.

Atendimento Psicológico Inicial - Cód P 202A



SERVIÇO SOCIAL





1. INTRODUÇÃO

O Serviço Social, como profissão legitimada socialmente, atua de forma interventiva nas diversas interfaces da questão social e suas particularidades. Por ser um profissional que está na base executiva de serviços sociais, programas, projetos e políticas, tem o desafio de desvendar a realidade experimentada pelos sujeitos sociais na atual conjuntura, marcada por um lado pela legitimação de direitos constituídos historicamente e garantidos por lei, e, por outro, pela desresponsabilização do Estado diante da garantia e efetivação destes.

As particularidades da questão social representam a crise da contemporaneidade com o agravamento das múltiplas expressões que as desigualdades assumem na atualidade acarretando uma crescente demanda de serviços sociais, a diminuição de recursos, a restrição do acesso a direitos, a seletividade das políticas públicas, enfim, materializando a exclusão social, econômica, política e cultural que exige do profissional de Serviço Social novas formas de mediação e estratégias de resistência e defesa da vida cotidiana.

Estas novas estratégias exigem não somente o aperfeiçoamento técnico-operativo, mas também a apropriação da base teórico-metodológica e o reconhecimento da dimensão política da profissão, posto que o mercado de trabalho demanda, além de um executor terminal, um profissional prepositivo que participe ativamente na formulação e gestão de políticas públicas, o que requer o questionamento crítico e a ruptura com a atividade burocrática e rotineira.

Com este perfil profissional e com uma formação acadêmica generalista, o assistente social é requisitado a atuar em vários seguimentos, sejam estes de caráter público ou privado. Atualmente, o Setor que compreende maior empregabilidade para este profissional é a Saúde que, juntamente com a Previdência e a Assistência Social, compõem no cenário brasileiro o sistema de Seguridade Social.

A Saúde, na atualidade, representa um direito de caráter universal e não contributivo garantido constitucionalmente como dever do Estado. Isto se deu após um longo movimento de legitimação que culminou com a Reforma Sanitarista e a VIII Conferência Nacional de Saúde realizada em março de 1986.



Neste processo de participação e pressão social, temos constituída em 1990 a Lei 8080 que regulamenta o Sistema de Saúde Brasileiro e reforça legalmente a conquista deste direito.

O Serviço Social na Saúde contribui de forma interventiva para a garantia e efetivação do acesso e concretização deste direito, considerando a intersetorialidade desta Política como preconiza o Artigo 3º da Lei 8080/1990:

A saúde abrange todos os aspectos que podem interferir no bem estar de um individuo, não apenas no corpo físico, mas biopsicossocial. “A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.” (Brasil, 1990).

Torna-se nítida no atendimento diário ao usuário, a necessidade de profissionais qualificados de diversas áreas que, juntos, formam a Equipe Multiprofissional. A equipe é hoje uma realidade indispensável e necessária em todos os espaços onde se praticam ações que visam melhorar a qualidade da saúde e de vida das populações.

É vasta a discussão, tanto nos centros de representação profissional, quanto no meio acadêmico, sobre quais são as atribuições do assistente social na Saúde. Apesar de a profissão ser regulamentada pela Lei Federal 8662/1993, que dispõe sobre as competências e atribuições privativas deste profissional, o caráter histórico-dialético da profissão não possibilita um roteiro estático de atividades a serem desenvolvidas e implementadas. Este caráter dinâmico requer um olhar atento e crítico para a realidade e suas materializações objetivas e subjetivas, porém, acarreta conflitos na correlação de forças que permeiam o agir profissional, uma vez que o este é requisitado a executar tarefas que não são de sua competência específica.

As demandas dos usuários dos serviços de saúde que são apresentadas aos profissionais de Serviço Social muitas vezes vão além do processo de adoecimento. Principalmente no que tange à saúde da mulher.

Como nosso lócus de atuação é um Hospital de Atenção Integral a Saúde da Mulher, a questão de gênero permeia e acentua a atuação profissional. Sabe-se que, na atualidade, a maioria das famílias brasileiras é chefiada por mulheres que, no processo histórico de constituição de um país de caráter patriarcal e machista, assumem postos insalubres, recebem



salários inferiores e, em sua grande maioria, estão no mercado informal de trabalho.

A postura profissional deve considerar o caráter propositivo frente às demandas apresentadas pelas usuárias, seus familiares e pela rede de convivência comunitária. Deve-se pautar pelo Código de Ética do Serviço Social, garantindo a autonomia humana e o acesso às informações necessárias sobre a doença, direitos e normas institucionais.

O Serviço Social trabalha na Instituição desde sua inauguração. Ao longo desse tempo, construiu rotinas e fluxos que foram sendo adaptados conforme se fez necessário. A atuação do assistente social se dá por meio de atendimento individual ou em grupo, por rotina, busca ativa ou resposta a alguma demanda. Como profissional da Saúde, faz parte do cotidiano a discussão de trabalho na equipe e com colegas de outras categorias. A equipe de Serviço Social tem autonomia para rever fluxos e instrumentais de atuação sempre que as demandas assim exigirem, bem como encaminhar as usuárias para os profissionais que compõem equipe multiprofissional e discutir os casos que exijam atuação conjunta de outros profissionais.

Este Manual de Serviço Social não pretende ser algo finalizado ou a ser seguido sem questionamentos, mas sim, ser um norteador para futuras elucidaciones e construções do agir profissional na área da Saúde. Esta é entendida sempre como um direito a ser defendido e concretizado de forma universal, considerando-se sempre a integralidade humana além do adoecer, reforçando o compromisso ético-político com população usuária já que “[...] como categoria, lida com essas múltiplas expressões das relações sociais da vida cotidiana.” (Iamamoto: 2007, p. 40).

A seguir, apresentaremos as atribuições e o fluxo que o profissional de Serviço Social assume no atendimento nos diversos Setores do Hospital e Maternidade Escola de Vila Nova Cachoeirinha: Ambulatório, Pronto-Socorro e Internação.





2. SERVIÇO SOCIAL NO ATENDIMENTO OBSTÉTRICO: PRÉ-NATAL

A gestação é um fenômeno fisiológico e, por isso mesmo, sua evolução se dá, na maior parte dos casos, sem apresentar variações ou anormalidades. Apesar disso, há uma parcela de gestantes que, por terem características específicas ou por sofrerem algum agravo, apresenta maiores probabilidades de evolução desfavorável, tanto para o feto, como para a mãe. Essa parcela constitui o grupo chamado de “*gestantes de alto risco*”.

Por gestação de alto risco entende-se como sendo aquela na qual a vida ou a saúde da mãe e/ou do feto tem maiores chances de ser atingida por complicações do que a média das gestantes.

As necessidades de saúde do grupo de alto risco geralmente requerem técnicas mais especializadas. Ainda que alguns casos possam ser solucionados no nível primário de assistência, por meio de procedimentos simples, outros necessitarão de cuidados mais complexos, presentes nos níveis secundários e terciários, com equipes multidisciplinares constituídas por especialistas de outras áreas: enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, tendo o obstetra papel decisivo no acompanhamento e na atuação dessa equipe.

O Ministério da Saúde preconiza que, para uma assistência humanizada e de qualidade no período gravídico-puerperal, é essencial que os serviços de saúde acolham com dignidade a mulher e o recém-nascido. É fundamental que esse atendimento ocorra no início da gravidez a fim de identificar e prevenir intercorrências clínicas, cirúrgicas e obstétricas, ou seja, os principais fatores de risco tanto para a saúde materna, quanto para o feto.

No Município de São Paulo, a rede de proteção Mãe Paulistana/Rede Cegonha, implantada em 2006, visa assistir a usuária durante o período de gravidez, parto e puerpério até o primeiro ano de vida do bebê. As usuárias cadastradas neste Programa têm asseguradas consultas de pré-natal, realização de exames, referência de hospital na Região onde mora, visita à maternidade onde será realizado o parto, transporte municipal gratuito para realizar consultas e exames. Após o nascimento do bebê, é fornecido o enxoval básico e se mantém o direito ao transporte gratuito para consultas e exames até o primeiro ano de vida da criança.



A assistência integral contempla além das ações clínico-obstétricas, ações de educação em saúde nas quais as transformações nessa fase da vida da mulher devem ser entendidas num contexto de valorização dos aspectos sociais, econômicos e culturais, bem como das vivências emocionais.

Para isso é necessário que as ações educativas sejam desenvolvidas por todos os profissionais que integram a equipe da unidade de saúde e inseridas em todas as atividades que envolvam o contato do profissional de saúde e a usuária.

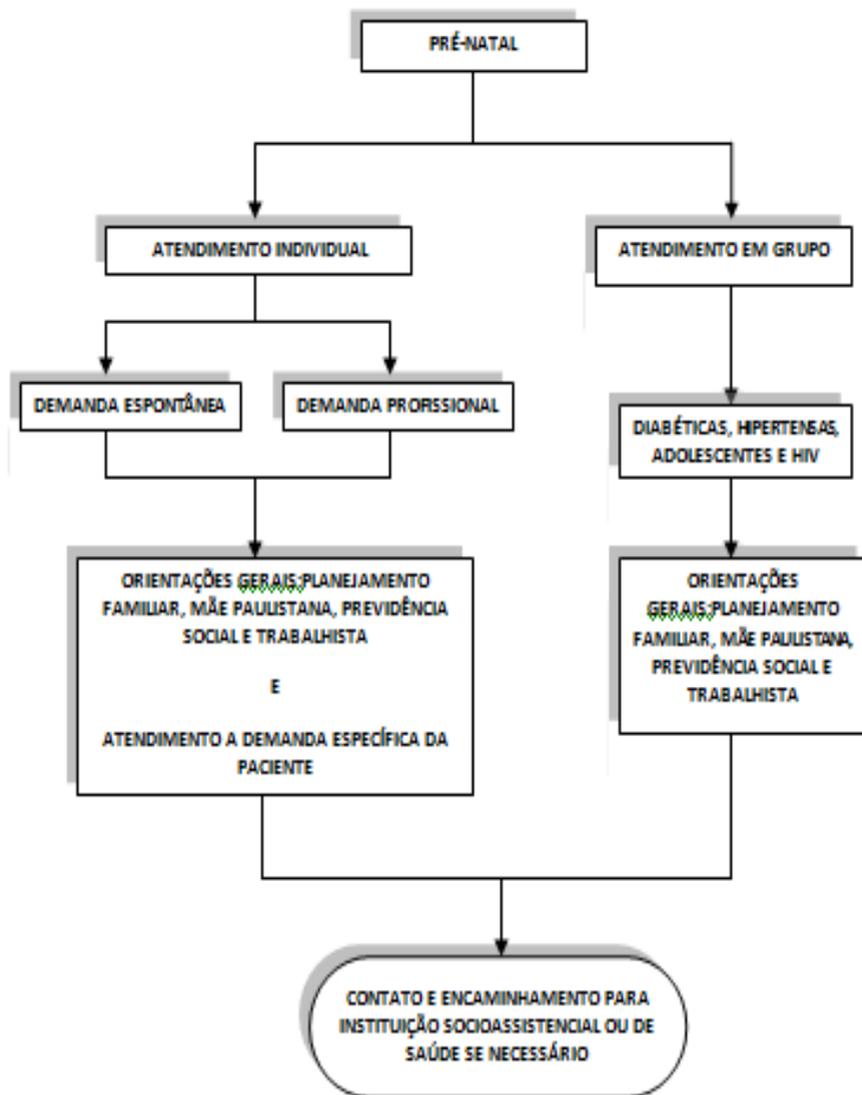
Nessa perspectiva, o Serviço Social atende as demandas da usuária e seus familiares, desenvolvendo na assistência pré-natal um trabalho educativo tanto individual, como em grupo visando estabelecer vínculos, respeitando as diversidades socioculturais, orientando-os para que possam viver um processo de gestação saudável e cientes dos direitos sociais.

Em situações de vulnerabilidade social¹, busca-se fortalecer a usuária e sua família neste enfrentamento por meio do acesso às políticas públicas. As ações desenvolvidas compreendem atendimentos individuais e grupais.

¹O conceito e vulnerabilidade que adotamos neste trabalho pauta-se no entendimento de que os aspectos que vulnerabilizam a população não se restringem à ordem econômica. Fatores como “a fragilização dos vínculos afetivo-relacionais e de pertencimento social (discriminação etária, étnica, de gênero, por deficiência...), ou vinculados à violência, ao território, à representação política entre outros, também afetam as pessoas”. Almeida (s/d)



FLUXOGRAMA DO ATENDIMENTO AO PRÉ-NATAL- SERVIÇO SOCIAL





2.1. ATENDIMENTO AMBULATORIAL À GESTANTE ADULTA

2.1.1. ATENDIMENTO INDIVIDUAL

Atendimento por livre demanda ou por encaminhamento de outro profissional.

2.1.2. GRUPO DE PRÉ-NATAL ADULTO

O Grupo de Gestante Adulto é desenvolvido por equipe multiprofissional (Serviço Social, Enfermagem e Nutrição) e está estruturado em três encontros semanais, ministrados pelos diferentes profissionais.

O Serviço Social aborda especificamente aspectos éticos, trabalhistas e previdenciários referentes às legislações vigentes: proibição da demissão sem justa causa, mudança de função quando houver risco à gestação, descanso para amamentação, licença maternidade/paternidade, auxílio-doença, reconhecimento de paternidade; os benefícios garantidos no programa municipal Mãe Paulistana/Rede Cegonha; normas e rotinas hospitalares, Planejamento Familiar/Reprodutivo². O profissional também investiga as demandas apresentadas pelos participantes, acolhe as pertinentes ao Serviço Social ou encaminha aos profissionais das diferentes áreas. Quando se trata de gestantes adolescentes, o atendimento requer um olhar e atuação diferenciados.

2.2. ATENDIMENTO AMBULATORIAL ESPECÍFICO À ADOLESCENTE GESTANTE

O trabalho multiprofissional especialmente desenvolvido para a atenção à Gestante Adolescente iniciou-se no HMEC em 1989 sob o nome de GAMA³ – Grupo de Assistência Multiprofissional à Adolescente; porém, há registros de que em 1977 já existiam profissionais que realizavam atendimento diferenciado a este público.

² No grupo, são realizadas orientações sobre fluxo de Planejamento Familiar nesta Unidade.

³ Hospital e Maternidade Escola de Vila Nova Cachoeirinha. **Grupo de Assistência Multiprofissional à Adolescente**. São Paulo, 1990.



A preocupação em estruturar este atendimento justificou-se pela demanda crescente de adolescentes atendidas pelo serviço obstétrico e ginecológico do HMEC, que, no período de novembro de 1980 a dezembro de 1982, totalizavam 20,2% dos atendimentos. Desde que o GAMA foi criado, passou por várias modificações na sua estrutura e metodologia, até o momento em que o grupo foi desestruturado por mudanças institucionais.

Recentemente, as equipes de Serviço Social e Psicologia retomaram as discussões sobre a importância de resgatar o serviço de atenção integral à adolescente gestante e sua família com a perspectiva de atendimento multiprofissional. Na sequência, outros profissionais voltaram a fazer parte desse grupo de discussão (médico, enfermeira, fisioterapeuta, nutricionista).

Nesta perspectiva, são realizados atendimentos individuais e em grupo.

2.2.1. ATENDIMENTO INDIVIDUAL

Nos atendimentos individuais às adolescentes gestantes, é utilizado como instrumental entrevista social semiestruturada, desenvolvido de modo a abranger vários aspectos da vida da adolescente: sua dinâmica familiar e individual, acesso aos meios midiáticos de comunicação, uso de drogas, situações de violência, entre outras questões que fazem parte do universo destas adolescentes.

A partir da entrevista social, é feita *análise de conjuntura* para verificar demandas expressas e ocultas.

Além desse atendimento específico, o Serviço Social responde a algumas demandas de orientações diversas das gestantes adolescentes.

2.2.2. GRUPO DE PRÉ-NATAL ADOLESCENTE

O Grupo de Gestantes Adolescentes, coordenado pela Psicologia e Serviço Social, conta com encontros nos quais a equipe multiprofissional explana sobre assuntos que auxiliarão à adolescente e sua rede familiar a vivenciar as mudanças que a gestação representa neste período do desenvolvimento humano.

No encontro em que o tema está ao cargo do Serviço Social são levantados dados sobre o perfil da adolescente: informações gestacionais, informações familiares e escolares. Após a coleta de dados, são orientados sobre direitos da gestante, tais como: Mãe Paulista/Rede



Cegonha; Licença Maternidade; Licença Paternidade; Certidão de Nascimento; Teste do Pezinho; Parto Humanizado. Também são abordadas as rotinas hospitalares da Maternidade e os serviços oferecidos durante o Pré-Natal: Visita à Maternidade, Grupos de Gestantes, Apoio Psicológico e Nutricional, dentre outros.



3. ATENDIMENTO ÀS MULHERES SORO-POSITIVO

3.1. BREVE HISTÓRICO

Em 1987, com o surgimento dos primeiros casos de gestantes soropositivas no HMEC, sentiu-se a necessidade de aprofundar o conhecimento sobre o tema e buscar formas de melhor atender essa nova demanda.

No início de 1994, pesquisa realizada nos Estados Unidos e França, conhecida como Protocolo 076, que viabilizava o uso de medicamento antirretroviral durante a gestação e o parto e posteriormente no recém-nascido, mostrou que a taxa de transmissão vertical foi reduzida sensivelmente. A partir daí, alguns serviços de saúde estruturaram-se para atender às gestantes soropositivas, tendo por base esse Protocolo.

O serviço prestado pela Maternidade organizou-se por meio de uma equipe multiprofissional, composta por assistente social, Psicóloga, Nutricionista e Enfermeira, que passou a integrar o atendimento médico, com o objetivo de contribuir para uma assistência integral e humana à saúde das mulheres portadoras do vírus HIV.

Deu-se início a um grupo organizado como sala de espera⁴, realizado nos dias do atendimento médico, coordenado pela Psicologia, com o foco na informação, esclarecimento de dúvidas e aconselhamento. Esse grupo possibilitava a troca de experiências entre as usuárias e seus familiares e eram abordados temas como discriminação, mitos e pré-conceitos.

As usuárias provenientes dos Centros de Referência e das Unidades Básicas de Saúde para realização do pré-natal e do parto passaram a receber acompanhamento multiprofissional, no qual o atendimento médico especializado, o suporte social e o apoio emocional, constituíram-se fatores essenciais para a abordagem integral.

⁴No grupo de sala de espera as pacientes agendadas para a consulta médica são convidadas a participarem da reunião na sala de grupo.



3.2. SERVIÇO SOCIAL NO ATENDIMENTO ÀS MULHERES SOROPOSITIVO

A ação do Serviço Social se dá inicialmente no acolhimento desta mulher, que, muitas vezes, conhecimento tomou do diagnóstico de HIV ao mesmo tempo em que recebeu a notícia da gestação.

Pela Constituição Brasileira, os portadores do HIV, assim como todo e qualquer cidadão brasileiro, têm obrigações e direitos garantidos. Entre eles a dignidade humana e o acesso à saúde pública, que estão amparados pela Lei nº 11.199, de 12 de julho de 2002 que proíbe a discriminação aos portadores do vírus HIV ou às pessoas com AIDS e dá outras providências. (Ministério da Saúde, 2002)

A partir do contato com essa nova realidade surgem os questionamentos, dúvidas e medos quanto à vivência com o HIV, à sobrevivência do filho que está sendo gerado, à sexualidade e à reprodução, causando impactos sobre o cotidiano dessas mulheres, interferindo na dinâmica familiar e na situação conjugal.

As relações sociais, familiares e entre gêneros estão profundamente imbricadas pelo contexto socioeconômico, no qual a precariedade das políticas públicas, que assegurem uma vida digna, dificulta o acesso a serviços de saúde, emprego, moradia, creche e segurança. Esse fato limita consideravelmente a sobrevivência, a sociabilidade e as possibilidades de prevenção e cuidados com a saúde. A condição se agrava quando as usuárias soropositivas estão envolvidas com o uso de drogas psicoativas, vivem em situação de rua e/ou foram submetidas à violência sexual.

Situações como estas nos remetem ao encaminhamento de algumas usuárias e seu recém-nascido aos órgãos de proteção, como Conselho Tutelar, Vara da Infância e Juventude, Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Centros de Referência em Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS e também aos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), que possibilitam o apoio àquelas que desejam tratamento para a dependência química.

O Serviço Social entrevista as usuárias, utilizando instrumental próprio, por meio da qual conhecemos um pouco da sua história de vida. Nesse contato busca-se saber como é a dinâmica familiar, quem são as pessoas que têm conhecimento sobre a situação de saúde da usuária, se ela mantém vínculo empregatício e se conta com uma rede de apoio.



Procura-se identificar os aspectos sociais, econômicos e culturais relacionados à vida das usuárias, que possam interferir no processo gestacional e de seu tratamento. Além disso, procura-se incentivá-las a buscar formas de enfrentamento para estas questões.

Considerando as reais necessidades e anseios dessas mulheres, são abordados aspectos que possam levá-las a refletir e compreender as escolhas e desejos para além de papéis sociais e reprodutivos, a concepção de direitos reprodutivos que, de fato, incorpore o direito a uma maternidade desejada, acolhida, compartilhada e assistida.

Elas são orientadas, a partir de um processo educativo, sobre o direito à assistência à saúde reprodutiva e sexual, envolvendo o companheiro na prevenção (necessidade do uso do preservativo), e o acesso aos métodos contraceptivos reversíveis e irreversíveis.

São informadas sobre a rotina hospitalar no Ambulatório e durante sua internação, além de serem esclarecidas sobre a transmissão vertical através do aleitamento materno e durante a gestação e parto em caso de interrupção do tratamento. As pacientes são orientadas sobre os direitos previstos por lei (isenção tarifária, saque do Programa de Integração Social (PIS) e Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), fornecimento do leite para o recém-nascido até que complete um ano de vida, licença maternidade e auxílio doença) e, para os casos necessários, realizamos encaminhamento para recursos sociais ou Organizações Não Governamentais (ONGs).

Quando a usuária tem o possível diagnóstico durante o período de internação, é esclarecido que ainda haverá confirmação por novos exames, e orientado sobre cuidados preventivos em relação a ela e ao recém-nascido. Neste momento, é refletido com a usuária o enfrentamento da doença e verificado o nível de conhecimento sobre HIV e tratamentos, é verificado seu o suporte familiar e feito encaminhamento para a Rede.

A paciente é esclarecida sobre a importância da adesão ao tratamento, sobre os serviços de assistência especializada, leis trabalhistas, recursos sociais e distribuição de medicamentos e leite para o recém-nascido (**Lei 9.313, de 13 de novembro de 1996, que dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS**).





4. SERVIÇO SOCIAL NA GESTAÇÃO DE ALTO RISCO – CASA DA GESTANTE DE ALTO RISCO

A Casa da Gestante de Alto Risco – CGAR – iniciou o funcionamento pioneiro na América do Sul no HMEC em 1981, com infraestrutura multiprofissional diferenciada para prestação de assistência às gestantes de alto risco, que necessitam de internação prolongada.

Atualmente, essa assistência é prestada por uma equipe multiprofissional, constituída por médicos, residentes, nutricionista, psicóloga, assistente social, fonoaudióloga, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, enfermeiras e auxiliares de enfermagem.

Com base nas necessidades de saúde do grupo de gestantes de alto risco, em 1998 o Ministério da Saúde (MS) criou mecanismos de apoio à implantação dos *Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar à Gestante de Alto Risco*.

4.1. ATENDIMENTO INDIVIDUAL

A ação do Serviço Social se dá, inicialmente, no sentido de acolher a usuária. O acolhimento, por meio da escuta especializada, possibilita que o profissional conheça a situação socioeconômica da paciente, de modo a propiciar condições ao acesso a seus direitos, buscar soluções adequadas aos problemas apresentados, através de informações, orientações e encaminhamento adequado. O acolhimento é feito por meio de um atendimento individual às usuárias e à sua família, quando necessário.

As principais orientações prestadas pelo Serviço Social referem-se ao afastamento do trabalho, os direitos sociais e previdenciários, conflitos trabalhistas, aleitamento materno, planejamento reprodutivo, entre outras demandas que são apresentadas pelas usuárias.

4.2. ATENDIMENTO EM GRUPO

O Serviço Social faz dois grupos informativos com as pacientes: Planejamento Reprodutivo e Direitos Previdenciários e Trabalhistas.



4.3. PLANEJAMENTO FAMILIAR/REPRODUTIVO

Nos casos em que a paciente corre grave risco à vida ou à saúde, devido a doenças que, durante a gestação, se agravam e podem levar à morte da mãe e/ou feto, situações frequentes na Casa da Gestante de Alto Risco (CGAR), o médico pode solicitar a realização de processo de esterilização, de acordo com o art. 10º, inciso II da Lei de Planejamento Familiar.

Essa solicitação somente é feita quando é o desejo da paciente e seu marido/companheiro. Nesse caso, o Serviço Social, em caráter de urgência, realiza a entrevista de Planejamento Familiar/Reprodutivo sempre em colaboração com o médico de referência. Nesta situação, a usuária participa da Reunião de Planejamento Familiar na própria Casa da Gestante.

Nos casos em que a esterilização, por diferentes motivos, não for feita no momento do parto, os usuários devem retornar à Maternidade unidade após sessenta dias a contar o dia do parto, para retomar o Planejamento Familiar/Reprodutivo. Nesta situação, será considerado efetuado o Planejamento Familiar/Reprodutivo.



5. SERVIÇO SOCIAL NO ATENDIMENTO OBSTÉTRICO: PUERPÉRIO

Atuação do Serviço Social no atendimento à puérpera ocorre durante internação, no Enfermaria de Alojamento Conjunto ou na Unidade de Internação de Adulto.

Alojamento Conjunto é um sistema hospitalar em que o recém-nascido sadio, logo após o nascimento, permanece ao lado da mãe, 24 horas por dia, no mesmo ambiente, até a alta hospitalar. Tal sistema possibilita a prestação de todos os cuidados assistenciais, bem como a orientação à mãe sobre a saúde do binômio mãe e filho. (Portaria nº 1016, de 26 de agosto de 1993 – Ministério da Saúde).

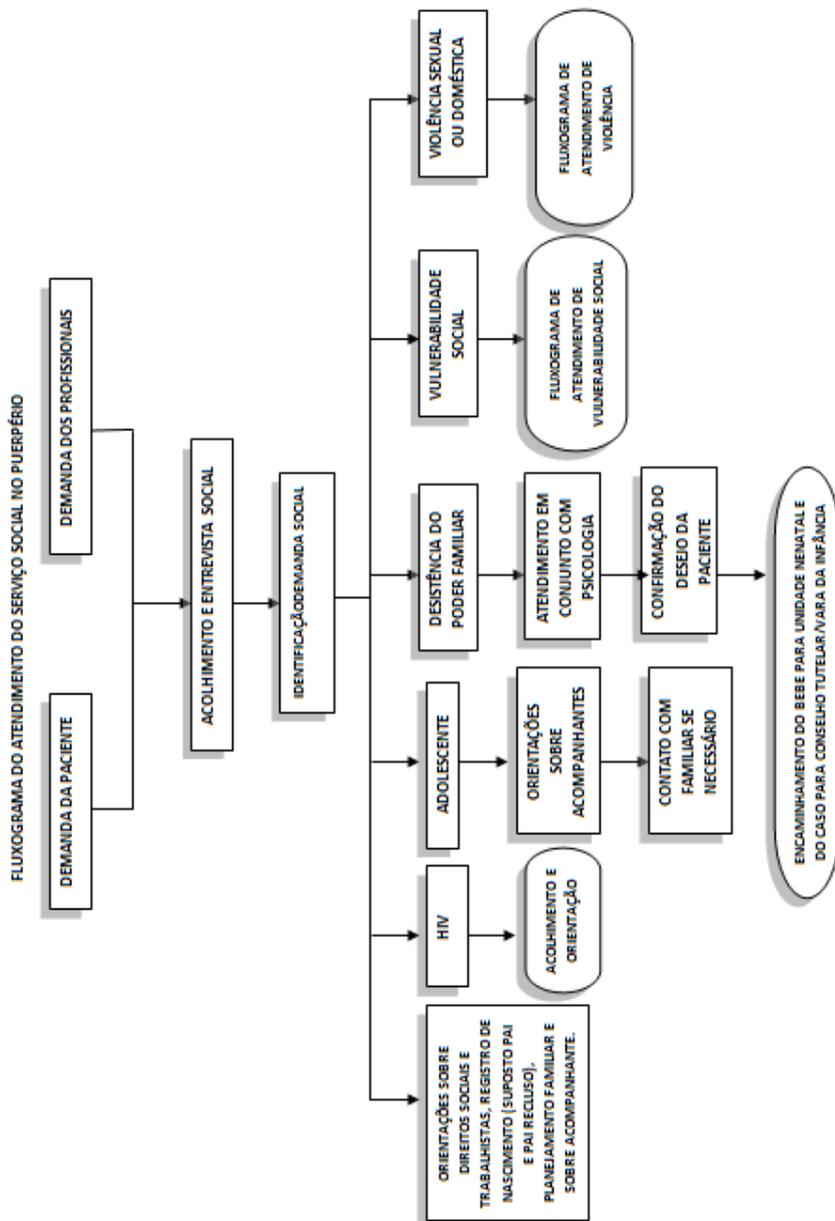
O Estatuto da Criança em seu artigo 10º, inciso V estabelece que: “Os hospitais e demais estabelecimentos de atenção à saúde de gestantes; públicos e particulares são obrigados a manter alojamento conjunto, possibilitando ao neonato a permanência junto à mãe” (BRASIL, 2003).

Recomenda-se que no alojamento conjunto haja uma equipe multiprofissional constituída por: assistente social, enfermagem, auxiliar de enfermagem, obstetra, pediatra, psicólogo e nutricionista.

A maternidade é um momento da vida familiar que proporciona várias mudanças biopsicossociais e se apresentará para cada indivíduo de forma particular, porém devendo ser compreendido dentro do contexto sociohistórico, político-cultural.

Especificamente, o Serviço Social no Alojamento Conjunto/Enfermaria Adulto trabalha com as expressões das contradições da questão social, orientando as usuárias da saúde quanto aos seus direitos trabalhistas e sociais e colaborando para que estes sejam garantidos.

Com este objetivo são realizados atendimentos individuais, orientações sobre direitos, entrevistas à usuária e seus familiares, grupo de pacientes, contato e articulação com a rede social e comunitária e encaminhamentos diversos.





5.1. ATENDIMENTO INDIVIDUAL

O atendimento individual tem como objetivo conhecer a usuária e compreender como está para ela e sua família a chegada do bebê, buscando apoiá-la, orientá-la e colaborar para a garantia de seus direitos.

Estratégias utilizadas:

- Visita ao leito para apresentação da atuação do Serviço Social e a especificidade deste profissional;
- Breve levantamento quanto ao histórico da gravidez e ao apoio familiar durante internação e após a alta.
- Orientação quanto aos direitos trabalhistas, da saúde e sociais.
- Em situações onde se avalie risco para a mãe ou para o bebê, o caso é discutido em equipe para planejar futuras intervenções ou encaminhamentos.
- Nos casos em que se verifique a necessidade de aprofundamento de questões trazidas pela usuária, são realizadas entrevistas individuais. Para isso, busca-se um local mais reservado para garantia do sigilo profissional, conforme preconiza o Código de Ética do Serviço Social.

5.2. ATENDIMENTO EM GRUPO

O Serviço Social participa do Grupo de Orientação para a Alta, compondo a equipe multiprofissional.

No grupo a participação do assistente social tem como objetivo esclarecer dúvidas sobre os direitos das usuárias da saúde e pontuar o papel do Serviço Social na equipe multiprofissional do Alojamento Conjunto. Procura levantar as dúvidas das usuárias quanto aos seus direitos, fornece informações sobre os direitos previdenciários, Planejamento Familiar/Reprodutivo, direitos da paciente e do bebê.

Este grupo busca o fortalecimento da usuária para que, após a alta hospitalar, tenha maior autonomia e saiba onde buscar apoio nos serviços de saúde, previdência e assistência social e também na rede familiar, social e comunitária, para a garantia de direitos e proteção dela e do recém-nascido.





6. VULNERABILIDADE E RISCO SOCIAL

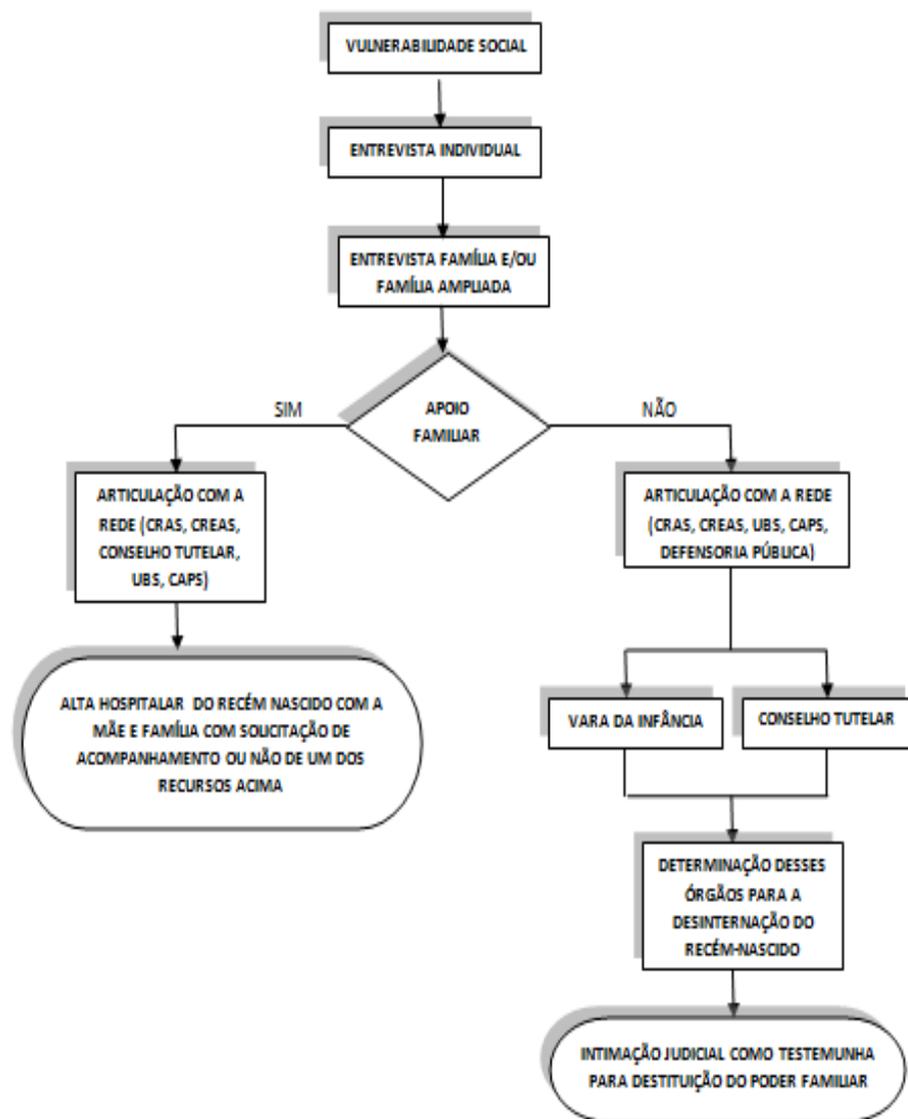
O Serviço Social do HMEC além do atendimento de rotina, seja no pré-natal ou puerpério, atende inúmeras situações que se caracterizam como vulnerabilidade e risco social.

Constitui o público usuário da política de Assistência Social cidadãos e grupos que se encontram em situações de vulnerabilidade e riscos, tais como: famílias e indivíduos com perda ou fragilidade de vínculos de afetividade, pertencimento e sociabilidade; ciclos de vida; identidades estigmatizadas em termos étnico, cultural e sexual; desvantagem pessoal resultante de deficiências; exclusão pela pobreza e, ou, no acesso às demais políticas públicas; uso de substâncias psicoativas; diferentes formas de violência advinda do núcleo familiar, grupos e indivíduos; inserção precária ou não inserção no mercado de trabalho formal e informal; estratégias e alternativas diferenciadas de sobrevivência que podem representar risco pessoal e social. (PNAS - Política Nacional de Assistência Social - 2004)

Apresentam-se a seguir as situações avaliadas como vulnerabilidade e risco social e as intervenções do Serviço Social.



FLUXOGRAMA DO ATENDIMENTO DE VULNERABILIDADE SOCIAL – SERVIÇO SOCIAL





6.1. USUÁRIAS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

A referência para o atendimento do Serviço Social é a política do Ministério da Saúde para a atenção integral ao usuário de álcool e outras drogas. A dependência química dentro da família, principalmente em relação aos pais, pode acarretar, além de risco eminente à vida, prejuízos diretos à saúde e ao desenvolvimento do recém-nascido. Outra referência utilizada para os atendimentos e encaminhamentos é o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

Segundo o ECA (1990), Art.4º, é dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e a convivência familiar e comunitária.

Quando consta em prontuário que a usuária fez ou faz uso de drogas lícitas e/ou ilícitas, ou quando há uma solicitação de avaliação, o Serviço Social junto à equipe de Psicologia realiza:

- Entrevista individual com a usuária, buscando compreender sua história, seu contexto familiar e social, se há fatores de risco que contribuam para o uso excessivo de álcool e drogas, qual o grau de dependência e o quanto está afetando sua vida;
- Entrevista com a rede familiar no intuito de compreender os vínculos familiares e da rede de convivência comunitária, buscando o apoio à usuária e ao bebê;
- Informar e oferecer encaminhamento para os recursos de tratamento especializado disponíveis na rede pública;
- Nos casos em que a equipe avalia que a família apresenta condições para apoiar a mãe, pai ou o casal nas necessidades do bebê, na alta hospitalar a criança sai acompanhada pelos pais. É acionada a rede de apoio (família, comunidade, conselho tutelar e unidade básica de saúde) para o acompanhamento contínuo desta família.

O trabalho realizado pelos profissionais do HMEC, respeita o Art. 1º do ECA que dispõe sobre o aperfeiçoamento da sistemática prevista para garantia do direito à convivência familiar a todas as crianças e adolescentes. E também o Art. 1º, § 1º da Lei Nº 12.010, de 2009, que



dispõe sobre a Convivência Familiar e Comunitária: “A intervenção estatal, em observância ao disposto no caput do art. 226 da Constituição Federal, será prioritariamente voltada à orientação, apoio e promoção social da família natural, junto à qual a criança e o adolescente devem permanecer, ressalvada absoluta impossibilidade demonstrada por decisão judicial fundamentada.”

Aciona-se o Conselho Tutelar ou a Vara da Infância e Juventude nas situações em que é avaliado pela equipe que: a família no momento não apresenta condições de fornecer o apoio necessário para garantir a saúde e o bem estar da criança; não é possível localizar a rede familiar; a família não tem interesse em assumir essa responsabilidade ou ainda quando permanecer com a mãe, pai ou casal, coloca em risco a criança.

ENCAMINHA-SE PARA ESSES ÓRGÃOS RELATÓRIO DO ATENDIMENTO, VIA OFÍCIO DA DIRETORIA DA MATERNIDADE. A CRIANÇA, APÓS A ALTA HOSPITALAR, PERMANECE INTERNADA ATÉ A DECISÃO JUDICIAL OU LIBERAÇÃO DO CONSELHO TUTELAR.

Na impossibilidade de permanência na família natural, a criança e o adolescente serão colocados sob adoção, tutela ou guarda, observadas as regras e princípios contidos na Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, e na Constituição Federal. (§ 2º da Lei Nº 12.010, de 2009).

6.2. DESISTÊNCIA DO PODER FAMILIAR

Nos casos em que a mãe, por qualquer motivo, manifesta o desejo de entregar seu bebê para adoção, o Serviço Social atua:

- Entrevista individual, buscando conhecer a história de vida da usuária e compreender os motivos que a levaram a essa decisão. Reflete-se e busca-se construir junto à mãe alternativas para que ela possa, futuramente, assumir novamente os cuidados do bebê;
- Tenta-se localizar e convocar o pai do recém-nascido. Este passa por entrevista para identificar sua condição em assumir sozinho o cuidado do recém-nascido e sua rede de apoio, este é orientado a fazer o registro de nascimento. Quando o pai se mostra organizado para cuidar do filho, no momento da alta hospitalar a criança é liberada sob sua responsabilidade.
- Na ausência do pai ou quando o mesmo não demonstra interesse ou condições em assumir esse cuidado, a rede familiar é contatada, a fim de



identificar quem assumirá a responsabilidade por esse bebê. Os familiares são chamados para verificarem se há alguém interessado. Posteriormente é acionado o Conselho Tutelar ou a Vara da Infância e Juventude. Encaminha-se para esses Órgãos relatório do atendimento realizado, via ofício da Diretoria, e a criança, após a alta hospitalar, permanece internada até a decisão judicial ou liberação do Conselho Tutelar.

- Nos casos em que a usuária não fornece nenhuma referência ou não é possível contatar ninguém da rede familiar, o relatório é encaminhado ao Conselho Tutelar ou Vara da Infância e Juventude, via ofício da Diretoria. A criança, após a alta hospitalar, permanece internada até a desinternação judicial por um oficial de justiça, conselheiro tutelar ou responsável do abrigo.

6.3. POBREZA

Uma das definições de *Pobreza* reconhecida pela equipe é um estado de privação, que pode colocar em risco a própria condição humana.

Ser pobre é ter, portanto, sua humanidade ameaçada, seja pela não satisfação de necessidades básicas (fisiológicas e outras), seja pela incapacidade de mobilizar esforços e meios em prol da satisfação de tais necessidades. (Lavinias, 2003)

A definição da *pobreza absoluta* ou *indigência*, segundo Sposati (2000), é a linha da fome, isto é, o valor da renda mensal que cada pessoa necessita para se alimentar, com base num mínimo calórico imprescindível para a sobrevivência.

Partimos da concepção de que a pobreza é multidimensional, não se restringindo à ausência de renda:

A pobreza produzida e reproduzida no seio das relações sociais depende não apenas da renda, mas também do acesso ou a falta de acesso aos serviços sociais, a espaços de participação, ao poder e à possibilidade de usufruir da riqueza material e imaterial socialmente construída. A mensuração da pobreza, em termos de renda, é elemento indispensável para a elaboração de diagnósticos, mas está longe de esgotar a análise dos fenômenos nela constituídos [...] (IEE, 2003,p.78)

Quando essa demanda é identificada através do atendimento as usuárias ou quando o Serviço Social é acionado, é realizado contato e feito o



encaminhamento para a rede socioassistencial para inclusão em programas sociais do governo e auxílios concretos emergenciais.

6.4. PESSOA EM SITUAÇÃO DE RUA

Quando a usuária encontra-se em situação de rua e manifesta o desejo de ficar com a criança, é realizada entrevista, na qual se busca identificar como está o vínculo com os familiares e se a usuária tem interesse que seja feito contato com algum familiar.

Nos casos em que a usuária manifesta o desejo de não ter contato com a família ou que não tenha como refazer vínculos familiares, é realizado contato com os abrigos da Região e solicitada vaga para o recém-nascido e para a mãe.

É articulado com as redes de serviços, CRAS e Conselho Tutelar, para oferecer subsídios de inserção para garantia dos direitos à sobrevivência que foram violados.

“No caso da proteção social especial à população em situação de rua, serão priorizados os serviços que possibilitem a organização de um novo projeto de vida, visando criar condições para adquirirem referências na sociedade brasileira, enquanto sujeitos de direito.” (PNAS – Política Nacional de Assistência Social - 2004)

6.5. USUÁRIA COM DISTÚRBO PSIQUIÁTRICO

São atribuições do Serviço Social realizar entrevista com a usuária em conjunto com a Psicologia e discutir a situação em equipe multidisciplinar para direcionar as intervenções. É feito contato com rede familiar para acompanhamento durante o período de internação e levantamento de apoio após a alta hospitalar para a mãe e o recém-nascido. Além disso, articula-se a rede interna e externa para possibilitar o acesso aos serviços de saúde ou dar continuidade no tratamento da usuária.

6.6. PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

Quando solicitado atendimento, é realizada entrevista para entender as necessidades individuais e sociais da usuária, de modo a possibilitar o



acesso adequado ao tratamento na Área da Saúde, previsto na Lei n.7.853, de 1989.

Caso necessário, é realizada entrevista com familiares para que, durante período de internação, a usuária esteja com um acompanhante.

Nos casos identificados como vulnerabilidade socioeconômica, a usuária é orientada sobre o Benefício de Prestação Continuada.





7. ATENDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL NO PLANEJAMENTO FAMILIAR / REPRODUTIVO

A proteção legal dos direitos reprodutivos no Brasil passou a ser assegurada pela Constituição de 1988, conforme Artigo 226, § 7º.

Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar/reprodutivo é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte das instituições oficiais ou privadas.

Somente após quase uma década, foi promulgada a Lei Federal 9263, de dezembro de 1996, onde a universalidade dos direitos sexuais e reprodutivos se aplica tanto a homens, como a mulheres, referido no Artigo 3º: “O planejamento familiar é parte integrante do conjunto de ações de atenção à mulher, ao homem ou ao casal, dentro de uma visão de atendimento integral à saúde”.

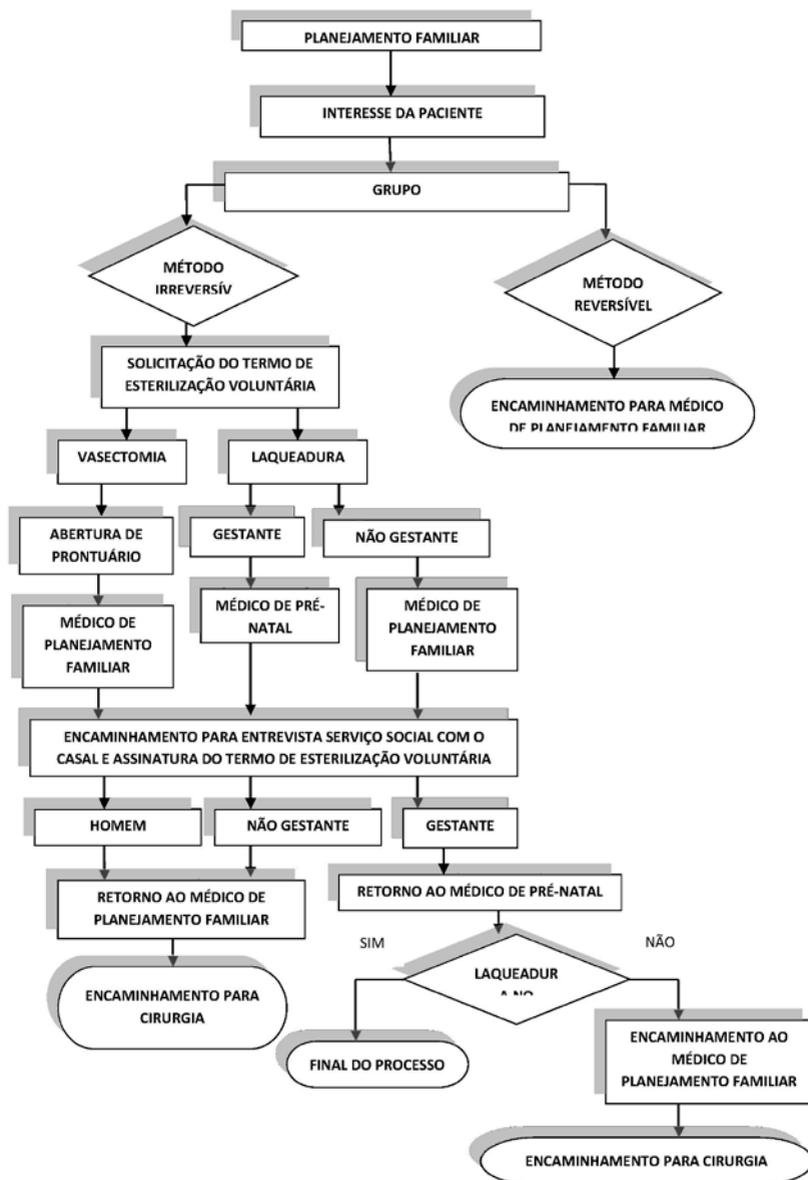
O serviço de Planejamento Familiar/Reprodutivo no HMEC teve início em 1978, com a proposta de atendimento multiprofissional.

As ações do Serviço Social correspondem a uma etapa do Programa de Planejamento Familiar que abrange a atividade em grupo, a avaliação médica e, quando necessário, psicológica e orientações da equipe de enfermagem.

A condição de acesso aos métodos disponibilizados, segundo a proposta de atendimento do Hospital, é a participação da usuária e seu parceiro no grupo intitulado Reunião de Planejamento Familiar (RPF). As usuárias são encaminhadas pelas Clínicas de Obstetrícia ou de Ginecologia.



FLUXOGRAMA DO PROCESSO DE PLANEJAMENTO FAMILIAR – SERVIÇO SOCIAL





7.1. REUNIÃO DE PLANEJAMENTO FAMILIAR

A Reunião de Planejamento Familiar (RPF) é realizada em um encontro que pode ser ministrado pelo Serviço Social, Psicologia ou Enfermagem.

O Serviço Social desenvolve esse trabalho com ênfase no processo educativo e reflexivo, destacando temas como a saúde reprodutiva e métodos contraceptivos, além de abordar os assuntos como sexualidade e doenças sexualmente transmissíveis. Disponibiliza informações que visam orientar os usuários nas escolhas dos métodos contraceptivos reversíveis ou irreversíveis: naturais, de barreira, hormonais ou cirúrgicos.

Após o grupo, a paciente é encaminhada para agendar uma consulta médica para avaliação e conduta acerca do método escolhido. Quando a opção for o método cirúrgico, os usuários que possuem o Termo de Solicitação de Esterilização Cirúrgica deverão agendar entrevista com o Serviço Social, aqueles que não tiverem, serão orientados a solicitá-lo ao médico de origem⁵.

7.2. ENTREVISTAS DE PLANEJAMENTO FAMILIAR/REPRODUTIVO

Na entrevista, são reforçadas as orientações quanto ao direito reprodutivo de acordo com a Lei do Planejamento Familiar que garante a realização da cirurgia pelo SUS. São levantados os aspectos sociais e econômicos, a situação de saúde, a dinâmica e expectativa de vida familiar, número de filhos de outros relacionamentos, filhos planejados ou não, a utilização de outros métodos e os motivos que os levaram à opção pelo método definitivo. Verifica-se ainda se os solicitantes estão de acordo com os critérios previstos em Lei, e também é esclarecido o fluxo de atendimento ambulatorial.

A partir desses dados, realiza-se um processo reflexivo, tendo em vista que a cirurgia de laqueadura ou vasectomia é considerada irreversível e lembrando que existe a possibilidade de falha do método. Destacam-se as implicações que essa decisão pode trazer para a vida futura e as vantagens e desvantagens do método cirúrgico.

⁵Entendemos como médico de origem o ginecologista ou obstetra que está acompanhando a usuária no momento em que esta manifesta o desejo por realizar método definitivo.



Esclarecidas as dúvidas, procede-se à leitura e assinatura pelo casal, do Termo de Solicitação de Esterilização Cirúrgica, que, em conjunto com o relatório social, fica no prontuário do paciente. É agendada nova consulta com o médico para dar seguimento ao processo cirúrgico.

Nas situações em que o usuário não tiver parceiro ou estiver separado, ele deverá comparecer à entrevista acompanhado de uma testemunha maior de idade, portando seu documento de identidade.

Quando um dos cônjuges não puder comparecer por se encontrar recluso no sistema penitenciário, o usuário deverá apresentar uma declaração de próprio punho feita pelo parceiro, constando que o mesmo está ciente e de acordo com a realização da cirurgia de esterilização que será anexada ao prontuário.

Considerando que muitas das usuárias que realizam Planejamento Familiar/Reprodutivo manifestam o desejo de realização da laqueadura no momento do parto, salienta-se que, de acordo com o Parágrafo 2º da Lei 9263/96 “É vedada a esterilização cirúrgica na mulher durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas anteriores”. Em hipótese alguma, o Serviço Social realizará entrevista para avaliação social e assinatura do Termo de Solicitação de Esterilização Cirúrgica durante internação no Pré-Parto.

As usuárias que realizarem Planejamento Familiar/Reprodutivo na Unidade Básica de Saúde terão que apresentar ao médico a documentação probatória para conferência, não havendo necessidade de atendimento do Serviço Social. No caso de gestante, a documentação deverá ser apresentada no momento da internação. Opta-se por deixar em poder das usuárias, pois o parto pode vir a ocorrer em outra unidade de saúde.

7.3. O SERVIÇO SOCIAL NO PLANEJAMENTO FAMILIAR/REPRODUTIVO NA CASA DA GESTANTE

Nos casos em que a paciente corre grave risco à vida ou à saúde, devido a doenças que, durante a gestação, se agravam e podem levar à morte da mãe e/ou feto, situações frequentes na Casa da Gestante de Alto Risco (CGAR), o médico pode solicitar a realização de processo de esterilização, de acordo com o art. 10º, inciso II da Lei de Planejamento Familiar.

Essa solicitação somente é feita quando é o desejo da paciente e seu marido/companheiro. Nesse caso, o Serviço Social, em caráter de



urgência, realiza a entrevista de Planejamento Familiar/Reprodutivo sempre em colaboração com o médico de referência. Nesta situação, a usuária participa da Reunião de Planejamento Familiar na própria Casa da Gestante.

Nos casos em que a esterilização, por diferentes motivos, não for feita no momento do parto, os usuários devem retornar à Maternidade unidade após sessenta dias a contar o dia do parto, para retomar o Planejamento Familiar/Reprodutivo. Nesta situação, será considerado efetuado o Planejamento Familiar/Reprodutivo.





8. ATENDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL NO PRONTO SOCORRO

O Pronto Socorro do Hospital Municipal e Maternidade Escola de Vila Nova Cachoeirinha presta atendimento integral à saúde da mulher nas áreas de Ginecologia e Obstetrícia, sendo referência no atendimento à gestação de alto-risco.

O atendimento no Pronto Socorro Obstétrico será prestado na área técnica do Serviço Social, considerando as diversas situações de vulnerabilidade social e de risco dos usuários e de seus familiares.

Podemos considerar que as demandas dirigidas ao Serviço Social na área da Saúde se constituem em “demandas implícitas e explícitas” (Vasconcelos, 2002: 179-174), ou seja, as aparentes e ocultas que necessitam ser desveladas, percebidas e acolhidas na intervenção profissional.

Tendo em vista a principal característica do pronto atendimento, que é a expectativa pela resposta imediata, o Serviço Social desenvolverá, por meio de interconsulta, as seguintes ações:

- Contato com a família do paciente/usuário quando necessário, tendo em vista que a maioria vem acompanhada;
- Atendimento à procura espontânea de pacientes/usuários que necessitam de orientações articuladas à rede ou outros setores do Hospital;
- Abordagem individual, a partir da avaliação do assistente social ou de solicitação do usuário, tendo como centro a discussão da situação social e de saúde apresentada;
- Contato com as Unidades Básicas de Saúde, Supervisões Técnicas de Saúde, Abrigos, Albergues e demais entidades que prestem serviço socioassistencial em função das solicitações e necessidades das pacientes;
- Democratização das informações referentes às Unidades Básicas de Saúde, de acordo com a Regionalização, mediante a atualização dos recursos existentes fornecidos pelas Supervisões de Saúde.



- Orientações a respeito dos direitos do paciente: Previdência (Licença Maternidade, Paternidade, Auxílio Doença), Mãe Paulistana, Planejamento Familiar/Reprodutivo, Certidão de Nascimento;
- Orientações sobre Aleitamento Materno; Doenças Sexualmente Transmissíveis;
- Atendimento de vítimas de violência sexual e doméstica possibilitando os encaminhamentos necessários junto à rede socioassistencial. Ex.: Centros de Apoio, Abrigos, Delegacia da Mulher, entre outros;
- Discussão de situações dos pacientes com a equipe multiprofissional;
- Reuniões com a equipe de Serviço Social, visando à melhora na qualidade do atendimento.



9. ATENDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL NO PRÉ-PARTO

O setor de Pré-Parto caracteriza-se pelo atendimento às gestantes em trabalho de parto, sendo este um local de alto índice de fragilidade emocional, devido ao momento em que se encontra a usuária, muitas vezes desacompanhada, com dores, vivenciando a primeira experiência gestacional e a expectativa pelo parto e nascimento do filho.

No referido Setor, o Serviço Social desenvolverá, por meio de interconsulta, as seguintes ações:

- Orientações a respeito dos direitos do paciente: Previdência (Licença Maternidade, Paternidade, Auxílio Doença), Mãe Paulistana, Planejamento Familiar/Reprodutivo, Certidão de Nascimento;
- Contato telefônico e articulação com a família da usuária quando detectada alguma demanda social;
- Articulação com as Unidades Básicas de Saúde, Supervisões Técnicas de Saúde, Abrigos, Albergues e demais entidades que prestem serviço socioassistencial em função das solicitações e necessidades das pacientes;
- Discussão de situações dos pacientes com a equipe multiprofissional, visando à continuidade no atendimento, já que estas podem permanecer alguns dias no Hospital;
- Todas as informações passadas no setor de Pré-Parto são repassadas aos outros profissionais nos demais setores de internação.





10. ATENDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO

A Unidade de Terapia Intensiva Adulto presta atendimento a gestantes, puérperas e pacientes com queixas ginecológicas ou oncológicas que necessitam de cuidados especiais.

No referido Setor, o Serviço Social desenvolverá, por meio de interconsulta, as seguintes ações:

- Abordagem individual, a partir da avaliação do assistente social, de solicitação da usuária, ou da equipe multiprofissional, tendo como centro a discussão da situação social e de saúde apresentada;
- Orientações a respeito dos direitos da usuária: Previdência (Licença Maternidade, Paternidade, Auxílio Doença), Mãe Paulistana, Planejamento Familiar/Reprodutivo, Certidão de Nascimento;
- Contato telefônico e articulação com a família do usuário quando detectada alguma demanda social;
- Articulação com as Unidades Básicas de Saúde, Supervisões Técnicas de Saúde, Abrigos, Albergues e demais entidades que prestem serviço socioassistencial, a partir das solicitações e necessidades das pacientes;
- Discussão de situações do usuário com a equipe multiprofissional, visando à continuidade no atendimento, já que estas podem permanecer alguns dias no Hospital.





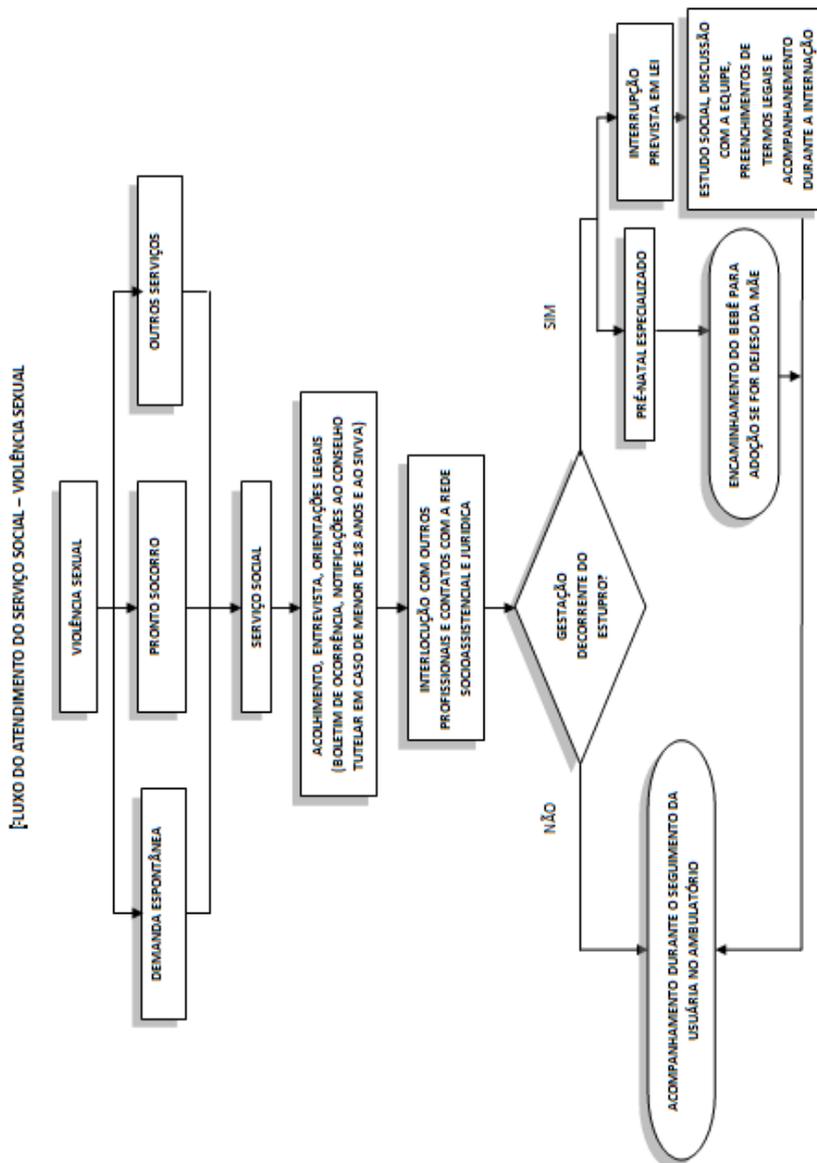
11. O SERVIÇO SOCIAL NO ATENDIMENTO ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL

O Hospital e Maternidade Escola Vila Nova Cachoeirinha, dentro de sua característica de desenvolver um trabalho voltado à atenção integral à saúde da mulher, realiza o atendimento às mulheres em situação de Violência Sexual nos setores de Pronto Socorro, Ambulatório e Internação. Conta com uma equipe multidisciplinar composta por médicos, enfermeiras, psicólogas e assistentes sociais.

A área da saúde pública, desde que preparada, pode promover a recuperação e resgate da autoconfiança e autoestima. “Pode ser dado um enfoque prioritário na saúde pública, sem, contudo, deixar de considerar a violência doméstica e sexual como violação dos direitos humanos e da cidadania”. (Caderno Conheça seus direitos – Violência Doméstica e Sexual).

O Serviço Social atende a todas as usuárias que, nessas condições, procuram o Hospital ou são encaminhadas pela rede, realizando o acolhimento dessas mulheres desde o primeiro momento até os retornos de segmento. O atendimento social, sempre que necessário, será extensivo a familiares e rede de apoio.

A ação profissional visa facilitar à usuária sua inserção nos serviços prestados nas Instituições de Saúde, norteadas pelos princípios do Código de Ética Profissional do Serviço Social. Procura identificar os aspectos sociais, econômicos e culturais relacionados ao processo saúde, incentivando a usuária buscar formas de enfrentamento individual e coletivo para estas questões.





11.1. ATENDIMENTO INDIVIDUAL

No atendimento individual, são utilizadas as seguintes estratégias com a usuária e/ou familiar e, nos casos de violência contra a criança, com seu responsável legal:

- Propiciar um atendimento de forma que a usuária sinta-se acolhida;
- Conhecer a história da usuária, bem como, dados da ocorrência e do agressor;
- Verificar se já recebeu atendimento médico/psicológico e, se for desejo da usuária, orientá-la quanto ao boletim de ocorrência e exame de corpo de delito (não obrigatórios para atendimento na área da Saúde);
- Identificar a demanda social trazida pela usuária decorrente ou não da situação de estupro, tais como: direitos previdenciários e trabalhistas, desemprego, relacionamento familiar e/ou conjugal, direitos da usuária com observação do Estatuto da Criança e do Adolescente, da Declaração dos Direitos Humanos e de Cidadania, etc.;
- Identificar o apoio familiar e/ou da rede de relacionamentos da usuária frente ao ocorrido;
- Reforçar a importância do atendimento multidisciplinar, enfatizando a disponibilidade da equipe em ajudá-la;
- Esclarecer a usuária quanto aos recursos da Instituição, bem como, auxílio concreto (auxílio transporte, medicamentos);
- Orientar e encaminhar para os recursos sociais (CRAS, UBS, ONG especializada em apoio à mulher em situação de violência, etc.);
- Notificar o Conselho Tutelar e/ou a Vara da Infância e Juventude nos casos de violência contra a criança e/ou adolescente trabalhando tais aspectos legais com a família.

11.2. GESTAÇÃO DECORRENTE DE VIOLÊNCIA SEXUAL

A intervenção do Serviço Social deverá seguir a mesma rotina do atendimento às vítimas de violência sexual sem gravidez, porém deverão ser abordados aspectos específicos inerentes a essa situação, visando:



- Identificar o desejo da interrupção ou não da gestação, considerando os valores morais e religiosos da paciente e discutir as alternativas como: Pré-Natal Especializado no Ambulatório do HMEC e Adoção;
- Orientar quanto aos protocolos da Instituição para atendimento dessa problemática;
- Esclarecer sobre seus direitos e encaminhar para os trâmites legais, a fim de viabilizar a interrupção da gestação, conforme previsto em Lei: boletim de ocorrência na Delegacia da Mulher (se possível) e a solicitação oficial da interrupção da gravidez pela usuária ou seu representante legal.



12. SERVIÇO SOCIAL NO ATENDIMENTO NA ONCOLOGIA PÉLVICA E MAMÁRIA

Segundo Chalhub e Skaba (2002), ainda é incipiente a produção de conhecimento do Serviço Social em Oncologia, reflexo da lacuna existente entre formação e o aspecto técnico-operativo da profissão e a falta de espaços nos quais “[...] as especificidades do processo de adoecimento por câncer constituíssem, efetivamente, um diálogo com o projeto ético-político da profissão Serviço Social”.

Neste contexto, as atribuições do Serviço Social em Oncologia são questionadas e construídas no cotidiano da prática profissional na perspectiva da garantia e efetivação do direito à saúde e, especificamente em relação ao câncer, no compromisso com a prevenção, detecção precoce, tratamento e controle do câncer. Estas atribuições se constroem no âmbito da assistência, palição e ações ligadas às Políticas de Saúde (gestão e formulação).

Dado o impacto do câncer no contexto familiar e empregatício, seu significado no imaginário popular, dificuldades de acesso ao tratamento, o estágio da doença e o nível de informação sobre esta, a atuação nesta área requer um olhar atento para os questionamentos implícitos e subjetivos, além de estratégias de intervenção que garantam a autonomia humana numa realidade de exclusão e minimização de direitos.

Além destes aspectos, são vastos os trabalhos científicos que abordam o impacto da doença em relação à aceitação social, já que há consequências na imagem do indivíduo, como queda de cabelo, por exemplo, isso sem mencionar o aspecto da sexualidade, comprometida muitas vezes pelos métodos invasivos de controle da doença, como a mastectomia radical.

A atuação do assistente social na atenção à mulher acometida por câncer no HMEC efetua-se nos programas de Mastologia e Oncologia Pélvica em caráter ambulatorial, emergencial e durante internação.

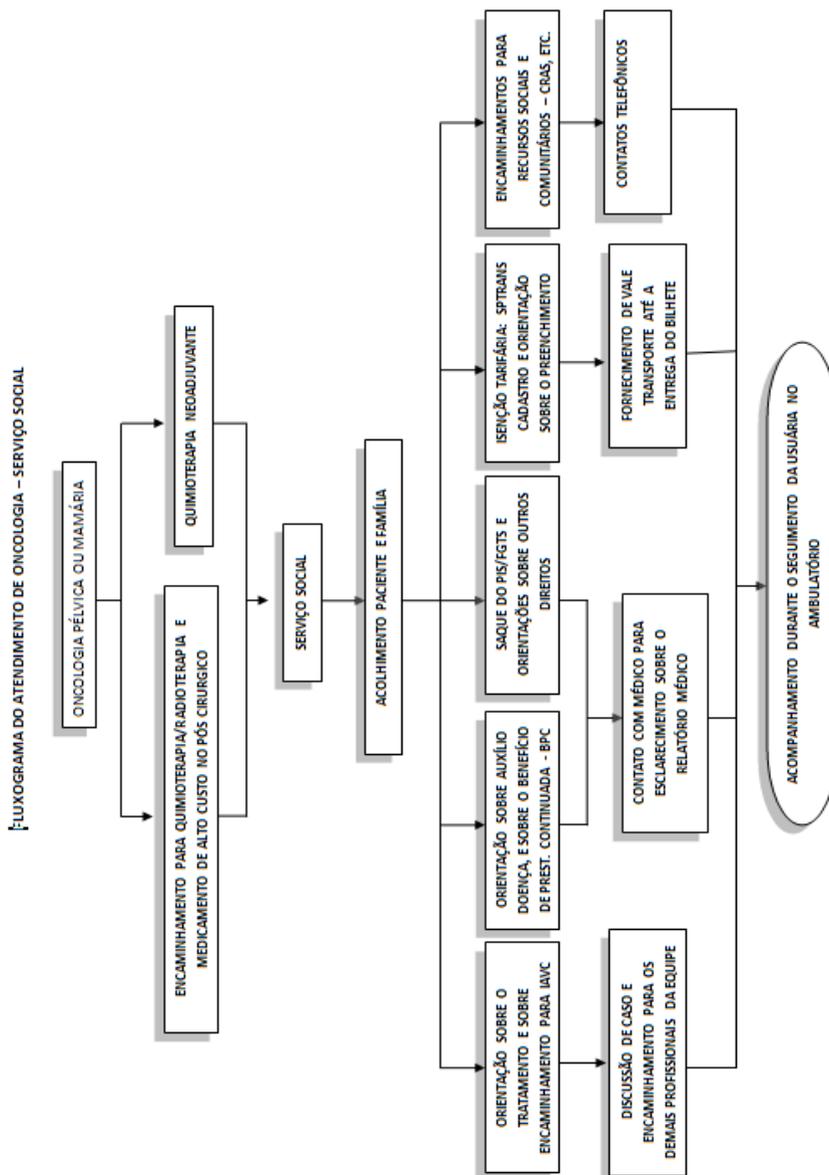
Pretende-se que todas as usuárias atendidas durante acompanhamento ambulatorial destes programas, que tenham diagnóstico confirmado, sejam encaminhadas ao Serviço Social. Busca-se acompanhá-las durante todo o período de tratamento, garantindo sua efetivação, estimulando sua adesão e realizando intervenções, se necessário, para possibilitar acesso aos seus direitos sociais garantidos pelo diagnóstico.



O atendimento social realiza-se individualmente ou em atividades grupais e engloba, quando necessário, a participação familiar e comunitária.

Cabe ao Serviço Social informar às usuárias e seus familiares sobre fluxo de atendimento no Hospital, sobre os recursos internos e externos disponíveis e realizar encaminhamentos, se necessário, para outros serviços, buscando fortalecê-las no enfrentamento da doença.

As demandas sociais são identificadas durante todo processo de acompanhamento das usuárias e muitas vezes são apresentadas pela rede familiar ou de convivência comunitária. Por esse motivo, salientamos a importância de acompanhamento contínuo pelo Serviço Social, seja em caráter emergencial, ambulatorial ou durante internação, uma vez que o primeiro contato com o diagnóstico de câncer pode levar à negação da doença e/ou ao abalo emocional, de forma a prejudicar a assimilação das informações necessárias e prestadas pela equipe e, conseqüentemente, comprometendo o tratamento e o controle da doença.





12.1. ATENDIMENTO INDIVIDUAL

Este primeiro atendimento efetiva-se através da procura espontânea ou por encaminhamento da equipe médica e de enfermagem e tem como objetivo:

- Promover a escuta técnica da usuária, considerando componentes de ordem afetiva e emocional (negação da doença, insegurança quanto à vida futura pelo receio da morte, senso comum sobre a doença e seu tratamento e etc.) e identificando suas demandas primárias;
- Identificar o grau de conhecimento que a usuária e/ ou seus familiares ou rede de convivência tem sobre seu estado de saúde;
- Levantar perfil socioeconômico (faixa etária, situação previdenciária, composição familiar, atuação profissional e etc.)
- Encaminhar para rede de serviços;
- Realizar busca ativa de pacientes quando há interrupção ou falta ao serviço para continuidade do tratamento, ou dos responsáveis quando se faz necessário;
- Informar sobre direitos da pessoa com Câncer, tais como;
 - Auxílio doença;
 - BPC (Benefício de Prestação Continuada);
 - Saques do PIS/ FGTS;
 - Isenção Tarifária nos transportes urbanos (ônibus e metrô) para tratamento complementar (de quimioterapia ou radioterapia);
 - Liberação de rodízio municipal para tratamento complementar (de quimioterapia ou radioterapia);
 - Cartão de estacionamento vaga de deficiente;
 - Isenção de impostos na compra de carro zero;
 - Isenção de imposto de renda na aposentadoria e pensão;
 - Quitação do financiamento de casa própria;
 - Andamento prioritário de Processo Judiciário;
 - Medicamento de alto custo;
 - Programas sociais de enfrentamento à pobreza, dentre outros.



12.2. ATENDIMENTO EM GRUPO

Há a proposta de retomar ações do Serviço Social em grupo, que teriam por finalidade socializar informações e promover atividades socioeducativas, objetivando processo reflexivo das usuárias/famíliaes/rede de convivência comunitária acerca da doença e seu enfrentamento.

12.3. ATENDIMENTO DURANTE INTERNAÇÃO

Este atendimento tem como objetivo:

- Acompanhamento e avaliação das pacientes internadas, abordando situações que possam intervir em sua recuperação, buscando familiares sobre o tratamento da doença;
- Acolhimento e encaminhamento de demandas postas pela pacientes e familiares;
- Atendimento multiprofissional, se necessário, para fortalecimento da paciente e família;
- Apoiar e orientar familiares quando houver óbito da paciente com relação aos procedimentos para liberação do corpo e sepultamento. Construir mediações na relação entre paciente/famíliaes e equipe;
- Identificação do grau de conhecimento da paciente e seus familiares sobre a doença.





13. ATENDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL NA ENFERMARIA DE INTERNAÇÃO ADULTO

Na Enfermaria de Internação de Adultos, são internadas as usuárias advindas do Ambulatório para realização de cirurgias eletivas (ginecológicas ou oncológicas), aquelas provenientes do Centro Cirúrgico (curetagem por abortamento ou óbito fetal), puérperas e as usuárias com quadros infecciosos (leitos de isolamento).

O atendimento neste Setor é feito por equipe multiprofissional formada por ginecologistas, cirurgiões, clínicos gerais, médicos residentes, enfermagem especializada, psicólogas, assistentes sociais, nutricionistas, fisioterapeutas entre outros, que atuam de forma integrada.

As principais ações desenvolvidas pelo assistente social nesta enfermaria têm como objetivo a apreensão das condições de vida das usuárias, o que possibilita reconhecer e buscar atender as reais necessidades das mesmas.

O Serviço Social realiza atendimento diário no leito, com objetivo de orientar as usuárias sobre os direitos sociais e previdenciários, salientando a necessidade de solicitar atestado e/ou relatório médico ao profissional responsável pela cirurgia antes de receber alta hospitalar.

Nas situações em que a usuária solicita alta ou apresenta dificuldade de aderir ao tratamento, o assistente social intervém por meio de orientação, esclarecimento e reflexão junto à mesma e à equipe de saúde. Grande parte dessas demandas decorre de sua desinformação, falta de compreensão sobre o tratamento e ou os procedimentos cirúrgicos; da mesma forma, aspectos culturais, sociais e econômicos relacionados às condições objetivas de vida que podem estar interferindo no momento da internação. O estabelecimento da interface usuária/familiar com a equipe tem como princípio o respeito à autonomia da usuária.

Nas situações de curetagem por abortamento, além das orientações gerais, as usuárias são novamente informadas sobre a necessidade do uso de método contraceptivo, visto que a mulher deve evitar engravidar em seguida a esse procedimento.

Em relação ao óbito fetal, acrescenta-se às demais orientações, informações sobre a rotina hospitalar para realização da necropsia, o encaminhamento da declaração de óbito à funerária e os procedimentos para o funeral.



Sabemos que a perda de um filho traz consequências emocionais para toda a família, especialmente para a mãe, que, na maioria das vezes, além da dor pela perda, sente-se “culpada” pela morte do bebê.

O assistente social oferece apoio emocional e procura refletir sobre essa “culpa”, salientando a necessidade do apoio familiar e, quando necessário, encaminhando para o atendimento psicológico.

As orientações às puérperas seguem os mesmos padrões de atendimento na enfermaria de puerpério (PI):

- Orientar sobre direitos sociais e previdenciários;
- Alertar para a importância de solicitar relatório médico ao médico responsável pela cirurgia antes de receber alta hospitalar;
- Realizar acolhimento e encaminhamento de demandas apresentadas pela usuária e seus familiares;
- Orientar sobre as rotinas hospitalares;
- Aquelas que apresentam situação de trabalho com vínculo empregatício são orientadas quanto ao direito de receberem atestado e relatório médico, devendo requerer ao profissional que o assiste na enfermaria, antes de saírem de alta hospitalar.



14. DEMANDA ESPONTÂNEA

O Serviço Social define como demanda espontânea todo atendimento não agendado que chega ao Serviço Social por iniciativa do usuário ou indicação de outro profissional (médico, enfermeiro, administrativo, segurança e etc.).

São demandas que estão relacionadas com as mais variadas questões a respeito do atendimento interno do hospital (fluxos e rotinas), da rede de serviços de saúde, de recursos sociais, como também, materializam as expressões da questão social, exigindo do assistente social escuta qualificada, visando identificar a real necessidade do usuário.

Neste atendimento, são fornecidas orientações específicas de acordo com a necessidade, sobre direitos sociais e previdenciários e feitos os devidos encaminhamentos, com o objetivo de possibilitar ao usuário acesso às políticas públicas para o enfrentamento de situações de vulnerabilidade social⁶.

Para tanto, são realizados contatos telefônicos com familiares de usuárias que serão internadas após consulta médica; contatos telefônicos com recursos sociais, jurídicos ou de saúde; orientações sobre procedimentos para recarga do bilhete Mãe Paulistana; fornecimento de vale transporte às usuárias que não possuem recursos financeiros para manter o tratamento; intermediação junto aos médicos acerca da emissão de relatórios específicos para o acesso aos direitos previdenciários e sociais garantidos por lei, etc.

A falta de algumas normatizações ou a existência de outras que não atendem determinadas situações, geram demandas que podem ser entendidas de forma equivocada como sendo atribuições do Serviço Social. A equipe procura esclarecer o demandante e encaminhar a situação para o setor responsável.

⁶O conceito e vulnerabilidade que adotamos neste trabalho pauta-se no entendimento de que os aspectos que vulnerabilizam a população não se restringem à ordem econômica. Fatores como “a fragilização dos vínculos afetivo-relacionais e de pertencimento social (discriminação étnicas, de gênero, por deficiência...), ou vinculados à violência, ao território, a representação política entre outros, também afetam as pessoas”. Almeida(s/d)



15. ATENDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL NA UNIDADE NEONATAL

A Unidade Neonatal da Maternidade é um setor de internação altamente especializado no atendimento ao recém-nascido de alto risco que precise de cuidado 24 horas por dia – prematuros com peso inferior a 2.000 gramas ou com idade gestacional inferior a 37 semanas, distúrbios respiratórios, quadros suspeitos ou confirmados de infecção neonatal, má formação etc. (RELATÓRIO, 2006).

Em 1977, foi implantado na Unidade o Programa Pais Participantes composto por uma equipe multiprofissional⁷ que tem por objetivo o cuidado com o recém-nascido e o atendimento à família para fortalecer o vínculo pais/bebês, principalmente quando o recém-nascido permanece internado após a alta materna. Por motivos diversos, houve momentos em que o Programa foi interrompido, sendo reimplantado em 1992, estando ativo desde então.

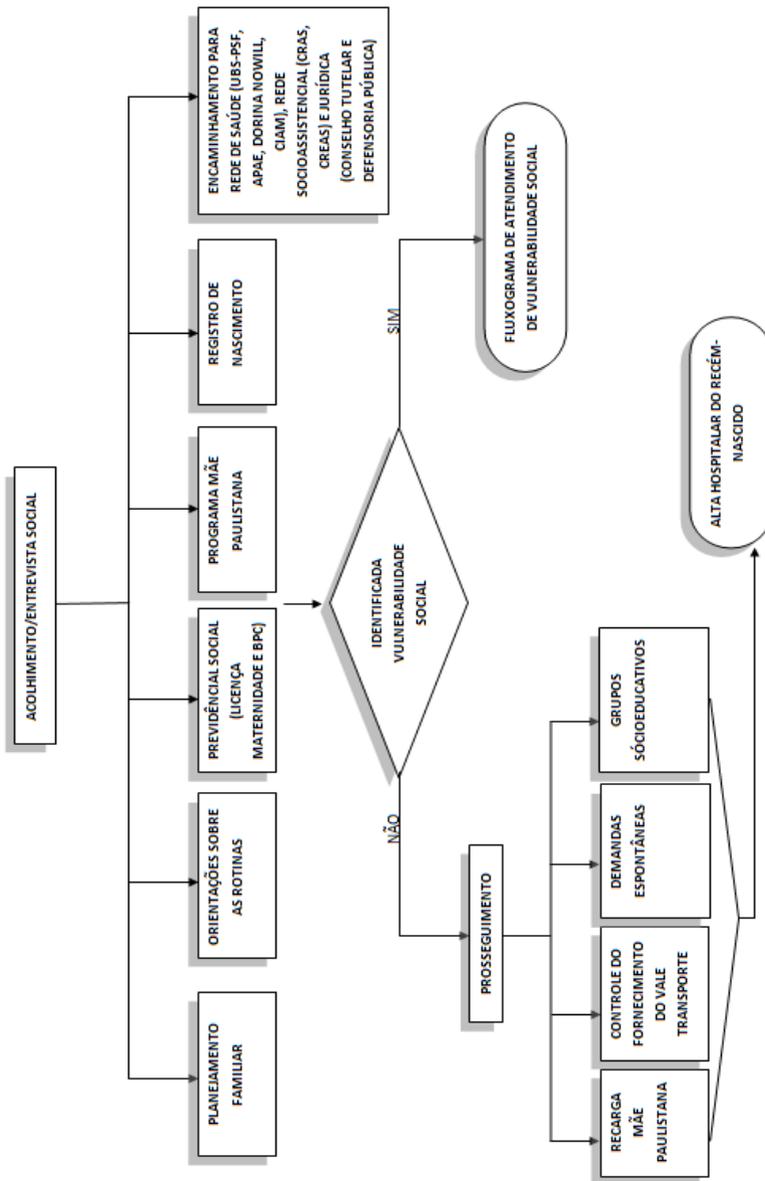
O trabalho desenvolvido pelo Serviço Social é de reflexão e orientação voltadas às questões sociais que interferem na situação de internação do recém-nascido e seus familiares. As ações buscam conhecer a realidade socioeconômica da família, identificar e apoiar nas situações de risco e vulnerabilidade social, informar familiares sobre seus direitos e deveres.

O atendimento do Serviço Social na Unidade Neonatal (Berçário) abrange todo o período de internação do bebê que pode durar meses.

⁷A Equipe Multiprofissional do Programa de Pais Participantes é composta por: médico neonatologista, enfermeira, Assistente social, psicóloga, fonoaudióloga, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e nutricionista.



FLUXOGRAMA DO ATENDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL NA UNIDADE NEONATAL





15.1. ATENDIMENTO INDIVIDUAL

O atendimento do Serviço Social no Programa de Pais Participantes consiste em:

- Atender individualmente a puérpera no leito, cujo recém-nascido encontra internado no berçário. O objetivo desse atendimento é conhecer o contexto familiar e a realidade de vida e assim identificar perfil e aspectos sociais que possam interferir na saúde e recuperação do bebê internado;
- Orientar sobre dúvidas previdenciárias, registro de nascimento, Programa Mãe Paulistana/Rede Cegonha e rotinas da Unidade Neonatal, fazer encaminhamentos para recursos e auxílios concretos disponíveis em outras instituições, quando necessário;
- Acompanhar os pais na primeira visita ao bebê no Berçário, facilitando a integração ao ambiente Hospitalar, orientando e incentivando o contato com o recém-nascido, visando o fortalecimento do vínculo;
- Estimular o aleitamento materno, incentivando as mães à amamentação exclusiva em livre demanda para todos os bebês que já apresentam condições de sugar diretamente no seio materno. No caso das mães cujo bebê clinicamente impossibilitado de sugar diretamente do seio materno, também é enfatizada a importância de frequentar periodicamente o banco de leite, onde receberá as devidas orientações. Orientar sempre a ordenha em casa para manter a lactação durante a internação do bebê;
- Estimular e acompanhar as mães/bebês clinicamente eleitas para o Método Mãe Canguru;
- Orientar e apoiar os pais quando o bebê nasce com alguma má formação ou síndrome;
- Apoiar os pais em situação de óbito neonatal. Caso os pais ainda não tenham feito o registro de nascimento, estes são orientados a fazê-lo, pois precisam apresentá-lo no setor de Internação da Maternidade, onde receberão os documentos e endereço para comparecerem ao Serviço Funerário e providenciarem o sepultamento. Sensibilizar os pais para assinatura do Termo de Autorização para realização da Necropsia, quando solicitado pelo médico. Orientar sobre as rotinas da Instituição no momento da despedida da família do bebê falecido;



- Facilitar o vínculo da família com o bebê internado, em especial os irmãos menores de 10 anos;
- Cadastrar e fornecer o vale transporte⁸ para as mães que não possuem o Bilhete Mãe Paulistana/Rede Cegonha(ou quando o mesmo encontra-se sem crédito), para garantir sua visita diária ao bebê internado. Excepcionalmente, o vale poderá ser fornecido ao pai que está sem recursos para visitar seu filho.

15.2. ATENDIMENTO EM GRUPO

Na Unidade Neonatal são realizados semanalmente dois grupos com objetivos distintos:

- **Grupo de Alta** – coordenado pela fonoaudióloga, com participação do Serviço Social, Psicologia e Nutrição. Tem o objetivo de orientar e preparar os pais para os cuidados do recém-nascido após a alta hospitalar.

O Serviço Social orienta quanto à documentação (resumo de alta, carteira de vacina, registro de nascimento e cartão do SUS); orienta a tirar todas as dúvidas sobre encaminhamentos médicos, agendar os retornos e estar atento às datas das consultas; esclarece que, nesse Hospital, o Pronto Socorro é apenas ginecológico e não possui pediatra para atendimento de emergência. Caso seja necessário, devem procurar o hospital geral mais próximo de sua residência.

- **Grupo de Pais Participantes** – coordenado pela Psicologia, com participação do Serviço Social. Tem o objetivo de ouvir as mães que tem seu bebê internado na UTI, SEMI e SEMI II e trabalhar juntamente com a equipe multiprofissional suas angustias e preocupações. O grupo tem tema livre e as orientações são feitas de acordo com a demanda apresentada pelas mães.

⁸A Instituição destina parte de seu orçamento anual para a compra de Vale Transporte que é destinado ao Programa de Pais Participantes. Este recurso é um benefício oferecido pelo Hospital para suprir as eventuais lacunas do Programa Mãe Paulistana.





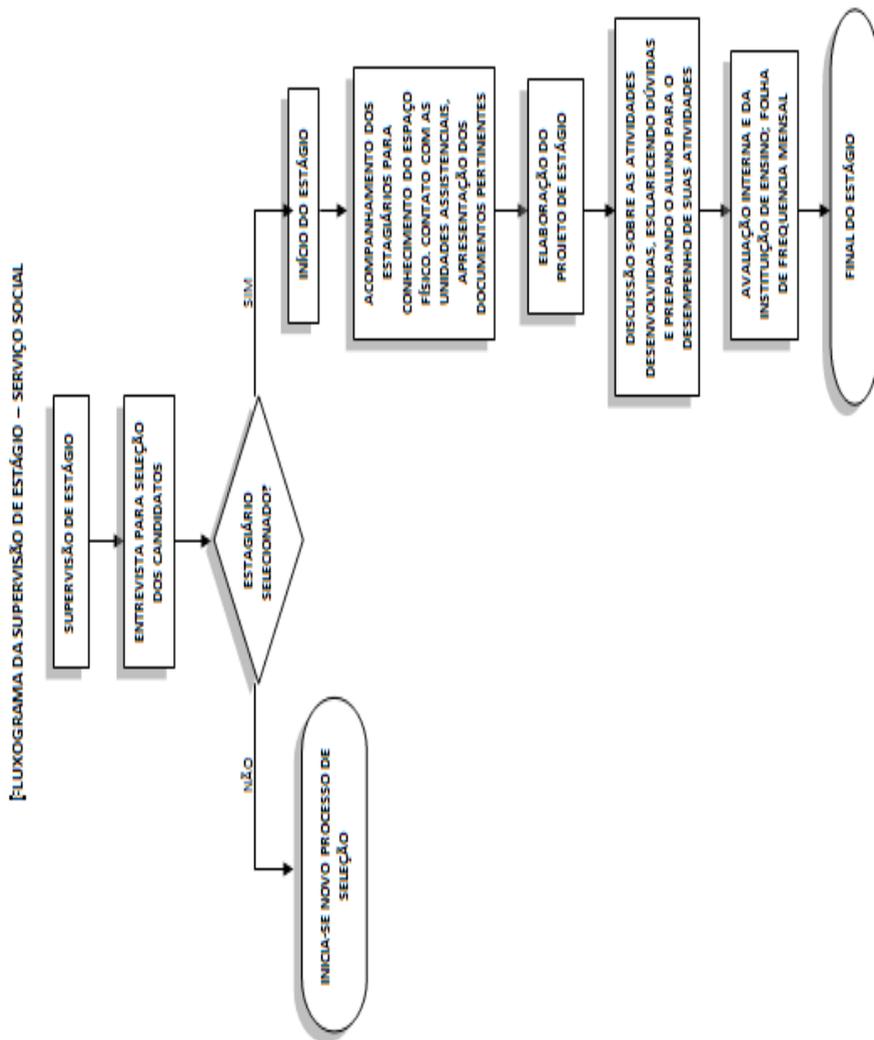
16. SUPERVISÃO DE ESTÁGIO

A partir do ano de 2008, o Serviço Social passou a receber sistematicamente o estágio supervisionado e para tanto efetua as entrevistas de seleção dos candidatos.

O estágio em Serviço Social tem por objetivo propiciar ao aluno o conhecimento e interpretação da realidade social numa perspectiva crítica em consonância com as dimensões ética, política e técnica, e das competências e atribuições profissionais regulamentadas. Visa também interagir de forma interdisciplinar e comprometida com a dinâmica do atendimento social, buscando orientar, esclarecer e encaminhar as demandas conforme são apresentadas e propondo novas ações para que a prática profissional na instituição possa movimentar-se em sua totalidade.

Inicialmente o estagiário conhece o espaço físico institucional, fazendo contato com todas as unidades assistenciais e suas rotinas, sendo informado sobre a inserção do Serviço Social em algumas: Ambulatório, Unidade Neonatal, Casa da Gestante de Alto Risco, Enfermarias de Puerpério e Ginecologia. Efetua leitura de documentos, protocolos e material informativo, relacionados à Instituição e especificamente ao Serviço Social e, a partir daí, passa a observar os atendimentos aos usuários com acompanhamento direto. As atividades são discutidas, as dúvidas esclarecidas e estando preparado o estagiário passa a ter autonomia de desenvolvê-las sozinho.

Periodicamente o Serviço Social realiza avaliações internas e as solicitadas pela Instituição de Ensino, como também fica responsável pela Folha de Frequência do mesmo.





REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso: Método Mãe Canguru. 1ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
2. Brasil. Lei Nº 11.199, de 12 de Julho de 2002 de São Paulo - Proíbe A Discriminação aos Portadores do Vírus HIV ou às Pessoas com AIDS e Dá Outras Providências.
3. Brasil. Lei Nº 9.313, De 13 De Novembro De 1996 - Dispõe Sobre A Distribuição Gratuita De Medicamentos Aos Portadores do HIV e Doentes de Aids.
4. BRASIL. LEI Nº 12.010 DE 3 DE AGOSTO 2009. - DISPÕE SOBRE A ADOÇÃO (CONVIVÊNCIA FAMILIAR E COMUNITÁRIA).
5. Brasil. Lei No 7.853, de 24 de Outubro de 1989, Dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, Consolida as Normas de Proteção, e dá Outras Providências.
6. Brasil. Ministério da Saúde – Legislação Federal - Normas Básicas de Alojamento Conjunto – Portaria Nº 1.016, de 26 de Agosto de 1993. DO 167, de 01/09/1993.
7. Brasil. Faz - Política Nacional de Assistência Social - Brasília Novembro de 2004.
8. Brasil. Ministério da Saúde – Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde: Ilustrada / Ministério da Saúde, 2006 8p.:Il. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).
9. Brasil. Ministério da Saúde – A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas. 2003.
10. Brasil. Política Nacional de Humanização, 2003. Disponível Em: <[Http://Portal.Saude.Gov.Br](http://Portal.Saude.Gov.Br)>. Acesso em Setembro 2011.
11. Brasil. Prefeitura de São Paulo. Disponível Em: <Www.Prefeitura.Sp.Gov.Br>. Acesso Em Outubro 2011.
12. Brasil. Ministério Da Saúde. Disponível Em: <Www.Saude.Gov.Br>. ACESSO: EM OUTUBRO 2011.
13. Brasil. Gestante de Alto Risco - Ministério da Saúde – Secretária Executiva – Brasília DF Janeiro 2001.



- 14.CNJ – Conselho Nacional de Justiça – Cartilha sobre o Crack – 4ª Composição 2011.
- 15.ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente – Lei Federal 8.069 de 13 de Julho de 1990.
- 16.Gestão 2001-2006. O Relatório: Departamento Técnico Hospital Municipal Maternidade-Escola de Vila Nova Cachoeirinha “Dr. Mário De Moraes Altenfelder Silva”. Prefeitura do Município de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde.
- 17.IAMAMOTO. Serviço Social na Contemporaneidade: Trabalho e Formação Profissional. São Paulo, Cortez: 2007.
- 18.IEE – Instituto de Estudos Especiais da PUC-SP. Desafios da Gestão Social Pública: Impacto Social e Estratégias de Articulação Municipal no Âmbito do Programa de Renda Mínima da Prefeitura de Santo André – Família Cidadã. São Paulo: IEE/PUC-SP, Abr.2003.
- 19.LAVINAS, Lenas: Pobreza e Exclusão - Econômica, V. 4, N. 1 p. 25-59,Junho 2002 – Imprensa, Outubro 2003.
- 20.Legislação Brasileira para o Serviço Social Coletânea de Leis, Decretos e Regulamentos para Instrução do (A) Assistente Social/Organização Conselho Regional de Serviço Social do Estado de São Paulo, 9ª Região – 3. Ed. Rev., Atual. eampl. até Dezembro de 2007 – São Paulo O Conselho, 2007 .
- 21.UNESCO. Acolhimento: O Pensar, O Fazer, O Viver Secretaria Municipal de Saúde. São Paulo SP. Associação Palas Athena.



ANEXOS



PREFEITURA DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL E MATERNIDADE ESCOLA
DR. MÁRIO DE MORAES ALTENFELDER SILVA
Vila Nova Cachoeirinha



ETIQUETA

Prontuário: _____
Nome: _____
Mãe: _____
CNS: _____
SIS pré-natal: _____
Setor: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

ENTREVISTA PLANEJAMENTO REPRODUTIVO REFLEXÃO SOBRE O MÉTODO DE CONTRACEPÇÃO DEFINITIVA

() LAQUEADURA () VASECTOMIA

IDENTIFICAÇÃO

DATA: ___/___/___

NOME: _____ TEL: _____
DATA DE NASCIMENTO: ___/___/___ IDADE: _____ SEXO: F () M ()
ESTADO CIVIL: _____ TEMPO DE UNIÃO: _____
NATALIDADE: _____ NACIONALIDADE: _____
ESCOLARIDADE: () SEM ESC. () FUNDAMENTAL _____ () MÉDIO _____ () SUPERIOR _____
OCUPAÇÃO: _____ VÍNCULO EMPREGATÍCIO: () SIM () NÃO

NOME DO COMPANHEIRO(A) _____ TEL: _____
DATA DE NASCIMENTO: ___/___/___ IDADE: _____ SEXO: F () M ()
ESTADO CIVIL: _____ NATURALIDADE: _____ NACIONALIDADE: _____
ESCOLARIDADE: () SEM ESC. () FUNDAMENTAL _____ () MÉDIO _____ () SUPERIOR _____
OCUPAÇÃO: _____ VÍNCULO EMPREGATÍCIO: () SIM () NÃO
NOME DA TESTEMUNHA: _____ RG: _____
GRAU DE PARENTESCO: _____ TELEFONE: _____

COMPOSIÇÃO FAMILIAR

Nº GESTAÇÕES: ___ Nº FILHOS VIVOS: ___ TIPOS DE PARTO: NORMAL ___ FORCEPS ___ CESÁREA ___
ABORTOS: () SIM () NÃO QUANTOS? _____ NATIMORTOS: () SIM () NÃO QUANTOS? _____
FILHOS FALECIDOS: () SIM () NÃO QUANTOS? ___ QTS FILHOS FORAM PLANEJADOS: _____
FILHOS DE RELAÇÕES ANTERIORES? SIM () NÃO () QTOS? _____
DA RELAÇÃO ATUAL? () SIM () NÃO QTOS? _____

NOME	IDADE	VINCULO	ESCOLARIDADE	OCUPAÇÃO

Entrevista Planejamento Reprodutivo – Frente – Cód. P. 198B



PREFEITURA DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL E MATERNIDADE ESCOLA
DR. MÁRIO DE MORAES ALTENFELDER SILVA
Vila Nova Cachoeirinha



DECLARAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO - REUNIÃO DE PLANEJAMENTO FAMILIAR

Declaro que o(a) Sr.(a) _____ RH: _____
participou da Reunião de Planejamento Familiar em ____/____/____
na qual foram explicados todos os métodos anticoncepcionais disponíveis na rede
da prefeitura.

Nome e Registro Profissional (ou Carimbo)
Assinatura do Enfermeiro/As. Social ou Psicólogo

1ª via: Paciente
2ª via: Prontuário

Declaração de Participação na Reunião de Planejamento Familiar - Serviço Social - Cód. P 030 A



PREFEITURA DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL E MATERNIDADE ESCOLA
DR. MÁRIO DE MORAES ALTENFELDER SILVA
Vila Nova Cachoeirinha



ETIQUETA

Prontuário: _____
 Nome: _____
 Mãe: _____
 CNS: _____
 SIS pré-natal: _____
 Setor: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

ENTREVISTA PACIENTE ONCOLOGIA - SERVIÇO SOCIAL

PÉLVICA () MAMÁRIA ()

IDENTIFICAÇÃO Data: ____/____/____

Endereço: _____

Estado Civil: () Casada () Un. Estável () Solteira () Divorciada () Viúva Idade: _____

Escolaridade: () Sem Escolaridade () Fund. _____ () Méd. _____ () Sup. _____

Contatos: _____

COMPOSIÇÃO FAMILIAR

NOME	ID.	VÍNCULO	EST.CIVIL	MESMA RES.	OCUPAÇÃO

SITUAÇÃO EMPREGATÍCIA

Ocupação: _____ Vínculo: () S () N Previdência Social: () S () N FGTS/PIS: () S () N

DIAGNÓSTICO/TRATAMENTO

Como tomou conhecimento da doença: () Sintomas _____
 () Auto-exame () Papanicolaou () Exames () Outros _____

Iniciou imediatamente o tratamento: () S Local: _____ () N Motivo: _____

Biópsia: () S () N Cirurgia: () S () N Qual? _____

Encaminhada para: Avaliação Onco Clínico () S () N QT- neo () S () N QT () S () N

RT () S () N Braquiterapia () S () N Outros _____

APOIO

Comentou com alguém: () S Quem? () companheiro () filhos () irmãos () amigos () outros _____
 () N Motivo? _____

Vem acompanhada às consultas: () S Por quem? _____ () N Motivo _____

Entrevista Pacientes da Oncologia - Serviço Social – frente – Cód. P 199A



Dados Obstétricos:

GPA: _____ Filhos Vivos: _____ Perdas: _____ Gestações Planejadas: _____
Idade Gestacional: _____ DPP: ____ / ____ / ____ MAC utilizados: _____

Há quanto tempo sabe do diagnóstico? _____ Pessoas que conhecem a situação de saúde da paciente: a- _____ b- _____
c- _____

Exames anti-HIV:

Companheiro: _____

Filhos: _____

Avaliação de risco:

Sexual: _____

Sanguíneo: _____

Outros: _____

Situação Progressiva (HIV):

Encaminhada por: _____

Faz tratamento? () sim () não

Onde? _____

Intervenção: _____

Plano de Ação: _____

Atualização de Endereço: _____

Bairro: _____ Fone: _____

Ponto de Referência: _____

Endereço após alta: _____



Blank lined area for text entry.

Nome e CRESS (ou Carimbo)
Assinatura Assistente Social

Serviço Social - Clínica - 04 - Cód. P.097 A



PREFEITURA DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL E MATERNIDADE ESCOLA
DR. MÁRIO DE MORAES ALTENFELDER SILVA
Vila Nova Cachoeirinha



ETIQUETA

Prontuário:	_____
Nome:	_____
Mãe:	_____
CNS:	_____
SIS pré-natal:	_____
Setor:	_____
Enfermaria:	_____
Leito:	_____

RELATÓRIO – SERVIÇO SOCIAL

*Nome e CRESS (ou Carimbo)
Assinatura Assistente Social*

Relatório Serviço Social – frente – Cód. P 197A



Nome e CRESS (ou Carimbo)
Assinatura Assistente Social

Relatório Serviço Social – verso – Cód. P 197A



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSP. MUN. MAT. ESC. DR.MARIO DE MORAES A. SILVA
(Hosp. Mun. Mat. Escola Vila Nova Cachoeirinha)



ENCAMINHAMENTO

A (o): _____

ENCAMINHAMOS À V.S.^a _____

PARA ATENDIMENTO NESTA INSTITUIÇÃO

CONTAMOS COM A SUA COLABORAÇÃO E AGRADECEMOS A
ATENÇÃO DISPENSADA, COLOCANDO-NOS À DISPOSIÇÃO PARA QUAISQUER
ESCLARECIMENTOS QUE SE FIZEREM NECESSÁRIOS ATRAVÉS DO FONE:

São Paulo, _____ de _____ de _____

Encaminhamento para Recursos Sociais - D 037



REMETENTE:

HOSPITAL MUN. MAT. ESCOLA DR. MÁRIO DE MORAES ALTENFEIDER SILVA

Av. DEPUTADO EMÍLIO CARLOS, 3100 - VILA NOVA CACHOEIRINHA

CEP: 02720-200

FONE: 3986-1000 (PABX)

Encaminhamento para Recursos Sociais - D 037





TERAPIA OCUPACIONAL





1. ROTINA DA TERAPIA OCUPACIONAL COM BEBÊS DE ALTO RISCO – UNIDADE NEONATAL

1.1. OBJETIVOS

- Viabilizar atendimento humanizado, respeitando a individualidade de cada bebê e de sua família, propiciando um trabalho direcionado à mãe e ao meio que o rodeia, e o qual interfere nos seus comportamentos.
- Fortalecimento do processo de apego da relação mãe-bebê e/ou pais/bebê.
- Favorecer estabelecimento de relações adequadas entre mãe/filho e conseqüentemente o desenvolvimento psíquico saudável do bebê.
- Estimular a afetividade e a intimidade entre mãe e bebê e também a interação entre todos os elementos da família.
- Incentivar a participação ativa da mãe e/ou pais durante toda a hospitalização do bebê para conhecimento das suas capacidades em todos os seus aspectos: de interação com eles, com o meio e do desenvolvimento neuropsicomotor.
- Orientação aos pais quanto à manipulação e estimulações adequadas em todos os momentos, assim como adequação da mobília às necessidades do bebê – posturas adequadas no colo, no berço, no carrinho, no banho, durante o despir e vestir, na alimentação (fomites), no brincar- principalmente se o bebê tiver sequela neurológica.
- Estimulação sensório-motora com o objetivo de orientar a estimulação correta, observando o estado de consciência em que o bebê se encontra. Sabe-se que o excesso de estimulação interfere negativamente no processo de desenvolvimento do bebê.
- Propor pequenas adaptações que favoreçam maior conforto ao bebê no berço ou no carrinho e no processo de alimentação, por exemplo: colheres adaptadas, pratos adequados para cada bebê – posturas adequadas.

1.2. PERÍODO DA INTERNAÇÃO

A estimulação motora sensorial deve ser indicada pela equipe multidisciplinar quando o bebê estiver clinicamente estável.



No caso dos bebês com sequelas neurológicas o processo de estimulação deverá ocorrer precocemente. Nos casos contrários, os estímulos deverão ocorrer após sua autorregulação, em todos os seus subsistemas (isto é, após equiparar sua idade cronológica de 6 a 8 semanas de vida extra-uterina).

Obs.: Na ausência da mãe, seja por abandono ou outros problemas de ordem social, o bebê deverá ter assistência especial do tipo “mãe substituta” que poderá ser desempenhada pelo próprio terapeuta ocupacional.

1.3. MOMENTO DA ALTA

No período que antecede a alta, a mãe recebe orientações da equipe multiprofissional (terapeuta ocupacional e fonoaudióloga) a respeito dos cuidados necessários com o lactente em todos os seus aspectos, a saber: ambientação, cuidados gerais com o bebê, higiene, maternagem, estimulação global, reforçando a amamentação e relação afetiva.

1.4. ASPECTOS METODOLÓGICOS

- Utilização do método neuro-evolutivo Bobath, Terapia sensório-integrativa de Jean Ayres, Piaget e fundamentação baseada na teoria winnicottiana.
- Sensibilização, informação e treinamento para os pais sobre as técnicas desenvolvidas.

1.5. MATERIAIS NECESSÁRIOS PARA ESTIMULAÇÃO

- Estímulos visuais e sonoros: chocalho, móbile, lanterna e brinquedos.
- Toalhas e lençóis: adaptações e proteções.

1.5.1. PERÍODO DE ESTIMULAÇÃO

Na dependência da maturidade do desenvolvimento neuropsicomotor de cada bebê. O tempo é variado, com aumento gradativo entre 10 a 20 minutos, no máximo. O objetivo principal é estimular o bebê e orientar os pais para realizar os estímulos adequadamente em sua residência.



1.5.2. FASE DE EVOLUÇÃO DO PLANO

Após a alta hospitalar, o bebê deverá ser acompanhado no ambulatório multiprofissional, objetivando a continuidade do processo de estimulação neuropsicomotora realizada pelo terapeuta ocupacional.

O trabalho de estimulação precoce visa proporcionar ao bebê experiências de caráter neuropsicomotor que permitam prevenir ou minimizar seus déficits e auxiliá-lo no desenvolvimento das suas capacidades nos primeiros anos de vida. Neste processo temos a oportunidade de investigar se o lactente poderá apresentar algum transtorno do desenvolvimento. Caso isto ocorra, o bebê e sua família deverão ser encaminhados para o órgão competente, dentro do seu território, o mais rápido possível.

Estimular uma criança significa motivá-la através de estímulos e situações adequadas à sua etapa do desenvolvimento; explorar o ambiente, estabelecer novas relações com pessoas e objetos, ampliar suas experiências e habilidades, tornando-o independente em todos os seus aspectos.

Para que o processo seja eficaz, faz-se necessária a colaboração da família. A criança recebe estimulação do terapeuta ocupacional, os pais participam e recebem orientações para estimulá-la adequadamente, respeitando as etapas do desenvolvimento, percebendo o ritmo de seu filho e contribuindo dessa forma para uma estimulação eficaz.

- **Período de estimulação:** início gradativo de 10 a 30 minutos. Os pais também recebem orientações. A duração da sessão terapêutica deverá ser de 60 minutos, considerando a estimulação realizada no bebê e as orientações aos pais.

1.5.3. ELEGIBILIDADE

A princípio todos os bebês são elegíveis para orientações e para estimulações. Os bebês com sequela e/ou com outros diagnósticos que necessitem instituições especializadas, deverão ser encaminhados o mais rápido possível, visando à eficácia do tratamento. Após o início do tratamento em outras instituições, o bebê deverá ser desligado da terapia ocupacional no ambulatório.



1.5.4. PROJETO DE ACOLHIMENTO AO RECÉM-NASCIDO COM SÍNDROME DE DOWN NO HMEC

A gestação e o nascimento de um filho fazem parte de uma experiência única, que envolve expectativas e anseios. O filho desejado é sempre saudável no imaginário dos pais. ” *A falta de preparo dos profissionais de saúde para lidar com esse momento delicado de diagnóstico pode vir a agravar os sentimentos, dificultando a aceitação do filho e a busca de tratamento. (...) Sabendo que é de suma importância o papel dos pais no desenvolvimento de seus filhos, a terapia ocupacional pode vir a atuar também junto à família das crianças com deficiência.*” (Silva & Ramos, 2014)

Entendemos a importância do momento da notícia à família de que o filho tem Síndrome de Down, pelo fato de que, reações de negação ou aceitação se refletirão no vínculo a ser estabelecido e, por conseguinte, nos cuidados dispensados ao filho, interferindo no crescimento e desenvolvimento da criança. Quanto mais e melhor informada a família, haverá mais possibilidade de auxiliar no desenvolvimento da criança. ” *Apesar da experiência acumulada nos últimos anos, não é possível prever qual o grau de autonomia que uma criança com SD terá na sua vida adulta. O potencial a ser desenvolvido é sempre uma fronteira a ser cruzada diariamente. No entanto, é consenso para as equipes que atuam no cuidado da pessoa com SD que todo investimento em saúde, educação e inclusão social resulta em uma melhor qualidade de vida e autonomia. (...) A saúde da pessoa com SD está diretamente relacionada aos seus hábitos de vida, portanto, o trabalho dos profissionais da saúde deve se direcionar à promoção de estilos de vida saudáveis no núcleo familiar. Para isto utilizando a estratégia de educação em saúde junto à família, apostando no seu protagonismo e autonomia para compartilhar o cuidado com a pessoa com SD, desta forma estaremos indiretamente promovendo também a saúde da família.*” (Diretrizes de Atenção à Pessoa com Síndrome de Down, Ministério da Saúde, 2013)

Ao nascimento de uma criança com SD, as dúvidas, incertezas e inseguranças são muitas, tanto no que tange à saúde da criança como sobre o seu potencial de desenvolvimento imediato quanto às possibilidades de autonomia futura e qualidade de vida. Tais sentimentos convivem ainda com a dificuldade de aceitação do filho que nasceu diferente dos seus anseios. O apoio de profissionais capacitados neste caso é fundamental para o ajuste familiar à nova situação, favorecendo as possibilidades de tratamento com vistas à saúde física, mental e afetiva da criança. Neste sentido, o momento da notícia do nascimento de uma



criança com SD, tem impacto na aceitação da família e na sua disposição e adesão ao tratamento. Espera-se do profissional que transmite a notícia, uma postura humana e ética, que garanta acolhida e informação adequada à família. É recomendável que algumas diretrizes sejam levadas em conta para a comunicação da suspeita ou do diagnóstico da SD à família:

1. A comunicação quanto a suspeita diagnóstica ou quanto o diagnóstico de SD deve ser feita quando sinais e sintoma característicos sejam identificados por mais de um membro da equipe;
2. A comunicação à mãe deve ser feita preferencialmente na presença do pai, ou na sua ausência, de outro membro da família que represente um relacionamento significativo;
3. Antes da notícia é importante que a mãe e o pai tenham tido a oportunidade de ver, acariciar e amamentar o recém-nascido criando o vínculo com o bebê e evitando ideias fantasiosas após o diagnóstico;
4. O local deve ser reservado e protegido de interrupções;
5. O pediatra deve ter tempo disponível para comunicar o diagnóstico ou a suspeita de SD, informar o que isso significa e orientar quanto aos exames e encaminhamentos necessários;
6. Durante o exame físico, mostrar para os pais quais as características fenotípicas da SD que levaram ao diagnóstico clínico;
7. Recomenda-se que desde o primeiro contato, parabenizar os pais, chamar o bebê e os pais pelos respectivos nomes; e
8. As informações, ainda na maternidade, devem ser apenas as essenciais para que a família crie o vínculo com o bebê e compreenda a necessidade dos exames e procedimentos solicitados. O encaminhamento para os profissionais que darão continuidade ao acompanhamento do bebê deve ser reforçado e esclarecer a família que este profissional irá complementar as informações gradualmente.

Uma comunicação eficaz favorece a participação efetiva dos pais nas decisões quanto à conduta com os filhos. Durante o atendimento e o acompanhamento de uma criança com SD é importante ressaltar que a palavra “síndrome” significa um conjunto de sintomas e “Down” é o nome do médico que pela primeira vez o descreveu. Recomendamos ainda evitar a palavra “portador”, pois SD não é algo que se leva junto a si, como uma mochila, mas sim é um jeito diferente de estar na vida, ou seja, é uma condição de vida, nos referimos a pessoa com SD.



A etiologia deve ser abordada de forma simples, buscando o entendimento da família e pode ser necessário mostrar um cariótipo e explicar o que ele significa. Explicar que aquele conjunto de cromossomos traz as informações genéticas de cada indivíduo, e quando está alterado para mais ou para menos, caracteriza uma síndrome genética cromossômica e que este material genético está presente em todas as células do organismo. No caso da SD existe um cromossomo 21 a mais que é o responsável pelas características clínicas da SD. Não existe cura para a SD, mas é importante salientar que existe tratamento e que ele é fundamental para que a pessoa com SD possa conquistar maior autonomia e qualidade de vida no futuro.

Discutir com os pais a etiologia é importante no sentido de diminuir dúvidas e sentimentos de culpa. Enfatizar que o cuidado com o bebê e com a criança será compartilhado entre a família e a equipe multiprofissional, e que a família não estará sozinha e sem apoio neste processo. Por se tratar de uma alteração de origem genética, pode ser necessário o encaminhamento a uma consulta de Aconselhamento Genético com médico geneticista.

O serviço de Terapia Ocupacional proporciona o acolhimento aos familiares do bebê com síndrome de Down, principalmente às mães e procura a empatia através da experiência pessoal de uma das terapeutas, mãe de um adolescente com SD. Através da apresentação pessoal, relatos da vivência pessoal em conversas com os pais, os quais falam sobre a descoberta, dúvidas e inseguranças quanto ao diagnóstico e suas implicações, estabelecemos o vínculo terapêutico e as possibilidades e importância dos cuidados.

1.5.5. ASPECTOS METODOLÓGICOS

Os mesmos citados no item 1.4



2. ROTINA DO SERVIÇO DE TERAPIA OCUPACIONAL NA CASA DA GESTANTE DE ALTO RISCO

2.1. OBJETIVO GERAL

A atuação da Terapia Ocupacional no contexto da Casa da Gestante, baseia-se nas questões observadas em internações prolongadas das gestantes, como o aumento da ansiedade, medo, angústia, além de situações geradoras de stress, como expectativas em relação à saúde e de desenvolvimento do bebê. Através das atividades terapêuticas a Terapia Ocupacional apresenta-se como instrumento introdutor e promotor de mudanças em contextos desfavoráveis para todos os agentes envolvidos no processo de hospitalização, através de uma assistência humanizada capaz de promover a participação na vida de maneira mais saudável, feliz e produtiva, utilizando-se do envolvimento em ocupações.

2.2. OBJETIVO ESPECÍFICO

Minimizar situações de impactos da rotina hospitalar e funcionar como elemento integrador, tanto para pacientes e seus familiares, bem como para a equipe de saúde. Criar espaços desfocados da doença, oferecendo vivências de bem estar, prazer e resgate de aspectos saudáveis. Estimulando a vivência da gestação de alto risco de maneira segura e tranquila.

2.3. ATUAÇÃO

2.3.1. Atendimentos grupais: realizados com todas as pacientes internadas na Casa da Gestante de Alto Risco que não houver indicação médica para repouso absoluto.

- Nº de participantes: Entre 2 a 20
- Duração: Entre 1h30 e 2h00



- Horário: Período matutino e vespertino, respeitando a rotina dos Serviços médicos, laboratoriais e de enfermagem na Casa da Gestante de Alto Risco.

2.3.2. Atendimento individual: realizados nos leitos quando há indicação médica para repouso absoluto.

2.3.3. Participações em Reuniões Clínicas com o objetivo de conhecer a situação clínica das pacientes e discutir a demanda de atuação de cada Serviço envolvido no cuidado com as mesmas, favorecendo a abordagem e conduta adequadas, além de manter o conhecimento dos padrões que norteiam o funcionamento da equipe.

2.4. ESTRATÉGIAS: ATIVIDADES TERAPÊUTICAS, PREVIAMENTE AVALIADAS E ORGANIZADAS

2.4.1. Atividades plásticas: pintura, desenho, modelagem, colagem, trabalhos gráficos.

2.4.2. Atividades lúdicas: jogos, música.

2.4.3. Atividades de tecelagem: costura, bordado, tricô, crochê, macramê, outros.

2.4.4. Atividades educativas: Orientações acerca do aleitamento, do desenvolvimento neuropsicomotor e cuidados com o bebê a termo e pré-termo.

2.5. CONSIDERAÇÕES

Observamos que a atuação do Serviço de Terapia Ocupacional que se dá através da realização de atividades e manuseio de diferentes materiais e técnicas transforma-se em recurso estratégico e facilitador para o



desenvolvimento de projetos que visam o investimento em atitudes que contribuem para o aumento do orçamento familiar, extrapolando os limites do período de internação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

DE MARCO, Mario Alfredo. A face humana da medicina: o modelo biomédico ao modelo biopsicossocial. São Paulo: CASA DO PSICÓLOGO, 2003.

DITZ, E. da S., MELO, D.C.C. de e PINHEIRO, Z.M.M. – A terapia ocupacional no contexto da assistência à mãe e à família de recém-nascidos internados em unidade de terapia intensiva. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v.17, n.1, p.42-47, jan/abr. 2006.

DOMINGUES, A.C.G. e MARTINEZ, C. M. S. – Hospitalização infantil: buscando identificar e caracterizar experiências de terapia ocupacional com crianças internadas. *Cad. Ter. Ocup. UFSCar*, São Carlos, v.9, n.1, p. 16-29, 2001.

JOAQUIM, R.H.V.T., SILVESTRINI, M.S. e MARINI, B.P. R. – Grupo de mães de bebês prematuros hospitalizados: experiência de intervenção de Terapia Ocupacional no contexto hospitalar. *Cad. Ter. Ocup. UFSCar*, São Carlos, v.22, n.1, p. 145-150, 2014.

SCHWARTZMAN, J.S. – Síndrome de Down, São Paulo: Mackenzie, 1999.

SILVA, C. C. e RAMOS, L. L. – Reação dos familiares frente à descoberta da deficiência dos filhos. *Cad. Ter. Ocup. UFSCar*, São Carlos, v.22, n.1, p. 15-23, 2014.





SEGURANÇA DO PACIENTE





SEGURANÇA DO PACIENTE

Daniela Sayuri Misawa

A preocupação com a Segurança do Paciente existe desde 460 a.C. quando Hipócrates pronunciou “Primeiro, não cause dano”.

Até recentemente os erros associados à assistência eram considerados um “subproduto” inevitável da medicina moderna ou um infortúnio advindo de maus prestadores desses serviços¹. Essa concepção começou a mudar em 1999 a partir da publicação do relatório “Errar é humano: Construindo um sistema de saúde mais seguro” que apontou uma estimativa entre 44.000 a 98.000 americanos que morrem por ano devido aos erros na assistência à saúde. Os custos anuais desses erros estavam em torno de US\$17 a 29 bilhões. Esse relatório também identificou o problema nos sistemas falhos e não em falhas nas pessoas².

Em muitas pesquisas o termo evento adverso foi definido como dano causado pelo cuidado à saúde e não pela doença de base, que prolongou o tempo de internação ou resultou em uma incapacidade presente no momento da alta. Em média, 10% dos pacientes internados sofrem algum tipo de evento adverso e destes 50% são evitáveis^{3,4,5}.

Assim normativas que tratam da prevenção e controle de eventos adversos relacionados à assistência à saúde, têm sido instituídas no País. Com isso, o Ministério da Saúde lança a Portaria 529/2013⁶ instituindo o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), demonstrando comprometimento governamental contribuindo para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde em território nacional, e promovendo maior segurança para os pacientes, profissionais de saúde e ambiente de assistência à saúde.

Ainda em 2013 a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) com o apoio do Ministério da Saúde publicam a Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº36⁷, que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde, estabelecendo a obrigatoriedade da implantação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) que exerce papel fundamental na elaboração e execução do Plano de Segurança do Paciente (PSP).

Em consonância com a RDC 36, o PSP estabelece estratégias e ações de gestão de risco, conforme as atividades desenvolvidas pelo serviço de saúde para:



- I- Identificação, análise, avaliação, monitoramento e comunicação dos riscos no serviço de saúde, de forma sistemática;
- II- Integrar os diferentes processos de gestão de risco desenvolvidos nos serviços de saúde;
- III- Implementação de protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde;
- IV- Identificação do paciente;
- V- Higiene das mãos;
- VI- Segurança cirúrgica;
- VII- Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos;
- VIII- Segurança na prescrição, uso e administração de sangue e hemocomponentes;
- IX- Segurança no uso de equipamentos e materiais;
- X- Manter registro adequado do uso de órteses e próteses quando este procedimento for realizado;
- XI- Prevenção de quedas dos pacientes;
- XII- Prevenção de úlceras por pressão;
- XIII- Prevenção e controle de eventos adversos em serviços de saúde, incluindo as infecções relacionadas à assistência à saúde;
- XIV- Segurança nas terapias nutricionais enteral e parenteral;
- XV- Comunicação efetiva entre os profissionais do serviço de saúde e entre serviços de saúde;
- XVI- Estimular a participação do paciente e dos familiares na assistência prestada;
- XVII- Promoção do ambiente seguro.

A *Joint Commission International (JCI)*, em parceria com a OMS, estabeleceu seis metas internacionais de segurança do paciente, com o objetivo de promover melhorias específicas em situações da assistência consideradas de maior risco.

Figura 1. Crachá com as Metas Internacionais de Segurança do Paciente distribuídos a todos os funcionários do HMEC.



1. NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES/ EVENTOS ADVERSOS

Lucian Leape considera que para um sistema de notificação de incidentes seja efetivo são necessárias as seguintes características⁸:

- Não punitivo;
- Confidencial;
- Independente- os dados analisados por organizações;
- Resposta oportuna para os usuários do sistema;
- Orientado para soluções dos problemas notificados;
- As organizações participantes devem ser responsivas as mudanças sugeridas.



O que notificar?

Notificar qualquer ocorrência relacionada à Segurança do Paciente.

Como e onde notificar?

O HMEC adotou o sistema de notificação voluntária manual através de impresso próprio (Figura 2), disponível nos setores para depositar em urnas (Figura 3) localizadas nos setores: Alojamento Conjunto, Internação Adulto, Pronto Socorro, Unidade Neonatal e Bloco Cirúrgico ou entregar pessoalmente no Núcleo de Segurança do Paciente.



Figura 2. Impresso de notificação de incidentes/ eventos adversos (frente).

 <p>PREFEITURA DE SÃO PAULO SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE HOSPITAL MUNICIPAL E MATERNIDADE ESCOLA DR. MÁRIO DE MORAES ALTENFELDER SILVA Vila Nova Cachoeirinha</p>				ETIQUETA Prontuário: _____ Nome: _____ Mãe: _____ CNIS: _____ SIS pré-natal: _____ Setor: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____	
Data da notificação: _____ / _____ / _____					
FORMULÁRIO PARA NOTIFICAÇÃO: INCIDENTES/ EVENTOS ADVERSOS/ NÃO CONFORMIDADES/ RISCOS/ QUEIXA TÉCNICA <i>A notificação não tem caráter punitivo, visando apenas a melhoria dos processos. É confidencial e pode ser anônima.</i>					
INFORMAÇÕES DO PACIENTE					
Idade: _____		Sexo: () Feminino () Masculino		Gestante? () Sim () Não	
Puérpera? () Sim () Não		Data da admissão: _____ / _____ / _____			
DADOS DO NOTIFICADOR (OPCIONAL)					
Nome: _____		e-mail: _____		Função: _____	
DESCRIÇÃO DA OCORRÊNCIA					
Data da ocorrência: _____ / _____ / _____		O evento já ocorreu anteriormente? () Sim () Não		Quantas vezes? () Duas vezes () Mais de quatro vezes () Três vezes () CGAR	
Local da ocorrência: () Alojamento Conjunto () UTI Adulto () Internação Adulto () PSO () CGAR		() Centro Cirúrgico () Pré-parto () Ambulatório () Laboratório () Outros			
Fato: O que aconteceu? _____					
Possíveis falhas: () Procedimento () Medicamento () Material () Equipamento () Estrutura () Comunicação () Outros					
A ocorrência ocasionou ou poderá ocasionar danos à saúde? (Em caso afirmativo descreva os danos) _____					
Providências Tomadas: _____					
Locais onde colocar os formulários preenchidos: existem 5 urnas distribuídas nos setores Alojamento Conjunto, Unidade Neonatal, Pronto Socorro, Internação de Adultos e Bloco Cirúrgico					

Formulário para Notificação de Incidentes - frente - Cód. 1964

Figura 3. Urna para depositar as notificações.

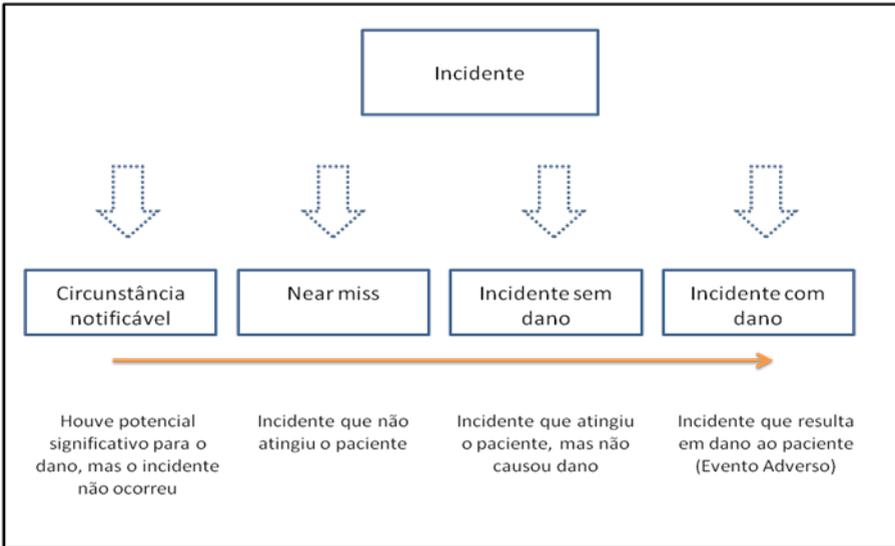


Por que notificar?

As notificações são avaliadas pela Comissão de Gerenciamento de Risco e Segurança do Paciente, analisadas e classificadas de acordo com a Taxonomia da OMS⁹ (Figura 4) para providências corretivas e preventivas.



Figura 4. Taxonomia OMS – ICPS 2009



Algumas notificações necessitam da formação de um grupo de investigação, utilizando as ferramentas de *Brainstorming* e Diagrama de Ishikawa para analisar a causa raiz, finalizando com a elaboração de um plano de ação estruturado na ferramenta 5W2H.

2. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este capítulo aborda resumidamente o tema Segurança do Paciente, como um assunto de extrema importância no panorama mundial, intensificando assim as iniciativas voltadas para esse fim.

No HMEC desde o início essas iniciativas foram norteadas pelas legislações vigentes, com o objetivo da aplicabilidade das boas práticas de segurança, contribuindo para a disseminação de uma cultura justa, prevenindo danos desnecessários aos pacientes.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Watcher, RM. Compreendendo a segurança do paciente. Porto Alegre: Artmed; 2010.
- 2 Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, McKay T, Pike KC. To err is human. Washington, DC: National Academy Press; 2000.
- 3 Wilson RM, Runciman WB, Gibbert RW, Harrison BT, Newby L, Hamilton JD. The quality in Australian health care study. Med J Aust. 1995;163(9):458–71.
- 4 Vincent C, Neale G, Woloshynowych M. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. BMed J. 2001;322:517–9.
- 5 Baker GR, Norton PG, Flintoft V et al. The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. Canadian Med Assoc J. 2004; 170:1678-86.
- 6 Ministério da Saúde (Brasil). Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM nº 529, de 1 de abril de 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html.
- 7 Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde dá outras providências. Diário Oficial da União, 26 jul 2013.
- 8 Leape LL. Reporting of adverse events. N Engl J Med. 2002; 347.20.
- 9 The Conceptual Framework for the Internacional Classification for Patient Safety v1.1. Final Technical Report and Technical Annexes, 2009. Disponível em: www.who.int/patientsafety/taxonomy/en/

COLEÇÃO DE PROTOCOLOS - HMEC - 2016

MISSÃO

Realizar assistência, ensino e pesquisa da mais alta qualidade em saúde da mulher e do recém-nascido no âmbito do SUS.

VISÃO

Ser um centro interdisciplinar de excelência e referência nacional para o SUS em saúde da mulher e do recém-nascido.

VALORES

- * O orgulho de ser uma instituição pública, confiável, eficiente e resolutiva.*
- * O compromisso com uma gestão participativa e favorecedora do desenvolvimento das potencialidades humanas, onde o prazer do trabalho em equipe possa ser fonte de inspiração e crescimento pessoal.*
- * A fé no ideal humanista de servir, assumindo decisões clínicas multiprofissionais e interdisciplinares, baseadas na ética e nas melhores evidências científicas, mantendo o espírito sempre aberto a práticas inovadoras.*