

EDITORIAL

O conhecimento científico tem um potencial para transformar a gestão Sistema Único de Saúde (SUS) e promover a qualidade da atenção prestada à população. Por isso, é importante realizar eventos científicos que aproximem pesquisadores, gestores, trabalhadores e usuários do SUS, a fim de democratizar o conhecimento científico produzido no próprio Sistema.

Desde 2012, na Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES-GO), há um fluxo de monitoramento e acompanhamento de pesquisas científicas realizadas em Unidades Administrativas e Unidades de Saúde próprias da SES-GO. Esse fluxo permite que a gestão da SES-GO conheça e acompanhe as pesquisas executadas em suas Unidades por pesquisadores internos ou externos, oriundos de Instituições de Ensino Superior e Pesquisa, garantindo que o conhecimento produzido retorne para o SUS em Goiás. O fluxo é gerenciado pelo Centro de Excelência em Ensino, Pesquisas e Projetos - Leide das Neves Ferreira (CEEPP-LNF), subordinado à Superintendência de Educação em Saúde e Trabalho para o SUS (SEST-SUS), da SES-GO.

Atendendo à necessidade de divulgar os resultados das pesquisas científicas acompanhadas nesse fluxo, o CEEPP-LNF e a SEST-SUS realizaram no dia 22 de novembro de 2017 a 1ª Jornada Científica da SES-GO, no auditório da Escola Estadual de Saúde Pública de Goiás “Cândido Santiago”.

O evento permitiu que os principais trabalhos científicos desenvolvidos nas Unidades da SES-GO, no período de 2012 a 2017, fossem divulgados para a comunidade científica, instituições de Ensino, gestores, trabalhadores e usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e o público em geral. Foram apresentados nove trabalhos na forma de exposição oral e outros 20 trabalhos em painéis.

Outro grande objetivo da Jornada foi discutir o panorama da pesquisa científica e da incorporação do conhecimento científico no SUS, através de palestras e rodadas de perguntas.

A primeira palestra proferida na Jornada foi “Pesquisa Científica no SUS”, pelo palestrante Dr. José da Rocha Carneiro, médico, professor aposentado da USP, doutor em parasitologia e colaborador do Instituto de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo. A palestra abordou o histórico do desenvolvimento da pesquisa científica no SUS, bem como as agendas internacionais e nacionais de pesquisa em Saúde Coletiva.

A segunda palestra do evento foi “Evidências científicas na tomada de decisão: Realidade e perspectivas no Brasil”, proferida por Dr. Jorge Otávio Maia Barreto, professor Fundação Oswaldo Cruz de Brasília. Abordou o grande desafio, no Brasil e no mundo, da incorporação de evidências produzidas em pesquisas científicas na gestão dos sistemas de saúde, especialmente do SUS, e o fato que as agendas de pesquisa deveriam ser direcionadas para as necessidades reais de saúde da população brasileira.

Diante do exposto, como memória da 1ª Jornada Científica da SES-GO, estamos publicando este suplemento do volume 3 da Revista Científica da Escola Estadual de Saúde Pública “Cândido Santiago” – RESAP, com os resumos dos trabalhos científicos apresentados.

Aurélio de Melo Barbosa

Gerente do Centro de Excelência em Ensino, Pesquisas e Projetos - Leide das Neves Ferreira (CEEPP-LNF/SEST-SUS/SES-GO)

Renato Alves Sandoval

Editor-Chefe da Revista Científica da Escola Estadual de Saúde Pública “Cândido Santiago” – RESAP

APRESENTAÇÃO ORAL**Apresentação 1****HISTOPLASMOSE DISSEMINADA EM PACIENTES COM AIDS:
CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS E ANÁLISE
ESPACIAL EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA DE UMA METRÓPOLE
DO CENTRO- OESTE BRASILEIRO**

FERREIRA, Bianca da Silva¹
ARAÚJO FILHO, João Alves de²
GODOY, Cassia Silva de Miranda²

1. Médica infectologista
2. Médico(a) infectologista, Hospital de Doenças Tropicais de Goiânia

Introdução: A histoplasmoze é uma doença fúngica comumente observada em pacientes com AIDS como uma doença oportunista. É uma doença negligenciada em muitos países, especialmente na América Latina, incluindo o Brasil. Existe importante relação com fatores ambientais, mesmo em áreas urbanas, onde a sua incidência tem aumentado. **Métodos:** Foi realizada uma revisão de prontuários de pacientes com AIDS e histoplasmoze, que vivem em na região metropolitana de Goiânia, no período de janeiro de 2003 a julho de 2014. Os casos selecionados foram georreferenciados, para analisar a incidência de histoplasmoze em pacientes de AIDS na região metropolitana de Goiânia. **Resultados:** Um total de 166 pacientes preencheram os critérios de inclusão com diagnóstico de coinfeção AIDS e histoplasmoze. Foram identificados 130 pacientes do sexo masculino, e quase a metade dos pacientes (41%) o diagnóstico de AIDS e histoplasmoze ocorreu simultaneamente. A mortalidade geral foi de 53% (88 pacientes). Os principais sintomas foram respiratórios, gastrointestinais e cutâneos. A distribuição dos casos ocorre em quase todas as regiões da área urbana, com alguma predominância nas regiões leste e oeste, nas proximidades de áreas de degradação ambiental, contaminação de fontes de água, e de urbanização não planejada. **Conclusão:** A coinfeção HIV/HD é comum em nosso hospital de referência em doenças infecciosas com altas taxas de mortalidade, e muitos pacientes relataram que vivem em áreas urbanas como Goiânia e Aparecida de Goiânia, mesmo que a histoplasmoze tenha epidemiologia predominantemente rural. Nossos resultados sugerem a necessidade de estudos ambientais para determinar a contaminação ambiental e os possíveis fatores de risco locais para infecção pelo *H. capsulatum*; e também inquéritos sorológicos, para determinar a prevalência desta infecção nas cidades estudadas.

Apresentação 2

**SOBREVIDA DE PORTADORES DA COINFECÇÃO HIV/TB EM
GOIÁS: UM ESTUDO DE COORTE**SOUZA, Christiane Moreira¹SOUZA, Sandra Maria Brunini de²

1. Mestre em Enfermagem, Universidade Federal de Goiás
2. Docente no Mestrado em Enfermagem, Universidade Federal de Goiás

A coinfeção HIV/TB representa um desafio para a saúde pública, uma vez que essa associação tem impactado simultaneamente a epidemiologia, a história natural e a evolução clínica de ambas as doenças. O objetivo deste estudo foi analisar a sobrevida de indivíduos coinfectados pelo HIV e Mtb em Goiás. Trata-se de um estudo de coorte retrospectiva (2003-2011) de natureza epidemiológica com indivíduos infectados pelo HIV e que desenvolveram tuberculose no período do estudo. Foi realizado linkage entre os registros dos prontuários dos pacientes em seguimento no hospital de referência com a base de dados do SINAN-TB e SIM de Goiás. A probabilidade acumulada de sobrevida foi calculada pelo método de Kaplan-Meier. Dentre os coinfectados, a média de idade foi 35,2 anos; a maioria era do sexo masculino (74,1%); com escolaridade inferior a oito anos de estudo (45,6%); não casados (67,4%); negros ou pardos (78,5%) e residentes no interior de Goiás (70,7%). A incidência da coinfeção HIV/TB foi de 7,1%. Ainda, 61,5% dos coinfectados apresentaram contagem de LT-CD4+ <350 cel/mm³; 83,0% realizaram BAAR e 42,2% o PPD. As formas extrapulmonar e a mista representaram 76,7% dos casos. O Esquema I foi o mais utilizado para tratamento de TB (86,3%) e 67,4% dos coinfectados iniciaram o uso da TARV. O óbito ocorreu para 36,7% dos coinfectados. A análise univariada identificou que possuir contagem do primeiro LT-CD4+ < 350 cel/mm³ esteve associado ao desenvolvimento de TB (OR: 2,93); o óbito foi o dobro entre os portadores da coinfeção (OR: 2,07) e que o sexo masculino foi o mais acometido pela TB (OR: 1,79). A análise da sobrevida acumulada identificou que 4,0% dos coinfectados desenvolveram TB simultaneamente ao diagnóstico de HIV; o desenvolvimento de TB foi maior para o sexo masculino ($p < 0,001$); indivíduos com valores da contagem de LT-CD4+ ≤ 00 cel/mm³ tiveram maior probabilidade de apresentar TB ($p < 0,001$) e não ter iniciado a TARV em até 24 meses após o diagnóstico de tuberculose, o que contribuiu significativamente para o aumento da taxa de óbitos ($p < 0,001$). Faz-se necessário o desenvolvimento de políticas conjuntas que visem diminuir o impacto epidemiológico e clínico de uma doença sobre a outra, tornando prioridades: a detecção precoce do HIV e TB, adesão a TARV, investigação de TB nos indivíduos portadores de HIV, tratamento da TB latente, ampliação do tratamento diretamente observado e capacitação dos profissionais.

Apresentação 3**AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE AS VÍTIMAS PARA OS
AUTORES DE VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇAS E
ADOLESCENTES****ESBER, Karen Michel¹**

O tema principal desta tese tem como centro a análise das representações sociais sobre as vítimas de violência sexual na concepção de vinte e seis autores de violência sexual (AVS) contra crianças e adolescentes, encarcerados na Penitenciária Coronel Odenir Guimarães (POG), situada na cidade de Aparecida de Goiânia, Estado de Goiás, Brasil. A metodologia da abordagem qualitativa conduz a tarefa investigativa e o amparo teórico busca os saberes das Ciências Sociais e da Teoria das Representações Sociais, que suscitam a reflexão para além do indivíduo, considerando os contextos conceitual, histórico, científico, midiático, jurídico e institucional. A apresentação dos entrevistados tem como fundamento duas perspectivas: a da instituição prisional, por meio da pesquisa documental nos prontuários dos AVS e a dos entrevistados, a partir de sessenta e um contatos pessoais “entrevistador-entrevistados”, mesclados pela conduta formal caracterizada pelo preenchimento do questionário padrão e pelos diálogos, tanto os propositadamente direcionados aos temas: história de vida, sexualidades (de si próprios e de suas vítimas), crianças e adolescentes, violência sexual praticada e sofrida, vítimas de violência sexual, dentre outros, como os momentos de estímulo às manifestações livres e narrativas dos AVS. O resultado das entrevistas evidenciou duas constantes entre os AVS, a partir do campo empírico: a maioria rotula como monstros, doentes ou anormais as pessoas que praticam violência sexual e as diferentes facetas entre negar e assumir a violência. Sob a ótica da autora deste documento, a análise das representações sociais dos AVS sobre as vítimas de violência sexual elegeu três unidades de significação: vítimas e vítimas de violência sexual, crianças/adolescentes e sexualidade (das vítimas e dos AVS). As principais conclusões indicam que os entrevistados reconhecem crianças e adolescentes que experimentam contato sexual com adultos na condição de vítimas, relação esta nomeada como uma violência e um ato moralmente condenável; elencam consequências maléficas da violência sexual para as vítimas e também para si próprios, evidenciando sua indissociabilidade; apresentam contradição entre não realizar distinção entre as categorias crianças e adolescentes (ambas representadas como imaturas biológica, psíquica e emocionalmente) e hierarquizar crimes a partir da categoria idade; nomeiam crianças e adolescentes em interação sexual com adultos como inocentes, sedutoras e coautoras, mas sempre vítimas; manifestam que o desejo sexual, quando existente, está direcionado apenas às

¹ Subcoordenação de Pós-graduação Lato e Stricto Sensu/Gerência da Escola Estadual de Saúde Pública “Cândido Santiago”/ Superintendência de Educação em Saúde e Trabalho para o SUS/ Secretaria de Estado da Saúde de Goiás. E-mail: kaesber@gmail.com

vítimas das violências que cometeram, e não a outras crianças e adolescentes; demonstram cristalização dos lugares de autor e de vítima de violência a partir da categoria gênero; relatam diversas emoções negativas sobre si próprios em relação à violência sexual praticada e às consequências provocadas nas vidas de suas vítimas, tais como arrependimento, nojo, raiva, culpa, vergonha, autoimagem de monstrosidade. Suas representações estão em consonância com os três conceitos parâmetros adotados e com aquelas produzidas e reproduzidas pelo senso comum, mídia, legislação, literatura especializada e discursos institucionais. Os achados evidenciados neste trabalho e a abordagem analítica empregada indagam a asserção de parte da literatura especializada internacional quanto ao fato de que os AVS não conseguem reconhecer as necessidades emocionais de suas vítimas, pois apresentariam déficits de empatia para com elas, explicando o problema sob um viés estritamente intrapsicológico. Finalizando, e com base em autores das áreas das Ciências Sociais, surge como necessário o exercício de uma nova interpretação que vincule entre a experiência individual e social dos AVS às teorias psicossociais dominantes, como forma de contribuir para o campo dos estudos brasileiros especializados sobre os AVS, como também proporcionar aos profissionais da área, a tranquilidade e o conhecimento mínimos para o trato, no campo jurídico, e para o tratamento, no campo da saúde física e mental dos AVS, aqui vistos para além dos estereótipos que lhes são imputados antes mesmo de serem julgados.

Palavras-chave: autor de violência sexual; vítima de violência sexual; criança e adolescente; sexualidade; ciências sociais.

Apresentação 4

**ACESSO E ACOLHIMENTO INSERIDOS NO PROCESSO DE
TRABALHO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE****CASTRO**, Lorena Peres¹
SOUZA, Marta Rovey de²

1. Enfermeira da Estratégia de Saúde da Família do município de Goiânia – GO, lorenaperes@hotmail.com.
2. Profª. Associada - Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Goiás (UFG), Coordenadora do Observatório da Saúde de Populações Vulneráveis, martary@gmail.com.

**Este trabalho consiste no resumo expandido dos principais resultados da dissertação de mestrado de Lorena Peres Castro, apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde coletiva da Universidade Federal de Goiás - MPSC/UFG, 2017.*

Introdução: A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), pautado nos princípios doutrinários da universalidade, equidade e integralidade, remete a garantia e ampliação do acesso da população aos serviços de saúde (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). A ideia de que acesso é uma dimensão do desempenho dos sistemas de saúde associada à oferta é prevalente para muitos autores (STARFIELD, 2002; DONABEDIAN, 2003; ASSIS; JESUS, 2012). No entanto, percebe-se uma tendência de ampliação deste conceito, do seu eixo de entrada nos serviços somado à qualidade dos resultados obtidos com os cuidados prestados (ASSIS; JESUS, 2012). Nesse contexto, o acolhimento à demanda espontânea dos usuários no sistema de saúde apresenta-se como um dispositivo facilitador do acesso (BECK; MINUZI, 2008; MITRE; ANDRADE; COTTA, 2012), destacando a capacidade que possui de reorganizar o processo de trabalho com o propósito de deslocar o eixo central do médico para a equipe multidisciplinar, garantir o atendimento a todos os indivíduos que procuram os serviços de saúde e qualificar a relação trabalhador-usuário através de parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania (FRANCO; BUENO; MERHY, 2007). Portanto, este trabalho se propõe em caracterizar a sistematização do acolhimento à demanda espontânea aos serviços de saúde, no espectro da ampliação do acesso, desenvolvido no processo de trabalho das Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Estado de Goiás. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem quantitativa, utilizando dados do segundo ciclo de uma pesquisa nacional para avaliação da ABS em todo o país, denominada Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) do Ministério da Saúde (MS). Este estudo possui uma amostra de 1180 equipes de saúde da família do Estado de Goiás que aderiram ao programa e as informações foram obtidas a partir de um recorte do banco de dados de base nacional do segundo ciclo do PMAQ-AB disponíveis no site do MS. Realizou-se análise descritiva dos dados, utilizando-se a medida de frequência simples. **Resultados:** Dentre as 1.180 equipes de saúde da família contratualizadas pelo PMAQ-AB no ano de 2013, 1.150 (97,6%) referiram realizar acolhimento à demanda espontânea nas UBS. Ao avaliar como essa prática

opera nos serviços de saúde por estas 1.150 equipes, este estudo encontrou os seguintes resultados: 1) 57,4% (660 equipes) referem que o acolhimento é realizado em sala de espera/recepção, e ocorre em cinco dias da semana ou mais em 88,6% (1019 equipes) das equipes; apenas 14,4% (165 equipes) possuem sala específica para esse atendimento; 2) 89,7% (1032 equipes) afirmam realizar avaliação de risco e vulnerabilidade no acolhimento da demanda espontânea, mas apenas 69,5% (717 equipes) mencionam terem sido capacitados para tal atividade; 3) As equipes que não realizam atendimentos de urgência e emergência abrange 4,5% (52 equipes) da totalidade, e 43,6% (501 equipes) não possuem nenhum protocolo de diretrizes terapêuticas para o atendimento a demanda espontânea; 4) Há reserva de vagas na agenda dos profissionais para o atendimento à demanda espontânea em 84,2% (968 equipes), e se definido que não há necessidade de consulta no mesmo dia no acolhimento, 87% (1000 equipes) mencionam que o usuário consegue sair da unidade com consulta marcada. **Conclusões:** O acolhimento à demanda espontânea apresenta entraves na sua sistematização, como: quase a totalidade das equipes de saúde do Estado realiza o acolhimento, contudo em local inadequado, predominantemente na sala de espera/ recepção da UBS; as equipes de saúde realizam avaliação de risco e vulnerabilidades, porém pouco mais da metade dos profissionais foram capacitados; a disposição de protocolos com diretrizes terapêuticas para o acolhimento é precária. Porém, percebe-se que a sistematização do acolhimento está em processo de construção em Goiás, já que: a maioria das equipes de saúde possui reserva de vagas na agenda para atendimento à demanda espontânea; o agendamento de consultas, quando estabelecido que o atendimento não seja no mesmo dia, é desempenhado por grande parte das equipes; a oferta de consultas de urgência e emergência foi mencionada pela maioria das equipes. Embora alguns avanços tenham sido alcançados, é necessário que o processo de construção do acolhimento à demanda espontânea, representem tópicos a ser reconsiderados na agenda da saúde coletiva e do SUS, devendo ser contínuo e reavaliado constantemente.

Palavras-chave: acesso aos serviços de saúde; acolhimento; atenção básica à saúde; processo de trabalho em saúde; estratégia de saúde da família.

Referências

- Assis MMA, Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.17, n.11, p.2865-2875, nov., 2012.
- Beck CLC, Minuzzi D. O Acolhimento como proposta de reorganização da assistência à saúde: uma análise bibliográfica. *Saúde*, Santa Maria, v.34, n.1-2, p. 37-43, 2008.
- Donabedian A. An introduction to quality assurance in health care. New York: Oxford University Press, 2003.
- Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. In: Merhy EE. et al. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 4. ed. cap. 2. São Paulo: Hucitec, 2007. p.37-54.
- Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção Primária a saúde. In: Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 2. ed. rev. e amp. / org. Giovanella L. et al. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012. p.493-545.

Mitre SM, Andrade EIG, Cotta RMM. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.17, n.8, p.2071-2085, ago., 2012.

Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias. Brasília (Brasil): UNESCO/Ministério da Saúde, 2002. p.726.

Apresentação 5**ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DO FEMINICÍDIO NO MUNICÍPIO
DE GOIÂNIA, GOIÁS**

DAVID, Luana Muzzi Vaz¹
VIEIRA, Maria Aparecida da Silva²

1. Mestre em Atenção à Saúde, Pontifícia Universidade Católica de Goiás.
2. Docente no Mestrado em Atenção à Saúde, Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

A violência contra a mulher é considerada há anos um problema de saúde pública mundial, sendo a violência baseada no gênero sua principal causa. As agressões físicas, psicológicas e sexuais contra a mulher podem culminar em sua morte, geralmente por homicídio. O parceiro íntimo, na maioria das vezes, é seu principal agressor. O objetivo do presente estudo foi caracterizar os homicídios femininos, bem como descrever as características sociodemográficas das vítimas, da ocorrência dos homicídios e sua distribuição nos sete distritos sanitários do município de Goiânia, Goiás. Trata-se de um estudo descritivo, realizado com os dados registrados no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) entre 2008 e 2015. Foram identificados os distritos sanitários do município em que se concentraram os maiores números de ocorrência de homicídios femininos, com base na variável de local de moradia das vítimas. Os dados secundários foram coletados através do SIM, utilizando a classificação internacional de doenças, 10a revisão (CID-10) para a classificação dos feminicídios. Foram registrados 376 homicídios de mulheres entre 2008 e 2015 apresentando um aumento da sua proporção neste período de 8,2% em 2008 para 12,5% em 2015. A maioria das vítimas era mulheres jovens de 20 a 39 anos (57,5%), solteiras (78,8%), pardas (61,1%) e 58,4% tinham baixa escolaridade. Em relação ao meio de agressão, destaca-se o uso de armas de fogo (64,0%), seguido dos objetos penetrantes ou cortantes (25,3%). O local de ocorrência do óbito mais frequente foi a via pública (36,2%), destacando-se os meses de janeiro, abril e setembro, nos finais de semana. Os distritos sanitários onde mais ocorreram os óbitos femininos por agressão foram o Sudoeste (19,5%), seguidos do Campinas-Centro (17,3%) e Noroeste (16,7%). Assim, o perfil predominante das mulheres vítimas de feminicídio foi jovens, pardas, solteiras, com baixo nível de escolaridade e moradoras de regiões menos favorecidas do município.

Apresentação 6

ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DO TRAUMA RAQUIMEDULAR EM
GOIÂNIA/GO

VERONEZI, Rafaela Julia Batista
FERNANDES, Yvens Barbosa
BARBOSA, Aurélio de Melo

Introdução: Os traumatismos constituem um dos principais problemas de saúde pública em todos os países, independente do desenvolvimento socioeconômico (PARREIRA et al., 2014). Dentre os tipos de trauma, o traumatismo raquimedular (TRM) apresenta-se como um evento súbito e inesperado, que traz consequências drásticas para a saúde do indivíduo e pode afetar negativamente a sua qualidade de vida, por ser uma lesão limitante (BRUNOZI, et al., 2011; DINIZ et al. 2012). Entende-se por TRM a lesão de qualquer causa externa na coluna vertebral, atingindo ou não a medula ou raízes nervosas, em qualquer dos seus segmentos (LEE-KUBLI et al., 2016). Os sintomas ocorrem de acordo com o nível e a extensão do trauma⁸, e a assistência fisioterapêutica faz-se imprescindível para reabilitação desses pacientes (HARVEY, 2016). A caracterização do perfil clínico e epidemiológico das vítimas, bem como a análise da etiologia do trauma e do tipo de assistência prestada é importante, pois esse conhecimento permite a estruturação dos serviços para a melhora da assistência, além de direcionar as estratégias de prevenção e promoção da saúde a essa população. Nesse sentido, este estudo busca identificar e analisar as características sócio-demográficas e clínicas, bem como a etiologia do trauma, o tipo de assistência prestada e o custo hospitalar dos pacientes com TRM atendidos no Hospital de Urgências de Goiânia/Goiás (HUGO/GO), no ano de 2013. **Metodologia:** Trata-se de um estudo retrospectivo, com coleta de dados em prontuário médico. As variáveis sociodemográficas, etiológicas, clínicas e financeiras foram identificadas e submetidas à análise estatística descritiva e inferencial, com utilização dos testes de Qui-quadrado e Mann Whitney. O nível de significância adotado foi de 5%. **Resultados:** Foram incluídos no estudo 265 casos de TRM. Observou-se proporção de 4,4 homens para cada mulher. A média de idade foi de 36,1 anos, com predomínio de indivíduos sem companheiro, com baixa escolaridade e, em sua maioria com ocupação profissional de prestação de serviços e comércio. 75,10% dos pacientes eram procedentes de Goiânia e região metropolitana. Acidentes automobilísticos (40,80%), ferimentos por arma de fogo (22,60%) e quedas (22,30%) foram os principais mecanismos de trauma, com destaque para os acidentes motociclísticos (27,54%). O nível cervical (C0-C7) representou 41,51% dos casos, enquanto que o toracolombar (T11-L2) comprometeu 29,43% da amostra. Cerca de metade dos pacientes não apresentou lesão medular (50,57%), porém, nos casos em que esse comprometimento ocorreu a lesão completa (15,85%) foi mais prevalente do que a lesão incompleta (10,94%). O tratamento foi conservador em 238 casos (89,81%) e cirúrgico em 22 deles

(8,30%). 174 pacientes apresentaram traumas associados (65,66%), sendo o trauma crânio-encefálico o mais frequente (46,55%). 109 pacientes foram submetidos a cirurgia devido a esses traumas (41,13%) e 70 pacientes (26,42%) precisaram de tratamento em unidade de terapia intensiva. As complicações foram relatadas em 52,45% dos casos, sendo que as mais observadas foram dor (82,01%), derrame pleural (32,37%), pneumotórax (28,77%) e pneumonia (24,46%). Não houve relação estatisticamente significativa entre a presença de complicações e o tipo de tratamento ao qual o paciente foi submetido ($p=0,446$). 52,45% da população estudada apresentou alguma limitação/incapacidade motora, porém apenas 41,13% dos pacientes receberam assistência fisioterapêutica, sendo que essa indicação mostrou estar relacionada à presença de complicações e de limitação/incapacidade motora ($p<0,001$). 63,60% dos pacientes receberam alta hospitalar, 18,60% foram transferidos para outros hospitais, 3,4% receberam alta administrativa e 0,4% evadiram-se. A mortalidade foi de 14% e o óbito foi mais prevalente em indivíduos com idade inferior a 60 anos ($p=0,031$), com trauma na coluna cervical ($p=0,018$), lesão completa da medula espinhal ($p=0,0003$) e vítimas de agressão e atropelamento ($p=0,037$). A mediana do tempo de internação foi de 6 dias (variação: 1-160 dias), com maior tempo de internação nos pacientes submetidos ao tratamento cirúrgico ($p<0,001$). O custo parcial da internação dos pacientes ao Sistema Único de Saúde (SUS) foi de R\$ 756.449,37, com mediana de R\$ 907,62.

Conclusão: O TRM é um evento de considerável morbidade e mortalidade na população estudada, acometendo principalmente indivíduos economicamente ativos, gerando grande impacto social. A indicação de fisioterapia foi discreta, o que elucida a necessidade de aumento dessa equipe no hospital estudado, bem como a maior integração multidisciplinar para reabilitação dos pacientes. Os gastos do tratamento ao SUS mostraram-se baixos, sugerindo não condizerem com a realidade dos custos. Esses achados são importantes para orientar a alocação eficiente de recursos técnicos, humanos e financeiros no manejo desse agravo, bem como para a estruturação de estratégias de controle dos acidentes de trânsito, violência e quedas na população estudada.

Palavras-chave: epidemiologia; traumatismo da coluna vertebral; trauma raquimedular.

Referências

- Brunozi AE, Silva AC, Gonçalves LF, Veronezi RJB. Qualidade de vida na lesão medular traumática. *Revista Neurociências*, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 139-144, 2011.
- Diniz IV, Soares RAS, Nascimento JÁ, Soares MJGO. Caracterização das vítimas de acidente de trânsito que apresentaram traumatismo raquimedular. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*. v. 16, n. 3, p. 371-378. 2012.
- Harvey LA. Physiotherapy rehabilitation for people with spinal cord injuries. *Journal of Physiotherapy*. v. 62, n. 1, p. 4-11, Jan. 2016.
- Lee-Kubli CA, Ingves M, Henry KW, Shiao R, Collyer E, Tuszyński MH, et al. Analysis of the behavioral, cellular and molecular characteristics of pain in severe rodent spinal cord injury. *Experimental Neurology*, v. 278, p. 91-104, Apr. 2016.

Parreira JG, Matar MR, Tôrres ALB, Perlingeiro JAG, Solda SC, Assef JC. Análise comparativa entre as lesões identificadas em vítimas de queda de altura e de outros mecanismos de trauma fechado. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, Rio de Janeiro, v. 41, n. 4, p. 272-277, Ago. 2014.

Apresentação 7

**IMPLEMENTAÇÃO DO PLANO DE GERENCIAMENTO DE
RESÍDUOS DE SAÚDE EM UM HEMOCENTRO REGIONAL NO
INTERIOR DE GOIÁS: RELATO DE EXPERIÊNCIA****ARAÚJO, Sônia Cristhine Charife de¹
ALMEIDA, Andrija Oliveira¹**

1. Universidade Federal da Bahia; Curso de Especialização em Saúde Coletiva

Introdução: A experiência de implementação do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Saúde (PGRSS) no hemocentro regional onde atuamos dialoga com a execução da Política Nacional de Resíduos Sólidos (PNRSS), particularmente, no que se refere às diretrizes de gerenciamento de resíduos gerados por serviços de saúde, os quais embora representem uma pequena parcela dos resíduos gerados no meio urbano, possuem características de periculosidade e patogenicidade, ampliando o potencial de agressão ao meio ambiente, à coletividade e à Saúde Pública. **Problema:** Quais as principais características da experiência de implementação do PGRSS em um Hemocentro Regional no interior do estado de Goiás? **Objetivos:** Descrever aspectos relacionados ao processo de implementação do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Saúde (PGRSS) em um hemocentro regional no interior do estado de Goiás. **Metodologia:** O estudo consistiu em um relato de experiência da implementação do PGRSS em um Hemocentro Regional no interior do estado de Goiás, a partir de um esforço reflexivo sobre o contexto institucional, o papel dos atores, os desafios e possibilidades que se apresentaram durante o processo do qual a autora participou como agente de implementação. **Resultados:** O processo de implementação mobilizou diferentes instituições e atores para o funcionamento concreto do PGRSS, tais como Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria do Meio Ambiente, hemocentro coordenador, cooperativa de recicladores, empresa privada, além de atores do próprio hemocentro regional. A adesão dos profissionais da unidade às ações de implementação do PGRSS não se deu de modo homogêneo em todos os setores do serviço. No ambiente institucional, a limitação de recursos humanos, físicos e financeiros, assim como questões de natureza organizacional afetaram a execução das ações do PGRSS. De outro lado, mudanças na gestão da unidade e tomadas de decisões administrativas como a instituição da supervisão de enfermagem no hemocentro e a implantação dos programas de saúde ocupacional e de vigilância em saúde repercutiram positivamente sobre a implementação do PGRSS. **Recomendações:** Fortalecimento de posturas institucionais que valorizem o processo de reflexão-sobre-a-ação em contextos concretos a implementação de planos ou programas, a fim de identificar potencialidades e desafios a serem enfrentados. No caso específico do hemocentro regional, desenvolver estratégias coletivas de enfrentamento dos desafios de implementação do PGRSS, sobretudo, no tocante à articulação de diferentes atores

governamentais capazes de viabilizar a implantação de estruturas adequadas de armazenamento de resíduos na unidade.

Apresentação 8

A DINÂMICA DE UMA COMISSÃO INTERGESTORA REGIONAL (CIR)
EM GOIÁSOLIVEIRA, Sueza Abadia de Souza¹PEREIRA, Edsaura Maria¹SILVA, Marilúcia Batista Antônio²

1. Núcleo de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Goiás; edsauramaria@gmail.com; suezasouza@terra.com.br
2. Secretaria Estadual de Saúde de Goiás mariluciab@gmail.com

Introdução: A descentralização, por meio da regionalização, atua como estratégia de ampliação de cobertura; de acesso da população aos serviços e às ações de saúde; promove a organização da atenção à saúde, no nível local, e amplia a participação do controle social. Em 2011 foi publicado o Decreto Federal 7.508/2011, que aprimorou o conceito de regionalização, apresentando as Comissões Intergestoras, como instâncias de negociação. Não obstante os avanços dos instrumentos anteriores de gestão, como por exemplo a Normas Operacionais Básicas (NOB), o Decreto 7.508/2011 regulamentou a Lei 8.080/90, e aprimorou as instâncias intergestoras do SUS, conferindo segurança jurídica nas relações interfederativas, maior transparência, e maior controle social. No âmbito regional, as comissões intergestoras (CIR); no âmbito federal, Comissão Intergestora Tripartite (CIT); e no âmbito estadual pela Comissão Intergestora Bipartite, a CIB. Considerando a regionalização, como estratégia de ampliação do acesso para promoção da integralidade da atenção à saúde; como forma de ampliação da participação da comunidade na gestão da saúde; e em decorrência, a responsabilização do gestor municipal, nessa perspectiva, a presente pesquisa foi constituída com a finalidade de compreender a dinâmica do funcionamento da CIR Oeste II em Goiás e sua contribuição para o aprimoramento da gestão descentralizada do SUS em Goiás. Como objetivos específicos foi a análise das participações de seus respectivos secretários municipais de saúde nas reuniões do ano de 2014; a caracterização do perfil profissional e político dos respectivos secretários de saúde da CIR Oeste II no mesmo período; demonstrado o fluxo das discussões pautadas no ano de 2014. **Metodologia:** Método qualitativo com aspectos quantitativos; onde foi desenvolvida análise documental, sobre os documentos produzidos pela CIR Oeste II no ano de 2014, tais como: resoluções; listas de presenças das reuniões do ano de 2014; regimento interno; pautas, atas das reuniões, dentre outros. Para obtenção da informações dos referidos documentos foi utilizada uma matriz de institucionalidade, categorizada em variáveis que aferiam condições administrativas, técnico-política e de institucionalidade, utilizada por Viana et al (2011). Foi realizada ainda entrevista, aplicada por meio de um roteiro semiestruturado, composto por perguntas abertas e fechadas, baseado em estudos com temática similar, executado pela própria pesquisadora, somada às

anotações feitas em um diário de campo, captadas durante a execução da pesquisa de campo, tendo em vista a aproximação da autora com o assunto. Os resultados foram organizados em figuras para do aplicativo Microsoft Excel 10, para melhor compreensão. **Resultados e Conclusão:** Os achados demonstraram que a CIR Oeste II, no ano de 2014 apresentou estruturas de apoio político-científico permanentes, porém com iniciativas discretas de protagonismo municipal. Seus secretários municipais de saúde, no ano de 2014 apresentavam perfil profissional variado, com maioria do sexo feminino, e com filiação partidária. Tempo de ocupação no cargo de secretário variado, de 3 a 7 anos, o que infere terem passado por outras gestões municipais. As indicações para a assunção da titularidade da gestão da saúde se deu em maior número por indicações políticas. As resoluções produzidas pela CIR Oeste II, no referido período não foram suficientes para caracterizar governança regional, visto serem em sua maioria reprodução das discussões da CIB-GO, onde também foram identificadas em número considerável, homologações “ad referendum” das reuniões ordinárias. A estrutura orgânica da CIR Oeste II demonstrou níveis avançados por ter constituídos e em funcionamento estruturas técnico-políticas como: Câmara Técnica; Grupos Técnicos; e administrativos como Regimento Interno; Resoluções; Secretaria Executiva. Não obstante os indicativos de avanço da CIR Oeste II, os achados da pesquisa direcionam que a institucionalidade e a dinâmica de funcionamento da referida CIR estão relacionados ao papel ostensivo da Regional de Saúde, que é representante da SES-GO na região. O clientelismo e a falta de profissionalização ainda imperam na gestão da saúde daquele território, visto que demonstraram estar presentes na indicação de nomes para assunção ao cargo de gestor da saúde, bem mais que por mérito técnico. Ademais, espera-se que os achados da presente pesquisa sirvam como contribuição para o aprimoramento das atividades de fortalecimento regional, e ao mesmo tempo despertem novas buscas, que possam contribuir para com o aprimoramento da gestão descentralizada da saúde em Goiás.

Palavras-chave: comissão intergestora regional; protagonismo; governança.

Referências

- Brasil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011: Regulamentação da Lei nº 8.080/90. 1ª Edição, 6ª Reimpressão. Brasília, DF, 2015.
- Paim JS, Teixeira CF. Configuração Institucional e Gestão do Sistema Único de Saúde: Problemas e Desafios. *Ciência e Saúde Coletiva*, 12, 2007. P. 1819 – 1830.
- Santos AM, Giovanella L, Almeida PF. Comissão Intergestores Regional (CIR) em Região de Saúde na Bahia: Institucionalidade, Representatividade e Dinâmica dos Sujeitos para Gestão do Cuidado. Belo Horizonte, 2013.
- Santos L. Sim, a Regionalização é o Caminho!, Regionalização em Debate, Regionalização é o Caminho!, Cadernos COSEMS/SP, Vol 4. São Paulo, SP: Editora Pyxis Editorial, 2015. P. 54, 58.
- Viana ALA, Lima LD. O Processo de Regionalização na Saúde: Contextos, Condicionantes e Papel das Comissões Intergestores Bipartite. In: Viana e Lima (org.), Regionalização e Relações Federativas na Política de Saúde do Brasil. Rio de Janeiro, RJ: Editora Contra Capa, 2011. p. 11-24.

Apresentação 9

**ANÁLISE DO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DO PLANO
ESTADUAL DE SAÚDE 2012-2015: O CASO GOIÁS.**PAIVA, Cláudia de Menezes Vidal¹PEREIRA, Edsaura Maria²BARBOSA, Néelson Bezerra³

1. Mestre em Saúde Coletiva (UFG) – Gestora de Planejamento e Orçamento na Secretaria de Estado de Gestão e Planejamento. claudiamenezesvidal@gmail.com
2. Doutor em Ciências da Saúde (UNB) - Subcoordenadora do Programa de Pós Graduação Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, NESC/ PRPG/ UFG. edsauramaria@gmail.com
3. Doutor em Saúde Pública (USP) - Docente no Centro Universitário de Anápolis – UniEvangélica. nelsonbbarbosa@gmail.com

Introdução: O Processo de Construção do Sistema Único de Saúde (SUS) tem, ao longo desses anos, exigido grandes esforços e enfrentado inúmeros desafios para que se cumpram os seus princípios de universalidade e integralidade e equidade. Sobretudo, se considerar como imagem-objetivo a de um Sistema de Saúde que atenda a toda população, em todas as suas necessidades de saúde, de acordo com o seu perfil epidemiológico, ofertando serviços com qualidade independente do poder aquisitivo dos cidadãos, tendo como pressupostos a promoção, proteção e recuperação da saúde (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2009). Mas, para que esse Sistema seja efetivado e possa corresponder a todos os princípios doutrinários e organizativos para o qual foi criado, é necessário que o mesmo seja bem estruturado, demandando que as instâncias gestoras do SUS possam exercer as suas inúmeras funções, tais como: a formulação de políticas, o planejamento, a gestão compartilhada, a regulamentação e a normatização, a garantia e a regulação do acesso aos serviços de saúde, a organização regionalizada da rede de serviços de saúde, o monitoramento e a avaliação. Nesse cenário, o planejamento no setor saúde adquire maior importância, na medida em que se configura um relevante mecanismo de gestão que visa conferir direcionalidade ao processo de consolidação do SUS, tendo como um dos seus principais instrumentos, o Plano de Saúde. No âmbito do Sistema de Planejamento do SUS, define-se como Plano de Saúde o instrumento que, a partir de uma análise situacional, apresenta as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos, expressos em objetivos, diretrizes e metas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). Este projeto pretendeu descrever e analisar o processo de implementação do Plano Estadual de Saúde para o quadriênio de 2012-2015, respondendo às seguintes questões: Qual a metodologia de trabalho utilizada na elaboração do Plano? De que forma vem se desenvolvendo o processo de implementação do Plano Estadual de Saúde 2012-2015? Como se estruturou o processo de monitoramento e avaliação das Programações Anuais de Saúde (PAS)? Quais as facilidades e dificuldades identificadas no processo de implementação do PS? Ao

final do estudo, pretende-se apresentar os resultados evidenciados, a partir da avaliação da implantação das ações contempladas no Plano para gestores e equipes de planejamento da SES-GO, dando ênfase à importância da institucionalização do mesmo como instrumento de planejamento e gestão do Sistema Único de Saúde no Estado de Goiás, bem como um relatório final à Instituição, elaborando propostas que possam intervir, de forma efetiva, na melhoria dos indicadores de saúde da população. Esta pesquisa tem como objetivo geral analisar o Processo de Implementação do Plano Estadual de Saúde para o quadriênio de 2012-2015 e, como específicos: compreender o desenho metodológico pertinente à elaboração do PS; analisar as estratégias de monitoramento das Programações Anuais de Saúde (PAS), bem como os instrumentos e as metodologias de avaliação da execução das Programações Anuais de Saúde, e; avaliar os elementos que facilitam ou dificultam a utilização do Plano Estadual de Saúde na Secretaria de Saúde de Goiás.

Metodologia: Utilizou-se como metodologia para a realização da pesquisa o estudo de caso, em que, na busca pelas respostas às perguntas da pesquisa, requerendo o aprofundamento em um caso específico, no caso a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, decidiu-se por essa modalidade. A opção dessa modalidade deveu-se ainda pela escassez de estudos empíricos acerca do tema abordado, vislumbrando a incorporação do Plano de Saúde como importante instrumento de Planejamento e Gestão do Sistema Único de Saúde. A pesquisa tomou como objeto o processo de implementação do Plano Estadual de Saúde em Goiás (PS) para o quadriênio 2012-2015, que teve o início de sua elaboração desencadeado em fevereiro do ano de 2011, sendo consolidado em dezembro do referido ano. O referencial teórico utilizado se fundamentou em conceitos e abordagens sobre o planejamento estratégico situacional de Carlos Matus, o Postulado da Coerência de Mário Testa e o Agir Comunicativo de Habermas. Realizou-se, ainda, um percurso teórico sobre as políticas públicas e os elementos que as constituem. Outro ponto relevante abordado foi o conceito de gestão estratégica, uma gestão orientada para resultados, diretamente relacionada à implementabilidade das políticas e programas de governo, num ambiente marcado por limitações crescentes ao modelo de financiamento do desenvolvimento a partir de recursos fiscais. Apresentou-se, também, o arcabouço legal do planejamento do Governo e do SUS e, por fim, dentro do eixo abordagens do planejamento em saúde, discorreu-se sobre os instrumentos de planejamento do governo e do SUS, ressaltando a correlação entre os mesmos e a importância destes na elaboração do Plano Estadual de Saúde. A coleta e a análise de dados foram realizadas em duas etapas, utilizando duas matrizes de planejamento, desenvolvidas pela pesquisadora, nas quais, por meio do manuseio das fontes de dados secundários, no caso os Instrumentos de Planejamento do SUS, consolidou-se o preenchimento das mesmas.

a) **Primeira etapa do monitoramento:** Por meio do uso da matriz de planejamento (figura 1) coletaram-se os seguintes dados: as diretrizes e as metas programadas no PS 2012-2015; essas mesmas metas do PS planejadas ou não em cada uma das três Programações Anuais de Saúde (2012, 2013 e 2014) e o resultado da implantação das referidas metas em cada exercício, demonstrado por meio de três

Relatórios Anuais de Gestão (2012, 2013 e 2014), bem como os elementos facilitadores e inibidores da implantação, registrando, também, o número das páginas em que cada informação foi encontrada, conforme planilha abaixo:

DIRETRIZ	META PES 2012- 2015	META PAS 2012	META RAG 2012	META PAS 2013	META RAG 2013	META PAS 2014	META RAG 2014	FACILITADOR ES/ INIBIDORES

LEGENDA
CONCLUIDA
EM ANDAMENTO
NÃO EXECUTADA

LEGENDA
CONCLUIDA
EM ANDAMENTO
NÃO EXECUTADA

LEGENDA
CONCLUIDA
EM ANDAMENTO
NÃO EXECUTADA

Figura 1: Matriz de monitoramento dos instrumentos de planejamento do SUS

Definição do Score: Desenvolvido com o objetivo de monitorar o cumprimento das metas e, com base no Sistema de Planejamento do SUS que define que a meta do PS é quadrienal e que a da PAS e do RAG é anual, a pesquisadora estabeleceu os seguintes critérios: 1) Cor verde - representa a meta com pelo menos 25% de cumprimento da meta quadrienal, no período indicado; 2) Cor amarela – representa a meta considerada em andamento, isto é, abaixo dos 25% de cumprimento, no período indicado; 3) Cor vermelha - representa a meta não executada no período indicado.

b) **2ª Etapa do monitoramento:** Após a coleta e sistematização dos dados, foi elaborada outra planilha (conforme figura 2) com o objetivo de averiguar o percentual total de cumprimento de cada meta com relação aos três anos monitorados. Esse segundo momento consistiu na tabulação dos dados, em que se procurou somar o percentual de execução de cada meta, em cada ano monitorado, com base no seguinte score.

DIRETRIZ	META	RESULTADO DO ACOMPANHAMENTO (RAG 2012, 2013 2014)

LEGENDA
NAO EXECUTADA
EM ANDAMENTO – ESTAGIO INICIAL
EM ANDAMENTO – ESTAGIO AVANÇADO
CONCLUIDA

Figura 2: Matriz (score) de tabulação dos dados

Definição do score: Como critérios utilizados para a aferição do percentual de execução das metas referente ao total dos três anos monitorados, definidos pela autora, estão: 1) Meta não executada (0%) - na cor vermelha; 2) Meta em andamento inicial - de 1% a 50% de realização, na cor amarela; 3) Meta em andamento em estágio avançado - de 51% a 99%, na cor laranja; 4) Meta executada - 100%, na cor verde.

Nessa etapa, pretendeu-se demonstrar o monitoramento da implantação das metas do Plano Estadual de Saúde 2012-2015, desenvolvido pela Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, investigou-se o uso desse instrumento de planejamento como mecanismo de gestão, utilizando os dados produzidos durante o referido processo e a sistematização dos relatórios. Ao se definir os critérios para inclusão e avaliação das metas, levaram-se em conta as seguintes considerações: das 582 metas previstas no PES 2012-2015, foram monitoradas 291, correspondendo a 50% das metas planejadas. É importante evidenciar que se procurou selecionar em cada diretriz planejada o equivalente à metade das metas previstas no PS, observando a ordem em que elas foram sistematizadas, acreditando serem as mais relevantes, identificando-as nas PAS e RAG, posteriormente. Foram descartados os outros 50% das metas planejadas no PS, por opção da pesquisadora em se trabalhar com a amostragem equivalente à metade das metas. Para a realização do estudo foram empregadas as técnicas de análise documental, passando pelas etapas de busca, identificação e posterior classificação dos documentos utilizados.

Resultados e Discussão: A formulação do PS 2012-2015 tem início e finalização no exercício de 2011, período em que se deu o seu encaminhamento ao Conselho Estadual de Saúde para análise e posterior aprovação, constituindo-se de: 1 Objetivo Geral, 15 Diretrizes e 381 Metas. Posteriormente, no momento de elaboração das Programações Anuais de Saúde e, no decorrer dos quatro anos do quadriênio 2012 - 2015, houve um aumento do número de metas programadas, ou seja, em 2011, quando o PS foi elaborado, este continha 381 metas, que, no decorrer dos quatro anos seguintes, foram acrescidas para 582 metas. Neste trabalho procurou-se analisar 50% das metas previstas e incorporadas ao PS, com o decorrer dos quatro anos, ou seja, 291 metas, abrangendo: metas inseridas no PS, por meio do seu planejamento nas PAS; metas revisadas, durante o decorrer dos anos; metas com o seu percentual reduzido; metas ampliadas; metas, que por fazerem parte de uma mesma política, foram agrupadas e entre outros. É imprescindível ressaltar que no Plano as metas programadas são para o quadriênio e nas PAS, anuais. Porém, não se observa, muitas vezes, a divisão que deveria ter sido realizada para a implantação das metas do quadriênio, de forma anual, destacando: metas com dimensionamento diferente para cada ano, independente do

que foi planejado como meta geral no PS que, ao serem realizadas, fica-se na dúvida se realmente foram cumpridas, devido ao fato de não estarem bem calculadas; metas ampliadas sem ao menos ter sido realizado o que foi planejado para o ano anterior; metas que poderiam ser consideradas ações e/ou atividades de rotina e metas, que ao serem avaliadas nos Relatórios Anuais de Gestão, apresentam indefinição quanto ao resultado obtido. É sabido que o planejamento não é estático e deve ser revisto com o passar dos anos, quando, na busca por melhores resultados para a saúde da população, deve-se promover a alteração de estratégias, inserir, retirar e/ou redirecionar as ações programadas. Porém, nota-se que, apesar do aumento do número de metas, tendo como base o PS, durante os anos que se seguiram (2012, 2013 e 2014), as PAS não contemplaram o total das metas planejadas por diretriz, no momento de sua execução. Com base na análise do conteúdo das metas planejadas para cada diretriz mencionada, chegam-se as seguintes conclusões: 1) Apesar de a Diretriz 14, Formação, Aperfeiçoamento e aperfeiçoamento do pessoal para o SUS, ter o maior número de metas planejadas (60), inferindo que houve uma focalização em torno da mesma, percebe-se que: somente dez metas foram concluídas, sendo que essas se remetem a capacitações que visavam ao apoio das Gerências das Unidades Regionais de Saúde; nenhuma capacitação acerca do planejamento em saúde foi feita até o presente momento; das 19 metas não executadas, grande parte é pertinente às ações de fortalecimento da Gestão da Atenção Primária; 2) A diretriz 13, Promoção e garantia do acesso universal e equitativo aos serviços de saúde, é a segunda com maior número de metas planejadas no PS (55) e conforme o Plano de Governo, e os eixos estratégicos definidos pela Alta Gestão da SES, considerada prioridade, demonstra que a maior parte das metas concluídas referem-se à construção e reforma de Unidades Assistenciais de Saúde e que das metas não concluídas (27), também, fazem parte a construção de Unidades de Saúde; a implantação da Política Estadual de Fortalecimento da Rede Hospitalar para o SUS; o aumento de leitos hospitalares e a ampliação dos serviços de média e alta complexidade no Estado; 3) A diretriz 3, Fortalecimento das ações de vigilância em saúde junto aos municípios, visando à redução de riscos e danos à saúde da população, corresponde à terceira com o maior número de metas planejadas (46), com ações de fortalecimento de vigilância em saúde junto aos municípios, visando à redução de riscos e danos à saúde da população, sendo que dessas quatro não foram executadas e uma foi concluída, o restante, 41 metas, estão em andamento; 4) As diretrizes com o menor número de metas planejadas referem-se à: implementação de ações de comunicação, visando ao empoderamento das políticas públicas e ao fortalecimento da participação e controle social; 5) No grupo das diretrizes que não apresentaram metas concluídas estão: o fortalecimento da participação e controle social; o desenvolvimento da capacidade institucional de planejamento e avaliação e a ampliação da capacidade técnica e institucional para, junto aos municípios, auditar os sistemas e serviços de saúde e fazer cumprir as leis e normas do SUS.

De acordo com a Figura 3, com relação ao resultado de monitoramento das mesmas, observa-se: 29,5% (86) das metas planejadas não foram executadas; 44%

(128), encontram-se em estágio inicial de execução; 17,2% (50), estão em estágio avançado de cumprimento e 9,3% (27), foram concluídas.

TOTAL DE METAS MONITORADAS	ACOMPANHAMENTO	RESULTADO GERAL	RESULTADO GERAL %
291	METAS NÃO EXECUTADAS	86	29,5
	METAS EM ESTÁGIO INICIAL	128	44
	METAS EM ESTÁGIO AVANÇADO	50	17,2
	METAS CONCLUÍDAS	27	9,3
	TOTAL DE METAS	291	100

Figura 3: Resultado geral do monitoramento das metas constantes do PS SES-GO 2012-2015.

Com base na amostragem acima pesquisada, esse foi o cenário evidenciado até o momento, a seis meses de conclusão do referido Plano e em fase de elaboração do PS 2016-2019.

Considerações Finais: Este estudo de caso corrobora para a análise do processo de institucionalização do planejamento na Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, por meio dos instrumentos de Planejamento do SUS, entendendo-o como um processo de decisão político-social e não somente como um produto técnico elaborado para atender às normativas dos Governos Federal, Estadual e Municipal. Os objetivos propostos no estudo foram alcançados na medida em que se procurou descrever o processo de implementação do PS 2012-2015 na SES-GO, bem como de suas etapas de monitoramento e avaliação, demonstrando a metodologia utilizada para a elaboração do mesmo e quais os elementos facilitadores e inibidores do processo. Apesar da adoção do método de Planejamento Estratégico Situacional de Matus na elaboração do PS, observa-se a necessidade de capacitação das áreas técnicas quanto à utilização dessa metodologia. Recomenda-se, ainda, a adoção de algumas medidas que possam colaborar com a referida institucionalização, como: 1) Promover a realização de reuniões, oficinas, encontros temáticos, fóruns, visando ao repasse de metodologias, monitoramento das ações etc. 2) Instituir grupos técnicos da condução do monitoramento e avaliação com representantes de várias áreas. 3) Promover parcerias entre as instituições de ensino e as instituições gestoras do SUS, estadual e municipais, para a elaboração dos seus instrumentos de planejamento com metodologias específicas, contribuindo não somente para a formação/preparação técnica de profissionais, mas para reflexões e avaliações da prática do planejamento nas organizações de saúde, e a produção de novos conhecimentos acerca do tema.

Palavras-chave: planejamento em saúde; gestão estratégica; políticas públicas; tecnologia de gestão; plano estadual de saúde.

Referências

- Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2009 - SUS 20 anos. Brasília, 2009. 73 p.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subcoordenação de planejamento e orçamento. Sistema de Planejamento do SUS: organização e funcionamento. In: Cadernos de planejamento. Brasília, 2010. Vol. 8, 11p.
- Brasil. Presidência da República. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. PODER EXECUTIVO. Brasília: Diário Oficial da União 2011a.
- Matus CO. Plano como aposta. Brasília: IPEA, 1991.
- _____. Política, planejamento e governo: Tomos I e II. Brasília: IPEA, 1993.

APRESENTAÇÃO POSTER**Apresentação 1****ALTERAÇÕES DENTOFACIAIS EM MENINAS COM PUBERDADE
PRECOCE**

**PAULA JUNIOR, DP
MENDONÇA, EF
LELES, CR**

O objetivo deste estudo foi avaliar a prevalência de maloclusão, necessidade de tratamento ortodôntico e alterações dentofaciais em meninas com Puberdade Precoce (PP). Este estudo transversal incluiu 39 meninas (6 a 12 anos) com diagnóstico confirmado de PP. Todas estavam sob controle dos efeitos da PP, ou seja, medicadas com o acetato de leuprorelina, para o controle do processo de maturação precoce. O *Dental Aesthetic Index* (DAI) e o *Index of Orthodontic Treatment Need* (IOTN) foram utilizados para a avaliação da maloclusão e necessidade de tratamento ortodôntico. Análise cefalométrica foi realizada para o diagnóstico de anormalidades do crescimento facial. A análise dos dados incluiu estatística descritiva, análise de correlação de Pearson, teste t pareado e teste t para 1 amostra. Foi observada alta prevalência (64,1%) de maloclusão grave e muito grave (DAI graus 3 e 4) e 82,1% dos casos com necessidade de tratamento moderada a alta (IOTN graus 3 e 4). Todas as medidas cefalométricas lineares, bem como a maioria das angulares diferiram significativamente dos valores de referência. A proporção da amostra além (acima e abaixo) do desvio-padrão dos valores de referência foi alta, variando de 79,5% dos casos abaixo dos limites de referência para a altura facial inferior a 59,0% dos casos acima dos limites de referência para o IMPA. Concluiu-se que a PP pode ter impacto sobre o desenvolvimento da dentição e crescimento craniofacial, fator relevante para o diagnóstico e escolha do melhor momento para a intervenção ortopédica/ortodôntica da maloclusão.

Apresentação 2

**PROJETO VIGIFLUOR: COBERTURA E VIGIÂNCIA DA
FLUORETAÇÃO DA ÁGUA DE ABASTECIMENTO PÚBLICO EM
GOIÁS**

MOURA, Samara Marques de¹
FREIRE, Maria do Carmo Matias¹

1. Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Goiás: mcmfreire@yahoo.com.br

Introdução: O projeto Vigifluor consistiu no estudo sobre a cobertura e vigilância da fluoretação das águas de abastecimento público no Brasil. Tratou-se de uma pesquisa multicêntrica sob a coordenação da Faculdade de Saúde Pública da USP e com financiamento do CNPQ. O objetivo do projeto nacional foi descrever a cobertura populacional da fluoretação das águas da rede pública de abastecimento em municípios com mais de 50 mil habitantes e identificar as localidades que vêm desenvolvendo atividades de vigilância dessa medida em âmbito municipal e estadual. No estado de Goiás, o estudo foi coordenado pela Faculdade de Odontologia da UFG. **Objetivo:** O objetivo do presente trabalho é apresentar os resultados sobre a cobertura de fluoretação das águas da rede pública no estado de Goiás. **Metodologia:** A metodologia da pesquisa consistiu em monitoramento de dados primários sobre a qualidade da água de consumo humano no estado por meio de entrevistas com os técnicos e gestores da Vigilância Sanitária e aferição do teor de fluoretos em amostras de águas coletadas durante 3 meses (2014), sempre no mesmo ponto de coleta, realizada pelos agentes do Vigifluor. O teor de fluoreto foi aferido no Laboratório de Bioquímica da Faculdade de Odontologia de Piracicaba da UNICAMP por meio de método eletrométrico que se baseia na medida direta dos íons de flúor livres com uso de eletrodo de íon seletivo de fluoreto em conjunção com um medidor de atividade iônica. Todos os dados foram avaliados no FSP/USP. Em Goiás, foram analisados 20 municípios com população superior a 50 mil habitantes. **Resultados:** 1) Os resultados das entrevistas mostraram dificuldades na realização do controle da fluoretação das águas pelos municípios; 2) Fatores como falta de recursos e equipamentos foram levantados pelos entrevistados; 3) A coleta de água de 15 municípios mostrou Jataí com taxa de fluoreto (0,858 mg F/L) levemente acima da faixa esperada para consumo humano e Novo Gama, Caldas Novas e Anápolis (0,725 mg F/L, 0,663 mg F/L e 0,634 mg F/L respectivamente) com níveis ideais; 4) Os demais municípios (47,9%) apresentaram valores insuficientes, como Valparaíso de Goiás (0,211 mg F/L) e Luziânia (0,155 mg F/L) com as menores taxas. **Conclusão:** 1) Inexistência de ações de vigilância (heterocontrole) da fluoretação das águas na Secretaria Estadual de Saúde; 2) Inexistência de heterocontrole da fluoretação nos municípios com 50 mil habitantes; 3) Escassez de registros históricos; 4) Pouca capacitação técnica dos fiscais para a vigilância do flúor; 5) Boa cobertura populacional na maioria dos municípios; 6) Concentração de fluoretos que não proporcionam o benefício máximo em muitos

municípios. Conclui-se que há boa cobertura de fluoretação na maioria dos municípios, no entanto, há a necessidade de estratégias para se avançar na perspectiva da vigilância.

Palavras-chave: cárie dentária, fluoretação da água, vigilância sanitária.

Apresentação 3

**GERENCIAMENTO DE RISCO E SERVIÇO DE INFECÇÃO
RELACIONADA A ASSISTÊNCIA A SAÚDE**

AFONSO, Thaisa Cristina¹
BORGES, Nívea Rodrigues¹
SANTANA, Max Suelen L¹
LEME, Camila Alves RP¹

1. Hospital de Urgências da Região Sudoeste: admqualidade@hursoprosaud.org.br

Introdução: Apresentação gerenciamento de riscos como medida para desenvolvimento de práticas assistenciais seguras. **Objetivos:** Demonstrar o processo de implantação gerenciamento de riscos relacionados a infecção hospitalar. O risco “Desenvolvimento de surto de infecção relacionado a bactéria multi resistente” é um dos gerenciados na instituição, e de acordo com sua probabilidade e seu impacto, obtém-se a classificação do risco. O impacto é categorizado em: Catastrófico, Maior, Moderado e Menor e a probabilidade em: Raro, Improvável, Possível, Provável. O risco em questão é definido com o impacto “Maior” e a probabilidade dependerá das ações preventivas e corretivas. **Método:** Realizado pesquisa documental no histórico de Gerenciamento de Riscos do HURSO, que segundo a NBR ISO 31000, deve-se levantar os riscos, fatores de risco e práticas de controle; promover a auditoria de riscos, analisar os resultados e promover ações corretivas para as inadequações encontradas. Desta forma o risco “Desenvolvimento de surto de infecção relacionado a bactéria multi resistente” tem como ações a Campanha da Higienização das Mãos, controle racional de antibióticos, educação continuada, inspeções, dentre outras descritas no Manual do SCIH. O monitoramento destas ações ocorre através dos indicadores e auditorias. Através do cruzamento da probabilidade com o impacto é obtido o nível do risco aceitável, moderado, importante e crítico e, conseqüentemente, as ações necessárias para tratamento e melhoria contínua. **Resultado:** O risco desenvolvimento de surto de infecção relacionado a bactéria multi resistente, desde de seu levantamento em 2012 possui 18 praticas de controles que evoluíram ao longo das auditorias, tendo no momento inicial probabilidade de 23 (provável) passando para 1,04 (raro) em 2016, ficando em nível aceitável. **Conclusão:** A evolução da gestão deste risco foi devido principalmente a atuação da equipe multiprofissional, aplicabilidade e interface com demais protocolos institucionais, inspeções pela equipe da SCIH, atuação das comissões de segurança do paciente, CCIH e farmacoterapia.

Palavras-chave: infecção hospitalar, gerenciamento de riscos, prevenção, segurança.

REFERÊNCIAS

Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR ISO 31000: gestão de risco – elaboração. Rio de Janeiro, 2009
Organização Nacional de Acreditação. Manual das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde. Brasília, 2014

Apresentação 4

**DOR DENTÁRIA E COMPORTAMENTOS ASSOCIADOS
ENTRE ADOLESCENTES EM GOIÁS – PeNSE 2015**

NERY, Newillames Gonçalves¹
JORDÃO, Lidia Moraes Ribeiro¹
FREIRE, Maria do Carmo Matias¹

1. SMS Goiânia; Programa de Pós Graduação em Odontologia/UFG; Doutorado; Faculdade de Odontologia/UFG: psfnery@globomail.com

Introdução: A dor de origem dentária configura-se em um dos principais problemas de saúde bucal na população. Conhecer os fatores relacionados à sua ocorrência em adolescentes pode contribuir para subsidiar as estratégias de promoção da saúde e redução das iniquidades em saúde. **Objetivos:** Analisar associações entre dor dentária, variáveis sócio-demográficas e comportamentos relacionados à saúde bucal em adolescentes escolares do estado de Goiás no ano de 2015. **Metodologia:** 1) Dados: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) 2015 - MS/IBGE - aprovada pela CONEP (Parecer 1.006.467); 2) Amostra: N= 4.815 adolescentes (11 a 17 anos), 9º ano do ensino fundamental, de escolas públicas e privadas de Goiás; 3) Coleta: Questionário eletrônico autoaplicável; 4) Análise estatística: Teste Rao-Scott - pesos amostrais; 5) Variável dependente: Dor dentária (últimos 6 meses); 6) Variáveis independentes: Sócio-demográficas e comportamentais. **Conclusão:** A dor dentária associou-se significativamente a variáveis sociodemográficas, assim como a comportamentos relacionados à saúde geral e bucal. Estes resultados reforçam a importância de ações de promoção da saúde considerando fatores de risco comuns a outras doenças, assim como o papel dos determinantes sociais da saúde, no contexto da saúde bucal do adolescente.

REFERÊNCIAS

- Cavalheiro CH et al . Dental pain, use of dental services and oral health-related quality of life in southern Brazil. Braz. Oral Res., São Paulo , v. 30, n. 1, e39, 2016.
- Constante HM, Peres MA, Schroeder FC, Bastos JL. Mediators between education and dental pain: a cross-sectional study to assess the role of dental services utilization. Eur J Oral Sci., 2016; 124: 62–67.
- Dandi KK, Rao EV, Marg AB. Dental pain as a determinant of expressed need for dental care among 12-year-old school children in India. Indian J Dent Res. 2011;22:611-611.
- Freire, MCM et al . Dor dentária e fatores associados em adolescentes brasileiros: a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), Brasil, 2009. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 28, supl. p. s133-s145, 2012.
- Peres MA, Peres KG, Frias AC, Antunes JLF. Contextual and individual assessment of dental pain period prevalence in adolescents: a multilevel approach. BMC Oral Health 2010; 10:20.

Apresentação 5

SÉRIE HISTÓRICA DE EXAMES DE MAMOGRAFIA E COLPOCITOLOGIA E DE TAXAS DE MORTALIDADE NO ESTADO DE GOIÁS

AMORIM, Claudio Gonzaga¹
ALMEIDA, Nilza Alves Marques²

1. Secretaria de Saúde de Goiás: claudio_g_amorim@hotmail.com
2. Universidade Federal de Goiás

Introdução: O câncer de mama e de colo do útero representam um sério problema de saúde pública no Brasil e também no estado de Goiás, por serem respectivamente, o primeiro e o quarto tipo de câncer que mais matam as mulheres.

Objetivos: Avaliar as séries históricas de realização de exames de mamografia e colopocitologia, 2008 a 2015, e as taxas de mortalidade por câncer de mama e de colo do útero, 2008 a 2015, no estado de Goiás.

Metodologia: Estudo quantitativo dos indicadores de Razão de Mamografia e Razão de Colpocitologia do Colo do Útero (SIA) e das Taxas de Mortalidade por Câncer de Mama e do Colo do Útero (SIM; IBGE)

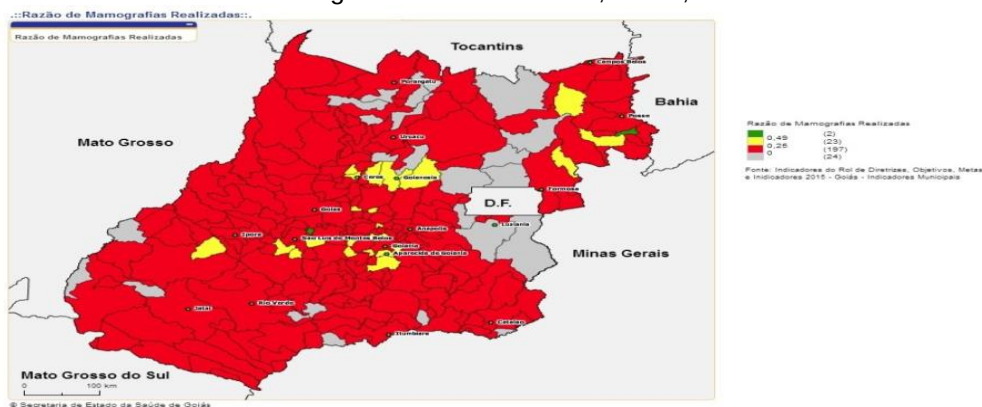
Indicadores Usados: 1) Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária; 2) Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária.

Método de Cálculo: 1) Número de mamografias para rastreamento realizadas em mulheres residentes na faixa etária de 50 a 69 anos em determinado local e ano dividido pela população feminina na mesma faixa etária no mesmo local e ano/2; 2) Número de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos, em determinado município e ano dividido pela população feminina na faixa etária de 25 a 64 anos, no mesmo local e ano/3.

Taxa de Mortalidade: 1) Divisão do número de óbitos de residentes por neoplasia maligna, pela população total residente, ajustada ao meio do ano e multiplicada por 100.000.

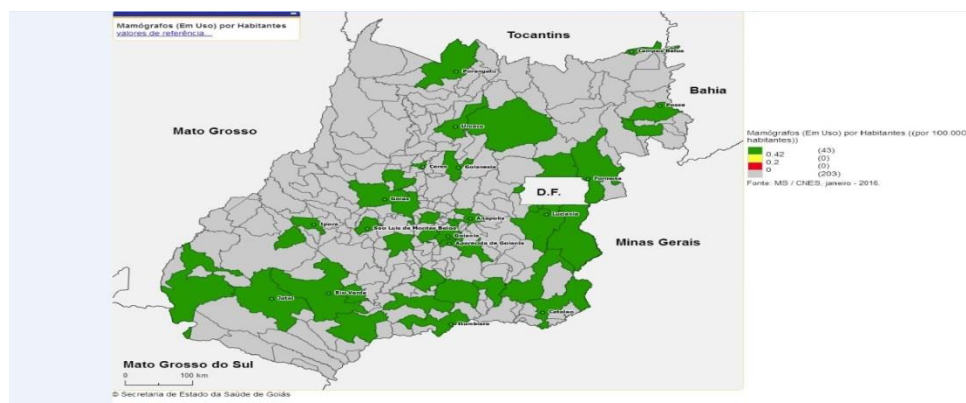
Resultado:

Mapa 1- Razão de exames de mamografia de rastreamento, Goiás, 2015.



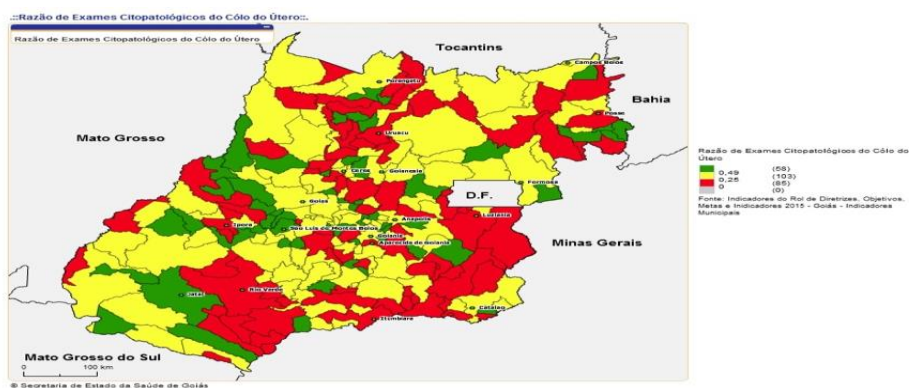
Fonte: Mapa da Saúde – SES-GO

Mapa 2 - Localização de mamógrafos, Goiás, 2015.



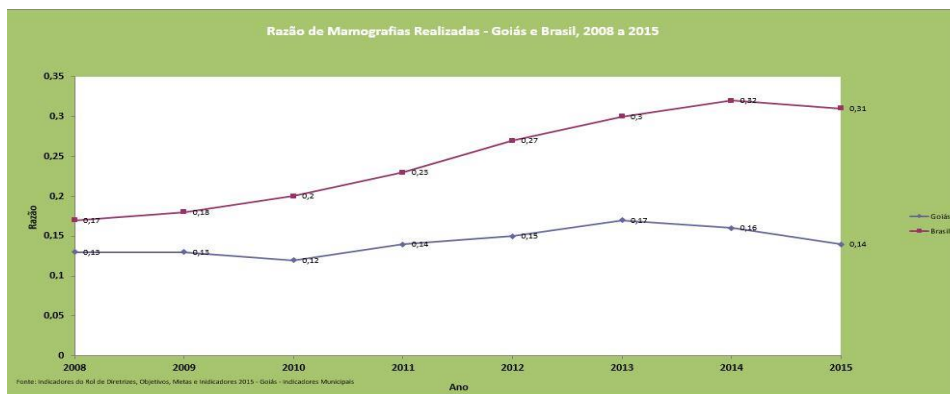
Fonte: Mapa da Saúde – SES-GO

Mapa 3 - Razão de exames citopatológicos do colo do útero, Goiás, 2015.



Fonte: Mapa da Saúde – SES-GO

Gráfico 1- Série histórica de razão mamografia, Goiás e Brasil, 2008 - 2015.



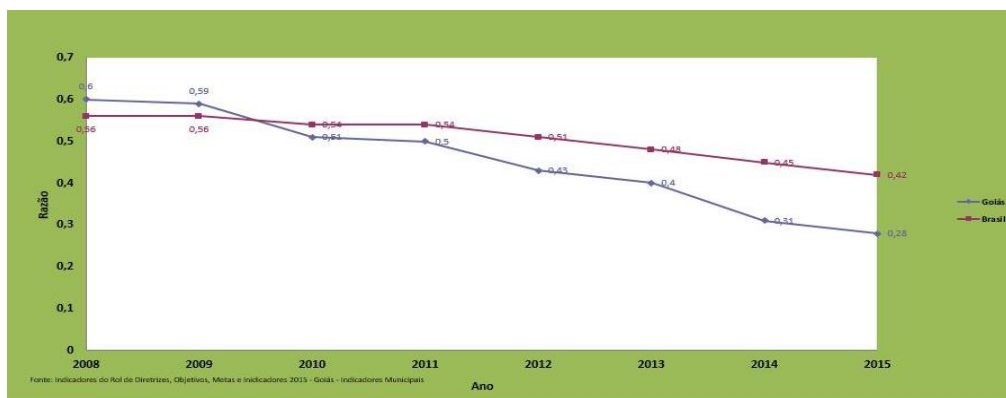
Fonte: Mapa da Saúde – SES-GO

Gráfico 2- Série histórica da Taxa de Mortalidade em Goiás por câncer de mama, 2008 a 2015.



Fonte: Mapa da Saúde – SES-GO

Gráfico 3 - Série histórica de razão de exames citopatológicos do colo do útero, Goiás e Brasil, 2008 - 2015.



Fonte: Mapa da Saúde – SES-GO

Gráfico 4 - Série histórica da Taxa de Mortalidade em Goiás por câncer do colo de útero, 2008 a 2015.



Fonte: Mapa da Saúde – SES-GO

O estudo da série histórica dos indicadores da Razão de Mamografia e da Razão de Colpocitologia do Colo do Útero mostrou índices decrescentes ao longo do intervalo entre 2008 e 2015 e evidenciou prevenção ineficaz para estas doenças segundo a taxa de mortalidade, que quase dobrou para o câncer de mama e apresentou um acréscimo para o câncer de colo do útero, neste intervalo.

A análise elencada neste estudo permite que se faça as seguintes considerações: 1) Faz-se necessário uma capacitação permanente dos profissionais de saúde no intuito de que haja uma melhoria deste cenário; 2) Os gestores municipais precisam ser sensibilizados quanto a importância da prevenção e controle para diminuir os casos de câncer de mama e do colo do útero e consequentemente a mortalidade causada por estes agravos. Eles têm um papel fundamental neste processo, pois precisa viabilizar a logística necessária para a efetiva realização dos exames, tanto no suprimento adequado dos materiais para coleta ginecológica, quanto na oferta de mamografias; 3) Os indicadores de Razão de Mamografia e Razão de Colpocitologia aqui apresentados, apesar de oficiais, podem não ser reais, devido ao fato de muitos gestores comprarem serviços para realização dos exames de mamografia e colpocitologia de serviços particulares não conveniados com o SUS, que ao não alimentarem corretamente os sistemas oficiais, geram uma distorção entre o número de exames realizados e os oficialmente contabilizados. Sabe-se que a análise de situação de saúde é baseada no estudo de dados oficiais, e se estes não condizem com a realidade, pode haver como consequência, tomada de decisões estratégicas, completamente equivocadas; 4) Faz-se necessário um aprimoramento dos fluxos dos exames de mamografia e colpocitologia, com a formação de consórcios dentro das regiões de saúde, no intuito de facilitar o acesso das mulheres a estes exames. Ressalta-se que no caso da mamografia, há mamógrafos suficientes e distribuídos em todas as Regiões de Saúde em Goiás 5) Por fim, cabe à Secretaria de Saúde de

Goiás um papel de monitoramento eficaz e constante, para que, ao detectar falhas nos mecanismos de prevenção do câncer de mama e do colo do útero, possa agir prontamente para sua devida regularização

Conclusão: No estado de Goiás, faz-se necessário reunir esforços de gestores e profissionais de saúde, no intuito de garantir a eficácia das estratégias de prevenção e controle dos cânceres de mama e do colo do útero, com oferta efetiva dos exames de mamografia e colpocitologia por meio de rastreamento organizado para a adesão satisfatória e consciente da população feminina, quanto à faixa etária e periodicidade dos mesmos e, com isso, obter a redução das taxas de mortalidade.

Palavras-chave: câncer de mama; câncer do colo do útero; capacitação em serviço.

Apresentação 6**GESTÃO POR COMPETÊNCIAS: CONTINUIDADE DE BOAS PRÁTICAS****RODRIGUES, Jessica Pierazzo Oliveira**¹**BORGES, Nívea Rodrigues**¹

1. Hospital de Urgências da Região Sudoeste: jessicapierazzo@gmail.com

Introdução: A Gestão por Competências equivale a uma ferramenta estratégica para desenvolvimento de pessoas, contemplando competências individuais e organizacionais voltadas para objetivos comuns.

Objetivos: Avaliar os colaboradores no nível atual em relação ao desejável para a função, gerando assim, oportunidade de verificar os pontos positivos e de desenvolvimento de pessoas e promovendo relações interpessoais e cultura organizacional.

Materiais e Métodos: Foi realizado em 2012 mapeamento de competência ligado a descrição de cargos. Em 2014 implanta-se a aplicação também das competências aos processos seletivos, e internamente, concomitante a todo processo, desenvolveu-se a avaliação sistêmica da Gestão por competência. A avaliação de competências aplicada no HURSO no primeiro semestre de 2017 através do sistema de gestão – Interact, utilizou-se o trabalho iniciado em 2012 (competências, descrições de cargos e avaliações de processo seletivos). O ciclo foi de 90º (realizada pelos gestores com subordinados), dividido por grupos: I – Gestão (Diretor, Gerente, Coordenador, Supervisor); II – Líderes, Diplomados, Analistas e Assistentes; III – Técnicos; IV – Auxiliares e Nível Médio; e V – Auxiliares e Nível Fundamental.

Fundamentação Teórica: Para Carbone (2005) a Gestão por Competências direciona sua ação prioritariamente para o gerenciamento do Gap (lacuna de competências) eventualmente existente na organização ou na equipe, procurando eliminá-lo ou minimizá-lo. A ideia é aproximar ao máximo as competências existentes na organização daquelas necessárias para a consecução dos objetivos organizacionais. Leme (2005) apresenta a Gestão Por Competências como um processo que conduz os colaboradores para atingirem metas e os objetivos da organização através de suas competências técnicas e comportamentais. Não é o processo de mapeamento das competências, mas sim o que você faz após essas competências estarem mapeadas. Para o autor um complemento do processo é a ISO9000 da Gestão da qualidade que foca na melhoria continua, refletindo a melhoria continua de pessoas também.

Resultado: Das avaliações propostas 430 foram realizadas, 46 incompletas e 43 suspensas devido eventuais desligamentos. Obteve-se acentuada adesão ao ciclo de avaliações considerando que avaliar, fornecer feedback e desenvolver pessoas é um processo contínuo. Foi de suma importância trabalho de sensibilização com líderes e avaliados para ocorrência visto que, em anos anteriores houve outras

tentativas de implantação. Em 2012 foram mapeadas 11 competências presentes sendo subdivididas como: 1) Competências Essenciais: Atendimento Humanizado, Trabalho em Equipe, Foco no Cliente, Relacionamento Interpessoal; 2) Competências Individuais do Cargo: Capacidade de Trabalhar Sob Pressão, Comunicação e Interação, Iniciativa e Dinamismo, Liderança, Planejamento e Organização, Tomada de Decisão, Atenção.

E obteve-se o seguinte resultado das Competências Essenciais e Individuais em uma escala enumerada de 1 a 4. Em 2016 no trabalho de implantação de Gestão Por Competências foi permeado pela condução de subsistemas atrelados ao tema, por exemplo, recrutamento e seleção de pessoas por competências, avaliações de experiência 45 e 90 dias com Plano de Desenvolvimento Individual com foco nos Gaps do colaborador alinhado as competências descritas no cargo, treinamentos técnicos e comportamentais entre outras práticas. Ao final ciclo de 2017 todas competências essenciais – (grande importância para o tipo de serviço prestado) deverão ser trabalhadas, além de um foco maior para Atendimento humanizado e Relacionamento interpessoal com menores pontuações. Das individuais – (conforme cargo) Planejamento e Organização se faz presente em todas as diretorias nos primeiros níveis sinalizando nova oportunidade de treinamento. Para o segundo semestre de 2017 tem-se ações voltadas para o desenvolvimento de pessoas, confirmando as boas práticas atualmente aplicadas e permitindo ainda a reflexão sobre sua complementariedade e sequência.

Conclusão: Ao longo do processo de avaliação percebeu-se a necessidade de continuar incentivando os gestores sobre formas eficazes de realizar *feedbacks* para garantir maior assertividade, confiança e investir em capacitações práticas voltadas a liderança para aprimoramento de posições estratégicas.

Importante ainda a manutenção da abordagem aos colaboradores sobre os aspectos positivos e enriquecedores que uma avaliação e feedback podem proporcionar.

Partindo do princípio que há escala mínima e máxima conforme o cargo o gráfico abaixo sinaliza a média esperada e a média obtida.

Quando se desenvolve pessoas consequentemente os resultados organizacionais são impactados pois, propicia a conquista destes como por exemplo maior qualidade, alcance de metas, segurança com o paciente, clima organizacional positivo e o desenvolvimento de uma cultura de aprendizado.

Palavras-chave: competências; desenvolvimento; recursos humanos.

Referências:

- Leme R. Aplicação Prática de Gestão de Pessoas: Mapeamento, Treinamento, Seleção, Avaliação e Mensuração de Resultados de Treinamento. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2005.
- Carbone PP. Gestão Por Competências: Uma Nova Metodologia de Gerenciamento de Capital Humano. São Paulo: Mundo, 2005.

Apresentação 7

AUDITORIA NO SUS

LEMOS, Lucimeire Femino¹

LIMA, Alessandra R. de A.¹

XAVIER, Josimeire Divina do Carmo¹

1. Faculdade de Enfermagem - Universidade Federal de Goiás: luciscats@gmail.com

Introdução: A auditoria teve seu princípio originariamente da contabilidade, tendo sido impulsionada pelo modo de produção capitalista. Frequentemente utilizada como ferramenta de controle, pelo exame sistemático dos registros (DE SOUZA; *et al.*, 2010). A história da auditoria no Brasil inicia-se com a instituição da previdência em 1923, por meio da Lei Eloy Chaves. Entretanto, só passou a ser utilizada na saúde em 1984, por meio da Resolução 45 de 12 de julho de 1984, do extinto Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), sendo expressa como um conjunto de ações administrativas, técnicas e observacionais (ELIAS *et al.*, 2017). A Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, ao prever a criação do SNA, estabeleceu as instâncias de gestão do SUS de acompanhar, controlar e avaliar as ações e serviços de saúde, ficando reservada à União a competência privativa para “estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria, e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS em todo o território nacional em cooperação técnica com estados, municípios e Distrito Federal”. O Decreto Federal 1651/1995 regulamenta o SNA estabelece suas competências nos três níveis de gestão: federal, estadual e municipal. Institucionalizar e padronizar as práticas de monitoramento, avaliação e auditoria no âmbito da gestão do SUS, ainda constitui um desafio para as áreas técnicas da saúde. A gestão de serviços de saúde pode ser fortalecida por certas ações, porém, a falta de sistematização dos procedimentos de auditoria, muitas das vezes, impossibilita este apoio à gestão (LUIS.A *et al.*, 2012). Este trabalho se justifica devido a constatação da necessidade de ações de controle, avaliação e auditoria, principalmente na área da saúde, onde grande aporte de recursos financeiros, materiais e humanos são dispendidos e deveriam reverter em qualidade na atenção à saúde da população.

Objetivo: Levantar o número de auditorias realizadas desde a efetivação do componente estadual, acessíveis para consulta no Sistema Nacional de Auditoria (SISAUD).

Metodologia: Trata-se de estudo descritivo retrospectivo, com finalidade exploratória da situação encontrada. Quanto ao desenvolvimento no tempo, o estudo retrospectivo é construído para explorar fatos ocorridos no passado, podendo ser planejado para retornar do momento atual até um determinado ponto no passado (SILVA; MENEZES, 2005). Por se tratar de dados secundários, publicizados por meio do DENASUS, sem qualquer identificação dos sujeitos pesquisados, não houve a necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Todos os princípios da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466, de 12 de

dezembro de 2012 foram seguidos nas etapas desta pesquisa. Serão considerados apenas os dados referentes às auditorias realizadas pelo Componente Estadual do Sistema Nacional de Auditoria (SNA), ocorridas nos municípios do Estado de Goiás e disponibilizadas eletronicamente por meio de consulta ao site do SNA, disponível em: <consultaauditoria.saude.gov.br/visao/pages/principal.html?1>.

Resultados: O Estado de Goiás possui 246 municípios, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística 2016. Estão disponibilizados o total de 965 registros de atividades de auditorias ocorridas no Estado de Goiás.

O Sistema de Informação de Auditoria (SIAUD) permite a verificação de atividades como: auditoria, fiscalização e verificação do Termo de Ajuste Sanitário. Com a seleção de apenas as auditorias, houve redução para 876 registros. Considerando-se apenas as auditorias realizadas pelo componente estadual do SNA, obteve-se 431 registros de auditorias realizadas pela Secretaria Estadual de Saúde. Os resultados podem ser visualizados no gráfico abaixo. A coleta dos dados ocorreu durante o mês de outubro de 2017.



Fonte: SISAUD/DATASUS. Outubro de 2017

Não foram observadas auditorias nos seguintes municípios: Água fria de Goiás, Alvorada do Norte, Aporé, Buriti Alegre, Buriti de Goiás, Córrego do Ouro, Itajá, Lagoa Santa, Novo Planalto, Panamá, Paraúna, Quirinópolis, Senador Canedo e Turvânia.

Conclusão: Apesar de se observar a diminuição progressiva em relação ao número de auditorias, espera-se que o resultado deste estudo contribua no sentido de dar visibilidade à auditoria dos sistemas de saúde. As auditorias são realizadas nos três níveis de gestão, e este estudo considerou apenas a gestão estadual. Acredita-se que o fortalecimento da auditoria em qualquer nível de gestão, articulada com as demais áreas técnicas, poderá resultar em melhoria das práticas desenvolvidas nos processos de trabalho em instituições de saúde. Desta forma, sugere-se que outros estudos sejam conduzidos, no sentido de identificar possíveis falhas e apontar melhorias, relacionados aos processos de trabalho do componente estudado.

Palavras chave: auditoria; sistema único de saúde; sistema nacional de auditoria.

Referências:

- Elias JATQ, Leite MV, Silva JMF. Auditoria no Sistema Único de Saúde : uma evolução histórica do Sistema Nacional de Auditoria para a qualidade , eficiência e resolutividade na gestão da saúde pública brasileira. Rev. da CGU, v. 9, n. 14, p. 559–575, 2017.
- Souza LAA, Dyniewicz AM, Kalinowski LC. Auditoria : uma abordagem histórica e atual. RAS, v. 12, n. 47, p. 71–78, 2010.
- Brasil, Ministério da Saúde. Lei No. 8080/90, de 19 de setembro de 1990. Brasília: DF. 1990. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm Acesso em: 05 set. 2017.
- Lana LD, Ferrazza CAC, Quadros JN, Birrer JÁ. Auditoria em organizações prestadoras de serviço: uma estratégia de gestão econômica. RAS, v. 14, n. 56, p. 4–9, 2012.
- Luis A, Carvalho B, Souza MDF, Boas MIV. A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação : possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. Ciência & Saúde Coletiva, v. 17, p. 901–911, 2012.

Apresentação 8

A PARTICIPAÇÃO DA MUSICOTERAPIA NO PROCESSO DE HUMANIZAÇÃO DA PEDIATRIA DO HOSPITAL DE DOENÇAS TROPICAIS DR. ANUAR AUAD (HDT)

ALMEIDA, Priscila Raquel da Silva¹
ZANINI, Claudia Regina Oliveira¹

1. Universidade Federal de Goiás: pri.raquel@hotmail.com

Introdução: A pesquisa refere-se a utilização da Musicoterapia como parte do processo de humanização da Pediatria do HDT. A motivação surgiu do ensejo de ampliar a humanização no tratamento de crianças que estavam internadas, em um serviço do SUS que não havia o profissional Musicoterapeuta.

Objetivos: Verificar os resultados da musicoterapia como ferramenta para a humanização; Observar os efeitos de atendimentos em grupo musicoterapêutico com crianças; Analisar os benefícios de atividades lúdicas no processo musicoterapêutico com crianças hospitalizadas.

Metodologia: Trata-se do tipo estudo de caso com abordagem quali-quantitativa. A seguir fluxograma que descreve o processo de coleta de dados.

Conclusão: Verificamos que a Musicoterapia teve efeitos benéficos para o sujeito hospitalizado, por oferecer espaço para expressão de sentimentos gerados durante a internação; Constatamos que a característica lúdica do atendimento foi gerada, principalmente, pelos instrumentos musicais, que foram definidos pelos participantes como brinquedos; Observamos que a Musicoterapia promoveu humanização e sensibilização entre os sujeitos participantes.

Palavras-chave: musicoterapia; hospitalar; humanização; crianças.

Referências:

Ministério da Saúde, Cartilha: Política Nacional de Humanização. Brasília, 2015.

Apresentação 9

**QUALIDADE MICROBIOLÓGICA DE ÁGUA TRATADA PARA
HEMODIÁLISE E CARACTERIZAÇÃO DE BACTÉRIAS
PATOGÊNICAS****SOUZA, Bárbarah Gregório de Araújo¹****FREITAS, Ana Tereza Vaz de Souza¹****BORGES, Liana Jayme¹****CAMPOS, Maria Raquel Hidalgo¹**

1. Faculdade de Nutrição - Universidade Federal de Goiás: rbarahgregorio@gmail.com

Introdução: A hemodiálise é um tratamento primordial para pacientes renais crônicos em fase terminal. Nesta terapia, a água é utilizada para produção da solução de diálise e para reutilização de dialisadores, e por isso sua qualidade microbiológica deve ser garantida, uma vez que excessivos níveis de bactérias são responsáveis por sintomas como febre, calafrios, hipotensão e choque, podendo levar até mesmo à morte dos pacientes.

Objetivos: Sendo assim, este trabalho objetivou avaliar a qualidade microbiológica da água utilizada em centros de hemodiálise e caracterizar bactérias patogênicas isoladas desta água.

Metodologia: Durante os meses de maio e junho de 2014, foram coletadas, em duas etapas, amostras de água de quatro pontos de coleta em 12 centros de hemodiálise das cidades de Goiânia-GO e Aparecida de Goiânia-GO. O protocolo microbiológico seguiu os parâmetros da Resolução da Diretoria Colegiada nº 11/2014, além da pesquisa de coliformes termotolerantes, *Escherichia coli* e *Pseudomonas aeruginosa*, de acordo com *American Public Health Association*. As cepas de bactérias patogênicas foram caracterizadas fenotípica e genotipicamente, por meio do antibiograma e *Pulsed Field Gel Electrophoresis*.

Resultados: 1) 7,3 % contaminadas por coliformes totais; 2) 1,1% contaminadas por coliformes termotolerantes; 3) 18,7% contaminadas por bactérias heterotróficas; 4) 10,4% contaminadas por *P. aeruginosa*, estando presente em seis centros de hemodiálise; 5) Não foram encontradas cepas de *E. coli*; 6) Todas as cepas de *P. aeruginosa* apresentaram perfil de resistência ao cefepime e uma cepa foi resistente também ao aztreonam e piperacilina-tazobactam; 7) A análise genotípica revelou oito perfis eletroforéticos diferentes e mostrou a persistência de clones de uma mesma bactéria na primeira e segunda coleta em um mesmo centro de hemodiálise.

Conclusão: 1) A água utilizada nas unidades de tratamento dialítico apresenta condições higiênicossanitárias insatisfatórias; 2) Cepas de bactérias patogênicas apresentam perfil de resistência a antibióticos utilizados em seu controle; 3) A alta diversidade genética das cepas revela o risco potencial à saúde dos pacientes submetidos à hemodiálise.

Palavras-chave: soluções para diálise; unidades hospitalares de hemodiálise; análise microbiológica.

Referências:

American Public Health Association (APHA). Standard methods for the examination of water and wastewater, 21th edition. Washington, DC: American Public Health Association, 2005.
Brasil. Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução RDC nº 11, de 13 de março de 2014. Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Diálise e dá outras providências. Brasília, DF: ANVISA, 2014.

Apresentação 10

**MORTALIDADE POR DOENÇA DE CHAGAS NO ESTADO
DE GOIÁS, BRASIL, NO PERÍODO DE 2006 A 2011**

MORAES, Cicilio Alves de¹
OLIVEIRA, Enio Chaves de¹
LUQUETTI, Alejandro Ostermayer¹

1. Núcleo de Estudos da Doença de Chagas, HC/UFG: cicilioalves@hotmail.com

Introdução: A Doença de Chagas é uma infecção crônica causada pelo protozoário *Trypanosoma cruzi*, transmitida aos seres humanos pelas fezes de um inseto do gênero *Triatoma*, ou via oral, transplante de órgãos, transfusão sanguínea, acidente de laboratório e transmissão vertical (de mãe para filho) (LUQUETTI et al, 2015; MOYA & MORETTI, 1997;). O Brasil tem entre 3 e 4 milhões de infectados com grandes variações regionais de prevalência da doença. O Estado de Goiás é o terceiro colocado quanto à prevalência e o primeiro quanto à mortalidade (SILVEIRA & SAKAMOTO, 1983). A Doença de Chagas continua um problema de saúde pública 100 anos após seu primeiro relato por CHAGAS em 1909 e é a sexta mais importante doença tropical no mundo (HOTEZ et al., 2006).

Objetivos: Avaliar a mortalidade da Doença de Chagas no Estado de Goiás entre os anos de 2006 e 2011; Comparar a mortalidade por Doença de Chagas em Goiás com a do Brasil; Analisar causas de morte associadas à Doença de Chagas; Aspectos demográficos; Influência das diferentes formas clínicas da Doença de Chagas como causa básica ou associada ao óbito.

Metodologia: Foram pesquisados os óbitos relacionados com a Doença de Chagas no Estado de Goiás, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças 10 (CID 10) (1993, OMS) no período compreendido entre 01 de janeiro de 2006 e 31 de dezembro de 2011.

Resultados: A Doença de Chagas é uma importante causa de morte no Estado de Goiás sendo responsável por 2,4% do total de óbitos ocorridos no Estado, e por 14,8% do total de óbitos por Doença de Chagas ocorridos no Brasil, no período abrangido por esse estudo. A forma cardíaca da Doença de Chagas foi a causa da maior parte dos óbitos (80,3%) seguida da digestiva (15,8%). Os analfabetos compreendem o maior grupo dos que morreram por doença de Chagas, de acordo com os dados extraídos dos arquivos (25%), seguidos por aqueles com escola primária incompleta. Ambos os grupos representam quase metade dos óbitos, e ressalta ainda que 1/3 dos óbitos (36%) são de indivíduos com escolaridade não informada nos registros.

Conclusão: Nossos dados demonstram que a mortalidade por Doença de Chagas no Estado de Goiás é 5,3 vezes maior do que no restante do País.

Palavras-chave: doença de chagas; mortalidade; atestado de óbito.

Apresentação 11

**PRONTO SOCORRO E ESTRESSE: AVALIAÇÃO
MULTIPROFISSIONAL EM UM HOSPITAL EM REFERÊNCIA EM
URGÊNCIA E TRAUMA**

MEIRA, Fernanda Silva¹
DELFINO, Maria de Fátima do N. Silva²
BORGINHO, Bruno Fernandes³

1. Psicóloga. Especialista em Urgência e Trauma pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES/GO). Especialista em Psicologia da Saúde e Hospitalar.
2. Enfermeira. Mestre em Terapia Intensiva. Docente e Teleconsultora do Telessaúde/UFG, coordenadora articulação do acesso/Gerência de Regulação da SES/GO.
3. Psicólogo. Neuropsicólogo. Especialista com Residência na Clínica Especializada-Infectologia pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES/GO). e-mail: amitaf40@hotmail.com

Introdução: Hans Selye, um dos precursores nas pesquisas de estresse, explicou este termo como sendo a soma de todas as alterações, corpóreas e não-específicas, protetoras contra qualquer estímulo considerado como nocivo (estressor), inclusive estímulos psicológicos proveniente do ambiente (Selye, 1965). Já Lazarus e Folkman (1984) abordam o estresse como sendo uma relação entre a pessoa e o ambiente, onde o primeiro consideraria o segundo como ameaçador ao seu bem-estar.

Objetivos: Realizar o diagnóstico de estresse dos trabalhadores da saúde da equipe multiprofissional do Pronto-Socorro de um hospital de referência em Urgência e Emergência na cidade de Goiânia-Go.

Metodologia: Estudo exploratório, transversal e com abordagem quanti-qualitativa, que buscou identificar a existência de sintomas de estresse em 30 trabalhadores por meio do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (Lipp, 2000). A amostra foi por conveniência com os profissionais das seguintes áreas: Psicologia, Fisioterapia, Nutrição, Serviço Social, Cirurgia Buco-maxilo, Enfermagem, Técnicos de Enfermagem, e Medicina. O projeto passou pela apreciação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Urgências de Goiânia sob o número de parecer 860.676, CAAEE 35463414.2.0000.0033. Cada participante era apresentado à pesquisa e após concordarem e assinarem o TCLE recebia uma folha de aplicação do teste e a preenchia individualmente. A coleta de dados ocorreu no período de dezembro de 2014 a janeiro de 2015 e a análise dos dados foi de maneira descritiva conforme o manual do ISSL.

Resultados: Por meio do ISSL (Lipp, 2000), verificou-se que 46,6% dos entrevistados possuem sintomas de estresse e 53,3% não apresentaram estes sintomas. De acordo com os resultados encontrados, os principais sintomas de estresse foram: 1) nas últimas 24 horas – tensão muscular (57,14%), vontade súbita de iniciar novos projetos (42,85%) e mudança de apetite (35,71%); 2) na última semana – cansaço constante (92,85%), sensação de desgaste físico constante

(78,57%), Pensar constantemente em um só assunto (64,28%) e irritabilidade excessiva (57,14%); 3) no último mês – cansaço excessivo (85,71%), angústia/ansiedade diária (71,42%), irritabilidade sem causa aparente (50%) e hipersensibilidade emotiva (50%).

A maioria dos pesquisados se encontram na fase de resistência, que segundo Lipp (2000), é a fase em que a pessoa está em condições para aprender a gerenciar o estresse. Nota-se, também, que o número de pessoas classificadas nas fases de quase-exaustão e exaustão, juntas, somam 28,56%. Nenhuma pessoa foi classificada na fase de alerta. Os dados mostram que, conforme Lipp (2000), nessa população, pode-se não encontrar ânimo, vigor e energia para a criatividade e produtividade. Já a identificação de quase-exaustão e exaustão evidencia a presença de estresse negativo, onde há reduzida energia física e mental podendo a produtividade e capacidade de trabalho ficar prejudicadas.

Conclusão: Diante disso, percebe-se a importância de valorizar, investir e melhorar a qualidade das condições de trabalho desses profissionais, pois há um desequilíbrio entre os investimentos tecnológicos e humanos, e o desempenho do profissional que fica comprometida pela insatisfação e desmotivação, refletindo na sua produtividade. Por fim, compete sugerir que as instituições de saúde criem momentos e ambientes para que os profissionais compartilhem experiências e sentimentos vivenciados durante os plantões.

Palavras-chave: estresse; estresse ocupacional; pronto-socorro; cuidado com o cuidador; urgência e emergência.

Referências:

- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lipp, M. E. N. (2000). *Manual do inventário de sintomas de stress para adultos de Lipp (ISSL)*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Selye, H. (1965). *Stress: a tensão da vida*. F. Branco (trad.). São Paulo: IBRASA.

Apresentação 12

ACOMPANHAMENTO DE EGRESSOS NA ESCOLA ESTADUAL
DE SAÚDE PÚBLICA “CÂNDIDO SANTIAGO”MAIA, Isaura Arruda¹

1. Superintendência de Educação em Saúde e Trabalho para o SUS, Escola Estadual de Saúde Pública Cândido Santiago: xismaia@hotmail.com.br

Introdução: A Escola Estadual de Saúde Pública “Cândido Santiago” (ESAP-GO) foi criada pela lei estadual nº 15.260, de 15 de julho de 2005, como uma organização administrativa da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES-GO) e funciona em conformidade com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS)¹. Esta Escola tem por objetivo formar profissionais na área da saúde, preferencialmente servidores do SUS, englobando os seguintes níveis: Formação inicial e continuada, Técnico, Pós-Técnico, Pós-graduação (Lato e Stricto Sensu), além de residências médicas e multiprofissionais. O Projeto Político Pedagógico (PPP) da ESAP-GO, no que se refere aos cursos técnicos e pós-técnicos, faz menção ao termo “acompanhamento de egressos”². No entanto, apesar de mencionada neste documento oficial, nenhuma atividade foi estruturada para implantar tal ação até o momento.

Objetivos: Implantar o acompanhamento de egressos na Escola Estadual de Saúde Pública “Cândido Santiago”; Envolver toda a equipe da ESAP-GO no processo de conhecimento e implantação do acompanhamento de egressos; Elaborar um instrumento específico para acompanhamento de egressos e avaliação de cursos oferecidos pela Escola; Construir mecanismos necessários para estruturar o acompanhamento de egressos.

Metodologia: Foi realizada uma breve revisão bibliográfica sobre a legislação que trata do assunto acompanhamento de egressos, bem como de artigos que discutem a importância deste tema, trazendo a experiência de outras instituições que já realizam esta ação. Também foram consultados documentos normativos internos da ESAP-GO.

Conclusão: Esta pesquisa teve como objetivo a implantação do acompanhamento de egressos na ESAP-GO. O plano de intervenção procurou envolver todos os técnicos da Escola na elaboração de um instrumento para o acompanhamento de egressos e a construção de mecanismos necessários para essa ação que facilitarão o processo avaliativo das informações prestadas pelos egressos sobre sua formação e percepção que permita a busca constante por melhor qualidade. O acompanhamento de egressos constitui uma forma de avaliar os resultados da Escola e, com isso, introduzir modificações, identificando cursos que não trazem resultados positivos no campo profissional e inserir melhorias contínuas no processo de ensino.

Palavras-chave: avaliação do ensino; avaliação institucional; centros educacionais de área de saúde.

Referências:

Gabinete Civil da Governadoria (GO). Cria a Escola Estadual de Saúde Pública de Goiás Cândido Santiago-ESAP/GO, o Fundo Especial de sua manutenção e o cargo comissionado que menciona, introduz alterações no Anexo XVII da Lei Delegada nº 08, de 15 de outubro de 2003, e dá outras providências.

Pena MDC. Acompanhamento de egressos: análise conceitual e sua aplicação no âmbito educacional brasileiro. Educ. Technol. 2000 jul/dez;5(2):25-30.

Apresentação 13

A CRIAÇÃO DO GRUPO DE TRABALHO INTERSETORIAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E OS DESAFIOS E POSSIBILIDADES PARA A IMPLEMENTAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS NO ESTADO DE GOIÁS

PASSOS, Vânia Marra¹

PARREIRA, Fernanda Ramos¹

FURTADO, Ariandeny Silva de Souza¹

REZENDE, Hamilton José Amorim¹

1. Superintendência de Vigilância em Saúde – Coordenação de Vigilância e Promoção da Saúde. Grupo de Trabalho Intersetorial de Promoção da Saúde do Estado de Goiás – GTIPSGO/SES. prosaude.suvisa@gmail.com

Introdução: Em Goiás houve avanços na construção da Política Estadual de Promoção da Saúde. Em 2012 foi criada a Coordenação Estadual de Vigilância e Promoção da Saúde com intuito de articular, coordenar, negociar, planejar, acompanhar, monitorar e avaliar as ações de Promoção da Saúde, nos 246 municípios, por meio das 05 macrorregiões e 18 regionais de saúde do Estado. No intento de fortalecer as ações, projetos e programas focados na Promoção da Saúde, em 2015, em articulação com a área de Equidade e outras áreas da saúde e UFG realizaram o I Seminário Estadual de Promoção da Saúde e Equidade. No evento foi instituído Grupo de Trabalho Intersetorial de Promoção da Saúde de Goiás Portaria n. 719/2015 – GAB/SES, cujo objetivo é promover a articulação do governo estadual com os municípios e demais parceiros para o apoio à implantação e implementação da PNPS.

Objetivos: Apresentar o processo de construção e implementação da Política Estadual de Promoção da Saúde a partir de ações, estratégias e programas articulados entre os diferentes organismos governamentais, não-governamentais, universidades, movimentos sociais e sociedade civil.

Metodologia: O presente trabalho configura-se o relato de experiência da criação do Grupo de Trabalho Intersetorial de Promoção da Saúde do estado de Goiás – GTIPSGO e as ações por ele desenvolvidas quanto a construção e implementação da Política Estadual de Promoção da Saúde.

Resultados: O GTIPSGO tem a finalidade de promover a democratização e a participação social na implementação da PNPS traduzindo numa política pública sustentável, considerando a diversidade e os contextos regionais (GOIÁS, 2016). São competências do GT: estimular e apoiar a execução da PNPS no território, com enfoque na inter e intrasetorialidade, buscando reduzir iniquidades; respeitar as especificidades e valorizar a culturalidade com ênfase na equidade. O GTIPS foi aprovado pela CIB e, em 2017 estabeleceu parceria junto a OPAS/OMS e FIOCRUZ/DF no intento de planejar a agenda propositiva da Promoção da Saúde para o estado de Goiás.

Conclusão: O I Encontro Estadual de Estratégias de Promoção da Saúde (2017) teve a participação da OPAS, FIOCRUZ/DF, municípios goianos e movimentos sociais. O evento oportunizou analisar o contexto da Promoção da Saúde no Estado, diagnosticar as fragilidades e potencialidades para a construção de ações e políticas, bem como pactuar agenda propositiva para o planejamento, gestão e avaliação das políticas em PS. Evidenciou-se, baixa formação e educação permanente; baixa inter e intrasetorialidade; ações fragmentadas e pontuais e baixa avaliação, controle e monitoramento das políticas dificultando mensurar o impacto dessas. O GT propõe realizar cursos de formação em PS aos gestores, profissionais e troca de saberes com a comunidade; consolidar as parcerias; debater a Redes de atenção à violência; mapear políticas engendradas e construir Banco de Indicadores Sociais; realizar oficinas sobre temas transversais da PS.

Palavras-chave: colaboração intersetorial; promoção da saúde; políticas públicas.

Referências:

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- Goiás. Resolução n. 100/2016, de 30 de agosto de 2016. Aprova a criação do Grupo de Trabalho Estadual de Promoção da Saúde do Estado de Goiás, 2016.
- _____. Regimento Interno do Grupo de Trabalho Intersetorial de Promoção da Saúde do Estado de Goiás, 2016.
- Lefevre F, Lefevre AMC. O corpo e seus senhores: homem, mercado e ciência – sujeitos em disputa pela posse do corpo e da mente humana. Rio de Janeiro: Vieira & Lent, 2009.
- Marshall TH. Cidadania, classe social e status. Rio de Janeiro: Zahar, 1963.

Apresentação 14

**PANORAMA ATUAL DA DOENÇA DE CHAGAS DO ESTADO DE
GOIÁS****COSTA, M.L.¹
FILHO, J.V.M.²
SIQUEIRA, E.M.P.³
SANTA RITA, R.M.¹**

1. Instituto de BioCiências, Universidade Federal de Goiás;
2. Associação de Pais e Amigos Excepcionais;
3. Hemocentro de Goiás: marillia.limacosta@gmail.com

Introdução: A doença de Chagas é uma zoonose endêmica em 21 países da América Latina, provocada pelo protozoário *Trypanosoma cruzi*. Atualmente, no Brasil, a transmissão oral é a principal via de transmissão da doença, presente em 6 a 8 milhões indivíduos na América Latina e em 2 a 3 milhões de infectados no Brasil.

Objetivos: O trabalho teve como objetivo conhecer o panorama atual da Doença de Chagas no Estado de Goiás, e suas macrorregiões no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2014.

Metodologia: Trata-se de um estudo populacional, retrospectivo com a coleta e análise de dados referentes aos casos relatados de infecção por *T. cruzi* em todo o estado de Goiás, no período de 2009 a 2014, coletados em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde (SES), Serviço de Assistência Especializada (SAE), Programa de Proteção à Gestante (PPG) e Hemocentro de Goiás (HEMOGO).

Resultados: Em toda hemorrede do estado, entre 2009 e 2014 foram triados 130.570 candidatos a doadores de sangue, e destes 644 (0,49%) apresentaram sorologia positiva para *T. cruzi*. No período analisado, foram atendidos pelo PPG 444.839 gestantes, tendo 1.117 (0,25%) destas IgG reagentes (GDC⁺) para *T. cruzi*, em 1.242 gestações (Tab.I). A análise da dispersão geográfica demonstra maior concentração de GDC⁺ habitando a região central do estado (49%). Segundo os dados etários, 54,07% das GDC⁺ estavam na faixa de 31 a 40 anos e 58,55% se autodeclararam pardas e em relação ao período gestacional em que as gestantes estavam no momento do teste sorológico, 54,46% estavam no primeiro trimestre gestacional (Fig. I)

Tabela I: Prevalência de positividade para IgG entre gestantes atendidas pelo PPG no período de 2009 a 2014 no estado de Goiás.

Anos	Nº de Gestantes	IgG ⁺	% de Infecção
2009	70.433	256	0,36
2010	72.523	228	0,31
2011	73.130	192	0,26
2012	75.169	163	0,22
2013	75.857	140	0,18
2014	77.727	120	0,15
Total	444.839	1.117	0,25

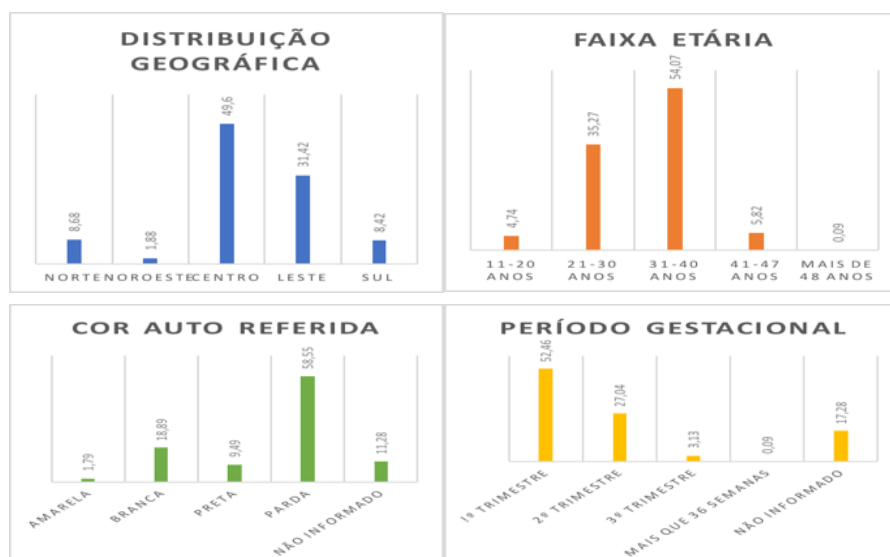


Figura I: Distribuição das variáveis sociodemográficas e gestacionais das GDC⁺ no período de 2009 a 2014 no estado de Goiás.

Conclusão: Foram identificados, em todo o estado de Goiás, 0,49% de indivíduos infectados pelo protozoário no período analisado e uma baixa prevalência (0,25%) da doença de Chagas nas gestantes atendidas pelo PPG. O estudo aponta para maior prevalência de gestantes infectadas que habitam nas regiões central e leste do estado, na faixa etária de 31 a 40 anos, que se autodeclaram pardas e diagnosticadas no primeiro trimestre de gestação.

Palavras-chave: doença de chagas; epidemiologia; prevalência; *t. cruzi*.

Apresentação 15

POLÍTICA DE SAÚDE E PROMOÇÃO DA SAÚDE: O CASO DO
PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE NO ESTADO DE GOIÁSPARREIRA, Fernanda Ramos¹
SOUZA, Marta Rovey de²

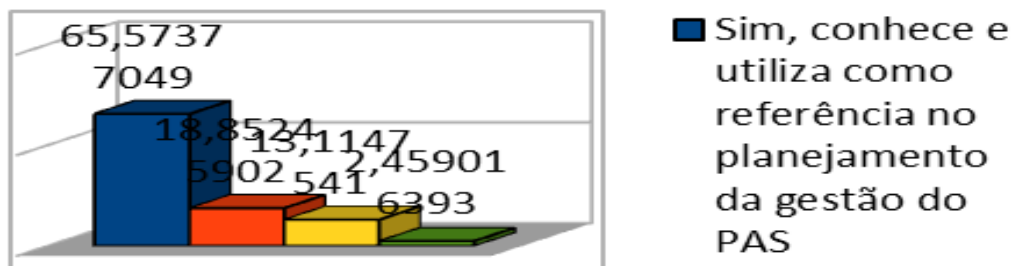
1. Faculdade de Ciências Sociais (UFG); Superintendência de Vigilância em Saúde (SES-GO)
fernandaparreira@gmail.com
2. Faculdade de Ciências Sociais (UFG)

Introdução: Acerca da saúde pública brasileira e as políticas de saúde engendradas ao longo da história apontam a luta de grupos e atores que disputam a legitimação e hegemonia de determinado modelo de saúde. Toma-se por questões a serem respondidas na presente pesquisa: 1) De que forma o modelo ou a concepção de saúde engendrado no final do século XX se [re]constrói e se reproduz junto aos atores inseridos no contexto do Programa Academia da Saúde no estado de Goiás? 2) Como ocorre a interação e a cooperação entre as diferentes esferas governamentais, não governamentais e os demais agentes envolvidos no Programa Academia da Saúde implantado no estado de Goiás? 3) De que maneira os gestores, os profissionais de linha de frente e a sociedade civil participam na gestão e na institucionalização do referido programa?

Objetivos: Analisar a implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), através do Programa Academia da Saúde, e sua configuração no contexto microespacial.

Metodologia: Assume-se a perspectiva dos métodos mistos (*mixed methods* – MM), pois representa uma perspectiva dialógica e permite ampliar a maneira de analisar objetos e questões cuja complexidade demanda (DESLANDES, 2015). Desenvolvida a partir das seguintes etapas: 1) ETAPA 1: Levantamento de dados (qualitativos e quantitativos) e seleção de amostras; Fonte: Elaborado pela autora baseado em dados disponíveis no FormSUS – Ciclo de Monitoramento do Programa Academia da Saúde 2017; 2) ETAPA 2: Pesquisa de campo (aplicação de entrevistas semi-estruturadas à 04 gestores municipais, 08 profissionais, 08 usuários, 1 gestor estadual); 3) ETAPA 3: Análise e interpretação dos dados (estatística descritiva e análise de discurso).

Resultados: Aponta-se que 66,4% dos municípios encontram-se com polos em funcionamento, sendo que estes estão concentrados nas regiões de saúde Sul, Centro-Sul e Sudoeste II. Dentre os municípios que participaram do monitoramento 2017, via FormSUS, 50,8% avaliam como boa a implantação do Programa em seu município. 59,8% avaliaram como bom o apoio da gestão estadual ao Programa, e respectivamente, 64,8% ao apoio da gestão federal. A gestão do Programa Academia da Saúde, conforme Gráfico I, está concentrada na Atenção Básica.

GRÁFICO I - A gestão municipal conhece
a Política Nacional de Promoção da Saúde (%)

Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados FormSUS – Ciclo de Monitoramento 2017

Ademais, 65,6% dos gestores asseveraram conhecer e utilizar a Política Nacional de Promoção da Saúde para desenvolver as ações e atividades no polo do PAS. É baixo o nível de articulação intrasetorial, aponta-se dentre os 122 municípios investigados, o maior percentual de articulação está junto a Secretaria de Direitos Humanos (33,6%), seguida pela Secretaria de Educação (25,4%). Já em relação a articulação intrasetorial, identifica-se uma maior articulação aos programas desenvolvidos na Atenção Básica e suas estruturas físicas (Consultório de Rua, Rede Cegonha, Unidade Básica de Saúde). No tocante a relação junto ao CMS, apenas 11,5% relatam articular as ações vinculadas ao PAS com o CMS.

Conclusão: Pontua-se que os polos do Programa Academia da Saúde focam em atividades voltadas as práticas corporais e alimentação saudável e atinge um público específico, composto por mulheres adultas e idosas. Evidencia-se que é presente o discurso focado na melhoria da qualidade de vida e mudança para modos de vida saudáveis. Não obstante, aponta-se que o discurso de profissionais e gestores, por vezes, conflitam entre a perspectiva tradicional de saúde (modelo biomédico) e a nova perspectiva de saúde – produção social da saúde (saúde coletiva). Destaca-se que através da observação direta dos locais investigados, o programa, por vezes, é implantado em regiões/bairros considerados mais violentos ou mais vulneráveis a criminalidade. O polo assim atua como um espaço de ressignificação para a região em que se encontra.

Palavras-chave: saúde coletiva; promoção da saúde; produção social da saúde.

Referências:

- Bourdieu P. Razões práticas: sobre a teoria da ação. São Paulo: Papirus, 1996.
Foucault M. O nascimento da clínica. Tradução Roberto Machado. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1977.
_____. Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Edições Graal, 4 ed, 1984.
Giddens A. As consequências da modernidade. São Paulo: Unesp, 1991.
Poland BD, Green L, Rootman I. Settings for Health Promotion: Linking Theory and Practice. California/USA: Sage Publications, Inc. 2000.

Apresentação 16

PERFIL DE ESPECIALIDADES MÉDICAS DOS PACIENTES ENCAMINHADOS AO SERVIÇO DE FISIOTERAPIA DO HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA

SOUSA, Kemil Rocha¹

VIANA FILHO, Alcidinei²

VERONEZI, Rafaela Júlia Batista³

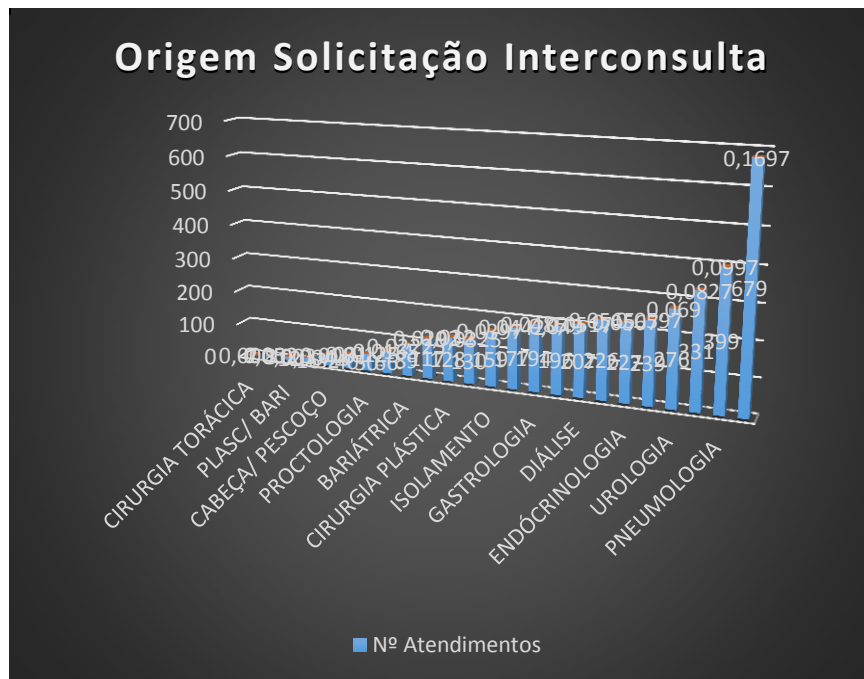
1. Fisioterapeuta. Esp. Traumato-Ortopedia e Reumatologia. Esp. Terapia Intensiva. Docente PUC-GO. Fisioterapeuta Centro de Pesquisa SES-GO. Contato: kemil@pucgoias.edu.br
2. Fisioterapeuta. Especialista em Fisioterapia Hospitalar com Ênfase em UTI.
3. Fisioterapeuta. Doutora em Ciências Biomédicas. Superintendente de Educação em Saúde e Trabalho para o SUS.

Introdução: O presente estudo procedeu a verificação do perfil diagnóstico dos pacientes internados em enfermarias e encaminhados à Fisioterapia do Hospital Geral de Goiânia (HGG), com vistas a identificar quais especialidades encaminham pacientes, e assim, embasar com mais propriedade as ações necessárias na melhoria do serviço e nortear a capacitação técnica dos fisioterapeutas do HGG.

Objetivos: Verificar qualitativamente e quantitativamente as especialidades médicas que originam os encaminhamentos dos pacientes para atendimento pela fisioterapia nas enfermarias do HGG.

Metodologia: Este é um estudo epidemiológico descritivo, transversal, de abordagem exploratória e não experimental. A coleta de dados foi realizada por meio da verificação das listas diárias da Seção de Fisioterapia do HGG do período de Setembro de 2013 a Fevereiro de 2014. Comparou-se esta lista com a lista de Regulação dos Leitos por Especialidades do hospital para definição das especialidades médicas a qual pertenciam os pacientes.

Resultados: A Seção de Fisioterapia realizou cerca de 4.000 atendimentos, prestados a 235 pacientes, sendo 107 do sexo feminino (45%) e 128 (55%) do sexo masculino.



Conclusão: O número de atendimentos fisioterápicos foi significativo o que sugere que a equipe tem papel importante na assistência no HGG. A equipe é mais demandada pelas especialidades de Neurologia, Pneumologia, Cardiologia e Cirurgia Geral. Os dados encontrados têm relevância para a gestão local, pois norteia os investimentos em treinamento e contratação de fisioterapeutas de acordo com o perfil deste profissional por especialidade.

Palavras-chave: fisioterapia; prevalência; epidemiologia.

Apresentação 17

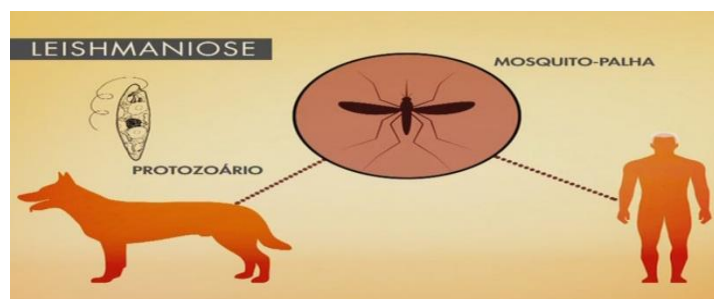
**TRANSMISSÃO DE LEISHMANIOSE VISCERAL NO MUNICÍPIO DE
PIRENÓPOLIS, ESTADO DE GOIÁS, NO PERÍODO DE 2005-2010****LACERDA, Adriano Mendes Braga¹****PEREIRA, Ana Lucia Rodrigues¹****SANTOS, Danila da Silva¹****MATOS, Fabiane Vieira¹****FARIA, Patrícia Alves de¹****SANTALUCIA, Marcelo¹****SILVA NETO, Benedito Rodrigues da¹**

1. Associação de Educação e Cultura de Goiânia – AECG Faculdade Padrão:
dna.biomedica@gmail.com

Introdução: As Leishmanioses são doenças crônicas, de manifestações cutânea e visceral, causadas por protozoários flagelados do gênero *Leishmania* (SILVA, 2013). A principal forma de transmissão do parasita para o homem e outros hospedeiros mamíferos é através da picada das fêmeas de dípteros da família Psychodidae, conhecido por flebotomíneo, mosquito-palha.

A Leishmaniose é de grande relevância para a saúde pública por se tratar de uma zoonose. Podem levar crianças a morte e as drogas utilizadas para tratamento humano são tóxicas. Em 19 anos de notificações (1984-2002), os casos de *Leishmaniose visceral* somaram 48.455 casos (Brasil, 2003). O município de Pirenópolis pode ser classificado como endêmico para Leishmaniose, pois apresentou entre o período de 2005 a 2010 um ou mais casos autóctones (BRASIL, 2007).

Figura1-Transmissão da Leishmaniose



Fonte: (foto: Reprodução/RBS TV)

Objetivos: Esse trabalho teve como objetivo realizar um análise comparativa/descriptiva dos dados referentes a incidência de *Leishmaniose visceral* no município de Pirenópolis – Goiás no período entre 2005 a 2010, visando a redução da morbidade e letalidade da Leishmaniose visceral para o município Pirenópolis, Estado de Goiás.

Metodologia: Baseado nos dados fornecidos pelo laboratório de Saúde Pública LACEN/GO da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás e Secretaria Municipal de Saúde de Pirenópolis (SMS), fizemos um levantamento de incidência dos últimos anos da Leishmaniose do município. Os dados obtidos seguem a metodologia proposta por MARTINS (2002)

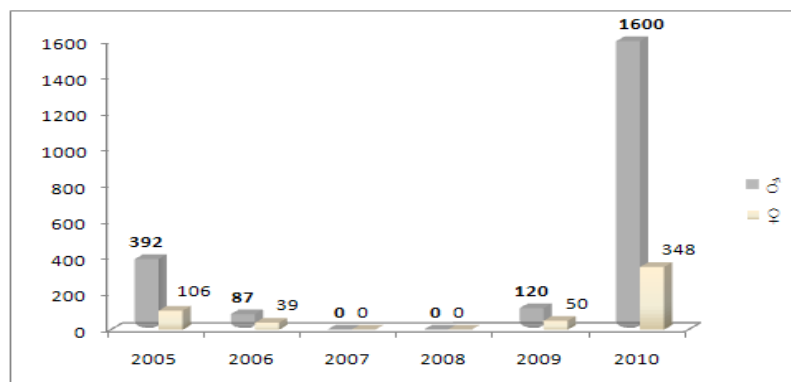
Resultados:

Figura 2. Armadilha tipo CDC Luminosa



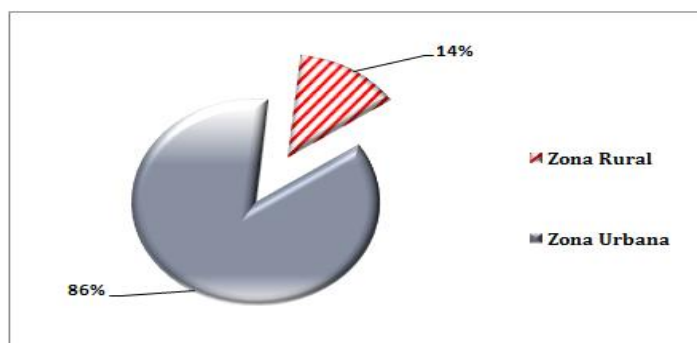
Fonte: <https://www.researchgate.net>

Figura 3. Quantidade de vetores capturados por ano



*Dados referentes a vetores capturados em peridomicílio e intradomicílio.

Figura 4. Percentual de vetor Zona rural X Urbana



*Percentual de casos relatados em zona rural e urbana.

Conclusão: Na cidade de Pirenópolis, entre o ano de 2005 a 2010, observou-se um considerável número de casos de Leishmanioses Visceral, ocorrendo neste período registros constantes da parasitose. O ano de 2010 apresentou maior número de vetores capturados devido ao maior número de casos notificados no Município.

Palavras-chave: leishmaniose visceral; pirenópolis; leishmania; flebotomíneo.

Referências:

- Brasil. Manual de vigilância e Controle da leishmaniose visceral. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília-DF: MS, 2003.
- Martins F. et al. Diversidade e frequência da fauna *Flebotomínea* (diptera: *psychodidae*) em Áreas com transmissão de leishmaniose, no Estado de goiás. Revista de Patologia Tropical, v. 33, 2002.
- Silva K. et al. Vacinas Contra Leishmaniose: Uma Revisão. Arch Health Invest, 2013.

Apresentação 18

CARACTERIZAÇÃO GENÉTICA E FENOTÍPICA DE *Klebsiella pneumoniae* PRODUTORAS DE CARBAPENEMASES ISOLADAS DE PACIENTES EM UM HOSPITAL DE GOIÂNIA, GOIÁS**Fernandes, LC¹
Guilarde, AO¹
André, MCP¹
Kipnis, A¹**

1. Universidade Federal de Goiás (UFG), Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública (IPTSP): lumacf@hotmail.com

Introdução: Nas últimas décadas, as bactérias da família *Enterobacteriaceae* têm adquirido um papel cada vez mais importante nas infecções hospitalares devido a altos índices de resistência aos antimicrobianos associados à mortalidade. Esta resistência ocorre devido às características codificadas geneticamente, podendo ser intrínseca ou adquirida. Dentre esses, a produção de carbapenemases é reconhecida mundialmente como um grande problema emergente para pacientes hospitalizados, devido à localização de genes em elementos transferíveis, facilitando sua disseminação.

Objetivos: Caracterizar fenotípica e geneticamente *K. pneumoniae* produtoras de carbapenemase do tipo KPC.

Metodologia: De 2012 a 2016 foram isolados 107 *K. pneumoniae* resistentes aos carbapenêmicos. A produção de carbapenemase foi avaliada seguindo o Teste de Inativação do Carbapenêmico (TIC) (VAN DER ZWALUW et al., 2015). A produção de KPC foi avaliada seguindo o Teste de Hodge Modificado (THM) (CLSI, 2016) e pelo teste com inibidor e potenciador de carbapenemase do tipo KPC com discos de carbapenêmicos com 10 µL ácido fenil borônico (AFB) (ANVISA, 2013). As reações em cadeia de polimerase (PCR) foram realizadas para detectar os seguintes genes de carbapenemases: *blaKPC* (TENOVER et al., 2006), *blaNDM* (GHAZAWI et al., 2012) e MCR-1 (LIU et al., 2016). Com a finalidade de estabelecer possíveis relações de transmissão foi realizado a eletroforese em gel de campo pulsado (PFGE) com as amostras *K. pneumoniae* KPC do estudo (RIBOT et al., 2006). O dendrograma construído para avaliar a relação genética entre as cepas foi feito utilizando o coeficiente de similaridade de Dice (CARRICO et al., 2005).

Resultados: Este estudo descreve o perfil de resistência mais prevalente em um hospital de Goiânia, entre os anos de 2012 até 2016. Desde 2009, tem havido uma disseminação cada vez maior de *K. pneumoniae* produzindo KPC no Brasil. Em nosso estudo, houve uma taxa de produção de KPC de 48,6% em isolados resistentes (Fig. 1) e nenhum isolado apresentou os genes *blaNDM* e MCR-1. A espécie *K. pneumoniae* tem liderado a dispersão mundial de genes *blaKPC* que

ocorre em grande parte impulsionada pela expansão de linhagens clonais (DORTET et al., 2014).

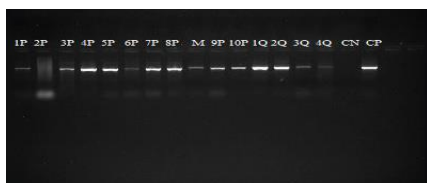


Figura 1: Eletroforese do produto do PCR para o gene *blaKPC* de 13 amostras da espécie *K. pneumoniae*. CN: Controle negativo *K. pneumoniae* ATCC 700603, CP: Controle Positivo *K. pneumoniae* ATCC 1705, M: marcador de peso molecular 1009 pb, Eletroforese do PCR *blaKPC* amostras da espécie *K. pneumoniae*.

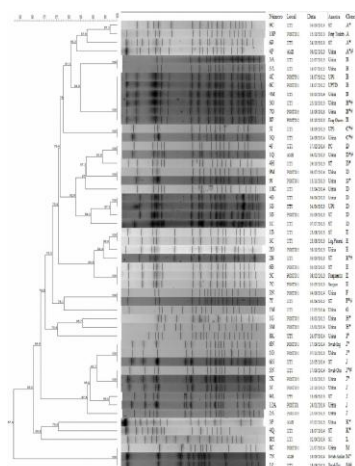


Figura 2: Dendrograma representativo dos 13 perfis de fragmentação de DNA cromossomal encontrado nas 52 amostras de *K. pneumoniae* produtoras de KPC. *Amostras resistentes a tigeciclina; # Amostras resistentes a polimixina B.

Diante da detecção de cepas produtoras de KPC, o perfil de PFGE foi determinado com o intuito de verificar a existência de clones envolvidos na dispersão desse gene entre os isolados.

A análise foi realizada com todas as amostras de *K.pneumoniae* positivas para *blaKPC* isoladas entre os anos de 2012 e 2016. Através da tipagem molecular por PFGE, pudemos observar que a disseminação de KPC pelo hospital não ocorreu por um clone prevalente (Fig. 2).

Conclusão: Os testes fenotípicos, THM, Teste TIC e Nota Técnica 01/2013 são úteis para triagem das bactérias produtoras de carbapenemases, porém não apresentam precisão quanto ao gene que confere resistência, não sendo capazes de substituir as técnicas moleculares.

Palavras-chave: carbapenemases; *klebsiella pneumoniae* kpc; testes fenotípicos.

Referências:

- ANVISA. Nota Técnica 01/2013. Medidas de Prevenção e Controle de Infecções por Enterobactérias Multirresistentes. Série. 2013.
- Carrico JA. et al. Assessment of band-based similarity coefficients for automatic type and subtype classification of microbial isolates analyzed by pulsed-field gel electrophoresis. J Clin Microbiol, v. 43, n. 11, p. 5483-90, Nov, 2005.
- Clinical Laboratory Standards Institute. Performance standard for antimicrobial susceptibility testing. Document M100–S26 CLSI, Wayne, PA, 2016.
- CARRICO J. A. et al. Assessment of band-based similarity coefficients for automatic type and subtype classification of microbial isolates analyzed by pulsed-field gel electrophoresis. J Clin Microbiol, v. 43, n. 11, p. 5483-90, Nov, 2005.
- Dortet L, Cuzon G, Nordmann P. Dissemination of carbapenemase-producing *Enterobacteriaceae* in France, 2012. J Antimicrob Chemother, v. 69, n. 3, p. 623-7, Mar, 2014.
- Ghazawi A. et al. NDM-2 carbapenemase-producing *Acinetobacter baumannii* in the United Arab Emirates. Clin Microbiol Infect, v. 18, n. 2, p. E34-6, Feb, 2012.
- Liu YY. et al. Emergence of plasmid-mediated colistin resistance mechanism MCR-1 in animals and human beings in China: a microbiological and molecular biological study. Lancet Infect Dis, v. 16, n. 2, p. 161-8, Feb, 2016.
- Ribot EM. et al. Standardization of pulsed-field gel electrophoresis protocols for the subtyping of *Escherichia coli* O157:H7, *Salmonella*, and *Shigella* for PulseNet. Foodborne Pathog Dis, v. 3, n. 1, p. 59-67, Spring, 2006.
- Tenover FC. et al. Carbapenem resistance in *Klebsiella pneumoniae* not detected by automated susceptibility testing. Emerg Infect Dis, v. 12, n. 8, p. 1209-13, Aug, 2006.
- Van Der Zwaluw K. et al. The carbapenem inactivation method (CIM), a simple and low-cost alternative for the Carba NP test to assess phenotypic carbapenemase activity in gram-negative rods. PLoS One, v. 10, n. 3, p. e0123690, 2015.

Apresentação 19

**PLANO INCLINADO NA CORREÇÃO DE MORDIDA CRUZADA
ANTERIOR EM PACIENTE NA DENTIÇÃO DECÍDUA**AGUIAR, RCO¹

1. Central de Odontologia de Goiânia: rogchrisoaguiar@hotmail.com

Introdução: A Mordida Cruzada Anterior é uma Maloclusão caracterizada pelo trespasse horizontal negativo na região anterior, podendo envolver um ou mais elementos dentais. É necessário que a correção seja feita o mais breve possível para que as Bases Ósseas possam ser corretamente estimuladas pela Função Mastigatória. É importante ressaltar que esta Maloclusão não se autocorrigue. Na grande maioria dos casos a Mordida Cruzada Anterior é Funcional, porém o retardo na Correção pode transformar o Problema, inicialmente Funcional, em Esquelético.

Objetivos: Este trabalho se propõe a verificar se uma mordida Cruzada Anterior realizada em uma Criança de 4 anos de idade, pode ser corrigida, usando-se o Aparelho Plano Inclinado.

Metodologia: Após Anamnese no Serviço de Reabilitação Neuro-Oclusal da Central de Odontologia de Goiânia, unidade esta pertencente à rede de Atendimento da Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Goiás, foi feita a Moldagem e a Confecção do Plano Inclinado, no próprio Laboratório da Central de Odontologia.

A Peça Pronta, ajustada e Polida foi cimentada com Cimento de Hidróxido de Cálcio e permaneceu por 21 dias. Removeu-se a peça, dando um descanso de 1 semana (tempo em que o paciente usou o aparelho mesmo sem estar fixo, sendo cimentado mais uma vez por igual período).

Resultados: Com a correção da Mordida Cruzada foram necessários alguns ajustes oclusais por meio de Desgastes Seletivos para remoção de Interferências. Isto deu maior estabilidade à nova Oclusão.

Conclusão: Com a correção da Mordida Cruzada foram necessários alguns ajustes oclusais por meio de Desgastes Seletivos para remoção de Interferências. Isto deu maior estabilidade à nova Oclusão.

FOTO INICIAL - 16/10/12 - Instalação do PI



06/12/12 - Remoção Final do Plano Inclinado



Palavras-chave: plano inclinado; mordida cruzada anterior; dentição decídua.

Referências:

- Chedid SJ. Ortopedia e ortodontia para a dentição decídua. São Paulo: Santos, 2013.
- Figueiredo PBA, et al. Plano inclinado no tratamento da mordida cruzada anterior: relato de caso clínico. RFO. 2014;19(2):229-33.
- Karen CFL, et al. Interceptação da mordida cruzada anterior na dentição decídua utilizando plano inclinado fixo: relato de caso. Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research. 2017;19(1):96-100.
- Nakata M, Wei S. Guia de oclusão em odontopediatria.. 2 ed. São Paulo: Santos, 1995.
- Planas P. Reabilitação neuroclusal. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.
- Simões WA Ortopedia funcional dos maxilares. 3 ed. São Paulo: Artes Médicas, 2003.

Apresentação 20

**PISTAS DIRETAS PLANAS NA CORREÇÃO DE MORDIDA
CRUZADA ANTERIOR EM PACIENTE NA DENTIÇÃO DECÍDUA****AGUIAR, RCO¹**

1. Central de Odontologia de Goiânia: rogchrisoaguiar@hotmail.com

Introdução: A Mordida Cruzada Anterior é uma Maloclusão caracterizada pelo trespasse horizontal negativo na região anterior, podendo envolver um ou mais elementos dentais. É necessário que a correção seja feita o mais breve possível para que as Bases Ósseas possam ser corretamente estimuladas pela Função Mastigatória. Na grande maioria dos casos a Mordida Cruzada Anterior é Funcional, porém o retardo na Correção pode transformar o Problema em Esquelético. Esta Maloclusão não se autocorrigue.

Objetivos: A Mordida Cruzada Anterior é uma Maloclusão caracterizada pelo trespasse horizontal negativo na região anterior, podendo envolver um ou mais elementos dentais. É necessário que a correção seja feita o mais breve possível para que as Bases Ósseas possam ser corretamente estimuladas pela Função Mastigatória. Na grande maioria dos casos a Mordida Cruzada Anterior é Funcional, porém o retardo na Correção pode transformar o Problema em Esquelético. Esta Maloclusão não se autocorrigue.

Metodologia: Após Anamnese foram feitas Fotos para Registro da Condição Inicial, com a Finalidade de Acompanhamento da Evolução, com Prévia Autorização da mãe. As PDP foram Confeccionadas Diretamente na Boca da Criança, com Resina Composta Fotopolimerizável TPH, na Cor A2.

Resultados: Observamos claramente que houve Descruzamento da Mordida Cruzada Anterior no instante Imediato da Confecção das Pistas Diretas Planas. Porém o quadro não era estável devido à não oclusão dos dentes posteriores. Isto veio a acontecer 35 dias após a Confecção das Pistas Diretas Planas.

Conclusão: Concluímos que houve êxito na correção, e com um procedimento minimamente invasivo, busca incessante da ciência tem buscado incessantemente.

Foto inicial em 11/07/17



Imediatamente após



Foto 35 dias após a Construção das PDP



Palavras-chave: pistas diretas planas; mordida cruzada anterior; dentição decídua.

Referências:

- Chedid SJ. Ortopedia e ortodontia para a dentição decídua. São Paulo: Santos, 2013.
- Figueiredo PBA, et al. Plano inclinado no tratamento da mordida cruzada anterior: relato de caso clínico. RFO. 2014;19(2):229-33.
- Karen CFL, et al. Interceptação da mordida cruzada anterior na dentição decídua utilizando plano inclinado fixo: relato de caso. Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research. 2017;19(1):96-100.
- Nakata M, Wei S. Guia de oclusão em odontopediatria.. 2 ed. São Paulo: Santos, 1995.
- Planas P. Reabilitação neuroclusal. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.
- Simões WA Ortopedia funcional dos maxilares. 3 ed. São Paulo: Artes Médicas, 2003.
- Reabilitação neuroclusal, Planas, P. 2a ed. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan, 1997.