



Grupo Hospitalar Conceição
Mestrado Profissional em Avaliação e
Produção de Tecnologias para o SUS

Avaliação e Produção de Tecnologias em Saúde

Brasil
Ministério da Saúde
Grupo Hospitalar Conceição
Gerência de Ensino e Pesquisa
Programa de Pós-Graduação em
Avaliação de Tecnologias para o Sistema Único de Saúde

Avaliação e Produção de Tecnologias em Saúde

Edenilson Bomfim da Silva
Organizador

Hospital Nossa Senhora da Conceição S.A.
2022

Grupo Hospitalar Conceição
Diretoria

Diretor-Presidente:
Cláudio da Silva Oliveira
Diretor Técnico:
Francisco Antônio Zancan Paz
Diretor Administrativo e Financeiro:
Moises Renato Gonçalves Prevedello

Gerência de Ensino e Pesquisa
Bruna Donida

Programa de Pós-Graduação em Avaliação de Tecnologias para o Sistema Único de Saúde
Mestrado Profissional em Avaliação e Produção de Tecnologias para SUS

Comissão de Pós-Graduação

Luciane Kopittke – Coordenadora
Daniel Demétrio Faustino da Silva – Coordenador Adjunto
Rodrigo de Oliveira Azevedo – Assistente de Coordenação de Ensino
André Klafke – Representante Docente
Evelise Rigoni de Farias – Representante Docente
Cintia Rosa Arenhaldt – Representante Discente

Equipe Técnica

Juliane Meira Winckler – Secretária Acadêmica
Karen Magnus Ritt – Secretária Acadêmica
Edenilson Bomfim da Silva – Apoio Pedagógico

Comissão Científica

Ananyr Porto Fajardo
Daniel Demétrio Faustino da Silva
Edenilson Bomfim da Silva
Fernando Anschau

Avaliação e Parecer Técnico dos artigos

Ananyr Porto Fajardo, Daniel Demétrio Faustino da Silva, Elisandro Rodrigues, Fernando Anschau, Luciane Kopittke, Márcio Neres, Marcelo Educarado Zanella Capra, Patrícia Fisch, Rodrigo de Oliveira Azevedo

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

B823a Brasil. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Gerência de Ensino e Pesquisa. Programa de Pós-Graduação em Avaliação de Tecnologias para o Sistema Único de Saúde. Avaliação e produção de tecnologias em saúde / organização de Edenilson Bomfim da Silva. – Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2022.
240 p. : 22 cm.

ISBN 978-65-87505-16-9.

1. Saúde Pública. 2. Avaliação de Tecnologias em Saúde. 3. Atenção à Saúde. 3. Educação em Saúde. 4. Gestão em Saúde. I. Silva, Edenilson Bomfim da, Org. II. Título.

CDU 614(81)

Sumário

APRESENTAÇÃO	5
AVALIAÇÃO DO PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR NA GESTÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DE EQUIPES EM CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.....	7
INDICADORES DE QUALIDADE EM TERAPIA NUTRICIONAL PARENTERAL: AVALIAÇÃO E ASSOCIAÇÃO COM DESFECHOS CLÍNICOS EM UM HOSPITAL TERCIÁRIO	30
GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO: POR QUE ESCOLHER UMA TECNOLOGIA DO CAMPO DA SAÚDE MENTAL PARA O AUTOCUIDADO DE PESSOAS COM DIABETES MELLITUS TIPO 2?	51
ENTREVISTA MOTIVACIONAL NO CUIDADO EM HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA REVISÃO DE LITERATURA.....	70
ACOMPANHAMENTO FISIOTERAPÊUTICO DE GESTANTES DURANTE A FASE ATIVA DE PARTO NORMAL: ORIENTAÇÕES PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE E PARTURIENTES	89
PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DE FERIDAS VASCULOGÊNICAS EM MEMBROS INFERIORES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	107
GRAU DE DEPENDÊNCIA DE PACIENTES CIRÚRGICOS EM RELAÇÃO À ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	123
CUSTOS DA CIRURGIA DE COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA: AFERIÇÃO POR MICROCUSTEIO E COMPARAÇÃO DE DOIS HOSPITAIS ESCOLA DE PORTO ALEGRE/RS	137
TECNOLOGIAS EDUCACIONAIS IDENTIFICADAS EM PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL COM FOCO EM SAÚDE MENTAL NO BRASIL	150

APRENDIZAGEM BASEADA EM PROJETOS COMO TECNOLOGIA EDUCACIONAL EM SAÚDE: REVERBERAÇÕES NO COTIDIANO DE TRABALHO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE..... 168

A TERAPIA COM LASER DE BAIXA DOSE PARA O TRATAMENTO DA MUCOSITE ORAL EM PACIENTES ONCOLÓGICOS..... 184

DESIGUALDADES NO USO DE MEDICAMENTOS ESPECIALIZADOS PARA ESQUIZOFRENIA FORNECIDOS PELO SUS EM PORTO ALEGRE..... 201

O CONTEXTO DA JUDICIALIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS CONTRA A SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL NO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE..... 220

APRESENTAÇÃO

Esta publicação constitui um resgate da trajetória e produção acadêmica do Programa de Pós-Graduação em Avaliação de Tecnologias para o Sistema Único de Saúde, da Gerência de Ensino e Pesquisa, do Hospital Nossa Senhora da Conceição S.A., unidade hospitalar que integra o Grupo Hospitalar Conceição, para trazer à luz os estudos e pesquisas desenvolvidas nos últimos cinco anos. São textos inéditos selecionados entre alunos e egressos, associados aos seus respectivos professores. As produções em destaque são representativas das três linhas de pesquisas do programa: Avaliação e Produção de Tecnologias na Atenção, Avaliação e Produção de Tecnologias na Educação e Avaliação e Produção de Tecnologias na Gestão em Saúde.

As temáticas desenvolvidas formam um mosaico composto por treze textos abrangendo um rol de argumentos e reflexões acerca de questões pertinentes às descobertas e experiências dos autores em seus percursos formativos e às exigências da produção acadêmica. Os textos representam o desafio de traduzir questões relevantes de interesse do campo de pesquisa em Saúde Coletiva, desenvolvidos com rigor metodológico necessário à investigação científica e à sensibilidade dos sujeitos implicados no processo, que conhecem os meandros e são porta vozes da vivência e da identidade profissional em saúde.

Os autores e autoras deste livro convidam os leitores e leitoras para uma imersão no universo de estudos que envolvem a produção e a avaliação de tecnologias que se destinam aos processos de saúde em suas diferentes abordagens e percepções.

Boa leitura!

AValiação DO PROJETO TERAPêUTICO SINGULAR NA GESTÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DE EQUIPES EM CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Renata Palmerim Schorn¹

Evelise Rigoni de Faria²

Cristine Maria Warmling³

RESUMO

Marco Teórico: O Projeto Terapêutico Singular (PTS) consiste em dispositivo que auxilia a gestão da atenção, segundo Política Nacional de Humanização. Está amparado pelo contexto da Reforma Psiquiátrica e pelos pressupostos da integralidade, corresponsabilização do cuidado e da Clínica Ampliada. Objetivos: O presente estudo buscou analisar, no campo da avaliação de tecnologias para o Sistema Único de Saúde, o uso do PTS como tecnologia de gestão no processo de trabalho de equipes que atuam em Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPSad). Métodos: Trata-se de estudo qualitativo, com delineamento de estudo de caso único. Participaram 10 técnicos de um CAPSad de Porto Alegre (RS) e 10 de um CAPSad da Região Metropolitana. De janeiro a abril de 2017, os participantes compuseram quatro grupos focais, orientados por roteiro estabelecido de acordo com objetivos da pesquisa. Os grupos duraram, aproximadamente, 70 minutos, foram gravados e, posteriormente, transcritos. O critério de saturação dos dados foi utilizado para definição do número de grupos focais realizados em cada serviço. Os participantes responderam questionário estruturado sobre perfil profissional/formativo. A metodologia qualitativa utilizada para organização e produção dos dados foi Análise Textual Discursiva. Os achados foram analisados com base no referencial teórico da Ergologia, considerando os conceitos de trabalho, atividade e competência. Resultados: A análise dos grupos focais evidenciou duas categorias: “A Renormalização e a Gestão do PTS no Processo de Trabalho” e “O PTS e a Gestão das Dimensões Subjetivas do Agir Profissional”. Considerações Finais: que o PTS é uma ferramenta potencializadora, de inovação tecnológica, na gestão do trabalho em saúde, especificamente, das equipes de saúde mental que atuam em CAPS. Isso porque subsidia o planejamento e a tomada de decisão no processo de trabalho; inclusive, na avaliação e no monitoramento de metas e indicadores, identificando demandas para Educação Permanente em Saúde.

1 Psicóloga, Especialista em Saúde da Família e Comunidade (RIS/GHC). Porto Alegre/RS, renatapschorn@gmail.com – Turma MP 2015.

2 Psicóloga, Doutora em Psicologia (UFRGS), Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre/RS.

3 Odontóloga, Docente, Doutora em Educação (UFRGS), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre/RS.

Palavras-chave: centros comunitários de saúde mental; fluxo de trabalho; gestão em saúde; humanização da assistência; indicadores de gestão; saúde mental.

INTRODUÇÃO

No Movimento Sanitarista brasileiro emergiu a Luta Antimanicomial no país, propondo um modelo de atenção à saúde mental que não fosse pautado no isolamento e na exclusão social da loucura. A Lei da Reforma Psiquiátrica proporcionou concretude a essa luta, dispondo sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais (BRASIL, 2001). Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) se destacam como principais dispositivos da rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), substitutivos ao modelo asilar. Dentre os tipos de CAPS, tem-se os CAPS Álcool e Drogas (CAPSad), voltados ao tratamento de quem faz uso prejudicial de substâncias psicoativas (BRASIL, 2002, 2004).

O CAPSad se fundamenta em mudança proposta na Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas (BRASIL, 2003), que reconhece o consumo de álcool e outras drogas como multifatorial e como uma questão grave de saúde pública, não atrelado, apenas, à esfera da segurança. O trabalho nos CAPS é desenvolvido por equipe multiprofissional, sob ótica interdisciplinar (BRASIL, 2011), em prol da integralidade da atenção à saúde do usuário e fundamentado no trabalho coletivo.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é composta por equipamentos de saúde de todos os níveis de atenção do SUS, cada qual com suas atribuições e especificidades. (BRASIL, 2011). Dentro da RAPS, o CAPS é considerado um dispositivo central porque regula a porta de entrada da RAPS, dá suporte à atenção básica e realiza ações intersetoriais. Em regime de atenção diária, realiza atendimentos individual ou em grupos e oficinas, evitando internações, promovendo a (re)inserção social de pessoas com transtornos mentais severos e persistentes (BRASIL, 2002). Diante dos desafios que se colocam no campo da saúde mental, a RAPS definiu o Projeto Terapêutico Singular (PTS) como tecnologia apropriada e diretriz principal, para o cuidado, a ser

utilizada nos CAPS (BRASIL, 2011). O PTS é considerado tecnologia leve-dura de inovação na saúde; representa organização singular de saberes estruturados no processo de trabalho na (MERHY, 1997).

Para a análise do PTS como tecnologia inovadora na gestão do processo de trabalho em equipe, o estudo aproxima-se, também, do referencial da Ergologia, que “valoriza o trabalho como atividade humana e atravessado por desejos e capacidade de criação/reinvenção dos processos, atividades, produtos, de si mesmo e das próprias relações que os permeiam” (SANTOS-FILHO & BARROS, 2007, p. 81).

O objetivo do estudo foi analisar o uso do PTS como tecnologia de gestão do processo de trabalho de equipes de saúde mental que atuam em um CAPSad de Porto Alegre e em CAPSad da Região Metropolitana (RMPA).

METODOLOGIA

Trata-se de estudo de caso único, integrado, com múltiplas unidades de análise e delineamento qualitativo (YIN, 2001), que visou a análise em profundidade do fenômeno em questão, com ênfase no conhecimento de suas múltiplas verdades presentes (MINAYO, 2008). Participaram do estudo 20 profissionais (10 de cada CAPS), tanto de nível médio quanto universitário. No período de janeiro a abril de 2017, foram realizados quatro grupos focais, sendo dois de cada CAPS, com cinco trabalhadores em cada grupo. O critério de saturação dos dados foi utilizado para definição do número de grupos focais realizados nos serviços (CANZIONERI, 2010).

Os participantes preencheram questionário estruturado sobre perfil profissional e formativo para caracterização das equipes, através de dados como sexo, idade, município e estado de origem, profissão/ocupação, graduação, pós-graduações e cursos, tempo de formação e de serviço em CAPS, vínculo empregatício e forma de ingresso/seleção, cargo, carga horária semanal e experiências profissionais anteriores. Os debates nos grupos focais foram orientados por roteiro previamente estabelecido (Quadro 1) (MINAYO, 2008),

de acordo com os objetivos da pesquisa e do referencial teórico da Ergologia, considerando seus conceitos de trabalho e de atividade (SCHWARTZ, 1998, 2007, 2011), trazendo o saber emergente dos trabalhadores. Tiveram, em média, 70 minutos de duração, foram gravados (áudio e vídeo) e, posteriormente, transcritos.

Quadro 1 - Dimensões do agir em competência na execução e elaboração do PTS.

Dimensões para a gestão da produção do cuidado na saúde	Questões Norteadoras
Dimensão 1: O relativo domínio de algo codificado. PROTOCOLO/INSTRUMENTO	Quais instrumentos e protocolos estão prescritos para a elaboração e execução do PTS? Quais critérios?
Dimensão 2: O relativo domínio de algo não codificado. REALIDADE/SINGULARIDADE/PRÁTICA	Como é trabalhar com o PTS? Considerando as dificuldades, potencialidades, o território, as demandas? Na prática, o que ocorre diferente do que está prescrito na elaboração do PTS? O que é levado em conta e que ajuda a fazer gestão dos casos em Saúde Mental?
Dimensão 3: O domínio da decisão pertinente no momento certo. RENORMALIZAÇÃO	Como se aplicam os protocolos do PTS diante dessa realidade de dificuldades? Quais as mudanças nos processos de trabalho e de produção de PTS são realizadas para se adequar às realidades ?
Dimensão 4: A reconfiguração do meio em um DEBATE DE VALORES /valores em relação ao meio	Qual valor pessoal que tem o trabalho no CAPS e com o PTS para vocês? Qual motivação? Existem espaços de EPS?
Dimensão 5: Em função do debate de valores desdobramentos do potencial. “O uso de si por si”	Acham que o PTS auxilia que as propostas da equipe e dos indivíduos sejam acolhidas? Como se sentem quando levam suas propostas na construção do PTS?
Dimensão 6: A sinergia com o coletivo TRABALHO EM EQUIPE	O PTS auxilia na gestão do processo de trabalho da equipe? Ajuda a trabalhar em equipe? Como? De que maneira? Deem exemplos.

Fonte: elaborado pelos autores

A metodologia qualitativa utilizada para organização e produção dos dados foi a Análise Textual Discursiva, que “pode ser concebida como um processo auto-organizado de produção de novas compreensões em relação aos fenômenos que examina” (MORAES & GALIAZZI, 2011, p.46). Após as transcrições fora realizado processo de busca de unidades constituintes referentes à temática estudada. Depois, realizou-se o processo de categorização, que envolve a construção de relações entre estas unidades de base. Em seguida, foi possível, então, a captura de uma compreensão renovada do todo. O estudo seguiu as recomendações e diretrizes éticas e legais necessárias à pesquisa, conforme resolução CNS nº 466 (BRASIL, 2012), de caráter voluntário de participação. Foi inscrita e aprovada no sistema CEP/CONEP, através de cadastro de número 16266, e de número 61586216.0.0000.5530 (CAAE), na Plataforma Brasil. Todos os participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

CONTEXTUALIZAÇÃO

Com base na Política Nacional de Humanização (PNH), considera-se o PTS como uma ferramenta de auxílio à gestão dos casos. Conforme cartilha da PNH “o PTS é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar” (BRASIL, 2008, p. 40). Encontram-se, nos manuais da política, descrições que norteiam a elaboração do PTS. Isso porque ele não se configura como uma tecnologia protocolar. Para sua construção, não há um padrão “pré-estabelecido”, justamente porque sua produção é realizada no encontro do profissional (e da equipe interdisciplinar) com o usuário.

É importante pensar na gestão em saúde, gestão dos processos de trabalho de equipes de saúde, considerando como indissociáveis os seguintes atravessamentos constituintes: “sujeitos (desejos, necessidades, interesses), processos de trabalho (saberes), poder (modos de estabelecer as relações) e políticas públicas (coletivização

dessas relações)” (SANTOS-FILHO & BARROS, 2007, pg. 62). Gestão não se trata apenas da organização dos processos, dos fluxos, das dinâmicas envolvidas, mas principalmente do que se passa entre estes atravessamentos que constituem o trabalho. A gestão é ponto de encontro, de intersecção, de interferência entre trabalhador (sujeito) e trabalho (objeto), equalizando os valores dos desejos e interesses envolvidos, do processo de trabalho imbricado, dos poderes e relações estabelecidas e, ainda, do âmbito coletivo e da macropolítica. Entende-se que, a gestão é um elemento-conector nessa equação entre saber, sujeito e poder; elemento que deve estar interiorizado nos trabalhadores. Ou seja, o trabalhador também tem de fazer gestão de seu próprio trabalho, tendo em vista que a atividade e a gestão de sua atividade não estão separadas (SANTOS-FILHO & BARROS, 2007).

Diante disso, considera-se que a ergologia apresenta *trabalho* como a capacidade inventiva do trabalhador, que resiste à pura execução de tarefas. O trabalho compreendido como *atividade humana* é um processo contínuo de renormalização, pois as novas formas de produção deslocam o trabalho, o dinamizam, fazendo com que este não pare de se reinventar. Isso porque, o âmbito do trabalho replica problemas políticos e questões da sociedade. O modo como cada indivíduo trabalha é uma maneira de se colocar, politicamente, nos debates da sociedade, trazendo-os dialeticamente também para o trabalho (SCHWARTZ, 2007, 2011).

Em todo contexto da atividade humana, existe o que é prescrito, premeditado, qualificado como teórico, cientificamente pensado. No entanto, sempre há algo que escape à premeditação e à antecipação, o que chama de trabalho real, que tensiona permanentemente a reorganização da atividade humana. A essa diferença encontra-se o conceito de atividade, pois, toda situação de trabalho, implicará em dimensão de transformação. A atividade é o dispositivo através do qual o trabalhador imprime sua singularidade e história diante do prescrito do trabalho (SCHWARTZ, 2007).

Partindo da concepção de atividade humana, a ergologia renovou a própria concepção de *competência profissional*. Não se pode restringir ao posto de trabalho ou à ocupação, tudo o que o trabalhador coloca em ação no trabalho, pois isso seria diminuir tudo o que a pessoa faz. Para permitir a abertura necessária ao conceito, Schwartz (2007) assemelha as dimensões de competência à noção de ingredientes. Estes, além de se combinarem, mostram como em uma boa mistura, é preciso um pouco de cada. Assim, certa quantidade desses ingredientes deve se articular no *agir em competência*. Refere-se ao “agir em competência” por entender que a competência se trata de um “agir” aqui e agora. (SCHWARTZ, 1998, 2007).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A RENORMALIZAÇÃO E A GESTÃO DO PTS NO PROCESSO DE TRABALHO

Ingrediente 1: O PTS como protocolo

Protocolos, em seus saberes técnicos e científicos, codificados por meio da linguística, são ingredientes das situações de trabalho necessários frente a situações previstas e prescritas (SCHWARTZ, 1998, 2007). Porém, para os participantes do estudo, protocolo é compreendido como dispositivo rígido e padronizado demais, o que não se adequaria como referência na elaboração do PTS no CAPSad.

A gente não tem um protocolo, mas se baseia em alguns instrumentos, algumas linhas de tratamento... coisas que facilitem, ajudem nas decisões. [...] Recentemente, foi implantado um sistema de fases de tratamento que é uma das ferramentas que subsidia as decisões. Então, não existe nenhum documento formal aqui que diga: esse é o nosso protocolo. Se baseia muito nas orientações do Ministério da Saúde, da formação de cada profissional, específicas de cada área. De acordo com as discussões de caso em equipe

e, a partir daí, então essas são ferramentas que vão dando uma direção de como fundar o plano terapêutico (T4GF4).

Nas práticas discursivas analisadas, um modo de organizar o PTS são as reuniões de técnicos para discussão de casos. Para o trabalho estava definido que os profissionais de nível superior realizavam acolhidas, exceto os médicos, assim como todos atuavam enquanto técnicos de referência.

— É um protocolo que vocês seguem bem, esse? (P2GF20)

[afirmam que sim T2GF2 e T3 GF2]

— Não é um protocolo prescrito assim, é algo que acontece pelo funcionamento do serviço[T5GF2].

A organização do processo de trabalho e o planejamento das ações realizadas por meio do PTS promovem transformações no modelo de atenção à saúde. A elaboração do PTS propõe a incorporação de novas tecnologias de trabalho e de gestão. O acolhimento, escuta, produção do vínculo, a responsabilização e a produção de autonomia (tecnologias leves, instituídas na relação com o outro) são mecanismos da organização do PTS, que favorecem a adesão do usuário/família ao tratamento e um novo modo de cuidado em saúde mental (BOCCARDO et.al, 2011; PINTO et.al, 2011).

A elaboração do PTS compreende articulação dos desejos e demandas do usuário com avaliação técnica do que o serviço pode oferecer para auxiliar o processo de mudança da pessoa. A elaboração do PTS também contempla avaliação do acesso do usuário à rede de apoio e de atenção. A realização do PTS pressupõe uma programação de atividades no CAPSad, mas também para além deste, quando o acionamento da rede intersetorial se faz necessário.

Eu entendo que a gente monta o PTS, muito a partir, também, das ferramentas que a gente tem a nossa disposição. Então, para além de conhecer o usuário, a gente precisa conhecer quais são essas ferramentas [...] Eu entendo a produção do nosso PTS, pelo me-

nos o que a gente busca construir, a partir, tentando fazer uma relação do que a gente pode ofertar e o que a pessoa deseja para o seu cuidado, mas, também, o que a gente acha que é importante, porque nem tudo que a pessoa deseja, a gente entende que é importante para o cuidado dela, também [...] muitas vezes o que a gente coloca como PTS é a princípio uma agenda de atividades, onde a pessoa vai, também, poder se engajar para construir o PTS (T2GF1).

O PTS é um conjunto de propostas e condutas terapêuticas que partem das necessidades dos usuários. Resulta de discussões coletivas realizadas pela equipe, ancoradas no protagonismo e autonomia do usuário em seu processo de tratamento (BRASIL, 2008), e na corresponsabilização desses sujeitos no processo de produção de saúde, tanto no âmbito da atenção quanto da gestão (BRASIL, 2010).

A elaboração do PTS demanda quatro momentos: 1) Diagnóstico, que envolve a avaliação psicossocial do usuário e seu modo de funcionar na vida; 2) Definição de Metas, quando são propostas ações de curto, médio e longo prazo para superação das dificuldades identificadas; 3) Divisão de Responsabilidades, na qual usuário e equipe assumem responsabilidades de acordo com as metas estabelecidas; 4) Reavaliação, quando se avalia a evolução das condições do usuário, bem como das pactuações feitas, podendo se refazer combinações necessárias, de acordo com o desejo e necessidades do usuário (BRASIL, 2008).

Ingrediente 2: O real do trabalho e o PTS

A capacidade de trabalhar exige conhecer e incorporar o real do trabalho, se deixar apropriar pelas singularidades das situações e pelo contexto histórico (SCHWARTZ, 1998, 2007). Nas práticas discursivas dos CAPSad estudados, a realidade envolve desafios, como o funcionamento em portas abertas para acolhimento aos usuários, que repercute no atendimento de muitas pessoas. O tempo, bastante ocupado com o acolhimento, fica mais restrito para o acom-

panhamento do PTS. Para trazer maior dinamismo ao serviço e lidar com a demanda de atendimentos, as equipes instituíram o Sistema de Fases, que situa em qual momento a pessoa está do seu tratamento, sendo um norteador do andamento do PTS.

Acho que não é só uma questão de apenas identificar as necessidades, mas é, também, lidar com o que a gente tem, com a limitação de horário, de local, limitação financeira, têm que pegar tantos ônibus por semana para se deslocar até o serviço, e isso acaba sendo elaborado. Às vezes, talvez, o funcionário pensa: Oh, talvez fosse mais interessante se o cara viesse quatro vezes por semana, que ele se interessa por essa, essa atividade, que essa aqui vai dar uma ajuda, ele vai gostar bastante, vai se integrar, talvez, vai gostar de tal coisa, mas ele só consegue vir três vezes, porque a prefeitura não banca o ônibus, ou porque ele mora muito longe...[T5GF1].

Alia-se a desafios associados à grande demanda, limitações dos serviços (recursos, estrutura física e de pessoal, horários), da RAPS, e dos usuários (acesso/local, condições financeiras, dificuldades cognitivas) que impactam na gestão do PTS, sobretudo no processo de alta do CAPSad. É comum aos usuários já terem passado por sucessivos processos de rompimentos de laços sociais e encontrarem no CAPSad um espaço protegido e seguro. O PTS complexifica a atenção e abrange elementos de atuação para fora do CAPSad e que se relacionam aos projetos de vida do paciente. Porém, é comum lidar com frágeis redes intersetoriais de apoio e usuários que vivem em territórios de muita vulnerabilidade.

Muitos pacientes ficam aqui por muitos anos, pode ser sim por a gente estar repetindo uma lógica manicomial e/ou as pessoas encontram aqui um lugar para ser e estar que elas não encontram em outros lugares. As pessoas encontram aqui um lugar de respeito, de reconhecimento que eles não têm fora daqui. É um lugar bom de estar, nesse sentido.(T2GF4).

Evidenciam-se, também, dificuldades na execução do PTS relacionadas ao preconceito e julgamentos morais, por parte de colegas e serviços da rede, com usuários em situação de rua atendidos no CAPSad. Ou, ainda, usuários com demandas de saúde mental, que, em busca de atendimento em uma Unidade de Saúde, não são correspondidos em sua integralidade.

Tem bastante também o preconceito. Em alguns lugares que... Não nos [serviços da assistência], mas acho que nos postos de saúde, bastante. Eu já acompanhei usuários fazendo acompanhamento terapêutico. É nítido quando tu chega com um usuário a forma como eles atendem ou como se olham ou como fazem com a cabeça. Porque sabe que a pessoa às vezes está suja, em situação de rua. Não está bem organizado. (T4GF2).

Ingrediente 3: Renormalizações inerentes ao PTS

Colocar em sinergia o conhecer o protocolo - o prescrito - com o incorporar a realidade do trabalho - o real do trabalho - demanda do trabalhador articular, simultaneamente, questões da dimensão prevista do trabalho com as da dimensão singular de cada situação de trabalho (SCHWARTZ, 1998, 2007). Nas práticas discursivas, o PTS se apresenta como algo extremamente dinâmico, com constantes reformulações em seu percurso. As necessidades de ajustes partem da longitudinalidade do acompanhamento no CAPSad, que exige criatividade e constante reavaliação da condição do usuário por parte da equipe.

As coisas acabam durando muito tempo, então, o usuário precisa de tal remédio, não tem, ok, vamos tentar outro, não tem, vamos fugir do protocolo, ok, consegui. O usuário tem demanda psiquiátrica, fala que tem alergia ao remédio, não teve. Tu conversa, não teve, talvez um pouco de reação pela ansiedade, orienta, segue com medo de tomar medicação, orienta de novo, vai na UPA, fica quatro horas... então, isso é bastante desafiador, de trabalhar com usuários que permane-

cem no serviço por um tempo, e que tem dificuldades, tem que dar um jeito, mas às vezes, o jeito não é exatamente o jeito do protocolo, tem que criar. (T5GF1).

O PTS passa por reformulações que acompanham a dinâmica de mudanças nos processos e fluxos internos das equipes, constantemente reformulados, como foi o caso da implantação do Sistema de Fases, e também a reorganização das equipes em mini-equipes, para melhor gerenciamento dos casos.

Há uns dois anos atrás, eu acho, [T3GF4], a gente fez uma organização de equipe diferente para poder conseguir ter espaço de discussão de PTS. Porque assim, em uma reunião de equipe semanal com seiscentos pacientes [ativos] não tem como discutir PTS. Então, a gente dividiu a equipe em duas mini equipes, então além dessa reunião que a gente tem semanal de organização de fluxo, de decisões maiores, a gente tem duas reuniões de mini-equipes onde a gente discute mais casos...(T2GF4).

Renormalizações são frequentemente necessárias para lidar com elaborações de um PTS que se constrói por meio de interrelações com a rede intra e intersetorial. Os frágeis elos comunicativos entre os pontos das redes de saúde mental exigem iniciativas para minimizar dificuldades de comunicação, por exemplo, a criação de grupos sistemáticos de matriciamento com a atenção básica.

- Nós tentamos criar [espaços conjuntos com a Atenção Primária] (T1GF3).
- Ano passado a gente tentou criar grupos de matriciamento, com unidades de saúde, grupos de três, quatro, pra fazer matriciamento coletivamente assim (T6GF3).

Conhecer e compreender as situações de trabalho, e intervir, no sentido de transformá-las, demanda um constante processo de aprendizagens a partir dos debates sobre as normas e valores que organizam o trabalho. O trabalho, compreendido como atividade humana,

é um processo contínuo de renormalização, ou de reinvenção das regras. As novas formas de produção deslocam o trabalho, o dinamizam, ou seja, o trabalho não para de se reinventar. (SCHWARTZ, 1998, 2007).

O PTS E A GESTÃO DAS DIMENSÕES SUBJETIVAS DO AGIR PROFISSIONAL

Ingrediente 4: A motivação para o trabalho e o PTS

As questões da motivação do trabalhador, remetem a relação entre o trabalhador e o meio a que está inserido no trabalho, justamente, onde lhe é demandado agir. Trata-se do debate de valores atrelado ao debate de normas, tanto das prescritas quanto das instituídas na atividade do trabalho. Isso tem relação com o que o trabalhador vê no meio em que trabalha como algo que possa ser constituído como “seu” meio (SCHWARTZ, 1998, 2007).

O trabalho com saúde mental exige disposição pessoal e psicológica. Demanda empatia, vínculo, aprendizado, escuta, e a aposta do trabalhador em um modo de conceber a atenção ao usuário. Implica em instituir mudanças na vida do outro. O vínculo com a equipe no trabalho proporciona um processo de troca de experiências e de saberes entre os colegas, bem como uma relação mais horizontal.

O que me motiva muito também é trabalhar para o sistema único de saúde e ver as coisas dando certo, funcionando. E quando eu conto para as pessoas, tanto da minha vida pessoal quanto dos próprios usuários daqui do serviço que isso aqui é sistema único de saúde e as pessoas se encantam, isso me dá um retorno também de que nós estamos fazendo a coisa tão qualificada, né? Que as pessoas e a gente aí tem que desconstruir isso de que SUS é pra pobre, de que SUS é uma coisa né? (T3 GF4).

O trabalhar com a saúde mental e com o PTS está associado com a ideia de quebra de paradigmas e protocolos rígidos. A liberdade

para criar e reinventar formas de cuidado é necessária diante ao desafio do acompanhamento longitudinal de usuários. É um trabalho que admite outras ferramentas de cuidado que se tem a liberdade de usar. Poder contribuir, gerenciando situações do cotidiano de casos e terapêutica do usuário, inclusive, *“para além dos protocolos”*. O uso do PTS motiva o trabalho, uma vez que ele auxilia a organizar o plano, o caminho a ser percorrido.

Talvez motive no sentido de ajudar a organizar o plano. Na verdade, o PTS, ele vai ajudar a organizar um caminho que tu quer percorrer. Assim, eu não estou caminhando ao léu e não sei onde eu quero chegar, não sei pra onde eu vou, não sei que caminho eu vou pegar, ele dá um ‘GPSzinho’ ali de como que a gente chega, talvez nesse sentido motive porque ajuda a organizar, ajuda a vislumbrar alternativas. Tu também pode ter um plano A, um plano B, um plano C. Tu tem uma idéia de onde tu quer chegar, por mais que isso vá mudando ao longo do caminho, mas tu sempre continua indicando aonde tu quer chegar. Então, sabendo aonde tu quer chegar, tu pode saber como tu vai chegar, talvez sem o PTS a gente ficasse muito perdido e talvez mais desmotivado pra isso. (T2GF4).

Trabalhar com a possibilidade de criação, com práticas terapêuticas diferenciadas, em equipe e com o ensino em serviço. Os trabalhadores se identificam entre si e, com o trabalho no CAPSad consegue unir paixões, como por exemplo, o profissional que alia sua formação com a música.

— [...] Eu gosto do meu trabalho, e aqui, no caso eu tenho até a oportunidade de unir e ter um pequeno momento da semana que eu uno duas paixões minhas, que eu faço aqui um grupo de música aqui e tal, então, tipo, eu não tenho como não me motivar, eu penso assim. [T6GF3].

A questão da identificação com a saúde mental, bem como com o público alvo, usuários de substâncias, os trabalhadores da saúde

mental sentem nítida e verbalizada a estigmatização e o preconceito com os profissionais que trabalham com saúde mental e, ainda, com os usuários, público que apresenta questões relativas ao uso de álcool e outras drogas. A estigmatização que os usuários são vítimas, os trabalhadores também o são.

— [...] além dos usuários sofrerem preconceito, as pessoas que trabalham com os usuários também sofrem preconceito (T5GF2).

— Já teve pessoas que já me falaram assim: ‘O que? Tu trabalha com drogado?’ (T2GF2).

— É, os profissionais que trabalham também sofrem preconceito (T5GF2).

Ingrediente 5: “O uso de si por si”

O “uso de si por si” é algo que o trabalhador demanda de si mesmo, e não é possível descrevê-lo e nem mesmo prescrevê-lo (SCHWARTZ, 1998, 2007). A discussão dos PTS nas reuniões de equipe é o principal momento em que os trabalhadores encontram suporte no coletivo. Procuram não pactuar PTS com usuário sem antes discuti-lo com a equipe, pois sempre há contribuições diversas a serem consideradas nos projetos terapêuticos. Nesse sentido, pela relação horizontal que existe na equipe, a construção coletiva é realizada.

Eu diria que, hoje, aqui, é a nossa principal ferramenta de gestão do cuidado...[...] Mas, eu acho que, sim, porque tudo a gente se baseia no PTS, por isso que, muitas vezes, mesmo que a gente não construa esse PTS, como ele é descrito teoricamente na íntegra, assim... essa mistura do objetivo do usuário, dos desejos, com o que o serviço pode oferecer, que a gente pode transformar, criar, a partir disso... (T2GF1).

Em discussão de caso na equipe, mesmo que apareçam divergências sobre a conduta e encaminhamento do caso, a opinião do coletivo sobressai em relação às opiniões individuais e todos estão alinhados em dar a continuidade coletivamente. A equipe considera

a “bagagem” do colega, suas vivências, experiência profissional, seu tempo de serviço, vínculo e conhecimento em relação ao funcionamento do usuário, bem como, as especificidades das categorias profissionais, na contribuição de elaboração ou revisão de um PTS. Os colegas, entre si, consideram a subjetividade um do outro, pedem ajuda, considerando as diferentes áreas de atuação e formações, para auxiliar e qualificar a organização e execução do PTS.

Quando há alguma situação que foge ou que a gente não está dando conta ou que a gente tem dúvida, que a gente vai pedir ajuda para os colegas e aí sim, aí as diferentes áreas, as diferentes formações e experiências vão ajudar muito na organização do caso, né? (T3GF4).

Em uma releitura sobre os conceitos de núcleo e de campo na saúde, núcleo compreende a demarcação da “identidade de uma área de saber e de prática profissional, e o campo, um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão buscariam em outras, apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas” (CAMPOS, 2000, p. 220). É no campo em que se encontram as articulações de caráter interdisciplinar (FURTADO, 2007), articulando o trabalho em equipe.

Ingrediente 6: Trabalho em equipe

Por fim, trabalhar em equipe diz respeito à compreensão de que cada trabalhador, devido ao seu contexto, sua história, sua singularidade, tem perfis e potencialidades mais ou menos desenvolvidas para cada dimensão do trabalho. O trabalhador que tem capacidade para trabalhar em equipe é aquele que assume responsabilidades, enquanto também é modesto para o que deve ser, reconhecendo que outra pessoa pode contribuir mais (SCHWARTZ, 1998, 2007).

O PTS é afirmado como uma produção coletiva, que envolve o usuário e a equipe e que proporciona a criação de redes de cuidado.

O “PTS é um desafio, para equipe, não para um trabalhador, mas para equipe, porque o PTS do usuário ele é individual, mas para colocar em prática isso, ele é coletivo (...). O plano terapêutico singular, ele é plural” [T1GF1].

O trabalho em equipe, pautado na integralidade, coloca em relação os âmbitos interdisciplinares das práticas multiprofissionais, tornando-se uma necessidade real para abranger os processos de saúde-doença em indivíduos e coletividades (VASCONCELOS & PAS-CHE, 2009). A equipe reunida e com abertura, discute casos e revê o PTS, agrega saberes, olhares e trocas, outros pontos de vista, para pensar o que pode ser feito, ofertado e construído com o usuário. O PTS proporciona e possibilita o trabalho em equipe.

— Realmente, é questão de às vezes até pedir ajuda para os colegas, desconstruir para montar um PTS: “olha, esse aqui atendi hoje, é assim, o que que vocês acham?” Então, todo mundo colabora com sua opinião até fechar alguma coisa que se enquadre no plano daquela pessoa [T4GF2].

Eu venho da atenção primária e vejo que aqui a gente é muito mais resolutivo, a gente é muito mais equipe mesmo.[...] Eu, vindo da atenção primária, vejo que aqui a gente discute mais, a gente resolve muito mais as questões inclusive de processo de trabalho e estuda muito mais (T3GF3).

“A experiência vem demonstrando que o trabalho conjunto é mais eficaz e menos danoso para os profissionais de saúde” (LANCETTI & AMARANTE, 2006, p. 616), e no que se refere ao PTS, e sua articulação ao processo de trabalho da equipe é primordial.

Até as escalas dos profissionais são pensadas, justamente, conforme necessidades dos PTS dos usuários.

Tudo na organização do serviço também vai depender do PTS, o PTS possibilita trabalhar o nosso processo de trabalho na organização estrutural do serviço [T3GF2].

Eu acho que pra poder fazer gestão de qualquer caso, o PTS é primordial. [...] Mas eu acho que para fazer gestão, para fazer discussão em qualquer situação, PTS é essencial porque é baseado nele que a gente vai poder argumentar porque a gente discute em equipe e faz qualquer gerenciamento a partir do que tu... do teu contrato, do teu PTS com o teu usuário. Tu vai poder... organizar, falar sobre ele porque que está acontecendo isso. Porque tudo da organização do serviço também vai depender do teu PTS. [...] Isso vai aparecer na gestão porque vai, de alguma forma, ele [usuário] vai desorganizar outras pessoas, ele vai desorganizar o serviço e a gente vai discutir isso e vai ter que gerenciar isso de alguma forma, isso a partir de que? Do PTS dele que não está bem encaminhado (T3GF2).

O PTS é um facilitador dos processos de trabalho, pois “ele nos dá a direção; é como uma via de mão dupla, nós damos direções (ao usuário) e somos direcionados [T1GF3]” e como a principal ferramenta de gestão do cuidado e do serviço, devido ao fato de que toda a organização do CAPS é baseada nos PTS dos usuários.

Basicamente, a gestão do nosso serviço, ela é toda baseada nos PTS dos usuários... o que a gente serve de almoço, o que a gente servia de café, o que a gente liberava de transporte, tudo isso era baseado no PTS de cada um. Então, eu diria que, hoje, aqui, é a nossa principal ferramenta de gestão do cuidado e do serviço! (T2GF3).

É preciso que cada profissional tenha conhecimentos sobre o que compreende o trabalho do outro, reconhecendo a importância do trabalho coletivo. O trabalho em equipe pautado na integralidade está baseado na construção interdisciplinar de saberes e práticas que proporciona aos trabalhadores de saúde uma atuação singular.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que o PTS se apresenta como dispositivo potencializador de inovação tecnológica no desenvolvimento da gestão do

trabalho das equipes de saúde mental que atuam em CAPS. Nesse sentido, torna-se fundamental associar o PTS aos processos de avaliação sobre competência profissional, compreendendo-a de modo amplo, como o que se refere ao que a pessoa coloca em ação no trabalho, e não se restringindo apenas às habilidades e responsabilidades do cargo. Nesse sentido, PTS e Ergologia apresentam potencial similaridade, isso porque, ambos têm potencial em revelar exatamente o que não é cabível de predefinição, nem mesmo de antecipação completa do real do trabalho; revelando assim, a fragilidade de ferramentas generalistas (HOLZ & BIANCO, 2014), o que faz ainda mais sentido no campo da saúde mental.

No esforço dos trabalhadores, no cotidiano de trabalho, para dar conta da distância entre os protocolos prescritos e a realidade das situações de trabalho, evidenciam-se as condições subjetivas que os sentidos das práticas dos trabalhadores possuem e incidem sobre eles próprios. Porque o PTS não se caracteriza como uma mera ferramenta protocolar, mas justamente pelo trabalhar na e pela singularidade da vida no trabalho na saúde. O PTS permeia a gestão dos processos de trabalho, mas não está evidenciado o modo como ele possa ser colocado em ação para apoiá-la. É como se o dispositivo estivesse presente, mas sem a noção de que ele auxilia no planejamento e na gestão da saúde.

No escopo das diretrizes da PNH, em que trabalhadores são gestores de processo de trabalho, o uso do PTS contribui para elaborarem as próprias pactuações, qualificando por meio da incorporação de novas tecnologias de trabalho e de gestão. Compreendendo a dimensão da gestão e do gerenciamento de equipes da saúde mental, o PTS subsidia a tomada de decisão, avaliação e monitoramento de indicadores e metas, analisados e extraídos do dispositivo em ação. Por exemplo, o investimento na avaliação e monitoramento da relação entre a aplicação do PTS com os abandonos de tratamentos pelos usuários, tendo em vista possíveis incoerências entre PTS estabelecido e demandas dos usuários, ou em estratégias que facilitem altas e dinamizem processos de cuidado no CAPS.

O uso do PTS, como dispositivo de gestão do trabalho de equipes multiprofissionais no CAPS, também é campo fértil quando, por meio dele, identificam-se demandas para ações de Educação Permanente em Saúde. Isso, porque trabalho é produção de saber, processo de formação; é ambiente de aprendizagem, cujos saberes vivenciais (real do trabalho) podem se constituir, suprimindo lacunas dos saberes técnicos/prescritos (HOLZ & BIANCO, 2014).

REFERÊNCIAS

BOCCARDO, A. C. S.; ZANE, F. C.; RODRIGUES, S.; MÂNGIA, E. F. O projeto terapêutico singular como estratégia de organização do cuidado nos serviços de saúde mental. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 22, n. 1, p. 85-92, 2011.

BRASIL. *Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001*. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. *Portaria/GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002*. Portaria que define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. *A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas*. Coordenação Nacional de DST/Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. *Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular*. Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. *HumanizaSUS: Documento base para Gestores e Trabalhadores do SUS*. Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. *Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011*. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. *Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012*. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2012.

CAMPOS, G. W. S. Saúde Pública e Saúde Coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 5, n. 2, p. 219-30, 2000.

CANZIONERI, A. M. *Metodologia da pesquisa qualitativa na saúde*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

FURTADO, J.P. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. *Interface - Comunic.*, Saúde, Educ., v.11, n.22, p.239-55, 2007.

HOLZ, E.B.; BIANCO, M.F. Ergologia: uma abordagem possível para os estudos organizacionais sobre trabalho. *Cad. EBAPE.BR*, v. 12, edição especial, artigo 6, p. 494-512, 2014.

LANCETTI, A.; AMARANTE, P. Saúde mental e saúde coletiva. In: CAMPOS, G. W. de S. *Tratado de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

MERHY, E. E. Em Busca do Tempo Perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (orgs). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo/Buenos Aires: Hucitec/Lugar Editorial. 1997. pp. 71-112.

MINAYO, M. C. S. *O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. 11.ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MORAES, R.; GALIAZZI, M. C. *Análise Textual Discursiva*. 2. ed. rev. Ijuí: Ed. Unijuí, 2011.

PINTO, D. M.; JORGE, M. S. B.; PINTO, A. G. A.; VASCONCELOS, M. G. F.; CAVALCANTE, C. M.; FLORES, A. Z. T.; ANDRADE, A. S. *Projeto Terapêutico Singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva*. Texto contexto – enferm. v. 20, n. 3, p. 493-302, 2011.

SANTOS-FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B. (Orgs.). *Trabalhador da Saúde: muito prazer – protagonismo do trabalhador na gestão do trabalho em saúde*. Ijuí: Ed. Unijuí, 2007.

SCHWARTZ, Y. Os ingredientes da competência: um exercício necessário para uma questão insolúvel. *Educação & Sociedade*, v. 19, n. 65, p. 101-140, 1998.

SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L. (Orgs.). *Trabalho e Ergologia: conversas sobre a atividade humana*. Niterói: Eduff, 2007.

SCHWARTZ, Y. Conceituando o trabalho, o visível e o invisível. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 9, n. 19, p. 19-45, 2011.

VASCONCELOS, C.M.; PASCHE, D.F. O Sistema Único de Saúde. *In: CAMPOS, G. W. S. [et al] (Orgs.). Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec e Fiocruz, p. 531-62, 2009.

YIN, R.K. *Estudo de Caso: planejamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman, 2001.

INDICADORES DE QUALIDADE EM TERAPIA NUTRICIONAL PARENTERAL: AVALIAÇÃO E ASSOCIAÇÃO COM DESFECHOS CLÍNICOS EM UM HOSPITAL TERCIÁRIO

Cíntia Lopes Castro Lucho⁴

Ana Paula Correa Meira⁵

Flávia Moraes Silva⁶

Rosa Maria Levandovski⁷

RESUMO

A nutrição parenteral (NP) deve ser monitorada visando maior excelência na prestação do cuidado ao paciente. A utilização de indicadores de qualidade em terapia nutricional (IQTN) como ferramentas na gestão dos resultados pode ser uma alternativa na assistência nutricional. Objetivo: avaliar a qualidade da NP prestada aos pacientes internados em um hospital público de alta complexidade, através da utilização de IQTN e suas possíveis associações com desfechos clínicos. Métodos: estudo de coorte histórica realizado no Hospital Nossa Senhora da Conceição em Porto Alegre/RS, através da coleta de dados do prontuário eletrônico. A amostra foi de conveniência, sendo composta por pacientes maiores de 18 anos que tiveram prescrição de NP e foram acompanhados pela Equipe Multidisciplinar de Terapia Nutricional (EMTN) no período de outubro de 2011 até setembro de 2016. Foram aplicados cinco IQTN. As frequências relativas observadas foram comparadas com as metas propostas na literatura. Foram coletadas variáveis demográficas, clínicas e antropométricas, calculadas as estatísticas descritivas e avaliada a associação entre os IQTN e os desfechos de interesse a partir de análise univariada. **Resultados:** Foram avaliados 503 pacientes, com idade média de 57,27±16,32 anos, sendo 61,4% do gênero masculino. O tempo mediano de NP foi igual a 18 dias, os pacientes permaneceram hospitalizados por um tempo mediano de 54 dias e o desfecho óbito hospitalar foi evidenciado em 45,9% da amostra estudada. Dos cinco indicadores avaliados, somente o indicador de Frequência de reavaliação periódica em pacientes em Terapia Nutricional não alcançou a meta estabelecida,

4 Nutricionista, Mestre, Hospital Nossa Senhora da Conceição, Porto Alegre/RS cissacastro@yahoo.com.br – Turma 2015.

5 Médica Pediatra, Mestre, Universidade Federal da Fronteira Sul, Passo Fundo/RS, anameira1010@yahoo.com.br – Turma 2016.

6 Nutricionista, Doutora, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre/RS, flavia.moraes.silva@hotmail.com

7 Farmacêutica, Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre/RS, rosa.levandovski@gmail.com

tendo o mesmo apresentado associação significativa com maior tempo de uso de NP. **Considerações finais:** A maioria dos IQTN analisados no presente estudo apresentou conformidade às metas estabelecidas, sendo observada associação somente entre um indicador e um dos desfechos de interesse. Tais achados sugerem que o uso dos IQTN pode representar uma medida de efetividade da NP, podendo ser empregados como uma tecnologia leve-dura para melhora da assistência nutricional prestada no ambiente hospitalar.

Palavras-chave: terapia nutricional; nutrição parenteral; Indicadores de qualidade em assistência à saúde; avaliação em saúde; avaliação nutricional.

INTRODUÇÃO

A terapia nutricional parenteral (TNP) visa corrigir o estado nutricional e restabelecer o equilíbrio eletrolítico de pacientes que não apresentam como possibilidade outra via de alimentação (BRIAN *et al*, 2018). Conforme legislação vigente, esses pacientes devem ser acompanhados por uma Equipe multiprofissional de terapia nutricional (EMTN), de forma contínua e rigorosa, podendo sua análise nos remeter à eficiência dessa modalidade de assistência através de indicadores de qualidade, que são ferramentas que possibilitam a avaliação de processos (BRASIL. Ministério da Saúde, 1998, 2000). Nesse cenário, as instituições hospitalares elencam Indicadores de Qualidade em Terapia Nutricional (IQTN) que julgam serem relevantes para o monitoramento da sua prática clínica. A escolha daqueles que serão utilizados ocorre, geralmente, a partir de IQTN já propostos na literatura, entretanto, é recomendável que a aplicação dessas ferramentas seja acompanhada de adequações de acordo com as particularidades específicas da unidade de saúde e das suas equipes atuantes (BRANDÃO; ROSA, 2013; ROSA, 2014; WAITZBERG, 2008).

Diante dos pressupostos da assistência, da rotina hospitalar, da exigência estabelecida em legislação e dos objetivos propostos com o uso de indicadores de qualidade, a utilização dessa tecnologia leve-dura pode ser considerada na avaliação da TNP, visando os bene-

fícios de seu uso como instrumento de suporte à decisão no manejo da assistência nutricional em pacientes hospitalizados.

O objetivo desse trabalho foi avaliar a qualidade da TNP prestada aos pacientes internados em um hospital público de alta complexidade, através da utilização de IQTN e suas possíveis associações com desfechos clínicos.

CONTEXTUALIZAÇÃO

NUTRIÇÃO PARENTERAL

A NP, inserida da TN, pode ser utilizada como uma importante modalidade terapêutica para diferentes faixas etárias, em diversas situações clínicas que comprometem o uso do trato gastrointestinal (TGI) dos pacientes (AYRES *et al*, 2014). Essa terapia apresenta como objetivo o fornecimento de nutrição ao paciente através de diferentes formulações para acesso intravenoso (CEDERHOLM *et al*, 2017). Estabelecendo um retrospecto no Brasil, a NP foi introduzida na década de 1960, com administração de soluções de glicose e aminoácidos para pacientes em pós-operatório com fístulas gastrointestinais, sendo aperfeiçoada, na atualidade, com fórmulas mais eficientes ao seu propósito (WAITZBERG; CORREIA, 2015).

MONITORAMENTO

O monitoramento da TN pode ser definido como uma medida que busca verificar e ajustar a alimentação que está sendo ofertada, a fim de reduzir intolerâncias e alcançar os objetivos e resultados esperados, diante de um plano individualizado, com metas nutricionais definidas (CEDERHOLM *et al*, 2017). Considera-se que esse acompanhamento deva ser realizado de forma rotineira, sendo importante a aplicação de métodos e técnicas de controle, visando a garantia da segurança e efetividade desse tratamento, principalmente, relacionados à assepsia e volume infundido (BRASIL, Ministério da Saúde, 1998; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NUTRIÇÃO PARENTE-

RAL E ENTERAL; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NUTROLOGIA, 2011a). Diante disso, deve-se almejar que a definição de um plano nutricional de TNP seguro inclua uma abordagem multidisciplinar que poderá garantir esse monitoramento (McDOWELL, 2007). A atuação multidisciplinar em equipe, com atribuições bem definidas, é determinada através de legislação própria da NP, o que qualifica a assistência à nível nacional (BRASIL, Ministério da Saúde, 1998).

Em busca de garantir a qualidade e segurança na oferta da TN, sugere-se realização de educação continuada e a implantação de práticas na rotina da assistência dos pacientes, como o uso de protocolos institucionais, sendo que as implantações de indicadores de efetividade e resultados são recomendados como alternativas para esse monitoramento (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NUTRIÇÃO PARENTERAL E ENTERAL; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NUTROLOGIA, 2011c). À luz das evidências, estudos demonstraram que os IQTN podem ser ferramentas utilizadas para o monitoramento da qualidade em serviços de TN, contribuindo para melhorias na assistência nutricional (BRANDÃO; ROSA, 2013; CARTOLANO; COSTA, 2017; MUÑOZ *et al*, 2016; SÁ; MARSHALL, 2014; SÁ; MARSHALL, 2015; SCHNEIDER; MENDONÇA, 2015; SHIROMA *et al*, 2015; SHOSHIMA; KFOURI FILHO, 2010; SOUZA; MEZZOMO, 2016).

EMTN

No alcance da efetividade dessa assistência, uma equipe multidisciplinar que oferece suporte para uma adequada nutrição nas instituições hospitalares apresenta como objetivo principal fornecer subsídios técnicos especializados para a assistência da TN, principalmente de NE e de NP, visando garantir a oferta de acordo com as necessidades nutricionais desses indivíduos, prevenindo e tratando a desnutrição, tanto à nível de internação, quanto à nível ambulatorial

(CEDERHOLM *et al*, 2017). No que se refere, especificamente, a NP, a legislação vigente determina a atuação da EMTN em todo o processo da TNP, do início até o desmame dessa terapia (BRASIL. Ministério da Saúde, 1998). No resgate da atenção à saúde, evidências sugerem que a atuação em equipe propicia a produção do cuidado com integralidade nas instituições (CECÍLIO; MERHY, 2003). Com a apropriação e aplicação desses conceitos, a EMTN visará garantir a qualidade, a eficácia e a segurança dos pacientes em uso da TN, estando entre suas atribuições, através de seus componentes, a execução, a supervisão e a avaliação permanente da assistência, fazendo uso de qualificações para esse fim (BAXTER; WAITZBERG, 2004; BRASIL. Ministério da Saúde, 2000; WAITZBERG; CORREIA, 2015).

TECNOLOGIAS EM SAÚDE

Inserido no conceito de integralidade da atenção hospitalar, sugere-se a utilização de todas as tecnologias de saúde disponíveis para garantir a qualidade de vida, numa fusão dos paradigmas de tecnologia e humanização (CECÍLIO; MERHY, 2003). Num processo de integração, do que se espera da integralidade e a importância do acompanhamento da assistência nutricional, Shoshima e Kfourri Filho (2010), à luz da TN, descrevem que o seu monitoramento poderá proporcionar maior efetividade à assistência prestada pelas equipes, o que justificaria essa iniciativa de controle dos processos através de instrumentos próprios, tecnologia leve-dura, para essa atividade de controle e adequação dos resultados através de profissionais.

Os IQTN, instrumentos utilizados para o monitoramento da qualidade, surgem como uma tecnologia em saúde, que pode vir a contribuir para a assistência nutricional prestada aos pacientes em uso de TNP em instituições hospitalares de alta complexidade. O HNSC caracteriza-se como uma unidade que atende esse perfil de pacientes, podendo fazer uso dessa ferramenta para avaliação de seus processos. Estima-se que os IQTN proporcionem maior efetividade na

prestação de serviço, a partir de sua utilização com avaliação dos seus resultados no alcance de metas, e a associação desses aos desfechos clínicos de interesse para os pacientes. Essas propriedades podem ser o foco de gestores que visem excelência na sua assistência.

IQTN

Os IQTN são ferramentas de avaliação da assistência nutricional aplicados na prática clínica, sendo cada vez mais utilizados no âmbito hospitalar. A análise de IQTN pode ser a principal forma de avaliação de um serviço de TN, seja de logística ou de aplicação das condutas protocoladas. Dentre os benefícios atribuídos à implantação de IQTN destacam-se a eficiência nas rotinas, a redução de custos, a capacidade de análise de processos, os melhores resultados clínicos e de qualidade de vida para o paciente, ressaltando o estabelecimento da análise constante de cada etapa da estrutura, processos e resultados em TN através da EMTN das instituições de saúde (CARUSO; SOUZA, 2014; SANTANA; CENICCOLA, 2017; WAITZBERG, 2008; WAITZBERG, 2018).

O trabalho executado através da Força-Tarefa de Nutrição Clínica da *International Life Science Institute (ILSI) Brasil*, subordinada ao Comitê de Nutrição, tendo como coordenador científico Dr. Dan Linetzky Waitzberg, pode ser considerado um destaque nacional na seleção de IQTN, contando com a participação de um grupo interdisciplinar de profissionais da área da saúde, especialistas em TN, para elaboração de IQTN. A seleção desses indicadores foi realizada a partir de um inquérito direcionado a 44 pesquisadores, o qual contemplou duas fases. A primeira fase levou em consideração a relevância da utilização desses indicadores na prática clínica, enquanto na segunda fase foram identificados os indicadores mais aplicados ou que deveriam ser sugeridos para o uso. De posse desses dados, os mesmos foram compilados, e apresentados em reunião durante um Congresso de TN, a fim de definirem a lista final de indicadores a

serem elaborados. Após a definição dos 36 IQTN que deveriam ser elaborados, a demanda para cada profissional envolvido nesse processo foi de estruturar um indicador, a partir de um modelo padronizado, constituído de: título, objetivo estratégico, nome do indicador, descrição, propósito/justificativa, fórmula, unidade de medida, fonte dos dados, frequência, meta, responsável pela informação, responsável pela tomada de decisão e data de implementação do indicador. Os profissionais consideraram como valores de referências das metas desses instrumentos dados disponíveis na literatura e suas experiências na prática clínica. A seleção desses principais IQTN considerou a relevância de uso e a utilização na prática clínica, visando posterior divulgação dessas ferramentas em âmbito nacional, com a edição de um livro com os 36 IQTN como seu produto final para aplicação nos serviços de TN (WAITZBERG, 2008).

MÉTODOS

Essa pesquisa foi realizada no Serviço de Terapia Nutricional Enteral e Parenteral do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), um hospital terciário localizado em Porto Alegre/RS, com cobertura exclusiva do Sistema Único de Saúde. No período pesquisado, esse Serviço possuía EMTN composta de nove nutricionistas, duas médicas nutrólogas, uma enfermeira e uma farmacêutica que atuavam na assistência nutricional de pacientes em uso de nutrição enteral (NE) e nutrição parenteral (NP). Em relação à NP, esse atendimento ocorria através da avaliação nutricional, indicação dessa via de alimentação e acompanhamento até o seu desmame.

O delineamento do estudo foi através de uma coorte histórica, cuja população compreendeu pacientes com prescrição de NP acompanhados pela EMTN entre outubro de 2011 e setembro de 2016. A amostra de conveniência foi composta por todos os pacientes com prescrição de NP, no período citado, que foram acompanhados pela EMTN por período maior ou igual a 24 horas.

A presente pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) sob o protocolo de pesquisa de número 16.317, sendo conduzida de acordo com os pressupostos éticos da resolução 466/12.

O protocolo do presente estudo compreendeu a coleta de dados retrospectivos de amostra de pacientes em TNP, através de dados demográficos e variáveis clínicas à aplicação dos IQTN obtidos do prontuário eletrônico: idade, gênero, peso, altura, índice de massa corporal (IMC), necessidades nutricionais, diagnóstico nutricional, tempo de internação, tempo de uso de TNP, registros de acompanhamento, desfecho e data do desfecho.

Para avaliação desse Serviço foram aplicados cinco IQTN de Terapia Nutricional (TN), calculados e avaliados conforme fórmulas e metas contidas em fichas técnicas, de acordo com Waitzberg (2008):

- a) Frequência de abordagem nutricional do paciente para cada nível de assistência hospitalar em pacientes em TN.
- b) Frequência de medida ou estimativa do gasto energético e necessidades protéicas em pacientes em TN.
- c) Frequência de avaliação nutricional em TN.
- d) Frequência de medida de IMC em pacientes em TN.
- e) Frequência de reavaliação periódica em pacientes em TN.

De posse dos dados coletados, foram identificadas as conformidades e não conformidades dos IQTN, de acordo com a meta proposta para cada indicador de qualidade. Os desfechos de interesse do presente estudo, que foram associados com os resultados dos IQTN e demais variáveis, foram o tempo de duração da TNP, o tempo de internação hospitalar (TIH) e a mortalidade intra-hospitalar (MIH).

Na análise dos dados foram calculadas as estatísticas descritivas média e desvio padrão ou mediana e amplitude interquartil para as variáveis quantitativas, de acordo com a normalidade das variáveis,

e frequências absoluta e relativa para as variáveis qualitativas, sendo a normalidade das variáveis quantitativas determinada pelo teste de Kolgomorov-Smirnov. A associação entre os IQTN e variáveis com os desfechos óbito, tempo de internação hospitalar prolongada (maior ou igual a mediana) e tempo de duração da TNP (maior ou igual a mediana) foi avaliada através do teste Qui-Quadrado ou Exato de Fisher, respeitando-se o número de casos por categorias.

A análise dos dados foi realizada no pacote estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20.0, sendo considerados significativos valores de $P < 0,05$.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao longo da pesquisa foram avaliados prontuários de 503 pacientes, com idade média igual a $57,27 \pm 16,32$ anos, sendo 61,4% do gênero masculino. No momento de início da TNP, foi possível coletar a informação do local onde o paciente estava internado para 390 indivíduos, sendo que 292 (74,9%) pacientes estavam internados na unidade de terapia intensiva (UTI).

Em relação aos desfechos analisados podemos citar que o tempo mediano de TNP foi igual a 18 (10 - 34) dias, o tempo de internação hospitalar mediano foi de 54 (34 - 89) dias, enquanto a ocorrência de óbito foi igual a 45,9% ($n=231$).

Dos cinco IQTN avaliados, quatro deles apresentaram conformidade em concordância com as metas estabelecidas, de acordo com a Tabela 1. A única não-conformidade foi relacionada somente com a Frequência de reavaliação nutricional periódica, expondo a necessidade de maior monitoramento nesse quesito por parte do Serviço avaliado.

Tabela 1 – Frequência dos IQTN da TNP e adequação às metas em HNSC, Porto Alegre-RS, 2017.

N	IQTN	Resultado	Meta	Adequacidade
01	Frequência de abordagem nutricional do paciente para cada nível de assistência hospitalar em pacientes em TN (n=503)	503 (100%)	> 35%	Adequado
02	Frequência de medida ou estimativa do gasto energético e necessidades proteicas em pacientes em TN (n=503)	503 (100%)	> 80%	Adequado
03	Frequência de avaliação nutricional em TN (n=503)	485 (96,4%)	> 75%	Adequado
04	Frequência de medida de IMC em pacientes em TN (n=503)	503 (100%)	> 80%	Adequado
05	Frequência de reavaliação periódica em pacientes em TN (n=503)	491 (97,6%)	< 14%	Não adequado

Fonte: Adaptado de Waitzberg (2008).

IQTN= Indicadores de Qualidade em Terapia Nutricional; TNP= Terapia Nutricional Parenteral; TN= Terapia Nutricional; IMC= Índice de Massa Corporal. Dados apresentados como frequência absoluta (frequência relativa).

A totalidade dos pacientes que fizeram uso da TNP foi acompanhada do início até o desmame pela EMTN. Esse resultado ilus-

trou um aspecto positivo da atuação dessa equipe, pois demonstrou a presença constante dos membros durante todo o acompanhamento nutricional do paciente em TNP. Tal assistência está em conformidade com a legislação atual, que preconiza a execução, supervisão e avaliação permanente da TNP pela EMTN (BRASIL. Ministério da Saúde, 1998).

As necessidades calórica e proteica foram estimadas em 100% dos pacientes, sendo, respectivamente, iguais a $1793,72 \pm 382,11$ kcal/dia ($27,90 \pm 5,47$ kcal/kg peso) e $95,77 \pm 20,95$ g ptn/dia ($1,48 \pm 0,26$ g ptn/kg peso). O alcance dessa meta é corroborado pelos achados de outros estudos, o que demonstra um comprometimento das equipes em ter esses dados registrados (KURIHAYASHI; CARUSO; SORIANO; 2009; OLIVEIRA-FILHO *et al*, 2016; SÁ; MARSHALL, 2015).

A frequência de avaliação nutricional desse estudo alcançou quase a totalidade da amostra analisada, o que é essencial nessa etapa da assistência, pois é a partir dessa avaliação detalhada que se estabelece o diagnóstico nutricional, o qual é imprescindível para definição do plano de cuidado nutricional (CEDERHOLM *et al*, 2017; MUELLER *et al*, 2011). A determinação de um diagnóstico precoce, visando uma intervenção imediata, é recomendada, tendo em vista os prejuízos oriundos da desnutrição, entre eles, os aumentos de morbimortalidade e custos hospitalares (BOTTONI *et al*, 2014; WAITZBERG; CORREIA, 2015). Como era esperado, de acordo com dados da literatura, a maioria dos pacientes do presente estudo apresentou diagnóstico nutricional de desnutrição (68,8%). Esse diagnóstico foi feito pelos nutricionistas do Serviço, a partir de dados subjetivos e objetivos, não sendo possível discriminar o método diagnóstico adotado devido caráter retrospectivo do delineamento instituído.

O IQTN referente ao registro do IMC quando do início da TNP apresentou 100% de conformidade, estando registrado no prontuário de todos os pacientes avaliados. A média de peso corporal dos pacientes foi igual a $65,7 \pm 17,1$ kg e da estatura foi igual a $164,6 \pm$

14,10 cm, sendo o IMC médio igual a $23,95 \pm 5,77 \text{ kg/m}^2$. O IMC é uma das principais medidas antropométricas a ser recomendada na realização da avaliação nutricional devido sua praticidade (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NUTRIÇÃO PARENTERAL E ENTERAL; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NUTROLOGIA, 2011d). Entretanto, não deve ser utilizado para o diagnóstico nutricional do paciente hospitalizado de forma isolada, pois essa medida não considera a composição corporal qualitativa do paciente, no que se refere aos componentes hídrico, de massa gorda, de massa magra e de massa óssea (FIDELIX, 2014; GONZALEZ, 2017).

Em relação ao indicador de reavaliação nutricional periódica, destaca-se a ausência desse registro no campo de Avaliação Nutricional do prontuário eletrônico do Sistema do GHC, tendo em vista o elevado desvio do resultado encontrado (97,6%) em relação a meta estabelecida (<14%). A avaliação nutricional trata-se de um processo dinâmico, no qual se utilizando comparações entre os dados obtidos e as referências disponíveis, tanto na avaliação inicial, quanto nas reavaliações que acompanham a evolução no estado nutricional (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NUTRIÇÃO PARENTERAL E ENTERAL; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NUTROLOGIA, 2011b). Por se tratar de uma continuidade no tratamento, considera-se essencial como monitoramento da assistência (MULLER *et al*, 2011).

Nesse aspecto, compreende-se a importância que seja efetuada a reavaliação nutricional com maior periodicidade, considerando que o plano de cuidados nutricionais deve ser atualizado de acordo com o resultado desse indicador. Conforme definido por Cederholm *et al* (2017), esse plano deve ser realizado pela equipe multidisciplinar, de posse de dados como os da reavaliação nutricional, visando alcançar as metas do tratamento. No estudo conduzido por ROSA (2014), 20% dos pacientes apresentaram reavaliação nutricional no intervalo de seis a 30 dias, não alcançando, igualmente, a meta desse indicador.

Visando a adequação da conformidade às metas para o indicador de reavaliação nutricional periódica, esses resultados, conjuntamente

te, apontam para a necessidade de protocolos de sistematização do cuidado nutricional que estabeleçam a periodicidade do acompanhamento e das reavaliações nutricionais de acordo com o nível de assistência estabelecida para cada paciente, o qual deve ser determinado a partir da avaliação do risco nutricional e da demanda nutricional de acordo com sua condição clínica. Conforme protocolo sugerido, os pacientes em uso de NP são classificados como em nível terciário de assistência em nutrição, pois exigem cuidados nutricionais especializados e apresentam elevado risco nutricional (FIDELIX, 2014).

Para a realização das associações dos resultados encontrados com os desfechos elencados, foi utilizado o diagnóstico de desnutrição no início da TNP, além dos IQTN, devido sua relevância na literatura (WAITZBERG; CAIAFFA; CORREIA, 2001; CORREIA; PERMAN; WAITZBERG, 2016). As associações entre os IQTN e variáveis com os desfechos TIH (maior ou igual a mediana), MIH e o tempo de duração da TNP (maior ou igual a mediana), através do teste Qui-Quadrado ou Exato de Fischer, respeitando-se o número de casos por categorias, estão apresentadas nas Tabelas 2, 3 e 4, respectivamente.

A comparação entre o tempo de permanência hospitalar e as Frequências segue na Tabela 2, onde não foi encontrado diferença significativa entre nenhuma das frequências analisadas.

Tabela 2 – Frequência dos IQTN da TNP e variáveis de acordo com o TIH em HNSC, Porto Alegre-RS, 2017.

IQTN	TIH < 54 dias (n=251)	TIH ≥ 54 dias (n=252)	Valor p
Frequência de avaliação nutricional em TN.	97,2%	95,6%	0,645 ¹
Frequência de reavaliação periódica em pacientes em TN.	96,8%	98,4%	0,261 ²

Frequência de pacientes com diagnóstico de desnutrição em TN.	70,7%	69,9%	0,919 ¹
---	-------	-------	--------------------

Fonte: elaborado pelos autores.

¹ Teste Qui-Quadrado. ² Teste Exato de Fisher. IQTN= Indicadores de Qualidade em Terapia Nutricional; TNP= Terapia Nutricional Parenteral; TIH= Tempo de Internação Hospitalar; TN= Terapia Nutricional.

A comparação entre os pacientes sobreviventes aos não sobreviventes e as Frequências, segue na Tabela 3, onde não foi encontrado diferença significativa entre nenhuma das frequências analisadas.

Tabela 3 – Frequência dos IQTN da TNP e variáveis em pacientes sobreviventes e não sobreviventes em HNSC, Porto Alegre-RS, 2017.

IQTN	Sobreviventes (n=272)	Não Sobreviventes (n=231)	Valor p
Frequência de avaliação nutricional em TN.	97,1%	95,7%	0,645 ¹
Frequência de reavaliação periódica em pacientes em TN.	96,3%	99,1%	0,044 ²
Frequência de pacientes com diagnóstico de desnutrição em TN.	69,1%	71,7%	0,609 ¹

Fonte: elaborado pelos autores.

¹ Teste Qui-Quadrado. ² Teste Exato de Fisher. IQTN= Indicadores de Qualidade em Terapia Nutricional; TNP= Terapia Nutricional Parenteral. TN= Terapia Nutricional

Na Tabela 4 estão apresentadas as frequências relativas dos IQTN da TNP de acordo com a duração da TNP, onde foi encontrada diferença significativa somente em relação a Frequência de reavaliação periódica de pacientes em TN.

Tabela 4 – Frequência dos IQTN da TNP e variáveis de acordo com o tempo de duração da TNP em HNSC, Porto Alegre-RS, 2017.

IQTN	Duração TNP <18 dias (n=243)	Duração TNP ≥18 dias (n=260)	Valor p
Frequência de avaliação nutricional em TN.	96,7%	96,2%	0,662 ¹
Frequência de reavaliação periódica de pacientes em TN.	95,1%	100,0%	< 0,001 ²
Frequência de pacientes com diagnóstico de desnutrição em TN.	70,2%	70,3%	0,978 ¹

Fonte: elaborado pelos autores.

¹Teste Qui-Quadrado. ²Teste Exato de Fisher. IQTN= Indicadores de Qualidade em Terapia Nutricional; TNP= Terapia Nutricional Parenteral; TN= Terapia Nutricional.

Diante da análise e exposição de todos esses dados, a cerca dessa temática dos IQTN, sugere-se que a utilização de protocolos clínicos é considerada primordial na gestão da saúde, sendo importante a incorporação de novas tecnologias e mecanismos de avaliação da qualidade da assistência que complementem esses protocolos (KUCHENBECKER, 2005). Nesse sentido, a incorporação de IQTN no atendimento nutricional pode configurar a implantação de um tipo de inovação que proporciona o monitoramento da assistência, o que é corroborado por diversos estudos que demonstram evidências que essas ferramentas trazem benefícios para avaliação da qualidade da assistência nutricional (CARUSO; SOUZA, 2104; SÁ; MAR-

SHALL, 2015; SCHNEIDER; MENDONÇA 2015). A possibilidade desse monitoramento é ratificada nesse estudo, no qual obteve-se o alcance da compreensão de etapas importantes da assistência nutricional prestada pela EMTN no HNSC a partir da análise dos resultados da aplicação de IQTN.

Para aqueles serviços que planejem aderir ao uso de IQTN à nível hospitalar, por reconhecerem seus benefícios, sugere-se a compreensão de suas fases de planejamento, o que proporcionará maior êxito na sua execução. Diretrizes nacionais recomendam o estabelecimento de etapas como a implantação de banco de dados, a definição dos indicadores que serão incorporados, a elaboração de ferramentas de controle na gestão dos dados, a padronização dos procedimentos a serem executados e a capacitação dos profissionais da equipe que serão inseridos nesse processo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NUTRIÇÃO PARENTERAL E ENTERAL; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NUTROLOGIA, 2011c).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os IQTN utilizados nesse estudo avaliaram a qualidade da TNP instituída no Serviço de Terapia Nutricional Enteral e Parenteral do HNSC, sendo verificada não conformidade somente às metas na Frequência de reavaliação periódica de pacientes em TN, a qual apresentou associação significativa com um maior tempo de duração da TNP. Esse achado demonstra a importância da realização de reavaliações com intervalos de até 7 dias, buscando impactar na melhora desse desfecho. Os demais IQTN utilizados alcançaram as metas estabelecidas, evidenciando, favoravelmente, a qualidade da assistência em TNP prestada pelos profissionais da EMTN sob esse âmbito de avaliação.

Pensando na excelência da assistência nutricional prestada, logo, sugere-se a escolha dos indicadores a serem incorporados pelas EMTN de acordo com as especificidades de cada local e carac-

terísticas da população atendida pela EMTN. A utilização desses indicadores nas rotinas de trabalho da EMTN poderá proporcionar maior efetividade na assistência prestada, atendendo duas exigências básicas da legislação da TNP: garantia da qualidade e utilização de indicadores de qualidade.

REFERÊNCIAS

- AYRES, P. *et al.* A.S.P.E.N. Parenteral nutrition safety consensus recommendations. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, Baltimore, v.38, n. 3, p. 296-333, 2014.
- BAXTER, Y.; WAITZBERG, D.L. Custos do tratamento de pacientes recebendo terapia nutricional: da prescrição à alta. *Nutrição em Pauta*. n.67, 2004.
- BOTTONI, A. *et al.* Porque se preocupar com a desnutrição hospitalar: revisão de literatura. *Journal of the Health Sciences Institute*, São Paulo, v.32, n.3, p. 314-317, 2014.
- BRANDÃO, V.L.; ROSA, L.P.S. Nutrição enteral em pacientes internados em unidade de terapia intensiva: análise dos indicadores de qualidade. *Brasília Médica*, Brasília, DF. v. 50, n.3, p. 200-205, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). *Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 63 de 06 de julho de 2000*.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária. *Portaria nº 272, de 8 de abril de 1998. Regulamento técnico para fixar os requisitos mínimos exigidos para a terapia de nutrição parenteral*. Brasília, DF, 23 abr. 1998.
- BRIAN, L.M., *et al.* Parenteral Nutrition: indications, access, and complications. *Gastroenterol Clin North A*. 2018 Mar; 47(1):39-59.
- CARUSO, L.; SOUSA, A.B. Org. *Manual da equipe multidisciplinar de terapia nutricional (EMTN) do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo – HU/USP*. Capítulo 17. Indicadores de qualidade. São Paulo: Ed. Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, 2014. 132 p.
- CECÍLIO, L.C.O.; MERHY, E.E. *A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar*. Campinas: Ed. Universidade Federal Fluminense. 2003.
- CEDERHOLM, *et al.* ESPEN Guidelines on definitions and terminology or clinical nutrition. *Clinical Nutrition*, Edinburgh, v. 36, p. 49-64, 2017.

CORREIA, M.I.T.D.; PERMAN, M.I.; WAITZBERG, D.L. Hospital malnutrition in Latin America: A systematic review. *Clinical Nutrition*, Edinburgh. v.36, n.4, p. 958-967, 2016.

COSTA, R.C. *Indicadores de qualidade em terapia nutricional em pacientes críticos cardiopatas de um hospital terciário da rede pública do Distrito Federal*. 2017. 44 f. Monografia. Especialização em Nutrição Clínica. Programa de Residência em Nutrição Clínica. Hospital de Base do Distrito Federal, Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde, Brasília, DF, 2017.

FIDELIX, M.S.P. Org. *Manual orientativo: sistematização do cuidado de nutrição*. São Paulo: Ed. Associação Brasileira de Nutrição, 2014.

GONZALEZ, M.C. *et al.* A requiem for BMI in the clinical setting. *Current Opinion in Clinical Nutrition and Metabolic Care*, London, v. 20, n. 5, p. 314-321, 2017.

KUCHENBECKER, R. Diretrizes e protocolos clínicos como ferramentas de gestão da assistência à saúde. In: STEIN, A.T. *et al.* *Diretrizes e protocolos clínicos para o SUS: instrumento para qualificação da assistência em saúde*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2005.

KURIHAYASHI A.Y.; CARUSO L.; SORIANO F.G. *Terapia nutricional parenteral em UTI: aplicação dos indicadores de qualidade*. Mundo Saúde, São Paulo, v.33, n.4, p.480-487, 2009.

McDOWELL, L. *Clinical nutrition quality indicator and patient outcomes*. Support Line. v. 29, n. 4, p. 3-9, 2007.

MUELLER, C. *et al.* ASPEN: Clinical guidelines. Nutrition screening, assessment and intervention in adults. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, Baltimore, v. 35, n.1, p.16-24, 2011.

MUÑOZ, *et al.* Nutrologia e nutrição em unidade de terapia intensiva: sinergia em busca de excelência. *International Journal of Nutrology*, v. 9, n. 1, p. 109-117, 2016.

OLIVEIRA-FILHO, R.S. *et al.* *Quality indicators for enteral and parenteral nutrition therapy: application in critically ill patients "at nutritional risk"*. Nutrición Hospitalaria, Madrid, v.33, n.5, p.1027-1035, 2016.

ROSA, T.C.A. *Indicadores de qualidade da terapia nutricional em unidade de terapia intensiva*. 2014. 94 f. Dissertação. Mestrado, Programa de Pós-graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-oeste na Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, 2014.

SÁ, J.S.M.; MARSHALL, N.G. Indicadores de qualidade em terapia nutricional como ferramenta para avaliação da assistência nutricional em pacientes hospitalizados. *Comunicação em Ciências da Saúde*, Brasília, v. 25, n.2, p. 127-140, 2014.

SÁ, J.S.M.; MARSHALL, N.G. Indicadores de qualidade em terapia nutricional como ferramenta de monitoramento da assistência nutricional no paciente cirúrgico. *Revista Brasileira de Nutrição Clínica*, Porto Alegre, v. 30, n.2, p.100-105, 2015.

SANTANA, L.S; CENICCOLA, G.D. *Classificação de indicadores de qualidade em ouro e prata por cenário clínico do serviço público de acordo com especialistas em terapia nutricional*. BRASPEN J 2017; 32 (4): 369-74

SCHNEIDER, A.P.G.C.; MENDONÇA, S.S. Indicadores de qualidade em terapia nutricional em terapia intensiva. *Comunicação em Ciências da Saúde*, Brasília, v. 26, n. 3/4, p.127-132, 2015.

SHIROMA, G.M. *et al.* Nutrition quality control in the prescription and administration of parenteral nutrition therapy for hospitalized patients. *Nutrition in Clinical Practice*, Dallas v. 30, n.3, p. 406-413, 2015.

SHOSHIMA, A.H.R.; KFOURI FILHO, M. Nutrição parenteral. In: SILVA, S.M.C.S.; MURA, J.D.P. *Tratado de alimentação, nutrição e dietoterapia*. 2. ed. São Paulo: Roca, 2010. p. 1083-1093.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NUTRIÇÃO PARENTERAL E ENTERAL; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NUTROLOGIA. *Projeto diretrizes. Terapia nutricional: administração e monitoramento*. 2011a.

_____. *Projeto diretrizes. Terapia nutricional: terapia nutricional na prevenção e no tratamento da enterocolite necrosante*. 2011b.

_____. *Projeto Diretrizes: Terapia nutricional: indicadores de qualidade*. 2011c.

_____. *Projeto Diretrizes*. Triagem e avaliação do estado nutricional. 2011d .

SOUZA, M.A.; MEZZOMO, T.R. Estado nutricional e indicadores de qualidade em terapia nutricional de idosos sépticos internados em uma unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Nutrição Clínica*, Porto Alegre, v.31, n.1, p.23-28, 2016.

WAITZBERG, D.L. (coord.). *Indicadores de qualidade em terapia nutricional*. São Paulo: ILSI Brasil, 2008.

WAITZBERG, D.L. (coord.) *Indicadores de qualidade em terapia nutricional: 10 anos de IQTN no Brasil: resultados, desafios e propostas*. 3ª ed. São Paulo: ILSI Brasil; 2018

WAITZBERG, D.L.; CAIAFFA, W.T.; CORREIA, M.I.T.M. Hospital malnutrition: the brazilian national survey (IBRANUTRI): a study of 4000 patients. *Nutrition*, v.17, n.7-8, p.573-80, 2001.

WAITZBERG, D.L.; CORREIA, M.I.C. Strategies for high-quality nutrition therapy in Brazil. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, Baltimore, v.40, n.1, p.73-82, 2015.

GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO: POR QUE ESCOLHER UMA TECNOLOGIA DO CAMPO DA SAÚDE MENTAL PARA O AUTOCUIDADO DE PESSOAS COM DIABETES MELLITUS TIPO 2?

Fernanda Miranda Seixas Einloft⁸

Margarita Silva Diercks⁹

Claunara Schilling Mendonça¹⁰

Luciane Kopittke¹¹

RESUMO

A revisão bibliográfica a seguir pretende refletir sobre a estratégia da Gestão Autônoma da Medicação como tecnologia para autonomia, empoderamento e qualificação do cuidado. Este texto teve como objetivo apresentar os conceitos de empoderamento, de autonomia e da estratégia da Gestão Autônoma da Medicação, buscando estabelecer aproximações entre eles enquanto tecnologias para melhorar o cuidado, com foco na pessoa com diabetes *mellitus* Tipo 2 (DM2). Apresenta uma proposta de utilização da tecnologia da Gestão Autônoma da Medicação (já utilizada na saúde mental) na Atenção Primária à Saúde para o cuidado de pessoas com diabetes. Por ser considerada a porta de entrada preferencial de um sistema de saúde, a Atenção Primária oferece, além do acesso, respostas às necessidades e problemas de saúde, com atenção longitudinal e coordenação do cuidado para pessoas com diabetes. Na APS é possível refletir sobre a dinâmica do trabalho em saúde e implementar novas tecnologias que a atenção às condições crônicas exigem, no caso desta revisão, o diabetes *mellitus*. A Gestão Autônoma da Medicação, inicialmente desenvolvida no Canadá para usuários com problemas de saúde mental, foi adaptada à realidade brasileira em estudo multicêntrico desenvolvido por quatro Universidades. O Guia GAM é uma estratégia de mudança nas relações de poder que visa garantir aos usuários efetiva participação nas decisões relativas ao seu tratamento, pressupondo como fundamentos o diálogo e a troca entre os atores envolvidos no cuidado. É uma resposta ao baixo empoderamento e autonomia de indivíduos e grupos sociais em relação ao tratamento, a pouca apropriação de in-

8 Enfermeira, Doutoranda, Gerência de Ensino e Pesquisa, Porto Alegre/RS, ferde_seixas@yahoo.com.br- Turma 2015.

9 Médica, Doutora, Gerência de Saúde Comunitária, Porto Alegre/RS, margarita.diercks@yahoo.com.br

10 Médica, Doutora, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre/RS, cmendonca@hcpa.edu.br

11 Farmacêutica, Doutora, Gerência de Ensino e Pesquisa, Porto Alegre/RS, lucianekopittke@hotmail.com

formação e centralização das decisões nos profissionais de saúde. Acredita-se que a Gestão Autônoma da Medicação, enquanto processo pedagógico sustentado nos conceitos de autonomia e empoderamento e adaptado para pessoas com diabetes *mellitus* tipo 2, pode melhorar a estabilização da glicemia, a adesão medicamentosa e a qualidade de vida das pessoas usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS).

Palavras-chave: avaliação de tecnologias em Saúde; empoderamento para a saúde; autonomia pessoal; diabetes mellitus; atenção primária à saúde.

INTRODUÇÃO

O diabetes *mellitus* tipo 2 (DM2) é uma doença crônica não transmissível, com etiologia complexa e multifatorial. Apesar de a suscetibilidade genética desempenhar um papel importante na ocorrência de DM2, a atual epidemia provavelmente reflete mudanças prejudiciais no estilo de vida das pessoas. (BRASIL. Ministério da Saúde, 2014a; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019).

Segundo os dados da *International Diabetes Federation* (2020), a prevalência comparativa ajustada para o DM2 no Brasil considerando as pessoas com faixa etária de 20 a 79 anos, foi de 10,4% em 2019, com uma projeção para 12,7% em 2045. Os panoramas atuais e futuros demandam para as equipes da Atenção Primária à Saúde (APS) uma estruturação que responda tanto às doenças agudas quanto às condições crônicas, prevalentes e complexas. (BRASIL. Ministério da Saúde, 2014b). O grande desafio é a organização de um sistema de serviços de saúde que priorize a prevenção e promoção da saúde, a manutenção da capacidade funcional das pessoas e a diminuição das complicações e mortes por estas condições.

Uma abordagem centrada na pessoa, que vise à autonomia e ao empoderamento, favorece a estabilização das condições crônicas e a adesão aos tratamentos medicamentosos e às mudanças de estilo de vida. O empoderamento tem como objetivos principais o desenvolvimento de habilidades, a construção de mudanças, a autonomia e a responsabilização compartilhada do cuidado à saúde entre sujeito, família e equipe. (BRASIL. Ministério da Saúde, 2014b).

Quando se trata do cuidado do DM2, trabalhar o empoderamento em grupos melhora a capacidade das pessoas para entender e decidir, de forma compartilhada, as prioridades a serem enfrentadas, os tratamentos necessários e as atividades da vida diária em relação aos seus problemas/necessidades de saúde. Uma abordagem horizontal facilita a troca de saberes, experiências e dúvidas. Possibilita que pessoas com DM2 tomem suas decisões sobre seu plano de cuidados, melhorando o enfrentamento de sua doença, além de melhorar a sua qualidade de vida. (TOL *et al.*, 2012).

Nesse processo de fortalecimento e empoderamento para as práticas de autocuidado, por meio da abordagem em grupos, destaca-se a tecnologia da Gestão Autônoma de Medicação (GAM) para saúde mental, que constatou resultados importantes no que tange à questão da autonomia. (ONOCKO CAMPOS *et al.*, 2012).

A partir de uma revisão de literatura, este estudo visou apresentar os conceitos de empoderamento, de autonomia e da estratégia da Gestão Autônoma da Medicação, buscando estabelecer pontes e aproximações entre eles como tecnologias para qualificação do cuidado, com foco na pessoa com DM2. O texto está dividido em três partes: a primeira contextualiza o DM2 e os desafios para a Atenção Primária à Saúde; a segunda discute os conceitos de autonomia e empoderamento; e a terceira apresenta a estratégia GAM no panorama da saúde mental e justifica sua escolha como uma ferramenta para qualificar o cuidado das pessoas com DM2.

Este artigo é um recorte da pesquisa realizada no Mestrado em Produção e Avaliação de Tecnologias para o SUS do Grupo Hospitalar Conceição e parte de dissertação de mestrado profissional intitulada: “Grupo de Gestão Autônoma da Medicação na Atenção Primária à Saúde: uma tecnologia para o empoderamento de pessoas com diabetes *mellitus* Tipo 2”. (EINLOFT *et al.*, 2017).

DIABETES MELLITUS TIPO 2 (DM2) E OS DESAFIOS PARA O CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Considerando o contexto mundial, o Brasil ocupa a quarta posição em relação ao número de pessoas de 20 a 79 anos com DM2. Estudos mais atuais sinalizam para uma prevalência de 15% até 20% na população adulta. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019). Evidências de um estudo multicêntrico sobre a prevalência do DM2 no Brasil relacionam a idade à prevalência da doença, observando-se um incremento de 2,7% na faixa etária de 30 a 59 anos para 17,4% na de 60 a 69 anos. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2016).

Muitos são os desafios para o Sistema de Saúde. Faz-se necessário pensar em tecnologias que impactem a vida das pessoas, melhorando a qualidade de vida e reduzindo os custos. Mendes (2012) chama a atenção para a crise contemporânea dos sistemas de atenção à saúde, destacando o desencontro entre a situação epidemiológica dominada pelas condições crônicas e um sistema organizado e voltado para responder às condições agudas e às agudizações das condições crônicas, caracterizado pela fragmentação, pela reatividade e pela intervenção episódica. A partir desse apontamento de Mendes (2012), é tempo de repensar o formato de respostas às condições que se instalam no Brasil, com necessidade urgente de reconfiguração do trabalho em saúde. Uma saída para que essa transição aconteça de forma efetiva está em repensar o modelo de atenção, ainda hegemonicamente médico. É importante orientar o trabalho a partir das necessidades do sujeito/usuário e compor coletivamente com diferentes profissionais da saúde, incrementando o processo de trabalho com tecnologias leves e criando, assim, novos modos de fazer saúde.

Muitos profissionais de saúde, bem como gestores, ainda priorizam a consulta e a prescrição medicamentosa, não percebendo uma intervenção educativa como um método de assistência à saúde, não reconhecendo tal atividade como modificadora da realidade. (TADDEO *et al.*, 2012).

A *American Diabetes Association* (2020) recomenda o cuidado centrado no paciente, isto é, aquele que leva em consideração as preferências, necessidades e os valores de cada pessoa e sua família nas decisões clínicas assim como as comorbidades e os prognósticos individuais. As recomendações de prática clínica, baseadas em evidências ou na opinião de especialistas, têm como objetivo principal orientar uma abordagem geral do tratamento e devem estar associadas a uma abordagem sistemática para apoiar os esforços de mudança de comportamento nas pessoas com DM2. A educação e o suporte, voltados para a autogestão melhoram o autocuidado pelo paciente, a satisfação e os resultados referentes ao controle glicêmico. (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2020).

São algumas das indicações que orientam o autocuidado de pessoas com esse problema de saúde: todas as pessoas com DM2 devem participar de momentos de educação em saúde, voltados para a autogestão da sua condição, assim como devem receber o apoio necessário para facilitar o conhecimento, a tomada de decisões e o domínio das habilidades necessárias para o autocuidado; a educação e o apoio para o autocuidado centrados no paciente podem ocorrer em grupos ou individualmente, com a possibilidade de uso de alguma tecnologia; o manejo do cuidado não deve ser prescritivo, mas apresentar um caráter subjetivo, considerando a disposição e prontidão para a mudança, pelo paciente, tornando a tomada de decisão uma ação conjunta. (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2017; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2020; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019).

As pessoas com DM2, bem como suas famílias, devem estar informadas sobre sua condição de saúde, motivadas para lidar com ela e capacitadas para cumprir seu plano de tratamento. O DM2 é uma doença complexa e crônica que requer cuidados contínuos com implementação de estratégias multifatoriais para redução de risco, além do controle glicêmico. A educação em saúde e o apoio para o autocuidado são fundamentais para prevenir complicações agudas

e reduzir o risco de complicações a longo prazo. Existe evidência significativa que apoia uma série de intervenções, principalmente educativas, para melhorar os resultados e a qualidade de vida da pessoa com DM2. (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2017; BRASIL, Ministério da Saúde, 2014b). Trata-se de autoconhecimento, bem como de conhecimento sobre a doença e suas implicações, de entendimento sobre a importância da rede de apoio, de conhecimento sobre a rede de atenção à saúde, reconhecimento de limitações, dentre outros. É nesta direção de valorização de todos os sujeitos envolvidos com o processo de cuidado (profissionais de saúde, pessoas com DM2 e familiares) que devem se organizar os serviços da rede de atenção à saúde.

A APS é o nível de um sistema de saúde que oferece a entrada para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa no decorrer do tempo, atenção para todas as condições (exceto as incomuns e as raras) e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro ponto. (STARFIELD, 2002). Na APS é possível refletir sobre a dinâmica do trabalho em saúde e implementar novas tecnologias que a atenção às condições crônicas e o DM2 exigem. No entanto, há necessidade do aprofundamento dos profissionais da saúde nas tecnologias ou estratégias que melhorem o cuidado, como as atividades em grupo, além do treinamento dos profissionais para incentivar mudanças de hábitos e intervenções comportamentais. (BARROS; SOBRINHO; OLIVINDO, 2020).

Mehry (2013a) analisa o trabalho em saúde como trabalho vivo em ato, como trabalho criador. Traz a reflexão de que a ideia de tecnologia está muito vinculada não só aos equipamentos ou aos dispositivos, mas também à prática (ou a ações) em serviço. O processo de trabalho em saúde, sob a ótica do trabalho vivo, tem uma dimensão que se abre para práticas criadoras, para o enfrentamento das necessidades de saúde. Tal qual para a presença de tecnologias leves e das relações, sob uma ótica analisadora, pautada pela ética do compromisso com a vida e expressas em ato na dimensão assistencial

do trabalho em saúde: como a relação de acolhimento, a criação do vínculo, a produção da resolutividade e a criação de maiores graus de autonomia. (MEHRY, 2013a).

AUTONOMIA DO SUJEITO E EMPODERAMENTO

Além de responder às necessidades de saúde, caberia ao sistema/serviços de saúde contribuir para ampliar o grau de autonomia do sujeito. O trabalho dos profissionais de saúde, orientado para a produção de autonomia, exige uma reformulação ampliada da clínica, da saúde coletiva, dos modelos de gestão e de atenção à saúde, além da valorização do sujeito e de sua singularidade. A autonomia é entendida como a capacidade do sujeito de lidar com sua rede de dependências, como um processo de co-constituição de maior capacidade de compreender e de agir sobre si mesmo e sobre o contexto, conforme os objetivos que forem democraticamente estabelecidos. O sujeito autônomo é o sujeito do conhecimento, da reflexão sobre si e sobre o mundo, sujeito da ação que tem relação direta com a capacidade de lidar com o sistema de poder, de operar conflitos e de estabelecer compromissos e contratos com outros sujeitos. (ONOCKO CAMPOS; CAMPOS, 2012). Estes aspectos vêm ao encontro da promoção do autocuidado das pessoas com DM2 na qual o aprender a conhecer, o aprender a ser, o aprender a fazer, o aprender a conviver precisam ser construídos, apreendidos e praticados. (DELORES, 2003).

O reconhecimento do sujeito, a associação de ações coletivas e individuais, a compreensão de que nossas práticas operam a partir da dimensão técnica (mas não somente), de que outras variáveis são necessárias para permitir o reconhecimento e o desenvolvimento da autonomia, são importantes fatores para que nossas intervenções sejam mais eficazes. O vínculo torna possível traçar propostas terapêuticas que recoloquem o sujeito no trilho da responsabilização pela própria vida, produzindo autonomia. (ONOCKO CAMPOS; CAM-

POS, 2012). Isto somente é possível quando se lança mão de outras ferramentas, para além da dureza de máquinas e equipamentos, na mesma medida, para além do conhecimento técnico. É o encontro com o paciente que abre a possibilidade para o diálogo, para a negociação, para a implicação de ambos os sujeitos envolvidos.

O empoderamento é um processo educativo que se aproxima da problematização. No sentido de que parte das necessidades do sujeito e constrói um plano de cuidados em conjunto com o profissional de saúde e sua família ou com integrantes da rede de apoio. O papel do profissional de saúde é de facilitar e mediar o processo de cuidado da pessoa portadora de uma condição crônica. Em geral, responde perguntas diretamente ou questiona os participantes sobre suas experiências, problematiza questões que precisam ser abordadas, levanta suas próprias preocupações e ajuda os pacientes a entender as consequências de suas decisões. (ANDERSON; FUNNELL, 2010).

O termo empoderamento foi popularizado por Paulo Freire, que o propõe como um processo social. A liberdade individual tem sentido na medida em que pode ajudar o outro a, também, libertar-se através da transformação social. O empoderamento acontece a partir da interação entre indivíduos; trata-se de um processo coletivo de reflexão sobre a realidade, de conscientização crítica e de prontidão para intervir e transformá-la. (FREIRE, 1986).

O empoderamento é processual, essencialmente educativo; tem como objetivo o desenvolvimento de autonomia pelo sujeito para que se sinta seguro para assumir a responsabilidade sobre sua saúde através de conhecimentos, atitudes e habilidades. O empoderamento é uma variável contínua, que deve ser entendida como processo e como resultado. Processo, tendo em vista o seu propósito de uma intervenção que aumenta a capacidade de pensar e agir criticamente, de forma autônoma; resultado, uma vez que o sujeito desenvolve um senso de alta eficácia, com grande potencial para alcançar resultados positivos em suas vidas. (ANDERSON; FUNNELL, 2010; NOBRE *et al.*, 2020).

Importante considerar que pessoas que vivem com DM2 devem tomar uma série de decisões diárias relacionadas à nutrição, realização de atividade física, uso da medicação, monitorização da glicemia e gestão do estresse. Os pacientes também devem interagir eficazmente com o sistema de saúde, os membros da sua família, amigos e empregadores para obter o apoio necessário para gerir seu diabetes. Um estudo de revisão sistemática e metanálise com objetivo de identificar intervenções psicossociais que melhoram a saúde física e mental de pacientes com DM2 constatou que gerenciar a saúde, em condições de longo prazo, é cada vez mais importante. Os resultados têm implicações interessantes no que se refere à compreensão da interferência dos problemas de saúde física e mental e na coordenação do cuidado. (HARKNESS *et al.*, 2010).

A estabilização do DM2 requer, portanto, diversas ações e cuidados diários. As equipes de saúde devem proporcionar aos cidadãos ferramentas que possam potencializar o empoderamento, aumentar a autonomia e, conseqüentemente, ter ganhos em saúde. (CUNHA; CHIBANTE; ANDRÉ, 2014).

Mesmo quando o profissional de saúde diz utilizar a abordagem do empoderamento, Anderson e Funnell (2010) identificam uma série de equívocos em relação a ela. Seguem algumas falas de profissionais de saúde, citadas por esses autores, que comprovam o desconhecimento sobre esta filosofia: meus pacientes não querem ser empoderados e/ou eles querem que eu os diga o que fazer; eu quero empoderar meus pacientes para melhorar a adesão; eu apenas uso o empoderamento com alguns pacientes; eu nunca uso o empoderamento com pacientes recém diagnosticados; educação, baseada em empoderamento, significa que você foca somente nos problemas do paciente; eu uso a abordagem de empoderamento porque eu deixo meus pacientes comerem o que querem e ajustar suas próprias doses de insulina. Os conceitos de “deixar” e “obter” surgem de papéis tradicionais dos profissionais de saúde, nos quais o objetivo é a conformidade do paciente, isto é, a obediência. Mantém-se uma rela-

ção hierárquica, em vez de uma relação entre iguais. (ANDERSON; FUNNELL, 2010).

O empoderamento é a antítese da conformidade ou cumprimento de algo. Os profissionais de saúde podem saber o que é clinicamente melhor para um paciente com DM2. No entanto, isso não significa que os profissionais de saúde saibam o que é melhor para a vida das pessoas.

Existem muito mal-entendidos sobre o empoderamento, geralmente atribuídos à dificuldade de fomentar a adoção de um novo paradigma. São cinco princípios fundamentais do empoderamento: a) 98% do cuidado necessário para o DM2 é fornecido pela pessoa portadora dessa condição; b) o maior impacto na saúde e no bem-estar do paciente é resultado de suas decisões e ações de autogestão durante a condução de sua vida diária; c) o DM2 está tão entranhado à vida do paciente que muitas, se não a maioria, das rotinas de vida diária afetam e são afetadas pela doença e pelo autocuidado; d) os pacientes não podem renunciar ao controle ou responsabilidade que eles têm para a sua autogestão; e) os profissionais de saúde não podem controlar e, portanto, não podem ser responsáveis pelas decisões de autocuidado de seus pacientes. (ANDERSON; FUNNELL, 2010).

Os processos educativos para o autocuidado, sustentados no empoderamento, são centrados no sujeito, nas suas necessidades e prioridades. Esta mudança implica numa negociação ativa e transversal entre profissionais de saúde e usuário. A transversalidade propõe uma alteração do padrão comunicacional nas instituições, pressupõe lateralizar os diferentes e acolher a heterogeneidade nas relações de saber e poder. Neste sentido, o manejo cogestivo acolhe perspectivas diversas, favorecendo o pertencimento e a corresponsabilidade, compartilhando o protagonismo do grupo, assumindo uma posição coletiva, colaborativa e criativa. (PASSOS; SADEB; MACERATA, 2019).

É para o encontro entre profissionais de saúde e pessoas com DM2 que surge a estratégia GAM, embora seja originalmente voltada para pessoas com sofrimento mental. Trata-se de uma estratégia

que permite aos usuários serem sujeitos/agentes/cidadãos, capazes de tomar decisões acerca da autogestão de sua doença ou problema de saúde. (CUNHA; CHIBANTE; ANDRÉ, 2014).

GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO

Em 1993, na cidade de Quebec (Canadá) foi desenvolvida uma estratégia para resgatar a participação ativa dos usuários com problemas de saúde mental nas decisões sobre medicação, chamada de Gestão Autônoma da Medicação (GAM). A discussão reuniu usuários e técnicos e centrou-se na partilha da significação da utilização do medicamento. (ONOCKO CAMPOS *et al*, 2012).

Em 2001, foi elaborado o Guia Pessoal da Gestão Autônoma da Medicação para usuários com transtornos mentais graves. Esse instrumento deu visibilidade às múltiplas posições frente ao uso da medicação, reconheceu o direito ao consentimento livre e esclarecido para a utilização dos psicofármacos e a necessidade de compartilhar decisões. O guia extrapola a questão medicamentosa, convidando o usuário a fazer um percurso reflexivo sobre sua vida e a determinar os aspectos suscetíveis a serem melhorados. O Guia canadense propõe, para aqueles que desejarem, um método de diminuição progressiva do uso da medicação. Uma vez que estimula que as pessoas busquem o acesso à informação e a ajuda necessária ao ajuste, redução e até suspensão da medicação junto a quem prescreve. O Guia inclui, ainda, ferramentas de auto-observação e identificação de redes de apoio. Assim como traz à tona a discussão acerca da redução dos sujeitos à doença ou ao uso da medicação. (ONOCKO CAMPOS *et al*, 2012).

No Brasil, o estudo da Gestão Autônoma da Medicação teve seu início a partir de uma pesquisa multicêntrica realizada nas cidades do Rio de Janeiro, Campinas e Novo Hamburgo. (ONOCKO CAMPOS *et al*, 2012).

O Guia produzido em Quebec foi traduzido e adaptado à realidade brasileira por todos os segmentos envolvidos com a pesquisa.

No manejo dos problemas de saúde mental no Brasil, independentemente da Reforma Psiquiátrica, a medicalização se mantém, por tempo indeterminado, com pessoas submetidas a um cuidado fragmentado, à hospitalização, que ainda é uma resposta comum, além da falta de compartilhamento das decisões com o usuário e família. O Guia GAM (ONOCKO CAMPOS; PASSOS; LEAL; PALOMBINI; SERPA *et al*, 2012) é uma estratégia de mudança nas relações de poder que visa a garantir aos usuários efetiva participação nas decisões relativas ao seu tratamento, pressupondo como fundamentais o diálogo e a troca entre os atores envolvidos no cuidado. O guia formulado visa a partilha de experiências, a ajuda entre os atores e o estímulo à busca de informações sobre medicamentos e direitos. É uma resposta ao baixo empoderamento e autonomia de indivíduos e grupos sociais em relação ao tratamento, à pouca apropriação de informação e centralização das decisões nos profissionais de saúde. (ONOCKO CAMPOS *et al*, 2013).

A aplicação do Guia GAM adaptado para o Brasil se fez concomitante à sua apreciação crítica, com alteração do texto a partir das sugestões feitas por usuários e pesquisadores. Bem como nos encontros multicêntricos com a participação de pesquisadores acadêmicos, trabalhadores e usuários, para a elaboração final do Guia GAM, o GGAM-BR. (ONOCKO CAMPOS *et al*, 2012).

Dentre os aspectos que dificultam o compartilhamento do cuidado, nos serviços de saúde mental, observa-se: serviços voltados para tratar as crises deflagradas, com dificuldade para dar seguimento, promovendo longitudinalidade; monopólio do saber médico como uma das razões do baixo empowerment dos usuários em relação à própria medicação; timidez dos usuários e medo de serem maltratados; crítica à linguagem técnica e insuficiente dos trabalhadores da saúde; dificuldade em reinvestir na corresponsabilização e permitir que o usuário autoadministre sua medicação; usuários que ocupam a posição de sujeito com pouca voz e pouca participação no projeto terapêutico ou excluído de seu próprio direito de tratamento; pouca

escuta quando se refere ao direito dos usuários, de recusa ao tratamento; impossibilidade de escolha de profissional de referência. (ONOCKO CAMPOS *et al*, 2013).

O estudo multicêntrico revelou resultados positivos da estratégia GAM, que se mostrou potente para instituir espaços de fala sobre a medicação, ampliou a abordagem e a valorização do sujeito e de sua vida de forma dinâmica. (ONOCKO CAMPOS *et al*, 2013). Destaca-se o efeito da estratégia também no trabalhador, que desenvolveu sua prática clínica de forma mais crítica, reconhecendo na metodologia o potencial de sua horizontalidade, grupalidade e de valorização da voz dos usuários. É transformadora na medida em que promove uma clínica mais flexível e aberta a uma construção coletiva de ações. (SANTOS *et al.*, 2019).

Santos *et al.* (2019) destacam a análise da experimentação da GAM em relação a outros referenciais nacionais da saúde coletiva: a educação popular e a medicina centrada na pessoa, operando uma interessante hibridação cultural. Seguem como desafios para os serviços de saúde, o aumento da participação dos usuários e a superação de práticas tutelares para uma produção maior de autonomia. (SANTOS *et al.*, 2019).

A estratégia GAM traz com seu formato uma proposta que indica, fortemente, a possibilidade de realizar uma abordagem ampliada de cuidado para a pessoa com DM2. Um aspecto muito importante do Guia GAM original é que a partir da construção coletiva, a pessoa pode registrar individualmente suas percepções no seu guia. O trabalho educativo para o autocuidado salienta a importância da incorporação das necessidades, dos objetivos e das metas de cada pessoa; da apropriação da experiência de vida de cada sujeito participante e da singularidade de cada plano de cuidado, que deve ser sempre individual e personalizado. (BRASIL. Ministério da Saúde, 2014b).

Entendem-se os grupos de Gestão Autônoma da Medicação como uma nova tecnologia ou estratégia que promove o encontro entre os sujeitos, como possibilidade criativa de intervenção, com a

intenção de fortalecer e estimular o empoderamento para realizar o autocuidado em saúde. Trata-se da nova clínica, proposta por Mehry (2013a), que se apresenta como ação, que se abre na busca de novas singularidades e processos emancipadores, que se faz em ato, centrada na incorporação tecnológica comandada pela tecnologia leve. (MEHRY, 2013b). Passos, Sadeb e Macerata (2019) destacam a GAM como uma inovação tecnológica com reverberações para além da atenção especializada em saúde mental. Por este motivo, a estratégia GAM foi escolhida e adaptada para pessoas com DM2, como uma estratégia que permite aos usuários serem sujeitos/agentes/cidadãos protagonistas no seu processo de cuidado. (BRASIL. Ministério da Saúde, 2017).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho buscou trazer para o debate alguns referenciais clássicos e originários dos conceitos da autonomia, do empoderamento e da Gestão Autônoma da Medicação. A partir desses autores, foi possível responder o porquê da escolha da tecnologia/estratégia GAM para o trabalho com pessoas com DM2.

Por que a GAM? Porque questões relacionadas aos problemas de saúde física ou mental podem comprometer a coordenação do cuidado; porque a autonomia é tema central no movimento de renovação dos modelos de cuidado em saúde mental, sendo também fundamental quando se trata do cuidado de pessoas com DM2; porque o cuidado para pessoas com essa doença precisa ser orientado por uma abordagem integral que inclui: conteúdo clínico, habilidades, estratégias comportamentais (definição de metas e resolução de problemas) e envolvimento com questões psicossociais; porque a educação e o apoio para o autocuidado do DM2 precisam incorporar as experiências de vida dessas pessoas, assim como as mesmas precisam estar empoderadas para a tomada de decisão informada e para escolhas que melhorem o autocuidado; porque a colaboração ativa

do paciente com a equipe de saúde melhora a qualidade de vida das pessoas; porque o desenho metodológico da GAM potencializa e valoriza o protagonismo do sujeito; porque a GAM propõe um cuidado compartilhado e mostra que ninguém está sozinho neste caminho; porque a estratégia lembra que pode-se contar com uma rede pessoal de apoio, bem como uma rede de serviços.

A estratégia GAM, enquanto processo pedagógico sustentado nos conceitos de autonomia e empoderamento, pode favorecer desfechos finais positivos nas pessoas com DM2. A partir do diálogo, da reflexão crítica sobre comportamentos e hábitos pessoais, existe um potencial para melhoria da qualidade de vida, bem como do controle ou estabilização da doença, diminuição de riscos e morbimortalidade.

REFERÊNCIAS

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION (ADA). Facilitating Behavior Change and Well-being to Improve Health Outcomes: Standards of Medical Care in Diabetes. In: AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. *Standards of Medical Care in Diabetes* - 2020; 43 (Suppl.1), p. S48–S65. Disponível em: https://care.diabetesjournals.org/content/43/Supplement_1/S48. Acesso em: 26 nov. 2020.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION (ADA). *Standards of Medical Care in Diabetes* - 2017; 40(Suppl.1), p. S33–S43. Disponível em: https://care.diabetesjournals.org/content/diacare/suppl/2016/12/15/40.Supplement_1.DC1/DC_40_S1_final.pdf. Acesso em: 26 nov. 2020.

ANDERSON, Robert M; FUNNELL, Martha M. Patient empowerment: Myths and misconceptions. *Patient Education & Counseling – The leading International Journal for communication in health-care*. University of Michigan Medical School, Department of Medical Education, Ann Arbor, USA., vol 79, Issue 3. P. 277-282, June, 2010. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2879465/>. Acesso em: 26 nov. 2020.

BARROS, M J R; SOBRINHO, M L; OLIVINDO, D D F de. Adesão ao tratamento do diabetes mellitus tipo 2: Um desafio para os profissionais de enfermagem. *Research, Society and Development*, v. 9, n. 7, e859974907, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22352094/>. Acesso em: 26 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. 212 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf. Acesso em 26 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica*. Brasília: Ministério da Saúde; 2014b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab35.pdf. Acesso em: 26 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Gerência de Saúde Comunitária. *GAM- Gestão Autônoma da Medicação: guia adaptado para usuários com Diabetes mellitus*. Org. KOPITKE, Luciane *et al*. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora Conceição, 2017.

CUNHA Madalena, CHIBANTE, Rosa e ANDRÉ, Suzana. Suporte social, empowerment e doença crônica. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, ESPECIAL 1, 2014. p. 21-26. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/nspe1/nspe1a04.pdf>. Acesso em: 26 nov. 2020.

DELORS, Jacques (Coord.). Os quatro pilares da educação. In: *Educação: um tesouro a descobrir*. São Paulo: Cortezo. p. 89-102.

EINLOFT, Fernanda M S *et al*. *Grupo de Gestão Autônoma da medicação na Atenção Primária à Saúde: uma tecnologia para o empoderamento de pessoas com Diabetes Mellitus Tipo 2*. Dissertação (Mestrado Profissional em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS) – Programa de Pós-Graduação em Avaliação de Tecnologias para o SUS, Grupo Hospitalar Conceição, Escola GHC. Porto Alegre, 2017.

FREIRE, Paulo. *Conscientização: teoria e prática da libertação* – Uma introdução ao pensamento de Paulo Freire. São Paulo: Cortez e Moraes, 1979.

FREIRE, Paulo; SHOR, Ira. *Medo e ousadia – o cotidiano do professor*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

HARKNESS, Elaine *et al*. Identifying psychosocial interventions that improve both physical and mental health in patients with diabetes a systematic review and meta-analysis. *Diabetes Care*, v. 33, n. 4, 2010. Disponível em: <https://care.diabetesjournals.org/content/33/4/926.full-text.pdf>. Acesso em: 26 nov. 2020.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION (IDF). *IDF Diabetes Atlas*. 9th edition 2019. p. 176. Disponível em: <https://www.diabetesatlas.org/en/>. Acesso em: 26 nov. 2020.

MENDES, Eugênio V. *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf. Acesso em: 26 nov. 2020.

MERHY, Emerson E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato, em saúde. In: FRANCO, T.B. e MERHY. E.E. *Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2013a. p.13-67.

MERHY, Emerson E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições da análise do território tecnológico do trabalho vivo em ato em saúde para compreender a reestruturações produtivas do setor saúde. In: FRANCO, T.B. e MERHY. E.E. *Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2013b. p.95-108.

NOBRE, Franciele A da P *et al.* Empoderamento e promoção à saúde: uma reflexão emergente. *Braz. J. Hea. Rev.*, Curitiba, v. 3, n. 5, p.14584-14588 set./out. 2020. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/18316>. Acesso em: 26 nov. 2020.

ONOCKO CAMPOS, Rosana T; CAMPOS, Gastão W S. Co Construção de autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS, G.W.S. *et al* (Org). *Tratado de saúde coletiva*. 2^a ed. São Paulo: Hucitec, 2012. P. 719-738.

ONOCKO CAMPOS, Rosana T *et al.* Adaptação multicêntrica do guia para gestão autônoma da medicação. *Interface - Comunic, Saúde, Educ.* v.16, n.43, p. 1-14, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v16n43/aop4412.pdf>. Acesso em: 26 nov. 2020.

ONOCKO CAMPOS, Rosana T, PASSOS, Eduardo, LEAL, Erotildes, PALOMBINI, Analice, SERPA, Octávio *et al.* *Guia da gestão autônoma da medicação – GAM*. DSC/FCM/UNICAMP; AFLORE; IPUB/UFRJ; DP/ UFF; DPP/UFRGS, 2012. Disponível em: <http://www.fcm.unicamp.br/fcm/laboratorio-saude-coletiva-e-saude-mental-interfaces>.

ONOCKO CAMPOS, Rosana T *et al.* A Gestão Autônoma da Medicação: uma intervenção analisadora de serviços em saúde mental. *Ciências e Saúde Coletiva*, 18 (10), p. 2889-2898, 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001000013. Acesso em: 26 nov. 2020.

PASSOS, Eduardo; SADEB, Christian; MACERATA, Iracã. *Gestão Autônoma da Medicação: inovações metodológicas no campo da saúde pública*. Saúde Soc. São Paulo, v.28, n.4, p.6-13, 2019). Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902019000400006&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 26 nov. 2020.

SANTOS, Deivisson V D dos *et al.* Da prescrição à escuta: efeitos da gestão autônoma da medicação em trabalhadores da saúde. *Saúde Soc.* São Paulo, v.28, n.2, p.261-271, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902019000200021. Acesso em: 26 nov. 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). *Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2015/2016*. São Paulo: AC Farmacêutica, 2016.

_____. *Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019/2020*. São Paulo: Clannad Editora Científica, 2019.

STARFIELD, Barbara. *Atenção primária*. Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002. 726p

TADDEO, Patricia S *et al.* Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. *Ciênc Saúde Colet.*, 2012; 17 (11): 2923-30. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012001100009&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 26 nov. 2020.

TOL, Azar *et al.* Determination of empowerment score in type 2 diabetes patients and its related factors. *J Pak Med Assoc*, 2012 Jan; 62 (1): 16-20.

ENTREVISTA MOTIVACIONAL NO CUIDADO EM HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES *MELLITUS* NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Pâmela Leites de Souza Steffen¹²
Daniel Demétrio Faustino da Silva¹³
Claunara Schilling Mendonça¹⁴
Elisabeth Meyer¹⁵

RESUMO

Entre os pilares para o controle e manejo da hipertensão arterial sistêmica (HAS) e do diabetes *mellitus* (DM) na Atenção Primária à Saúde (APS) está a promoção da adesão e de mudanças no estilo de vida. Contudo, buscar estratégias que estimulem os usuários a implicar-se em seu autocuidado é um desafio permanente. A Entrevista Motivacional (EM) é um estilo de comunicação colaborativa que subsidia o profissional para que efetivamente a pessoa esteja no centro do seu cuidado, apresentando resultados positivos na promoção de mudanças em uma ampla variedade de comportamentos relacionados com a saúde. Diante disso, o presente artigo tem por objetivo descrever qual o escopo e perspectivas de aplicação da EM para o manejo da HAS e DM2 na APS, a partir de uma revisão de literatura. A EM foi relacionada a efeitos positivos sobre níveis de adesão medicamentosa, de pressão arterial, de hemoglobina glicada, em hábitos alimentares e redução de peso. Além disso, evidências apontam que pessoas expostas à EM, em comparação com a terapêutica usual, foram consideradas mais propensas a iniciar, manter, concluir tratamentos e participar de consultas de acompanhamento. Apesar das lacunas de conhecimento existentes, a EM pode ser útil e efetiva a partir de treinamentos breves dos profissionais de APS, com perspectivas promissoras para a prática clínica no Sistema Único de Saúde brasileiro.

Palavras-chave: entrevista motivacional; saúde coletiva; atenção primária à saúde; hipertensão arterial; diabetes *mellitus*; avaliação de tecnologias em saúde.

12 Enfermeira, Mestre, Unidade de Saúde Jardim Leopoldina, Porto Alegre/RS, pamela.l.steffen@gmail.com – Turma 2017;

13 Odontólogo, Doutor, Professor do Programa de Pós-graduação em Avaliação de Tecnologias para o SUS, Grupo Hospitalar Conceição (GHC), Porto Alegre-RS, ddemetrio@gmail.com;

14 Médica, Doutora, Professora do Programa de Pós-graduação em Avaliação de Tecnologias para o SUS, Grupo Hospitalar Conceição (GHC), Porto Alegre/RS, claunara@uol.com.br;

15 Psicóloga, Doutora, Professora, Programa de Pós-graduação em Cardiologia, Instituto de Cardiologia (IC/FUC), Porto Alegre/RS, to_bethmeyer@hotmail.com.

INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes *Mellitus* tipo 2 (DM2) estão relacionados à primeira causa de morte no Brasil e no mundo, além de serem responsáveis pelo maior número de procedimentos de alto custo e de hospitalizações no Sistema Único de Saúde (SUS) (GDB, 2020; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018). Agravando esse panorama, pessoas com uma ou mais doenças crônicas (DC) apresentam maior prevalência de depressão, estando associada à piora do estado geral e ao aumento da utilização dos recursos de saúde sem efetividade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013; BOING *et al.*, 2012).

Entre os pilares para o controle e manejo dessas patologias na Atenção Primária à Saúde (APS) está a promoção da adesão e de mudanças de estilo de vida (MEV), sendo a busca de estratégias que estimulem os usuários a implicar-se em seu autocuidado um desafio permanente (MOURA *et al.*, 2011; BRASIL, 2014; BRASIL, 2016; WHO, 2018; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2020). Contudo, é preocupante a forma como tem se mantido a prática das consultas a esse público-alvo, reproduzindo técnicas essencialmente prescritivas, do tipo queixa-conduta, apontadas como em grande parte como negativas pelos usuários por apresentarem atitudes apressadas, paternalistas e degradantes (MOURA *et al.*, 2011; DELLASEGA; AÑEL-TIANGCO; GABBAY, 2012).

Nesse sentido, existe uma corrente, principalmente na área de atenção às pessoas com DM2, de evolução das habilidades e da linguagem dos profissionais de saúde ao encontro das perspectivas atuais de cuidado – de empoderamento, de empatia, não julgamental e centrado na pessoa. Falhas na comunicação podem levar a atritos entre as necessidades em saúde, o plano de cuidados e as prioridades da pessoa conforme o momento de vida, podendo gerar, em última instância, desfechos clínicos negativos (SPEIGHT *et al.*, 2012; DICKINSON *et al.*, 2017; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2020).

A Entrevista Motivacional (EM) surge, então, como um estilo de comunicação colaborativa que subsidia o profissional para que efetivamente a pessoa esteja no centro do seu cuidado, apresentando resultados positivos na promoção de mudanças em uma ampla variedade de comportamentos relacionados com a saúde (MILLER; ROLLNICK, 2013; STEINBERG; MILLER 2015; FISHER *et al.*, 2017). Suas estratégias propõem evocar dos usuários suas próprias motivações, trabalhando a ambivalência com enfoque na identificação da importância que atribuem à necessidade de mudança e da confiança em alcançá-la (MILLER; ROLLNICK, 2013).

Em estudos que utilizaram a EM como ferramenta para MEV e controle do DM2 e/ou da HAS, a mesma sustentou-se como uma abordagem de baixo custo e bom potencial de impacto (FLÓREZ-ALÁRCÓN; CARRANZA, 2007; LUNDAHL; BURKE, 2009; CEDILLO; ANTÚNEZ, 2013; GABBAY *et al.*, 2013; GANDIN *et al.*, 2014; REN *et al.*, 2014; VANBUSKIRK; WETHERELL, 2014). Em contrapartida, a aplicação da EM no manejo dessas patologias na realidade brasileira ainda é incipiente. Diante disso, este artigo tem por objetivo descrever qual o escopo e perspectivas de aplicação da Entrevista Motivacional para o manejo da HAS e DM2 na APS.

MÉTODOS

O presente artigo apresenta um recorte da dissertação de mestrado profissional intitulada “A CONSULTA DE ENFERMAGEM BASEADA NA ENTREVISTA MOTIVACIONAL COMO ESTRATÉGIA PARA O CONTROLE DA DIABETES MELLITUS TIPO 2 E HIPERTENSÃO ARTERIAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: Um ensaio clínico randomizado”, defendida em agosto de 2019 no Programa de Pós-graduação em Avaliação de Tecnologias para o SUS do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), Porto Alegre-RS.

Trata-se de um levantamento bibliográfico nas bases de dados em saúde LILACS, BVS, PsycInfo e o portal PubMed, no período

entre os anos 2000 e 2019, a partir dos descritores “*Motivational Interviewing*”, “*Nursing care*”, “*Primary care*”, “*General Practitioner*”, “*Management*”, “*Control*”, “*Diabetes Mellitus*”, “*Hypertension*”, “*Blood pressure*”, “*Adherence*”, “*Health behaviour*”; “*Health promotion*”; “*Obesity*”; “*Physical activity*”, “*Training*”, “*Alcohol*” e “*Smoking*”. Os estudos selecionados foram indexados nos idiomas português, espanhol e inglês. Os temas foram agrupados conforme a área de investigação, contextualizando inicialmente a abordagem da EM e seus princípios orientadores, e, em sequência, as evidências de aplicabilidade da EM na promoção da adesão e de MEV, no manejo da HAS e do DM2.

Desse modo, são resgatadas perspectivas para uso da EM na prática da APS brasileira, lacunas de conhecimento e direcionamentos para futuros estudos.

RESULTADOS

O espírito da EM – Princípios Orientadores

Existe algo na natureza humana que resiste a ser coagido e forçado a agir. Ironicamente, às vezes, o reconhecimento do direito e da liberdade do outro de não mudar é o que torna a mudança possível (Rollnick; Miller; Butler, 2009, p. 23).

O “espírito” da EM envolve o respeito à autonomia e o conceito de que a mudança de comportamento não é uma responsabilidade exclusiva do usuário, mas um esforço compartilhado com o profissional de saúde. Seus princípios orientadores consistem em resistir ao reflexo de consertar as coisas, entender e explorar as motivações da pessoa, escutar com empatia e fortalecê-la, estimulando a esperança e o otimismo (MILLER; ROLLNICK, 2013; STEINBERG; MILLER 2015). Nesse sentido, contrapõe o aconselhamento profissional, na medida em que considera que (MILLER; ROLLNICK, 2013):

1. Dar conselhos pode atrapalhar mais do que ajudar;
2. Pode-se não saber a real situação ou não se ter todas as informações;
3. Conselhos podem ter voz paternal e impactar na confiança da pessoa;
4. Conselhos podem gerar abandono de seguimento a partir da repetição de orientações previsíveis que não funcionam para a pessoa, fazendo as consultas perderem o sentido para ela;
5. Faz com que a pessoa não encontre suas próprias soluções ou aprenda a enfrentar problemas futuros.

Dessa forma, a EM traz a perspectiva de uma mudança de papéis, colocando o profissional em uma posição única de aumentar a motivação ou contribuir para a resistência. Em geral, essa inversão é vista como positiva tanto para o profissional, que se sente menos frustrado e impotente, quanto para a pessoa, que se sente respeitada e corresponsável pelo seu cuidado (DELLASEGA; AÑEL-TIANGCO; GABBAY, 2012; STEINBERG; MILLER 2015).

Para isso, o profissional precisa reconhecer que a decisão da pessoa de modificar determinado comportamento faz parte de um continuum de disposição para a mudança, como um processo dinâmico e alinear, por razões nem sempre claramente compreendidas por todas as partes interessadas. Logo, estabelecer uma relação de empatia e confiança, entendendo as necessidades da pessoa antes de empreender quaisquer atividades de aprimoramento de conhecimento ou educação em saúde que ainda não sejam bem-vindas é fundamental (ALIOTA; VLASNIK; DELOR, 2004; MILLER; ROLLNICK, 2013).

As estratégias iniciais para uso da EM são as OARS (*open questions, affirming, reflecting and summarizing*), descritas no quadro a seguir.

Quadro 1. Estratégias iniciais para uso da EM no cuidado da HAS e DM

Estratégia	Exemplos
Realizar perguntas abertas (<i>Open questions</i>): Perguntas não tendenciosas, que não rotulem emoções e com poucos pressupostos.	“Como tem sido em relação às suas medicações?” “Por que seria importante para você controlar a sua pressão?” “Diga-me o que você tem feito para controlar o diabetes?”
Fazer afirmações (<i>Affirming</i>): Comentar positivamente as qualidades, forças e esforços da pessoa. Devem ser sinceras e com objetivo de empoderamento.	“Que bom que você veio!” “Você fez tanto em tão pouco tempo!” “Essa é uma ótima estratégia! No que mais você pensou?”
Escuta reflexiva (<i>Reflecting</i>): Também chamada de escuta ativa. Ajuda a pessoa a processar a sua experiência e fortalece o relacionamento na medida em que você demonstra atenção e que a entende.	Usuário: “Não fiz o controle da glicose porque acho muito dolorido fincar meu dedo”. Profissional: “Isso realmente dói”. Usuário: “Eu sei que deveria moderar nos carboidratos, mas eu simplesmente anseio por eles”. Profissional: “E você entende o problema desses alimentos para você”.
Fazer resumos (<i>Summarizing</i>): Realizados no início, em pontos de transição ao longo e/ou ao final do atendimento. Preferencialmente resumos do que a pessoa disse, mas também pode ser o que foi pactuado e discutido durante a consulta, na perspectiva do profissional.	“Deixe-me ver se eu entendi até aqui...” “Pelo que conversamos, os pontos mais importantes da nossa conversa foram...”

Fonte: Adaptado de STEINBERG; MILLER, 2015.

PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO E DE MUDANÇAS DE ESTILO DE VIDA PARA REDUÇÃO DO RISCO CARDIOVASCULAR

Evidências apontam que pessoas expostas à EM, quando comparada com a terapêutica usual, foram consideradas mais propensas a iniciar, manter e concluir tratamentos, participar de consultas de acompanhamento e aderir a hábitos de vida mais saudáveis (ROLLNICK; MILLER; BUTLER, 2009). Esses resultados foram encontrados, especialmente, no cuidado de pessoas ambivalentes, em abuso de substâncias, com comportamentos compulsivos ou DC como hipertensão e diabetes (LUNDAHL *et al.*, 2010; MILLER; ROLLNICK, 2013; VANBUSKIRK; WETHERELL, 2014; STEINBERG; MILLER, 2015; FISHER *et al.*, 2017).

No cuidado em DC, a EM pode ser produtiva para trabalhar aspectos relacionados ao autocuidado desde o momento do diagnóstico, como MEV, adesão às medicações, para encorajar a sustentação do processo de mudança de comportamento durante as consultas de acompanhamento, para gerenciar complicações da doença, abuso de substâncias e manejar sintomas de estresse psicológico e depressão (STEINBERG; MILLER, 2015).

Ensaio randomizado por cluster na APS demonstrou redução significativa dos escores de sintomas depressivos ao longo de 3, 12 e 34 semanas a partir da EM associada ao tratamento convencional (KEELEY *et al.*, 2016). No tocante ao abuso de substâncias, embora a EM pareça ser útil para oferecer suporte às pessoas em uso de tabaco, existem dados insuficientes para sustentar a sua superioridade quando comparada aos demais tipos de abordagens para a cessação do tabagismo, devido à grande heterogeneidade dos estudos e imprecisão dos achados (LINDSON *et al.*, 2019).

Em contrapartida, evidências indicam potencial da EM sobre comportamentos alimentares compulsivos e perda de peso a curto prazo em várias populações adultas diferentes, com efeitos positivos

como um tratamento isolado ou como adjunto a outras abordagens (GREAVES *et al.*, 2008; CHRISTIE; CHANNON, 2014; EKONG; KAVOOKIJAN, 2016). Nutricionistas treinadas em EM demonstraram ser significativamente mais empáticas, mais reflexivas e mais propensas a deixar seus pacientes falarem mais durante a consulta em relação ao grupo controle, não treinado para a abordagem. Como implicações práticas, esses pacientes apresentaram níveis de ingestão de gordura saturada significativamente mais baixos. Porém, após 6 meses de acompanhamento, neste estudo não foram encontrados efeitos na hemoglobina glicada (HbA1c), índice de massa corporal (IMC) e circunferência da cintura (BRUG *et al.*, 2007).

A EM para promoção da adesão também tem sido objeto de pesquisa. Ao avaliar a EM na adesão a medicamentos por idosos em regime de polifarmácia, esta foi mais efetiva que a abordagem usual para reduzir erros de medicação (TORRES *et al.*, 2013). Enfermeiras treinadas com 20 horas de EM em um ensaio clínico randomizado realizado em três Unidades de APS de Porto Alegre - RS, protagonizaram diferenças significativas em relação ao grupo de cuidados tradicionais nos níveis de adesão em pessoas com DM2 e HAS, considerando as dimensões de cumprimento do tratamento, de implicação para o autocuidado e a relação terapeuta-paciente (STEFFEN, 2019).

Achados semelhantes são observados por Gabbay *et al.* (2013), em que maiores níveis de adesão estiveram relacionados ao uso da EM para acompanhamento e coordenação do cuidado por enfermeiras treinadas. As consultas de Enfermagem com EM geraram como efeitos secundários, ainda, mais encaminhamentos ao médico de família para manutenção do tratamento conforme os dados de adesão das pessoas com DM. Entretanto, os médicos nem sempre responderam, e, em última análise, estratégias para reduzir a inércia clínica e promover a interdisciplinaridade seriam necessárias.

Quanto a MEV, um estudo realizado em Bogotá – Colômbia avaliou especificamente esse desfecho em 1.500 pessoas com DC.

Para as intervenções, psicólogos de saúde pública foram treinados e realizaram visitas domiciliares e seguimentos telefônicos para avaliar mudanças de estágios para mudança em relação a determinados comportamentos-alvo. Os resultados sugeriram boa relação custo-efetividade para abordagem dos fatores de risco modificáveis em DC (FLÓREZ-ALÁRCON; CARRANZA, 2007).

Resultados positivos também são encontrados quando a EM é associada a intervenções cognitivo-comportamentais. Revisão integrativa da literatura avaliando essa combinação para promoção da adesão a medicamentos concluiu que em cinco de seis estudos as intervenções foram eficazes. No entanto, há vieses importantes nessa publicação, o que exige cautela em sua interpretação. De qualquer forma, essas intervenções, em conjunto ou isoladamente, têm sido válidas quando aplicadas tanto no campo da saúde mental quanto no manejo de muitas DC em uma ampla gama de populações, além de como método de promoção da saúde e prevenção de doenças (SPO-ELSTRA *et al.*, 2015; ROLES; SMITH, 2016).

MANEJO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (HAS)

No manejo da HAS, a EM pode favorecer a adesão e o controle da doença a partir da mudança de comportamento, investigada tanto em nível hospitalar quanto em ambientes de cuidados primários (GABBAY *et al.*, 2013; HEDEGAARD *et al.*, 2015; MA *et al.*, 2014; REN *et al.*, 2014).

Ma *et al.* (2014) identificaram redução significativa dos níveis de pressão arterial sistólica (PAS) e de pressão arterial diastólica (PAD) no grupo que recebeu sessões de EM em relação ao grupo controle, com diferença de 4,92 e 2,58 mmHg ($p < 0,05$), respectivamente, após 6 meses de acompanhamento. Além disso, entre os participantes do grupo com EM, houve melhora nos níveis de adesão ao tratamento medicamentoso, nos hábitos alimentares, no incremento de atividade física e na cessação do tabagismo e do uso de álcool. Já

em metanálise de ensaios clínicos randomizados avaliando o efeito da EM na pressão arterial, foi encontrado efeito significativo na PAS (-1,64 mmHg), mas não em PAD (-0,58 mmHg) (REN *et al.*, 2014).

Na pesquisa que originou esta revisão de literatura, os resultados expressivos nos níveis pressóricos das pessoas com DM2 e HAS que receberam sessões de EM estavam intimamente relacionados ao aumento dos níveis de adesão (STEFFEN, 2019). Do mesmo modo, em pesquisa acompanhando afro-americanos com hipertensão por 12 meses, observou-se manutenção constante dos níveis de adesão a partir da EM ao longo do tempo, comparado a um declínio significativo naqueles em tratamento convencional (OGEDEGBE *et al.*, 2008).

Esses achados podem contribuir à redução da morbimortalidade por doenças do aparelho circulatório, uma vez que o controle da PA é uma das ferramentas mais influentes para redução do risco cardiovascular. Não obstante, a HAS persiste há décadas como o fator de risco mais comum e potente para redução de expectativa de vida, devido ao controle populacional subótimo da condição (PRÉCOMA *et al.*, 2019; GBD, 2020).

MANEJO DO DIABETES *MELLITUS* TIPO 2

Apesar de haver estudos com resultados negativos quanto ao sucesso da EM além do cuidado habitual em DM, a maior parte das evidências indicam sua efetividade se comparado ao tratamento convencional ou associado a outras intervenções. Conforme uma revisão sistemática sobre o uso da EM no manejo do DM2 em adultos, os resultados mais promissores foram em relação aos hábitos dietéticos, redução e manutenção do peso corporal (EKONG; KAVOOKIJAN, 2016).

Enfermeiros têm protagonizado resultados sólidos utilizando a EM no cuidado de seus pacientes. Em um ensaio clínico controlado que randomizou 545 pessoas com DM2 de alto risco, para cuidados habituais e cuidados adicionais por enfermeiros treinados em EM,

com seguimento de 2 anos de acompanhamento, foram observadas melhorias estatisticamente significativas em relação à PAS, aos sintomas de depressão e à redução do sofrimento relacionado ao diabetes (GABBAY *et al.*, 2013).

Em outro ensaio com desenho semelhante, a EM apresentou efeitos positivos nos níveis de autocuidado, medidos pela escala DSME – *Diabetes Self-Management Instrument*, níveis de auto-eficácia, medidos também por escala específica em DM – *Diabetes Management Self Efficacy Scale* (C-DMSES) de qualidade de vida e de HbA1c entre os participantes, após seguimento de 3 meses. Em contrapartida a Gabbay *et al.* (2013), isso não foi evidenciado em relação à depressão, ansiedade e estresse relacionados ao tratamento (CHEN *et al.*, 2012).

Em pesquisa que comparou a EM com a terapia cognitivo comportamental, os níveis de HbA1c foram significativamente menores no grupo que recebeu sessões intensivas de EM (CHRISTIE; CHANNON, 2014). Médias semelhantes confirmam-se em metanálise avaliando o efeito da EM nos níveis de HbA1c, com diminuição significativa de 0,66% e 0,44% após 3 e 6 meses, respectivamente, em comparação aos tratamentos convencionais ($p < 0,01$) (SONG; XU; SUN, 2014).

Esses dados tornam-se particularmente relevantes diante da recomendação de ações já consolidadas no tratamento do DM como o uso de medicamentos antidiabéticos orais, capazes de reduzir de 0,5 a 1,5% a HbA1c, e de programas de educação para o autocuidado, com 0,6% (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2020).

Qualitativamente, as percepções das pessoas com DM acerca desta modalidade de prestação de cuidado também se demonstram positivas, destacando-se o caráter sem julgamento, a capacidade de escuta e de resposta, o incentivo, empoderamento e o relacionamento de parceria com o profissional. Ademais, os usuários apontaram os cuidados padrão em grande parte como negativos, com relato de

sentimentos como resistência, culpa e vergonha, gerando absenteísmo e descontinuidade do tratamento (DELLASEGA; AÑEL-TIANGCO; GABBAY, 2012).

PERSPECTIVAS PARA USO DA EM NA APS

No contexto da APS, a EM parece ser vantajosa por ser uma intervenção de baixo custo, que pode ser aprendida igualmente por diferentes categorias profissionais e por funcionar independentemente da gravidade do problema de saúde, idade ou gênero (LUNDAHL; BURKE, 2009).

O treinamento mínimo de EM deve se concentrar em provocar “conversas sobre mudança” com os usuários (KEELEY *et al.*, 2018). Na APS, os formatos de treinamento incluem tempo de sala de aula combinado com sessões de reforço, *coaching* contínuo e/ou *feedback*, com relações de melhorias nas medidas de desfechos de comunicação por até 2,5 anos. Para isso, são indicados treinamentos de 20 horas ao longo de 1 ano e de 4 a 8 horas nos anos seguintes, anualmente, para sustentar ou aumentar as habilidades e competências em EM dos profissionais (KEELEY *et al.*, 2018). Níveis mais elevados de treinamento podem ser mais eficazes para obter efeitos de intervenções mais fortes, embora treinamentos mais intensivos podem não ser viáveis na rotina dos serviços (CHRISTIE; CHANNON, 2014; KEELEY *et al.*, 2018).

Quanto ao tempo de duração das sessões, a EM foi considerada eficaz em apenas uma sessão de 15 a 60 minutos com um indivíduo com treinamento mínimo em EM. No entanto, existe um efeito de dose, de modo que mais sessões tendem a produzir mais mudanças comportamentais e gerarem efeitos mais duradouros (LUNDAHL; BURKE, 2009; VANBUSKIRK; WETHERELL, 2014). A EM é eficaz em consultas individuais presenciais ou quando entregue totalmente ou em caráter complementar por contatos telefônicos (LUNDAHL; BURKE, 2009; CHRISTIE; CHANNON, 2014; VANBUSKIRK; WETHERELL, 2014).

LACUNAS DE CONHECIMENTO

Existem lacunas de conhecimento que persistem ao longo dos anos para uma melhor compreensão da aplicabilidade e estímulo à disseminação da EM em ambientes de APS, mundialmente. As principais incluem a não mensuração ou relato de fidelidade dos métodos de entrega, a heterogeneidade desses métodos e o tempo de duração das sessões (CHRISTIE; CHANNON, 2014, 2014; KEELEY *et al.*, 2018).

Além disso, há recomendação para todas as pesquisas que envolvam mudança de comportamento em saúde de que se colete dados de integridade do tratamento ao longo dos estudos, bem como se utilizem mediadores que avaliem quais aspectos das abordagens implicam em melhores resultados para os usuários (CHRISTIE; CHANNON, 2014; KEELEY *et al.*, 2018). Para essa avaliação, a “Abordagem MacArthur” pode ser interessante, por propor um método analítico que permite identificar em quem, em que circunstâncias, por que e como os tratamentos têm efeitos diferentes em ensaios clínicos (KRAEMER, 2014; KEELEY *et al.*, 2018).

Por fim, no Brasil, a produção científica que avalia os efeitos da EM no manejo das doenças crônicas é muito restrita quando comparada ao crescente número de estudos internacionais. Sugere-se a necessidade de novas pesquisas na APS, envolvendo a discussão e aprimoramento do uso dessa abordagem na realidade brasileira (ANDRETTA *et al.*, 2014; STEFFEN, 2019).

CONCLUSÃO

Na atenção às doenças crônicas, percebe-se que, apesar da importância das habilidades de comunicação, estas ainda são trabalhadas de forma insuficiente na formação e prática dos profissionais de saúde. A Entrevista Motivacional apresenta-se como uma abordagem que pode qualificar a atuação dos profissionais, mostrando ser efetiva, muitas vezes de forma superior às metodologias tradicionais para

a promoção da adesão e controle da Hipertensão Arterial e Diabetes *Mellitus*. Todavia, mais estudos primários com rigor e qualidade metodológica precisam ser realizados para embasar a consolidação e disseminação da EM na APS, com perspectivas promissoras para a prática clínica no Sistema Único de Saúde brasileiro.

REFERÊNCIAS

ALIOTTA, S.; VLASNIK, J.; DELOR, B. *Enhancing adherence to long-term medical therapy: A new approach to assessing and treating patients*. *Advances in Therapy*, v. 21, p. 214-31, 2004.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of medical care in Diabetes – 2020. *The journal of clinical and applied research and education Diabetes care*, v. 43, s. 1, jan. 2020.

ANDRETTA, I. *et al.* A entrevista motivacional no Brasil: uma revisão sistemática. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, v. 22, n. 2, p. 15-21, jul./dez. 2014.

BOING, A. F. *et al.* Redução das internações por condições sensíveis à atenção primária no Brasil entre 1998-2009. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 359-66, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica*. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 162 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. *Síntese de evidências para políticas de saúde: adesão ao tratamento medicamentoso por pacientes portadores de doenças crônicas*. Brasília: Ministério da Saúde; EVIPNet Brasil, 2016. 52 p.

BRUG, J., *et al.* Training Dietitians in Basic Motivational Interviewing Skills Results in Changes in Their Counseling Style and in Lower Saturated Fat Intakes in Their Patients. *J Nutr Educ Behav*, v. 39, p. 8-12, 2007.

CEDILLO, I. G.; ANTÚNEZ, B. V. M. Eficacia de la entrevista motivacional para promover la adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. **Universitas Psychologica**, Bogotá, v. 14, n. 2, p. 511-22, 2013.

CHEN, S. M. *et al.* Effects of motivational interviewing intervention on self-management, psychological and glycemic outcomes in type 2 diabetes: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, n. 49, p. 637-44, ago. 2012.

CHRISTIE, D.; CHANNON, S. The potential for motivational interviewing to improve outcomes in the management of diabetes and obesity in paediatric and adult populations: a clinical review. *Diabetes Obes Metab*, v. 16, n.5, p.381-7, 2014.

DELLASEGA, C.; AÑEL-TIANGCO, R. M.; GABBAY, R. A. How patients with type 2 diabetes mellitus respond to motivational interviewing. *Diabetes Research and Clinical Practice*, v. 95, p. 37-41, 2012.

DICKINSON, J.K. *et al.* The Use of Language in Diabetes Care and Education. *Diabetes Care* 2017 Out; dc1170041.<https://doi.org/10.2337/dc117-0041>

EKONG, G.; KAVOOKJIAN, J. Motivational interviewing and outcomes in adults with type 2 diabetes: A systematic review. *Patient Education Counselling*, 2015. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2015.11.022>

FISHER, L. *et al.* A practical framework for encouraging and supporting positive behaviour change in diabetes. *Diabet Med* 2017 Dec; 34(12): 1658–1666.

FLÓREZ- ALÁRCÓN, L. F.; CARRANZA, W. A. La entrevista motivacional como herramienta para el fomento de cambios en el estilo de vida de personas con enfermedades crónicas no transmisibles. *Avances en Psicología Latinoamericana*, Bogotá, v. 25, n. 002, p. 63-82, jul./dez. 2007.

GABBAY, R. A. *et al.* Diabetes nurse case management and motivational interviewing for change (DYNAMIC): Results of a 2-year randomized controlled pragmatic trial. *Journal of Diabetes*, v. 5, p. 349-57, 2013.

GANDIN, T. O. *et al.* Efeito da entrevista motivacional como estratégia de enfermagem na redução da pressão arterial em pacientes hipertensos: desenho metodológico. In: Congresso da Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio Grande do Sul, 2014, Gramado- RS. *Anais em Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, São Paulo, 2014.

GBD 2019 RISK FACTORS COLLABORATORS. Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*, v. 396, p. 1223–49, 2020.

GREAVES, C.J., *et al.* Motivational interviewing for modifying diabetes risk: a randomised controlled trial. *British Journal of General Practice*, 2008.

HEDEGAARD, U. *et al.* Improving Medication Adherence in Patients with Hypertension: A Randomized Trial. *The American Journal of Medicine*, v. 128, n. 12, p. 1351-61, ago. 2015.

KEELEY, R.D., *et al.* Motivational interviewing improves depression outcome in primary care: A cluster randomized trial. *J Consult Clin Psychol*, v. 84, n.11. p. 993-1007, 2016. doi: 10.1037/ccp0000124.

KEELEY, R., *et al.* Toward an Emerging Role for Motivational Interviewing in Primary Care. *Curr Psychiatry Rep*, v. 20, n. 41, 2018. <https://doi.org/10.1007/s11920-018-0901-3>

KRAEMER, H.C.A. Mediator effect size in randomized clinical trials. *Int J Methods Psychiatr Res*, v.18, n. 10, 2014.

LINDSON, N. *et al.* Motivational interviewing for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, v.7, 2019. DOI:10.1002/14651858.CD006936.pub4.

LUNDAHL, B. W.; BURKE, B. L. The effectiveness and Applicability of Motivational Interviewing: A Practice-Friendly Review of Four Meta-Analyses. *Journal of Clinical Psychology*, v. 65, n. 11, p. 1232-45, 2009.

LUNDAHL, B. W. *et al.* A meta-analysis of motivational interviewing: twenty-five years of empirical studies. *Research on Social Work Practice*, v. 20, n. 2, p. 137-60, 2010.

MA, C. *et al.* Evaluation of the effect of Motivational Interviewing counselling on hypertension care. *Patient Education and Counseling*, v. 95, p. 231-7, 2014.

MILLER, W.R.; ROLLNICK S. *Motivational interviewing: helping people change*. 3rd ed. New York: Guilford Press, 2013.

MOURA, D. J. M. *et al.* Cuidado de enfermagem ao cliente com hipertensão: uma revisão bibliográfica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Associação Brasileira de Enfermagem, Brasília – Brasil, v. 64, n. 4, jul./ago. 2011.

OGEDEGBE, G., *et al.* A Practice-Based Trial of Motivational Interviewing and Adherence in Hypertensive African Americans. *American Journal of Hypertension*, v. 21, n.10, p. 1137-1143, 2008.

PRÉCOMA, D. B. *et al.* Atualização da Diretriz de Prevenção Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia – 2019. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 113, n. 4, p. 787-891, 2019. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/portal/abc/portugues/aop/2019/aop-diretriz-prevencao-cardiovascular-portugues.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2020.

REN, Y. *et al.* Therapeutic effects of Motivational Interviewing on blood pressure control: A meta-analysis of randomised controlled trials. *International Journal of Cardiology*, abr. 2014. Disponível em: dx.doi.org/10.1016/j.ijcard.2014.01.051.

ROLES, S.; SMITH, H. It is unclear if combined motivational interviewing and cognitive behavioural therapy improve medication adherence. *Evidence Based Nursing*, v.4,. 2016. doi: 10.1136/eb-2016-102370.

ROLLNICK, S.; MILLER, W. R.; BUTLER, C. C. *Entrevista motivacional no cuidado da saúde: Ajudando pacientes a mudar o comportamento*. Porto Alegre: Artmed, 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. *Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes* (2019-2020). São Paulo: Clannad, 2019.

SONG, D.; XU, T.-Z.; SUN, Q.-H. Effect of motivational interviewing on selfmanagement in patients with type 2 diabetes mellitus: A meta-analysis. *International Journal of Nursing Sciences*, 2014.

SPEIGHT, J.; CONN, J.; DUNNING T., SKINNER, T.C. Diabetes Australia position statement. A new language for diabetes: improving communications with and about people with diabetes. *Diabetes Resesearch of Clinical Practice* , v. 97, p.425–431, 2012.

SPOELSTRA, S. L, *et al.* Interventions combining motivational interviewing and cognitive behaviour to promote medication adherence: a literature review. *Journal of Clinical Nursing*, v.24, p. 1163–73, 2015.

STEFFEN, P.L.S. *A consulta de Enfermagem baseada na Entrevista Motivacional como estratégia para o controle da diabetes mellitus tipo 2 e hipertensão arterial na Atenção Primária à Saúde: um ensaio clínico randomizado*. Dissertação de Mestrado em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS. Gerência de Ensino e Pesquisa. Grupo Hospitalar Conceição. Set 2019.

STEINBERG, M.P.; MILLER, W.R. Applications of motivational interviewing. *Motivational interviewing in diabetes care*. Guilford Press. 2015.

TORRES, L.A.P, *et al.* Eficacia de la entrevista motivacional para reducir errores de medicación en pacientes crónicos polimedicados mayores de 65 años: resultados de un ensayo clínico aleatorizado por cluster. *Med Clin* (Barcelona), 2013. [http:// dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2013.07.032](http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2013.07.032)

VANBUSKIRK, K. A.; WETHERELL, J. L. Motivational Interviewing Used in Primary Care A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of Behavioral Medicine*, San Diego, v. 37, n. 4, p. 768-80, aug. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Enhancing nursing and midwifery capacity to contribute to the prevention, treatment and management of noncommunicable diseases*. Geneva: World Health Organization, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *World health statistics 2018: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. Geneva: World Health Organization, 2018. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

ACOMPANHAMENTO FISIOTERAPÊUTICO DE GESTANTES DURANTE A FASE ATIVA DE PARTO NORMAL: ORIENTAÇÕES PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE E PARTURIENTES

Samanta Pezzi Gomes de Assis¹⁶
Daniel Demétrio Faustino da Silva¹⁷

RESUMO

O controle da dor no trabalho de parto e no parto, assim como a prevenção do sofrimento são alguns dos objetivos da equipe obstétrica, a qual deve trabalhar para garantir à mulher um parto seguro e satisfatório. Há diversos recursos que podem ser utilizados pelo fisioterapeuta enquanto membro da equipe obstétrica para proporcionar confiança, conforto e alívio da dor à parturiente durante o trabalho de parto. O suporte fisioterapêutico pode incluir a orientação de banhos, massagens, técnicas respiratórias, deambulação, e posições verticais entre outras. Desde o final da década de 1990 e início do ano 2000 ocorrem esforços mundiais pela reintrodução da liberdade corporal durante o trabalho de parto, no intuito de favorecer o parto via vaginal. No Brasil, o programa de humanização do parto e nascimento lançado em 2000 pelo Ministério da Saúde vem tentando recuperar a participação mais ativa da gestante de baixo risco durante o processo de parturição, buscando implementar condutas baseadas em evidências científicas, incentivos ao parto vaginal, assistência menos tecnocrática e intervencionista. O objetivo deste artigo foi promover uma discussão das práticas assistenciais no parto incluindo o fisioterapeuta na equipe que acompanha a parturiente. O trabalho foi realizado a partir de revisão da literatura científica sobre o tema e construção de guias direcionados às usuárias e aos profissionais das equipes de centros obstétricos. Os resultados mostram que o fisioterapeuta pode auxiliar na indicação das posturas que trarão alívio da dor visando o conforto materno, assim como na orientação da equipe assistencial. Foram propostos os seguintes materiais de apoio: cartilha à usuária, visando informar às gestantes as posturas que podem adotar durante o trabalho de parto, e orientações aos profissionais que atendem as gestantes, visando disseminar conteúdo e fomentar a discussão sobre as rotinas de atendimento.

Palavras-chave: fisioterapia; gravidez; trabalho de parto; relaxamento; serviço hospitalar de fisioterapia.

16 Fisioterapeuta, Mestre, Grupo Hospitalar Conceição (GHC) – Hospital Fêmina, Porto Alegre/RS, samantapezzigomes@gmail.com – turma 2018

17 Odontólogo, Doutor, Professor do Programa de Pós-graduação em Avaliação de Tecnologias para o SUS, Grupo Hospitalar Conceição (GHC), Porto Alegre-RS, ddemetrio@gmail.com

INTRODUÇÃO

De acordo com a OMS (2018), cerca de 140 milhões de nascimentos acontecem todos os anos no mundo inteiro. A maioria ocorre sem complicações para as mulheres e seus bebês. No entanto, segundo o Ministério da Saúde Brasileiro (2016) em algumas maternidades podemos observar o aumento do uso de intervenções que deveriam ser utilizadas apenas para evitar riscos ou tratar complicações, como a infusão de ocitocina para acelerar o parto normal ou a cesariana. O pré-natal, o parto, e o pós-parto humanizados, com base na assistência integral e preventiva, bem como associados ao conhecimento de indicadores monitorados pela equipe multiprofissional, são fundamentais para a determinação da sobrevivência da mãe e do recém-nascido segundo a Diretriz Nacional de Assistência ao Parto (2017). No Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) 2000 o objetivo é reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, procurando facilitar o acesso e a qualidade do acompanhamento no pré-natal, na assistência ao parto e no puerpério.

Para uma abordagem eficaz e transformadora precisamos de um processo educativo permanente e humanizado, que seja fundamentado em evidências, permitindo um ambiente de crescimento científico e participativo de toda a equipe. Conhecer os mecanismos de adaptações fisiológicas do organismo materno durante a gestação é uma estratégia muito importante para o cuidado longitudinal obstétrico e neonatal (BARACHO, 2018). No atendimento à grávida, devemos dirigir nossa atenção para prepará-la visando mais tranquilidade para o momento do parto, prevenindo possíveis complicações, valorizando a participação da mulher no processo, promovendo assim um momento mais humanizado. A atuação da fisioterapia visa auxiliar no alívio da dor utilizando recursos não farmacológicos, suporte físico e posicionamento para a gestante (ARGENTÃO, 2011).

No Brasil, como em outros países, as recomendações da OMS por vezes não são colocadas em prática. É o caso de condutas que deveriam ser estimuladas durante o parto, como a presença de acom-

panhante, monitoramento do bem-estar físico e emocional da mulher, oferta de líquidos, uso de técnicas não invasivas para alívio da dor (como massagem, banho e relaxamento) e liberdade de posição no parto, com o encorajamento de posturas verticais (OMS, 2018). As informações existentes na literatura científica demonstram que a fisioterapia aplicada à saúde da mulher, especialmente na obstetrícia, atuam no preparo da musculatura do assoalho pélvico para o trabalho de parto, no alívio da dor, no suporte contínuo à parturiente, na mobilidade materna, no incentivo para a deambulação, com exercícios respiratórios, massoterapia, bola suíça, banho de imersão e de chuveiro, técnicas de relaxamento, dentre outros, promovem benefícios tanto para a parturiente quanto para a instituição (HODNETT, 2013; GALLO, 2011).

A OMS (2018) desenvolveu uma classificação das práticas comuns na condução do parto normal que foram baseadas em pesquisas com evidências científicas por todo o mundo, obtendo assim um alto índice de recomendação. Dentre elas destacamos: os métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor, como massagem e técnicas de relaxamento; liberdade de posição e movimento; e estímulo a posições não supinas todos realizados e incentivados durante o trabalho de parto. No Brasil e no contexto do SUS, existem poucos estudos avaliando intervenções nessa população que sejam metodologicamente bem delineados e que apresentem os resultados de maneira clara e objetiva, fazendo-se necessário pesquisar e avaliar mais este tema.

O objetivo deste artigo foi promover uma discussão das práticas assistenciais no parto incluindo o fisioterapeuta na equipe que acompanha a parturiente, uma vez que este profissional pode auxiliar na indicação das posturas que trarão um alívio da dor visando o conforto materno, assim como na orientação da equipe. Para tanto, foi realizada uma revisão da literatura científica sobre o tema, bem como a elaboração de guias: um para auxiliar os profissionais atuantes em centros obstétricos e outro voltado às gestantes em trabalho de parto.

Os guias estão disponíveis nos ANEXOS I e II deste artigo. Os materiais são ilustrativos e contêm informações sobre cada fase do parto.

ASPECTOS CONCEITUAIS

O PARTO NO BRASIL

Anualmente ocorrem cerca de 3 milhões de nascimentos no Brasil, a grande maioria em estabelecimentos hospitalares (cerca de 98%), tanto públicos como privados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017). Consolidado em nosso meio, o nascimento no ambiente hospitalar se caracteriza pela adoção de várias tecnologias e procedimentos, com o objetivo de torná-lo mais seguro para a gestante e seu bebê. Os avanços nessa área contribuíram com a melhoria dos indicadores de morbidade e mortalidade materna e perinatais em todo o mundo. No entanto, as mulheres e os recém-nascidos são expostos a altas taxas de intervenções, como a episiotomia, o uso de ocitocina e a cesariana, entre outras (OMS, 2018; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016). Tais intervenções deveriam ser utilizadas em situações exclusivamente específicas, e não de maneira sistemática, visto que, quando utilizadas em ampla escala, essas intervenções deixam de considerar os aspectos emocionais, humanos e culturais envolvidos no processo. Uma gestante em atendimento clínico também busca compreensão de uma forma mais abrangente de sua situação, pois a gravidez e o parto são momentos únicos e carregados de fortes emoções. A experiência vivida por ela e seus familiares pode acarretar marcas profundas, positivas ou negativas, para o resto das suas vidas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016; ARGENTÃO, 2011).

O governo brasileiro instituiu a Rede Cegonha no âmbito do SUS em 2011, com o intuito de assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis. Esse projeto propõe a implementação de um novo modelo de atenção à saúde da mu-

lher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, assim como ao nascimento, crescimento e desenvolvimento da criança de zero a vinte e quatro meses.

Vários aspectos do cuidado com a gestante para a realização do parto estão descritos na Diretriz Nacional de Assistência ao Parto (2017). Dentre elas está o acesso a métodos de alívio da dor, incluindo os não farmacológicos (banheira, chuveiro, massagens etc.), que preferencialmente devem ser oferecidos à mulher antes da utilização dos métodos farmacológicos. Está a disposição também à analgesia regional e outras substâncias analgésicas.

É importante facilitar o acesso às informações baseadas em evidências e a inclusão da opinião da mulher na tomada de decisões. Para contemplar esse aspecto, os profissionais que as atendem devem estabelecer uma relação de confiança com ela, perguntando sobre seus desejos e expectativas. O apoio continuado prestado pela equipe de saúde às parturientes diminui a necessidade de medicações analgésicas, as taxas de cesarianas, e os Índices de Apgar <7 no quinto minuto. Da mesma forma, a presença de um(a) acompanhante junto à mulher produz melhor satisfação quanto ao parto e maior taxa de lactação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016; BARACHO, 2018; ARGENTÃO 2011).

O uso dos métodos não farmacológicos para o alívio da dor, como: técnicas de relaxamento muscular, de respiração, massagens na região lombossacra e as duchas ou imersão na água morna, assim como, as trocas de postura buscando posições maternas mais confortáveis, como: a posição de cócoras, o decúbito lateral ou a posição de quatro apoios, devem ser incentivados por toda a equipe que assiste às parturientes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016 E 2017; BARACHO, 2018).

ALTERAÇÕES GRAVÍDICAS

A gravidez gera profundas modificações anatômicas, fisiológicas e biomecânicas para suportar o desenvolvimento e o crescimen-

to fetal. As adaptações do organismo materno iniciam-se logo após a fertilização e continuam ao longo da gravidez. Podem ser locais quando acometem os órgãos e estruturas específicas, como: útero, ovários, vulva, vagina e mamas e sistêmicas, quando envolvem o sistema tegumentar, circulatório, respiratório, urinário, entre outros (FREITAS, 2011).

Para uma assistência humanizada é fundamental que o preparo para o trabalho de parto se inicie já durante o pré-natal, porém muitas mulheres não recebem esse tipo de preparação durante a gestação, que incluem orientações de medidas educativas e de redução da ansiedade e dor (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016; ARGENTÃO, 2011). Fisioterapeutas e toda equipe que presta assistência durante o trabalho de parto devem incentivar a adoção de posturas mais confortáveis para a gestante, a fim de minimizar o estresse desse momento e fortalecer a autonomia feminina (BARACHO, 2018; ARGENTÃO, 2011).

O trabalho de parto pode ser dividido em quatro fases: a primeira denominada a fase de dilatação cervical; a segunda, ou fase de expulsão fetal; a terceira, ou fase de secundamento e/ou dequitação placentária; e a quarta, que corresponde ao momento imediato da saída da placenta. No prontuário da gestante encontra-se a ficha de acompanhamento do parto, assim como os registros de frequência cardíaca fetal, a dinâmica uterina, as condições da bolsa e do líquido amniótico, o uso e a dosagem dos medicamentos. Essas informações, além de indicar para a equipe como se encontra a paciente, também norteiam as condutas a serem adotadas (FREITAS, 2011).

DOR E MANEJO DO TRABALHO DE PARTO

O controle da dor envolve medidas farmacológicas e não farmacológicas. Nesta categoria podemos citar a massagem local, que pode ser aplicada pelo profissional habilitado ou acompanhante da parturiente, liberando opióides endógenos, como endorfina. Seu efei-

to analgésico pode ser explicado pela Teoria das Comportas, qual seja: a estimulação dos receptores táteis periféricos ativa axônios mielinizados, de grosso calibre, inibindo a transmissão de estímulos dolorosos pelas células T, na medula espinal, além de diminuir a frequência cardíaca e a pressão arterial, reduzir os níveis de cortisol e aumentar o fluxo sanguíneo em várias regiões do cérebro responsáveis pela regulação do estresse (BARACHO, 2018; GALLO, 2011; LAWRENCE, 2013). Uma revisão nos mostra que em dois estudos há evidência da redução nos escores de dor em favor da massagem no segundo e terceiro estágios do trabalho de parto (SMITH, 2012).

De acordo com a literatura, as posições maternas que mais contribuem para melhorar a contratilidade uterina são as verticais, pois proporcionam um aumento dos diâmetros pélvicos e do ponto de vista gravitacional, porque promovem uma retificação do canal de parto e alinhamento do feto, auxiliando os puxos expulsivos maternos e o desprendimento fetal (SMITH, 2012; GUPTA, 2017). Quando a parturiente optar por posições horizontais, a mais recomendável é a de decúbito lateral esquerdo, pois facilitará um melhor fluxo de sangue e oxigênio uteroplacentário. Em contrapartida, a posição de decúbito dorsal por tempo prolongado pode diminuir o ritmo das contrações uterinas, alterar o retorno venoso e interferir na saturação de oxigênio fetal pela compressão das veias importantes, como a veia cava inferior, pelo útero gravídico; portanto, requer parcimônia e monitoramento dos sinais da parturiente (BARACHO, 2018; LAWRENCE, 2013).

FISIOTERAPIA OBSTÉTRICA

A fisioterapia no atendimento à gestante tem como função conscientizá-la sobre as mudanças físicas que ocorrem durante a gestação até o puerpério, atuando para minimizar o estresse, favorecendo a percepção corporal, orientando sobre o posicionamento adequado no momento do parto, assim como a respiração lenta para um rela-

xamento efetivo. Proporcionar a liberdade de movimentos, com base no conhecimento da biomecânica e da mobilidade pélvica, promove autonomia e confiança, além de gerar conforto e bem-estar para a parturiente e que, consequentemente, podem reduzir as intervenções medicamentosas para alívio de dor, o tempo do trabalho de parto ativo e aumentar a taxa de partos espontâneos (ARGENTÃO, 2011; GALLO, 2011; SIMARRO, 2017).

O profissional fisioterapeuta tem como função proporcionar suporte físico e psicológico durante o processo de trabalho de parto, minimizando as possíveis dores e promovendo o fortalecimento e alongamento da musculatura do assoalho pélvico (BARACHO, 2018). Essa orientação facilitará o entendimento e a consciência corporal, além de poder sanar dúvidas referentes ao processo de parturição, favorecendo seu desfecho. O acompanhamento com o fisioterapeuta pode ser iniciado nas primeiras semanas da gestação, o que facilita o fortalecimento do vínculo e a consciência corporal por parte da gestante sobre a compreensão das musculaturas do assoalho pélvico, assim como o controle e relaxamento desta estrutura tão fundamental para o parto (GALLO, 2011; FREITAS, 2017).

Para aumentar a tolerância ao trabalho de parto, podemos fazer uso dos métodos não farmacológicos, em que o fisioterapeuta pode acompanhar as parturientes e incentivar a equipe no manejo acerca das posturas que podem ser adotadas em cada fase (BARACHO, 2018), trazendo alívio da dor e tolerância ao processo de dilatação progressiva do colo uterino. Isto irá facilitar o período expulsivo, além de fornecer orientações quanto à respiração e aos posicionamentos (ARGENTÃO, 2011). A base será principalmente o conhecimento da biomecânica para o reconhecimento do próprio corpo e das posições que vão favorecer os momentos específicos do trabalho de parto e parto, sempre respeitando a vontade da parturiente, seus limites e realizando uma escuta atenta a sua fala (GALLO, 2011; LEMOS, 2014).

Na fase de insinuação do polo cefálico fetal, as posturas verticais e a mobilidade da parturiente podem ser orientadas no sentido

de ampliar os diâmetros do estreito superior da pelve, por meio de pequenos movimentos das articulações lombos- sacra, sacro-íliacas, coxo-femorais e sínfise púbica. Nessa fase, o promontório sacral da parturiente encontra-se para trás, e o movimento que podemos realizar com a gestante deve contemplar a retroversão pélvica, extensão de quadril e a adução (por exemplo, sentada na bola, pode-se pedir para realizar a retroversão pélvica, em pés com os braços apoiados na maca ou na parede pode-se pedir que a gestante realize o apoio do tronco sobre os braços, mantendo as pernas afastadas) (BARRACHO, 2018; BIO, 2006).

No Plano zero De Lee, é preciso aumentar o espaço no estreito médio, as posturas assimétricas de quadril devem ser contempladas, e podem incluir as verticalizadas (por exemplo, caminhadas, posição de quatro apoios, deitada em decúbito lateral com um travesseiro apoiando a perna de cima, e a outra perna para frente) (BARRACHO, 2018; BIO, 2006). Na fase de descida e rotação fetal pelo estreito médio até atingir o estreito inferior da bacia, as parturientes podem ser orientadas a realizar movimentos na posição vertical, visando aumentar o espaço sacro-púbico, ampliar o diâmetro biciático, afastar os ísquios e ampliar o diâmetro biisquiático, liberar a flexão do cóccix e gerar elasticidade no períneo. As posturas que geram anteversão pélvica, flexão de quadril e abdução estão indicadas (posição de cócoras fazendo a rotação interna dos quadris, e sentada na banqueta, por exemplo) (BARRACHO, 2018; BIO, 2006). Nos casos de membranas rotas, a deambulação somente deve ser recomendada quando o polo cefálico se encontrar completamente apoiado na bacia materna, ou seja, no plano zero De Lee, para evitar prolapso do cordão umbilical (BIO, 2006).

Quando a mulher desejar adotar posições horizontais, deve-se evitar o decúbito dorsal, que pode diminuir o ritmo das contrações uterinas, alterar o retorno venoso e interferir na saturação de oxigênio fetal pela compressão de veias importantes, como a veia cava inferior, pelo útero gravídico (LAWRENCE, 2013). O decúbito lateral

esquerdo facilita melhor fluxo de sangue e oxigênio uteroplacentário. Em síntese, a mulher poderá adotar posições variadas, desde que sejam respeitados seus limites e garantidas boas condições fetais (BARRACHO, 2018; BIO, 2006). As mulheres em trabalho de parto de baixo risco devem ser informadas sobre os benefícios das posições verticais, incentivadas e auxiliadas a assumir as posições que escolherem (LAWRENCE, 2013).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este projeto foi desenvolvido na lógica do Mestrado Profissional onde os produtos técnicos foram elaborados no intuito de qualificar a atenção fisioterapêutica no SUS. A fim de embasar os profissionais e as usuárias que utilizam a rede de saúde materno-infantil foram preparados e apresentados neste livro: a Cartilha à Usuária visando informar às gestantes sobre as posturas que podem ser adotadas durante o trabalho de parto; e Orientações aos Profissionais que atendem as gestantes visando disseminar conteúdo e fomentar a discussão sobre as rotinas de atendimento.

Os produtos apresentados poderão ser utilizados pelos profissionais nas maternidades e pelas usuárias durante o pré-natal, proporcionando uma discussão por parte da equipe na abordagem desta população.

REFERÊNCIAS

- Organização Mundial da Saúde. OPAS/OMS Brasil [Internet]. Available from: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>
- Ministério da Saúde. Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias No SUS. 2016; único, 1- 381. http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes Nac. de Assist. Parto normal [Internet]. 2017. p. 51. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 569, DE 1º DE JUNHO DE 2000 [Internet]. 2000. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html
- Baracho E. Fisioterapia aplicada à saúde da mulher. 6ª edição. Rio de Janeiro, editor. Guanabara Koogan; 2018. 1–753 p.
- Argentão L, Pamela L, Oliveira C, Santos D, Atahide T, Matcumoto S, *et al.* Intervenção Fisioterapêutica No Preparo E Durante O Parto Natural. 2011; Available from: http://www.fef.br/upload_arquivos/geral/arq_594064eb13155.pdf
- Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;2013(7).
- Gallo BS, Santana LS, Marcolin AC, Ferreira CHJ, Duarte G, Quintana SM. Recursos não-farmacológicos no trabalho de parto : protocolo assistencial. *Femina.* 2011;39(1):41–8.
- Brasil. Ministério da Saúde. Rede Cegonha [Internet]. 2011. Available from: http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php?conteudo=rede_cegonha
- Freitas F, Martins-Costa S, Ramos JG, Magalhães JA, *et al.* Rotinas em obstetrícia. 6 a ed. Porto Alegre: Artmed; 2011. 1–893 p.
- Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr G, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013; (8): CD003934. DOI: 10.1002/14651858.CD003934.pub3.

Smith CA, Levett KM, Collins CT, Jones L, C.A. S, K.M. L, *et al.* Massage, reflexology and other manual methods for pain management in labour. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2012;2(3):CD009290. Available from: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009290.pub3/epdf/full>

Gupta J, Sood A, Hofmeyr G, Vogel J. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. Cochrane Database of Syst Rev. 2017; (5). Art. No.: CD002006. DOI: 10.1002/14651858.CD002006.pub4.

Simarro M, Espinosa J, Salinas C, Ojea R, Salvadores P, Walker C, *et al.* A Prospective Randomized Trial of Postural Changes vs Passive Supine Lying during the Second Stage of Labor under Epidural Analgesia. Med Sci. 2017 Mar 8;5(1):5

Freitas A da S, Lima V da S, Sousa JN de, *et al.* Atuação da Fisioterapia no parto humanizado. DêCiência em foco [Internet]. 2017;1(1):18–29.

Lemos A. Fisioterapia Obstétrica baseada em evidências. 1ª ed. Rio de Janeiro: MedBook; 2014.

Bio E, Bittar RE, Zugaib M. Influência da mobilidade materna na duração da fase ativa do trabalho de parto. Rev Bras Ginecol e Obstet. 2006;28(11):671–9.

ANEXO I

GUIA DE PREPARAÇÃO PARA AS GESTANTES EM TRABALHO DE PARTO

Esse guia visa informar as parturientes sobre as posturas mais indicadas para essa fase de trabalho de parto ativo.

O parto é um momento esperado e único! Por mais que você já o tenha vivenciado, ele será diferente, talvez possa ser parecido, mas nunca será igual. Por isso, esteja focada em você, nas suas sensações, na sua respiração, na sua postura, você vai precisar guardar energia para as fases seguintes.

As contrações uterinas anunciam a chegada do trabalho de parto, porém elas iniciam de forma não ritmada, espaçadas e fracas. Com o passar do tempo elas se tornam mais vigorosas, ritmadas e fortes. O trabalho de parto ativo se inicia quando as contrações estiverem mais fortes e a dilatação for acompanhando. Essa dilatação pode variar de 1 a 10 cm e isso pode ocorrer num período médio de 6 a 16 horas até que você tenha atingido a dilatação máxima, ou seja, até que o seu canal vaginal esteja distendido para a passagem do seu bebê.

As posturas devem variar nesse período. Você pode caminhar, sentar na bola, tomar um banho de chuveiro, realizar agachamentos tudo isso visando a descida do bebê na sua pelve em direção ao canal vaginal. Recomenda-se a permanência em posturas verticalizadas, ou seja, deve-se evitar permanecer muito tempo deitada exceto para descansar entre uma contração e outra e até mesmo entre uma postura e outra. Se precisar ficar deitada, recomenda-se deitar de lado, respeitando o seu corpo e permanecendo numa postura confortável.

Estudos afirmam que a participação da mulher, realizando exercícios de respiração, de caminhadas, e de relaxamento encurtam o período de trabalho de parto e trazem maior satisfação e bem-estar para as gestantes. É isso que queremos que você sinta! Invista na sua respiração e nas posturas verticalizadas, tais como: sentar na bola

movimentando a pelve, caminhar para estimular a descida do bebê na pelve, agachamento afastando os pés, e o banho de chuveiro para relaxar e focar em você mesma.

No início do trabalho de parto, você pode ficar em pé, sentada na bola ou numa cadeira com os braços cruzados apoiados na parede, ou na cama, mantendo seus pés afastados e jogando sua pelve para trás, ou seja, retificando a coluna lombar. Esse movimento com a cintura pélvica ajuda o seu bebê a descer pelo canal de parto. Em cada posição e fase do seu trabalho de parto, solicite ajuda caso tenha dúvidas.

Procure respirar livremente, de forma suave, pois os movimentos respiratórios que expandem o tórax e a região da sua barriga favorecem o relaxamento e trazem tranquilidade. Pense no seu bebê e que logo você o conhecerá!

Quando já estiver com contrações mais vigorosas e seu bebê já em descida pelo canal de parto, você pode experimentar as posições de quatro apoios, ficando de joelhos em cima da cama. Pode também variar e ficar deitada de lado com a perna em cima de um travesseiro. Se você estiver em pé, pode alternar o apoio dos mesmos numa escada, realizando movimentos de trás para frente com o quadril, permitindo que a pelve faça um balanço ou um desalinhamento.

Por fim, você pode realizar a posição de cócoras, o agachamento, afastando as pernas e levando a cintura pélvica para frente (para ficar mais fácil de você compreender você pode tentar manter o bumbum como se estivesse empinado).

Essas orientações quanto às posições pretendem facilitar o seu entendimento e deixá-la mais tranquila durante todo o processo. Verbalize o que você está sentindo, conte com a ajuda de seu acompanhante e/ou familiar, assim como de toda a equipe que lhe assiste.

Este guia foi elaborado como produto de mestrado profissional ATSUS da fisioterapeuta do Hospital Fêmina - Grupo Hospitalar Conceição. Ano 2020 Samanta Pezzi Gomes de Assis.

ANEXO II

GUIA DE ORIENTAÇÃO AOS PROFISSIONAIS NO ATENDIMENTO AS GESTANTES

A gestante será admitida na instituição quando estiver em trabalho de parto ativo com 4cm de dilatação e 3 contrações eficientes em 10 minutos. O trabalho de parto pode ocorrer num período médio de 8 a 16 horas. Está descrito na literatura que as gestantes que permaneceram mais ativas e em posições verticalizadas tiveram uma duração menor da fase ativa do trabalho de parto, menor duração do segundo estágio, menor ocorrência de partos instrumentais e cesarianas, e também menor ocorrência de episiotomia.

É papel de toda a equipe proporcionar um ambiente tranquilo, acolhedor, voltado para a excelência do cuidado. Logo, é importante que cada profissional possa aprimorar sua rotina diária visando melhorar a qualidade da assistência e assim atingir as metas preconizadas pelo Ministério da Saúde, e contribuindo para uma experiência positiva ao binômio mãe-bebê.

A fim de tornar o trabalho de parto mais tolerável, podemos fazer o uso dos métodos não farmacológicos, entre eles o fisioterapeuta acompanha as parturientes e incentiva a equipe no manejo acerca das posturas que podem ser adotadas em cada fase. Ao trazer alívio na dor e tolerância do processo de dilatação progressiva do colo uterino, o período expulsivo será facilitado, além de oferecer orientações quanto à respiração e aos posicionamentos, baseando-se principalmente no conhecimento da biomecânica para o reconhecimento do próprio corpo e das posições que vão favorecer os momentos específicos do trabalho de parto e parto.

Com o conhecimento da biomecânica da pelve, podemos direcionar e incentivar a gestante no posicionamento que lhe acomode melhor, sempre respeitando sua vontade, seus limites e realizando uma escuta atenta a sua fala. Dessa forma, ela se sentirá segura e terá confiança na equipe que lhe assiste.

É muito importante manter atualizada a evolução do trabalho de parto na ficha obstétrica da parturiente, pois baseando-se nesta progressão podemos orientar a gestante quanto aos posicionamentos mais favoráveis.

Na fase de insinuação do polo cefálico fetal, as posturas verticais e a mobilidade da parturiente podem ser orientadas no sentido de ampliar os diâmetros do estreito superior, por meio de pequenos movimentos das articulações lombo sacra, sacro-ilíacas, coxo-femorais e sínfise púbica. Nessa fase o promontório sacral da parturiente encontra-se para trás, e o movimento que podemos realizar com a gestante deve contemplar a retroversão pélvica, extensão de quadril e a adução (Por exemplo: sentada na bola pode-se pedir para realizar a retroversão pélvica, em pés com os braços apoiados na maca ou na parede pode-se pedir que a gestante realize o apoio do tronco sobre os braços, mantendo as pernas afastadas).

No plano zero De Lee é preciso aumentar o espaço no estreito médio, as posturas assimétricas de quadril devem ser contempladas, e podem incluir as verticalizadas (Por exemplo: caminhadas, posição de quatro apoios, deitada em decúbito lateral com um travesseiro apoiando a perna de cima, e a outra perna para frente).

Na fase de descida e rotação fetal pelo estreito médio até atingir o estreito inferior da bacia, as parturientes podem ser orientadas a realizar movimentos na posição vertical, visando aumentar espaço sacro-púbico, ampliar o diâmetro biciático, afastar os ísquios e ampliar o diâmetro biisquiático, liberar a flexão do cóccix e gerar elasticidade no períneo. As posturas que geram anteversão pélvica, flexão de quadril e abdução estão indicadas (posição de cócoras fazendo a rotação interna dos quadris, e sentada na banqueta, por exemplo).

Nos casos de membranas rotas, a deambulação somente deve ser recomendada quando o polo cefálico se encontrar completamente apoiado na bacia materna, ou seja, no plano zero De Lee, para evitar prolapso do cordão umbilical.

Quando a mulher desejar adotar posições horizontais, deve-se evitar a de decúbito dorsal, que pode diminuir o ritmo das contrações uterinas, alterar o retorno venoso e interferir na saturação de oxigênio fetal pela compressão de veias importantes, como a veia cava inferior, pelo útero gravídico. O decúbito lateral esquerdo facilita melhor fluxo de sangue e oxigênio uteroplacentário. Em síntese, a mulher poderá adotar posições variadas, desde que sejam respeitados seus limites e garantidas boas condições fetais.

Já está descrito na literatura que as gestantes que recebem a intervenção de um fisioterapeuta melhoram significativamente o resultado obstétrico obtendo menor ocorrência de partos instrumentais e cesarianas, menor duração do segundo estágio do trabalho de parto, e também menor ocorrência de episiotomia. Nosso intuito é contribuir também nessa área da saúde da mulher na atenção às gestantes. Cabe aos profissionais envolvidos neste processo repensarem suas práticas e no formato da equipe, para que o fisioterapeuta venha a ser incluído e possa contribuir nos desfechos positivos tanto para a instituição quanto para as famílias dessas parturientes.

Fica o meu agradecimento a toda equipe do centro obstétrico do Hospital Fêmina pela acolhida durante a realização desta pesquisa que oportunizou a elaboração deste guia. Que ele possa ser um meio de difundir a informação e fomentar a discussão.

Samanta Pezzi Gomes de Assis. Fisioterapeuta Hospital Fêmina.
PPG ATSUS / GHC Ano 2020.

REFERÊNCIAS

- Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes Nac. de Assist. Parto normal [Internet]. 2017. p. 51. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf
- Bio E, Bittar RE, Zugaib M. Influência da mobilidade materna na duração da fase ativa do trabalho de parto. *Rev Bras Ginecol e Obstet.* 2006;28(11):671–9.
- Simarro M, Espinosa J, Salinas C, Ojea R, Salvadores P, Walker C, *et al.* A Prospective Randomized Trial of Postural Changes vs Passive Supine Lying during the Second Stage of Labor under Epidural Analgesia. *Med Sci.* 2017 Mar 8;5(1):5.
- Baracho E. Fisioterapia aplicada à saúde da mulher. 6ª edição. Rio de Janeiro, editor. Guanabara. Koogan; 2018. 1–753 p.

PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DE FERIDAS VASCULOGÊNICAS EM MEMBROS INFERIORES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Raquel Farias Rozeno¹⁸
Daniel Demétrio Faustino da Silva¹⁹

RESUMO

O protocolo de atendimento ao usuário é uma tecnologia muito importante na prática do enfermeiro, considerado uma tecnologia leve-dura que traz a construção do conhecimento por meio de saberes estruturados (teorias, modelos de cuidado e cuidado de enfermagem). Assim, este trabalho teve como objetivo construir um protocolo de feridas no controle das lesões vasculogênicas para as equipes de Estratégia de Saúde da Família - ESF, em um município do interior do Rio Grande do Sul - RS. Para tanto uma revisão da literatura foi feita com o intuito de buscar as tecnologias de coberturas para curativos mais utilizadas na atualidade, que demonstrem efetividade no cuidado da lesão e com diminuição do tempo de tratamento. Com o protocolo pretende-se organizar o cuidado, possibilitando aos enfermeiros qualidade da assistência, bem como, melhora das feridas de membros inferiores dos pacientes no contexto da ESF e do SUS.

Palavras-chaves: protocolo para tratamento de feridas; lesões vasculogênicas; tecnologias para coberturas de curativos.

INTRODUÇÃO

Incorporar tecnologias que melhorem o cuidado em saúde tornou-se um grande desafio para gestores dos serviços públicos de saúde. As escolhas são difíceis devido à grande diversidade e à enorme expectativa que geram nos usuários. Nesse a Avaliação de Tecnologias em Saúde – ATS auxilia nas tomadas de decisões sobre a incorporação ou difusão de novas tecnologias. (BRASIL, 2009). No entanto, no que diz respeito ao atendimento integral, é imprescindível

18 Enfermeira, Mestre, Secretaria Municipal de Saúde, Santa Cruz do Sul/RS, quelrozeno@yahoo.com – Turma 2015

19 Odontólogo, Doutor, Professor do Programa de Pós-graduação em Avaliação de Tecnologias para o SUS, Grupo Hospitalar Conceição (GHC), Porto Alegre-RS, ddemetrio@gmail.com

mencionar que não há necessidade da oferta de todas as tecnologias existentes, sendo indispensável a avaliação dos possíveis riscos de procedimentos de indicação duvidosa e dos custos financeiros em saúde. É preciso identificar as necessidades reais do indivíduo, com avaliação criteriosa das tecnologias, elegendo prioridades e organizando seu acesso (HENRIQUES, 2009).

Assim, é importante que os gestores entendam a ATS como instrumento de investigação, de consequências clínicas, econômicas e sociais da utilização das tecnologias em saúde, equipamentos, medicamentos, normas, sistemas e protocolos que visam o atendimento em saúde (BRASIL, 2009). No Brasil a Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde – REBRATS, criada em 2011 pela Portaria 2.915, tem como intuito, estabelecer uma ponte entre pesquisa, política e gestão, o que origina subsídios para a tomada de decisão sobre incorporação, bem como, monitoramento ou o abandono de tecnologias (BRASIL, 2011). É de suma importância para os gestores e comunidade em geral estejam atentos aos estudos de tecnologias. Um dos objetivos importantes da REBRATS é o compromisso com a disseminação de estudos em ATS que sejam prioritários para o Sistema Único de Saúde (SUS), o que contribui para formação e para a educação continuada em saúde.

Na prática do enfermeiro é comum a utilização de tecnologias, compreendidas em uma concepção de produto e processo. Na tecnologia como produto, são abordadas as informatizações, informações e artefatos; na tecnologia como processo, os recursos relacionados ao ensino e a aprendizagem do indivíduo (AQUINO *et al.*, 2010). É importante salientar que para Merhy (2002), as tecnologias podem ser divididas em: leve - a constituição de relações para a implementação do cuidado (vínculo, gestão dos serviços e acolhimento); leve-dura - a construção do conhecimento por meio de saberes estruturados (teorias, modelos de cuidado e o cuidado de enfermagem) e dura - a utilização de instrumentos, normas e equipamentos tecnológicos.

Uma tecnologia muito utilizada por enfermeiros são os protocolos, documentos com critérios estabelecidos para o atendimento e os diag-

nósticos em saúde. A Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS - CONITEC (2016), refere que os protocolos devem ser baseados em evidências científicas e neles deve-se considerar critérios de eficácia, segurança, efetividade e custo-efetividade das tecnologias recomendadas. Os “**Protocolos de Uso**” são documentos normativos de escopo mais estrito, que estabelecem critérios, parâmetros e padrões para a utilização de uma tecnologia específica em determinada doença ou condição. O protocolo na área assistencial é um plano exato e detalhado, utilizado para o estudo de um determinado problema de saúde humana, para a implementação de um esquema terapêutico, que maximiza o potencial humano e reduz custos, resultando na sistematização da assistência, uma vez que, requer o registro dos achados clínicos e das informações obtidas (BORGES *et al.*, 2001).

O presente artigo é um dos produtos técnicos oriundos da dissertação de mestrado profissional intitulada “**IMPLANTAÇÃO E AVALIAÇÃO DE UM PROTOCOLO DE FERIDAS EM UNIDADES DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE UM MUNICÍPIO DO INTERIOR DO RIO GRANDE DO SUL- ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO**”, defendida no ano de 2017 no Programa de Pós-graduação em Avaliação de Tecnologias para o SUS do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), Porto Alegre-RS.

O município de Santa Cruz do Sul (SCS) possui 126.775 habitantes e conta com 30 equipes de Unidade Básica de Saúde (UBS), sendo 22 de ESF. Sabendo que o tratamento dos portadores de feridas deve ser dinâmico e acompanhar a evolução tecno-científica dos curativos de última geração, a cicatrização de feridas crônicas representa ainda um problema rotineiro para os profissionais de saúde. Atualmente são atendidos, em média, 50 usuários portadores de lesões em membros inferiores. Observa-se que os profissionais das equipes da ESF deste município não possuem um procedimento padrão para a realização da técnica de curativo no cuidado dessas feridas, podendo haver assim um maior custo e tempo para o tratamento dos usuários sem que ocorra a resolução do problema, sendo que estes usuários já possuem, em sua

maioria, a lesão há mais de 20 anos, o que ocasiona uma média de 12 curativos/mês em cada usuário, segundo dados da secretaria de Saúde no ano de 2016. O resultado disso é um maior custo em materiais e recursos humanos sem a obtenção do resultado esperado para o usuário. Assim, o tratamento do usuário com feridas tem gerado considerável demanda na rede de atenção básica no município. Atualmente, não há nenhum protocolo institucional que oriente o tratamento das feridas em membros inferiores, o que levanta a necessidade de haver um protocolo que guie os profissionais na melhor assistência ao usuário e que gere melhor aproveitamento dos insumos.

No intuito de sanar essa lacuna, e sabendo que o tratamento de feridas é dinâmico e que deve acompanhar a evolução científico-tecnológica, construiu-se este protocolo para tratamento de feridas vasculogênicas em membros inferiores para assistir aos usuários de forma integral e orientar os profissionais da atenção básica qualificando sua assistência. Nesse sentido, o objetivo desse protocolo foi sistematizar a assistência a ser prestada ao usuário com ferida em membro inferior, fornecendo subsídios para sua implementação, qualificando a abordagem ao paciente e o uso do tratamento adequado.

MÉTODOS

Para a construção do protocolo foi realizado um levantamento bibliográfico sobre o tema em questão nas principais bases de dados em saúde: LILACS, BVS, PsycInfo e PubMed. Adicionalmente foram consultados protocolos já existentes em outros serviços e seguidas as recomendações profissionais da área de enfermagem conforme diretrizes do Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul (COREN-RS).

OPERACIONALIZAÇÃO DO PROTOCOLO

O protocolo na área assistencial é um plano exato e detalhado para o estudo de um problema de saúde humana, para a implementação de um esquema terapêutico, que maximiza o potencial humano

e reduz custos, resultando na sistematização da assistência, uma vez que, requer o registro dos achados clínicos e das informações obtidas (BORGES *et al.*, 2001).

Sendo assim, este protocolo de cuidados a pacientes portadores de feridas em membro inferior possibilita prestar uma assistência qualificada e humanizada.

PÚBLICO-ALVO:

Pacientes adscritos às unidades sanitárias de saúde do município de SCS e que tenham feridas vasculogênicas em membros inferiores.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:

- a) Possuir lesão em membros inferiores há mais de 2 anos sem melhora;
- b) Assumir o compromisso de continuidade do tratamento, através da co-responsabilização do paciente junto à sua equipe de saúde.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:

- a) Abandono (não comparecer aos retornos agendados por duas vezes consecutivas sem comunicação prévia e, não seguir corretamente as orientações dadas pelos profissionais da equipe de saúde, ou não concordar com elas);
- b) Quando solicitado pelo paciente;
- c) Encaminhamento para outro serviço;
- d) Óbito.

ACOMPANHAMENTO

Os pacientes deverão ser acompanhados por toda a equipe de saúde das unidades básicas, levando em consideração as atribuições de cada profissional e as particularidades de cada paciente, tendo como coordenador do cuidado o enfermeiro, que realizará a primeira avaliação e encaminhará ao médico após suas condutas.

Qualquer modificação no tratamento ocorrerá de acordo com a necessidade do paciente e a critério do enfermeiro. Os retornos para reavaliação médica ocorrerão de acordo com a necessidade.

O desligamento do paciente do tratamento ocorrerá com a avaliação multiprofissional da equipe da unidade básica.

Os casos que não obtiverem resolução, independente do comprometimento sistêmico e/ou infecção deverão ser encaminhados pelo médico para serviços de referência para exames mais criteriosos.

ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA

Médico:

- a) Acolher o paciente de forma humanizada;
- b) Avaliar clinicamente o paciente, definir o diagnóstico e etiologia da ferida;
- c) Prescrever medicamentos quando necessário segundo sua avaliação;
- d) Solicitar exames, quando necessário;
- e) Encaminhar para serviços de referência, quando necessário;
- f) Acompanhar a evolução do quadro, juntamente com a equipe de enfermagem;
- g) Programar o retorno quando necessário.

Enfermeiro:

- a) Acolher o paciente de forma humanizada;
- b) Realizar a consulta de enfermagem de acordo com o processo de enfermagem;
- c) Prescrever o tipo de curativo padronizado pelo protocolo do município (Quadro D);
- d) Executar o curativo;
- e) Solicitar a avaliação do médico quando necessário;
- f) Definir o desligamento do paciente conforme os critérios estabelecidos;

- g) Capacitar e supervisionar os técnicos de enfermagem nos procedimentos de curativos;
- h) Realizar o acompanhamento dos curativos através do formulário padrão de evolução (Quadro A);
- i) Registrar a dispensação e verificar o consumo dos produtos de curativo através do controle de dispensação (Quadro B);
- j) Realizar previsão de compra dos produtos de curativo através do mapa mensal de requisição (Quadro C);

Quadro A - Formulário padrão de evolução

ATENDIMENTO À PACIENTES COM FERIDAS CRÔNICAS												
NÚMERO DO PRONTUÁRIO:						NÚMERO CARTÃO SUS:						
NOME DO PACIENTE:						IDADE:						
EVOLUÇÃO DA FERIDA												
Data	Local da Ferida	Aparência	Exsudato				Tipo de Necrose	Profundidade	Área cm2	Dor	Obs.	Ass:
			Tipo	Cor	Odor	Quant						

Fonte: elaborado pelos autores

DEFINIÇÕES: **LOCAL-**MID, MIE-Calcâneo (CAL), Maléolo lateral (MALL), Maléolo medial (MALM), Tíbia anterior (TA), Tíbia lateralizada (TL), Planta do pé (PP), Dorso de pé (DP), Dedo (dizer qual), Sacro e cóccix (SC), Trocânter (TR), Tuberosidade isquiática (TI), outro local (dizer qual). **APARÊNCIA-**Necrótica (NE), Infectada (IN), Com crostas (CC), Granulada (GRA), Epitelizada (EPI). **TIPO DE NECROSE-** Necrose de coagulação (placa necrótica) (PN), Necrose de liquefação (PL), Fibrinosa (FIB) **EXSUDATO – TIPO-**Seroso (SE), Sangui-nolento (SANG), Serosanguínolento (SESAN), Seropurulento (SEPU), Purulento (PU) e Fibrinoso (FIB). **COR-**amareladas (AM), esbranquiçadas (ESB), averme-lhadas (AV), esverdeadas(ESV) ou achocolatadas(ACHO). **ODOR-** Odor fétido (OF), Sem odor (SO). **QUANTIDADE-1=Mínimo-** a cobertura tem durabilidade de uma semana. **2=Moderado-** a cobertura é trocada a cada 2-3 dias. **3=Intenso-** a cobertura é trocada, pelo menos, uma vez ao dia.

Quadro B - Controle de dispensação

Data	Paciente	Tipo de curativo/produtos	Observação	Assinatura

Fonte: elaborado pelos autores

Quadro C - Mapa mensal de requisição de material

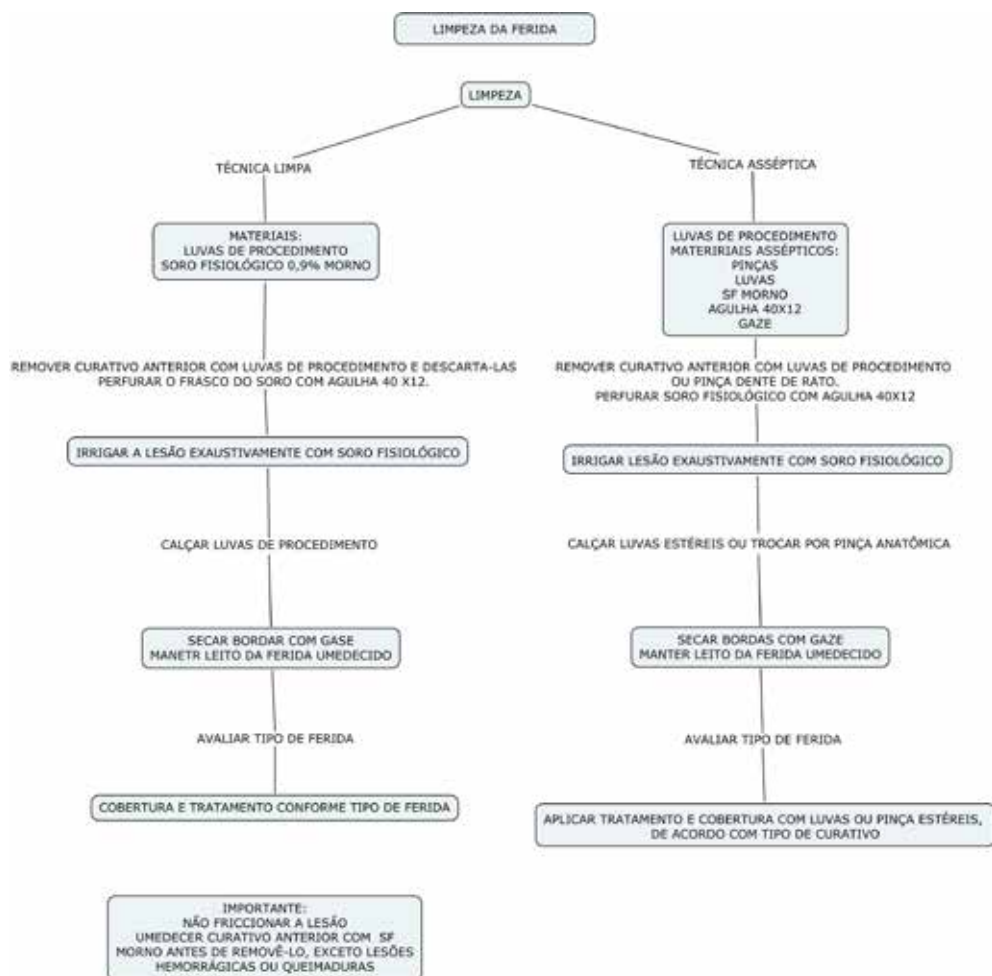
Pacientes	Material necessário	Quantidade	Estoque Atual	Previsão de Trocas

Fonte: elaborado pelos autores

TÉCNICOS DE ENFERMAGEM:

- Organizar e manter a sala de curativo em condições adequadas para atendimento;
- Acolher o paciente de forma humanizada;
- Orientar o paciente quanto ao procedimento a ser executado;
- Executar o curativo conforme prescrição do enfermeiro ou médico, respeitando a técnica asséptica de realização de curativos (FIGURA 1);
- Orientar data de retorno e cuidados específicos e gerais;
- Registrar o procedimento executado no formulário padrão de evolução;
- Proceder a limpeza dos instrumentais, conforme orientações padrões do controle de infecção;
- Realizar a desinfecção de superfícies (macas, cadeiras, bancadas, entre outros).

FIGURA 1 - Roteiro para limpeza da ferida



Fonte: elaborado pelos autores

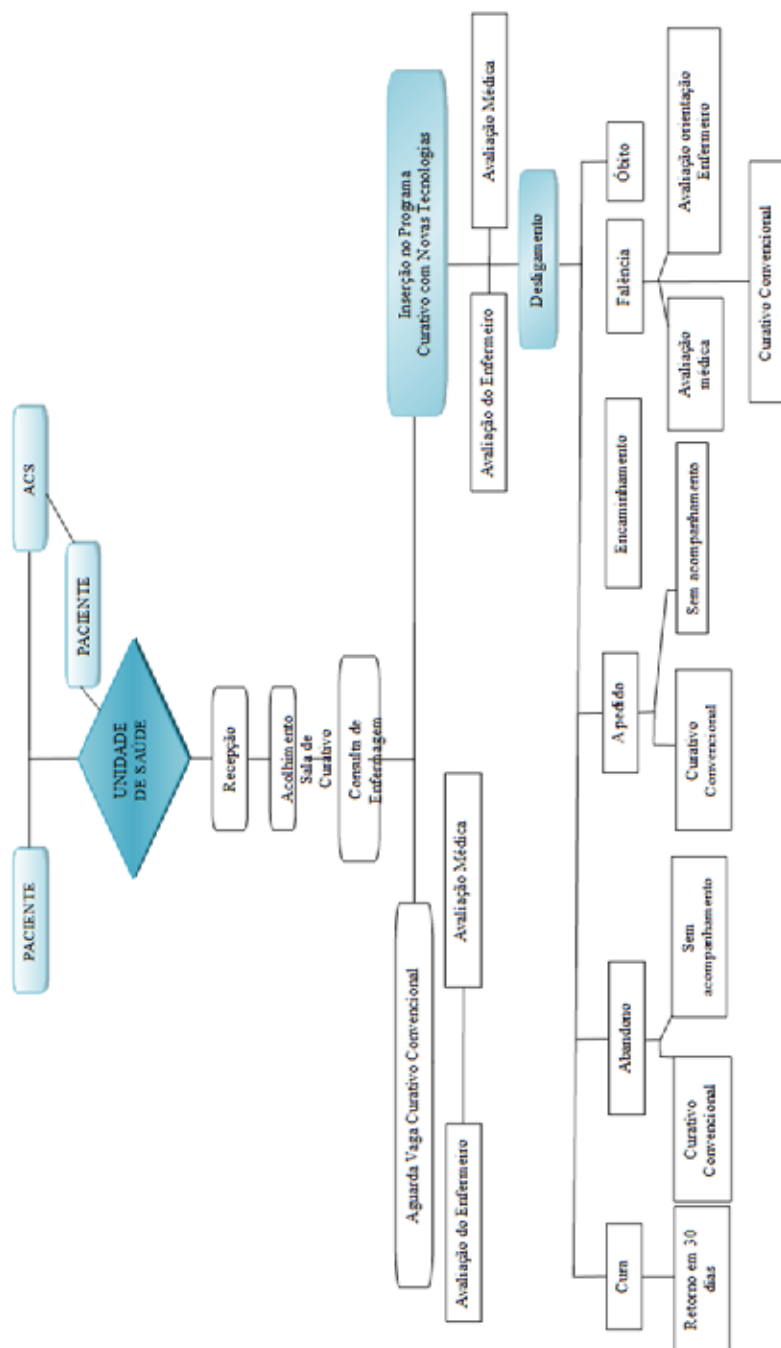
COBERTURAS, CREMES E SOLUÇÕES A SEREM UTILIZADOS

Quadro D - Curativos a serem utilizados de acordo com cada característica da ferida.

Aspecto da lesão	Prioridade	Cobertura	Pouco exsudativa	Exsudação moderada	Exsudação abundante
Necrose tipo escara	Desbridamento (autolítico, enzimático ou mecânico).	Primária	Hidrogel Hidrocolóide (se não for seca)	Alginato ou Hidrofibra	Alginato ou Hidrofibra
		Secundária	Não	Sim	Sim
Esfacelo	Desbridamento autolítico	Primária	Hidrogel Hidrocolóide	Alginato Hidrocolóide	Hidrofibra Ou Alginato
		Secundária	Não	Sim	Sim
Infectada ou colonizada crítica	Cobertura bactericida Infecção: antibiótico terapia	Primária	Sempre possui grande exsudação.	Alginato, hidrofibra, espuma ou carvão com prata. Compressa não aderente.	Alginato, hidrofibra, espuma ou carvão com prata. Gaze não aderente.
		Secundária	Não se aplica	Sim	Sim
Com mau odor	Eliminar mau odor	Primária	Carvão com prata	Carvão com prata ou em multicamadas sem prata.	Carvão com prata ou em multicamadas sem prata.
		Secundária	Sim	Sim	Sim
Com Sangramento	Hemostasia	Primária	Improvável	Alginato	Alginato
		Secundária	Não	Sim	Sim
Granulado	Promover granulação. Base úmida para epitelização.	Primária	Hidrocolóide. Compressa não aderente. Gaze com petrolato.	Hidrofibra. Alginato ou gaze com petrolato.	Hidrofibra. Alginato ou gaze com petrolato.
		Secundária	Somente se usar petrolato	Somente se usar petrolato	Somente se usar petrolato
Epitelizada	Preservar tecido.	Primária	Hidrocolóide ou filme, não exsudam.	Não exsudam.	Epitelizadas.
		Secundária	Não	Não	Não

Fonte: Oliveira, 2016.

FIGURA 2 - Roteiro de atendimento do paciente portador de ferida na unidade



Fonte: elaborado pelos autores

FIGURA 3 - Roteiro para aquisição de coberturas, cremes e soluções

Previsão mensal das coberturas, cremes e soluções baseado no consolidado da Ficha Atendimento ao Portador de Ferida - Controle e Dispensação ;
Preenchimento pelo enfermeiro do Mapa Mensal de Requisição de Coberturas, Cremes e Soluções para Feridas;
Encaminhamento do Mapa preenchido ao Ambulatório de Feridas;
Consolidação e avaliação dos Mapas Mensais pelo Grupo de Apoio;
Autorização de dispensação das coberturas, cremes e soluções para Farmácia Central;
Distribuição das coberturas, cremes e soluções do almoxarifado para as Unidades de Saúde.

Fonte: elaborado pelos autores

DISCUSSÃO

A prevalência de úlceras venosas na população adulta é alta e sua prevalência aumenta com idade. Observou-se no estudo que apenas 16,67 % dos estudados tinham menos de 60 anos o que corrobora essa afirmação. Apesar da dificuldade de se estimar a prevalência de feridas venosas nos membros inferiores, estudos no Brasil demonstraram que estas são mais prevalentes na faixa etária acima de 60 anos (MONTE *et al.*, 2018).

Embora as feridas vasculogênicas atinjam sua maior prevalência os idosos, seu surgimento se dá no início da idade laborativa o que causa grande impacto econômico na vida da pessoa e do mercado de trabalho, devido às fortes dores e perda de mobilidade funcional, afetando diretamente a qualidade de vida e a capacidade do indivíduo para o trabalho. Neste ponto, o diagnóstico correto e o tratamento qualificado são fundamentais, pois proporcionam maior rapidez de cicatrização e prevenção de recorrências (VIEIRA *et al.*, 2017).

Pelo tempo de lesão caracterizado neste estudo, a maioria das pessoas desenvolveu as úlceras por volta dos 30 a 40 anos o que refletiu significativamente sobre a produtividade do trabalho, bem

como, nos gastos do tratamento ao longo dos anos, tanto para as pessoas com feridas quando para os serviços que a atenderam sem resolutividade o problema.

Alguns autores trazem que no período de noventa dias já é possível evidenciar cicatrização das feridas, sendo esse dado na média de sessenta dias aproximadamente (RODRIGUES, 2010). Dentre as doenças crônicas as causas para feridas em membros inferiores são vasculares, sendo a insuficiência venosa crônica responsável por até 90% dessas feridas, corroborando com este estudo, pois nenhum dos pacientes possuía comorbidades ou doenças crônicas associadas, (MONTE *et al.*, 2018).

Quanto ao uso dos materiais, não há consenso na literatura sobre os materiais de uso tópico, visto que, muitos estudos são direcionados por empresas que vendem estes materiais. Sabe-se que o uso inadequado de produtos pode ser um fator importante na recidiva das feridas. A escolha da terapia tópica deve avaliar o custo, sua utilização e principalmente as características das feridas, bem como é de grande importância o conhecimento científico e a avaliação clínica correta pela equipe que assiste o usuário (BUSO *et al.*, 2016).

O trabalho em enfermagem é complexo, uma vez que nele estão envolvidas ações gerenciais, assistenciais e educativas, cabendo ao enfermeiro prestar assistência ao usuário, a família e a comunidade, sendo importante que a prática profissional esteja embasada em conhecimentos técnicos, científicos e comprometidos com as necessidades dos usuários. Para tanto, torna-se essencial a constante atualização do profissional, que através dessa cultura educativa, podem propor e implementar ações educativas também aos usuários, com vistas à prevenção de doenças e agravos e, de igual modo, à promoção da saúde, (SILVA *et al.*, 2017)

A construção de protocolos assistenciais é de grande relevância para a atenção prestada pelo enfermeiro em saúde pública, para tanto, deve atender aos princípios legais e éticos da profissão, bem como, aos preceitos da prática baseada em evidências, normas e re-

gulamentos do Sistema Único de Saúde (SUS) e da instituição onde será utilizado. Há muitas vantagens para o uso de protocolos, como fornecer maior segurança aos usuários e profissionais, redução de tempo de tratamento, melhora na qualificação dos profissionais, facilidade para a incorporação de novas tecnologias, inovação do cuidado e uso mais racional dos recursos disponíveis, favorecendo a redução de custos e maior transparência no controle destes (PIMENTA, 2015). Quando uma nova tecnologia é anunciada, ela põe em movimento fortes motivações humanas e expectativas por parte de pacientes, profissionais de saúde e gestores (BRASIL, 2009).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O protocolo pode servir de instrumento na qualificação do atendimento, bem como propiciar melhora considerável das feridas. Tendo em vista que o uso do termo *tecnologia* vem sendo utilizado há muito tempo e pode ser empregado em diversos ambientes, pode-se dizer que o protocolo é uma tecnologia em saúde que pode ser usado no campo da enfermagem, com o objetivo de melhorar a prática profissional e o cuidado dos usuários no SUS. Apesar dos problemas financeiros enfrentados pelo país, com consequências nos municípios, o que prejudica muitas vezes a compra de materiais ideais do ponto de vista científico-tecnológico, percebe-se que a simples organização estrutural do protocolo somado ao suporte de conhecimento dado aos enfermeiros pode possibilitar a melhora dos pacientes. Uma avaliação de custos por parte dos serviços faz-se necessária, uma vez que há escassez de informações que seriam relevantes para a gestão do cuidado de feridas na atenção básica. Aliado a isso, um controle e organização do processo de dispensação de materiais pode otimizar os recursos municipais propiciando, inclusive, a aquisição de novas coberturas para o tratamento de feridas.

REFERÊNCIAS

- AQUINO, P.S. *et al.* Análise do conceito de tecnologia na enfermagem segundo o método evolucionário. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 23, n. 5, p. 690-696, 2010.
- BORGES, L.E.; SAAR, S. R. C.; MAGALHÃES, M. B. B. *Feridas: como tratar?* Belo Horizonte: Coopmed, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual de condutas para úlceras neurotróficas e traumáticas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Avaliação de tecnologias em saúde: ferramentas para gestão do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.915, de 12 de dezembro de 2011. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 12. Dez. 2011. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2915_12_12_2011.html>. Acesso em: 23 jun. 2017
- MERHY, E. E. *et al.* *Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2002.
- MONTE, BKS. *et al.* Qualidade de vida de pacientes com úlceras vasculogênicas em tratamento ambulatorial. *Rev Rene*. 2018;19:e3286. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/32551/pdf> Acesso em: 25 de fevereiro de 2021.
- Pimenta CAM, Pastana ICASS, Sicheri K, Solha RKT, Souza W. *Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem*. São Paulo: COREN; 2015.
- PRAZERES, Silvana. *Tratamento de feridas: teoria e prática*. Porto Alegre: Moriá, 2009.
- Rodrigues LM. *Avaliação do custo e da efetividade do hidrogel a 2% no tratamento de úlceras de perna*. 2011. 133 f. Dissertação (Mestrado em Ciências do Cuidado em Saúde)- Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Niterói, 2010

Silva, Luiz Anildo Anacleto da; Soder, Rafael Marcelo; Petry, Leticia; Oliveira, Isabel Cristine. Educação permanente em saúde na atenção básica: percepção dos gestores municipais de saúde. *Rev. gaúch. enferm*; 38(1): e58779, 2017. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-845226>. Acesso em: 01 de março de 2021.

OLIVEIRA, Reynaldo Gomes de. *BlackbookEnfermagem*. Minas Gerais: Blackbook, 2016.

MINAS GERAIS. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Coordenação de Prevenção e Tratamento de Feridas. Coordenação de Atenção ao Adulto e ao Idoso. *Protocolo de Prevenção e Tratamento de Feridas*. Secretaria Municipal de Saúde: Belo Horizonte, 2011.

VIEIRA CPB, Furtado AS, Almeida PCD, Luz MHBA, Pereira AFM. Prevalência e caracterização de feridas crônicas em idosos assistidos na atenção básica. *Rev baiana enferm*. 2017;31(3):e17397. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/pdf/rbaen/v31n3/0102-5430-rba-enrbev31i317397.pdf>. Acesso em: 01 de março de 2021.

GRAU DE DEPENDÊNCIA DE PACIENTES CIRÚRGICOS EM RELAÇÃO À ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Cibelle Grassmann Peixoto²⁰

Estefania Wittke²¹

RESUMO

Escala de classificação de pacientes têm sido instrumentos essenciais para auxiliar na medição do grau de dependência e permitem identificar mudanças no perfil de complexidade assistencial dos pacientes. Este estudo tem como objetivo identificar o grau de dependência dos pacientes atendidos em unidade de internação cirúrgica e relacionar à assistência de enfermagem prestada. Pesquisa quantitativa, do tipo exploratório descritivo, com delineamento transversal. A população em estudo foi composta por pacientes cirúrgicos, no período de maio a setembro de 2020. Foram incluídos 390 pacientes, considerando uma margem de erro absoluta de 5% e nível de confiança de 95%. Para avaliação do grau de dependência foi utilizado o instrumento de classificação de Fugulin. Os resultados encontrados foram: 54% da amostra era do sexo masculino, com média de idade de 58 anos, predomínio da cor branca (85%). 76% dos pacientes foram provenientes da emergência, apresentando tempo de permanência hospitalar com mediana de 10 dias. Houve predomínio da especialidade cirurgia geral (38,7%). Das avaliações realizadas com o instrumento de Fugulin, a maioria, 33%, apresentaram necessidade de cuidados intermédicos. Estudo permitiu indagações no campo da assistência de enfermagem, bem como forneceu informações acerca do perfil assistencial dos pacientes e sua relação com os cuidados de enfermagem.

Palavras-chaves: classificação; cuidados de enfermagem; avaliação em enfermagem.

INTRODUÇÃO

A cada dia que passa, a enfermagem tem sentido mais a necessidade de caracterizar os pacientes atendidos quanto a seu grau de complexidade e para isso, utiliza métodos científicos que embasem a organização da sua assistência. As escalas de classificação de pacientes têm sido instrumentos essenciais para auxiliar na medição do grau de dependência quanto aos cuidados de enfermagem (MAGALHÃES ET AL., 2015).

20 Enfermeira, Mestre, HNSC-GHC, Porto Alegre/RS, pcibelle@ghc.com.br - Turma 2018

21 Médica, Prof.^a Dra., HNSC-GHC, Porto Alegre/RS, wittkecardio@gmail.com

Para poder medir as exigências do cuidado é necessário identificar, definir e quantificar o trabalho da enfermagem. A necessidade de classificação do grau de dependência dos pacientes vem se tornando uma prioridade, pois, a partir destes dados, é possível prever vários aspectos relacionados ao processo assistencial. Porém, além de levar em conta o grau de dependência, também é preciso avaliar o perfil epidemiológico deste paciente.

A classificação de pacientes destaca-se como auxiliar no desenvolvimento do processo de enfermagem, por ser ordenador e direcionador do trabalho desta equipe (RUFINO et al, 2015, p.6). No processo de trabalho do enfermeiro, é preciso utilizar instrumentos que possibilitem sua atuação gerencial, na organização dos recursos, frente à sua atuação assistencial, na prestação de cuidados.

Esta pesquisa teve como objetivo identificar o grau de dependência dos pacientes atendidos em unidade de internação cirúrgica e relacionar à assistência de enfermagem prestada.

MÉTODO

Pesquisa quantitativa, do tipo exploratório descritivo, com delineamento transversal, realizado em um hospital de grande porte, com atendimento 100% oferecido pelo Sistema Único de Saúde (SUS), da região nordeste do Rio Grande do Sul, Brasil.

A população em estudo foi composta por pacientes cirúrgicos, nas especialidades de cirurgia geral, cirurgia vascular, cirurgia urológica, cirurgia do aparelho digestivo, cirurgia torácica, cirurgia oncológica e coloproctologia, internados nas unidades cirúrgicas, no período de maio a setembro de 2020. Foram critérios de inclusão o caráter cirúrgico da internação, seja de forma eletiva, emergencial ou transferência, e a idade de 18 anos ou mais. O critério de exclusão foi o paciente estar internado por questões clínicas. Foram incluídos 390 pacientes, considerando uma margem de erro absoluta de 5% e nível de confiança de 95%.

A análise dos resultados foi realizada através de estatística descritiva e analítica, utilizando medidas de tendência central e dispersão (média e desvio – padrão ou mediana e intervalo interquartilico) e frequências absolutas (percentuais).

Os dados do estudo foram organizados em uma planilha eletrônica do software *Microsoft Excel for Windows®* e analisados estatisticamente com o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS/PASW) adotando-se um nível de significância de $p < 0,05$.

O projeto obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (Parecer nº 3.950.932) com dispensa da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), pois a avaliação do grau de cuidado do paciente é uma atividade diária e rotineira do enfermeiro, e os pacientes não foram submetidos a nenhum outro procedimento em função da aplicação do instrumento. Este projeto também teve seu cadastro realizado junto a Plataforma Brasil, com CAAE nº 25648519.7.0000.5530.

Para conhecer o perfil dos pacientes em relação à complexidade assistencial, foi utilizado o instrumento de classificação de Fugulin (2002), referendado pela Resolução COFEN nº 189/96. Além do instrumento, utilizou-se também um questionário com variáveis demográficas e clínicas como: sexo, idade, tempo de permanência, proveniência e especialidade cirúrgica.

CONTEXTUALIZAÇÃO

O emprego da classificação de pacientes na área de enfermagem não é recente e vem se aprimorando ao longo do tempo. O seu surgimento data da época de Florence Nightingale (FONSECA; ECHER, 2003, p.347). Em 1960 tem início o conceito de pesquisa operacional ao modelo de dimensionamento de pessoal com a introdução do Sistema de Classificação de Pacientes (SCP), baseado no grau de necessidade do paciente em relação aos cuidados de enfermagem (GAIDZINSKI, 1998).

Desde então, o SCP vem sendo considerado como instrumento essencial da prática da enfermagem, ao equalizar a relação entre demanda gerada pelos pacientes e a oferta de cuidados prestados. Além disso, esses sistemas permitem identificar mudanças no perfil de complexidade assistencial dos pacientes internados devido à sazonalidade das patologias ou ao aumento de doenças crônicas e mudanças no perfil da população (MAGALHÃES et al, 2015).

No Brasil, encontram-se disponíveis instrumentos para avaliar pacientes; todos têm como finalidade a classificação dos pacientes segundo a complexidade do cuidado, ainda que utilizem diferentes maneiras para realizar a classificação (BRITO; GUIRARDELLO, 2012).

O instrumento de classificação de Fugulin (Tabela 1) estabelece nove áreas de cuidados: estado mental, oxigenação, sinais vitais, mobilidade, deambulação, alimentação, cuidado corporal, eliminação e terapêutica, de acordo com a complexidade assistencial dos pacientes internados. A partir dessa avaliação, os pacientes são classificados em uma das categorias: cuidados intensivos (acima de 31 pontos), cuidados semi-intensivos (27 a 31 pontos), cuidados de alta dependência (21 a 26 pontos), cuidados intermediários (15 a 20 pontos) e cuidados mínimos (9 a 14 pontos). Tal instrumento foi escolhido visto o sistema de classificação de Fugulin ser referendado pela Resolução COFEN 293/04 como um instrumento a ser utilizado para conhecer o perfil da clientela assistida nas unidades de internação. O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2016) estabelece diretrizes para o dimensionamento de pessoal com utilização da classificação de pacientes. Esta diretriz está presente na Resolução 189/1996, atualizada pela Resolução 293/2004, substituída pela 0527/2016 que alterou o número de horas de assistência de enfermagem nas 24 horas, por categoria de cuidado, bem como, introduziu a alta dependência como mais uma das categorias.

Tabela 1 - Instrumento de classificação de Fugulin et al, adaptado pela autora.
Porto Alegre, RS, 2020.

Indicadores	Pontuação			
	4	3	2	1
Estado Mental	Inconsciente	Períodos de inconsciência	Períodos de desorientação tempo e espaço	Orientação no tempo e espaço.
Oxigenação	Ventilação mecânica	Uso contínuo de máscara ou cateter de oxigênio	Uso intermitente de máscara ou cateter de oxigênio	Não depende de oxigênio
Sinais Vitais	Intervalos menorou igual a 2 horas.	Intervalos de 4 horas	Intervalos de 6 horas	Controle de rotina (8 horas)
Motilidade	Incapaz de movimentar qualquer segmento corporal	Dificuldade para movimentar segmentos corporais	Limitação de movimentos	Movimenta todos segmentos corporais.
Deambulação	Restrito ao leito	Locomoção cadeira de rodas.	Necessita auxílio para deambular	Ambulante
Alimentação	Através de cateter central	Através de sonda nasogástrica	Por boca, com auxílio	Auto suficiente
Cuidado Corporal	Banho no leito, higiene oral realizada pela enfermagem.	Banho chuveiro, higiene oral realizada pela enfermagem.	Auxílio no banho de chuveiro e/ou higiene oral	Auto suficiente
Eliminação	Evacuação no leito e uso de sonda vesical para controle diátese	Uso de comadre ou eliminações no leito.	Uso de vaso sanitário com auxílio	Auto suficiente
Terapêutica	Uso de drogas vasoativas	E.V contínuo ou através de sonda nasogástrica	E.V intermitente	I.M. ou V.O

Integridade cutâneo-mucosa	Presença de solução de continuidade da pele com destruição da derme, epiderme, músculos e comprometimento das demais estruturas de suporte, como tendões e cápsulas. Eviscerações	Presença de solução de continuidade da pele, envolvendo tecido subcutâneo e músculo. Incisão cirúrgica. Ostomias. Drenos.	Presença de alteração da cor da pele (quimose, hiperemia) e/ou presença de solução de continuidade da pele envolvendo a epiderme, derme ou ambas.	Pele íntegra.
Curativo	Curativo realizado 3 vezes ao dia.	Curativo realizado 2 vezes ao dia	Curativo realizado 1 vez ao dia	Sem curativo
Tempo para realização do curativo	Superior a 30 minutos.	Entre 15 e 30 minutos	Entre 5 e 15 minutos	Sem curativo
Cuidados Mínimos		9 a 14		
Cuidados Intermediários		15 a 20		
Cuidados Alta dependência		21 a 26		
Cuidados Semi-intensivos		27 a 31		
Cuidados intensivos		Acima de 31		

Fonte: Fugulin et al, 2002.

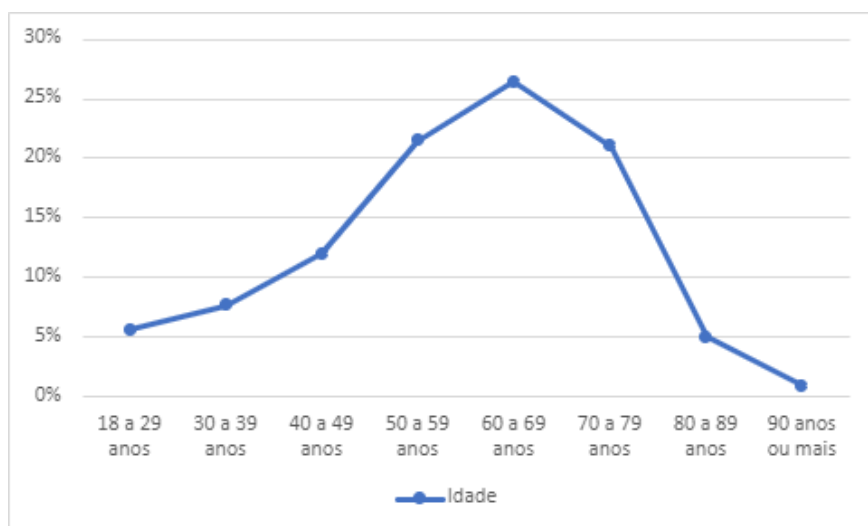
RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao analisar os dados encontrados, verificou-se que, em relação ao perfil dos pacientes, 54% da amostra era do sexo masculino, com média de idade de 58 anos (+- 16,1), com predomínio da cor branca (85%) frente aos pretos (11%) e pardos (4%). Eram provenientes da emergência 76% dos pacientes, apresentando tempo de permanência hospitalar com mediana de 10 dias.

Em um estudo de caso descritivo, realizado em unidade de internação cirúrgica (ARAÚJO et al, 2016), o tempo de permanência médio encontrado foi de 13,5 dias, predomínio do sexo masculino (66%) com uma média de idade de 45,5 anos. Nos resultados encontrados em trabalho que avaliou o nível de complexidade assistencial dos pacientes em uma unidade de internação (BRITO; GUIRARDELLO, 2012) a amostra apresentou maioria masculina (60,3%), com média de idade de 54,9 anos e tempo médio de internação de 10,32 dias.

O Gráfico 1 apresenta a distribuição da amostra estudada conforme faixas etárias:

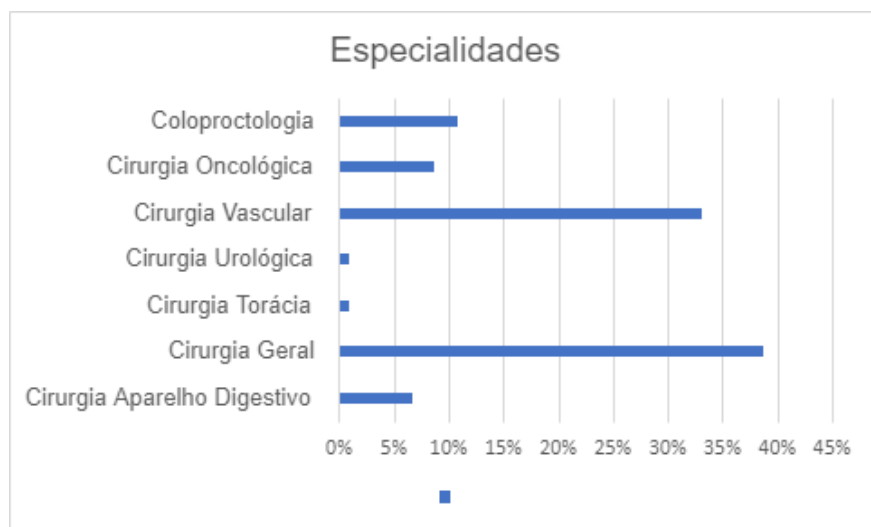
Gráfico 1 - Distribuição da amostra conforme faixa etária. Porto Alegre, RS, 2020.



Fonte: dados próprios da pesquisa.

Ao avaliar as internações conforme as especialidades médicas cirúrgicas, houve predomínio da especialidade cirurgia geral (38,7%) e cirurgia vascular (33,1%). No Gráfico 2, é apresentada a distribuição das especialidades médicas que internaram durante o período avaliado.

Gráfico 2 - Distribuição conforme especialidades médicas (n=390). Porto Alegre, RS, 2020.



Fonte: dados próprios da pesquisa.

No estudo realizado por Araújo, Perroca e Jericó (2019), na análise das especialidades médicas, 27,5% dos pacientes pertenciam à especialidade da cirurgia geral, valor próximo ao encontrado neste estudo. Todavia, as especialidades de coloproctologia e urologia apresentaram valores bem maiores, com 10% e 12,5% respectivamente.

Das avaliações realizadas com o instrumento de Fugulin, a maioria, 33%, apresentaram correspondência com o intervalo das pontuações indicadas na categoria de cuidados intermediários, seguida por cuidados de alta dependência (30%). A Tabela 2 retrata a complexidade assistencial de acordo com as categorias de cuidado.

Tabela 2 - Classificação do grau de dependência dos pacientes cirúrgicos segundo o instrumento de classificação de Fugulin. Porto Alegre, 2020.

Grau de Complexidade Fugulin	Avaliações n (%)
Mínimo	55 (14%)
Intermediário	130 (33%)
Alta dependência	119 (30%)
Semi-intensivo	70 (17%)
Intensivo	16 (6%)
Total	390

Fonte: dados próprios da pesquisa.

Estudo descritivo, com abordagem qualitativa, realizada por Araújo *et al.* (2016) em uma unidade de internação cirúrgica, 37,5% dos pacientes avaliados se enquadravam em cuidados intermediários, 31,8% em cuidados de alta dependência, indo ao encontro dos achados do presente estudo.

Já nos resultados do estudo descritivo transversal executado por Gzvozd *et al.* (2012), também houve predomínio de cuidados de alta dependência (29,6%), porém seguido de gradações maiores, com 22,2% de cuidados semi-intensivos e 17,3% de cuidados intensivos. Todavia, o hospital em estudo é referência em atendimento a traumas e emergências, podendo estes achados estarem relacionados com o elevado grau de dependência dos pacientes assistidos.

Em estudo realizado também em um local de referência no atendimento ao paciente com trauma (MORAES; LINCH; SOUZA, 2012) evidenciou-se que 42% dos pacientes foram categorizados como cuidados intermediários, 32,5% como cuidados de alta dependência, mesmas segmentações prevalentes em nosso estudo.

Um trabalho que visava identificar o perfil assistencial de pacientes (FUGULIN; GAIDZINSKI; KURCGANT, 2005, p.76) encontrou

na unidade cirúrgica que “o maior número de pacientes internados foi classificado como cuidados mínimos, seguidos da categoria de cuidado intermediário e alta dependência de enfermagem”. Acredita-se que a diferença de resultados encontrada neste estudo possa estar relacionada com o decorrer do tempo e consequente mudança de perfil assistencial dos pacientes internados em hospitais de alta complexidade, como é o caso da instituição deste estudo, fato também apontado por Magalhães et al (2015).

Alguns indicadores críticos se destacaram mais para o aumento dos índices em cada nível de gradação segundo as necessidades básicas dos pacientes; foram avaliados os nove indicadores que compõem o instrumento, porém os itens motilidade, deambulação, cuidados corporais, eliminações, integridade cutâneo-mucosa, curativo e tempo utilizado no curativo tiveram maior peso na composição do valor do grau de complexidade.

O indicador deambulação definiu um percentual de 36% dos pacientes que necessitavam de auxílio para deambular e 24% restritos ao leito, significando a necessidade de auxílio da enfermagem para mobilização no leito. No item motilidade, 23% apresentavam limitação de movimentos, enquanto 18% apresentavam dificuldade para movimentar mais de um segmento corporal.

Ao analisar o indicador cuidados corporais, 36% dos pacientes necessitavam de auxílio da enfermagem no banho de chuveiro, 25% dos pacientes requeriam banho de leito. Em relação às eliminações, apesar da maioria (43%) ser autossuficiente, um número expressivo dos pacientes demandava assistência da enfermagem, com 22% utilizando vaso sanitário com auxílio e 20% fralda e/ou sonda vesical de demora (SVD).

Na avaliação do critério integridade cutâneo/mucosa, 50% dos pacientes apresentavam presença de solução de continuidade da pele (envolvendo tecido subcutâneo e músculos; incisão cirúrgica; ostomias; drenos); em relação ao indicador que avalia presença de curativo, 46% dos pacientes necessitavam de curativo 1x ao dia; quando

foi avaliado o tempo utilizado na realização destes curativos, 51% necessitavam entre 5 e 15 minutos de assistência de enfermagem.

Na Tabela 3, encontra-se a distribuição das avaliações realizadas nas áreas decuidado de acordo com a complexidade observada.

Tabela 1 - Distribuição das avaliações conforme área de cuidados do instrumento de classificação de Fugulin (2002), Porto Alegre, RS, 2020.

GRAU DE COMPLEXIDADE					
ÁREA DE CUIDADO	1	2	3	4	TOTAL
Estado mental	85%	15%	0%	0%	100%
Oxigenação	80%	16%	4%	0%	100%
Sinais Vitais	0%	92%	1%	7%	100%
Motilidade	57%	23%	18%	2%	100%
Deambulação	34%	36%	6%	24%	100%
Alimentação	67%	15%	10%	8%	100%
Cuidado corporal	29%	36%	10%	25%	100%
Eliminações	43%	15%	22%	20%	100%
Terapêutica	4%	82%	13%	1%	100%
Integridade da pele	18%	19%	50%	13%	100%
Curativo	36%	46%	16%	2%	100%
Tempo de curativo	36%	51%	11%	2%	100%

Fonte: dados próprios da pesquisa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É imprescindível a utilização de sistemas de classificação de pacientes para o desenvolvimento da prática de enfermagem, principalmente no seu aspecto gerencial administrativo. O presente estudo contribuiu para o conhecimento do grau de dependência dos pacientes cirúrgicos e seu perfil assistencial; conhecer o perfil dos pacientes auxilia não só na adequada alocação de recursos humanos, mas também para subsidiar o planejamento e implementação de processos de enfermagem.

Os resultados do estudo permitiram identificar a dependência dos pacientes em relação ao cuidado de enfermagem e evidenciaram maior concentração em cuidados intermediários, seguido de cuidados de alta dependência.

Estudo de Araújo et al (2016, p.666) constatou que:

O SCP possibilita ao enfermeiro visualizar e caracterizar os pacientes assistidos nas unidades e o tipo de cuidado que deve ser prestado de acordo com o nível de complexidade, podendo contribuir de forma efetiva para a organização da demanda, consequentemente do processo de trabalho e da unidade. Nesse sentido, os modelos assistenciais devem identificar a demanda dos pacientes, os quais, a depender do grau da complexidade e grau de dependência em relação aos cuidados de enfermagem, determinarão recursos humanos em termos quantitativos e qualitativos adequados.

A utilização da escala, além de permitir a avaliação do grau de complexidade do paciente assistido, também possibilita a reflexão do enfermeiro quanto à organização dos seus processos, priorização de atividades e consequente sistematização da assistência. Na prática, a definição do número de pacientes sob o cuidado de cada profissional fica mais precisa quando conhecemos a fundo o perfil de complexidade assistencial.

Quanto a possibilidade de generalização dos resultados encontrados, o delineamento transversal do estudo limita devido ao seu viés de prevalência e seu caráter gerador de hipóteses.

Espera-se que este estudo permita indagações no campo da assistência de enfermagem, qualificando-a, favorecendo a revisão de processos de trabalho e servindo como ligação entre os conhecimentos adquiridos na academia e as práticas dos serviços.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, VB; PERROCA, MG; JERICÓ, MC. Variabilidade do grau de complexidade assistencial do paciente em relação à equipe de enfermagem. *Rev Latino-am Enfermagem*, v.17, 2009.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução Cofen nº 0527/2016. *Atualiza e estabelece parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nos serviços/locais em que são realizadas atividades de enfermagem*. 2016. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05272016_46348.html/print/ Acesso em 15/08/20.

FONSECA, J.P; Echer, I.C. Grau de dependência de pacientes em relação à assistência de enfermagem em uma unidade de internação clínica. *Rev Gaúcha Enferm*. Porto Alegre, v.24, p. 346-54, 2003.

FUGULIN, F.M.T. *Dimensionamento de pessoal de enfermagem: avaliação do quadro de pessoal das unidades de internação de um hospital de ensino*. 2002. 189p. Tese - Programa Interunidades de Doutorado dos Campi de São Paulo e Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2002.

GAIDZINSKI, R.R; KURCGANT, P. Sistema de classificação de pacientes: identificação do perfil assistencial dos pacientes das unidades de internação do HU-USP. *Rev Latino- Am Enferm*, v.13, p. 72-8, 2005.

GAIDZINSKI, RR. *Dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições hospitalares*. 1998. Tese- Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. São Paulo, 259p, 1998.

GVOZD, R; VANNUCHI, M.T.O; OLIVEIRA, W.T; HADDAD, M.C.L; JENAL, S; FORTES, F.C. Grau de dependência de cuidado: Pacientes internados em hospital de alta complexidade. *Esc Anna Nery*, v.16, p.775-780, 2012.

MAGALHÃES, AMM; RIBOLDI, CO; GUZINSKI, C; SILVA, RC; MOURA, GMSS. Grau de dependência de pacientes em unidade de internação cirúrgica. *Rev Bras Enferm*, v.68, p.824-9, 2015.

MORAES, M; LINCH, G.F.C; SOUZA E.M. Classificação de pacientes internados em uma unidade de traumatologia. *Rev Gaúcha Enferm*. Porto Alegre, v. 33, P.52-59, 2012.

RUFINO, A.S; Rocha, B.M.M; CASTRO, J.P.R; NASCIMENTO, J.S.G; SILVA, M.B. Classificação de pacientes segundo o grau de dependência da equipe de enfermagem. *Rev Enferm Atenção Saúde*, v.4,p.5-19, 2015.

CUSTOS DA CIRURGIA DE COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA: AFERIÇÃO POR MICROCUSTEIO E COMPARAÇÃO DE DOIS HOSPITAIS ESCOLA DE PORTO ALEGRE/RS

Eliziane Ferranti²²

Jeruza Lavanholi Neyeloff²³

Vanessa Martins de Oliveira²⁴

RESUMO

Nos últimos anos, a colecistectomia é um dos procedimentos mais realizados no Brasil, e o método por vídeo tem se mostrado uma tendência no país. O objetivo deste estudo foi aferição do custo da cirurgia de colecistectomia videolaparoscópica, por microcusteio, em dois hospitais escola de Porto Alegre, estimando os custos totais e parciais do procedimento e a identificação de diferenças na prestação do serviço nos hospitais. Foi realizado um estudo transversal, descritivo, quantitativo e prospectivo, com uma população de 40 pacientes (20 em cada hospital). Verificou-se que o custo mediano da cirurgia por vídeo foi de R\$2.035,61 (R\$1.878,49-R\$2.462,54) no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), e de R\$2.297,15 (R\$2.193,39-R\$2.922,28) no Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC). Também foi analisada a representatividade mediana dos custos diretos através dos recursos utilizados no HCPA e HNSC, sendo respectivamente: pessoal (58,8% e 45,5%); estrutura (22,6% e 18,1%) e materiais e medicamentos (18,2% e 34,7%). Entre os custos diretos, apresentaram diferenças significativas entre as duas instituições os custos de pessoal e de materiais e medicamentos. Nos custos de pessoal, houve destaque do grupo enfermeiros, que apresentou custo 273% maior no HCPA, devido ao valor/hora dos profissionais e ao tempo destes dedicado aos pacientes. Já no grupo de materiais e medicamentos o custo ficou 92,7% maior no HNSC, devido a forma de lançamento dos anestésicos inalatórios. Os resultados desta pesquisa demonstram que ambos os hospitais apresentam custo semelhante e que a metodologia de microcusteio é factível para mensuração e comparação de custos em avaliações econômicas de saúde.

22 Farmacêutica, Mestre em Avaliação de Tecnologias de Saúde para o SUS, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, liziferranti@gmail.com - Turma 2017.

23 Médica, Doutora em Ciências da Saúde, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre jneyeloff@hcpa.edu.br

24 Médica, Doutora em Epidemiologia, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre.

Palavras-chave: custos e análise de custos; custos hospitalares; avaliação econômica em saúde; colecistectomia laparoscópica.

INTRODUÇÃO

A metodologia para análise de custos deve apresentar alto grau de precisão e confiabilidade, pois permite conhecer onde ocorre o consumo dos recursos dentro da instituição, e auxilia a tomada de decisões tanto estratégicas quanto operacionais (COSTA *et al.*, 2008). A falta de padronização de metodologia para aferir custos em saúde e o fato de não haver um sistema informatizado que possibilite a utilização entre as instituições tornam difíceis as comparações de custos entre diferentes serviços de saúde (HOFFMANN; GRAF VON DER SCHULENBURG, 2000; TAN, 2009).

Muitas instituições brasileiras utilizam o macrocusteio para mensurar seus custos, por ser de fácil aplicabilidade e ser o método aceito pela legislação para demonstrações contábeis; entretanto, seu grau de precisão nas estimativas de custo é baixo (BRASIL, 2006). O método microcusteio possui maior precisão nas estimativas, pois considera os custos por paciente, mas exige um tempo maior para sua aplicação (TAN, 2009).

Colecistectomia videolaparoscópica é o procedimento padrão-ouro para o tratamento da doença de cálculos biliares (SALIM; CUTAIT 2008), apresenta diminuição do trauma cirúrgico, menor dor pós-operatória, menor permanência hospitalar e recuperação em menor tempo que a cirurgia convencional (FAJARDO *et al.*, 2011; LENGYEL *et al.*, 2012). Este procedimento apresenta uma taxa de mortalidade inferior a 0,1% dos pacientes, e morbidade entre 3-5% (DE MENEZES *et al.*, 2016). Nos últimos cinco anos no Brasil, a colecistectomia por videolaparoscópica é uma das cirurgias mais realizadas pelo SUS sendo 8,7% do total de procedimentos eletivos, correspondendo a quase 700.000 cirurgias. Observa-se um crescimento gradual nos últimos anos; em 2012 correspondia a 25,7% das colecistectomias e em 2016 esse percentual já estava em 38,9% (BRASIL, 2018).

O objetivo deste trabalho é aferir e comparar o custo da cirurgia colecistectomia videolaparoscópica eletiva, pela perspectiva do prestador, em dois centros, utilizando a metodologia de microcusteio.

MÉTODOS

O estudo se caracteriza como um estudo transversal, descritivo e quantitativo desenvolvido em dois hospitais escola de alta complexidade do Sistema Único de Saúde (SUS). Os dados utilizados foram adquiridos do estudo multicêntrico intitulado: “Aferição de custos reais de procedimentos do sistema único de saúde através de microcusteio”, no qual ambos os hospitais em comparação fazem parte (aprovação no Comitê de Ética do HCPA; número do CAAE: 71078617.0.0000.5327).

Neste estudo utilizamos a denominação contábil para identificar custos diretos e indiretos, sendo custos diretos os ligados diretamente ao paciente e local onde ele se encontra (pessoal, materiais e medicamentos consumidos pelo paciente, depreciação de equipamentos, custo da área física), e custos indiretos os custos recebidos de outros setores do hospital, tais como recursos humanos, lavanderia, segurança, etc. A análise dos custos foi realizada pela metodologia de microcusteio aplicando *Time Driven Activity Based Costing* (TDABC), baseada na literatura, com modificações (HENDRIKS *et al.*, 2014).

Foram avaliados 40 pacientes (20 em cada hospital), no período de novembro/2017 a março/2018. A amostra foi definida considerando o volume de cirurgias que ocorre por ano nos hospitais que compuseram o estudo original com cinco centros. O fluxo do paciente e as principais atividades relacionadas ao processo foram mapeadas por entrevistas com profissionais de cada hospital. Os dados de custo foram buscados do sistema financeiro das instituições, utilizando a média dos oito primeiros meses de 2018. Para o cálculo das horas dos profissionais, foi utilizada como base os dados do mês de setembro/2018. O software *Redcap* foi utilizado para coleta de

dados, com equipe de coletadores nos hospitais, através do estudo original. A mensuração da capacidade de cada recurso e a taxa de custo de capacidade de cálculo foi realizada pela divisão do custo dos recursos pela capacidade instalada de cada área da estrutura (horas disponíveis) ou de pessoal (horas de trabalho). Os custos indiretos, calculados por macrocusteio pelos hospitais, também foram incorporados ao valor dos centros de custo centrais. Para estimativa de tempo para cada recurso usado em cada etapa do procedimento foi aplicada a multiplicação da quantidade de profissionais de cada categoria envolvida pelo tempo consumido em cada atividade (preparo, procedimento e recuperação pós-anestésica). O custo total da cirurgia por paciente foi calculado pela multiplicação dos tempos das atividades pelos custos dos recursos. Foram considerados nesses cálculos os custos de medicamentos e materiais, bem como o custo indireto recebido dos demais centros de custo do hospital. Os dados foram analisados através de sua constituição de recursos e de etapas, sendo comparados entre os dois hospitais. Os custos foram apresentados em moeda nacional, através de mediana para custos totais e parciais, além de valores mínimo e máximo para os totais.

ANÁLISE ESTATÍSTICA

A análise estatística foi realizada utilizando-se para variáveis categóricas percentual, média e intervalo de confiança; e, para variáveis contínuas, mediana e intervalo interquartil. Os custos foram apresentados em moeda nacional, através das estatísticas de mediana para custos totais e parciais por apresentarem distribuição anormal, além de valores mínimo e máximo para os totais.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As variáveis demográficas dos 40 pacientes incluídos no estudo e a indicação cirúrgica estão apresentados na tabela 1.

Tabela 1: Características dos pacientes da cirurgia em cada hospital

HOSPITAIS	HCPA ¹	HNSC ²
Amostra (n)	(n=20)	(n=20)
Sexo (M-F (%))	65 - 35	75 - 25
Idade (anos)	55,3 ± 13,8	47 ± 10,6
Origem do paciente (%)		
Porto Alegre	60	35
Região Metropolitana	30	50
Interior	10	15
Indicação cirúrgica mais frequente (%)	Episódios sintomáticos prévios (70)	Colelitíase sintomática (55)

Legenda: ¹HCPA: Hospital de Clínicas de Porto Alegre, ²HNSC: Hospital Nossa Senhora da Conceição.

Fonte: elaborado pelos autores

Durante o mapeamento do fluxo nos dois hospitais, observou-se discrepâncias no momento da internação do paciente. No Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), o momento da internação é imediatamente antes do ingresso na sala cirúrgica. No Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC) 06 pacientes internaram na unidade previamente e 14 direto no bloco cirúrgico. Os tempos médios de permanência no bloco cirúrgico (BC) e na sala de recuperação (SR) respectivamente foram 176 e 193 minutos no HCPA, e 229 e 605 minutos no HNSC.

Para o cálculo dos custos totais utilizou-se os custos diretos e indiretos. Os custos diretos foram considerados os recursos de pessoal, materiais e medicamentos, serviços de terceiros, amortização e depreciação de bens. Para os custos indiretos foram considerados os custos da administração, recursos humanos, segurança, rouparia, etc. Os custos diretos, indiretos e totais da cirurgia estão demonstrados na tabela 2.

Tabela 2: Custos Diretos, Indiretos e Totais da cirurgia em cada hospital

HOSPITAL		HCPA ¹	HNSC ²
Amostra (n)		(n = 20)	(n = 20)
Custos Diretos (R\$)	Custo Mediano (IIQ)³	1.493,22 (1.385,73 – 1.809,86)	1.464,05 (1.345,98 – 1.672,22)
Custos Indiretos (R\$)	Custo Mediano (IIQ)	581,34 (494,30 – 729,77)	865,47 (785,91 – 1.047,66)
Custos Totais (R\$)	Custo Mediano (IIQ)	2.035,61 (1.878,49 – 2.462,54)	2.297,15 (2.193,39 – 2.922,28)
	Custo Máximo – Mínimo	3.440,11 – 1.500,99	3.269,80 – 1.570,07

Legenda: ¹HCPA: Hospital de Clínicas de Porto Alegre; ²HNSC: Hospital Nossa Senhora da Conceição; ³IIQ: Intervalo Interquartil.

Fonte: elaborado pelos autores

Os custos indiretos foram incluídos neste trabalho segundo as informações recebidas dos sistemas financeiros dos hospitais, que utilizam como sistema de custos a metodologia de macrocusteio. Os dados que compõe este valor são referentes aos custos recebidos dos demais centros de custo do hospital e incorporados aos centros de custo onde os pacientes que realizaram a cirurgia passaram (bloco cirúrgico e sala de recuperação), considerando o tempo de permanência de cada paciente nestas áreas. Comparando o custo das estruturas nos dois hospitais, o valor/hora indireto no bloco do HNSC é 13% superior ao do HCPA; já a sala de recuperação no HNSC tem valor/hora indireto 11% menor do que o HCPA.

Na tabela 3, demonstramos os custos medianos diretos separados pelos recursos de pessoal, estrutura e materiais e medicamentos em cada hospital.

Tabela 3: Custo Mediano Direto dos recursos da cirurgia em cada hospital

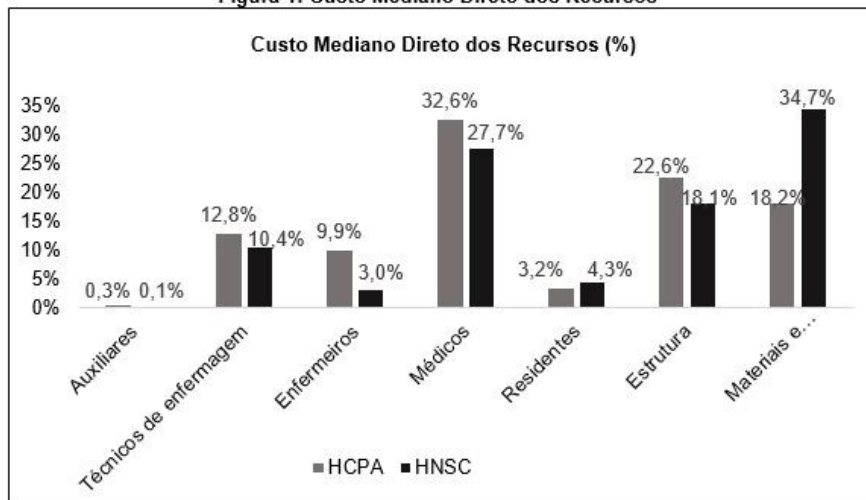
HOSPITAL		HCPA ¹	HNSC ²
Amostra (n)		(n = 20)	(n = 20)
Pessoal	Custo Mediano (R\$) (IIQ) ³	883,59 (811,11 – 1.081,32)	734,91 (570,43 – 871,31)
Estrutura	Custo Mediano (R\$) (IIQ)	346,10 (290,31 – 440,44)	259,69 (232,22 – 314,64)
Materiais e Medicamentos	Custo Mediano (R\$) (IIQ)	297,02 (272,21 – 324,47)	572,49 (255,40 – 606,63)

Legenda: ¹HCPA: Hospital de Clínicas de Porto Alegre; ²HNSC: Hospital Nossa Senhora da Conceição; ³IIQ: Intervalo Interquartil.

Fonte: elaborado pelos autores

O custo mediano direto total dos hospitais foi detalhado referente ao custo dos seus recursos em termos percentuais, onde o custo de pessoal – recurso com maior valor agregado - foi discriminado em suas categorias profissionais (figura 1).

Figura 1: Custo Mediano Direto dos Recursos



Fonte: elaborado pelos autores

Para fins deste estudo, o procedimento foi dividido em três macro atividades: i) Pré procedimento: espera que compreende desde a entrada do paciente na sala de preparo até sua entrada na sala ci-

rúrgica; ii) Procedimento: momento da realização da cirurgia; iii) Pós procedimento: fase de recuperação do paciente; considerado o período de permanência na SR. Na tabela 04 apresentamos os custos médios diretos, para cada uma das etapas descritas acima.

Tabela 4: Custo Mediano Direto das etapas da cirurgia em cada hospital.

HOSPITAL		HCPA ¹	HNSC ²
Amostra (n)		(n = 20)	(n = 20)
Pré Procedimento	Custo Mediano (R\$) (IIQ)³	178,42 (140,36 – 220,96)	131,95 (107,07 – 157,37)
Procedimento	Custo Mediano (R\$)(IIQ)	1.153,37 (1.006,43 – 1.477,88)	1.150,20 (1.101,31 – 1.360,61)
Pós Procedimento	Custo Mediano (R\$)(IIQ)	179,62 (177,23 – 182,69)	107,94 (90,65 – 129,02)

Legenda: ¹HCPA: Hospital de Clínicas de Porto Alegre; ²HNSC: Hospital Nossa Senhora da Conceição; ³IIQ: Intervalo Interquartil.

Fonte: elaborado pelos autores

Ao verificar o custo mediano total nos dois hospitais (HCPA: R\$2.035,61; HNSC: R\$2.297,15), observa-se um custo de 12,8% mais elevado no HNSC. Entre as justificativas para este resultado destaca-se que os tempos de permanência médio no HNSC são superiores ao do HCPA (30% superior no bloco cirúrgico e 213% superior na sala de recuperação). Esta variação de tempo médio do procedimento entre os hospitais fez com que o custo mediano indireto no HNSC ficasse 48,8% superior ao do HCPA para a cirurgia em questão. Em relação a este item optamos por não ajustar os dados pois consideramos que os tempos de permanência dos pacientes nas áreas fazem parte do processo de cada hospital, sendo uma possibilidade de melhoria a otimização destes tempos.

Outra justificativa para a diferença está relacionada aos custos de materiais e medicamentos, onde o custo mediano deste recurso foi 92,7% superior no HNSC. Verificou-se que os medicamentos anestésicos inalatórios (sevoflurano e isoflurano), que têm um custo

unitário do frasco com valor bem elevado comparado com os demais itens, não possuem uma padronização entre as duas instituições na forma de lançá-los na nota de sala. No HNSC o lançamento na nota de sala do paciente é por frasco, enquanto no HCPA é por mililitros. Ao examinar os custos destes itens considerando o custo por paciente, a média de custo no HCPA ficou em R\$11,39 e no HNSC R\$268,90, o que explica a diferença encontrada no custo de materiais e medicamentos entre as instituições. Ao realizar uma análise de sensibilidade, exclui-se os custos dos anestésicos em ambos os hospitais, ficando o custo mediano total R\$2.024,22 no HCPA e R\$2.028,25 no HNSC, ou seja, o custo do HNSC, que era 12,8% superior, ficou apenas 0,2% maior; o que nos faz questionar a forma de lançamento dos materiais nos hospitais.

Outro item de discrepância nos valores das instituições foi observado quando valorado os custos de estrutura (serviços e bens, amortização e depreciação de equipamentos, serviços de terceiros e insumos lançados no setor). Analisando o custo das estruturas, verificou-se que o HCPA apresenta valor/hora maior em suas áreas (73% maior no BC e 97% maior na SR). Porém, como o tempo de permanência dos pacientes nas áreas é menor no HCPA, esta diferença no custo total da estrutura (tempo de permanência x valor/hora) não ficou tão grande quanto a diferença do valor/hora, apresentando um custo mediano superior de 33,3% no HCPA.

Analisando os custos de pessoal, o grupo de enfermeiros apresenta a maior diferença entre as instituições, sendo 273% maior no HCPA, devido ao valor/hora maior e ao número de horas mensuradas destes profissionais para este procedimento ser superior ao dobro do tempo do HNSC.

Não há estudos de custo através de microcusteio para esta cirurgia no país, o que impossibilita a comparação dos custos aqui encontrados com achados da literatura. Em relação à estudos internacionais, há alguns utilizando microcusteio, porém com análises diferentes. Um estudo na Colômbia aferiu os custos da videocolecistectomia anali-

sando o período total da internação, encontrando um valor de \$995 dólares por cirurgia (FAJARDO *et al.*, 2011). Outro estudo no México analisou o custo de 94 colecistectomias por vídeo, incluindo custos de insumos totais da internação e custos de pessoal, equipamentos e instrumentais da cirurgia, e excluindo os custos de pessoal pré e pós-operatório e custos da estrutura do hospital, encontrando o valor de \$1.063 dólares por cirurgia (ESCUDERO *et al.*, 2011). Como os estudos foram realizados com abordagens diferentes, não foi possível realizar a comparação entre este trabalho e a literatura internacional.

De acordo com o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP), que contém, entre outras informações, o valor pago por procedimentos realizados no SUS, verificou-se que o valor de remuneração para a cirurgia de colecistectomia videolaparoscópica é de R\$693,05. Sabe-se que, além destes valores, os hospitais recebem diferentes fontes de recursos, como incentivos estaduais e federais, porém, não é possível relacionar essas quantias a um procedimento específico. Considerando como referência a *sigtap*, o valor da tabela corresponde a apenas 34% do custo real do HCPA e a 30% do custo real do HNSC, demonstrando a defasagem dos valores da tabela SUS em relação aos custos reais deste procedimento (BRASIL, 2019).

As informações obtidas neste estudo são relevantes para os gestores do SUS; a partir de dados analisados identifica-se oportunidades de melhorias nos processos, com objetivo de aumentar a eficiência nos hospitais. O estudo levanta importantes questões sobre formas de lançamentos de medicamentos no sistema, tempos de permanência dos pacientes nas áreas e eficiência nos gastos com recursos humanos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho apresentou os custos da cirurgia eletiva de colecistectomia videolaparoscópica em dois hospitais escola de alta com-

plexidade, através da metodologia de microcusteio, analisando seus custos totais e parciais.

Como pontos fortes deste trabalho, destaca-se a utilização da metodologia apresentada, desenvolvida em dois hospitais utilizando microcusteio e TDABC, demonstrando que é uma metodologia factível de ser implementada em outros hospitais a fim de aumentar a especificidade dos custos em saúde no país.

Uma limitação deste estudo é o fato de utilizar o método de macrocusteio para incluir os custos indiretos ao valor total, o que diminui a especificidade do custo total apresentado. Outra consideração importante é o fato de ambas as instituições analisadas serem hospitais de alta complexidade, com mais de 800 leitos; portanto, talvez os custos aqui encontrados desta cirurgia sejam diferentes quando realizadas em hospitais menores, devido ao custo diferenciado das estruturas e especificidades dos profissionais, dificultando a generalização dos achados deste estudo.

Como sugestão para futuros trabalhos é proposto realizar o custo desta cirurgia em hospitais menores e em diferentes regiões do país, a fim de comparar o custo do mesmo procedimento em hospitais de portes e regiões diferentes. Outra sugestão é ampliar a amostra para o período total da internação, com a finalidade de consolidar a metodologia de microcusteio para estudos de análise econômica em saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Economia da Saúde. *Programa Nacional de Gestão de Custos: manual técnico de custos - conceitos e metodologias*. Brasília.: Editora do Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/06_0243_M.pdf. Acesso em: 27/07/2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Sigtap. Departamento de informática do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>. Acesso em: 05/01/2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. SIHSUS – Sistema de Informações Hospitalares do SUS. *Departamento de Informática do SUS*, 2018. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/hospitales/sihd>>. Acesso em 15/08/2018.

COSTA, Carlos. *et al*. A importância do apuramento de custos por doente: metodologias de estimação aplicadas ao internamento hospitalar português. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, v. 7, p. 131-146, 2008. Disponível em: <https://run.unl.pt/bitstream/10362/19706/1/RUN%20-%20RPSP%20-%202008%20-%20V.%20Tematico%20n7a07%20-%20p.131-146.pdf>. Acesso em: 26/07/2017.

DE MENEZES, Francisco J. C. *et al*. Total cost of hospitalization of patients undergoing elective laparoscopic cholecystectomy related to nutritional status. *Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva: ABCD*, v. 29, n. 2, p. 81–85, 2016. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4944740/>. Acesso em: 10/08/2018.

ESCUADERO, Guillermo S. *et al*. Costos directos de colecistectomías abierta y laparoscópica. *Rev Med Inst Mex Seguro Social*, v. 49, n. 4, p. 353-360, 2011.

FAJARDO, Roosevelt. *et al*. Cost-effectiveness of laparoscopic versus open cholecystectomy. *Biomédica*, v. 31, n. 4, p. 514–524, 2011. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S012041572011000400006&lng=en&nrm=iso&tln-g=em. Acesso: 24/07/2017.

HENDRIKS, Marleen E. *et al.* Step-by-step guideline for disease-specific costing studies in low- and middle-income countries: a mixed methodology. *Global Health Action*, v. 7, p. 235-73, 2014. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/261255077_Step-by-step_guideline_for_disease-specific_costing_studies_in_low_and_middle-income_countries_a_mixed_methodology. Acesso em: 01/09/2017.

HOFFMANN Christiane; GRAF VON DER SCHULENBURG J. Matthias. The influence of economic evaluation studies on decision making.: A European survey. *Health Policy*. v. 52, n. 3, p. 179–192, 2000.

LENGYEL, Balazs I. *et al.* Laparoscopic cholecystectomy: What is the price of conversion? *Surgery*, v. 152, n. 2, p. 173–178, 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3667156/>. Acesso em: 10/08/2018.

SALIM, Marcelo T.; CUTAIT, Raul. Videolaparoscopy complications in the management of biliary diseases. *ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva*. São Paulo, v. 21, n. 4, p. 153–157, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abcd/v21n4/v21n4a01.pdf>. Acesso em: 09/08/2018.

TAN, Siok. S. Microcosting in economic evaluations: Issues of accuracy, feasibility, consistency and generalisability. *Rotterdam: Erasmus University Rotterdam*, 2009. Disponível em: <<https://repub.eur.nl/pub/17354/>>. Acesso em: 02/09/2017.

TECNOLOGIAS EDUCACIONAIS IDENTIFICADAS EM PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL COM FOCO EM SAÚDE MENTAL NO BRASIL

Gabrieli Machado²⁵

Ananyr Porto Fajardo²⁶

Quelen Tanize Alves da Silva²⁷

Resumo

Marco teórico: Os programas de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS), desenvolvidos em serviço, utilizam tecnologias educacionais (TEs) mediadas por metodologias ativas, participativas e dialógicas. Este estudo foi voltado a programas de Residência Multiprofissional com foco em saúde mental (PRM-SM) no Brasil. Objetivos: Conhecer se e como estas tecnologias estão incluídas nos projetos pedagógicos e planos de ensino dos cursos mencionados, bem como em seus modelos technoassistenciais e pedagógicos. Adicionalmente, conhecer o quantitativo de profissões envolvidas. Métodos: Estudo qualitativo de natureza exploratória. Após busca virtual em fontes pertinentes e contato telefônico com outros setores relevantes, foram encontrados oitenta programas de formação em Saúde Mental nas modalidades uni e multiprofissional. A aproximação sucessiva sobre as especificidades necessárias resultou em vinte e sete PRM-SM vigentes em março de 2017. O foco da análise foi a menção ou ausência de TEs em documentos públicos referentes aos Programas de RMS cadastrados, sendo os dados examinados mediante análise de conteúdo temática. Resultados e discussão: A distribuição geográfica dos PRM-SM nas cinco regiões brasileiras é desigual – nove estão localizados no Sudeste, oito no Sul, sete no Nordeste, dois no Norte e nenhum no Centro-Oeste. Também há importante disparidade na variedade de profissões incluídas e no número de vagas oferecidas a cada núcleo profissional. Não existe padronização nas informações explicitadas em documentos oficiais públicos referentes à formação de especialistas em saúde mental. A organização pedagógica também é diversa, bem como as TEs mencionadas e sua conceituação, neste caso podendo caracterizar algum grau de confusão entre ambiente e

25 Enfermeira, Mestre em ATS SUS – Turma 2015, Especialista em Saúde Mental, CAPSi, SMS Sapucaia do Sul/RS, gabrielimachadomp@gmail.com.

26 Odontóloga, Doutora em Educação, Mestre em Odontologia, Coordenadora do Curso Superior de Tecnologia em Gestão Hospitalar – FaCS, Docente Permanente do Mestrado Profissional Avaliação em Tecnologias de Saúde do GHC, Porto Alegre/RS.

27 Fisioterapeuta, Doutora em Saúde Coletiva, Mestre em Educação, Especialista em Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, atua na subsecretaria de Atenção em Saúde do Estado do Espírito Santo, Espírito Santo/ES.

tecnologia propriamente dita. Não foi possível identificar propostas para formação dos egressos dos programas no uso de TEs, um elemento importante considerando-se a dimensão do país e a diversidade de acesso presencial a serviços de saúde e educação. Considerações finais: O uso de tecnologias educacionais na formação em saúde em serviço pode potencializá-la ao fomentar a reflexão crítica e política frente aos conteúdos teóricos e práticas tradicionais de atenção em saúde. Para tal, é necessário que sejam verdadeiramente incorporadas aos cursos em pauta, de modo a refletir o que é informado nos respectivos documentos públicos oficiais que regem o funcionamento de cada programa examinado. Ainda mais, para tornar o processo de ensino-aprendizagem flexível, integrador, interativo e inovador.

Palavras-chave: avaliação de tecnologia em saúde; tecnologia educacional; programa de residência multiprofissional em saúde; Sistema Único de Saúde; saúde pública.

INTRODUÇÃO

As tecnologias em saúde compreendem um conjunto de aparatos com o objetivo de promover a saúde, prevenir e tratar as doenças e reabilitar as pessoas, abrangendo: medicamentos, dispositivos médicos, vacinas, procedimentos e sistemas desenvolvidos para resolver um problema de saúde e melhorar a qualidade de vida (BRASIL, 2005b). Portanto, incluem, além de medicamentos, equipamentos e procedimentos técnicos, os sistemas organizacionais, informacionais, educacionais e de suporte e os programas e protocolos assistenciais por meio dos quais a atenção e os cuidados com a saúde são prestados à população (BRASIL, 2005b). Trata-se, assim, de toda e qualquer forma de conhecimento que puder ser aplicado para a promoção, prevenção ou reabilitação da saúde de indivíduos ou populações, sendo as tecnologias educacionais (TEs), tecnoassistências e pedagógicas em saúde o foco deste relato.

Segundo Merhy (2002), as tecnologias de produção do cuidado em saúde subdividem-se em três categorias: as tecnologias leves, referentes a relações de produção de vínculo, acolhimento e gestão dos processos de trabalho; as tecnologias leve-duras, relacionadas aos saberes já estruturados, tais como a clínica médica e a epide-

miologia; e as tecnologias duras, representadas pelos equipamentos tecnológicos, normas e estruturas organizacionais.

Os programas de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) ganham visibilidade com a Lei Federal nº 11.129/2005, que criou a Residência em Área Profissional da Saúde, sendo esta uma modalidade de ensino de pós-graduação em saúde *lato sensu* (BRASIL, 2005a). Feuerwerker considera que “é nesse território que se produzem os encontros e a possibilidade de uma construção efetivamente negociada, pois aí é que se pode fabricar autonomia para os usuários” (FEUERWERCKER, 2014, p. 62).

Estes programas fazem uso de tecnologias educacionais a partir das necessidades dos territórios, respondendo às necessidades dos sujeitos. Assim, a formação conecta-se às práticas dos profissionais, potencializando-as por meio do uso de metodologias ativas, participativas e dialógicas de aprendizagem (SILVA; CABALLERO, 2010).

A proposta deste estudo foi embasada na Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) no contexto das tecnologias educacionais, sendo o objeto de investigação os documentos oficiais dos Programas, entre eles o Projeto Político Pedagógico e o plano de ensino de Programas de Residência Multiprofissional em Saúde, área de concentração em Saúde Mental, do Brasil; as concepções de modelo tecnoassistencial e pedagógico dos Programas

identificados; e a compreensão das concepções de modelo tecnoassistencial e pedagógico dos programas abordados.

O objetivo geral foi analisar e investigar a presença ou ausência de TEs em Programas de Residência Multiprofissional em Saúde, área de concentração em Saúde Mental, do Brasil, a partir da perspectiva da Política Nacional de Saúde Mental. Especificamente, almejou-se conhecer o Projeto Político Pedagógico e o plano de ensino de Programas de Residência Multiprofissional em Saúde, área de concentração em Saúde Mental além de outros documentos publicizados no país e identificar as concepções de modelo tecnoassistencial e pedagógico dos programas.

Com base nas discussões apresentadas e como proposta de contribuição à avaliação de TEs em saúde e no campo da saúde mental coletiva, esta pesquisa pretendeu sustentar que os programas de RMS, área de concentração em saúde mental, podem ser considerados como dispositivo pedagógico technoassistencial potencializador de mudanças na formação de trabalhadores de saúde e no modo de cuidar e nas equipes de saúde no que tange aos seus Projetos Político-Pedagógicos.

MÉTODOS

Este estudo qualitativo teve natureza exploratória, tendo sido utilizada a análise de conteúdo temática para a elaboração do corpus e categorização de elementos (MINAYO, 2008).

Em fevereiro de 2017, foi realizado a busca virtual sobre os Programas cadastrados no Sistema da Comissão Nacional de Residência Médica (SisCNRM). E, entretanto, não havia informações oficiais sobre eles e nem foram encontrados dados disponíveis em *sites* de busca sobre RMS, como SIG²⁸ Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde (<http://sigresidencias.saude.gov.br/>). Como estas informações não foram localizadas, em março de 2017 foi realizado contato via endereço eletrônico disponibilizado na internet com a Equipe Técnica da Residência Multiprofissional, CGRS/DDES/SESu/MEC²⁹, que disponibilizou a planilha de programas cadastrados no SisCNRM, cursos de especializações, entre eles Programas de RMS e Uniprofissional, resultando em oitenta programas de formação em Saúde Mental, incluindo as modalidades do tipo Uniprofissional e Multiprofissional.

A segunda etapa foi delimitar a busca a partir da “Área Temática/Conhecimento” pelo termo “saúde mental”, sendo este o filtro inicial

28 Sistema de Informações Gerenciais do Pró-Residências.

29 Coordenação Geral de Residências em Saúde/Diretoria de Desenvolvimento da Educação em Saúde/Secretaria de Educação Superior/ Ministério da Educação

da pesquisa. Esta busca incluiu programas de formação em Saúde Mental, não havendo discriminação entre os Programas de RMS ou outros tipos de especializações. A terceira etapa identificou o “Tipo do Programa”, tendo sido considerados aqueles denominados como “Programas Multiprofissionais” em saúde, levando em conta os objetivos do estudo; resultaram setenta e um programas cadastrados. Na quarta etapa, foram excluídos os Programas que indicavam especificidades relacionadas a ciclos da vida e consumo de substâncias psicoativas (SPA), restando sessenta e seis. Na última etapa, foram buscados os programas intitulados “Residência”, tendo sido encontrados cinquenta e um Programas de Residência Multiprofissional em Saúde Mental. Dentre estes, vinte e sete Programas de Multiprofissional em Saúde estavam em vigência em março de 2017, recorte temporal da pesquisa.

Foram examinados à luz da legislação relacionada à atenção em saúde mental vigente no país. A pesquisa bibliográfica no *site* do Ministério da Saúde e na rede virtual possibilitou a identificação dos documentos oficiais que resultam do modelo e reorientação do cuidado em saúde mental.

Para enfocar a proposta pedagógica dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde, área de concentração em Saúde Mental, seu modelo tecnoassistencial e os aspectos relacionados à formação do residente em saúde, foram buscados documentos oficiais das instituições de ensino e instituições formadoras com o objetivo de comparar estes elementos com as Políticas de Saúde Mental em vigência. Assim, foram analisados os documentos disponibilizados por meio público como Editais de Seleção em Programas, Projeto Pedagógico (PP) e Regimento Interno, entre outros.

A leitura da informação pública de cada programa selecionado foi acompanhada pela comparação com os documentos oficiais, sendo estabelecidas as categorias temáticas para buscar compreender se existiam descrições sobre os modelos tecnoassistenciais adotados e o atendimento às diretrizes da atenção em saúde mental

propostas para o processo de formação em RMS dos Programas escolhidos.

Para organizar a leitura dos dados relevantes, foi elaborado um roteiro para registrá-los a partir dos seguintes documentos de acesso público: editais de processo seletivo em Programas, Projeto Político Pedagógico e Regimento Interno. Foram examinados para verificar a proposta pedagógica do curso e sua concretude, por meio da organização do percurso pedagógico dos residentes, na perspectiva da Política Nacional de Saúde Mental. O foco específico da análise foram as tecnologias educacionais presentes ou não em documentos públicos referentes aos Programas de RMS cadastrados. Mesmo sendo documentos públicos, optou-se por não identificar as instituições responsáveis pelos programas no intuito de preservar o anonimato de sujeitos envolvidos na sua elaboração (BRASIL, 2016). Para fins de apresentação nesta produção, os nomes dos programas foram ordenados aleatoriamente, sendo identificados mediante numeração seguida da respectiva região de origem. Por exemplo, P2SU é o segundo programa na ordem estabelecida e oriundo da região Sul do Brasil.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a identificação dos vinte e sete Programas de Residência Multiprofissional em Saúde vigentes em março de 2017, buscou-se sua distribuição geográfica, a instituição que oferece o programa, onde é desenvolvido e o ano de cadastro no SisCNRMS. Como proposta para a apresentação dos resultados, a análise partirá das regiões brasileiras, permitindo conhecer sua distribuição geográfica. Foram encontradas 297 vagas no país distribuídas entre os Programas de RMS credenciados, sendo a maioria deles oferecida por instituições formadoras públicas, conforme o Quadro 1.

Quadro 1 – Perfil dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde com foco em Saúde Mental vigentes em março de 2017.

Região e nº de PRM-SM	Núcleos Profissionais e nº de vagas		Vagas por região
Sul (SU) 8 PRM-SM	Educação Física Enfermagem Farmácia Fisioterapia Nutrição Psicologia Serviço Social Terapia Ocupacional	06 16 02 01 04 22 16 11	78
Sudeste (SE) 9 PRM-SM	Enfermagem Psicologia Serviço Social Terapia Ocupacional	21 23 22 17	83
Nordeste (NE) 7 PRM-SM	Educação Física Enfermagem Farmácia Fonoaudiologia Nutrição Odontologia Psicologia Serviço Social Terapia Ocupacional	17 27 09 01 04 01 25 21 17	122
Norte (NO) 2 PRM-SM	Educação Física Enfermagem Psicologia Serviço Social	02 04 04 04	14
Centro-Oeste (CO) 0 PRM-SM	0		0
Nº total de vagas no país em PRM-SM			297

Fonte: Editais dos Programas (2016, 2017).

Pode-se observar a desigualdade de oferta de vagas entre as regiões do país. O único núcleo profissional que está presente em vinte

e seis Programas, exceto em um da região Sul, é a psicologia. Já os núcleos de fonoaudiologia e de odontologia estão incluídos em um único programa na região Nordeste. O núcleo de fisioterapia também está incluído em apenas um programa na região Sul.

Algumas considerações precisam ser destacadas para iniciar a discussão. Em busca de conhecimento e sistematização das informações das TEs, pensou-se em mapear os Programas de RMS, área de concentração em saúde mental, a partir do contato com a Equipe Técnica da Residência Multiprofissional. Entretanto, alguns Programas não constavam no levantamento dos Programas cadastrados no SisCNRM. Assim, alguns deles, mesmo havendo relevância no enunciado documental, não foram contemplados na busca devido ao método de pesquisa definido, não tendo sido incluídos em respeito ao delineamento da pesquisa.

As informações explicitadas em documentos oficiais foram variadas, no sentido de não haver uma padronização quanto a elementos públicos disponibilizados aos profissionais em saúde enquanto exigência para a formação do especialista em saúde mental. Os resultados demonstraram falta de uniformidade entre os Programas estudados, pois a pesquisa permitiu considerar uma gama de possibilidades relacionadas à organização pedagógica. Não foram encontrados instrumentos para análise dos Programas que recomendassem a inserção de TEs no processo formativo através de RMS. Entretanto, sugere-se que, além da necessidade de promover articulações entre teoria e práticas profissionais, a incorporação de TEs nas práticas pedagógicas dos programas de formação em saúde pode permitir a interação entre todos os envolvidos no processo de formação de trabalhadores em saúde, integrando atenção com responsabilidade, com ética e com visão transformadora.

Observa-se que o avanço no mundo tecnológico traz diversas possibilidades, sendo relativo e complexo pensar quais tecnologias as instituições do campo da educação devem manter, alterar ou adotar, pois “não são os recursos que definem a aprendizagem, são as

pessoas, o projeto pedagógico, as interações, a gestão (...) o mundo digital afeta todos os setores, as formas de produzir, de vender, de comunicar-se e de aprender” (MORAN, 2013, p. 12). Considerando o contexto geral das transformações sociais nas últimas três décadas, as tecnologias foram empregadas nas nossas vidas e o maior impacto na esfera das tecnologias ocorreu no acesso à informação disponível na *web*. Estas mudanças também culminaram na forma tradicional de se “fazer educação”, e os recursos tecnológicos são cada vez mais frequentes em ambientes de aprendizagem (ZIEDE; SILVA; PEGORARO, 2016).

As inovações das Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs) vêm alterando de forma significativa os espaços de ensinar e aprender, facilitando o acesso à informação, mas persiste a necessidade de seleção da informação, ao mesmo tempo em que urge transformar a informação em conhecimento (BARIN; BASTOS; MARSHALL, 2013). Logo, a utilização de TICs na construção pedagógica de Programas de RMS – Saúde Mental (RMS-SM) pode facilitar a evolução frente às demandas informatizadas. Diversas estratégias do mundo virtual são elaboradas e já utilizadas na educação e podem favorecer a formação dos profissionais de saúde através destes recursos tecnológicos.

O uso de TICs como ferramenta de auxílio à construção do conhecimento pode favorecer a formação do profissional em saúde. Porém, estas estratégias por si só não promovem a aprendizagem, pois existe a relação entre as tecnologias duras, neste caso a utilização do *software*; tecnologias leve-duras, como a aprendizagem através de teorias educacionais; e leves, como a relação do aprendiz ao mundo virtual. Exemplos de ferramentas que permitem integrar o mundo virtual à aprendizagem são os ambientes virtuais de ensino e aprendizagem como o *Moodle*, chats, fóruns de discussão, questionários, blogs e e-portfólios, entre outros.

Kenski (2012) discute o uso de Tecnologias Educacionais na educação:

Os ambientes digitais de aprendizagem estão se expandindo para além dos computadores, por mais potentes que esses possam ser. O futuro tecnológico da educação tem se direcionado para pequenas soluções na forma de aparelhos leves e portáteis, mas com muita potência. São computadores portáteis, *palms*, agendas eletrônicas e telefones celulares de última geração. Novas formas híbridas e interativas de uso das tecnologias digitais incorporam todos os tipos de aparelho que tenham uma telinha e os transformam, também, em espaços virtuais de aprendizagem em rede. Por meio dessas telas, sejam de televisores, sejam de relógios de pulso, os alunos podem interagir com professores e colegas, conversar e realizar atividades educacionais em conjunto. (KENSKI, 2012, p. 120)

Desta maneira, a utilização de Tecnologias de Informação e Comunicação tem adquirido força quanto ao uso no meio pedagógico e as TEs entram na era tecnológica digital da modernidade em termos de praticidade, flexibilidade e agilidade do cotidiano de trabalhadores e profissionais em formação. A utilização de TICs no ambiente educacional em Programas de RMS-SM pode indicar a capacidade da incorporação de diversas tecnologias duras, como a utilização de mídias de comunicação e outras que facilitarão a interatividade e comunicação entre profissionais e docentes, preceptores e tutores e demais envolvidos no processo educacional na formação do profissional de saúde. Para tal, podem ser utilizadas como estratégias para a aprendizagem teórica e teórico-prática, garantindo sua transformação em tecnologias leve-duras e até mesmo leves, quando utilizadas na relação com o outro.

Muitas dessas tecnologias que vêm sendo abordadas já estão sendo adotadas em Programas de formação estudados, como é exemplificado a seguir:

Cursos oferecidos na modalidade presencial também utilizam a plataforma *Moodle* para atividades desenvolvidas a distância. Enquanto ambiente virtual de aprendizagem, o *Moodle* disponibiliza ferramentas e recursos para acesso aos conteúdos do curso em formato digital e para comunicação entre alunos, professores e coordenação. (P2SU)

Estratégias educacionais teórico-práticas são aquelas que se dão por meio de simulação em laboratórios, ações em Território de saúde e instâncias de controle social, em Ambientes Virtuais de Aprendizagem, análise de casos clínicos no cenário de prática e ações de saúde coletiva, comitês etc. (...) Teórico-prática: laboratórios, ações em Território de saúde e instâncias de controle social, em AVA, análise de casos clínicos no cenário de prática e ações de saúde coletiva, comitês etc. (P4SU)

Utilização do computador: para abordagem da atenção em saúde mental, com a utilização de vídeos de orientações, utilização dos recursos de teleeducação e teleassistência via website, manuais eletrônicos e encontros presenciais para capacitações com enfoque na educação permanente em serviço para construção de novos conhecimentos. A utilização de ações vinculadas ao Programa Telessaúde Brasil Redes, buscando-se qualificar a qualidade do atendimento e da atenção básica no Sistema Único da Saúde (SUS), integrando serviços da rede de atenção psicossocial, integrando ensino e serviço, por meio de ferramentas de tecnologias da informação, que possam oferecer condições para auxiliar na promoção da Teleassistência e a Teleeducação. (...) O Núcleo de Telessaúde Técnico Científico desenvolvido pela instituição, integra o Programa Telessaúde Brasil Rede, em parceria com a Rede RUTE. (P5SE)

Um ambiente educacional estruturado pode garantir aos profissionais de saúde em formação um aprendizado qualificado quanto às tecnologias de informação e comunicação, permitindo maior análise e avaliação dos conteúdos eletrônicos que são informados, além de potencializar a formação de profissionais críticos, criativos e efeti-

vos de ferramentas de produtividade, ficando facilitado assim a tomadas de decisões na área da saúde. Acredita-se que a utilização das TICs pode fomentar práticas pedagógicas mediadas pelas TEs no processo de ensino-aprendizagem, tornando o ensino mais dinâmico e interativo e permitindo interfaces entre a teoria e a prática. Além disso, a provisão de ambientes educacionais acolhedores, afetivos e equipados com multimídias para as diferentes atividades teóricas, práticas e teórico-práticas conectadas com tecnologias digitais pode ser atrativa, podendo ser flexibilizadas para garantir a formação em saúde de forma a organizar processos de educação permanente em saúde e, assim, facilitar o aprendizado.

Rangel *et al.* (2012) referem que a interlocução entre os sujeitos, os ambientes e as tecnologias podem favorecer e fomentar a interatividade a partir de Ambientes Virtuais de Aprendizagem (AVA), potencializando atividades com práticas colaborativas, escritas hipertextuais e que favoreçam a educação online.

A utilização e apropriação das TEs são necessárias no processo de qualificação dos sistemas e serviços de saúde e o avanço das TIC atravessa os modos de agir humano desde a construção do saber até as relações entre ciência, educação, sociedade e trabalho (RANGEL *et al.*, 2012).

As informações na página do PINO indicam que no domínio de “ambiente acadêmico” há descrição de EAD³⁰ – Departamento de Educação à Distância; EAD – Ambiente Virtual de Aprendizagem – Moodle; Biblioteca; Sala Virtual, entre outros. Entretanto, não foi possível afirmar que os Programas de RMS realmente utilizam estes recursos tecnológicos. Na página também foi informado que existe o Projeto EduCAPES³¹, explicando que este portal compila objetos educacionais abertos para uso de alunos e professores da educação básica, superior e pós-graduação que busquem aprimorar seus co-

30 Ensino a distância.

31 Portal educacional on line disponível em <https://educapes.capes.gov.br/>

nhcimentos. Informa ainda que o EduCAPES conta com um acervo com milhares de objetos de aprendizagem, incluindo textos, livros didáticos, artigos de pesquisa, teses, dissertações, vídeo-aulas, áudios, imagens e quaisquer outros materiais de pesquisa e ensino que estejam licenciados de maneira aberta, publicados com autorização expressa do autor ou que estejam sob domínio público. Quando foram buscadas maiores informações no portal, ele encontrava-se em manutenção e o acesso para AVA e Salas Virtuais exigia senha.

Quanto a outros recursos tecnológicos e estratégias educacionais, são informados:

A Rede Universitária de Telemedicina é uma iniciativa que visa a apoiar o aprimoramento da infraestrutura para telemedicina já existente em hospitais universitários, bem como promover a integração de projetos entre as instituições participantes. A RUTE é uma iniciativa do Ministério da Ciência e Tecnologia, apoiada pela Financiadora de Estudos e Projetos (FINEP) e pela Associação Brasileira de Hospitais Universitários (ABRAHUE), sob a coordenação da Rede Nacional de Ensino e Pesquisa (RNP). (P6SU)

A [instituição]³² possui dois laboratórios de informática que servem de espaço para os alunos desenvolverem o manuseio de dados, equipados com 28 computadores possibilitando ao aluno pesquisar, organizar, guardar, tratar, calcular e processar informações, de modo a utilizar adequadamente softwares, em geral. Também conta com um Laboratório de Procedimentos de Ensino que é um espaço para os alunos desenvolverem competências através das práticas laboratoriais associadas aos conteúdos dos cursos. Está equipado com todo instrumental, aparelhos e material de consumo necessário para subsidiar a prática, favorecendo um aprendizado diferenciado e seguro. Este laboratório será usado para a prática dos cursos

32 O termo “instituição” entre colchetes substitui o nome do programa de formação, da Universidade, da escola de formação, da instituição de ensino, instituição formadora ou mesmo instituição executora que oferta o curso.

técnicos de enfermagem, hemoterapia e vigilância em saúde, além de outros cursos de qualificação técnica. (P8SU)

O P1SU informa ainda que conta com 152 laboratórios de ensino divididos por prédios e cursos em sua área estrutural. Entretanto, esta informação foi apresentada em 2012 e não há informações quanto ao uso destes laboratórios pela RMS. O P5SE apresenta o telessaúde³³ e informa que o Núcleo de Telessaúde Técnico Científico integra o Programa Telessaúde Brasil Rede, em parceria com a Rede RUTE³⁴. Informa ainda que o programa Telessaúde foi criado em 2010 a partir da criação da SIG³⁵ TeleEnfermagem em saúde mental, e que foram criados espaços para compartilhamento de ideias, esclarecimento de dúvidas e registro de postagens com o objetivo de ampliar a interação entre as pessoas envolvidas com as ações de telessaúde. Em relação à Educação Virtual, indica que foram realizados dois treinamentos “*Moodle* para Docentes”, além de quatro treinamentos sobre Teleconsultoria via Skype, oferecidos pela Plataforma de Telessaúde.

Considera-se que os recursos de informática não são a finalidade da aprendizagem, mas que podem servir como meios de investigação de novas metodologias que levem a aprender a aprender com interesse, criatividade e autonomia (BEHRENS, 2013). A convergência das TICs para a configuração de uma nova tecnologia digital provocou mudanças radicais. Por meio das tecnologias digitais, é possível representar e processar qualquer tipo de informação. Nos ambientes digitais, reúnem-se a computação (a informática e suas aplicações), as comunicações (transmissão e recepção de dados, imagens, sons etc.) e os mais diversos tipos, formas e suportes em

33 Sistema de prestação de serviços de saúde à distância mediado por tecnologias de informação e de comunicação (TICs).

34 Rede Universitária de Telemedicina.

35 *Special Interest Group* – SIGs [Grupos Especiais de Interesse].

que estão disponíveis os conteúdos (livros, filmes, fotos, músicas e textos). É possível articular as mais variadas formas de informação. Também é possível a comunicação em tempo real, ou seja, a comunicação simultânea entre pessoas que estejam distantes, em outras cidades, em outros países ou mesmo viajando no espaço (KENSKI, 2012).

Apesar do incentivo ao desenvolvimento de pesquisas científicas em Programas de RMS, não foi possível relacionar o posicionamento dos programas frente à produção de estudos relativos às TEs, produção de tecnologias em saúde ou mesmo sobre ATS. Da mesma forma, não houve menção à utilização de recursos tele-educacionais que colaborassem para a pesquisa científica e a informação, comunicação e interação de tecnologias.

Compreende-se que ambientes e estratégias pedagógicas que proporcionem ao profissional em formação possibilidades de recursos para o conhecimento científico podem favorecer o desenvolvimento de novas tecnologias para a formação em saúde e fomentar a interatividade, potencializando práticas colaborativas e destacando-se em aspectos educacionais ativos. Considera-se assim relevante fomentar a percepção de que Programas de Pós-Graduação como as RMS devem estimular pesquisas no âmbito de ATS e o uso de TEs para garantir a formação de forma integrada.

Pode ser observado que o campo disciplinar e multiprofissional do conhecimento que discute TEs na formação em saúde mental ou mesmo em ATS ainda permanece restrito. Ainda que os resultados deste estudo se refiram especificamente a Programas de RMS-SM, os achados podem ser considerados como ponto de partida para outras investigações relacionadas à integração de TEs a programas de pós-graduação em saúde por área profissional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou analisar e discutir o uso ou não de Tecnologias Educacionais em um campo de formação multiprofissional com foco

em saúde mental no Brasil. A utilização e a apropriação de estratégias de TEs na formação em saúde mental são demandas e necessidades no processo de formação de profissionais de saúde, podendo contribuir de forma significativa para seu processo de ensino-aprendizagem. Entretanto, sua incorporação e avaliação na formação em saúde e respostas para a aprendizagem significativa não é simples, o que destaca a relevância de estudar esse tema em Programas RMS-SM. A efetiva incorporação de TEs na formação em saúde mental na modalidade multiprofissional pode proporcionar resultados expressivos, conforme seu uso vai proporcionando uma aprendizagem mais flexível, integradora, interativa e inovadora tanto em ambiente presencial como digital.

É possível que, além da necessidade de promover articulações entre teoria e práticas profissionais, a incorporação de TEs nas práticas pedagógicas em programas de formação em saúde pode permitir a interação entre todos os envolvidos no processo de formação de trabalhadores em saúde, integrando atenção com responsabilidade, com ética e com visão transformadora.

Por fim, a temática abordada justifica-se pelo compromisso com a formação de profissionais para o SUS que sejam reflexivos, críticos, criativos, interativos, motivados e com capacidade para o gerenciamento pessoal e grupal, seguindo concepções sobre implementação de TEs na formação em saúde e visando mudanças sobre a ATS. Acredita-se que essas mudanças pedagógicas e o fomento à utilização de TEs continuem sendo necessários para a integração de suas diversas modalidades, pois as práticas tradicionais tendem a não oferecer aos futuros profissionais especialistas todas as habilidades necessárias para capacitação profissional.

REFERÊNCIAS

BARIN, C.S.; BASTOS, G.D.; MARSHALL, D. A elaboração de material didático em ambientes virtuais de ensino-aprendizagem: o desafio da transposição didática. *RENOTE*, Porto Alegre, v. 11, n. 1, 2013. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/renote/article/view/41628/26408>>. Acesso em: 15 mai. 2017.

BEHRENS, M.A. Projetos de aprendizagem colaborativa num paradigma emergente. In: MORAN, J.M.; MASETTO, M.T.; BEHRENS, M.A. *Novas tecnologias e mediação pedagógica*. Campinas: Papirus, 2013. p. 73-140.

BRASIL. Lei nº 11.129, 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – Pró-jovem; cria o Conselho Nacional da Juventude (CNJ) e a Secretaria Nacional da Juventude; altera as Leis nº 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 30 jun. 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde. *Resolução Nº 510, de 7 de abril de 2016*. Artigo 1, Parágrafo Único. Disponível em: <https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/22917581> Acesso em: 20 jul. 2021.

BRASIL. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. *Política nacional de ciência, tecnologia e inovação em saúde*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 2005b.

FEUERWERKER, L.C.M. *Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação*. Org. Laura Camargo Macruz Feuerwerker. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. 174 p.

KENSKI, V.M. *Educação e Tecnologias: o novo ritmo da informação*. 8. ed. Campinas, SP: Papirus, 2012. 141 p.

MERHY, E.E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MORAN, J.M. Ensino e aprendizagem inovadores como apoio de tecnologias. In: MORAN, J.J; MASETTO, M.T.; BEHRENS, M.A. *Novas tecnologias e mediação pedagógica*. Campinas: Papirus, 2013. p. 11-72.

RANGEL-S, M.L. *et al.* Redes de aprendizagem colaborativa: contribuição da Educação a Distância no processo de qualificação de gestores do Sistema Único de Saúde-SUS. *Interface comun. saúde educ*, Botucatu, 2012. p. 545-556. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n41/aop3412.pdf>>. Acesso em: 28 mai. 2017.

SILVA, Q.T.A da; CABALLERO R.M.S. A Micropolítica da Formação Profissional na Produção do Cuidado: Devir-Residência. Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva: Educação Pós-Graduada em Área Profissional da Saúde Realizada em Serviço, Sob Orientação Docente-Assistencial. In: FAJARDO, Ananyr Porto, ROCHA, Cristianne Maria Famer, PASINI, Vera Lúcia. (Orgs). *Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde*. Brasil. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010. p. 61-73.

ZIEDE, M.K.L; DA SILVA, E.Z; PEGORARO, L. O uso das tecnologias digitais da informação e comunicação nas práticas pedagógicas dos professores da educação básica. *Criar Educação*, Criciúma, 2016. Disponível em: <<http://periodicos.unesc.net/criaredu/article/view/2832/2617>>. Acesso em: 28 mai. 2017.

APRENDIZAGEM BASEADA EM PROJETOS COMO TECNOLOGIA EDUCACIONAL EM SAÚDE: REVERBERAÇÕES NO COTIDIANO DE TRABALHO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.

Fabiana Schneider³⁶

Margarita Silva Diercks³⁷

Ananyr Porto Fajardo³⁸

RESUMO

Este artigo objetiva avaliar os efeitos da tecnologia educacional da Aprendizagem Baseada em Projetos no cotidiano de trabalho de ex-residentes e facilitadores que vivenciaram esta metodologia no Programa de Residência Médica de Medicina de Família e Comunidade e da Residência Multiprofissional em Saúde ênfase Saúde da Família, desenvolvidos em um serviço de Atenção Primária à Saúde de Porto Alegre/RS. Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo estudo de caso. Os principais resultados apontam que esta tecnologia se constitui como uma importante ferramenta pedagógica participativa, que promove o trabalho em equipe interprofissional colaborativo, a partir da construção de objetivos comuns, na elaboração de projetos de intervenção, com base na realidade. Conclui-se que a ABP, ao ser utilizada nos ambientes de trabalho da APS, pode contribuir para melhorar o cenário atual da fragmentação do trabalho nos serviços de saúde no SUS.

Palavras-chave: aprendizagem ativa; tecnologia educacional; educação interprofissional; preceptoria; atenção primária à saúde; saúde coletiva.

INTRODUÇÃO

Este artigo propõe a análise dos efeitos produzidos pela tecnologia educacional da Aprendizagem Baseada em Projetos (ABP) no cotidiano de trabalho de ex-residentes e facilitadores, vivenciada no espaço denominado Seminário de Campo (SC) dos programas de

36 Psicóloga, Mestre em Avaliação de Tecnologias Educacionais, turma 2015 do MP ATSUS/GHC. Secretaria Municipal de Saúde – Prefeitura Municipal de Marau/RS. E-mail: fabi.schneider09@gmail.com

37 Médica, Doutora em Educação. Serviço de Saúde Comunitária – Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre/RS. E-mail: margarita.diercks@yahoo.com.br

38 Odontóloga, Doutora em Educação. Gerência de Ensino e Pesquisa – Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre/RS. E-mail: fananyr@ghc.com.br

Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (PR-MMFC) e de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (RMS) de um serviço de Atenção Primária à Saúde (APS) de Porto Alegre-RS.

O SC, um dos espaços teóricos dos referidos programas, agrega as diferentes categorias profissionais que neles atuam. Em um processo de aprendizado crítico-reflexivo, aborda as ferramentas necessárias a todas as profissões que fazem parte das equipes da APS e se apoia na definição de campo e núcleo proposta por Campos (2000). Este espaço é sustentado na metodologia da ABP, que pode ser definida pela utilização de projetos baseados em uma questão, tarefa ou problema cotidiano altamente motivador e envolvente, com a finalidade de ensinar conteúdos acadêmicos aos alunos no contexto de trabalho cooperativo para resolução de problemas (BENDER, 2014).

A tecnologia educacional da ABP propõe que os saberes acadêmicos estejam integrados aos saberes sociais, pois o aprendiz sentirá que está experienciando algo que faz sentido e tem significado em sua vida. Com isso, tem a oportunidade de desenvolver uma postura ativa frente à resolução de problemas. Um dos aspectos mais importantes na ABP é permitir que o estudante desenvolva uma atitude ativa e reflexiva diante de suas aprendizagens (GUEDES *et al.*, 2017).

A ABP trabalha a autonomia ao propor atividades que giram em torno de um projeto a ser executado e transformado em produto final. Tal processo deve envolver conhecimentos variados, favorecendo a interprofissionalidade e a interdisciplinaridade (FARIAS; MARTIN; CRISTO, 2015).

Uma figura importante na ABP é o facilitador, que é um mediador do conhecimento e estimulador da aprendizagem em um grupo de no máximo oito a dez alunos (FARIAS; MARTIN; CRISTO, 2015). Os facilitadores do SC são trabalhadores de um serviço de APS, profissionais implicados no processo de formação que desempenham importante função ao conduzir a proposta pedagógica. Esta

mediação exercida pelo facilitador é fundamental, pois ao mesmo tempo em que o residente precisa reconhecer sua própria autoria no projeto, precisa sentir a presença de quem ouve, questiona, orienta, visando propiciar a construção do conhecimento (GARCIA; VALLEJO; PÁTARO, 2015). Portanto, o papel do facilitador é estimular a curiosidade, exercitar o princípio da incerteza, perguntar, questionar, problematizar para que realmente o residente seja o protagonista da construção do seu conhecimento (DIERCKS *et al.*, 2010).

O processo deste fazer ocorre em Pequenos Grupos (PG), onde se concretiza o relato das vivências, a análise crítica e a proposta de soluções para os problemas (DIERCKS *et al.*, 2010). É neste processo também que se experimenta o trabalho interprofissional colaborativo, pois os membros dos grupos pertencem a diferentes áreas do conhecimento e estão frente a um problema complexo.

O SC no segundo ano de formação dos programas de RMMFC e RMS-SFC objetiva que os residentes vivenciem a elaboração de um projeto de implantação, ampliação e/ou fortalecimento da Estratégia Saúde da Família, Estratégia de Saúde Bucal e Núcleo de Apoio a Saúde da Família (ESF/ESB/NASF) em determinado município, distinto daquele onde a residência é desenvolvida. Os residentes do segundo ano, tutorados por facilitadores, são oriundos das seguintes categorias profissionais: enfermagem, farmácia, medicina de família e comunidade, nutrição, odontologia, psicologia, serviço social e terapia ocupacional, formando uma equipe interprofissional que desenvolve um trabalho cooperativo para qualificar a APS e o SUS.

A SISTEMATIZAÇÃO DA ABP NO SEMINÁRIO DE CAMPO

No início das atividades de cada turma do SC, os residentes recebem um roteiro denominado “Trilha para elaboração de projeto de intervenção para implantar, ampliar e/ou qualificar a Estratégia Saúde da Família/Estratégia de Saúde Bucal/Núcleo de Apoio a Saúde da Família” (BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar

Conceição. Gerência de Ensino e Pesquisa, 2017). Este instrumento orienta os passos da construção do projeto para os diferentes municípios. Pode-se inferir que a Trilha desenvolvida pelos facilitadores equivale à rubrica na ABP. Rubricas são usadas para proporcionar alguma estrutura para a experiência de ensino, bem como para avaliar os artefatos, que equivaleriam aos projetos desenvolvidos no decorrer do processo pedagógico (BENDER, 2014). É um roteiro no qual constam elementos considerados fundamentais para a aprendizagem dos processos de gestão da atenção básica, partindo da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) como ferramenta principal (BRASIL. Ministério da Saúde, 2017). Esta é a âncora do processo, pois sustenta o trabalho proposto no cenário real (BENDER, 2014).

Para que o projeto proponha implantar/ampliar/qualificar a ESF/ESB/NASF, deve estar fundamentado nas análises sobre o diagnóstico atual de saúde do município, bem como na literatura disponível, considerando os referenciais teóricos disponibilizados e as buscas que o grupo realizar. Os PGs escolhem um município dentro dos critérios estabelecidos de proximidade de Porto Alegre/RS, número de habitantes e situação de vulnerabilidade social da população. Os residentes entram em contato com o gestor do município selecionado e apresentam a proposta de forma inicial, agendando uma visita ou expedição (BENDER, 2014). Após esta visita, devem relatar suas impressões, bem como outras informações que acharem relevantes sobre o município.

A caracterização do município é realizada por meio de plataformas virtuais e sugere-se na Trilha/Rubrica que sejam descritos indicadores demográficos, socioeconômicos, ambientais, culturais e epidemiológicos. A Trilha/Rubrica indica a descrição da situação atual, envolvendo as estruturas e a organização dos serviços de saúde (organograma, fundo municipal de saúde, organização do conselho municipal de saúde, informações sobre a rede que compõe os serviços de saúde, porcentagem de cobertura da ESF etc.). Recomenda a descrição dos incentivos financeiros relativos à atenção básica re-

cebidos pelo município antes da intervenção e sugere a análise da previsão de custos e origem dos recursos.

Outro passo importante descrito na Trilha/Rubrica são os resultados esperados com a implantação da ESF/ESB/NASF por meio de dados quantitativos e qualitativos. Sugere que os residentes apontem indicadores que devem ser buscados nas bases virtuais.

Por fim, propõe aos residentes que apontem sugestões de metas para que a gestão qualifique a atenção à saúde. O Artefato/Projeto resultante deste processo é um projeto de intervenção por escrito, o qual é entregue e apresentado à secretaria municipal de saúde da localidade onde foi desenvolvido o projeto e, também, para todos os residentes e facilitadores que participam do SC.

Portanto, os elementos fundamentais da ABP estão presentes no processo pedagógico do SC do segundo ano da residência do PR-MMFC e RMS-SFC, caracterizando-o como um espaço que utiliza este referencial pedagógico.

Desde que a ABP passou a ser referência pedagógica do SC, 40 municípios foram envolvidos na elaboração dos projetos de intervenção, bem como houve um número relevante de facilitadores/trabalhadores atuantes neste processo formativo (23 profissionais de diversas categorias) e um número significativo de residentes (387).

Considerando que a ABP propicia a construção de um trabalho interprofissional em equipe, de caráter colaborativo e não fragmentado, que são condições fundamentais para o processo de trabalho na APS, reafirma-se a importância de analisar os efeitos da ABP no cotidiano de trabalho atual de ex-residentes e facilitadores.

Nesta perspectiva, este estudo é relevante pela possibilidade de ampliar o conhecimento sobre os efeitos do uso da ABP no cotidiano de trabalho de ex-residentes e facilitadores, além da necessidade de aprofundar conhecimentos sobre esta tecnologia educacional no ensino em serviço na área da saúde, tendo em vista que poucos foram os estudos desenvolvidos neste espaço. Isto foi evidenciado em buscas realizadas nas bases da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), *Medical*

Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline) e *Scientific Electronic Library Online (Scielo)* e Google acadêmico, pesquisando artigos publicados no período de janeiro de 2015 a junho de 2017, com as seguintes palavras-chave: Aprendizagem Baseada em Projetos, *Project-based learning for adults* e *Project-based learning in health*. Nesta busca não foi encontrada nenhuma publicação referenciando a ABP em programas de residência em saúde. No entanto, as pesquisas apontam o uso desta metodologia na educação, nas áreas da engenharia e ciências da computação (ACOSTA, 2016; GARCIA; VALLEJO; PÁTARO, 2015; MELLO, 2017; PAULA, 2017).

Este artigo é um recorte da pesquisa de Mestrado em Produção e Avaliação de Tecnologias para o SUS do Grupo Hospitalar Conceição “Aprendizagem Baseada em Projetos como tecnologia educacional em saúde: vivências, possibilidades e desafios na formação e cotidiano de trabalho de residentes e facilitadores em um serviço de Atenção Primária à Saúde – Porto Alegre/RS”, cujo objetivo foi analisar como ex-residentes do segundo ano do PRMMFC e da RMS/SFC, e seus facilitadores vivenciaram a tecnologia educacional da ABP nos encontros do SC e quais os efeitos que esta metodologia apresenta no cotidiano de trabalho atual destes profissionais, em 2016.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Este estudo teve abordagem qualitativa do tipo estudo de caso (YIN, 2005). Encontra-se fundamentado no referencial teórico das Metodologias Ativas de Aprendizagem, com destaque para a ABP (BENDER, 2014).

A população foi composta por 39 ex-residentes dos dois programas e quatro facilitadores, todos atuantes no SC em 2013. A amostra dos primeiros foi selecionada mediante sorteio, respeitando a proporcionalidade por categoria profissional, tendo resultado em 12 sujeitos (Quadro 1). Não foi feita seleção de amostra dos facilitadores, já que os três atuantes naquele ano participaram do estudo.

Quadro 1: Caracterização dos participantes por categoria profissional e descrição da amostra.

Ex-residentes	População	Amostra	Perdas
Medicina	11	3	0
Serviço Social	6	2	0
Psicologia	6	2	1
Odontologia	5	2	1
Nutrição	3	1	0
Enfermagem	4	1	0
Farmácia	4	1	1
Total	39	12	3

Fonte: Secretaria de Ensino e Pesquisa do SSC/GHC. Sistematizado pelas autoras, 2017.

Os facilitadores foram contatados pessoalmente, enquanto os ex-residentes receberam um e-mail informando os objetivos e a relevância da participação no estudo. Caso não tivessem dado retorno em uma semana, foi enviado um segundo convite. Não tendo sido recebido retorno após duas tentativas de contato, foi realizado um novo sorteio, contemplando a proporcionalidade por categoria definida previamente, até esgotar a lista de residentes. Participaram deste estudo três facilitadores e nove ex-residentes, o que proporcionou a saturação dos dados (MINAYO, 2008).

Todos os participantes devolveram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) como sinal de aceite ao convite e, posteriormente, um questionário sociodemográfico preenchido contendo dados de identificação, questões sobre o processo formativo e o percurso profissional. A seguir, a pesquisadora principal entrevistou-os, com a opção de ser um encontro presencial ou via Skype, seguindo um roteiro semiestruturado para cada segmento da amostra. Com os facilitadores, foram abordados temas referentes à experiência profissional e

aproximação com ensino, experiência com a ABP e aplicabilidade da metodologia no trabalho atual. Junto aos ex-residentes, foi explorada a experiência de terem sido residentes e as contradições encontradas no trabalho atual, a experiência vivenciada junto ao SC/ABP e os desafios encontrados na aplicabilidade da metodologia ABP.

As entrevistas foram realizadas de outubro de 2016 a fevereiro de 2017 e foram gravadas e transcritas pela pesquisadora principal. As informações coletadas foram submetidas à análise temática (MINAYO, 2008). Foram valorizadas tanto as manifestações concordantes como as divergentes. Os excertos dos participantes foram codificados pelas letras ER referindo-se a ex-residentes e F para facilitadores, seguidas de uma numeração aleatória para preservar o sigilo das manifestações.

Da leitura aprofundada das entrevistas semiestruturadas emergiram 32 categorias empíricas que foram agrupadas em três categorias: Seminário de Campo, Vivência com ABP e Efeitos da ABP no cotidiano de trabalho. Nesta produção, atentamos para a categoria Efeitos da ABP no cotidiano de trabalho de ex-residentes e facilitadores, destacando o trabalho colaborativo em equipe e as dificuldades encontradas no cotidiano de trabalho.

Este estudo seguiu a Resolução 466/2012 (BRASIL, 2012) e foi aprovado pelo Comitê de Ética do Grupo Hospitalar Conceição mediante o Parecer nº 16-119.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Quadro 2 sistematiza as questões levantadas no questionário sociodemográfico. É possível observar que todos os facilitadores concluíram mestrado e que mais da metade dos ex-residentes está cursando esse nível de pós-graduação.

A maioria dos ex-residentes atua na área da assistência à saúde, enquanto todos os facilitadores atuam nesta área, sendo que metade deles desenvolve concomitantemente atividades vinculadas à gestão.

Quadro 2: Caracterização dos participantes de acordo com a auto declaração de idade, sexo, percurso formativo e profissional e renda atual.

Participantes	Faixa etária (anos completos)	Sexo	Percurso formativo	Área de atuação profissional	Faixa salarial (salários mínimos)
Ex-residentes (9)	25-30: 5	F: 5	Residência: 9	Saúde/ Assistência: 7 (6 APS e 1 Hospitalar)	1-3 SM: 2
					3-6 SM: 3
					6-9 SM: 2
	30-35: 4	M:4	Mestrado:4	Educação: 1	>9 SM: 2
Facilitadores (4)	30-35: 2	F: 3	Residência: 3	Saúde/Assistência: 4	6-9 SM: 3
	35-40: 2	M: 1	Mestrado: 4		>9 SM: 1

Fonte: Sistematização das autoras, 2017.

TRABALHO COLABORATIVO EM EQUIPE

A ABP é uma tecnologia educacional que sistematiza uma intervenção na realidade seguindo uma série de etapas; os participantes são motivados a elaborar um projeto a partir da construção de um objetivo comum e do trabalho em equipe interprofissional, participativo e colaborativo. Na *Enciclopédia das Residências em Saúde* (ELLERY, 2018), a interprofissionalidade é definida como aquilo que torna factível e efetiva a vivência de múltiplos profissionais na saúde, resultando na integração de saberes e compartilhamento de práticas de forma colaborativa e no exercício do trabalho (CECCIM, 2019). Estes aspectos ficam evidentes na proposta do SC, em que o processo se constitui por meio de trocas, apoio e compromissos na elaboração de estratégias na busca de soluções de problemas. Ao responder a questão sobre o uso de aspectos da metodologia da ABP em seu cotidiano de trabalho, facilitadores e residentes manifestaram que:

Um dos principais ganhos desse projeto é que você tá

lidando com diferentes sujeitos, de diferentes formações e ao mesmo tempo você tem que fazer negociações importantes com a gestão de uma secretaria de saúde, entendendo os meandros por trás disso e isso te dá uma visão mais ampliada sobre como mediar conflitos. Quando a gente pensa em fluxos a gente usa as leituras do SC para dialogar na equipe mínima. Então essas são coisas que a gente acaba utilizando mais no cotidiano de trabalho. (ER3)

Residentes e facilitadores apontam o uso de aspectos da metodologia principalmente relacionando a importância do uso de dados para o planejamento em saúde, como podemos observar a seguir.

Hoje em dia consigo aplicar muito do que aprendi no SC, na prática do meu trabalho, e tento passar para os meus residentes no campo. Por exemplo, eles passam por um estágio de gestão dentro da unidade, e aprendem a elaborar projetos, coordenar reuniões. (ER7)

É importante um profissional que tenha um olhar além do número, além do burocrático, que saiba fazer a leitura disso, não como uma coisa estanque, fechada. (ER4)

A abordagem da ABP encoraja os aprendizes a participarem do planejamento de projetos de intervenção, pesquisa, investigação e aplicação de conhecimentos novos para chegar à solução de um problema (BENDER, 2014).

Eu atuo e participo da gestão junto com a coordenadora da unidade e o SC ajudou bastante na questão da liderança e do planejamento. (ER7)

Então a gente vai lidando com os problemas, com as dificuldades para planejar para depois, tentando identificar e relacionar. (ER1)

O exemplo mais claro são os momentos de planejamento em equipe em que a gente agrega essas habilidades, de conseguir fazer um levantamento dos indi-

cadores, da realidade, de como está colocado o nosso processo de trabalho, de como fazer a leitura do território e, a partir disso, desenvolver um processo de planejamento que é um projeto de intervenção. (F2)

A contribuição de F2 remete às possibilidades referentes ao planejamento em saúde, sendo este um dos principais objetivos do SC: aproximar os residentes desta necessidade de investir na formação para a gestão dos serviços de APS. Por meio da ABP, considerando a aproximação com a realidade na elaboração de um projeto para a gestão, este aspecto foi destacado por ex-residentes:

Na unidade de saúde atualmente, faço uma cogestão e organizo o processo de trabalho da equipe, as pautas e a educação permanente, a questão do trabalho com as agentes de saúde, essa parte toda de planejamento e gestão, eu trouxe do aprendizado que tive no SC. (ER7)

Utilizo principalmente a questão da busca de dados, do trabalho em equipe, porque na ponta a todo o momento estamos lidando com mediação de conflitos, então esses são elementos do SC que nos ajudam muito. (ER3)

DIFICULDADES DA ABP NO COTIDIANO DE TRABALHO

Foram apontadas dificuldades na aplicabilidade da ABP no cenário do trabalho, as quais remetem à fragmentação do processo de trabalho em saúde, ficando evidentes as fragilidades encontradas no contexto da assistência, onde a maioria atua.

Na assistência, a gente não tem um espaço para fazer algumas reflexões que trabalhar com projeto nos permite; às vezes precisamos trocar o pneu do carro com o carro andando, tem que começar atuando, sem a possibilidade de fazer um planejamento estratégico situacional, [...] (ER3).

As críticas tecidas pelos participantes à organização do trabalho podem refletir a base adquirida nos espaços teórico-práticos da residência, em que a problematização da realidade é estimulada. Isto gera estranhamento quando se deparam com o cenário real de trabalho em saúde:

O trabalhador no cotidiano está acostumado a receber uma prescrição do seu trabalho e não uma reflexão sobre aquela prescrição. Quando estabelece outro tipo de ação, por exemplo, reflexões problematizando, o conjunto dos trabalhadores, tem muita dificuldade para lidar, porque estão mais acostumados que você apareça com uma solução, do que necessariamente refletir sobre o problema e tentar construir uma solução a partir do que está colocado ali e de forma coletiva. (ER3).

No trabalho em saúde, a interprofissionalidade tende a ser mais frágil do que aquela vivenciada durante a residência, a qual se constitui como um espaço protegido de experimentações. Segundo Cecim (2019), a postura de conhecimento e trabalho não fragmentado, exige permanente compartilhamento, o que não é evidenciado nas práticas cotidianas.

O trabalho em equipe é um desafio, cada um faz a sua parte, resolve o seu problema e era isso. (ER5).

A rotina de trabalho é muito intensa para resolver situações pontuais, esse processo de gestão que seria do processo de trabalho vai ficando e acho uma falha porque tu não organiza teu trabalho da forma que poderia dar conta melhor dele. (ER6)

O caráter intensivo do cotidiano profissional no âmbito da Atenção Primária à Saúde mantém o imediatismo na resolução de demandas assistenciais, o que dificulta o exercício do planejamento necessário para as ações previstas. Com isso, observa-se uma lacuna na gestão do serviço como processo complexo, que agrega ações

preventivas, educativas e terapêuticas, resultando em um exercício insuficiente do que foi adquirido como ABP.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se afirmar que a ABP, tecnologia educacional que propõe a aproximação com a realidade por meio da elaboração de projetos de intervenção, apresenta potencial para qualificar os processos de trabalho das equipes nos serviços de saúde. A ABP, como todas as metodologias ativas, transforma o trabalho em processo pedagógico.

Tanto na fala dos facilitadores quanto dos ex-residentes identificam-se aspectos da metodologia que se solidificam, auxiliando-os no processo de trabalho que desenvolvem nas equipes onde hoje atuam. Destacamos a valorização do conhecimento da realidade e da construção coletiva interprofissional como citações unânimes de todos os entrevistados, elementos estes vivenciados no SC e aplicados no cotidiano de trabalho dos residentes e facilitadores.

Observa-se que os facilitadores demonstram estar apropriados da metodologia da ABP, o que se relaciona ao processo reflexivo de organização do SC, que leva em consideração as experiências de cada trabalhador/facilitador. Este aspecto fica evidente no discurso dos facilitadores em relação a este espaço e ao desejo de estarem neste lugar, apesar das dificuldades estruturais encontradas.

Ao analisar os efeitos produzidos pela ABP como tecnologia educacional, destaca-se a ênfase no trabalho em equipe interprofissional e colaborativo construído no SC, levando à constatação de que o uso da ABP em processos de formação na área da saúde pode contribuir para melhorar o cenário atual de fragmentação do trabalho nos serviços de saúde.

Dialogando com o que foi aqui apresentado, pode-se inferir que a ABP constitui uma potente ferramenta metodológica de qualificação dos processos de aprendizagem no ensino em serviço, pois oportuniza a possibilidade de integração dos conhecimentos adqui-

ridos teoricamente, aplicando-os na prática dos serviços de saúde. Também a ABP apresenta potencialidades para contribuir com o planejamento dos processos de trabalho na APS/ESF/SUS. A partir de um objetivo comum, o qual exige um trabalho colaborativo, constrói-se uma intervenção para o problema. Ou seja, sistematiza-se um processo de trabalho em equipe sustentado no diálogo, construção compartilhada do conhecimento e promoção do desenvolvimento de lideranças positivas. Todos estes aspectos fortalecem o caminho para a construção de um cuidado integral e voltado às necessidades de saúde da população.

LIMITAÇÕES

Como fragilidades deste estudo, aponta-se a dificuldade de analisar a implantação dos projetos na APS dos municípios. Isto está relacionado à fragmentação dos processos de gestão, em que frequentemente ocorrem substituições dos atores envolvidos e a interrupção na continuidade do trabalho. Por este motivo, os gestores responsáveis pela implantação do projeto não foram incluídos como sujeitos na pesquisa e optou-se por avaliar os efeitos da ABP como tecnologia educacional em saúde e suas reverberações em outros cenários de prática profissional.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos aos participantes por terem oferecido sua experiência de aprendizado para contribuir com esta pesquisa, permitindo assim que os achados fortaleçam a qualificação do processo formativo das residências em saúde no Brasil.

REFERÊNCIAS

ACOSTA, O. C. *Recomendação de conteúdo em um ambiente colaborativo de aprendizagem baseada em projetos*. 132f. Tese (Doutorado em Informática na Educação) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

BENDER, W. N. *Aprendizagem baseada em projetos: educação diferenciada para o século XXI*. Porto Alegre: Penso, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Gerência de Ensino e Pesquisa. *Trilha para elaboração de projeto de intervenção para implantar, ampliar e/ou qualificar a Estratégia Saúde da Família (ESF), Estratégia de Saúde Bucal (ESB), Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF)*. Porto Alegre: GHC, 2017. Documento interno não publicado.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, n. 183, p. 68, 22 set. 2017. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia//asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19308123/do1-2017-09-22-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017-19308031. Acesso em: 3 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, p. 59, 13 jun. 2012. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 25 out. 2020.

CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000.

CECIM, R. B. Interprofissionalidade e experiências de aprendizagem: inovações no cenário brasileiro. In: TOASSI, R. F. C. (Org.). *Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?* Porto Alegre: Rede UNIDA, 2019. p. 49-67.

DIERCKS, M. S. *et al.* O currículo integrado como estratégia de formação teórica em atenção primária à saúde para residentes dos programas de saúde da família e comunidade. *In*: FAJARDO, A.P.; ROCHA, C. M. F.; PASINI, V. L. (Org). *Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde*. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010. p.173-190.

ELLERY, A. E. L. Interprofissionalidade. *In*: CECCIM, R. B. *et al.* (Org.). *EnSiQlopedia das residências em saúde*. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2018. p. 146-150.

FARIAS, P. A. M.; MARTIN, L. A. R.; CRISTO, C. S. Aprendizagem ativa na educação em saúde: percurso histórico e aplicações. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 1, p. 143-158, 2015.

GARCIA, C. M.; VALLEJO, X. M.; PÁTARO, R. F. Estratégia de projetos, planejamento docente e participação: experiências no Brasil e na Espanha. *Nupem*, Campo Mourão, v. 7,n. 13, p. 209-231, 2015.

GUEDES, J. D. *et al.* Pedagogia de projetos: uma ferramenta de aprendizagem. *Id online Revista Multidisciplinar e de Psicologia*, Juazeiro do Norte, v. 10, n. 33, p. 237-256, 2017.

MELLO, F. S. O. *Aprendizagem baseada em projetos e a criação de recursos educacionais digitais nos cursos da faculdade de comunicação social*. 117f. Dissertação (Mestrado em Educação), Universidade do Oeste Paulista, Unoeste, Presidente Prudente, 2017.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

PAULA, V. R. *Aprendizagem baseada em projetos: estudo de caso em um curso de Engenharia de Produção*. 172fl Dissertação (Mestrado em Engenharia da Produção). Universidade Federal de Itajubá, Itajubá, 2017.

YIN, R. K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

A TERAPIA COM LASER DE BAIXA DOSE PARA O TRATAMENTO DA MUCOSITE ORAL EM PACIENTES ONCOLÓGICOS

Fernando Anschau³⁹

Jacqueline Webster⁴⁰

Marcelo Eduardo Zanella Capra⁴¹

André Luis Ferreira de Azeredo da Silva⁴²

Airton Tetelbom Stein⁴³

RESUMO

Um dos efeitos adversos da terapia anticâncer é a mucosite oral (MO) que apresenta complicações relevantes na qualidade de vida, como dor e dificuldades nutricionais. Apesar de a laser terapia de baixa dose (LLLT) ter um papel relevante na profilaxia da MO, o Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil ainda não dispõe da padronização desta tecnologia e apenas recentemente surgiram evidências mais robustas do seu papel curativo da MO. Apresentamos aspectos de epidemiológicos e fisiopatológicos da MO bem como princípios da LLLT.

Palavras-chave: laser terapia de baixa dose; mucosite oral; oncoterapia; câncer; tratamento curativo.

INTRODUÇÃO

A mucosite oral (MO) - condição inflamatória da mucosa que se apresenta através de eritema, ulceração, hemorragia, edema e dor - é uma das principais complicações para pacientes em oncotera-

39 Médico, Doutor, Gerência de Ensino e Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), Porto Alegre/RS, afernando@ghc.com.br – Turma 2017 do Programa de Pós Graduação em Avaliação de Tecnologias para o SUS do GHC, Rio Grande do Sul, Brasil. Escola de Medicina, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Brasil.

40 Odontóloga, Mestre, Hospital Nossa Senhora Conceição (GHC), Rio Grande do Sul, Brasil.

41 Médico, Doutor, Programa de Pós Graduação em Avaliação de Tecnologias para o SUS do GHC, Rio Grande do Sul, Brasil.

42 Médico, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

43 Médico, Doutor, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

pia, trazendo diversas limitações nutricionais, podendo cursar com infecções secundárias e febre (RIBEIRO *et al.*, 2017). A MO pode cursar em diversos graus de intensidade, com formação de pseudo-membrana e, não raro faz com que os pacientes sintam dificuldades ou até mesmo impossibilitem a alimentação por via oral. Também é possível observarmos infecções secundárias ao processo de ruptura da mucosa oral, o que aumenta do desconforto. Muitas vezes, em decorrência de sua morbidade, o tratamento antineoplásico é alterado ou suspenso, interferindo inclusive no controle tumoral e na sobrevida dos pacientes (EILERS; MILLION, 2011a).

A incidência de MO varia de acordo com o tipo de câncer bem como com o tipo de oncoterapia. Com o uso de medicações quimioterápicas a mucosite é observada em 5 a 15% dos casos, mas essa incidência pode ser muito maior com alguns fármacos como daunorrubicina e etoposide (incidência de 26%), citarabina (incidência de 37,5%) e o protocolo de ciclofosfamida, doxorrubicina, vincristina e prednisona (incidência acima de 40%) (CURRA; ALBERTO; *et al.*, 2018; GENOT-KLASTERSKY *et al.*, 2008). Os esquemas quimioterápicos em geral parecem induzir lesões na mucosa oral em um período curto e de forma aguda, normalmente entre 4 a 7 dias do início do tratamento com um pico de incidência em 2 semanas (OTMANI *et al.*, 2011). O controle da infecção local e a manutenção da integridade da mucosa oral são fatores essenciais para um tratamento de qualidade, com menos dor e reestabelecimento nutricional de pacientes potencialmente já debilitados pela doença de base (BENSADOUN; NAIR, 2012a; BJORDAL *et al.*, 2011b).

Pacientes com tumores de cabeça e pescoço tratados com radioterapia apresentam taxas de mucosite de 65%, sendo que taxas ainda maiores, 75% a 85%, são encontradas naqueles submetidos a transplante de medula óssea com tratamentos quimioterápicos e radioterápicos associados (GENOT-KLASTERSKY *et al.*, 2008; SHIRAI *et al.*, 2017).

Pacientes com neoplasias malignas hematológicas são mais propensos ao desenvolvimento de MO do que aqueles com tumores sólidos, sendo que aqueles com leucemias agudas (LA), com linfomas não-Hodgkins e carcinomas indiferenciados de nasofaringe são os que tem maior risco. Crianças em uso quimioterapia apresentam mucosite oral em média no décimo dia (± 6.8) de tratamento em mais de 50% dos casos. Apesar de transcorrer com resolução no sétimo dia (± 3.1), mais de 67% dos pacientes demonstram neutropenia concomitante (OTMANI *et al.*, 2011).

As LA resultam de uma transformação maligna das células hematopoiéticas primitivas, seguida de uma proliferação clonal e consequente acúmulo dessas células transformadas. As deficiências da hematopoese na medula óssea, com a substituição das células normais por células imaturas que nela se acumulam (classificando as LA acordo com a linhagem hematopoiética acometida em leucemias mieloide e linfoide), resultam numa insuficiência funcional da medula óssea que, em consequência, se expressa clinicamente por anemia, sangramento, infecções e síndrome de hiperviscosidade. A mucosite nestes pacientes pode ter consequências clínicas tanto em aspectos nutricionais, por dificuldade ou incapacidade de utilizar a via oral, quanto na dor, na incidência de infecções secundárias e na dificuldade de manutenção de terapia adequada (OTMANI *et al.*, 2011; RIBEIRO *et al.*, 2017).

A própria relação entre terapia medicamentosa para o câncer e a mucosite demonstra que protocolos quimioterápicos para transplante de células tronco hematopoiéticas são de alto risco para o desenvolvimento de MO. Medicações como citarabina, 5-fluorouracil, agentes alquilantes e compostos derivados da platina comumente apresentam maior incidência de MO (CURRA; VALENTE SOARES JUNIOR; *et al.*, 2018). Se considerarmos a estimativa de incidência de câncer no Brasil para o ano de 2018 (em torno de 580.000 novos casos), bem como a incidência de MO por tipo de câncer e em cada ciclo de quimioterapia ou mesmo de sessões de radioterapia,

podemos estar diante de mais de 100.000 casos de MO ao ano no nosso país (MINISTÉRIO DA SAÚDE. INCA. COORDENAÇÃO DE PREVENÇÃO E VIGILÂNCIA., 2017).

O tratamento da MO envolve a avaliação multidisciplinar para um cuidado adequado da mucosa oral. Neste aspecto, podem ser utilizados analgésicos opioides, protocolos de higiene oral específicos, agentes antimicrobianos, medicações anti-inflamatórias, agentes citoprotetivos (como amifostine, sucralfate, misoprostol), substâncias modificadoras de resposta biológica ou terapias físicas (crioterapia e laser terapia). A LLLT é uma fototerapia que pode estimular a regeneração dos tecidos, reduzir o processo inflamatório e controlar a dor (CHAVELI-LÓPEZ; BAGÁN-SEBASTIÁN, 2016; CLARKSON, Je *et al.*, 2010; EILERS; MILLION, 2011a; ZECHA *et al.*, 2017).

O tratamento é denominado de baixa dose pois a luz utilizada é de baixa intensidade quando comparada com outros tipos de terapia com laser, como ablações ou corte e coagulação. Esse tipo de tratamento com o laser age estimulando a atividade celular, conduzindo à liberação de fatores de crescimento por macrófagos, proliferação de queratinócitos, aumento da população e degranulação de mastócitos e angiogênese. Desta maneira, a LLLT pode levar a uma aceleração no processo de cicatrização de feridas devido, em parte, à redução na duração da inflamação aguda, resultando numa reparação mais rápida (OBEROI *et al.*, 2014; ZECHA *et al.*, 2017).

Estes aspectos da influência da LLLT na mucosa oral já foram descritos em estudos com o uso do laser de forma profilática, quando encontramos uma boa efetividade na redução do risco de mucosite oral, bem como de dor relacionada à lesão da mucosa (BJORDAL *et al.*, 2011b; OBEROI *et al.*, 2014). Entretanto, o uso da LLLT como tratamento curativo da mucosite ainda carece de evidências científicas apropriadas. Apenas poucas revisões sistemáticas abordaram o tema e, as que assim o fizeram, ou trataram da LLLT como parte da revisão e não objeto central ou traduzem avaliações profiláticas em

meio às curativas (BJORDAL *et al.*, 2011b; CLARKSON, Je *et al.*, 2010; HE, M. *et al.*, 2018).

Diante da plausibilidade biológica do papel da LLLT no tratamento curativo da MO e dos potenciais benefícios alusivos à mesma como redução da dor, reestabelecimento da mucosa, diminuição do tempo de permanência hospitalar e de rehospitalizações e manutenção da dinâmica alimentar/nutricional, fica evidente a necessidade da busca por evidências mais robustas neste ponto. Acresce a este aspecto o fato de a terapia com laser de baixa dose não ser padronizada no Sistema Único de Saúde do Brasil para o tratamento da MO. Entretanto, dispomos da experiência de profissionais do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC) que introduziram a LLLT como opção terapêutica para pacientes com mucosite grave no pós-quimioterapia no Setor de Hematologia/Oncologia do hospital.

Uma vez que a mucosite é muito incidente no nosso meio, torna-se importante a avaliação da tecnologia LLLT no contexto do SUS no HNSC tanto do ponto de vista de efetividade quanto de custos. Desta forma, propomos este estudo para iniciarmos a avaliação pela efetividade da LLLT para o tratamento da MO em pacientes em oncoterapia no HNSC.

MUCOSITE ORAL

Mucosite Oral - Definição e graduação

Uma complicação da radioterapia e da quimioterapia é o dano que costuma ocorrer no revestimento da mucosa do trato gastrointestinal - especialmente na mucosa oral e orofaríngea. Esse dano é chamado de mucosite. A mucosite oral (MO) grave é especialmente comum entre pacientes que recebem quimioterapia mieloablativa agressiva para transplante de células-tronco hematopoiéticas e em pacientes que recebem radioterapia como tratamento para câncer de cavidade oral, orofaringe, nasofaringe e glândulas salivares

A MO é definida como uma inflamação e ulceração da mucosa oral em diversos graus de intensidade, com formação de pseudo-

membrana e curso clínico com dor, sendo fonte potencial de infecções, traduzindo-se inclusive com maior risco de morte. O eritema seguido do desenvolvimento de placas brancas descamativas e dolorosas ao contato são as manifestações iniciais. Nas formas mais pronunciadas da MO podemos observar crostas epiteliais, exsudato fibrinoso e ulcerações. Nestes casos a MO é representada pela exposição do estroma de tecido conjuntivo subjacente que é ricamente innervado. Esta perda de células epiteliais, geralmente ocorre entre 5 e 7 dias após administração da quimioterapia – sendo mais tardio (20 a 30 dias) quando da radioterapia - e traduz-se clinicamente por ulceração com dor severa; muitas vezes requerendo alterações na dieta e administração parenteral de narcóticos.

A MO pode ser classificada em diversos graus de acordo com a severidade das lesões. Pela Escala de Toxicidade Oral, numa graduação estabelecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) são elencados critérios como presença de eritema e ulceração, dor local e capacidade de deglutição. Assim temos MO grau 0 (zero) quando da ausência de anormalidade detectada; MO grau 1 com a presença de eritema; MO grau 2 é assinalada quando há quadro doloroso sem necessidade de analgésicos, com dificuldade na alimentação; MO grau 3 quando há ulceração dolorosa exigindo o uso analgésicos e impossibilitando a alimentação; e MO grau 4 na presença de necrose com necessidade de nutrição parenteral.

Outras classificações da MO podem ser encontradas e também traduzem a graduação da entidade nosológica. Desta forma, pelos critérios de toxicidade preconizados pelo National Cancer Institute (NCI), podemos ter uma classificação em cinco graus de MO. A classificação do Radiation Therapy Oncology Group (RTOG), também avalia, de forma geral, a toxicidade oral derivada do tratamento oncológico utilizado.

Mucosite Oral - Epidemiologia

Dos novos pacientes com câncer, aproximadamente 8% estarão sob alto risco (chance maior que 50%) de desenvolver MO ulcerativa. Por outro lado, 43% terão pouco ou nenhum risco para a condição. Esses pacientes serão tratados com cirurgia curativa, radiação periférica, ou quimioterapia de baixa dose. A maioria dos novos pacientes com câncer se enquadram em uma categoria intermediária de risco para MO, quando podemos estimar que entre 20% e 49% destes irão desenvolver MO em algum momento durante o tratamento (SONIS, 2004, 2009).

Pacientes do grupo de alto risco são aqueles com câncer de cabeça e pescoço e os indivíduos em tratamento com quimioterapia de alta dose, como a mieloablativa. Mesmo para pacientes com risco baixo, como aqueles em tratamento para os tumores sólidos mais comuns (mama, cólon, reto e pulmão), cada ciclo de terapia incorre em risco cumulativo de MO. Para os pacientes que desenvolvem mucosite em um ciclo, o risco de MO aumenta com os ciclos subsequentes. Assim, por exemplo, a probabilidade de desenvolver MO em paciente em quimioterapia para câncer de mama é de 20% durante o primeiro ciclo, passando para mais de 60% no segundo ciclo (LALLA; SAUNDERS; PETERSON, 2014; SONIS, 2009).

Mucosite Oral - Fisiopatologia

A avaliação histológica da mucosite nos demonstra uma úlcera rasa, provavelmente causada pela depleção da camada epitelial basal, associada ao afinamento e atrofia do epitélio e a um infiltrado de células inflamatórias com exsudato intersticial que, associado a resíduos celulares e de fibrina, produzem uma pseudomembrana. Esta membrana pode variar sua coloração de branca opaca, quando em contato com a saliva, até amarelo esverdeada, quando da presença de agentes infecciosos, em especial se a ulceração for mais profunda. Alterações na coloração também podem ser decor-

rentes de alimentos, bebidas ou medicação tópica (BENSADOUN; NAIR, 2012b).

Segundo alguns autores, a constatação de que a mucosite é a consequência de uma sequência de eventos biológicos, em vez de apenas o resultado de morte celular clonogênica direta foi um passo crítico no avanço da ciência subjacente à fisiopatologia da lesão da mucosa oral (AL-DASOOQI *et al.*, 2013; LALLA; SAUNDERS; PETERSON, 2014; SONIS, 2004, 2009; VILLA; SONIS, 2015). Esse conceito contrapõe o senso comum de que a mucosite resulta simplesmente da destruição, por agentes quimioterápicos ou radioterapia, de células-tronco epiteliais basais em divisão rápida.

A progressão fisiopatológica da mucosite tem sido descrita em etapas. Embora nenhum processo fisiológico complexo possa ser compartimentalizado, esta abordagem gradual fornece um canal para a compreensão os eventos que estão por trás da sequência da MO (SONIS, 2004).

INICIAÇÃO

O estágio inicial de agressão aos tecidos ocorre por ação da radio e/ou quimioterapia causando dano do DNA. A lesão no DNA pode ocorrer diretamente como resultado da agressão às células da camada basal do epitélio e da submucosa ou indiretamente através das espécies reativas de oxigênio (ROS) que são produzidas simultaneamente à oncoterapia. Embora a mucosa pareça estar absolutamente normal neste estágio, a cascata de eventos iniciada na submucosa resultará na destruição da mesma (SONIS, 2004).

DANO PRIMÁRIO

O DNA lesionado irá ativar algumas vias de transduções que ativam a transcrição de fatores como p53 e fator nuclear kappa-beta (NF- κ B) que consequentemente estimula a produção de citocinas pró-inflamatórias como fator- α de necrose tumoral (TNF- α), que

leva ao dano tecidual, e interleucina-6 (IL-6) e interleucina-1 (IL-1 β), que iniciam a resposta inflamatória. A presença destas proteínas agride precocemente o tecido conjuntivo, o endotélio e reduz a oxigenação epitelial culminando com a morte das células basais do epitélio e com a injúria tecidual. Desta maneira, podemos observar redução da renovação epitelial e atrofia, o que ocorre geralmente entre o quarto e quinto dia após administração de quimioterapia (SONIS, 2004).

SINAL DE AMPLIFICAÇÃO

A partir da ativação inicial dos fatores de transcrição, uma grande quantidade de proteínas biologicamente ativadas atinge a submucosa. Entre estas proteínas estão as citocinas pró-inflamatórias que não só agredem o tecido, mas também proporcionam um sinal amplificador dos danos iniciais causados pela radio e/ou quimioterapia (LALLA; SAUNDERS; PETERSON, 2014; SONIS, 2004).

ULCERAÇÃO

Em torno do sétimo ao décimo dia do início da quimioterapia, ou do acúmulo de doses radioativas a partir de 30Gy, ocorre a desintegração e a ulceração do epitélio. Apesar de existir uma colonização bacteriana que interfere na dinâmica da úlcera, o desenvolvimento da mucosite e o atingimento de maior graduação desta, precede o pico de crescimento bacteriano, sugerindo que as bactérias não levam ao desenvolvimento da úlcera oral. As bactérias da cavidade oral colonizam as úlceras e novamente identificamos estímulo à produção de citocinas pró-inflamatórias, que aumentam o dano à mucosa. A úlcera pode conter fibrina e exsudato com bactérias, constituindo a pseudomembrana citada acima. Esta fase coincide com o período de neutropenia mais intenso e é o período onde ocorre dor orofaríngea, disfagia, diminuição da ingesta oral e dificuldades na fala (AL-DASOOQI *et al.*, 2013; SONIS, 2004).

CICATRIZAÇÃO

A manutenção da radio e/ou quimioterapia amplifica e prolonga a libertação das citocinas, exacerbando a resposta tecidual. Em aproximadamente três semanas do término destas oncoterapias ocorre a cicatrização espontânea da mucosa. A migração do epitélio para margem da lesão ocorrerá em consequência aos sinais das células mesenquimais e da matriz extracelular, que determinarão a proliferação, migração e diferenciação celular (SONIS, 2004).

LASER TERAPIA DE BAIXA DOSE

A luz laser (do inglês Light Amplification by Stimulated Emission of Radiation) se caracteriza por ser coerente (ondas sincronizadas), colimada (radiação paralela), monocromática e polarizada, com grande concentração de energia, capaz de provocar alterações físicas e biológicas nos tecidos. Os efeitos gerados pela aplicação da luz laser variam de acordo com parâmetros de irradiação como comprimento de onda, dose, intensidade, tempo de irradiação e periodicidade da aplicação (HUANG *et al.*, 2009).

Os Lasers podem ser classificados como de Baixa Potência ou terapêuticos (ou Baixa Intensidade) e de Alta Potência (Alta Intensidade), também chamado de Laser Cirúrgico. O comprimento de onda (medida em nanômetros (nm)), que é a distância percorrida pela onda entre uma oscilação completa, é fator determinante na interação laser-tecido. Os comprimentos de onda de baixa intensidade mais utilizados estão na faixa entre 600 e 1000 nm e apresentam, de forma geral, uma boa transmissão na pele e mucosas (HUANG *et al.*, 2009; KESHRI *et al.*, 2016).

A radiação emitida pelos *lasers* em baixa potência tem demonstrado efeitos analgésicos, anti-inflamatórios e cicatrizantes. A absorção da luz laser ao nível molecular desencadeia aumento do metabolismo celular, com estimulação de fotorreceptores na cadeia respiratória mitocondrial, alterações nos níveis de ATP ce-

lular, liberação de fatores de crescimento e síntese de colágeno. A aceleração da microcirculação resulta em alterações na pressão hidrostática capilar, com reabsorção do edema e eliminação do acúmulo de metabólitos intermediários.

Diversos estudos têm demonstrado que a LLLT possui um efeito anti-inflamatório e cicatrizante, além de aumentar a síntese de DNA e RNA, elevar o metabolismo celular, promover angiogênese e estimular a produção de colágeno, serotonina e cortisol (BENSADOUN; NAIR, 2012b; BJORDAL *et al.*, 2011a; HUANG *et al.*, 2009; KESHRI *et al.*, 2016; VITALE *et al.*, 2017). Nosso grupo publicou recentemente uma revisão sistemática que demonstrou redução de 62% no risco de MO nos pacientes que receberam LLLT em comparação com o grupo controle (RR=0.38 [95% IC, 0.19 a 0.75]) (ANSCHAU, *et al.* 2019).

REFERÊNCIAS

ABRAMOFF, M. M. F. *et al.* Low-Level Laser Therapy in the Prevention and Treatment of Chemotherapy-Induced Oral Mucositis in Young Patients. *Photomedicine and Laser Surgery*, v. 26, n. 4, p. 393–400, 2008a.

_____. Low-Level Laser Therapy in the Prevention and Treatment of Chemotherapy-Induced Oral Mucositis in Young Patients. *Photomedicine and Laser Surgery*, v. 26, n. 4, p. 393–400, 2008b. Disponível em: <<http://www.liebertonline.com/doi/abs/10.1089/pho.2007.2144>>.

AL-DASOOQI, N. *et al.* Emerging evidence on the pathobiology of mucositis. *Supportive Care in Cancer*, v. 21, n. 11, p. 3233–3241, 2013.

AMADORI, F. *et al.* Low-level laser therapy for treatment of chemotherapy-induced oral mucositis in childhood: a randomized double-blind controlled study. *Lasers in Medical Science*, v. 31, n. 6, p. 1231–1236, 2016a.

_____. Low-level laser therapy for treatment of chemotherapy-induced oral mucositis in childhood: a randomized double-blind controlled study. *Lasers in Medical Science*, v. 31, n. 6, p. 1231–1236, 2016b. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1007/s10103-016-1975-y>>.

ANSCHAU, F. *et al.* Construction of Scientific Thinking, the Geometry of Research in the Multiproject Model, BAOJ Medical and Nursing and the Example of The Incorporation of Low-Dose Laser Therapy in the Treatment of Oral Mucositis. *BAOJ Med Nursing*, v. 4, n. 050, p. 4–7, 2018.

ANTONIOLLI F, GOBBO M, CHERMETZ M, VETTORI E, RUPEL K, O. G.; ZANAZZO GA, DI LENARDA R, B. M. Laser-therapy for oral mucositis: multicentric randomized double- blinded controlled paediatric study. *Oral Diseases*, v. 22, n. Suppl. 2, p. 14–41, 2016.

BENSADOUN, R.-J.; NAIR, R. G. Low-level laser therapy in the prevention and treatment of cancer therapy-induced mucositis. *Current Opinion in Oncology*, v. 24, n. 4, p. 363–370, 2012a. Disponível em: <<http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00001622-201207000-00004>>.

BENSADOUN, R.-J.; NAIR, R. G. Low-level laser therapy in the prevention and treatment of cancer therapy-induced mucositis. *Current Opinion in Oncology*, v. 24, n. 4, p. 363–370, 2012b. Disponível em: <<http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00001622-201207000-00004>>.

BENSADOUN, R.-J.; NAIR, R. G. Low-level laser therapy in the prevention and treatment of cancer therapy-induced mucositis. *Current Opinion in Oncology*, v. 24, n. 4, p. 363–370, 2012c.

BJORDAL, J. M. *et al.* A systematic review with meta-analysis of the effect of low-level laser therapy (LLLT) in cancer therapy-induced oral mucositis. *Supportive Care in Cancer*, v. 19, n. 8, p. 1069–1077, 2011a.

_____. A systematic review with meta-analysis of the effect of low-level laser therapy (LLLT) in cancer therapy-induced oral mucositis. *Supportive Care in Cancer*, v. 19, n. 8, p. 1069–1077, 2011b. Disponível em: <<http://link.springer.com/10.1007/s00520-011-1202-0>>.

CHAVELI-LÓPEZ, B.; BAGÁN-SEBASTIÁN, J. V. Treatment of oral mucositis due to chemotherapy. *Journal of Clinical and Experimental Dentistry*, v. 8, n. 2, p. e201–e209, 2016.

CLARKSON, J. *et al.* Interventions for treating oral mucositis for patients with cancer receiving treatment (Review) Interventions for treating oral mucositis for patients with cancer receiving treatment. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, v. CD001973, n. 8, p. 4–6, 2010.

CLARKSON, J.; WORTHINGTON, H.; EDEN, O. Interventions for treating oral mucositis for patients with cancer receiving treatment. *Cochrane Database Syst. Rev.*, n. 2, p. 0, 2007. Disponível em: <www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17443514>.

CORTI, L. *et al.* Treatment of Chemotherapy-Induced Oral Mucositis with Light-Emitting Diode. *Photomedicine and Laser Surgery*, v. 24, n. 2, p. 207–213, 2006.

CRUZ, L. *et al.* Influence of Low-Energy Laser in the Prevention of Oral Mucositis in Children With Cancer Receiving Chemotherapy. *Pediatric Blood Cancer*, v. 48, n. December 2008, p. 435–440, 2007.

CURRA, M.; VALENTE SOARES JUNIOR, L. A.; *et al.* Chemotherapy protocols and incidence of oral mucositis. An integrative review. *Revisão integrativa. einstein*, São Paul, v. 16, n. 1, p. 1–9, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082018000100400&lng=en&tlng=en>.

CURRA, M.; ALBERTO, L.; *et al.* Protocolos quimioterápicos e incidência de mucosite bucal . *Revisão integrativa*. v. 16, n. 1, p. 1–9, 2018.

DEBACHE, S. *et al.* Évaluation de l'efficacité d'un laser de basse énergie dans le traitement des mucites radio-induites, versus traitement conventionnel, chez des patients traités pour un carcinome indifférencié du nasopharynx. *Journal Africain du Cancer*; v. 7, n. 3, p. 101–107, 2015.

EILERS, J.; MILLION, R. Clinical update: Prevention and management of oral mucositis in patients with cancer. *Seminars in Oncology Nursing*, v. 27, n. 4, p. e1–e16, 2011a.

_____. Clinical update: Prevention and management of oral mucositis in patients with cancer. *Seminars in Oncology Nursing*, v. 27, n. 4, p. e1–e16, 2011b. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.soncn.2011.08.001>>.

FIGUEIREDO, A. L. P. *et al.* Laser terapia no controle da mucosite oral: um estudo de metanálise. *Revista da Associacao Medica Brasileira*, v. 59, n. 5, p. 467–474, 2013.

FREITAS, A. C. C. *et al.* Chemotherapy-Induced Oral Mucositis: Effect of LED and Laser Phototherapy Treatment Protocols. *Photomedicine and Laser Surgery*, v. 32, n. 2, p. 81–87, 2014.

GENOT-KLASTERSKY, M. T. *et al.* The use of low-energy laser (LEL) for the prevention of chemotherapy- and / or radiotherapy-induced oral mucositis in cancer patients : results from two prospective studies. *Support Care Cancer (2008)*, v. 16, p. 1381–1387, 2008.

GOBBO, M. *et al.* Multicenter randomized double-blind controlled trial to evaluate the efficacy of laser therapy for treatment of severe oral mucositis induced by chemotherapy in children. LAMPO RCT. *Supportive Care in Cancer*, v. 25, n. Suppl 2, p. 45, 2017.

GUYATT, G. *et al.* GRADE guidelines: 1. Introduction - GRADE evidence profiles and summary of findings tables. *Journal of Clinical Epidemiology*, v. 64, n. 4, p. 383–394, 2011.

HE, M. *et al.* A systematic review and meta-analysis of the effect of low-level laser therapy (LLLT) on chemotherapy-induced oral mucositis in pediatric and young patients. *European Journal of Pediatrics*, v. 177, n. 1, p. 7–17, 2018.

HE, Mm. *et al.* A systematic review and meta-analysis of the effect of low-level laser therapy (LLLT) on chemotherapy-induced oral mucositis in pediatric and young patients. *European Journal of Pediatrics*, v. 177, n. 1, p. 7–17, 2018.

HIGGINS JPT, ALTMAN DG, S. J. (Editors). The Cochrane Collaboration's tool for assessing risk of bias in randomised trials. *BMJ*, p. Available from www.cochrane-handbook.org, 2011.

HUANG, Y.-Y. *et al.* Biphasic Dose Response in Low Level Light Therapy. *Dose-Response*, v. 7, n. 4, p. dose-response.0, 2009. Disponível em: <<http://journals.sagepub.com/doi/10.2203/dose-response.09-027.Hamblin>>.

KESHRI, G. K. *et al.* Photobiomodulation with pulsed and continuous wave near-infrared laser (810 nm, Al-Ga-As) augments dermal wound healing in immunosuppressed rats. *PLoS ONE*, v. 11, n. 11, p. 1–21, 2016.

KHOURI, V. Y. *et al.* Use of therapeutic laser for prevention and treatment of oral mucositis. *Braz.Dent.J.*, v. 20, n. 1806–4760 (Electronic), p. 215–220, 2009.

KUHN, A. *et al.* Low-level infrared laser therapy for chemo- or radiotherapy-induced oral mucositis: a randomized, placebo-controlled study. *The Journal of Oral Laser Applications*, v. 7, p. 175–181, 2007.

_____. Low-level infrared laser therapy in chemotherapy-induced oral mucositis: a randomized placebo-controlled trial in children. *Journal of pediatric hematology/oncology*, v. 31, n. 1, p. 33–37, 2009.

LALLA, R. V.; SAUNDERS, D. P.; PETERSON, D. E. Chemotherapy or Radiation-Induced Oral Mucositis. *Dental Clinics of North America*, v. 58, n. 2, p. 341–349, 2014.

MEDEIROS-FILHO, J. B.; MAIA FILHO, E. M.; FERREIRA, M. C. Laser and photochemotherapy for the treatment of oral mucositis in young patients: Randomized clinical trial. *Photodiagnosis and Photodynamic Therapy*, v. 18, p. 39–45, 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. INCA. COORDENAÇÃO DE PREVENÇÃO E VIGILÂNCIA. *Estimativa 2018-Incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: [s.n.], 2017. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2018/estimativa-2018.pdf>>.

OBEROI, S. *et al.* Effect of prophylactic low level laser therapy on oral mucositis: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*, v. 9, n. 9, p. e107418, 2014.

OTMANI, N. *et al.* Determinants of severe oral mucositis in paediatric cancer patients: A prospective study. *International Journal of Paediatric Dentistry*, v. 21, n. 3, p. 210–216, 2011.

Review Manager (RevMan) [Computer program]. Version [3.2]. Copenhagen: The Nordic Cochrane Centre, The Cochrane Collaboration. [S.l: s.n.], 2014

RIBEIRO, I. L. A. *et al.* Oral mucositis in pediatric patients in treatment for acute lymphoblastic leukemia. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 14, n. 12, p. 1468–1475, 2017.

SHIRAI, K. *et al.* Prospective observational study of carbon-ion radiotherapy for non-squamous cell carcinoma of the head and neck. *Cancer Science*, v. 108, n. 10, p. 2039–2044, 2017. Disponível em: <<http://doi.wiley.com/10.1111/cas.13325>>.

SIMÕES, A. *et al.* Laser phototherapy as topical prophylaxis against head and neck cancer radiotherapy-induced oral mucositis: Comparison between low and high/low power lasers. *Lasers in Surgery and Medicine*, v. 41, n. 4, p. 264–270, 2009.

SONIS, S. T. Mucositis: The impact, biology and therapeutic opportunities of oral mucositis. *Oral Oncology*, v. 45, n. 12, p. 1015–1020, 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.oraloncol.2009.08.006>>.

_____. Pathobiology of mucositis. *Seminars in Oncology Nursing*, v. 20, n. 1, p. 11–15, 2004.

VILLA, A.; SONIS, S. T. Mucositis: Pathobiology and management. *Current Opinion in Oncology*, v. 27, n. 3, p. 159–164, 2015.

VITALE, M. C. *et al.* Preliminary study in a new protocol for the treatment of oral mucositis in pediatric patients undergoing hematopoietic stem cell transplantation (HSCT) and chemotherapy (CT). *Lasers in Medical Science*, v. 32, n. 6, p. 1423–1428, 2017.

ZECHA, J. A. E. M. *et al.* HHS Public Access. v. 24, n. 6, p. 2781–2792, 2017.

ANSCHAU, F. *et al.* Efficacy of low-level laser for treatment of cancer oral mucositis: a systematic review and meta-analysis. *Lasers in Medical Science*, v. 34, n. 6, p. 1053–1062, 2019.

DESIGUALDADES NO USO DE MEDICAMENTOS ESPECIALIZADOS PARA ESQUIZOFRENIA FORNECIDOS PELO SUS EM PORTO ALEGRE

Eduardo Viegas da Silva⁴⁴

André Klafke⁴⁵

Luciane Kopittke⁴⁶

RESUMO

Marco teórico: A organização do sistema de saúde, ao interagir com características do indivíduo, condiciona o uso de medicamentos especializados. O acúmulo de adversidades associadas à pobreza afeta os itinerários terapêuticos, em especial quando a rede de serviços é fragmentada. Objetivos: Analisar desigualdades socioeconômicas no uso dos medicamentos especializados para esquizofrenia fornecidos pelo SUS em Porto Alegre e identificar pontos de atenção prioritários para promoção da equidade. Métodos: Foram analisados dados do sistema informatizado da assistência farmacêutica da Secretaria Estadual da Saúde e de prescrições médicas referentes ao período de agosto/2015 a julho/2016, de todos os 1.547 indivíduos residentes em Porto Alegre em tratamento contínuo com medicamentos especializados para esquizofrenia. A partir dos endereços de residência foi definido o quartil socioeconômico do local de moradia. A frequência de dispensações no período foi utilizada para estimar de forma indireta a adesão ao tratamento. Resultados: O quartil mais pobre apresentou utilização inferior a todos os demais - razão de taxas de 1,74 (IC 95% 1,41-2,07) ao comparar o quartil 2 com o quartil 1. Quanto mais rico o estrato socioeconômico, maior foi o uso do fármaco de maior custo - clozapina ($p=0,04$), e menor o uso do de menor custo - risperidona ($p<0,0001$). CAPS e Unidades Básicas de Saúde foram os principais serviços envolvidos no itinerário dos usuários do estrato mais pobre. Em regressão de Poisson multinível não foi encontrada associação entre adesão ao tratamento e estrato socioeconômico. Conclusão: Foi identificado um padrão de desigualdade por exclusão marginal. A integração da assistência farmacêutica na coordenação do cuidado dos indivíduos mais vulneráveis, mediante a implementação de ações de cuidado farmacêutico, deve atuar para que os determinantes da utilização dos medicamentos especializados no SUS sejam as necessidades em saúde.

44 Farmacêutico, Mestre, Vigilância Epidemiológica/SES/RS, Porto Alegre/RS, eduardo-silva@saude.rs.gov.br – Turma 2015.

45 Médico, Doutor, Hospital Nossa Senhora Conceição, Porto Alegre/RS.

46 Farmacêutica, Doutora, Gerência de Ensino e Pesquisa, Porto Alegre/RS, lucianekopittke@hotmail.com

Palavras-chave: equidade em saúde; sistema único de saúde; uso de medicamentos; esquizofrenia.

INTRODUÇÃO

Características do sistema de saúde, tais como oferta de pontos de atenção, organização do cuidado na rede e cobertura com saúde suplementar interagem com aspectos individuais e sociais em um processo que condiciona o itinerário do usuário até o uso de medicamentos especializados. Medicamentos são raramente cobertos por planos privados em nível ambulatorial (BAHIA, 2002). Sendo assim, o acesso universal no Sistema Único de Saúde (SUS) é legítimo. Contudo, uma das interfaces conhecidas do arranjo público/privado na saúde ocorre quando pessoas que possuem seguro privado usam o sistema público para as tecnologias mais custosas, gerando desigualdades de oportunidade de acesso (SANTOS, 2013).

Os dados disponíveis no Brasil não apresentam variáveis suficientes à análise de desigualdades no uso de medicamentos especializados dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do Ministério da Saúde (MS). Alguns estudos realizados nos estados da Bahia (Joseneide, 2011) e de Minas Gerais (PÚBLIO, 2014) apontaram baixa escolaridade como barreira de acesso e custo mediano dos tratamentos mais elevado dentre usuários cobertos por saúde suplementar.

A implementação do PCDT de esquizofrenia na prática das equipes busca promover prescrição e uso apropriado dos medicamentos, desde aqueles do componente básico, de menor valor unitário e geridos pelos municípios, até os medicamentos especializados, objeto deste estudo, de maior custo e que estão sob gestão das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). Ocorre que a gestão da assistência farmacêutica comumente é sobrecarregada pelo ciclo logístico do medicamento e não conhece de forma sistemática o perfil dos usuários, refletindo um processo de trabalho pouco atento às possíveis desigualdades socioeconômicas na utilização destas tecnologias.

Neste contexto, o objetivo do estudo foi analisar desigualdades socioeconômicas no uso dos medicamentos especializados para esquizofrenia fornecidos pelo SUS em Porto Alegre e identificar pontos de atenção prioritários para promoção da equidade.

MÉTODOS

Foi utilizado método transversal e ecológico para cálculo de taxas de utilização de medicamentos por quartil socioeconômico do local de residência, e uma coorte retrospectiva foi empregada para estimar de forma indireta a adesão aos tratamentos. Foi realizado censo dos 1.541 indivíduos residentes em Porto Alegre com registro de tratamento em andamento há mais de 12 meses com medicamento(s) especializado(s) fornecido(s) pelo SUS para esquizofrenia em Porto Alegre, no momento da seleção da amostra, ocorrida em 31/07/2016. Os dados secundários foram coletados na coordenação da Assistência Farmacêutica da SES/RS em duas etapas. Na base de dados do sistema de Administração de Medicamentos (AME) foram identificados os sujeitos de pesquisa e extraídos dados de idade, sexo, classificação internacional de doenças (CID), medicamentos especializados em uso e dispensações realizadas no período de 12 meses. Posteriormente, em análise documental realizada na farmácia de referência para todos os usuários residentes no município, foram validados dados de endereço em comprovantes de residência e identificados o tipo de estabelecimento de saúde de acompanhamento e a especialidade do(a) médico(a) assistente nas prescrições referentes ao período estudado.

A partir do serviço de saúde de origem das prescrições foi categorizado o tipo de estabelecimento que acompanhou o usuário e se este era serviço do SUS ou da saúde suplementar, por meio de consulta ao *site* do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) (CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE, 2017). A variável médico assistente foi dicotomizada em “psiquiatra”, considerado especialista no tratamento de esquizo-

frenia, e “não psiquiatra”. A aferição ocorreu mediante consulta do número de registro profissional no *site* do Conselho Regional de Medicina do Estado do RS (CREMERS) (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO RIO GRANDE DO SUL, 2017). Nos casos em que as classificações SUS ou saúde suplementar, tipo de estabelecimento de saúde e tipo de médico assistente não foram possíveis por meio das informações disponíveis nos *sites* do CNES e do CREMERS, as variáveis foram categorizadas como “dados ausentes” e incluídas nas análises.

A assistência farmacêutica estadual não dispõe de dados socioeconômicos em nível individual. Para operacionalizar a análise de desigualdades no uso dos psicofármacos foram estratificadas em quartis as 335 Unidades de Desenvolvimento Humano (UDH) do território de Porto Alegre. As UDH, que compõem o atlas do desenvolvimento humano no Brasil⁵, foram customizadas no ano de 2014 mediante agregação de setores censitários com base em dados georreferenciados de renda média per capita do Censo 2010 e em critérios de homogeneidade e de identidade local¹⁶. No presente estudo a variável contínua utilizada para estratificação foi o IDHM de cada UDH. As unidades foram ordenadas, e definidos como variável independente os quartis socioeconômicos do território da cidade. O estrato um reuniu as UDHs de pior IDHM, o estrato quatro, as de melhor, e os estratos dois e três, as de IDHM intermediários. Os endereços validados dos usuários foram alocados nas respectivas UDHs para definir o quartil socioeconômico de residência. Para isso, foi utilizada a ferramenta *Google Earth Pro*, carregada com *Shape* de mapeamento das 335 UDH, disponibilizado pelo Observatório da Cidade de Porto Alegre da prefeitura municipal (MARTINS, GERMANO, RANGEL, 2016).

A variável dependente taxa de utilização de medicamentos especializados para esquizofrenia, por 100.000 habitantes, foi calculada para cada estrato socioeconômico e analisada por meio de razão de taxas com intervalo de confiança (IC). A variabilidade nas características demográficas da população de cada quartil tornou necessário

o ajuste das taxas para idade e sexo, pelo método direto, tendo a população total de Porto Alegre como padrão. Foi empregado o teste qui-quadrado de tendência linear, entre os quartis socioeconômicos, para analisar as prevalências de prescrições de serviços privados, de prescrições de psiquiатras, de tipo de estabelecimento de saúde de acompanhamento e de tipo de medicamento utilizado.

A fim de analisar de forma indireta a adesão aos tratamentos e fatores associados, foi construída a variável dependente proporção de dias cobertos (PDC), que expressa a regularidade na retirada dos medicamentos na farmácia. A partir da verificação das dosagens diárias prescritas e das datas e quantidades unitárias dispensadas ao longo do período de 12 meses, foram obtidos intervalos de dias supridos por cada dispensação. Nos casos de sobreposição de intervalos, foi ajustado para adiante o dia inicial do intervalo subsequente. Para contabilizar possíveis estoques em posse dos usuários na data base de início do período de 12 meses, também foram verificadas as dispensações dos três meses anteriores e, em caso de acúmulo de estoque prévio, a data da primeira dispensação do período de seguimento foi ajustada. O valor final da PDC para cada usuário foi obtido pela divisão do número total de dias cobertos com medicamentos pelo número total de dias do período examinado. Para os casos em que o quociente foi superior a 1, este foi convertido ao valor máximo de 1. A variável foi dicotomizada em baixa e alta adesão, menor que 80% e maior ou igual a 80%, respectivamente, em consonância com outros estudos de adesão em tratamentos com psicofármacos (EADDY *et al.*, 2005) (MAUSKOPF *et al.*, 2005) (WANG *et al.*, 2016).

Para identificar fatores associados à baixa adesão foi empregada regressão Poisson multinível com intercepto aleatório e variância robusta, com os indivíduos no nível 1 e as UDH de residência no nível 2. Variáveis com $p\text{-valor} < 0,20$ nas análises bivariadas foram inicialmente incluídas no modelo multivariável. Realizou-se o processo de seleção para trás com exclusão da variável testada mediante

resultado não estatisticamente significativo ($p\text{-valor}>0,05$) no teste da razão de verossimilhança. A exceção foi a variável sexo, mantida como variável de ajuste.

O nível de significância assumido foi de $p<0,05$ (IC de 95%). O arquivo do banco de dados foi produzido em planilhas do programa Microsoft Excel 2007 e a análise foi realizada no software Stata 15.1. O projeto de pesquisa foi aprovado com os pareceres gerados pela Plataforma Brasil nº 1.760.349 e 1.843.890.

RESULTADOS

Dentre os 1.541 indivíduos, a maioria eram homens de 30 a 59 anos com esquizofrenia paranoide. Os medicamentos mais utilizados foram clozapina e olanzapina. Predominaram prescrições do SUS e pouco mais da metade dos indivíduos apresentou prescrições de psiquiatras. Quanto ao tipo de estabelecimento de saúde de acompanhamento, o mais frequente foi Consultório isolado. Hospital geral, CAPS e Centro de saúde unidade básica também apresentaram proporções relevantes (Tabela 1).

Tabela 1. Características dos usuários e tratamentos para esquizofrenia fornecidos pelo SUS. Porto Alegre, agosto de 2015 a julho de 2016 (n=1.541).

	n (%)
Sexo	
Homens	995 (64,6)
Mulheres	546 (35,4)
Idade (anos)	
0 a 19	
20 a 29	61 (4,0)
30 a 39	179 (11,6)
40 a 49	364 (23,6)
50 a 59	344 (22,3)
60 a 69	345 (22,4)
70 e +	178 (11,6)
	70 (4,5)

Classificação das esquizofrenias conforme CID-10

Paranoide (F20.0)	
Outras esquizofrenias (F20.8)	
Indiferenciada (F20.3)	1.198 (77,7)
Hebefrênica (F20.1)	165 (10,7)
Residual (F20.5)	43 (2,8)
Simples (F20.6)	42 (2,7)
Depressão pós-esquizofrênica (F20.4)	38 (2,5)
Catatônica (F20.2)	30 (1,9)
	17 (1,1)
	8 (0,5)

Medicamento

Clozapina	
Olanzapina	700 (45,4)
Risperidona	399 (25,9)
Quetiapina	244 (15,8)
Ziprazidona	142 (9,2)
	56 (3,6)

Serviço público ou privado

Público	882 (57,2)
Privado	524 (34,0)
Usou ambos	135 (8,8)

Especialidade do Médico

Psiquiatra	782 (50,7)
Não psiquiatra	673 (43,7)
Dados Ausentes	86 (5,6)

Estabelecimento de saúde

Consultório isolado	444 (28,8)
Hospital geral	
Centro de atenção psicossocial	308 (20,0)
Centro de saúde unidade básica	268 (17,4)
Clínica centro de especialidade	257 (16,7)
Hospital especializado	104 (6,7)
	71 (4,6)
Dados ausentes	89 (5,8)

Fonte: elaborado pelos autores

Foi observada inferioridade da taxa de utilização do quartil 1 frente aos demais – razão de taxas em torno de 1,7. Os estratos 2, 3

e 4 revelaram-se homogêneos na utilização de medicamentos especializados para esquizofrenia, com sobreposição dos IC das razões de taxas (Tabela 2).

Tabela 2. Taxas de utilização de medicamentos especializados para esquizofrenia, padronizadas para idade e sexo, dos quartis socioeconômicos de Porto Alegre, agosto de 2015 a julho de 2016.

Estrato	Faixa de IDHM*	n° de UDH**	n	População*	Taxa (IC 95%)*	Razão de taxas (IC 95%)
Quartil 1	0 a 0,654	94	161	276.079	68,08 (58,35-77,81)	1,00
Quartil 2	0,655 a 0,736	76	327	284.816	118,52 (105,88-131,15)	1,74 (1,41-2,07)
Quartil 3	0,737 a 0,862	82	357	292.327	118,26 (105,80-130,71)	1,74 (1,41-2,06)
Quartil 4	0,863 a 1	83	696	556.129	114,80 (105,90-123,70)	1,69 (1,40-1,98)
Total	0 a 1	335	1.541	1.409.351	109,3 (103,88-114,80)	-

Fonte: elaborado pelos autores

*Dados do Censo IBGE 2010.

**Unidades de Desenvolvimento Humano customizadas em 2014 e apresentadas no atlas do desenvolvimento humano no Brasil.

***Por 100.000 habitantes, padronizada por idade e sexo.

IC = Intervalo de Confiança.

A Tabela 3 apresenta as tendências de características dos tratamentos entre os estratos socioeconômicos. Os mais ricos tendem a usar mais o medicamento clozapina, de maior custo, e menos o fármaco risperidona, de menor valor unitário. Houve aumento constante do Odds de prevalência de prescrições oriundas de serviços privados e de médicos psiquiatras conforme se elevou o nível socioeconômico, porém, é importante ressaltar que tais diferenças não foram estatisticamente significantes entre os quartis 1 e 2.

Em relação ao tipo de estabelecimento de saúde de acompanhamento dos usuários, os principais serviços envolvidos no itinerário dos usuários do estrato mais pobres foram o CAPS e unidades básicas de saúde, diminuindo marcadamente seus Odds de prevalência conforme se elevou o nível socioeconômico. Por outro lado, consul-

tório particular/convênios de saúde, registrou maior Odds na medida em que o nível socioeconômico aumentou, sendo o principal ponto de atenção de origem das prescrições nos estratos mais ricos.

Tabela 3. Tendência linear de características dos tratamentos com medicamentos especializados para esquizofrenia segundo quartil socioeconômico. Porto Alegre, agosto de 2015 a julho de 2016 (n=1.541).

	Quartil socioeconômico				Valor-p*
	1 - Baixo	2 - Médio baixo	3 - Médio alto	4 - Alto	
	Odds (IC 95%)	Odds (IC 95%)	Odds (IC 95%)	Odds (IC 95%)	
Medicamento					
Clozapina	0,68 (0,49-0,93)	0,75 (0,60-0,93)	0,82 (0,67-1,01)	0,92 (0,80-1,07)	0,04
Olanzapina	0,40 (0,28-0,56)	0,31 (0,24-0,40)	0,34 (0,27-0,43)	0,36 (0,30-0,43)	0,92
Quetiapina	0,05 (0,03-0,11)	0,11 (0,08-0,16)	0,10 (0,07-0,14)	0,11 (0,09-0,15)	0,11
Risperidona	0,32 (0,22-0,46)	0,27 (0,21-0,35)	0,19 (0,14-0,25)	0,13 (0,10-0,16)	<0,001
Ziprazidona	0,02 (0,01-0,06)	0,03 (0,01-0,05)	0,05 (0,03-0,08)	0,04 (0,03-0,06)	0,11
Serviços:					
Privado	0,16 (0,10-0,25)	0,22 (0,17-0,30)	0,43 (0,35-0,54)	0,92 (0,80-1,07)	<0,001
Público	2,92 (2,05-4,17)	2,99 (2,33-3,84)	1,61 (1,30-1,99)	0,74 (0,64-0,87)	<0,001
Ambos	0,02 (0,01-0,06)	0,01 (0,00-0,02)	0,01 (0,00-0,03)	0,02 (0,01-0,03)	0,28
Especialidade do médico					
Psiquiatra	0,64 (0,47-0,88)	0,68 (0,54-0,84)	0,81 (0,66-1,00)	1,59 (1,36-1,85)	<0,001
Não psiquiatra	1,09 (0,80-1,49)	1,17 (0,94-1,45)	1,01 (0,82-1,24)	0,51 (0,43-0,59)	<0,001
Estab. de saúde					
CAPs	0,32 (0,22-0,49)	0,26 (0,20-0,34)	0,23 (0,17-0,30)	0,16 (0,13-0,20)	<0,001
Centro de saúde unidade básica	0,41 (0,29-0,58)	0,35 (0,27-0,45)	0,19 (0,14-0,25)	0,11 (0,08-0,14)	<0,001
Clínica centro de especialidade	0,07 (0,04-0,14)	0,03 (0,02-0,06)	0,07 (0,04-0,10)	0,09 (0,07-0,12)	0,02
Consultório isolado	0,13 (0,08-0,21)	0,15 (0,11-0,20)	0,31 (0,24-0,39)	0,76 (0,65-0,88)	<0,001
Hospital especializado	0,07 (0,04-0,14)	0,06 (0,04-0,10)	0,07 (0,04-0,10)	0,03 (0,02-0,04)	0,005
Hospital geral	0,17 (0,11-0,26)	0,31 (0,24-0,40)	0,33 (0,26-0,42)	0,21 (0,17-0,25)	0,45

Fonte: elaborado pelos autores

*Teste qui-quadrado de tendência linear para os odds de prevalência.

A adesão aos tratamentos foi menor que 80% para 27,7% da população do estudo. As variáveis faixa etária, sexo, CID-10 da doença, quartil socioeconômico, medicamento, médico assistente e tipo de estabelecimento de saúde de acompanhamento apresentaram valor- $p < 0,20$ na análise bivariada e foram incluídas na regressão Poisson multinível inicial. Após seleção para trás das variáveis, indivíduos da faixa etária de 0 a 19 anos apresentaram maior prevalência de baixa adesão que aqueles das faixas etárias de 40 a 49 anos e de 60 a 69 anos. Indivíduos em uso de risperidona apresentaram maior prevalência de baixa adesão comparados aos em uso de clozapina. Não foi observada diferença relevante na medida indireta de adesão aos tratamentos entre os quartis socioeconômicos (Tabela 4).

Tabela 4. Regressão de Poisson multinível para o desfecho baixa adesão ao tratamento ($< 80\%$), com preditores em nível do indivíduo e da UDH de residência. Porto Alegre, agosto de 2015 a julho de 2016 (n=1.541).

	RP bruta	valor-p	RP ajustada	valor-p
Características individuais				
Faixa etária				
0 a 19	1	-	1	-
20 a 29	0,73 (0,45-1,19)	0,210	0,82 (0,50-1,34)	0,436
30 a 39	0,60 (0,38-0,94)	0,026	0,69 (0,43-1,09)	0,114
40 a 49	0,54 (0,34-0,86)	0,010	0,60 (0,38-0,96)	0,034*
50 a 59	0,59 (0,37-0,93)	0,023	0,64 (0,40-1,02)	0,062
60 a 69	0,55 (0,33-0,90)	0,017	0,58 (0,35-0,97)	0,039*
70 e mais	0,76 (0,43-1,34)	0,341	0,76 (0,43-1,37)	0,365
Sexo				
Feminino	1	-	1	-
Masculino	0,87 (0,72-1,06)	0,166	0,87 (0,71-1,07)	0,186
Código Internacional de Doenças - CID 10				
Demais Esquizofrenias	1	-		
Esquizofrenia Paranoide	0,90 (0,72-1,12)	0,355		
Medicamento				

Clozapina	1	-	1	-
Olanzapina	0,98 (0,77-1,26)	0,896	0,97 (0,75-1,24)	0,795
Quetiapina	1,23 (0,88-1,71)	0,233	1,18 (0,84-1,67)	0,348
Risperidona	1,56 (1,21-2,00)	0,001	1,48 (1,14-1,91)	0,003**
Ziprazidona	1,45 (0,91-2,30)	0,119	1,46 (0,92-2,33)	0,111
Serviço público ou privado				
Público	1	-		
Privado	0,95 (0,77-1,17)	0,626		
Usou ambos	0,72 (0,49-1,06)	0,095		
Médico psiquiatra				
Demais médicos	1	-		
Psiquiatra	0,86 (0,71-1,04)	0,117		
Estabelecimento de saúde				
Centro de atenção psicossocial	1	-		
Centro de saúde unidade básica	1,06 (0,76-1,46)	0,737		
Clínica centro de especialidade	1,22 (0,81-1,83)	0,346		
Consultório isolado	0,95 (0,70-1,27)	0,720		
Hospital especializado	1,42 (0,91-2,20)	0,124		
Hospital geral	1,08 (0,79-1,47)	0,646		
Características contextuais da UDH de residência				
IDHM do local de residência				
Quartil 1-Baixo	1	-		
Quartil 2-Médio Baixo	0,88 (0,62-1,24)	0,459		
Quartil 3-Médio Alto	0,80 (0,56-1,12)	0,193		
Quartil 4-Alto	0,88 (0,65-1,20)	0,435		

*valor-p<0,05; **valor-p<0,01

Fonte: elaborado pelos autores

RP = Razão de Prevalência; IC = Intervalo de Confiança.

*valor-p<0,05; **valor-p<0,01

DISCUSSÃO

O isolamento do quartil mais pobre da cidade frente à homogeneidade dos demais estratos, que apresentaram taxas de utilização superiores, demonstrou um padrão de desigualdade por exclusão marginal. Ratificando o cenário, o uso de risperidona, fármaco de custo unitário inferior, diminuiu conforme se elevou o nível socioeconômico, ao passo que o uso de clozapina, de maior custo, aumentou. Após o primeiro acesso, no entanto, a adesão aos tratamentos não foi associada ao estrato socioeconômico ou ao acompanhamento em serviço da saúde suplementar.

Considerando que o SUS representa, na maior parte das vezes, o único meio de acesso para a população mais vulnerável e que alguns estudos encontraram maior prevalência de esquizofrenia entre grupos de menor escolaridade e renda (LEÃO *et al.*, 2006) (WERNER *et al.*, 2007) (BARROS, 2013), a iniquidade foi evidente. Neste cenário, se a diferença de utilização não é determinada por perfil epidemiológico ou por fatores predisponentes como faixa etária e sexo (controlados no cálculo das taxas), o padrão desigual de uso tem origem no desequilíbrio de fatores socioeconômicos capacitantes e na baixa efetividade do sistema de saúde em contrapor tais condições injustas e evitáveis (ANDERSEN, 1995).

À luz da “hipótese da equidade inversa” (VICTORA, 2000), o fato dos medicamentos especializados para esquizofrenia já serem fornecidos pelo SUS há muitos anos indica que a desigualdade observada não decorre da incorporação recente destas tecnologias. Transcorrido espaço de tempo suficiente à expansão da cobertura para os diversos estratos sociais, a utilização menor somente entre os mais pobres representa um quadro estável que não tende a se modificar sem intervenções específicas.

Em trabalho que avaliou a utilização no SUS de interferon peguilado para tratamento de hepatite C, observou-se desigualdade em favor dos de maior escolaridade, renda e cobertos por plano de saúde (JOSENEIDE, 2011). Públio (2014) encontrou custo médio

dos medicamentos especializados fornecidos pelo SUS aos usuários cobertos com seguro privado superior aos dos dispensados aos usuários não cobertos. Já em descrição do perfil dos usuários de medicamentos especializados para esquizofrenia em Feira de Santana (BA), houve predomínio dos pertencentes à menor faixa de renda (COSTA, ANDRADE, 2011). O estudo baiano, no entanto, selecionou apenas indivíduos que possuíam prontuário em um hospital público da cidade, o que limitou a representatividade da amostra.

Na análise de possíveis mecanismos envolvidos na desigualdade encontrada, importa ressaltar que a similaridade dos Odds de prevalência de prescrições oriundas de serviços privados e de psiquiatras entre os quartis 1 e 2 não reforçou a hipótese de que a cobertura com seguro privado explicaria em parte os resultados encontrados. Ressaltamos que a similaridade da taxa de utilização do quartil 2 frente às taxas dos quartis mais ricos, 3 e 4, demonstrou que a rede de atenção à saúde do SUS foi capaz de superar barreiras de acesso e promover o uso dos medicamentos especializados em nível igualitário ao da população em melhor posição socioeconômica.

Portanto, as principais barreiras no acesso dos usuários esquizofrênicos do quartil mais pobre ao diagnóstico e ao acompanhamento que encaminharia ao uso dos medicamentos especializados dizem respeito, hipoteticamente, a um viés de indicação associado a falhas no empoderamento de protocolos e fluxos de acesso por equipes e usuários, com impacto na coordenação do cuidado aos mais vulneráveis.

O viés de indicação refere-se ao padrão de prescrição adotado pelo médico, que pode ser influenciado pelo nível socioeconômico do usuário de forma independente às razões clínicas (OHLSSON, CHAIX, MERLO, 2009) (MANUEL *et al.*, 2012). Frente aos mais pobres e à necessidade de preencher documentos para acessar medicamentos especializados, os prescritores estariam optando por antipsicóticos da atenção básica, como clorpromazina e haloperidol, de menor custo e disponibilidade mais direta mediante apresentação de prescrição na farmácia distrital do município. Em casos de efeitos

adversos extrapiramidais com o uso de medicamentos do componente básico para esquizofrenia, por exemplo, opções terapêuticas do componente especializado podem ser mais efetivas e seguras.

O fato de não dispormos de dados de dispensações de antipsicóticos do elenco básico para testar tal hipótese remete-nos a outro problema: a fragmentação dos serviços farmacêuticos na rede e a baixa integração clínica do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) com os demais pontos de atenção. No estudo de Rover *et al.* (2016), médicos relataram que o usuário é, no mais das vezes, a ponte entre os serviços que compõem seu itinerário na rede e, por consequência, a fonte de informação dos prescritores sobre o funcionamento do CEAF. Quando o usuário é seu próprio “fio condutor”, a vulnerabilidade social propicia rupturas na linha de cuidado que refletem barreiras no acesso às tecnologias especializadas.

Este problema estaria relacionado à capacidade de as equipes estabelecerem relações de maior intensidade nos encontros com os usuários mais vulneráveis, construindo projetos terapêuticos integrals sensíveis às necessidades individuais (MALTA, MERHY, 2010). A efetividade da comunicação é influenciada pelo nível educacional e a burocracia intrínseca da organização do acesso potencializaria esta assimetria. As exigências normativas demandam organização familiar para dar conta da realização de hemograma semanal no início do tratamento com clozapina, por exemplo. Um apoio social frágil compromete o alcance de critérios que, contudo, são essenciais à segurança no uso dos medicamentos.

A continuidade do uso está associada a fatores distintos daqueles que condicionam o ingresso no programa assistencial e deve ser analisada em suas particularidades. A proporção encontrada de 27,7% de baixa adesão em esquizofrenia aproximou-se de achados na China (20,0%) (WANG *et al.*, 2016), na Etiópia (26,5%) (ETICHA *et al.*, 2015) e no Brasil (31,2%) (ZAGO, TOMASI, DEMORI, 2015). Quanto aos fatores associados à baixa adesão na análise multivariável, estudos corroboram a maior prevalência entre jovens com ida-

de inferior a 20 anos, o que estaria relacionado à percepção mais negativa de efeitos adversos e à menor consciência dos benefícios da prevenção de recaídas (ZAGO, TOMASI, DEMORI, 2015) (SILVA *et al.*, 2012) (GARCIA *et al.*, 2016). Embora não haja evidência conclusiva em pesquisas prévias acerca da adesão entre diferentes antipsicóticos (WANG *et al.*, 2016) (ZAGO, TOMASI, DEMORI, 2015) (SENDT, TRACY, BHATTACHARYYA, 2015), a associação do uso de risperidona com maior prevalência de baixa adesão possivelmente sofreu influência da oferta do medicamento em drogarias privadas por um custo unitário inferior ao dos demais medicamentos especializados, o que facilitaria a aquisição por alguns usuários.

A ausência de diferença na adesão entre os quartis socioeconômicos pode se dever ao fato de que, após o início do tratamento, haveria melhor percepção dos benefícios da continuidade do uso do medicamento. Além disso, o apoio recebido na farmácia do CEAf, que orienta a família quanto ao fluxo de reavaliação do tratamento e agenda as próximas dispensações, contribuiria com o seguimento.

Um ponto forte do estudo foi a inclusão de todos os residentes em Porto Alegre em uso continuado dos medicamentos fornecidos pelo SUS. Embora a variável nível socioeconômico tenha sido operacionalizada com método ecológico, o recorte territorial das UDH elevou a precisão da medida, por serem customizadas com o objetivo de delimitar áreas socialmente mais frágeis da cidade, em um nível espacial mais desagregado que o de bairro. A centralização das dispensações em única farmácia facilitou a aplicação do método PDC para estimar adesão. Porém, seu emprego apresenta limitações por informar a retirada na farmácia e não se o uso de fato ocorreu, não captar aquisições em farmácias privadas e desconsiderar internações, nas quais há suprimento intra-hospitalar do medicamento. Outras limitações foram a não integração de dados de uso de psicofármacos pertencentes ao elenco básico do SUS e a indisponibilidade de dados de cor da pele, variável essencial em análises de desigualdades.

Foi identificado um padrão de desigualdade por exclusão marginal. A integração da assistência farmacêutica na coordenação do cuidado aos mais vulneráveis, mediante a implementação de ações de cuidado farmacêutico em apoio a Unidades Básicas de Saúde e CAPS, deve atuar para que os determinantes do uso dos medicamentos especializados no SUS sejam as necessidades em saúde.

REFERÊNCIAS

- Andersen RM. *Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter?* J Health Soc Behav 1995; 36(1):1-10.
- Bahia L, Costa AJL, Fernandes C, Luiz RR, Cavalcanti MLT. *Segmentação da demanda por planos e seguros privados de saúde: uma análise das informações da Pnad/1998*. Cien Saude Colet 2002; 7(4):671-86.
- Barros RF. *Fatores sociais e esquizofrenia: investigando possíveis associações* [Dissertação de Mestrado]. Botucatu: Universidade Estadual Paulista; 2013.
- Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Datasus. <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta> (acessado em 12/Mar/2017).
- Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul. Médicos Ativos. <http://cremers.org.br/index.php?indice=18&&tipo-ativ=0> (acessado em 12/Mar/2017).
- Costa JAS, Andrade KVF. *Perfil dos usuários incluídos no protocolo de esquizofrenia em um programa de medicamentos do componente especializado da assistência farmacêutica*. Rev Baiana Saude Publica 2011; 35(2):446-56.
- Eaddy M, Grogg A, Locklear J. *Assesment of compliance with anti-psychotic treatment and resource utilization in a medicaid population*. Clin Ther 2005; 27(2):263-72.
- Eticha T, Teklu A, Ali D, Solomon G, Alemayehu A. *Factors associated with medication adherence among patients with schizophrenia in mekelle, northern Ethiopia*. PLoS One 2015; 10(3):1-11.
- García S, Cengotitabengoa MM, Zurbano SL, Zorrilla I, López P, Vieta E, et al. *Adherence to antipsychotic medication in bipolar disorder and schizophrenic patients a systematic review*. J Clin Psychopharmacol 2016; 36(4):355-71.
- Joseneide QF. *Acesso a medicamentos excepcionais na Bahia: o caso do interferon peguilado* [Tese de Doutorado]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2011.

Leão TS, Sundquist J, Frank G, Johansson LM, Johansson SE, Sundquist K. *Incidence of schizophrenia or other psychoses in first and second generation immigrants*. J Nerv Ment Dis 2006; 194(1):27-33.

Malta DC, Merhy EE. *O percurso da linha de cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis*. Interface – Comunic., Saúde, Educ. 2010; 14(34):593-605.

Manuel JI, Essock SM, Wu Y, Pangilinan M, Stroup S. *Factors associated with initiation on clozapine and on other antipsychotics among medicaid enrollees*. Psychiatr Serv 2012; 63(11):1146-49.

Martins CMR, Germano LRR, Rangel RR. *Metodologia das unidades de desenvolvimento humano da região metropolitana de Porto Alegre*. Indic Econ FEE 2016; 43(4):91-108.

Mauskopf JA, Paramore C, Lee WS, Snyder EH. *Drug persistence patterns for patient treated with rivastigmine or donepezil in usual care settings*. J Manag Care Spec Pharm 2005; 11(3):231-39.

Ministério da Saúde. Portaria nº 364 de 9 de abril de 2013. *Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Esquizofrenia*. Diário Oficial da União 2013; 10 abr.

Ohlsson H, Chaix B, Merlo J. *Therapeutic traditions, patient socioeconomic characteristics and physicians' early new drug prescribing - a multilevel analysis of rosuvastatin prescription in south Sweden*. Eur J Clin Pharmacol 2009; 65(2):141-50.

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. *Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil*. http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/porto-alegre_rs (acessado em 12/Mar/2017).

Públio RN, Couto BRG, Valadão AF, Rezende EM. *Perfil das solicitações de medicamentos de alto custo ao Sistema Único de Saúde em Minas Gerais*. Rev Adm Publica 2014; 48(6):1567-85.

Rover MRM, Peláez CMV, Farias MR, Leite SN. *Da organização do sistema à fragmentação do cuidado: a percepção de usuários, médicos e farmacêuticos sobre o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica*. Physis 2016; 26(2):691-711.

Santos IS, Santos MAG, Borges DCL. *Mix público-privado no sistema de saúde brasileiro: realidade e futuro do SUS*. In: Noronha JC, Pereira TR, organizadores. *A saúde no Brasil em 2030 – prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: estrutura do financiamento e do gasto setorial*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2013; p. 73-131.

Sendt KV, Tracy DK, Bhattacharyya S. *A systematic review of factors influencing adherence to antipsychotic medication in schizophrenia-spectrum disorders*. Psychiatry Res 2015; 225(1):14-30.

Silva TFC, Lovisi GM, Verdolin LD, Cavalcanti MT. *Adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes do espectro esquizofrênico: uma revisão sistemática da literatura*. J Bras Psiquiatr 2012; 61(4):242-51.

Victora CG, Vaughan JP, Barros FC, Silva AC, Tomasi E. *Explaining trends in inequities: evidence from brazilian child health studies*. Lancet 2000; 356:1093-98.

Wang X, Zhang W, Ma N, Guan L, Law SF, Yu X, Ma H. *Adherence to antipsychotic medication by community-based patients with schizophrenia in China: a cross-sectional study*. Psychiatr Serv 2016; 67(4):431-37.

Werner S, Malaspina D, Rabinowitz J. *Socioeconomic status at birth is associated with risk of schizophrenia: population-based multilevel study*. Schizophr Bull 2007; 33(6):1373-78.

Zago AC, Tomasi E, Demori CC. *Adesão ao tratamento medicamentoso dos usuários de centros de atenção psicossocial com transtornos de humor e esquizofrenia*. Rev Eletronica Saude Mental Alcool Drog 2015; 11(4):224-33.

O CONTEXTO DA JUDICIALIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS CONTRA A SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL NO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE

Raquel Borelli Finatto⁴⁷

André Klafke⁴⁸

Luciane Kopittke⁴⁹

RESUMO

O fornecimento de medicamentos por ação judicial tornou-se uma prática cada vez mais comum nos últimos anos. O Rio Grande do Sul é o estado que apresenta o maior índice de judicialização em saúde do país. Esse fenômeno tem se traduzido como a garantia de acesso a bens e serviços de saúde; no entanto, rompe com o conceito de racionalização no uso de medicamentos estabelecido pela Política Nacional de Medicamentos e pelas diretrizes do SUS, à medida que compromete a utilização dos recursos disponíveis, a qualidade do fornecimento e o uso racional dos medicamentos. Conhecer o perfil da judicialização de medicamentos auxiliará os gestores no processo de tomada de decisão e no estabelecimento de novas medidas de planejamento da Assistência Farmacêutica. O emprego da Avaliação de Tecnologias em Saúde poderá contribuir no processo de tomada de decisão, visto que pondera os riscos, benefícios, custos e impactos relacionados a determinada tecnologia, além de auxiliar na desincorporação de tecnologias que agregam pouco valor ao cuidado. Os diversos atores envolvidos no processo de judicialização necessitam de uma melhor interlocução para discutir as alternativas que atendam tanto o interesse da população quanto do poder público e que, preferencialmente, possam preservar os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: assistência farmacêutica; judicialização do acesso a medicamentos; sistema único de saúde; avaliação de tecnologias em saúde.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

No Brasil, o direito à saúde está disposto na Constituição Federal de 1988 como um direito social a ser garantido pelo Estado,

47 Farmacêutica, Mestre, Secretaria Estadual da Saúde, Porto Alegre/RS, raquel_finatto1@hotmail.com – Turma 2017

48 Médico, Doutor, Hospital Nossa Senhora da Conceição, Porto Alegre/RS.

49 Farmacêutica, Doutora, Hospital Nossa Senhora da Conceição, Porto Alegre/RS.

por meio de políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1988). A Lei nº 8.080, também conhecida como Lei Orgânica de Saúde, publicada em 1990, regulamenta em todo o território nacional as ações e serviços de saúde e define os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

A construção do SUS está baseada nos seguintes princípios: universalidade, equidade e integralidade. O acesso universal possibilitou a todos os brasileiros alcançar uma ação ou um serviço de saúde de que necessitem sem qualquer barreira de acessibilidade, seja legal, econômica ou cultural. Quebrou-se a lógica do seguro social existente até a criação do SUS, em que o direito aos serviços de saúde era garantido apenas para aqueles que contribuíam com a previdência social e passou para a lógica de seguridade social. O direito à saúde passou a estar vinculado à condição de cidadania e, assim, todos os cidadãos passaram a ter acesso ao sistema de saúde (PAIM, 2009). A integralidade de assistência é o reconhecimento de que todas as pessoas devem ter acesso a todas as ações e serviços exigidos para cada caso ou situação em todos os níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 1990). A equidade pretende diminuir as desigualdades considerando as diferentes necessidades dos indivíduos. Políticas que almejam a equidade em saúde devem atender às necessidades da população mediante a utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e o planejamento de ações.

Para organizar o SUS com base nos princípios citados, definiram-se as seguintes diretrizes: regionalização e hierarquização – os serviços devem ser organizados de forma hierarquizada em níveis de complexidade tecnológica e dispostos numa área delimitada que atenda a todas as necessidades daquela população; resolubilidade – os serviços devem ser capazes de resolver uma demanda no seu nível de complexidade, devendo referenciar o indivíduo para outro

serviço no caso de impossibilidade; descentralização – distribuição de poder e de responsabilidade entre os níveis de governo; e participação dos cidadãos por meio da atuação dos conselhos de saúde (BRASIL, 1990).

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Entre os campos de atuação do SUS, destaca-se a formulação da política de medicamentos e a execução de ações de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica (BRASIL, 1990). No sentido de garantir o acesso à Assistência Farmacêutica (AF), se fez necessária a formulação de políticas públicas. Primeiramente, foi normatizada a Política Nacional de Medicamentos (PNM), com o principal propósito de garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, promoção do seu uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais (BRASIL, 1998). Essa política resultou em importantes avanços na regulamentação sanitária, no gerenciamento de medicamentos e na organização e gestão da AF (BRASIL, 2001, 2011c).

Em 2004, o Conselho Nacional de Saúde aprovou a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) como parte integrante do sistema de saúde e determinante para a resolubilidade da atenção e dos serviços em saúde, garantindo os princípios da universalidade, integralidade e equidade (BRASIL, 2011c). Essa política prevê que a AF englobe questões relacionadas à ciência e tecnologia, à produção industrial e aos recursos humanos, além das etapas de seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade e avaliação do uso dos medicamentos (BRASIL, 2004b).

De acordo com a PNAF, a Assistência Farmacêutica é um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao acesso e a seu uso racional. A AF no SUS deve ser entendida como política pública norteadora para a formu-

lação de políticas setoriais, tendo como alguns dos seus eixos estratégicos a manutenção e a qualificação dos serviços de AF na rede pública de saúde, a qualificação de recursos humanos, bem como a descentralização das ações (BRASIL, 2004b, 2011c).

Entre as diretrizes constantes na PNM, encontra-se a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), com o objetivo de selecionar e padronizar os medicamentos indicados para atendimento de doenças e de agravos no SUS. Os estados e os municípios podem adotar relações específicas e complementares à RENAME com vista a tratar agravos que acometem as populações locais.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, medicamentos essenciais são aqueles que irão atender às necessidades prioritárias de saúde de uma população. Devem ser selecionados com o objetivo de atender aos problemas de relevância em saúde pública, levando em consideração as evidências de eficácia, segurança, custo-efetividade e custo-benefício (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2002). A RENAME é elaborada com base nesses fundamentos e deve ser revisada periodicamente para atender na integralidade as demandas da população. A partir da criação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), esta passou a ser a responsável por propor a atualização da RENAME e tem como atribuições a incorporação, a exclusão ou a alteração de novos medicamentos, produtos e procedimentos, bem como a constituição ou alteração de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) (BRASIL, 2011b).

O financiamento da AF, no âmbito do SUS, é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS e pactuado na Comissão Intergestores Tripartite, sendo constituído por três componentes: o componente básico, o componente estratégico e o componente especializado.

O Componente Básico da AF destina-se à aquisição de medicamentos e insumos no âmbito da Atenção Primária à Saúde e àqueles relacionados a agravos e programas de saúde específicos, inseridos na rede de cuidados deste nível de atenção. O financiamento desses

medicamentos é tripartite, cabendo à União, aos Estados, ao Distrito Federal (DF) e aos Municípios o aporte mínimo de recursos per capita para a aquisição dos medicamentos, pactuado conforme a Portaria nº 1.555, de 30 de julho de 2013 e repassados fundo a fundo. As secretarias municipais de saúde são as responsáveis pela seleção, programação, aquisição, distribuição e dispensação dos medicamentos. Somente as insulinas e os contraceptivos são adquiridos de forma centralizada pelo Ministério da Saúde (MS); a programação e a distribuição são realizadas pela Secretaria Estadual de Saúde (SES), e a dispensação pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) (BRASIL, 2013b).

O Componente Estratégico compreende medicamentos e insumos para prevenção, diagnóstico, tratamento e controle de doenças e agravos de perfil endêmico. O financiamento é realizado pela União, que repassa os medicamentos aos estados, que por sua vez distribuem para os municípios (BRASIL, 2011c).

O Componente Especializado é uma estratégia de acesso a medicamentos no âmbito do SUS, caracterizado pela busca da garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão definidas nos PCDT publicados pelo Ministério da Saúde. De acordo com a Portaria nº 1.554, de 30 de julho de 2013, os medicamentos estão classificados em três grupos conforme definição de responsabilidade quanto a sua aquisição e ao seu financiamento. Grupo 1, medicamentos sob responsabilidade de financiamento do MS, sendo divididos em grupo 1A e 1B; grupo 2, medicamentos sob responsabilidade das SES e do DF pelo financiamento, aquisição, programação, armazenamento, distribuição e dispensação; e grupo 3, medicamentos sob responsabilidade das SMS e do DF para aquisição, programação, armazenamento, distribuição e dispensação (BRASIL, 2013a). Os pacientes atendidos por esta estratégia de acesso, em sua maioria, necessitam de tecnologias e recursos de saúde diferenciados e com maior densidade tecnológica.

O Componente Especial da AF compreende os medicamentos que não estão contemplados nos programas do MS e cuja responsabilidade do financiamento e da aquisição é do estado do Rio Grande do Sul. A Portaria SES/RS nº 670/2010 estabelece os medicamentos para tratamento da fibrose cística, diabetes mellitus, DST/Aids e transtornos mentais, como depressão, psicose e transtorno de hiperatividade com déficit de atenção, além de fórmulas lácteas e suplementos alimentares (RIO GRANDE DO SUL, 2010).

JUDICIALIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS

A fundamentação jurídica das ações judiciais que tramitam nas secretarias estaduais de saúde para fornecimento de medicamentos está baseada na garantia do direito à saúde e à vida (BRASIL, 2011c). A demanda por medicamentos pela via judicial teve início na década de 90, com ações que exigiam medicamentos para o tratamento de HIV/Aids. O sucesso dessa estratégia, que fez uso das leis nacionais, na perspectiva do direito constitucional à saúde e o dever do Estado de prestar assistência de forma integral, universal e gratuita, fez provocar outros movimentos sociais para reivindicar judicialmente o seu direito e a ampliação das políticas públicas (BORGES; UGÁ, 2010; MESSEDER; OSORIO-DE-CASTRO; LUIZA, 2005).

Outro exemplo foi o caso da hepatite C, em que foram movidas várias Ações Cíveis Públicas e individuais reivindicando o tratamento com alfapecinterferona para os pacientes que não se enquadravam nos critérios estabelecidos pelos PCDT do MS (BRASIL, 2011c). Situação semelhante ocorreu na SES RS, onde a Associação dos Portadores de Fibrose Cística impetrou ações coletivas contra o estado para o fornecimento de medicamentos e suplementos nutricionais para pacientes portadores dessa patologia.

Hoje se percebe que o perfil das ações judiciais se estendeu para os mais variados medicamentos e patologias (BORGES; UGÁ, 2010; SANT'ANA *et al.*, 2011; CAMPOS NETO *et al.*, 2012; CON-

TI; FOLLE; NAVES, 2015). Dados do MS apontam que o número de processos judiciais aumentou de 5.967 em 2010 para 12.932 em 2014 (BRASIL, 2015). Entre 2010 e 2016 foram destinados R\$ 4,5 bilhões para a aquisição de medicamentos, suplementos alimentares, além de depósitos judiciais. Em 2017, o Governo Federal gastou R\$ 1,02 bilhão para a aquisição de medicamentos e tratamentos exigidos por demandas judiciais e foram adquiridos em torno de 700 itens entre medicamentos e insumos (BRASIL, 2018).

Foi observado nos estados de Santa Catarina, Minas Gerais e São Paulo que os medicamentos representam mais de 80% do total de gastos registrados com a judicialização em saúde nos anos de 2013 e 2014. Santa Catarina gastou R\$ 119 milhões em 2013 e R\$ 147 milhões em 2014 com o cumprimento de processos judiciais na área de medicamentos. São Paulo registrou um gasto de R\$ 316 milhões e R\$ 324 milhões nos mesmos anos (BRASIL, 2015).

Em auditoria realizada pelo Tribunal de Contas da União (TCU) em 2004, relacionada ao Programa de Medicamentos Excepcionais, foi verificado o crescente aumento das demandas judiciais em 2003 e 2004 referente aos medicamentos desse programa. Foi constatado que a judicialização provocava a realocação de recursos e descontinuava o tratamento de usuários cadastrados no programa (BRASIL, 2015). Esses processos obrigam o Estado a fornecer, de imediato, o produto, de forma desarticulada com processo de organização da AF, contribuindo para a desorganização do serviço e ônus ao erário.

O Rio Grande do Sul é o estado que apresenta o maior índice de judicialização em saúde do país. Entre 2002 e 2009, o número anual de ações relacionadas à saúde contra o estado aumentou de 1.126 para 17.025. Em 2009, cerca de 70% dos processos buscavam acesso a medicamentos (BIEHL; SOCAL; AMON, 2016). De acordo com o Relatório do TCU, entre os Tribunais estudados entre 2013 e 2014, o TJRS está entre os Tribunais de Justiça que tiveram maior número de processos de saúde, sendo o fornecimento de medicamentos e/ou tratamento médico hospitalar o mais representativo, ficando atrás

somente do TJSP (BRASIL, 2015). Em 2014, foram gastos aproximadamente R\$ 213 milhões para aquisições de medicamentos por ata de registro de preço, sequestro e depósitos judiciais; no ano seguinte, gastaram-se em torno de R\$ 235 milhões. Esse crescimento representa um desafio para o gestor público quanto à aplicação dos recursos (RIO GRANDE DO SUL, 2016).

Com todo o avanço nas políticas e ações da Assistência Farmacêutica no Brasil, ainda se identificam dificuldades de acesso aos medicamentos por diversos fatores, entre os quais podemos citar o desconhecimento ou a não adesão dos prescritores às listas oficiais, as falhas da gestão na oferta regular de medicamentos e a pressão do setor produtivo (CATANHEIDE; LISBOA; SOUZA, 2016). Segundo um levantamento realizado pelo CONASS junto às SES, as causas mais comuns de ingresso de ações judiciais foram pela falta do medicamento, indicação em desacordo com os critérios estabelecidos nos PCDT do MS e medicamento não padronizado (BRASIL, 2007). O uso de medicamentos para indicações terapêuticas sem evidência de eficácia e segurança não é recomendado; no entanto, percebe-se nas ações judiciais o fornecimento de medicamentos não pertencentes às listas oficiais, ou com uso *off label* ou desprovidos de registro no país (FIGUEIREDO; PEPE; OSORIO-DE-CASTRO, 2010). Deve-se promover o uso racional e seguro dos medicamentos adotando estratégias que assegurem a oferta adequada em termos de qualidade, segurança e eficácia.

Quando o usuário não consegue o medicamento na rede pública ou através dos planos privados, seja pelo não fornecimento do medicamento ou por desconhecimento dos medicamentos fornecidos pelo sistema público, aciona o Poder Judiciário, por meio de ações judiciais, para garantir o seu direito. Assim, o Poder Judiciário intervm na determinação do fornecimento, pela Administração Pública, de serviços e produtos destinados à saúde, independentemente das políticas públicas, causando impactos significativos na estruturação, no financiamento e na organização do sistema de saúde (UNIVER-

SIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, 2011). Diante do que foi exposto e da impossibilidade de ofertar todo e qualquer medicamento, procedimento ou produto de interesse para saúde a todos os usuários do SUS, é relevante que o gestor disponha de informações sobre as demandas judiciais a fim de diagnosticar falhas na gestão, desperdício de recursos públicos ou, até mesmo, prescrições inadequadas e, dessa forma, propor medidas de organização que possibilitem a alocação dos recursos disponíveis de forma racional e com base em critérios de segurança, eficácia e custo-efetividade.

O aumento dessas demandas motivou, em abril de 2009, uma Audiência Pública no Supremo Tribunal Federal com o intuito de que membros da sociedade envolvidos direta ou indiretamente com a judicialização discutissem o tema com o Poder Judiciário. A Recomendação nº 31/2010 do Conselho Nacional de Justiça, fruto desta Audiência, recomenda aos Tribunais de Justiça dos Estados e Tribunais Regionais Federais que: i) celebrem convênios que objetivem disponibilizar apoio técnico composto por médicos e farmacêuticos para auxiliar os magistrados; ii) procurem instruir as ações com relatórios médicos, com descrição da doença, com prescrição dos medicamentos, com denominação genérica ou princípio ativo, produtos, órteses, próteses e insumos em geral, com posologia exata; iii) evitem autorizar o fornecimento de medicamentos ainda não registrados pela ANVISA; iv) ouçam, quando possível, os gestores, antes da apreciação de medidas de urgência; entre outras recomendações (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2010a).

Considerando a criação do Fórum Nacional do Judiciário para monitoramento e resolução das demandas de assistência à saúde e a criação do Comitê Estadual da Saúde com o objetivo de auxiliar os tribunais na criação de Núcleos de Apoio Técnico do Judiciário (NAT-JUS), constituído de profissionais da saúde, para elaborar pareceres acerca da medicina baseada em evidências fica evidenciada a preocupação de diversos órgãos no sentido de compreender o processo de judicialização e a necessidade de assegurar a sustenta-

bilidade e gerenciamento do SUS (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2010b, 2016).

O fenômeno da judicialização não se verifica apenas no Brasil. Países como Peru, Venezuela, Equador e Argentina também estão passando por situação semelhante e observaram a busca pelo Poder Judiciário para a garantia do acesso a medicamentos e procedimentos terapêuticos (PANDOLFO; DELDUQUE; AMARAL, 2012).

Na Argentina, 72% das ações são demandas individuais por acesso a medicamentos; na Colômbia, 640 mil ações foram movidas por pacientes entre 1999 e 2008, um dos mais altos índices de judicialização da saúde; na Costa Rica, 70% das ações movidas em 2008 garantiram acesso a medicamentos experimentais ou de baixa prioridade no tratamento (SANTOS, 2017). Em Buenos Aires, Argentina, em 2007 surgiram 1.159 novos casos. No Uruguai, o número de mandados judiciais para acesso a medicamentos ainda é baixo, mas com uma tendência crescente similar a outros países (CUBILLOS *et al.*, 2012).

O crescimento da judicialização da saúde, incluindo medicamentos, é mundial. Em resposta a esse aumento, o Ministério da Saúde irá disponibilizar um sistema de informações que permite levantar dados da judicialização em todo o país. Com esse sistema será possível avaliar, controlar, detectar fraudes, assegurar o cumprimento de decisões e otimizar a aquisição e dispensação de medicamentos. Os dados poderão ser cruzados para identificar quem são os pacientes, prescritores e advogados, além de auxiliar na gestão do medicamento (DATASUS, 2017).

AValiação de Tecnologias em Saúde no Âmbito da Judicialização de Medicamentos

A avaliação de tecnologias em saúde (ATS) pode ser conceituada como um processo contínuo de análise e síntese dos benefícios para a saúde, das consequências econômicas e sociais do emprego de uma determinada tecnologia (BRASIL, 2010). Entende-se por tec-

nologias de saúde: medicamentos, equipamentos, procedimentos e sistemas organizacionais e de suporte, dentro dos quais os cuidados com a saúde são oferecidos (BRASIL, 2009).

A ATS caracteriza-se por ser uma área de atuação multidisciplinar em que diferentes profissionais atuam em conjunto, com base na utilização de evidências científicas, para analisar as questões clínicas, sociais, econômicas, éticas e organizacionais relacionadas ao desenvolvimento, difusão e uso de uma tecnologia em saúde, e tem por objetivo prover informações para a tomada de decisão tanto política quanto clínica. (BRASIL, 2009)

Em 2009, foi aprovada a Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde, cujo objetivo é “maximizar os benefícios de saúde obtidos com os recursos disponíveis, assegurando o acesso da população a tecnologias efetivas e seguras, em condições de equidade” (BRASIL, 2010). Mais tarde, foi criada a Lei nº 12.401/2011 que define o processo de incorporação de tecnologias em saúde no SUS e o Decreto nº 7.646/2011 que dispõe sobre a CONITEC e sobre o processo administrativo para incorporação, exclusão e alteração de tecnologias em saúde pelo SUS (BRASIL, 2011b, 2011a).

Através da criação da CONITEC, foi possível a incorporação de tecnologias baseada em evidências científicas e estudos de avaliação econômica, a consulta pública para todos os membros da sociedade, a elaboração de protocolos clínicos e atualização da RENAME.

Atualmente o que se observa é o acentuado desenvolvimento científico e tecnológico, que leva à inserção cada vez maior de novas tecnologias, ao crescimento contínuo dos gastos com a saúde e a mudanças no perfil epidemiológico das populações (BRASIL, 2010). Esta realidade faz com que se torne mais difícil para o sistema fornecer ao usuário a intervenção mais eficaz disponível no mercado e, portanto, se faz necessário o desenvolvimento de ações que possam auxiliar na tomada de decisão.

Com o crescimento das decisões judiciais obrigando o sistema de saúde a garantir a oferta de procedimentos e medicamentos, a

ATS torna-se uma importante ferramenta para analisar essas demandas. O acesso aos medicamentos é parte de um direito humano fundamental, por se tratar de um produto importante na atenção à saúde devido ao seu potencial de prevenir, tratar e curar doenças (BRASIL, 2012). No entanto, ao mesmo tempo em que o medicamento é um importante insumo no processo de atenção à saúde, pode também se constituir em um fator de risco quando utilizado de forma inadequada (BELTRAME, 2002).

Na análise das demandas judiciais, é possível apontar fatores contraditórios às diretrizes do SUS e da PNM, como a aquisição de medicamentos que não fazem parte da lista de medicamentos oficiais ou não estão registrados no país, a fragmentação das ações para uso racional de medicamentos, a desconsideração na responsabilidade tripartite e prejuízo à equidade (VIEIRA; ZUCCHI, 2007). Antes do deferimento do juiz, o processo deveria passar por uma análise para averiguar questões de racionalidade de uso, existência de evidências científicas para o uso indicado e presença em listas oficiais.

Com a publicação da Lei nº 12.401/2011, todas as tecnologias incorporadas no SUS devem passar pela CONITEC, que tem por objetivo assessorar o MS nas atribuições relativas à incorporação, exclusão ou alteração de tecnologias em saúde pelo SUS, bem como na constituição ou alteração de PCDT. Esses estudos devem levar em consideração a análise baseada em evidências quanto aos aspectos de eficácia, acurácia, efetividade e segurança da tecnologia, além da avaliação econômica dos benefícios e dos custos (BRASIL, 2010). A elaboração dos PCDT é um exemplo de estudos de ATS realizados pela CONITEC.

Com os avanços observados, a ATS pode ser uma forma de minimizar as consequências da excessiva judicialização à medida que utiliza a busca da evidência científica para aprimorar o processo de decisão quanto à incorporação, à exclusão e ao uso das tecnologias.

FARMÁCIA DE MEDICAMENTOS ESPECIAIS DE PORTO ALEGRE

Em Porto Alegre, capital do estado do Rio Grande do Sul, a solicitação de medicamentos do componente especial e do componente especializado mediante a instrução de processos administrativos; o fornecimento das certidões negativas para fins de comprovação que o medicamento não é fornecido pelo SUS ou não é fornecido para a condição patológica do usuário; e a dispensação dos medicamentos especiais, especializados e judiciais ocorre na Farmácia de Medicamentos Especiais, localizada no Centro Histórico da cidade.

A certidão negativa é um dos documentos obrigatórios exigidos pela Defensoria Pública Estadual (DPE) para compor a inicial do processo judicial. Esse documento traz informações referentes ao medicamento solicitado, se é fornecido pelo SUS, qual gestão é responsável pelo fornecimento do medicamento e qual o rol de medicamentos que o SUS disponibiliza para a condição patológica informada de acordo com a classificação do Código Internacional de Doenças (CID). Esse documento instrui os defensores públicos que poderão efetuar os encaminhamentos corretos e orientar o cidadão nos pedidos relacionados à assistência farmacêutica.

Considerando o relatório emitido no dia 20/08/2018, a Farmácia de Medicamentos Especiais de Porto Alegre atende aproximadamente 15 mil usuários com processos administrativos deferidos e em reavaliação. “Deferido” significa dizer que o processo administrativo está de acordo com os PCDTs do MS, foi aprovado e o medicamento está disponível para dispensação. Quando o usuário entrega os documentos necessários para garantir a continuidade do tratamento, o status fica “em reavaliação”, ou seja, o processo ainda não foi analisado por um avaliador técnico, porém está disponível para dispensação. A renovação das solicitações ocorre a cada três meses, seis meses ou um ano, dependendo do tipo de medicamento. Em relação aos processos judiciais, a farmácia atende em torno

4 mil usuários e possui 5.730 tratamentos judiciais cadastrados no sistema AME.

CONSIDERAÇÃO FINAL

O fornecimento de medicamentos pela via judicial é um acontecimento frequente nos últimos anos, em função do crescimento acentuado das demandas judiciais que obrigam o Estado a prover os medicamentos. A judicialização tem se traduzido como a garantia de acesso a bens e serviços de saúde; no entanto a decisão judicial se dá de forma diferente da organização do SUS, desconsidera os critérios de fornecimento preconizados pelos componentes da Assistência Farmacêutica e não tem uma previsão orçamentária.

Os gestores de saúde, nos âmbitos municipal, estadual e federal, devem conhecer o perfil da judicialização na sua localidade para propor ações que objetivem identificar as principais causas, melhorar as condições de acesso e criar mecanismos de monitoramento e acompanhamento dessas ações. Traçar um diagnóstico da judicialização é de suma importância para auxiliar na tomada de decisão.

A Avaliação de Tecnologias em Saúde é uma ferramenta que fornece subsídios para a tomada de decisão, uma vez que busca avaliar as consequências clínicas, sociais, econômicas e éticas de determinada tecnologia.

A observância ao elenco de medicamentos padronizados no SUS, aos Protocolos Clínicos existentes, a utilização de evidências científicas e a melhor interlocução entre os atores e os setores envolvidos poderá auxiliar na instrução do processo judicial e na redução dessas demandas.

Analisar o perfil das demandas judiciais de medicamentos imputados contra a Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (RS) pelos usuários de Porto Alegre possibilitará aos gestores de saúde e do sistema de justiça conhecer os dados da judicialização e, desse modo, propor medidas de atuação para responder às ordens judiciais, garantir a equanimidade e evitar o crescimento de novas demandas.

REFERÊNCIAS

ACOSTA, Lisiane Morelia Weide. *O mapa de Porto Alegre e a tuberculose: distribuição espacial e determinantes sociais*. 2008. 72 f. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) Faculdade de Medicina, UFRGS, Porto Alegre, 2008.

BASSANESI, Sérgio Luiz; AZAMBUJA, Maria Inês; ACHUTTI, Aloyzio. Mortalidade Precoce por Doenças Cardiovasculares e Desigualdades Sociais em Porto Alegre: da evidência à ação. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, Rio de Janeiro, v. 90, n. 6, p. 403–412, 2008.

BELTRAME, Alberto. *Ampliação do acesso a medicamentos de alto custo uma análise da política brasileira*. 2002. 105 f. Dissertação (Mestrado em Administração de Saúde) Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

BIEHL, João; SOCAL, Mariana P.; AMON, Joseph J. The judicialization of health and the quest for state accountability: evidence from 1.262 lawsuits for access to medicines in southern Brazil. *Health and Human Rights Journal*, Harvard, v. 18, n. 1, p. 209–220, 2016.

BORGES, Danielle da Costa Leite; UGÁ, Maria Alicia Dominguez. Conflitos e impasses da judicialização na obtenção de medicamentos: as decisões de 1ª instância nas ações individuais contra o Estado do Rio de Janeiro, Brasil, em 2005. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 59–69, 2010.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, Senado Federal, 1988.

_____. Decreto nº. 7.646, de 21 de dezembro de 2011. Dispões sobre a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde e sobre o processo administrativo para incorporação, exclusão e alteração de tecnologias em saúde pelo SUS, e dá outros providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 22 dez. 2011a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7646.htm>. Acesso em: 10 jan. 2018.

_____. Lei Federal nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 19 set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm>. Acesso em: 20 nov. 2017.

_____. Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 28 abr. 2011b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12401.htm>. Acesso em: 20 nov. 2017.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Assistência Farmacêutica no SUS*. Brasília, DF: CONASS, 2011c. 186 p.

_____. *Assistência Farmacêutica no SUS*. Brasília, DF: CONASS, 2007. 186 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Autoridades debatem a judicialização na saúde*. Brasília, DF, 2018. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/43910-judicializacao-da-saude-no-brasil-e-tema-de-debate-com-autoridade>>. Acesso em: 22 ago 2018.

_____. *Avaliação de tecnologias em saúde: ferramentas para a gestão do SUS*. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2009. 110 p.

_____. *Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde*. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2010. 48 p.

_____. *Política Nacional de Medicamentos 2001*. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2001. 40 p.

_____. Portaria nº 1554, de 30 de julho de 2013. Dispõe sobre as regras de financiamento e execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 31 jul. 2013a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1554_30_07_2013.html>. Acesso em: 20 nov. 2017.

_____. Portaria nº 1555, de 30 de julho de 2013. Dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 30 jul. 2013b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1555_30_07_2013.html>. Acesso em: 20 nov. 2017.

_____. Portaria nº. 3.916/MS/GM, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 10 nov. 1998. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html>. Acesso em: 20 nov. 2017.

_____. Resolução do CNS nº. 338, de 6 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. *Diário Oficial da União*, Brasília, mai. 2004b. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html>. Acesso em: 20 nov. 2017.

_____. Uso racional de medicamentos: temas selecionados. In: WANNMACHER, Lenita (Org.). *Importância dos medicamentos essenciais em prescrição e gestão racionais*. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2012. p. 15-20.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. TC 009.253/2015-7. Relatório de Auditoria Operacional. Judicialização da Saúde no Brasil. Relator Ministro Bruno Dantas. Fiscalização: 142/2015. Disponível em:<<https://contas.tcu.gov.br/etcu/ObterDocumentoSisdoc?seAbrirDocNoBrowser=true&codArqCatalogado=11831507&codPapelTramitavel=56374573>>. Acesso em: 19 ago. 2018.

CAMPOS NETO, Orozimbo Henriques *et al.* Médicos, advogados e indústria farmacêutica na judicialização da saúde em Minas Gerais, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 46, n. 5, p. 784–790, 2012.

CATANHEIDE, Izamara Damasceno; LISBOA, Erick Soares; SOUZA, Luis Eugenio Portela Fernandes. Características da judicialização do acesso a medicamentos no Brasil: uma revisão sistemática. *Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 1335–1356, 2016.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. *Justiça gaúcha reduz gastos com demandas sobre saúde*; abr 2017a. Disponível em <<http://www.cnj.jus.br/noticias/cnj/84643-justica-gaucha-reduz-17-os-gastos-com-judicializacao-da-saude>>. Acesso em: 01 nov. 2018.

_____. Recomendação nº. 31, de 30 de março de 2010. *Recomenda aos Tribunais a adoção de medidas visando a melhor subsidiar os magistrados e demais operadores do direito, para assegurar maior eficiência na solução das demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde*. 2010a. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/atos-normativos?documento=877>>. Acesso em: 15 set. 2018.

_____. Resolução nº. 107, de 06 de março de 2010. *Institui o Fórum Nacional do Judiciário para monitoramento e resolução das demandas de assistência à saúde*. 2010b. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/atos-normativos?documento=173>>. Acesso em: 15 set. 2018.

_____. Resolução nº. 238, de 06 de setembro de 2016. *Dispõe sobre a criação e manutenção, pelos Tribunais de Justiça e Regionais Federais de Comitês Estaduais da Saúde, bem como a especialização de vara em comarcas com mais de uma vara de fazenda Pública*. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/busca-atos-adm?documento=3191>>. Acesso em: 15 set. 2018.

_____. *TCU e Estados apontam aumento dos gastos com a judicialização da saúde*; dez 2017b. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/noticias/cnj/85911-tcu-e-estados-apontam-aumento-dos-gastos-com-a-judicializacao-da-saude>> Acesso em: 15 set. 2018.

CONTI, Marcela De Andrade; FOLLE, Aline Duarte; NAVES, De Oliveira Silva. Avaliação das demandas judiciais por acesso a medicamentos no Distrito Federal. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*, Brasília, DF, v. 6, n. 1, p. 245–265, 2015.

CUBILLOS, Leonardo *et al.* Universal health coverage and litigation in Latin America. *Journal of Health Organization and Management*, England, v. 26, n. 3, p. 390–406, 2012.

DATASUS. *Ministério da Saúde vai disponibilizar software para controlar ações judiciais em saúde*. 2017. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/noticias/atualizacoes/1105-ministerio-da-saude-vai-disponibilizar-software-para-controlar-acoes-judiciais-em-saude>> Acesso em: 22 ago. 2018.

FIGUEIREDO, Tatiana Aragão; PEPE, Vera Lúcia Edais; OSORIO-DE-CASTRO, Claudia Garcia Serpa. Um enfoque sanitário sobre a demanda judicial de medicamentos. *Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 101–118, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Cidades, Rio Grande do Sul, Porto Alegre. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=431490>>. Acesso em: 22 nov. 2017.

MACHADO, Marina Amaral de Ávila *et al.* Judicialização do acesso a medicamentos no Estado de Minas Gerais, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 590–598, 2011.

MARTINS, Cristina Maria dos Reis; GERMANO, Liane Rose Reis Garcia Bayard das Neves; RANGEL, Rodrigo Rodrigues. *Metodologia das Unidades de Desenvolvimento Humano da Região Metropolitana de Porto Alegre*. Indic. Econ. FEE, Porto Alegre, v. 43, n. 4, p. 91–108, 2016.

MESSEDER, Ana Márcia; OSORIO-DE-CASTRO, Claudia Garcia Serpa; LUIZA, Vera Lucia. Mandados judiciais como ferramenta para garantia do acesso a medicamentos no setor público: a experiência do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 525–534, 2005.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). *Perspectivas Políticas sobre Medicamentos de la OMS – 4. Selección de Medicamentos Esenciales*. Ginebra: OMS, 2002.

PAIM, Jairnilson Silva. *O que é o SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

PANDOLFO, Mércia; DELDUQUE, Maria Célia; AMARAL, Rita Goreti. Aspectos jurídicos e sanitários condicionantes para o uso da via judicial no acesso aos medicamentos no Brasil. *Revista Salud Pública*, Universidad Nacional de Colombia, v. 14, n. 2, p. 340–349, 2012.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA; FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO. *Atlas de desenvolvimento humano no Brasil*. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/porto-alegre_rs>. Acesso em: 22 nov. 2017.

RIO GRANDE DO SUL. Portaria SES/RS nº 670, de 31 de dezembro 2010. Porto Alegre, 2010 Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br/upload/20120515135656>>. Acesso em: 28 jul. 2017.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. Grupo de Trabalho de Planejamento, Monitoramento e Avaliação da Gestão (Org.). *Plano Estadual de Saúde: 2016/2019*. Porto Alegre, 2016, 228 p.

SANT'ANA, João Mauricio Brambati *et al.* Racionalidade terapêutica: elementos médico-sanitários nas demandas judiciais de medicamentos. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 714–721, 2011.

SANTOS, Renato. Demandas crescentes. *Parcerias entre instituições de pesquisa e a esfera pública procuram entender a judicialização da saúde e propor estratégias para lidar com o fenômeno*. Pesquisa FAPESP, São Paulo, n. 252, fev 2017. Disponível em <http://revistapesquisa.fapesp.br/2017/02/10/demandas-crescentes/>>. Acesso em: 22 ago. 2018.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. *Políticas de saúde e acesso a medicamentos*. Florianópolis: UFSC, 2011. 199 p.

VIEIRA, Fabiola Sulpino; ZUCCHI, Paola. Distorções causadas pelas ações judiciais à política de medicamentos no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 214–222, 2007.



Gráfica RJR

www.graficarjr.com.br

Impresso em sistema digital, com
papel proveniente de florestas
plantadas e certificadas.



Produzido com Energia Solar



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



PÁTRIA AMADA
BRASIL
GOVERNO FEDERAL