

Formação em serviço para o SUS: fazer e pensar na integralidade da atenção

Organizadores

Thaiani Farias de Castilhos
Aline Zeller Branchi
Ananyr Porto Fajardo
Marta Orofino
Rodrigo de Oliveira Azevedo
Elisandro Rodrigues

Aline Zeller Branchi

Leitura Final

Fillipy Klein dos Santos

Arte da Capa

Hospital Nossa Senhora da Conceição S.A.
2019

@2019 Grupo Hospitalar Conceição (GHC)
Direitos reservados desta edição: Editora Hospital Nossa Senhora da Conceição S.A.

Grupo Hospitalar Conceição

Diretoria

Diretor-Superintendente:

André Cecchini

Diretor Administrativo e Financeiro:

Cláudio da Silva Oliveira

Diretor Técnico:

Francisco Antônio Zancan Paz

Gerência de Ensino e Pesquisa

Paulo Worm

Coordenação da Gerência de Ensino e Pesquisa

Abrahão Assein Arus Neto

Conselho Editorial

Márcia Adriana Poll

Lovaine Rodrigues

B823f Brasil. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Gerência de Ensino e Pesquisa
Formação em serviço para o SUS: fazer e pensar na integralidade da atenção; organização de Thaiani Farias de Castilhos, Elisandro Rodrigues, Aline Zeller Branchi. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2019.
180 p.; 22cm.

ISBN 978-85-61979-35-5

1. Saúde Pública – Brasil - Sistema Único de Saúde – Residência Multiprofissional. 2. Castilhos, Thaiani Farias de Castilhos, Org. 3. Rodrigues, Elisandro, Org. 4. Branchi, Aline Zeller, Org. 5. Título.

CDU 614(81):378

Catálogo elaborada por Izabel A. Merlo, CRB 10/329.

Dados técnicos do Livro

Fonte: Century Gothic

Papel: Polén 80g (Miolo), Supremo 250g (capa)

Medidas: 15,5x22cm

Porto Alegre, 2019

Sumário

Apresentação.....	5
Aline Zeller Branchi, Ananyr Porto Fajardo, Elisandro Rodrigues, Marta Orofino, Rodrigo de Oliveira Azevedo, Thaiani Farias de Castilhos	
Dispensário eletrônico de medicamentos: comparação de indicadores antes e depois da implantação.....	6
Aline Klitzke Paliosa, Raquel Denise Petry	
Avaliação rápida de d-dímeros: um método de exclusão no diagnóstico de embolia pulmonar.....	20
Cláudia Severgnini Eugênio, Raphael Maciel da Silva Caballero, Marcio Neres dos Santos	
Ações e políticas públicas para travestis e transexuais no contexto da saúde: uma revisão histórica de literatura.....	29
Daniel da Rocha Paiva, Luciane Kopittke	
Narrativas enquanto dispositivo de autocuidado apoiado na atenção às condições crônicas.....	42
Giselda Faes Kichler, Maria Marta Orofino	
Práticas humanizadas realizadas por uma equipe multidisciplinar de saúde durante o parto e o nascimento no centro obstétrico de uma maternidade pública de Porto Alegre/RS.....	55
Joy Bergmann Soares, Dinara Dornfeld, Simone Konzen Ritter	
Saúde mental e vulnerabilidade social: o cuidado na atenção básica.....	68
Juliana de Bittencourt Escobar, Luciana Rodriguez Barone	
Associação entre indicadores de mobilidade e tempo de internação na UTI de pacientes em pós-operatório de cirurgia abdominal de grande porte.....	81
Juliana Rosa Nascimento, Victor Luiz Florio Loureiro	
Territórios existenciais: olhar (es) sobre territorialidades locais e o(s) cuidado(s) em saúde em um bairro da zona norte de Porto Alegre/RS.....	91
Lara Monteiro Schuck, Emanuele Luiz Proença, Christiane Silveira Kammsetzer	
Práticas integrativas e complementares no Brasil: explorando possibilidades de ampliação do cuidado em saúde mental....	103
Luiza Bohnen Souza, Lisandra Alves Nascimento, Patrícia Isabel Zvirtes	

**Segurança do paciente na atenção primária à saúde: uma
revisão bibliográfica.....117**

Luisa de Andrade Salles

**Caminhos possíveis à formação em saúde: ensaio sobre um
programa de residência multiprofissional em saúde da família e
comunidade.....130**

Marina Bulegon Pilecco, Egídio Antônio Demarco,

Daniela Dallegrave

**Caracterização da alimentação de recém-nascidos prematuros
com muito baixo peso internados na neonatologia de um hospital
amigo da criança.....141**

Luciana Pacheco de Freitas Bareta, Mirian

Benites Machado, Leandro Meirelles Nunes,

Betina Soldateli Paim

A arteterapia e seus benefícios para a saúde.....152

Roberta Machado, Silvani Botlender Severo

**Levantamento epidemiológico de pacientes com câncer em um
hospital público de Porto Alegre/RS.....167**

Rosângela Uebel, Guilherme Grivicich da Silva

Sobre os autores.....177

Apresentação

Aline Zeller Branchi, Ananyr Porto Fajardo, Elisandro Rodrigues, Marta Orofino,
Rodrigo de Oliveira Azevedo, Thaiani Farias de Castilhos

Prestes a comemorar 15 anos, a Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), que, atualmente, conta com 6 Programas Multiprofissionais e 1 em Área Profissional, oferecendo ao Sistema Único de Saúde (SUS), a cada ano, mais de 80 profissionais altamente qualificados, bem como suas produções científicas que alcançam, em diferentes graus, os mais diversos serviços de saúde, assumiu o desafio de uma publicação que valorize a produção dos residentes, oriunda dos seus Trabalhos de Conclusão da Residência. Assim, esta é a terceira publicação da RMS e marca um momento importante de valorização da pesquisa no âmbito da formação em saúde.

Em 2010, foi lançado o livro "Residências em Saúde: fazeres e saberes na formação em saúde", que trouxe um pouco da experiência institucional de implantação dos programas no GHC, compreendendo os serviços de saúde como espaços privilegiados para a formação para o SUS. O livro "RIS/GHC: 10 anos fazendo e pensando em atenção integral à saúde", lançado em 2014, marca os 10 anos da Residência Multiprofissional do GHC, compartilhando as reflexões elaboradas nesta experiência.

Esta terceira publicação, amparada pelo texto Constitucional que atribui ao SUS a competência de "incrementar, em sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação" e pela necessidade de os residentes produzirem trabalhos de conclusão de residência individuais, apresenta 15 artigos inéditos escritos por egressos das turmas de 2012 a 2016. Os artigos foram selecionados por comitê científico que, após lançamento de edital, avaliou mais de 60 textos.

Por meio deste livro, em consonância com a visão institucional do GHC, objetiva-se destacar a importância da produção e da disseminação de conhecimentos como condições indispensáveis para o acolhimento e para o cuidado com qualidade e segurança na área da saúde. Desta forma, ele se caracteriza como mais uma contribuição da Residência Multiprofissional em Saúde do GHC para a qualificação dos serviços que são prestados à população brasileira.

Desejamos uma leitura inspiradora a todos e que os frutos dela sejam profícuos!

DISPENSÁRIO ELETRÔNICO DE MEDICAMENTOS: COMPARAÇÃO DE INDICADORES ANTES E DEPOIS DA IMPLANTAÇÃO

Aline Klitzke Paliosa
Raquel Denise Petry

Introdução

Um dos grandes desafios no setor da saúde no mundo é a gestão hospitalar (BRASIL, 2013), pois além do cuidado com a qualidade da assistência, há o desafio de controlar os custos. De acordo com Neto e Ferreira (2001), além do quadro de pessoal, os recursos que mais elevam os custos hospitalares são os medicamentos e materiais, com consumo entre 15 e 45% do orçamento da Instituição.

Os estoques da farmácia hospitalar (representados por medicamentos e materiais) chegam a corresponder, financeiramente, a até 75% do que se consome em um hospital geral (CAVALLINI e BISSON, 2002). Além da questão financeira, a formação de estoque nas unidades é um fator que pode contribuir para erros assistenciais e danos aos pacientes (RADUENZ, 2010). O sistema de distribuição de medicamentos na farmácia hospitalar pode ser (BRASIL, 1994):

- Coletivo: distribuídos a partir da solicitação da enfermagem, viabilizando a formação de estoque na unidade assistencial.
- Individualizado: dispensado por paciente, normalmente, para um período de 24 horas.
- Misto: parte do sistema é coletivo, e parte, individualizado.
- Dose unitária: dose pronta para ser administrada ao paciente, conforme a prescrição médica.

Dispensar medicamentos, de uma forma segura e oportuna, é uma das principais atribuições da farmácia hospitalar. E, para atender esse objetivo, além de um profissional competente, as instituições de saúde precisam investir em tecnologias que deem agilidade às atividades (GONÇALVES, 2015).

De acordo com a Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (2009), a implementação de um dispositivo de dispensação automática em um hospital pode reduzir custos ao reduzir as taxas de erro. As tecnologias que são usadas para automatizar a dispensação e administração de medicamentos diminuem os erros de medicação, melhoram a qualidade dos cuidados e reduzem o custo associado a eventos adversos devido a erros de medicação.

No Brasil, também tem sido estudado o uso de dispensários eletrônicos. Segundo Pozza (2016), o uso de dispensários eletrônicos pode propiciar o aumento na segurança do paciente pela diminuição de situações de risco, como a administração de medicamentos fora de horário, a utilização de doses incompletas, a troca de medicamentos, além de permitir a determinação dos custos do processo por paciente e a diminuição desses custos pela redução de estoque nas unidades de internação e melhor controle de consumo e validade.

A prestação de cuidados na área de saúde é bastante complexa, uma vez que essa área encontra-se em constante evolução, resultante de avanços sociais, científicos e tecnológicos. Nesse cenário dinâmico, o trabalho em saúde caracteriza-se pela interação entre profissional, paciente e tecnologia (HARADA e PEDREIRA, 2013).

Assim sendo, todas as medidas que são tomadas para prevenção de erros, em qualquer etapa da utilização de medicamentos, fazem com que os recursos públicos sejam empregados de forma criteriosa e racional (ZORTÉA, 2015).

Diante disso, o objetivo deste trabalho é comparar aspectos relacionados ao antes e depois da implantação de dispensários eletrônicos de medicamentos, ressaltando questões relacionadas aos custos e erros de medicamentos.

Métodos

Desenho do Estudo e População

Foi realizado um estudo quantitativo descritivo, comparando indicadores antes e depois da implantação de dois dispensários eletrônicos em um hospital da região sul do Brasil destinado à saúde da mulher e ao cuidado da mãe e bebê. Os equipamentos foram instalados na UTI Neonatal e em uma Unidade de Internação. Essas unidades possuem, respectivamente, 30 e 40 leitos e atendem somente pacientes do Sistema Único de Saúde.

Os dados coletados referem-se aos três primeiros meses após a implantação da tecnologia no processo assistencial (setembro, outubro e novembro de 2017) e, também, ao mesmo período no ano de 2016 (antes da efetivação do dispensário eletrônico).

Variáveis

Foram analisadas as seguintes variáveis: custo do setor, itens que representaram o maior consumo do setor, taxa de ocupação das unidades, avaliações farmacêuticas e notificações na Rede Sentinela (a Rede Sentinela é o sistema próprio da Instituição para registro de eventos relacionados à segurança da assistência). Foi calculado o número de leitos-dia ocupados, de acordo com a metodologia descrita pelo Ministério da Saúde

(2002), para comparar o consumo entre os meses antes e depois da implantação dos dispensários.

Os dados secundários utilizados estavam disponibilizados no sistema informatizado utilizado pela Instituição e no *software* de Gestão dos Dispensários Eletrônicos (sistema operacional do equipamento), que compõe os indicadores referentes ao acompanhamento dos meses para comparação do antes e depois da implantação da tecnologia.

Desfecho

Foram avaliados o custo do setor e as notificações de erros de medicamentos, por meio da seleção de indicadores que demonstrem o custo que o setor representa, assim como os que podem auxiliar a expressar a segurança e qualidade da assistência.

Estatística

As variáveis foram descritas na forma de custo mensal do setor, taxa de ocupação da unidade, itens de maior consumo, checagem farmacêutica e número de eventos notificados na Rede Sentinela. Foram realizadas análises comparativas, utilizando o Teste T Pareado (para comparação dos custos e notificações) e ANOVA (para avaliar os itens mais consumidos) no programa Microsoft Excel 2010.

Aspectos Éticos

Por se tratar da utilização de dados secundários da Instituição, não foi necessário o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O projeto de pesquisa passou por apreciação e foi aprovado pelo Comitê de Ética sob número 16.329, em 12 de janeiro de 2017.

Resultados e Discussões

Os resultados obtidos na UTI Neonatal e na Unidade de Internação, assim como a discussão destes, serão demonstrados separadamente.

UTI NEONATAL

Custo do Setor e Taxa de Ocupação

A Tabela 1 demonstra o custo total e a taxa de ocupação nos respectivos meses analisados, representando os medicamentos solicitados para utilização na UTI Neonatal.

Com a finalidade de comparar custos do setor e consumo de medicamentos, é necessário considerar a taxa de ocupação dos setores, analisando o número de leitos-dia ocupados.

A unidade de medida leito-dia representa a disponibilidade de um leito hospitalar de internação por um dia hospitalar: corresponde aos leitos operacionais ou disponíveis, o que significa que o número de leitos/dia pode variar de um dia para outro, de acordo com o bloqueio e desbloqueio de leitos e com a utilização de leitos extras (BRASIL, 2002).

Tabela 1. Custo do setor e Taxa de Ocupação – UTI Neonatal

Ano	Mês	Leitos/dia		Taxa de ocupação	Custo no setor	Custo/nº leitos-dia ocupados
		Capacidade	Ocupados	(%)	Total (R\$)	Total (R\$)
2016	Setembro	780	734	94,1	23.844,20	32,49
	Outubro	806	718	89,1	14.292,29	19,91
	Novembro	780	681	87,3	23.489,26	34,49
	Setembro	843	643	76,3	13.744,73	21,38
	Outubro	914	846	92,6	21.304,31	25,18
2017	Novembro	899	762	84,8	37.529,83	49,25

Fonte: Tabela elaborada pelas autoras, 2017.

A partir do mês de novembro de 2017, as Soluções de Nutrição Parenteral (NPT) da UTI Neonatal passaram a ser debitadas no centro de custo do setor, que correspondeu ao valor de R\$ 8.736,00, expressando o elevado total do período. Dessa maneira, excluindo o gasto referente às NPTs, observou-se um custo/nº leitos-dia de R\$ 37,79 no mês citado.

Para verificar estatisticamente a diminuição dos custos, foram comparados os valores Custos/nº Leitos-dia ocupados entre os mesmos meses, nos anos de 2016 e 2017. Foi aplicado o Teste T Pareado Unicaudal, já que o interesse é detectar redução nos custos e, considerando um valor de corte de 0,05 para o valor-p, obteve-se um resultado de 0,3660. Sendo assim, é possível concluir que não houve significância estatística entre as variáveis analisadas para considerar diferença entre os custos da UTI Neonatal antes e após a implantação do dispensário eletrônico de medicamentos.

Itens de Maior Consumo

Com o objetivo de avaliar em maior detalhe o custo dos itens, de fato, armazenados no dispensário, foram selecionados os medicamentos com maior consumo que passaram a ser retirados no dispensário e, também, foi avaliado o custo que

representou para o setor no mês. Para a seleção dos medicamentos, foi utilizado o critério que evidencia maior custo, não sendo, necessariamente, o preço unitário mais alto. O critério de exclusão empregado foi a ocorrência de mudança de padrões, como por exemplo, medicamentos em falta de abastecimento ou apresentações diferentes do padronizado. A seleção dos itens teve como base o consumo por setor dos medicamentos no mês de outubro de 2017, período em que esses medicamentos passaram a ser retirados, exclusivamente, no equipamento. A Tabela 2 apresenta os dez itens (disponibilizados no dispensário) que representaram o maior consumo no setor, considerando a ocupação dos leitos na UTI Neonatal.

Tabela 2. Custo dos itens no mês/nº leitos-dia ocupados – UTI Neonatal

Item	Medicamento	SET	Total (R\$)				
			2016		2017		
			OUT	NOV	SET	OUT	NOV
1	Ampicilina sol inj	2,44	1,94	1,66	0,87	0,96	0,50
2	Benzilpenicilina Potássica sol inj	0,24	0,27	0,25	0,26	0,22	0,20
3	Óxido de Zinco + Vitaminas A e D pom	0,16	0,18	0,11	0,23	0,21	0,19
4	Sacarose 24% sol oral 100 mL	0,12	0,10	0,08	0,16	0,16	0,13
5	Nitrato de Prata Bastão 2,5 g	0,07	0,07	0,03	0,08	0,08	0,01
6	Diazepam 10 mg/2mL sol inj	0,00	0,01	0,00	0,00	0,07	0,01
7	Nistatina 25.000 UI/g creme vag bisnaga	0,03	0,05	0,04	0,13	0,06	0,05
8	Morfina sol inj	0,48	0,30	0,34	0,41	0,10	0,20
9	Sulfametoxazol + Trimetoprima sol inj	0,00	0,11	0,05	0,11	0,05	0,00
10	Amicacina 100 mg/2mL	0,03	0,14	0,14	0,11	0,04	0,05

Obs.: sol inj = solução injetável; pom = pomada; sol oral = solução oral; creme vag = creme vaginal.

Fonte: Tabela elaborada pelas autoras, 2017.

Tendo como objetivo comparar se houve variação nos custos desses itens no mês/nº Leitos-dia ocupados, foi realizado o teste ANOVA, com o resultado de valor-p de 0,9084. Com nível de significância de 0,05, analisou-se que não houve diferença estatística antes e após a implantação do equipamento.

Devido à constatação de altos valores de outros medicamentos não disponibilizados pelo dispensário, foi realizado um levantamento da porcentagem de três desses itens que apresentaram maior custo do setor (Tabela 3).

Tabela 3. Itens de maior custo não disponibilizados no dispensário: porcentagem total do custo – UTI Neonatal

Mês	Porcentagem (%)	
	2016	2017
Setembro	59,17	30,04
Outubro	49,04	48,02
Novembro	45,38	49,40

Fonte: Tabela elaborada pelas autoras, 2017.

Esse gasto corresponde a uma elevada porcentagem do custo mensal total. No entanto, tais medicamentos possuem justificativa para não estarem acessíveis no equipamento, como por exemplo, medicamentos termolábeis, não padronizados, alto custo, produzidos em dose unitária, uso restrito ou com baixa frequência de dispensação (para tratamento de condições clínicas específicas de algum paciente).

Portanto, percebe-se que não foi possível demonstrar diferenças entre os custos, mesmo relacionando com as taxas de ocupação, visto que a variabilidade dos pacientes fica em evidência pelo breve tempo de coleta de dados.

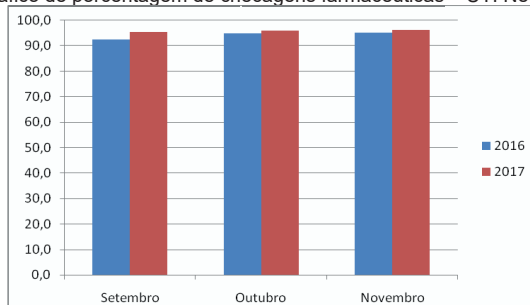
Avaliações Farmacêuticas

A prescrição médica é a etapa inicial do ciclo de utilização do medicamento, sendo sua checagem uma estratégia para reduzir os erros de medicação, incluindo a dispensação (AGUIAR *et al.*, 2006).

Dessa forma, a Figura 1 mostra a porcentagem de checagens farmacêuticas realizadas nas prescrições referentes aos pacientes internados na unidade.

Para verificar a variação no número de avaliações farmacêuticas antes e depois da implantação do dispensário eletrônico de medicamentos, foi aplicado o Teste T Pareado Bicaudal, comparando as porcentagens referentes aos meses do ano de 2016 com as do ano de 2017. O valor-p calculado foi 0,1072 e, considerando um valor de corte de 0,05, é possível concluir que não existe diferença estatística entre os números de avaliações farmacêuticas na UTI Neonatal.

Figura 1. Gráfico de porcentagem de checagens farmacêuticas – UTI Neonatal



Fonte: Gráfico elaborado pelas autoras, 2017.

Notificações na Rede Sentinela

O hospital do estudo é credenciado na Rede Sentinela, uma estratégia da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) que tem como objetivo ser observatório ativo do desempenho e da segurança de produtos de saúde, proporcionando informações essenciais para o monitoramento das tecnologias em saúde e um ambiente de troca de experiências e aprimoramento dos processos de trabalho para a gestão do risco sanitário (ANVISA).

Conforme demonstrado na Tabela 4, foram encontradas apenas duas notificações sobre erros de dispensação para o setor no período antes da implantação do dispensário.

As duas notificações são referentes a medicamentos de controle especial, principalmente, devido à antiga rotina para o reabastecimento da gaveta desses medicamentos: todo item, para ser repostado, deveria possuir justificativa (indicando o paciente em que foi administrado). Em uma das notificações, a justificativa foi de que o medicamento foi administrado em via diferente da prescrita (injetável em vez de via sonda). Na outra, o medicamento injetável foi aberto por engano. Ressalta-se que ambas as situações desencadearam um cenário para erro de medicação, sendo que uma delas promoveu o erro de administração no paciente.

Tabela 4. Número de notificações: erros de dispensação – UTI Neonatal

Mês	Nº notificações	
	2016	2017
Setembro	0	0
Outubro	2	0
Novembro	0	0

Fonte: Tabela elaborada pelas autoras, 2017.

Anteriormente, o sistema de distribuição de medicamentos para a UTI Neonatal desse hospital era coletivo. Segundo estudos, esse tipo de sistema, além de ocasionar perda de capital devido à falta de controle de estoque (LOURENÇO; CASTILHO, 2006), como medicamentos vencidos, facilidade para desvios e armazenamento incorreto, pode aumentar a incidência de erros de medicação (BRASIL, 1994).

O setor em questão não possui a cultura de realizar registros dos erros, o que dificulta identificar processos para melhorar a rotina. A notificação de erros por parte dos profissionais da assistência toma tempo e pode ser motivo de constrangimento, assim, os sistemas de notificação devem ser fáceis de acessar e utilizar, gerando melhorias palpáveis e sem caráter punitivo (WACHTER, 2010).

Os resultados obtidos, provavelmente, estão subnotificados, visto que a enfermagem é plenamente capaz de constatar os erros de dispensação (LEAPE *et al.*, 1995). No entanto, como já relatado, o fato de se tratar de um sistema de distribuição coletiva, tornava-se mais difícil tal identificação, pois o medicamento não era dispensado para um paciente específico e, com exceção dos medicamentos de controle especial, não deveria haver justificativa para reposição do estoque.

UNIDADE DE INTERNAÇÃO

Custo do Setor

Os custos do setor e a taxa de ocupação do setor, bem como a relação quanto ao número de leitos-dia, estão demonstrados na Tabela 5.

Tabela 5. Custo do setor e taxa de ocupação – Unidade de Internação

Ano	Mês	Leitos/dia		Taxa de ocupação (%)	Custo no setor	Custo/nº leitos-dia ocupados
		Capacidade	Ocupados		Total (R\$)	Total (R\$)
2016	Setembro	1.158	832	71,8	29.891,00	35,93
	Outubro	1.208	747	61,8	26.921,56	36,04
	Novembro	1.160	903	77,8	27.141,26	30,06
	Setembro	950	497	52,3	13.718,44	27,60
	Outubro	1.185	889	75,0	25.248,57	28,40
2017	Novembro	1.093	887	81,2	23.604,71	26,61

Fonte: Tabela elaborada pelas autoras, 2017.

Da mesma forma que para a UTI Neonatal, também foi aplicado o Teste T Pareado Unicaudal à Unidade de Internação para verificar estatisticamente se houve diminuição

dos Custos/nº leitos-dia ocupados entre os mesmos meses, nos anos de 2016 e 2017, obtendo um valor-p de 0,0256. Considerando um nível de significância de 0,05, pode-se observar uma diferença estatística entre os custos antes e após a implantação do dispensário eletrônico de medicamentos.

Itens de Maior Consumo

Estão demonstrados, na Tabela 6, os dez itens que representaram o maior consumo no setor, tendo em vista a ocupação dos leitos, conforme os mesmos critérios explicados para a Unidade citada anteriormente.

Foi realizado o teste ANOVA para comparar se houve variação nos custos desses itens no mês/nº leitos-dia ocupados. O resultado do valor-p foi de 0,9874. Com nível de significância de 0,05, analisou-se que não houve diferença estatística antes e após a implantação do equipamento.

Ao contrário do observado na UTI Neonatal, na Unidade de Internação, não se percebeu elevados valores de itens que não estão disponibilizados no dispensário. Os maiores custos desses medicamentos e materiais não correspondem a uma elevada porcentagem do gasto total do setor (Tabela 7).

As justificativas para não estarem acessíveis no equipamento são por se tratarem de medicamentos quimioterápicos, termolábeis ou não padronizados. Alguns itens são padronizados e não foram selecionados para estarem no dispensário pelo fato de não haver consumo frequente analisando o histórico, portanto, foram casos clínicos específicos de determinados pacientes que necessitaram de medicamentos que acarretaram maior custo para o setor.

Tabela 6. Gasto dos itens no mês/nº leitos-dia ocupados – Unidade de Internação

Item	Medicamento	Total (R\$)					
		2016			2017		
		SET	OUT	NOV	SET	OUT	NOV
1	Piperacilina + Tazobactam 4 g + 500 mg sol inj	13,75	13,64	5,53	6,69	5,60	6,42
2	Morfina 10 mg/mL sol inj	1,54	1,92	0,70	0,73	1,57	1,57
3	Cefuroxima 750 mg sol inj	0,48	0,81	1,39	0,88	1,04	0,72
4	Clindamicina 600 mg/4mL sol inj	0,07	0,28	0,55	0,16	0,80	0,62
5	Amoxicilina + Clavulanato 1 g + 200 mg sol inj	0,44	0,22	0,33	1,30	0,72	0,20
6	Enoxaparina 40 mg/0,4 mL seringa	0,35	0,01	0,48	1,70	1,79	2,14
7	Heparina 5.000 UI/0,25 mL sol inj	4,40	4,78	4,03	4,66	4,39	4,11
8	Cefazolina 1 g sol inj	0,07	0,23	0,14	0,26	0,24	0,09
9	Tramadol 50 mg/mL 1 mL sol inj	0,14	0,38	0,23	0,28	0,19	0,15
10	Ampicilina 1.000 mg sol inj	0,04	0,00	0,25	0,25	0,17	0,57

Obs.: sol inj = solução injetável

Fonte: Tabela elaborada pelas autoras, 2017.

Tabela 7. Itens de maior custo não disponibilizados no dispensário: porcentagem total do custo – Unidade de Internação

Mês	Porcentagem (%)	
	2016	2017
Setembro	8,53	10,74
Outubro	12,26	11,87
Novembro	21,67	6,77

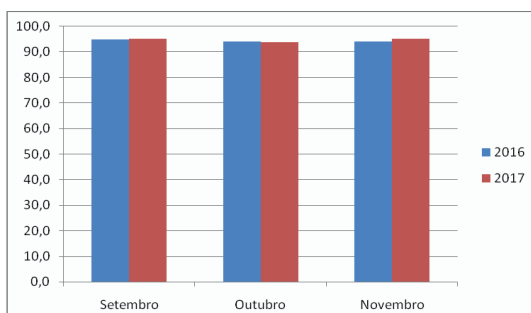
Fonte: Tabela elaborada pelas autoras, 2017.

Avaliações Farmacêuticas

Aporcentagem de checagens farmacêuticas realizadas nas prescrições dos pacientes internados na unidade está ilustrada na Figura 2.

Nesse setor, também foi utilizado o Teste T Pareado Bicaudal para verificar a variação no número de avaliações farmacêuticas, comparando as porcentagens referentes dos meses do ano de 2016 com as do ano de 2017. O resultado foi um valor-p de 0,5104, considerando um ponto de corte de 0,05, é possível concluir que não existe diferença estatística entre os resultados do número de avaliações farmacêuticas na Unidade de Internação antes e após a implantação do dispensário eletrônico de medicamentos.

Figura 2. Porcentagem de checagens farmacêuticas – Unidade de Internação



Fonte: Gráfico elaborado pelas autoras, 2017.

Notificações na Rede Sentinela

Conforme apresentado na Tabela 8, foram encontrados registros de notificação de erros de dispensação para o setor.

Anteriormente, o sistema de distribuição de medicamentos da Unidade de Internação era individualizado e os erros de dispensação, em sua maioria, eram notificados pela equipe da farmácia. Nos meses de setembro e outubro de 2017, percebeu-se redução nesses números devido à implantação do dispensário de medicamentos. As notificações referentes aos meses de outubro de 2017 (duas) e novembro (cinco) correspondem a itens não disponíveis no equipamento.

Tabela 8. Número de notificações: erros de dispensação – Unidade de Internação

Mês	Nº Notificações	
	2016	2017
Setembro	9	0
Outubro	4	2
Novembro	5	5

Fonte: Tabela elaborada pelas autoras, 2017.

De acordo com publicação do Ministério da Saúde (1994), a distribuição individualizada não representa, em larga escala, diminuição de erros de administração, perdas por deterioração ou desvios. Entretanto, quanto ao controle de estoque, é mais efetivo, embora estudos afirmem que esse sistema, em comparação com dose unitária, permite um estoque desnecessário em torno de 25%.

Quanto aos erros de dispensação identificados em farmácias hospitalares, um estudo realizado na Bahia relatou taxa de erro de 15% (Galvão *et al.*, 2012), enquanto

que uma outra pesquisa no Espírito Santo detectou taxa de erro de 11% (Costa *et al.*, 2008). Considerando a descrição da taxa de erro de dispensação na literatura e fazendo uma comparação com outras farmácias hospitalares no País, parece haver uma subnotificação dos erros na Unidade de Internação observada nesse estudo, principalmente, no ano de 2016, semelhante à UTI Neonatal. Ainda que grande parte da notificação de erros tenha sido realizada pela própria equipe da Farmácia, a observação foi mais perceptível devido ao fato de o sistema de dispensação ser individualizado.

Rosa e Perini (2003) identificam que a cultura de segurança, compreendendo o registro de erros como medida preventiva, permite evidenciar dados para avaliação e torna possível implementar melhorias nos processos assistenciais, diminuindo a ocorrência desses eventos.

Considerações Finais

Ressalta-se que não foi possível aprofundar a análise do estudo pelo breve período de coleta de dados, fato que pode ter comprometido a avaliação efetiva da incorporação da nova tecnologia nos setores observados. Ainda, pode-se destacar que as equipes, tanto do serviço de farmácia quanto da enfermagem, ainda estão familiarizando-se com os equipamentos, contexto que influenciou no início do funcionamento pleno dos dispensários eletrônicos.

Cabe destacar a grande mudança para a equipe da UTI Neonatal e da Farmácia, visto que o setor saiu de um sistema coletivo de distribuição para a utilização do dispensário eletrônico de medicamentos, o que representou modificação nas rotinas e nos processos e, também, na adaptação dos funcionários envolvidos no abastecimento e na assistência ao paciente.

Os medicamentos eram distribuídos de maneira individualizada à Unidade de Internação, por paciente, para 24 horas. No entanto, os medicamentos prescritos como “se necessário” eram enviados apenas em uma dose. Dessa maneira, quando não eram administrados no período da vigência da prescrição, deveriam ser estornados para a Farmácia ou, quando necessário utilizar mais de uma vez, geravam solicitação de nova dose à Farmácia. Ambas as situações demandavam ocupação e cuidado da equipe assistencial e do serviço de Farmácia.

Antes da instalação dos dispensários eletrônicos nos dois setores desse estudo, os medicamentos psicotrópicos eram armazenados em uma gaveta, a qual, geralmente, não estava chaveada e representava um risco para administração equivocada ou, até mesmo, para possíveis desvios. Sendo assim, com a utilização do equipamento, houve aumento

na segurança de dispensação dos medicamentos psicotrópicos, visto que, para realizar a retirada de qualquer item, deve haver a indicação e identificação do paciente para acessar os medicamentos prescritos.

Quanto à notificação de erros, ligada diretamente à falta de cultura de segurança, foi possível perceber que não há uma rotina de registros, evidenciando a necessidade de desenvolver a conscientização e a rotina na equipe por meio de programas de treinamento.

Quanto aos custos totais, o teste estatístico demonstrou que houve diferença na Unidade de Internação, considerando a capacidade de leitos-dia, diferentemente da UTI Neonatal. No entanto, seria recomendável estender o período de coleta de dados por, pelo menos, 12 meses, de forma a obter resultados mais representativos. Infelizmente, isso não foi possível no momento, devido ao tempo disponível para realização do estudo.

Por fim, salienta-se como limitação deste estudo as condições clínicas variáveis dos pacientes, visto que, em um breve período de dados coletados, determinam diferentes custos de tratamento. Sendo assim, tem-se como perspectiva a realização de uma avaliação após um ano de uso dos equipamentos nessas unidades assistenciais.

Agradecimento

As autoras agradecem à equipe da Farmácia Central do Hospital Fêmina pela colaboração na coleta de dados e execução do estudo e, também, à Gerência de Unidades de Internação do Hospital Fêmina e ao Grupo Hospitalar Conceição pela aprovação do projeto e permissão da realização deste trabalho.

Referências Bibliográficas

AGUIAR, G.; SILVA, L. A.; FERREIRA, M. A. M. Ilegibilidade e ausência de informação nas prescrições médicas: fatores de risco relacionados a erros de medicação. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, v. 19, n. 2, 2006.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Rede Sentinela*.

BRASIL. Ministério da saúde. *Guia Básico para Farmácia Hospitalar*. Brasília, 1994. 59 p.

_____. Ministério da Saúde. *Introdução à Gestão de Custos em Saúde*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. *Padronização da nomenclatura do censo hospitalar*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

CANADIAN Agency For Drugs And Technologies In Health. *Technologies to Reduce Errors in Dispensing and Administration of Medication in Hospitals: Clinical and Economic Analyses*. Ottawa, v. 121, 2009.

- CAVALLINI, M.E.; BISSON, M.P. *Farmácia hospitalar: um enfoque em sistemas de saúde*. Barueri: Manole, 2002.
- COSTA, L. A.; VALLI, C.; PIMENTEL ALVARENGA, A. Erros de dispensação de medicamentos em um hospital público pediátrico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 16, n. 5, 2008.
- GALVÃO, A. A. *et al.* Identificação e distribuição dos erros de dispensação em uma farmácia hospitalar: um estudo comparativo no município de Salvador Bahia. *Revista de Ciências Médicas e Biológicas*, v. 11, n. 2, p. 201-206, 2012.
- GONÇALVES, C. Sucesso na automatização da farmácia hospitalar depende de pessoas, processos e ferramentas. *Revistas Hospitais Brasil*, São Paulo, ed. 71, p. 52-56, jan./fev. 2015.
- HARADA, M. J. C. S.; PEDREIRA, M. L. G. O erro humano e sua prevenção. In: AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. *Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática*. Brasília: ANVISA, 2013. p. 41-55.
- LEAPE, L.L. *et al.* Systems analysis of adverse drug events. *Jama*, v.274, n.1, p.35-43, 1995.
- LOURENÇO, K. G.; CASTILHO, Valéria. Classificação ABC dos materiais: uma ferramenta gerencial de custos em enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 59, n. 1, 2006.
- MICROSOFT Office. *Microsoft Excel*, 2010.
- NETO, V. G.; FERREIRA, W. C. J. *Administração de materiais para sistemas locais de saúde*. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Administração. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001.
- POZZA, Camila Pereira Menezes. *Percepção da enfermagem e avaliação da segurança do paciente na implantação de dispensários eletrônicos*. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.
- RADUENZ, A. C. *et al.* Cuidados de enfermagem e segurança do paciente: visualizando a organização, acondicionamento e distribuição de medicamentos com método de pesquisa fotográfica. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 18, n. 6, p. 1045-1054, 2010.
- ROSA, M. B.; PERINI, E. Erros de medicação: quem foi. *Rev Assoc Med Bras*, v. 49, n. 3, p. 335-41, 2003.
- WACHTER, R. M. *Compreendendo a segurança do paciente*. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- ZORTÉA, Vanelise. *Dispensários eletrônicos de medicamentos*. Especialização (Avaliação de Tecnologia em Saúde) - Instituto de Avaliação de Tecnologia em Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

AVALIAÇÃO RÁPIDA DE D-DÍMEROS: UM MÉTODO DE EXCLUSÃO NO DIAGNÓSTICO DE EMBOLIA PULMONAR

Cláudia Severgnini Eugênio
Raphael Maciel da Silva Caballero
Marcio Neres dos Santos

Introdução

Os distúrbios tromboembólicos são consequência de um desequilíbrio do sistema hemostático, ocorrendo uma maior predisposição à formação de coágulos que podem fixar-se em determinadas regiões do organismo ou circular pelo sistema vascular (MORESCO; SILLA, 2005). Dessa maneira, a trombose venosa profunda é o fator primordial desse distúrbio, sendo a principal fonte de êmbolos para os pulmões, desencadeando uma complicação aguda denominada tromboembolia pulmonar (TEP).

A tromboembolia pulmonar pode ser definida como um trombo que se forma no sistema venoso profundo, o qual se desprende e atravessa as cavidades direitas do coração, obstruindo a artéria pulmonar ou um de seus ramos, reduzindo ou cessando completamente o fluxo de sangue para a área afetada (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA, 2010).

Segundo o Ministério da Saúde, no período de janeiro a março de 2013, foram notificados 487 casos de internações hospitalares no Brasil com o diagnóstico TEP, sendo que 109 casos pertenciam à região Sul do Brasil (BRASIL, 2013). O TEP é a terceira causa cardiovascular de admissão hospitalar, depois da síndrome coronariana aguda e do acidente vascular cerebral, e possui um amplo espectro de manifestações clínicas, principalmente, quando associada a descompensações de insuficiência cardíaca e doença pulmonar obstrutiva crônica (VOLSCHAN et al., 2009). A dispneia é o sintoma mais frequente nos pacientes com TEP, podendo ser associada a sintomas principais, como a taquipnéia, taquicardia, hipoxemia, hemoptise, dor torácica pleurítica, tosse, apreensão, cianose e confusão (MORTON et al., 2011).

Fatores como idade, obesidade, trauma, deficiência de antitrombina III, deficiência de proteína C e S, câncer, uso de anticoncepcionais orais, infarto do miocárdio, imobilização prolongada, história prévia de TEP ou TV podem estar associados com os eventos tromboembólicos (MORTON et al., 2011).

Assim, o conhecimento técnico-científico sobre a sintomatologia clínica, bem como os fatores desencadeantes desses eventos são de suma importância, pois agilizam o manejo dos pacientes com riscos de desenvolver TEP. Por esse motivo, observa-se a

importância da exclusão rápida e segura da doença, evitando a realização de determinados testes invasivos que consomem elevado tempo e geram um custo maior para o sistema de saúde, bem como a realização de uma anticoagulação desnecessária (DARZE et al., 2012). Obviamente, as estratégias diagnósticas para o tromboembolismo precisam ser técnicas adequadas e precisas para que a melhor conduta terapêutica possa ser iniciada, minimizando os riscos e agravos estabelecidos pela doença.

Dentre os testes laboratoriais, um dos que mais vem se destacando é o teste de quantificação dos D-dímeros. Os D-dímeros são fragmentos dos produtos de degradação da fibrina presente no sangue, quando o mecanismo de fibrinólise é ativado. Nos casos de eventos tromboembólicos, ocorre ativação do sistema fibrinolítico, elevando as concentrações séricas dos produtos de degradação da fibrina, ocasionando um aumento nos níveis de D-dímeros no sangue (ALVARES et al., 2013).

O pré-teste clínico associado à avaliação sérica de D-dímeros tem papel definido na triagem de pacientes com suspeita de TEP. A avaliação clínica rápida e efetiva, bem como a realização de exames complementares, contribui com o desfecho clínico dos pacientes. Dessa maneira, a implementação de dispositivos que possam detectar alterações, bem como excluí-las, é de extrema relevância nos serviços de emergências (ALMEIDA; BELLO; SILVA, 2008).

Métodos imunológicos são utilizados para detectar a presença de D-dímeros no sangue. Sabe-se que o teste quantitativo (ELISA) é mais acurado, porém mais demorado (ALVARES et al., 2013; ALMEIDA; BELLO; SILVA, 2008; FREYBURGER et al., 1998).

Em um estudo realizado por De Piano (2007), a dosagem de D-dímero plasmático pelo método imunológico ELFA permitiu a exclusão de tromboembolismo pulmonar (DE PIANO, 2007). Esses achados assemelham-se aos resultados encontrados no estudo realizado por Stein et al. (2004), que usaram o método ELISA (STEIN; HENRY, 2004). Tais informações reforçam a aplicabilidade e a segurança de testes imunológicos em excluir o diagnóstico de TEP em caso de suspeita clínica. No entanto, os resultados após coleta de exames demoram algumas horas para serem liberados. Sabe-se que a combinação de suspeita clínica, associada a níveis de D-dímeros superiores a 500 ug/L como passo inicial, progredindo-se para a realização de cintilografia pulmonar ou tomografia pulmonar helicoidal, formam a tríade de abordagem diagnóstica mais eficaz em pacientes com suspeita de TEP (MONACHINI, 2002). Nos casos em que os níveis de D-dímeros são inferiores a 500 ug/L e a sintomatologia clínica é baixa, a suspeita clínica de TEP pode ser excluída.

Dessa maneira, acredita-se que a utilização de métodos com resultados rápidos e confiáveis na dosagem de D-dímeros junto com a avaliação clínica possam contribuir com um melhor prognóstico e manejo adequado dos pacientes atendidos nas emergências hospitalares. Estudos demonstraram que investigações diagnósticas nos pacientes com suspeita de TEP pela coleta de D-dímeros possuem excelente sensibilidade e valor preditivo negativo, sendo um bom preditor de eventos tromboembólicos (DE PIANO, 2007; MORESCO; SILLA, 2005).

Há inúmeros *kits* comercializados para a detecção de D-dímeros séricos, cada qual com suas próprias características, como o *Alere Triage®*. O teste de D-dímero é um imunoensaio quantitativo que pode trazer benefícios na avaliação de modo rápido e fácil dos pacientes com suspeita de TEP. O fato do resultado do teste capilar ser liberado em poucos minutos auxilia na exclusão do diagnóstico de TEP, otimizando o tratamento adequado, bem como diminuindo o tempo de internação hospitalar. Além disso, há poucas publicações comparando as técnicas laboratoriais adotadas como padrão com as novas biotecnologias, como os testes *point of care*.

O objetivo deste estudo foi comparar níveis dos D-dímeros, obtidos pelo monitor portátil *Alere Triage®* e método coagulométrico, em pacientes na sala de Emergência, do Hospital Nossa Senhora da Conceição, com suspeita clínica de TEP.

Métodos

Trata-se de um estudo retrospectivo transversal, em que os pacientes foram selecionados de forma sequencial. Os dados foram provenientes do prontuário de pacientes maiores de 18 anos, admitidos na Emergência do Hospital Nossa Senhora Conceição (HNSC), com sintomas clínicos de TEP e que realizaram a coleta de D-dímeros por meio do monitor portátil *Alere Triage®* e pelo método coagulométrico, ambos coletados simultaneamente, no período de agosto a setembro de 2013, período em que foi disponibilizado o aparelho portátil *Alere Triage®* para realização dos testes. É importante ressaltar que não foi rotina do serviço submeter os pacientes às diferentes técnicas diagnósticas: os pacientes foram submetidos aos dois testes, visto que existiu o interesse da Emergência em implementar a coleta dos D-dímeros por meio do monitor portátil *Alere Triage®* como teste clínico do setor. Os dados dos demais pacientes que internaram nesse período sem suspeita clínica de TEP não foram incluídos no estudo.

Os pacientes incluídos no estudo foram submetidos à coleta sanguínea realizada por venopunção para a realização do teste do D-dímero pelo método coagulométrico no laboratório de análises clínicas da instituição e, simultaneamente, à coleta de sangue para

medida pelo monitor portátil *Alere Triage®*. A mesma coleta foi utilizada para a realização de ambos os testes. Os coletadores dos exames receberam treinamento em serviço e foram orientados em relação à técnica adequada para a realização de ambos os testes.

Os dados foram obtidos através do prontuário do paciente, sendo utilizados códigos (A1, A2, A3,...) para identificação dos pacientes, garantindo assim a privacidade destes. O período de coleta de dados foi iniciado após o aceite do Comitê de Ética da referida instituição, conforme Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Além dos valores dos níveis de D-dímeros obtidos pelo monitor portátil *Alere Triage®* e técnica padrão, outras variáveis secundárias provenientes do prontuário do paciente incluídas na análise são: sexo, idade, cor da pele, escolaridade, status conjugal, status profissional, medicamentos de uso contínuo; comorbidades, sintomas na chegada, tempo de admissão até a realização do teste de D-dímeros, motivo da internação atual. Os dados foram apresentados em frequência relativa e absoluta. O programa estatístico empregado foi o SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 21.0 para *Windows*. As variáveis categóricas foram apresentadas em números absolutos (n) e relativos (%); as variáveis contínuas, como média (m) e desvio padrão (dp). Esses dados de mensuração venosa por ambas as técnicas foram também transformados em *ranks* para análise da diferença entre os valores obtidos e o erro padrão.

O projeto de pesquisa foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa do HNSC, sendo os dados coletados após aprovação (parecer nº 14-006). Os dados coletados serão guardados durante cinco anos pelas pesquisadoras e, depois, serão destruídos.

Resultados

Foram incluídos, no estudo, 20 pacientes, com média de idade de $54,65 \pm 15,8$ anos, sendo 13 (65%) do sexo masculino. A maioria dos sujeitos possui ensino fundamental completo 12 (60%), sendo que 20 (100%) são trabalhadores ativos. As demais características podem ser observadas na Tabela 1.

Tabela 1 - Características sociodemográficas dos pacientes atendidos na Emergência do HNSC no período de agosto e setembro (n=20). Porto Alegre/RS, 2013.

Características	N (%)
Cor	
Branca	17(85)
Parda	3(15)
Status conjugal	
Com companheiro	11(55)
Solteiro	7(35)
Casado	2(10)

Fonte: Dados da pesquisa. Porto Alegre/RS, 2013.

O tempo de permanência dos sujeitos do estudo na Emergência foi em média de 4,65 dias, sendo que o tempo de chegada até a realização da coleta do exame foi, em média, 174,65 minutos. A distribuição dos sujeitos em relação às variáveis clínicas pode ser observada na Tabela 2.

Tabela 2 - Características clínicas dos pacientes atendidos na Emergência do HNSC no período de agosto e setembro (n=20). Porto Alegre/RS, 2013.

Características	n(%)
Sintomas na chegada	
Dor no peito	9(45%)
Dor no peito e dispneia	3(15%)
Dispneia associada a outros sintomas	1(5%)
Comorbidades presentes	
Respiratórias	6(30%)
Cardiovasculares e respiratórias	2(10%)
Cardiovasculares e outras	6(30%)
Cardiovasculares	4(20%)
Medicações em uso	
Betabloqueadores	16(80%)
Diurético	19(95%)
Inibidor da enzima de conversão da angiotensina	15(75%)
Broncodilatador	14(70%)
Anticoagulantes	12(60%)

Fonte: Dados da pesquisa. Porto Alegre/RS, 2013

Em relação à comparação dos resultados obtidos pelo monitor *point of care* e o método de coagulometria, observou-se que existe a concordância total entre os

resultados obtidos pelo método *Alere Triage*® e o teste padrão do laboratório. A maioria dos resultados é positiva para os D-dímeros 14(70%) e 6(30%) da população teve resultados negativos. Os pacientes que tiveram o diagnóstico de D-dímeros positivos foram diagnosticados com TEP e destes 4 (20%) tinham histórico de TVP. Já para os indivíduos que tiveram resultado negativo para os D-dímeros, o diagnóstico de TEP foi descartado.

Discussão

Este estudo, realizado na Emergência do HNSC, que acompanhou 20 pacientes, evidenciou que essa população é composta, predominantemente, de indivíduos adultos, caucasianos e ativos profissionalmente.

A maioria dos trabalhos demonstra tendência de distribuição homogênea quanto ao sexo. Encontrou-se maior prevalência do sexo masculino neste estudo, o que difere do estudo que teve como objetivo analisar o perfil clínico e a abordagem diagnóstica e terapêutica de pacientes com tromboembolia pulmonar, em que se observou maior prevalência do sexo feminino (VOLSCHAN et al., 2009).

A média de idade observada foi de $54,65 \pm 15,8$, sendo que esse resultado assemelha-se aos encontrados no estudo que buscou analisar a concordância entre os resultados de dois métodos diagnósticos de tromboembolia pulmonar, no qual a média de idade foi de $50 \pm 19,1$ (PERVEEN; SUNWIN, 2013).

Neste estudo, observou-se que a presença de TVP pode ser um indicativo prévio da manifestação de TEP, corroborando com os dados encontrados na literatura, que evidenciam que as alterações endoteliais causadas por um primeiro episódio de trombose venosa profunda (TVP) predispõe à recorrência da doença.

Observa-se que o TEP é uma patologia que pode estar associada a diversas condições clínicas, desencadeando sintomas como dispneia e dor torácica, sendo que, em um estudo realizado com 727 pacientes avaliados, a dispneia esteve presente em 78,4% (GINSBERG et al., 1998). A literatura destaca que a dispneia é o sintoma mais frequente nos pacientes com TEP, seguida de dor torácica pleurítica, tosse, apreensão e dor (MORTON et al., 2011). No entanto, sabe-se que a apresentação clínica do TEP é geralmente inespecífica, dificultando o diagnóstico. A gravidade na manifestação dos sintomas e nas alterações hemodinâmicas na tromboembolia pulmonar depende do tamanho do trombo e do grau de obstrução vascular pulmonar, bem como das comorbidades cardiopulmonares já existentes.

Em relação aos resultados dos D-dímeros obtidos pelo monitor *point of care* comparados com os resultados do laboratório, observou-se que não houve discrepância nos resultados. Estudos têm enfatizado que o diagnóstico de TVP e TEP pode ser difícil, exigindo a realização de testes invasivos que consomem um elevado tempo e geram também um custo elevado para o sistema de saúde. Com isso, há um crescente interesse na implantação de testes não-invasivos com um custo menor que possam vir a contribuir para o diagnóstico ou exclusão de patologias como o TEP. Dentre estes, os ensaios para a detecção de D-dímero vêm sendo utilizados em muitos laboratórios para a investigação dos distúrbios associados à ativação do sistema fibrinolítico (MORESCO; SILLA, 2005).

Em estudo realizado por De Piano (2007), a dosagem de D-dímero plasmático pelo método imunológico ELFA permitiu a exclusão de tromboembolismo pulmonar (DE PIANO, 2007). Esses achados assemelham-se aos resultados encontrados no estudo realizado por Stein et al. (2004), que usaram o método ELISA. Tais informações reforçam a aplicabilidade e a segurança de testes imunológicos em excluir o diagnóstico de TEP em caso de suspeita clínica. Segundo Carrier et al. (2009), é provável que a associação da baixa probabilidade clínica ao resultado negativo do D-dímero possibilite a exclusão do diagnóstico de TEP, com boa margem de segurança (CARRIER et al., 2009). Conforme demonstrado por Gingsberr et al., (1998), a realização do D-dímero, na suspeita de TEP, tem maior aplicação para a exclusão do diagnóstico pelo seu alto valor preditivo negativo (GINSBERG et al., 1998). O estudo realizado por Sen et al. (2014) demonstrou que os valores de D-dímeros detectados pelo dispositivo *point of care*, quando comparados com os dispositivos de laboratório, eram suficientemente precisos para serem usados como uma ferramenta de triagem nas emergências hospitalares (SEM; KESTEVEN; AVERY, 2014).

As análises por métodos portáteis são 62% mais rápidos na emissão dos resultados quando comparados ao laboratório (PERVEEN; SUNWIN; SHETTY, 2013). Por ser um dispositivo que emite resultados em poucos minutos, monitores como o *point of care* auxiliam na exclusão do diagnóstico de TEP, otimizando as investigações de outras patologias, bem como evitando anticoagulações e internações prolongadas.

Este estudo possui algumas limitações. Primeiro, o número de pacientes avaliados é reduzido. Segundo, foi realizado, em um único setor, por um curto período, fatos que podem comprometer os resultados encontrados.

Conclusão

Na análise proposta pela pesquisa, o teste foi plenamente concordante, mostrando ser alternativa viável clinicamente. Os resultados dos testes do monitor portátil *Alere Triage* foram obtidos em menor tempo quando comparados ao método coagulométrico. No contexto da Emergência do HNSC, esse teste pode ser indicado sem que ocorram prejuízos para os pacientes e exposição a exames diagnósticos desnecessários, com consequente elevação de custos hospitalares.

Estudos com expansão da amostra são indicados para comprovar a efetividade dos resultados obtidos pelo monitor portátil *Alere Triage®*.

Referências Bibliográficas

ALMEIDA; BELLO; SILVA. A imagem na doença tromboembólica venosa. *Acta Medica*. Porto Alegre, v.29, p. 235-249, 2008

ALVARES, F; PÁDUA, A. I; TERRA FILHO, J. TROMBOEMBOLISMO PULMONAR:DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO. • Justiça e equidade *Medicina*, *Ribeirão Preto*, São Paulo, vol. 36, p. 214-240, dez. 2003.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE - *Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)*, 2013.

BRITISH THORACIC SOCIETY. Guidelines for the management of suspected acute pulmonary embolism. *Thorax*, vol. 58, p. 470-484, 2003.

CARRIER et al. D-dimer in combination with clinical pre-test probability to rule out pulmonary embolism. A systematic review of management outcome studies. *Thromb Haemost. VIDAS*, v. 101, n.5, p. 886-92, 2009.

DARZE et al. Embolia pulmonar e angiografia/venografia por TC . *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, vol. 99, n. 2, p.740-746, 2012.

DE PIANO, L. *Valor da dosagem do Dímero-D plasmático no diagnóstico do tromboembolismo venoso agudo*. São Paulo. Tese [Doutorado em ciências] -Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2007.

DIRETRIZES DA SBPT. *Recomendações para o manejo da tromboembolia pulmonar*, 2010.

FREYBURGER et al. D-dimer strategy in thrombosis exclusion - a gold standard study in 100 patients suspected of deep venous thrombosis or pulmonary embolism: 8 DD methods compared. *Thromb Haemost*, v.79, p. 32-37, 1998

GINSBERG et al. Sensivity and specificity of a rapid whole-blood assay for d-dimer in the diagnosis of pulmonary embolism. *Ann Intern Medicine*, v.129, p. 1006-11, 1998.

MORESCO, R.N; SILLA, L.M. Aplicação do D-dímero na investigação de distúrbios tromboembólicos. *Sociedade Brasileira de Análises Clínicas*, v. 37, n.1, p. 19-21, 2005

MORTON et al. *Cuidados críticos de enfermagem: uma abordagem holística*. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

MONACHINI, M. Qual o valor do Dímero D no diagnóstico do tromboembolismo pulmonar?. *Revista Associação de Medicina Brasileira*, São Paulo, v. 48, n. 3, set. 2002.

PERVEEN S, UNWIN D, SHETTY AL. Point of care D-dimer testing in the emergency department: a bioequivalence study. *Ann Lab Med.* v. 33, n. 1, p. 34-8, 2013.

SEN B, KESTEVEN P, AVERY P. Comparison of D-dimer point of care test (POCT) against current laboratory test in patients with suspected venous thromboembolism (VTE) presenting to the emergency department. *Journal of Clinical Pathology*, v. 67, n.5, p. 437-40, 2014.

STEIN; HENRY. Clinical characteristics of patients with acute pulmonary embolism stratified according to their presenting syndromes. *Chest*, v. 112, p. 974-9, 2004.

VOLSCHAN, et al. Preditores de mortalidade hospitalar em pacientes com embolia pulmonar estáveis hemodinamicamente. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, São Paulo, v. 93, n. 2, agosto. 2009.

_____. Embolia pulmonar: registro multicêntrico da prática clínica em hospitais terciários. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, São Paulo, v. 21, n.3, p. 237-246, agosto. 2009.

AÇÕES E POLÍTICAS PÚBLICAS PARA TRAVESTIS E TRANSEXUAIS NO CONTEXTO DA SAÚDE: UMA REVISÃO HISTÓRICA DE LITERATURA

Daniel da Rocha Paiva¹
Luciane Kopittke

Introdução

A transexualidade é um fenômeno que tem mostrado ser bastante complexo e urgente para o âmbito das políticas públicas. Faz-se necessário abordar essa questão com a sociedade, de uma maneira geral e, dessa forma, tirar da invisibilidade pessoas que possuem suas identidades de gênero questionadas, basicamente, por não corresponder com seus sexos biológicos de nascimento e à heteronormatividade imposta socialmente, resultando então em enorme sofrimento. Travestis e transexuais enfrentam maiores dificuldades para permanecer na escola e inserirem-se no mercado de trabalho formal quando comparados com a sociedade em geral. Vivemos sob uma ordem social que, constantemente, produz diferenciações e hierarquizações sobre os corpos, levando em consideração o sexo, o gênero e a orientação sexual das pessoas. São muitas as experiências de exclusão de direitos vivenciadas por essas pessoas quando necessitam acessar os diferentes serviços, incluindo os estabelecimentos de saúde. É rotineiro que a população trans, ao buscar os serviços do Sistema único de Saúde - SUS (inclusive no âmbito privado), acabe por relatar situações de preconceito, descaso e violência institucional, tornando o acesso bastante limitado. Além de que, muitas vezes, os atendimentos tornam-se pouco qualificados em comparação com outras pessoas que acessam os mesmos serviços. Luiz Mello e colaboradores (2011, p. 21) apontam que:

Os problemas enfrentados pela população LGBT no que diz respeito ao acesso a serviços de saúde são ainda mais dramáticos nos casos de travestis e transexuais. Não só por reivindicarem atendimento especializado para demandas que não se colocam para outros segmentos populacionais (alterações corporais associadas ao uso de hormônios e silicone, por exemplo), mas também pela intensidade da homofobia que costuma incidir sobre estes dois grupos identitários (...). Nesses termos, pode-se apontar que travestis e transexuais correspondem ao público, no conjunto da população LGBT, que mais intensamente sente a escassez de políticas de saúde específicas e, paralelamente, o que mais se beneficiará de tais ações quando forem efetivadas.

O SUS, instituído pela lei Federal Nº 8.080/90 (BRASIL, 1990), tem como princípios, no seu 2º artigo, a integralidade da atenção, bem como a universalidade do acesso:

¹ In memoriam.

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. § 1º O dever do Estado de garantir a saúde na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

O acesso universal refere-se diretamente ao direito à saúde para todos, responsabilizando os serviços de saúde em todos os níveis de atenção para que se possa aceder ao que é ofertado para o cuidado, de uma maneira geral, como a promoção de saúde, prevenção de riscos e agravos, recuperação e assistência. Equidade diz respeito à necessidade de se “tratar desigualmente os desiguais” de modo a se alcançar a igualdade de oportunidades de sobrevivência, assim como o desenvolvimento pessoal e social entre os membros de uma sociedade (PAIM, 2010).

Visando à promoção à saúde integral da população LGBT, eliminar a discriminação e o preconceito institucional, contribuir para a diminuição das desigualdades e fortalecer o SUS como, de fato, um sistema integral, universal e equânime, o Ministério da Saúde (seguindo diretrizes do Programa Brasil Sem Homofobia) apresentou, em 2010, a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transexuais para ser implantada no SUS. Cabe ressaltar que o reconhecimento da complexidade da saúde para Lésbicas, Gays, Bissexuais e população Trans (Travestis e Transexuais) solicitou que o movimento social procurasse amparo em outras áreas do Ministério da Saúde e, consequentemente, ampliasse o conjunto de suas demandas, dando, à Política, um caráter transversal que engloba todas as áreas do ministério, relacionadas à produção de conhecimento, participação social, promoção, atenção e cuidado (BRASIL, 2010).

Outro ponto importante a ser abordado é quanto à violência sofrida pela população LGBT e, em especial, por travestis e transexuais. Carrara e Vianna (2006) apontam que o tipo de violência fatal que incide sobre travestis, bem como o perfil sociológico desse tipo de vítima, é bem diferente do que tende a atingir homens homossexuais. Tomando como base a classificação de cor atribuída por policiais e médicos legistas, pode-se sugerir que, entre as travestis vitimadas, há predominância de negras e pardas. Segundo os autores (CARRARA e VIANNA, 2006):

Diferentemente das travestis, os gays tendem a ser vitimados em casa, por meio de arma branca, asfixia ou objeto contundente (60,7% dos casos), compondo a esmagadora maioria das vítimas letais dos crimes de lucro. Os assassinatos de travestis, por sua vez, têm lugar mais freqüentemente na rua, por arma de fogo (68% dos casos), correspondendo quase todos a crimes de execução. Isso se deve tanto ao envolvimento com a prostituição, que as coloca numa posição de maior exposição pública, quanto ao modo pelo qual a homofobia as atinge. Assim, há casos em que a identidade de gênero suposta da vítima, o fato de “ser travesti”, parece ser o fator determinante da execução - que assume as feições de um crime de ódio.

Em outros casos, a motivação parece estar associada a outras circunstâncias, como seu envolvimento com o tráfico de drogas ou em conflitos relativos a problemas quanto ao pagamento de “taxas de proteção” aos cafetões ou cafetinas que controlam determinados pontos de prostituição.

Simpson (2015) aborda que, no caso das travestis que recorrem a maneiras não formais de trabalho, é importante destacar que não significa apenas uma sobrevivência financeira, mas também um espaço de pertencimento social, repetidamente negado em outros lugares da cidade. É na rua que travestis e transexuais exercitam o feminino, estabelecem relações afetivas e acaba sendo também o ambiente onde se consomem e ocorrem as trocas de drogas ilícitas, silicone líquido industrial, hormônios e outros medicamentos, incluindo psicotrópicos.

Aníbal Guimarães (2015) afirma que, no que diz respeito à feminização dos corpos, são frequentes os problemas de saúde e morte advindos da utilização de silicone industrial e hormônios femininos. As notícias divulgadas pela imprensa sobre a morte ou sérias complicações devido à aplicação do silicone industrial são recorrentes. Há reconhecida relação entre o uso de hormônios femininos e a ocorrência de acidente vascular cerebral, flebites, infarto do miocárdio, entre outros agravos, resultando em mortes ou sequelas importantes. Mesmo sem estudos específicos sobre o assunto, o dimensionamento do problema justifica a necessidade de definir e praticar protocolos clínicos para os serviços do SUS, bem como a humanização e sensibilização de profissionais que realizarão os atendimentos necessários em todos os níveis de atenção.

Outro ponto importante é em relação ao nome social, uma vez que a falta de respeito ao nome escolhido pelas pessoas travestis e transexuais configura-se como outra violência que acontece diariamente em suas vidas. Enquanto não ocorre a mudança de seu registro civil (o que, muitas vezes, resulta em uma longa espera e exposição), a população trans fica dependendo do bom senso para que seu direito de ser chamada pelo nome de sua escolha seja respeitado. Essa negativa e demora no processo de mudança legal de nome gera uma série de incômodos e descontentamentos, uma vez que o nome com o qual essas pessoas foram registradas não coincide com sua identidade de gênero. Recentes pesquisas têm revelado que o não reconhecimento da identidade feminina de travestis e transexuais no sistema de saúde, infelizmente, ainda é uma realidade, apesar da possibilidade institucional que garante o direito ao uso do nome social. Constrangimento e vergonha são comuns nas diversas relações e situações quando estas são chamadas por um nome masculino que não reconhecem como parte de suas vidas. Pode ser contabilizada como decorrência da Política de Saúde LGBT e Carta de direitos

dos usuários da saúde a inclusão da garantia do uso do nome social para os usuários da saúde (TAGLIAMENTO, 2012).

Soares e Silva (2015) colocam que pensar e colocar em prática ações e políticas públicas mais eficazes, inclusive no âmbito da saúde, é de extrema importância para que essas pessoas não fiquem subjugadas a um modelo de sociedade machista e sexista que continua sendo reproduzido em diversas camadas sociais das maneiras mais perversas possíveis. O direito ao acesso universal, integral e, principalmente, equânime de pessoas trans deve ser repensado, rediscutido e remodelado dentro do SUS, a partir de uma análise do contexto sócio-histórico em que essa população sempre esteve inserida e reprimida, para garantir direitos básicos da Constituição (BRASIL, 1988), propostos no Código Civil Brasileiro no momento de reabertura da democracia no País.

Método

A revisão de literatura foi realizada nas bases de dados Scielo, BIREME e MEDLINE no mês de setembro de 2016. Os descritores utilizados para a busca de dados foram: “travestis”, “transexuais”, “saúde” “políticas públicas” e “ações em “saúde”. Os critérios de inclusão foram definidos como: artigos na íntegra e publicados em português ou espanhol, sem limite de data de publicação. Os critérios de exclusão foram definidos como: artigos que não sejam da área da saúde e publicações que abordem exclusivamente ações e políticas públicas para lésbicas, gays e bissexuais, ou seja, aqueles que, de alguma forma, não contemplassem a população trans. Em um primeiro momento, foram encontradas 29 publicações em todas as bases de dados e, após a aplicação dos critérios de exclusão e inclusão, restou o total de 13 publicações, sendo uma em espanhol e as outras em português. Das quais, eram 12 artigos na íntegra e uma dissertação de mestrado. Da base de dados Scielo, foram encontradas 08 publicações relevantes, da base de dados Bireme, foi encontrada uma publicação relevante e, da base de dados Medline, foram achadas 02 publicações.

Resultados e Discussão

Há o entendimento de que é necessário fazer um resgate histórico para que políticas públicas sejam formuladas e, assim, haver maior comprometimento de profissionais em múltiplas áreas da sociedade, como educação, saúde e trabalho. Torna-se imprescindível que pessoas empenhadas com a diversidade, seja qual for a forma como ela se apresenta, efetivem políticas e noções humanistas para uma sociedade mais justa e democrática.

De todas as formas de discriminação dentro da comunidade de lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros, as piores são as que afetam travestis e transexuais. Comumente, diz-se que quem encontra as ruas, como forma de sobrevivência e convivência, tem a noite como uma companheira que parcialmente a protege do dia, que pode fragilizar sua própria identidade e existência. Com a luz do dia, vêm os olhares preconceituosos e machistas, os xingamentos e “piadas”, entre outras formas ainda mais duras de violência, que muitas vezes acabam por ceifar a vida da população trans. Constantemente, travestis e transexuais acabam sendo catalisadoras de preconceitos entranhados em uma sociedade injusta e normativa. Isso faz com que permaneçam na invisibilidade e periféricas a direitos civis básicos e essenciais, como saúde (LIONÇO, 2008).

Jaqueline Jesus (2013) e Keila Simpson (2015) apontam a existência de poucos estudos para que seja possível tomar como base a forma como essa população começou a constituir-se no Brasil. É estimado que tenha ocorrido de maneira mais evidente (em termos coletivos) em meados da década de 1960. Muitas travestis viajaram à Paris em busca de fama e de dinheiro. Foi também em Paris que tiveram contato com o silicone líquido industrial e a utilização sem critérios de hormônios, o que, até hoje, é preocupante para a saúde de muitas que decidem fazer uso em busca de formas mais femininas e de maneira mais rápida. Apesar da experiência na França, muitas travestis e transexuais brasileiras continuam aplicando o silicone industrial, mantendo o Brasil como país pioneiro no uso do produto, um risco que deve ser evitado, podendo levar à morte.

No contexto do SUS, a entrada efetiva dessa população se deu a partir do surgimento e agravos do HIV/AIDS. Antes da epidemia no Brasil, era bastante complicado o acesso e cuidado à saúde da população trans, que normalmente buscava a automedicação para solucionar seus problemas de saúde, até que não pudesse alcançar a cura e suas enfermidades aumentavam, vendo-se obrigada a buscar algum serviço. Esse comportamento reflete o que até hoje ocorre em todo o território brasileiro e em todos os níveis de atenção, seja no âmbito do privado ou do público, onde o descaso e a discriminação ainda são frequentes. Cabe colocar que, foi a partir da criação do SUS que se deu, de maneira bastante tímida, o debate ao cuidado específico às travestis e transexuais, em uma perspectiva de redução de danos para o uso de hormônios e silicone industrial e, como já dito anteriormente, a partir da epidemia do HIV/AIDS. A necessidade de que tal debate avance, associada a uma gestão comprometida e de profissionais humanizados, é urgente para que se desenvolvam mais ações específicas para travestis e transexuais (MELLO et al., 2011).

Políticas Públicas para Travestis e Transexuais

No contexto das políticas públicas, é importante fazer uma retomada de todo o processo para a garantia do mínimo de direitos de forma legal para travestis e transexuais. A primeira manifestação pública no Brasil ocorreu em 13 de junho de 1980 na cidade de São Paulo. Foi organizada uma passeata contra a repressão policial pelo então grupo que começara a formar-se como movimento de direitos LGBT (JESUS, 2013).

Em termos de macropolítica, cabe destacar o movimento da reforma sanitária brasileira em que, a partir de 1988, com o processo de abertura e redemocratização social, a saúde passa a ser encarada de uma forma mais ampla, focando a coletividade para promover qualidade de vida. Conforme a análise dos artigos selecionados para esta pesquisa, o termo que ficou mais evidente em associação com políticas públicas e saúde, tendo em vista a permanência das desigualdades com a população trans, é a equidade. É necessário que políticas de saúde englobem diretrizes, princípios, projetos e ações que afetam positivamente a saúde das pessoas (MELLO et al., 2011). Para a população LGBT, o principal marco de formulações de políticas públicas deu-se, inicialmente, com a preocupação de infecções sexualmente transmissíveis (IST), ganhando atenção do Ministério da Saúde há, pelo menos, 20 anos, que, por meio da disponibilização de assessoria jurídica, fortalecimento das redes de cuidado e trabalho em campanhas de prevenção, vem atuando a partir dessa política. (FREIRE et al., 2013)

Podemos pensar em um largo hiato no tempo desde a Constituição Federal e a criação do SUS até a criação de políticas públicas mais integrais e específicas para a população LGBT e, em especial, para travestis e transexuais. Somente no ano de 2004 é que foi lançado o programa mais expressivo, até então, denominado “Brasil sem Homofobia”, visando combater a violência e a discriminação que atinge LGBT’s e a promoção da cidadania homossexual. O programa prevê 53 ações que estão distribuídas em 11 áreas. Das 03 ações referentes à saúde, a principal é a formalização do comitê técnico de saúde da população de gays, lésbicas, transgêneros e bissexuais, com o principal objetivo de formalizar a política nacional de saúde LGBT. A capacitação de profissionais e produção de conhecimentos são outras áreas, não menos importantes, do “Brasil Sem Homofobia” (BRASIL, 2008).

Outra iniciativa foi a criação da Carta de Direitos dos Usuários da Saúde, em 2006, que se refere à importância do tratamento e atendimento a todos, livre de discriminação, bem como o direito à identificação pelo nome social (nome de preferência), independentemente do registro civil. No entanto, a efetivação das diretrizes que

constituem a Carta de Direitos dos Usuários é alvo de desconhecimento, mantendo diversas barreiras cimentadas pelo preconceito e heteronormatividade. Dessa forma, engessando trabalhadores e usuários, seja por falta de atitude empática ou compreensão dos princípios e diretrizes constituintes do SUS (MELLO, 2011).

No ano de 2007, destaca-se a 13ª Conferência Nacional de Saúde, cujo relatório final traz questões mais específicas para a população LGBT, dando destaque para a revogação da portaria da ANVISA que proibia gays e homens que fazem sexo com homens (HSH) de doarem sangue. No âmbito específico ao combate do HIV/AIDS, no mesmo ano da conferência, o Ministério da Saúde lançou dois planos nacionais para enfrentamento da epidemia, um para mulheres e outro para o público masculino, sendo que transexuais foram classificadas no plano feminino e travestis no plano masculino. Esse fato ressalta um binarismo de gênero que, constantemente, necessita ser trabalhado para que possa ser entendido e ser pautado pelos movimentos sociais e, dessa forma, combatido (FREIRE et al., 2013).

No ano 2008, ocorre, então, a I Conferência Nacional LGBT, resultando em um total de 559 propostas votadas e aprovadas em plenária final (MELLO et al., 2011). Tatiana Lionço (2009) aponta que é também, neste ano, que foi lançada a Portaria nº 1.707, de 18 de agosto, que institui o processo transexualizador no SUS, seguida da Portaria nº 457, de 19 de agosto, que serviu para regulamentar tal processo. A implementação desse processo regulamenta e define os procedimentos para a readaptação cirúrgica genital e tratamento hormonal adequado, inserindo-se no contexto da Política LGBT. O desafio subsequente ainda é a garantia do acesso a todas as pessoas que necessitam dessa forma de cuidado (LIONÇO, 2009).

A restrita experiência dos locais de saúde que lidam com a transexualidade feminina constitui evidência sobre o intenso sofrimento dessas pessoas ao não se reconhecerem no corpo biológico. Essa situação pode levar a diversos distúrbios de ordem psicológica, acompanhados de tendências à automutilação e, em alguns casos, ao suicídio, principalmente, quando não existe uma rede de apoio fortalecida (ARÁN, 2009). A depressão, as crises de ansiedade e ataques de pânico parecem ser frequentes entre a população trans. Essa suposição é reforçada pelo estudo de Peres (2008), que também destaca a necessidade de mais pesquisas e publicações sobre a saúde desse recorte populacional, alertando, principalmente, para as questões de saúde mental. Da mesma forma, os transexuais masculinos demandam acesso aos procedimentos de mastectomia e de histerectomia. A automedicação, normalmente realizada com doses elevadas de

hormônios masculinizantes, acaba sendo um agravante no quadro de saúde dessas pessoas.

A partir da instituição do processo transexualizador no SUS, quatro serviços especializados foram habilitados pelo Ministério da Saúde para realizar o processo transexualizador, sendo eles: HCFMUSP, de São Paulo; Hospital de Clínicas, de Porto Alegre; Hospital Universitário Pedro Ernesto, do Rio de Janeiro e Hospital das Clínicas de Goiânia. Posteriormente, o Hospital das Clínicas de Pernambuco também foi habilitado, em 2014, podendo atuar nas modalidades ambulatorial e hospitalar.

Em 2009, foi publicada a Portaria nº 1.820, de 13 de agosto, que dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, inclusive quanto ao direito ao uso do nome social. É também nesse ano que o Governo Federal publica o Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, com o objetivo de sistematizar as propostas aprovadas no ano anterior na conferência nacional LGBT, resultando, então, em 48 estratégias específicas para a área da saúde (BRASIL, 2011).

Em 2011, fruto de muito trabalho, discussões e participação do controle social, o Ministério da Saúde lança a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. A formulação da Política Nacional contou com a inclusão de diversas lideranças, pesquisadores e técnicos, passou por consulta pública e, após essas etapas, foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2013). Reconhecer os efeitos da exclusão e da discriminação no processo saúde-doença é marca principal dessa produção, sendo assim, suas diretrizes e seus objetivos estão voltados para mudanças na determinação social da saúde, com vistas à redução das desigualdades tão evidentes atualmente. A política reafirma o compromisso do SUS com a universalidade e busca equidade para o público-alvo, responsabilizando todas as esferas de gestão (União, estados e municípios) a partir de uma lógica de justiça social (LIONÇO, 2009; BRASIL, 2013).

Serviços de Saúde, Acessos e Ações

Ao abordar o tema da saúde através da revisão de literatura, fica claro que todos os autores consideram um nó crítico para a população trans, ou ainda, abordam de maneira enfática, as múltiplas violências que acometem travestis e transexuais dentro e fora dos serviços de saúde. A maioria dos autores aborda a equidade e o respeito às minorias como fator chave para o acesso da população LGBT's, no que tange o cuidado.

Mello et al. (2011) conceituam saúde como: *“Uma construção histórica, social e cultural, que não se restringe a um marco biologizante.”*. Podemos pensar, então, em saúde como conceito mais amplo e não como mera ausência de doenças, e, dessa forma, tudo o que for referente à saúde (e doença) podem ser variáveis, dificilmente medidas de maneira individual.

A partir dessa análise, avalia-se que a criação do SUS, apesar de ainda apresentar graves problemas estruturais, visa, justamente, à universalidade para promover bem-estar e qualidade de vida para as pessoas. Vale lembrar que, antes da criação do SUS, somente contribuintes do sistema previdenciário tinham acesso a serviços de saúde no Brasil. Considerando que a maioria da população LGBT, em especial travestis e trans, não possuía vínculo empregatício antes da criação do SUS, não tinham o direito ao acesso à saúde pública. (SIMPSON, 2011)

Os princípios norteadores do sistema retomam dignidade e justiça social, através da universalidade, integralidade e equidade. Dessa forma, nenhuma pessoa deveria ser discriminada por orientação sexual, identidade de gênero, expressões de gênero, sexo, raça, cor, religião e etc. Infelizmente, ainda não é o que acontece, em especial, com travestis e transexuais de maneira bastante acentuada, quando tomam coragem de entrar em contato com serviços de saúde em qualquer nível de atenção da rede. A necessidade de sensibilização por parte de profissionais da saúde para o atendimento adequado da população LGBT ainda configura como um dos temas mais recorrentes nos planos e programas de políticas públicas de saúde (SOUZA et al., 2015).

Algumas ações pioneiras na área puderam ser constatadas no que diz respeito ao Programa Saúde na Escola (PSE), de corresponsabilidade dos Ministérios da Saúde e Educação, em que o principal foco é fomentar a prevenção em saúde entre estudantes da rede pública. Sendo assim, falar de sexualidade e reprodução acaba sendo tema recorrente no PSE, e o trabalho realizado pelas equipes de atenção primária tem boa avaliação por parte de usuários e trabalhadores dos territórios adscritos. Os autores (MELLO et al., 2011) ainda fazem uma ressalva importante quanto ao PSE: *“O combate à homofobia e a garantia de direitos da população LGBT, no entanto, não são eixos de atenção central do projeto.”*

Entram em destaque, também, as ações que se dão nos serviços de atendimento especializados em HIV/AIDS e outras IST's e nos hospitais que, atualmente, ofertam o tratamento para processo transexualizador, assim como algumas unidades de saúde que tenham profissionais qualificados em seu quadro de trabalho e comprometidos com os princípios e diretrizes do SUS. Somente no ano de 2008 é que se instituiu o processo

transexualizador no SUS, que vem sendo criticado e repensado enquanto maneiras de tratamento, oferecendo mastectomia e histectomia para transexuais e tratamento psicológico e endócrino para travestis. Não se pode deixar de lado que, nos últimos anos, também, as esferas de gestão (União, Estados e Municípios) têm promovido mais eventos para abordar do tema, associados a momentos de educação permanente, visando à qualificação de profissionais do SUS para que promovam um sistema mais equânime e universal.

Mello et al. (2011) citam que algumas cidades acabaram sendo pioneiras e tendo destaque na construção de serviços e ações em saúde específicas para travestis e transexuais, como é o caso do ambulatório de saúde integral, na cidade de São Paulo, que conta com equipe multidisciplinar e destina-se ao atendimento da população trans. Na cidade do Rio de Janeiro, o destaque fica por conta das equipes de saúde da família que atuam no bairro da Lapa com as travestis que ali residem, ofertando acolhimento e tratamento respeitoso para as mesmas.

Avaliando o conceito de acolhimento em saúde (BRASIL, 2013), podemos dizer que toda a pessoa deveria ser tratada de forma respeitosa e deveria ser ouvida, em suas demandas, em qualquer unidade de saúde, porém, é comum que, quando travestis e transexuais solicitam tratamento hormonal e estético, recebem diversas negativas no nível primário. A heteronormatividade, presente na sociedade, faz com que profissionais de saúde atendam transexuais e travestis, bem como gays, lésbicas e bissexuais, de maneira conformada às normas de gênero binárias e heterossexuais. Sendo assim, barreiras morais, simbólicas e estéticas continuam impedindo o acesso da população trans aos serviços públicos e privados de saúde (GIONGO et al., 2012).

O Brasil é considerado o país mais transfóbico do mundo, com altos índices de mortes absolutas de travestis e transexuais (SILVA, 2016). Os autores (CARRARA e VIANNA, 2006) denunciam que a indiferença da polícia na apuração em grande parte dos crimes ocorridos parece encontrar eco nas representações negativas de travestis como “homossexuais especialmente desajustados”, de modo que, quando chegam a óbito, em geral em idade bem inferior do que a das vítimas de latrocínio, tende a ser encarado por policiais como sequela de uma forma de vida sempre próxima da ilegalidade e que é recebida com poucas pressões, sobretudo por parte de seus familiares, que não buscam a apuração e a justiça para esses casos.

É preciso trabalhar de maneira bastante intensa no âmbito da educação em saúde e educação permanente para que desigualdades que lastimam vidas todos os anos sejam

drasticamente diminuídas e, então, possamos viver em uma sociedade mais justa e igualitária.

Considerações Finais

Travestis, homens e mulheres transexuais, desde a infância, passam por um processo de desconstrução que debilita diretamente sua saúde integral. A partir do conceito de saúde ampliada, o fato de não terem suas identidades respeitadas e serem vistas como seres inferiores, passíveis de toda e qualquer forma de violência, seja na rua, lugar onde muitas tiram o seu sustento econômico e estabelecem relações afetivas ou, ainda, em órgãos institucionais que deveriam ofertar proteção e acolhimento, faz com que se vejam obrigadas a encontrar modos de sobreviver e resistir (GIONGO et al., 2012).

Historicamente, a busca pelo corpo ideal, que seja coerente com suas identidades de gênero, trouxe enormes prejuízos e, até mesmo, a morte para muitas travestis e trans que sofrem em querer a adequação entre sexo e gênero. O uso de hormonioterapia inadequado e a aplicação de silicone líquido industrial explicitam, de forma bastante clara, o histórico de descaso e falta de importância do poder público com essa população, que tem suas demandas específicas em saúde.

Romper barreiras do preconceito e da discriminação é uma tarefa árdua e extremamente necessária, tendo como meta a justiça social. É necessário adquirir conhecimento, consciência sobre o tema e esforços coletivos para continuar construindo um sistema de saúde mais equânime e, assim, diminuir desigualdades persistentes.

Referências Bibliográficas

- ARÁN, M.; MURTA, D; LIONÇO, T. Transexualidade e Saúde Pública no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2009.
- BRASIL. *Acolhimento à Demanda Espontânea: queixas mais comuns na atenção básica*. Cadernos de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- BRASIL. *Carta dos direitos dos usuários da saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.
- BRASIL. *Lei Federal nº 8.080*, de 19 de setembro de 1990. Brasília, Ministério da Saúde, 1990.
- BRASIL. *Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- BRASIL. *Portaria nº 1.820*, de 13 de agosto de 2008. Diário Oficial da União. Poder Executivo, Brasília, 2008.

BRASIL. *Portaria n.1.707 de 18 de agosto de 2008*. Diário Oficial da União. Poder Executivo, Brasília, 2008.

BRASIL. *Portaria nº 457*, de 19 de agosto de 2008. Diário Oficial da União. Poder Executivo, Brasília, 2008.

BRASIL. Saúde da população de gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais. Departamento de Apoio à Gestão Participativa, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Rev Saude Publica*, Brasília, 2008.

CARRARA, S.; VIANNA, A. "Tá lá o corpo estendido no chão...": a violência letal contra travestis no município do Rio de Janeiro.". *Physis*, Rio de Janeiro, 2006.

FREIRE, E., ARAUJO, F., SOUZA, Â., MARQUES, D. *A clínica em movimento na saúde de TTT's: caminho para materialização do SUS entre travestis, transsexuais e transgêneros*. Rio de Janeiro, 2014.

GIONGO, C.; MENEGOTTO, L.; PETTERS, S. Travestis e transexuais profissionais do sexo: implicações da Psicologia. *Psicol. cienc. Prof.* 2012.

GUIMARÃES, A. Todas as Mulheres do Mundo: a construção do corpo travesti no Brasil das décadas de 1960 a 1970. *Transsexualidade e Travestilidade na Saúde*. Brasília: 2015.

JESUS, J. Alegria momentânea: paradas do orgulho de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*. Brasília, 2013.

LIONÇO, T. *Atenção integral à saúde e diversidade sexual no Processo Transexualizador do SUS: avanços, impasses, desafios*. Rio de Janeiro, 2009.

LIONÇO, T. *Que direito à saúde para população LGBT*. Considerando direitos humanos, sexuais e reprodutivos em busca da integralidade e da equidade. Brasília, 2008.

MELLO, L.; PERILO, M.; BRAZ, C.; PEDROSA, C. Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. *Sexualidad, Salud y Sociedad – Revista Latinoamericana*, 2011.

PAIM, J.; SILVA, L. *Universalidade, integralidade, equidade e SUS*. São Paulo, 2010 .

PERES, W. Travestis: corpo, cuidado de si e cidadania In: *FAZENDO Gênero 8: corpo, violência e poder*. Florianópolis, 2008.

RENÉ, R. Se podrían evitar muchas muertas" Discriminación, estigma y violencia contra minorías sexuales en México. *Sexualidad, Salud y Sociedad: Revista Latinoamericana*, 2014.

SILVA G.; SOUZA E.; SENA R.; MOURA I.; SOBREIRA M.; MIRANDA F. Situações de violência contra travestis e transexuais em um município do nordeste brasileiro. *Rev Gaúcha Enferm*. 2016

SILVA, S.; SPIASSI, A., ALVES, D., GUEDES, D., e LEIGO, R. Redução de danos: estratégia de cuidado com populações vulneráveis na cidade de Santo André-SP. *Saúde e Sociedade*. 2009

SIMPSON, K. Transsexualidade e Travestilidade na Saúde. *Travestilidade e transsexualidade na saúde*. Brasília: 2015.

SOARES, G.; SILVA, G. Políticas Públicas para Travestis e Transexuais: o espaço LGBT da Paraíba. *Transsexualidade e travestilidade na saúde*. Brasília: 2015.

SOUZA, M.; MALVASI, P.; SIGNORELLI, M.; PEREIRA, P. Violência e sofrimento social no itinerário de travestis de Santa Maria, Rio Grande do Sul. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 2015.

TAGLIAMENTO, G. *(In)visibilidades caleidoscópicas: a perspectiva das mulheres trans sobre o seu acesso à saúde integral*. 2012. 166 p. Tese (Doutorado em Psicologia), Universidade de São Paulo, São Paulo.

NARRATIVAS ENQUANTO DISPOSITIVO DE AUTOCUIDADO APOIADO NA ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS

Giselda Faes Kichler
Maria Marta Orofino

Introdução

As condições crônicas são muito prevalentes, multifatoriais, e há coexistência de determinantes biológicos e socioculturais. Segundo Souza et al. (2015), a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é responsável por 40% de mortes por acidente vascular cerebral (AVC) e 25% por doença coronariana (DC). A mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta de acordo com a elevação da pressão arterial. Já no caso da diabetes melito (DM), sua prevalência vem aumentando, e o tipo 2 é o mais frequente - 90% dos casos. A HAS e a DM são os principais fatores de risco para as DCV, tendo vários aspectos em comum: curso silencioso, cronicidade, fatores de risco, e é comum as duas condições estarem associadas. Entre as ações visadas pelo serviço de Atenção Primária à Saúde para essas populações, estão cuidados clínicos baseados em protocolos, abordagem familiar e cuidado interdisciplinar compartilhado, bem como a orientação e apoio ao autocuidado. Vários estudos confirmam a importância da intervenção em casos pré-diabetes (prevenção sobre estilo de vida e/ou com fármacos), assim como nos casos em que a pessoa já está diabética (prevenir complicações macro e microvasculares).

No Serviço de Saúde Comunitária (SSC) do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), ao qual pertence a unidade de saúde² onde foi realizada a pesquisa, a atenção às pessoas com diabetes melito consta como item prioritário desde o ano de 2005. A ação Programática Hiperdia – Plano de Reorganização à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, criado entre 2001 e 2003, pelo Ministério da Saúde, estabelece diretrizes e metas com o intuito de redução da morbimortalidade associada a esses agravos (LIMA et al., 2010). Essa ação programática é voltada a pacientes hipertensos e diabéticos, com vistas a ações de prevenção, promoção e reabilitação para usuários com tais agravos, que são acompanhados através de boletins específicos para o programa, anexados aos prontuários, onde são registradas informações relevantes como: a capacidade de autocuidado, surgimento de novas comorbidades ou evolução das já existentes e, posteriormente, digitadas em local específico. Para acompanhar, orientar e sanar dúvidas

² A unidade de saúde em que se realizou a pesquisa para este trabalho chama-se Unidade Nossa Senhora Aparecida, localizada no Bairro Sarandi. Fundada em 1993, atende aproximadamente 5 mil usuários e conta com equipe composta por profissionais de medicina, enfermagem, odontologia, psicologia e serviço social, além de residentes e estagiários.

dessas pessoas quanto a questões como alimentação, exercícios físicos, medicação, mudanças no estilo de vida e demais temas relevantes, realizam-se grupos, com periodicidade variada e com a atuação de profissionais de diversas áreas: medicina, odontologia, farmácia, nutrição e psicologia. O fato de ser em grupo contribui para que os usuários troquem experiências e aprendizados sobre como manejar a doença, e os profissionais podem abordar os temas de uma forma transversal, discutindo temas que se inter-relacionam. Desse modo, o autocuidado apoiado dos usuários pertencentes a essa ação programática foi o foco deste trabalho.

Conforme consta no Caderno de Atenção Básica nº 35, sobre Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica, a abordagem, para ser efetiva, necessariamente, envolve as diversas categorias profissionais das equipes de saúde e exige o protagonismo dos indivíduos, suas famílias e comunidade (BRASIL, 2014). Segundo o mesmo caderno, nos processos educativos de autocuidado, no caso das doenças crônicas, são relevantes a incorporação das necessidades, objetivos, metas pessoais e a experiência de vida do sujeito, em consenso com o profissional.

A inserção na equipe da unidade ocorreu através do programa de Residência Integrada em Saúde (RIS), ênfase Saúde da Família e Comunidade. O interesse pelo tema surgiu a partir do conhecimento da ação programática Hiperdia, quando da inserção na residência. Naquele momento, estavam ocorrendo grupos com duração de 4 encontros. Após o término dos grupos, planejou-se consultas sequenciais para abranger os diabéticos faltosos na odontologia. A residente acompanhou as consultas médicas, que objetivaram uma revisão e acompanhamento dos pacientes, e buscou atentar para as questões mais subjetivas que apareceram, de forma a entender certas motivações (ou desmotivações).

As histórias contadas pelos pacientes foram muito ricas, e a disponibilidade de escutá-las fez toda a diferença. Falar de sua história faz com que sujeito e profissional busquem sentidos e reflitam sobre o contexto para uma maior singularidade na condução do tratamento. Portanto, o intuito deste trabalho foi escrever uma narrativa de casos acompanhados, partindo da premissa de que uma escuta ativa e a abertura para esta contribuem para a construção de um cuidado mais integral, auxiliando para um maior protagonismo e autonomia das pessoas sobre seu cuidado. Ayres (2004) analisou que as práticas tradicionais estavam sofrendo uma crise, com limitações para responder às necessidades de saúde individuais e populacionais. Uma forma de resposta criativa a isso seriam as propostas de humanização e integralidade com vistas à construção de alternativas de organização das práticas. Projeto de vida, construção de identidade, confiança e responsabilidade são aspectos essenciais a serem considerados nas

interações entre profissionais e usuários. Desse modo, pensando em uma prática de medicina mais aberta à escuta, ao diálogo e à narrativa dos sujeitos que procuram um atendimento, Benedetto, Blasco e Garcia (2010) refletem que esses sujeitos não necessitam falar somente de sua doença; também têm necessidade de compartilhar, com o profissional, os sentimentos, as crenças e os fatos que acreditam estar ligados ao seu sofrimento.

Método

A estratégia metodológica foi qualitativa de pesquisa fenomenológica, através da narrativa, objetivando compreender a experiência do sujeito e participando da reconstrução da história que foi contada (DUTRA, 2002).

A amostra foi por conveniência. Durante algumas semanas, verificou-se a agenda dos profissionais de medicina, em busca de usuários hipertensos e/ou diabéticos, em horários em que seria possível para a residente acompanhar. Foram observadas consultas médicas agendadas cerca de 3 meses antes da data do atendimento de usuários com diabetes e/ou hipertensão e foram anotados pontos relevantes. Observou-se 8 atendimentos médicos, 7 de uma profissional e 1 de outra. Os usuários que tiveram seu atendimento observado foram, antes do início do atendimento e da observação, questionados pela médica se autorizavam a observação. A partir desta, foram anotados pontos-chave do diálogo entre a médica e o usuário; ou médica, usuário e familiar. Os dados foram anotados livremente, bem como expressões não verbais. Através das anotações, foram construídas narrativas. Estas foram uma possibilidade de escrever, a partir das memórias da residente, sobre a interação ocorrida entre o usuário e o profissional, atentando para o objetivo geral do presente trabalho: investigar e identificar, através das narrativas sobre atendimentos no programa Hiperdia de uma unidade de saúde, possibilidades de o usuário gerenciar seus cuidados de saúde, tornando-se co-responsável pelo processo.

Um dos princípios e diretrizes listado para a organização da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas é a autonomia, através da composição de estratégias de apoio ao autocuidado. Para tanto, orienta-se que tais estratégias sejam incorporadas, junto com o cuidado compartilhado (entre outras atividades), ao trabalho de equipes multidisciplinares com preparação para orientar e apoiar os sujeitos a lidar com suas condições e, assim, manejar o processo de evolução das doenças crônicas. A avaliação da capacidade de autocuidado de um indivíduo é, em boa parte, subjetiva, dependendo da percepção do profissional e da equipe de saúde. Porém, alguns autores propõem uma operacionalização em termos de suficiente e insuficiente, através de

juízo clínico, realizado por profissional ou equipe que conheçam a pessoa e seu contexto. Assinala-se que a avaliação é de caráter dinâmico e singular, pois depende muito da postura da pessoa diante de sua condição (BRASIL, 2014).

A metodologia da narrativa surge como estratégia que viabiliza, ao sujeito, ser protagonista de seu tratamento, permitindo que se implique em seu tratamento. Segundo Orofino e Oliveira (2014), a palavra 'narrativa' vem do verbo 'narrar'. Sua etimologia tem origem no latim, *narrare*, relacionado ao ato de contar, relatar, expor um fato ou história. Walter Benjamin, pela amplitude de sentidos e significados atribuídos a palavra, considera que narrar é uma arte, valorizando a variedade de suas funções. No ensaio "O Narrador", Benjamin relata que o Romance - enquanto gênero literário - chega com a modernidade, deixando de ser uma experiência ligada à memória coletiva, para colocar-se como "rememoração do autor" em uma tentativa de restituição do vivido na forma de experiência.

Portanto, as narrativas são utilizadas como técnica para viabilizar o entendimento de percepções e reflexões de profissionais, estudantes e pacientes em vários aspectos; entre eles, o cuidado, foco do projeto em questão. Nesse quesito, as narrativas pretendem uma ampliação do cuidado quando auxiliam a escuta em dimensões perceptivas e dialógicas, visando a um cuidado a ser construído de forma integral. Ainda, conforme apontam Benedetto, Blasco e Garcia (2010, p.20), as narrativas de pacientes "são muito mais que simples histórias em que os eventos são contados de forma linear", sendo os sentimentos contidos nestas mais relevantes do que os fatos em si. Para tanto, é necessário atentar-se às entrelinhas e à linguagem subliminar.

Análise

Em um primeiro momento, em leitura realizada sobre os escritos da residente, a partir dos acontecimentos dos atendimentos, a escolha foi direcionada pelos objetivos da pesquisa, atentando para a história de vida do outro e sua capacidade de resolver problemas. Então, identificaram-se alguns aspectos mais relevantes, que se repetiram em algumas narrativas. No segundo momento, esses aspectos foram separados em 5 núcleos de sentido.

Resultados e Discussão

Olhando os núcleos de sentido, percebeu-se que: um aspecto versa sobre as questões culturais, mais especificamente, sobre a espiritualidade; outro aborda questões relacionadas a fragilidades: comorbidades e acesso restrito (a exames, medicamentos, consultas); e um terceiro sobre as potencialidades: apoio familiar e plano de ação para o

autocuidado (alimentação, exercícios, manejo da doença e uso correto da medicação). Os nomes aqui apresentados são fictícios, para a preservação do anonimato dos sujeitos.

Espiritualidade

Dentro do núcleo de sentido cultura, observou-se como relevante o tema espiritualidade, pela grande influência desta no processo saúde-doença e nos tratamentos de saúde, verificados nas narrativas. Várias pesquisas vêm sendo realizadas e desenvolvidas para comprovar o benefício da espiritualidade, sendo um importante fator no processo saúde-doença.

Guimarães e Avezum (2007, p. 89) definem espiritualidade como uma inclinação humana na busca de um significado para a vida através de conceitos que “transcendem o tangível”; um sentimento de conexão com algo maior que ele próprio, podendo, ou não, abarcar uma participação religiosa de modo oficial. Esses autores ainda observam que a espiritualidade, ao longo da história, tem sido motivo de satisfação e conforto em diferentes momentos da vida. Frequentemente vistos como sinônimos, religiosidade e espiritualidade, embora relacionadas, diferem em seus propósitos: a primeira compreende sistematização de culto e doutrina, compartilhados em grupo; já a segunda está relacionada a temas acerca do significado e do propósito da vida, envolvendo crenças em conceitos espiritualistas para legitimar sua existência e seus significados.

Nas quatro narrativas aqui apresentadas, essa temática foi vista como positiva, no sentido de estimular um melhor autocuidado, auxiliar na manutenção do tratamento de saúde e preservar a esperança de melhoria da saúde. Estudos que avaliam a relação entre redução de mortalidade e práticas religiosas evidenciam o incentivo proporcionado por essas práticas a hábitos de vida saudável, suporte social e taxas inferiores de estresse e depressão (GUIMARÃES; AVEZUM, 2007).

Margarida, hipertensa, ao falar de suas outras doenças, relata que fez exame de hepatite, com resultado negativo. Agradeceu a Deus e creditou, à sua grande fé, o fato de não ter surgido nada. Rosa diz que caminha, mas não todos os dias. Faz mais caminhadas quando vai evangelizar. Observou que, agora, é outra pessoa, pois a pessoa que era antes, que bebia e fumava, morreu.

Cravo, com várias comorbidades, entre elas, diabetes, hipertensão, problemas cardíacos e depressão, relata, emocionado, que pediu a Deus para conseguir pintar o muro; e conseguiu. Depois, agradeceu a Deus por ter lhe dado força para pintar. Bromélia, diabética, inicia o atendimento queixando-se de dores de cabeça e tontura nos últimos 15 dias. Mas que, apesar disso, tudo está indo, e credita isso a Deus e sua misericórdia.

Pela análise das narrativas, percebe-se que a crença em Deus e/ou uma religião, traz uma sensação de não estar só, de conforto, de auxílio em situações desagradáveis ou desafiantes relacionadas às limitações causadas pelas doenças. Segundo Coulibaly e Alves (2015), nas situações de preocupação, a crença torna-se origem de apoio e orientação, promovendo um direcionamento, agindo como sustentação nas horas difíceis. A crença em um “ser divino” confere um sentido à vida, ampliando o poder de superação e, assim, auxiliando nos problemas.

Em pesquisa realizada com idosos sobre o papel da espiritualidade no manejo da doença crônica, essa temática surgiu em situações de crise relativas a agravos à saúde, como forma de auxílio para conseguir serenidade e otimismo, aliviando o sofrimento nessas situações. E independentemente da religião, os indivíduos que declaram uma boa relação com um “ser superior” apresentam melhores condições de enfrentar adversidades, mantendo uma atitude positiva diante da vida. Ainda, citou-se a questão do apoio social em função da participação em missas, cultos e encontros religiosos (ROCHA e CIOSAK, 2014).

Plano de ação

Em determinadas narrativas, percebeu-se que alguns sujeitos têm consciência do que é necessário fazer para controlar a doença: ter uma alimentação balanceada, praticar exercícios físicos, tomar a medicação corretamente, etc.; embora alguns ainda não efetivamente coloquem esse plano em prática. Segundo Borges et al. (2009), mesmo o conhecimento sendo pertinente e com a existência da relação entre conhecimento e comportamento, estudos apontam que somente o conhecimento não basta para produzir modificações na forma como as pessoas se comportam.

Os autores refletem que o paradigma entre conhecimento e mudança de comportamento é um desafio para a saúde pública, pois mesmo com o aumento das informações para a população, as taxas de fatores determinantes para agravos seguem igualmente crescendo. Seguir uma reeducação alimentar reduzindo ou eliminando sal, açúcar e gordura parece fácil; porém, é uma tarefa complicada e influenciada por determinantes culturais (MACHADO e KOELLN, 2009). Não foi objetivo deste estudo verificar se as pessoas estavam, de fato, seguindo o que sabiam ser o melhor para sua saúde, e sim, observar a consciência sobre e o modo como tentam melhorar seu estilo de vida.

Dália, hipertensa, relata que faz musculação e aeróbica na academia, de 3 a 5 vezes por semana. Conta que faz porque gosta e, também, por causa do colesterol e outras questões de saúde; que faz bem para o corpo e para a alma. Nota-se que, através

do cuidado com a saúde, ela encontrou também uma atividade que lhe proporciona bem-estar. E que sempre toma a medicação para a hipertensão. Azaléia, ao ser questionada pela profissional sobre como é, para ela, ter diabetes, diz que tem sido normal e observa que é necessário cuidar da alimentação e fazer exercícios. Considera a tarefa de levar a neta na escola o seu exercício para manter as pernas em movimento. Rosa diz que usa pouco sal e diminuiu o açúcar, embora coma balas de vez em quando; caminha, mas não todos os dias.

Cravo, contudo, queixa-se de não poder comer o que gosta e desabafa que o proibem de comer pudim, por causa da diabetes. Utiliza-se do humor para contornar a situação. Rindo, questiona a profissional se ela sabe por que o parente faz isso e, em seguida, ele mesmo responde que é para poder comer o pedaço que deixou. Machado e Koelln (2009) colocam que cada sujeito tem uma história ímpar e traz consigo uma soma de valores, crenças e predisposições. E é através deles que avaliará a situação, conferindo conceitos que conduzirão suas ações.

Nessa perspectiva, cabe lembrar que o sujeito adere ao tratamento indicado quando tal faz sentido para ele; quando de alguma forma aquela nova forma de experienciar a vida (com hábitos saudáveis) auxilia a manter ou construir um projeto de vida sonhado. Dália, por exemplo, quando questionada pela profissional sobre o motivo para tomar as medicações, demonstra surpresa com o questionamento e responde, em tom de obviedade, que é para controlar sua pressão. A origem de sua motivação é uma futura cirurgia de abdominoplastia, que ela descreve como um sonho que será realizado; ou seja, está concatenado a um projeto de vida relacionado ao seu bem-estar e autoestima.

Ayres (2004, p.21), nesse mesmo sentido, de atentar para o “projeto de felicidade” do sujeito, ilustra bem esse tipo de situação em seu artigo: versa sobre uma hipertensa que era sua paciente e que, embora tivesse todas as recomendações, não conseguia manter o tratamento. Ele reflete ter sido essencial, para contribuir de uma forma mais humana e respeitar a singularidade dessa pessoa, a descoberta da motivação através da conscientização sobre seus projetos de vida passados, e o quanto falar e refletir sobre eles alavancou um plano mais atual e consonante com sua realidade de vida naquele momento. Ainda, pode-se dizer que pessoas com mais informação, envolvimento e responsabilidade, interagem de forma mais efetiva com profissionais de saúde, procurando realizar ações que causem efeitos em sua saúde (TADDEO et al., 2012).

Rosa questiona, à profissional, se ainda precisa tomar a medicação. Conta que toma eventualmente, sem a constância necessária. Relata que sua filha a questionou se

falaria a verdade: que não tomava a medicação corretamente. Ela respondeu afirmativamente. Afinal, deve falar a verdade, ponderou. Isso demonstra a confiança depositada na profissional, bem como a importância de uma atitude aberta para ouvir o que, de fato, ocorre no cotidiano da pessoa e que nem sempre é o que foi recomendado. Muitas vezes, é o que a pessoa consegue e/ou está disposta a fazer naquele momento de sua vida.

Apoio Familiar

Vários usuários compareceram aos atendimentos com familiares ou citaram estes em suas narrativas acerca da manutenção do tratamento, indicando a influência do papel da família no cotidiano das pessoas com tais agravos. A maioria dos indivíduos com doenças crônicas constata a família como sendo uma fonte primordial de apoio e segurança; portanto, a organização familiar e suas formas de interação têm grande influência no sucesso do tratamento (BARRETO e MARCON, 2014).

Em uma dessas narrativas, Azaléia veio ao atendimento fazer exames de rotina por vontade da filha. Vem apresentando problemas nas pernas e dificuldade para caminhar. A filha respondia praticamente todas as perguntas à profissional pela mãe, demonstrando que é quase que totalmente responsável pelos cuidados; e que, se não fosse a filha relatar certos fatos, a mãe não os abordaria. A filha também questiona medicações e sua administração, bem como sugere mudanças no tratamento.

Cravo foi acompanhado de sua esposa, que também responde muitas coisas por ele no atendimento. Suas falas frequentemente se cruzam. Conta à profissional que se sente culpado, pois a esposa caminha para buscar coisas e faz tudo para ele. E diz que, por vezes, tem vontade de matá-la. Cravo sente-se muito dependente da esposa e percebe-se que, principalmente por ser idoso, isso vai contra aspectos que culturalmente se preconizava para um homem: força, provimento do lar, independência. Nota-se que, de certa forma, esses aspectos continuam a direcionar ações e valores dentro das relações familiares na atualidade. Também, o fato de Cravo ir dirigindo até a unidade, mesmo não enxergando mais tão bem, ilustra isso.

Silveira et al. (2014) apontam que os profissionais de saúde podem ajudar como fonte de informações, contribuindo para diminuir a sobrecarga física e psicológica dos familiares que ocupam o papel de cuidadores. No caso de pessoas com doenças crônicas, os profissionais, ao respeitarem o saber das famílias, permitem uma relação de troca de saberes, proporcionando um aperfeiçoamento do cuidado prestado. Para Barreto e Marcon (2014), um contexto familiar estruturado é indicado como consideravelmente associado ao comportamento de autocuidado, pela relevante função na forma como o

indivíduo se relaciona com a doença, o tratamento e a adaptação ao novo estilo de vida. Assim, mostra-se necessário levantar informações sobre as funções da família no auxílio à condução do tratamento, possibilitando que os profissionais desenvolvam estratégias mais efetivas de inserção dos familiares nos cuidados realizados no cotidiano.

Comorbidades

Um fato igualmente recorrente em muitas narrativas, as comorbidades, ou seja, a presença simultânea de várias doenças crônicas (SOUSA, 2005), surge como mais um obstáculo para uma qualidade de vida satisfatória dos sujeitos.

Cravo conta que tem 6 doenças e sente cada dia ter uma doença diferente. Sua esposa fala que ele toma 12 remédios por dia e deveria estar tomando antidepressivos, mas por vê-lo muito agitado e agressivo, a esposa suspendeu-os, sem consultar a profissional. Dália, por sua vez, atribui o aumento da pressão em determinado período, primeiramente, à depressão; e, alguns segundos depois, reitera, relatando que foi em razão de ansiedade devido a uma futura cirurgia. Diz que, várias vezes, suspendeu o antidepressivo, iniciado após a morte de uma cunhada, por se sentir melhor. Depois, reflete que foi negligente em relação a sua depressão e voltou a utilizar o medicamento. Bromélia, além do diabetes, tem problemas de visão nos membros superiores e inferiores e feridas na pele. Azaléia é diabética e hipertensa, tem asma e pedra nos rins. Sua filha conta que, depois da saída do hospital em função de seu problema renal, ficou muito debilitada; e, após a recuperação, engordou. Relatou também problemas de visão, que podem ser por causa da diabetes, bem como dores causadas pela inflamação de nervos do corpo. Sugeriu-se atendimento da nutricionista.

Já Margarida fez uma cirurgia oftalmológica nos braços e várias outras. Vai ao atendimento com uma sacola de plástico contendo exames. Relata que tem um armário cheio de papéis relacionados a consultas e exames e tem medo de jogá-los fora. A doença que mais a preocupa, atualmente, é a miastenia, que lhe causa falta de firmeza nos pés e muitas dores no corpo. Ao ser questionada se os sintomas da hipertensão são mais suportáveis que os da miastenia, ela responde que sim, que lidar com a hipertensão é tranquilo.

Segundo Sousa (2005), uma grande parte das pessoas com doenças crônicas tem comorbidades, e é comum as pessoas buscarem cuidados para essas várias doenças simultaneamente, e não somente para uma situação em especial. A maioria desses atendimentos é realizada por médicos de cuidados primários, seja em função da doença principal ou das comorbidades. A importância dos médicos de família que prestam cuidados a pessoas com comorbidade é cada vez mais reconhecida pelos usuários dos

serviços. Esse profissional deve atuar em parceria com outros especialistas e equipe de saúde.

É necessário um modelo de cuidado integral, sendo recomendada, para tal, uma mudança de orientação com certos componentes: capacidade de mobilizar recursos comunitários que se compatibilizem às necessidades das pessoas; capacidade de criar cultura, organização e mecanismos que propiciem cuidados qualificados; apoio à autogestão da doença (ou seja, ao autocuidado apoiado), capacitando as pessoas para conduzirem sua própria saúde e cuidados; prestação de cuidados eficiente e com autossuficiência; cuidados que estejam de acordo com as evidências científicas e preferências das pessoas; e sistema de informação clínica que propicie cuidados efetivos. Uma proposta é o Modelo Centrado no Paciente, o qual promove abordagem que explora a doença e, também, a experiência desta, procurando compreendê-la de forma integral, com a resolução de problemas, a incorporação de prevenção e a promoção de saúde, além de um olhar realista sobre a relação médico-paciente.

Acesso restrito

Observou-se, através das narrativas, que um impeditivo para uma grande parte dos sujeitos seguir certas condutas indicadas para seu tratamento foi a questão do acesso restrito a medicamentos, exames e consultas a especialistas. Tais recursos deveriam ser fornecidos pelo Sistema Único de Saúde, mas não o são ou demoram muito tempo para serem disponibilizados, assim como o atendimento em determinadas especialidades médicas.

A filha de Azaléia comenta que não conseguiu uma medicação para a pressão na unidade. Não chegou a acessar a farmácia distrital, então acabou comprando. A esposa de Cravo revelou que, naquele mês, gastou cerca de R\$300,00 em medicação, dado que, na farmácia da unidade, não tinha nada, disse ela. Prosseguiu comentando que uma falta de medicamento é tolerável, mas faltas constantes prejudicam o orçamento. Bromélia afirma que as fitas para a medição da glicose são muito caras e pretende ver a viabilidade de consegui-las via farmácia da unidade. Gerânio igualmente relata falta de dois medicamentos essenciais para controle de sua hipertensão, precisando pagá-los. Dália, em momento que estava com a pressão muito alta, não conseguiu encaminhamento para o cardiologista em tempo hábil e precisou buscar por um médico particular.

Segundo Paula et al. (2009), o movimento da reforma sanitária, nos anos 80, teve como premissa o direito à saúde enquanto um direito do ser humano, cabendo, ao Estado, garanti-lo, assim como o acesso universal aos bens e serviços de saúde. O conceito de saúde passa, então, a ser ampliado com a introdução da questão de direito

social, viabilizando, aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), a efetivação do direito da cidadania. Esse fato permitiu as bases para os princípios do SUS. Para materializá-los, é fundamental ter o Estado como financiador e interventor, o que é viável somente através de políticas públicas. Esses são dispositivos essenciais para a consolidação do SUS. Porém, a reforma do Estado, ao propor uma redução de gastos, o estímulo à privatização e uma aceitação incondicional às leis de mercado, incentivou a vinda de grandes indústrias farmacêuticas, as quais priorizam gastos com propaganda; o que amplia o consumo de medicamentos e prejudica uma política de saúde que preconiza a igualdade e a universalidade.

Outro fator que corrobora para uma maior ou menor efetividade da política que garante o acesso aos medicamentos é o aumento da expectativa de vida e, consequentemente, das doenças crônicas que advêm do envelhecimento, exigindo medicações de uso contínuo. Além disso, é citado o sucateamento do serviço público brasileiro por causa de investimentos insuficientes neste em função da reforma estatal, desvalorizando serviços públicos e incrementando os privados. Isso ocorre devido à falta de pessoal e recursos; e, não obstante, quando da existência destes, há uma desvalorização. Os autores citam como exemplo a ausência ou distribuição deficitária de medicamentos na atenção básica, cenário destas narrativas, em que muitos usuários queixaram-se desse fato. Citam, também, como fator negativo, a dispensação por profissionais não qualificados, sem a orientação adequada sobre a utilização dos medicamentos e seus efeitos.

No que se refere ao modelo de atenção à saúde, Martins e Wacławovsky (2015) indicam que, segundo o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde- CONASS, é necessário modificar esse modelo, que tem por base o atendimento das condições agudas, pelo fato de não responder, de forma efetiva e eficaz, à atual situação epidemiológica brasileira, com uma nítida incidência de condições crônicas. Os autores ainda citam como fundamental que os serviços atendam as necessidades de saúde de acordo com os níveis de atenção e densidade tecnológica, para que se possa respeitar o princípio da equidade.

Em duas narrativas, ambas de sujeitos do sexo masculino, percebe-se uma impressão destes de que o momento do atendimento não é propício para verbalizar muitas coisas, de que aquele não é o espaço adequado para verbalizar seus sentimentos e demonstrar sua fragilidade. Gerânio, em vários momentos do atendimento, pensa não ser a situação mais adequada para relatar questões subjetivas. E reafirma que precisa falar, como que se estivesse se desculpando, necessitando de uma autorização prévia da profissional para isso. Ele desculpa-se por contar tantas histórias, justificando que idosos

têm muitas histórias para relatar e diz que o profissional de medicina não deve ser algoz, que precisa ouvir os relatos. Cravo também pede desculpas reiteradas vezes por queixar-se de seus sintomas depressivos.

Considerações Finais

Como resultado deste trabalho, conclui-se a importância de o profissional de saúde estar atento às falas, meio pelo qual se expressam condições subjetivas do usuário, englobando aspectos sociais, culturais e econômicos. Estes impactam significativamente na forma como o indivíduo se engaja e dá curso a seu tratamento, dispondo de uma maior ou menor capacidade de exercer o autocuidado apoiado.

A escrita das narrativas só foi possível através da escuta atenta do sujeito, de suas impressões, de sua forma de ver a vida, de lidar com a doença, de encarar restrições e recomendações médicas que modificam sua rotina; e, principalmente, o que auxilia no autocuidado apoiado e o que faz sentido dentro do contexto cultural, social e político do sujeito para manter sua qualidade de vida. Sugere-se a multiplicação deste tipo de estudo, por sua relevância para a qualificação do autocuidado tanto para profissionais de saúde quanto para os serviços, na implementação de ações que incentivem a autonomia e valorizem a singularidade dos usuários.

Referências Bibliográficas

- AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*. São Paulo, v.13, n.3, p.16-29, set-dez.2004.
- BARRETO, Mayckel; MARCON, Sônia. Participação familiar no tratamento da hipertensão arterial na perspectiva do doente. *Texto Contexto Enferm*, 23(1), 38-46, Florianópolis, 2014.
- BENEDETTO, Maria Auxiliadora; BLASCO, Pablo Gonzáles; GARCIA, Débora. Era uma vez... Narrativas em medicina. *Revista Brasileira de Cuidados Paliativos*, p.19-25, 2010.
- BRASIL. CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA NÚMERO 35. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2014. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 162 p. Cadernos de Atenção Básica, n.35).
- BORGES, Thiago Terra et al. Conhecimento sobre fatores de risco para doenças crônicas: estudo de base populacional. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.25, n.7, p.1511-1520, July 2009.
- COULIBALY, Abdoulaye; ALVES, Vicente Paulo. *As práticas religiosas, espirituais, e a fé no idoso no auxílio da superação dos desafios advindos das feridas crônicas*. Dissertação de Mestrado. Universidade Católica de Brasília, Escola de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Gerontologia. Brasília, DF, 2015.

DUTRA, Elza. Anarrativa como uma técnica de pesquisa fenomenológica. *Estudos de psicologia*. Campinas, 7(2), 371-378, 2002.

GUIMARÃES, Hélio Pena; AVEZUM, Álvaro. O impacto da espiritualidade na saúde física. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34, supl 1; 88-94, 2007.

LIMA et. al. Diabetes e suas comorbidades no Programa de Saúde da Família Vila Davi em Bragança Paulista, SP. *Revista Brasileira de Clínica Médica*. 8(4), 316-319, São Paulo, 2010.

MACHADO, Heloísa; KOELLN, Cláudia. Crenças sobre saúde: influência nas atitudes de portadores de doenças crônico-degenerativas em relação ao cuidado à saúde. *Revista Baiana de Enfermagem*, v. 22/v. 23, n.1, 2, 3, p.121-134, Salvador, 2008-2009.

MARTINS, Caroline; WACLAWOVSKY, Aline. Problemas e desafios enfrentados pelos gestores públicos no processo de gestão em saúde. *Revista de Gestão em Sistema de Saúde-RGSS*. Vol. 4, N.1, São Paulo, 2015.

OROFINO, M.M.B. ; OLIVEIRA, J. M. Permiteque te conte! Uma narrativa sobre as narrativas. In: TEMPSKI, Patrícia; MAYER, Fernanda Brenneisen (Org.). *Narrando avida, nossas memórias e aprendizados* - Humanização das práticas de ensino e de cuidado na saúde. 1ed.: 2014, p. 39-43.

PAULA, Patrícia Aparecida Baumgratz de et al. Política de medicamentos: da universalidade de direitos aos limites da operacionalidade. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v.19, n.4, p.1111-1125, Rio de Janeiro, 2009.

ROCHA, Ana Carolina; CIOSAK, Suely. Doença crônica no idoso: espiritualidade e enfrentamento. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo(USP)*, 48 (Esp 2):92-98. São Paulo, 2014.

SILVEIRA, Celso; BUDÓ, Maria de Lourdes; GARCIA, Raquel; SILVA, Fernanda Machado da; SIMON, Bruna. Cuidar de Familiar com doença crônica incapacitante: implicações na rede de apoio social. *Journal of Nursing and Health*. Faculdade de Enfermagem UFPEL. 4(1):39-50. Pelotas, 2014.

SOUSA, Jaime Correia de. A doença crônica e o desafio da comorbilidade. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 21:533-4, Portugal, 2005.

SOUZA, Djalmo Sanzi; LENZ, Maria Lúcia; GLASENAPP, Rosane; TAKEDA, Sílvia. Atenção às condições crônicas de saúde: hipertensão arterial sistêmica, diabetes melito, tabagismo e asma. In: *Indicadores de saúde: Relatório Anual 2014*. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Gerência de Saúde Comunitária. Porto Alegre, 2015.

TADDEO Patrícia da Silva; GOMES, Kilma; CAPRARA, Andrea; GOMES, Amnatália; OLIVEIRA, Gisele; MOREIRA, Thereza. Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. *Ciência & Saúde Coletiva*. 17 (11): 2923-2930, 2012.

PRÁTICAS HUMANIZADAS REALIZADAS POR UMA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DE SAÚDE DURANTE O PARTO E O NASCIMENTO NO CENTRO OBSTÉTRICO DE UMA MATERNIDADE PÚBLICA DE PORTO ALEGRE/RS

Joy Bergmann Soares
Dinara Dornfeld
Simone Konzen Ritter

Introdução

Historicamente, no Brasil, muitos esforços têm sido realizados para que ocorram mudanças na assistência ao parto e nascimento, tendo como principal objetivo a adoção de práticas baseadas em evidências científicas (RATTNER, 2009; BRUGGEMANN, 2013). Em 2011, foi instituída a Rede Cegonha (RC), a qual consiste em uma rede de cuidados que visa 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 e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011b).

Dentro do componente Parto e Nascimento da Rede Cegonha estão preconizadas diversas ações. Entre elas, que as práticas de atenção à saúde no momento do parto e nascimento sejam baseadas em evidências científicas, nos termos do documento da Organização Mundial da Saúde (OMS), de 1996, "Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento". Nesse documento, a OMS conceitua o parto normal, identifica as práticas de assistência mais comuns no momento do parto e do nascimento e, baseando-se em evidências científicas, propõe as boas práticas de atenção ao parto e nascimento.

As práticas são classificadas e categorizadas em A: práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas; B: práticas claramente prejudiciais ou ineficazes que devem ser eliminadas; C: práticas em relação às quais não existem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela, até que mais pesquisas esclareçam a questão; e D: práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado. A adoção de práticas humanizadas e seguras implica na organização das rotinas, dos procedimentos e da estrutura física, bem como na incorporação de condutas acolhedoras e não intervencionistas (BRASIL, 2000).

O Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), até o ano de 2004, seguia o modelo clássico das maternidades brasileiras de grande porte: funcionava com a divisão técnica do trabalho, na qual cada núcleo especializado da equipe fazia o seu trabalho

isoladamente. Dessa forma, fragmentava-se o cuidado à mulher e ao recém-nascido durante todo o processo de parturição e nascimento (DORNFELD, 2011).

A partir de maio de 2004, a estrutura organizacional do trabalho foi redefinida, transformando a assistência, em todos os períodos do ciclo gravídico-puerperal, na lógica de linha de cuidado, denominada Linha de Cuidado Mãe-Bebê (LCMB). Essa forma de organização tem como principal objetivo assegurar a continuidade e a resolutividade da assistência. Além da construção de unidades assistenciais e de apoio, os profissionais que trabalhavam com as pacientes gestantes, puérperas e recém-nascidos foram agrupados para constituir os recursos humanos da LCMB, sendo, dessa forma, gerenciados sob o cuidado de uma mesma coordenação (DORNFELD, 2011).

Junto e em consonância aos esforços do MS, o HNSC estava, em 2014, em processo de transição, com o objetivo de estar em conformidade às medidas preconizadas pela RC. Nesse sentido, procurou implementar práticas que a RC preconiza, dentre elas, as ações consideradas humanizadas, como o estímulo à presença do acompanhante, a utilização de métodos não farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto, o oferecimento de dieta líquida durante o trabalho de parto, a liberdade de posicionamento da parturiente e a redução de intervenções desnecessárias.

Nessa perspectiva, o objetivo da pesquisa foi estabelecer e analisar a frequência com que as práticas preconizadas nas recomendações da OMS foram realizadas durante a assistência ao trabalho de parto e parto no Centro Obstétrico do HNSC.

Métodos

Trata-se de um estudo transversal, prospectivo, com abordagem quantitativa e caráter descritivo.

O estudo foi realizado no Centro Obstétrico do HNSC, que se trata de um hospital geral de grande porte, público, 100% vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS), localizado na cidade de Porto Alegre/RS, referência para atendimento a gestantes de alto risco no Estado do Rio Grande do Sul.

Para que fosse possível estimar os percentuais de frequência das práticas assistenciais humanizadas ao trabalho de parto, considerando uma proporção de 50%, margem de erro de cinco pontos percentuais e nível de confiança de 95%, estimou-se que seriam necessárias, no mínimo, a coleta das informações registradas em prontuário de 385 partos e nascimentos, os quais constituíram a amostra (n) desta pesquisa.

Considerou-se critérios de inclusão o parto vaginal, de recém-nascidos vivos, a termo (idade gestacional ≥ 37 semanas) e Apgar no 5º minuto de vida ≥ 7 . Constituíram

critérios de exclusão os partos operatórios e os recém-nascidos prematuros (idade gestacional <37 semanas), mesmo que nascidos de parto vaginal.

Através do documento da OMS, de 1996, "Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento", e das preconizações da Rede Cegonha (Brasil, 2011b), elaborou-se um *check-list* de boas práticas à atenção ao parto e ao nascimento, para servir como instrumento de coleta de dados da pesquisa. O *check-list* foi preenchido conforme os registros em prontuário das práticas assistenciais realizadas pela equipe multidisciplinar de saúde durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. Os dados foram coletados no período de agosto a dezembro de 2014.

As puérperas foram consultadas quanto ao consentimento de utilização das informações contidas em seus prontuários, durante o período pós-parto. Para tal finalidade, receberam informações referentes à pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A análise estatística descritiva dos dados foi realizada, com cálculo de frequências absolutas e relativas das variáveis categorizadas. O projeto de pesquisa foi apresentado, para avaliação em seus aspectos éticos e metodológicos, ao Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Nossa Senhora da Conceição do Grupo Hospitalar Conceição, e obteve aprovação segundo parecer CEP Nº 730.325, de 23 de julho de 2014.

Resultados e Discussão

Para a análise e discussão dos resultados, optou-se por compará-los, especialmente, a estudos realizados no Brasil, tendo em vista as legislações, as competências profissionais estabelecidas pelos conselhos de classes e a cultura nacional da assistência ao processo de parto e nascimento.

Dos 385 partos que ocorreram no período da coleta de dados, de agosto a dezembro de 2014, verificou-se que 73,5% das mulheres foram admitidas no hospital em trabalho de parto (TP); 17,4% com bolsa rota (BR), e 11,9%, por pós-datismo (idade gestacional ≥ 41 semanas).

Em relação ao profissional que realizou a assistência, 82,3% dos partos foram assistidos por médicos, e 17,7%, por enfermeiras obstétricas. A Resolução COFEN 223/1999 prevê que a assistência ao parto é uma das competências dos enfermeiros obstétricos (COFEN, 1999) e a Portaria MS/GM 2.815, de 29 de maio de 1998, inclui na tabela do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SUS) o procedimento "parto normal sem distocia realizado por enfermeiro obstetra" (BRASIL, 1998). Ambas as publicações têm a finalidade de reconhecer a assistência prestada por

essa categoria profissional, no contexto de humanização do parto, conforme preconiza a RC.

Nessa perspectiva, ao se comparar com estudo semelhante realizado em maternidades públicas conveniadas ao SUS e referência para assistência aos partos de baixo risco em Goiânia, com uma amostra de 404 partos, onde apenas 1,9% dos partos foram assistidos por enfermeiros obstetras (GIGLIO et al., 2011), é possível constatar que a enfermagem obstétrica do hospital pesquisado está conseguindo garantir e ampliar sua atuação em um espaço, até então, dominado pelo médico obstetra e pelo método intervencionista.

A média de idade gestacional das parturientes da amostra, aferida através da avaliação obstétrica, foi de 39 semanas e 4 dias, sendo a menor 37 semanas e a maior 42 semanas e 3 dias. O Apgar ≥ 7 no 1º minuto de vida ocorreu em 100% da amostra estudada.

Em relação à categoria A (práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas), os resultados obtidos estão descritos a seguir.

Entre as 385 mulheres pesquisadas, para 71,2%, foram oferecidos líquidos por via oral durante o TP; 23,4% delas não receberam líquidos e, em 5,5% dos registros, essa informação não foi encontrada em prontuário. Os dados são positivos se comparados a outros estudos realizados em maternidades públicas e conveniadas ao SUS, em que a porcentagem de oferecimento de líquidos foi, respectivamente, de 25,2% (LEAL et al., 2014); 38% (GIGLIO et al., 2011) e 39% (SILVA et al., 2013).

A restrição alimentar durante o TP é baseada no risco de aspiração do conteúdo gástrico, no caso de a parturiente precisar de um procedimento anestésico; porém, evidências apontam que o risco de aspiração está diretamente associado ao uso de anestesia geral, a qual é de baixa frequência na assistência ao parto (WEI et al., 2011).

Além disso, durante o TP, o gasto médio de energia é equivalente ao de exercício físico moderado realizado de forma contínua. Se o TP for prolongado, o aumento progressivo de cetonas urinárias pode ser detectado, fruto da degradação de ácidos graxos. A sudorese excessiva também é muito comum durante o TP, podendo desidratar a mulher, e o jejum nesse período tem o potencial de causar uma progressão insatisfatória (WEI et al., 2011).

A presença de acompanhante foi registrada em 93,5% dos partos, não houve registro de quem foi o acompanhante em 1,6% dos partos; 3,1% das parturientes não foram acompanhadas e 3,1% não desejaram a presença de acompanhante. Esses

resultados são semelhantes ao estudo intitulado *Nascer no Brasil*, em que a porcentagem da presença de acompanhante foi de 94,5% (SILVA et al., 2013).

No que se refere à utilização dos métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor, 78,4% das parturientes utilizaram-se do banho de aspersão; 71,4% da deambulação; 46% das massagens terapêuticas; 45,7% da variedade de posições, e 34,8%, da bola obstétrica, sendo que, na maioria dos casos, a parturiente valeu-se de mais de um dos métodos. Na pesquisa *Nascer no Brasil*, o banho foi utilizado por 84% das parturientes, a deambulação por 68%, as massagens terapêuticas por 60,1% e a bola obstétrica por 51,7% (SILVA et al., 2013).

A massagem é um método de estimulação sensorial caracterizado pelo toque sistêmico e pela manipulação dos tecidos. No trabalho de parto, a massagem tem o potencial de promover alívio da dor, além de proporcionar contato físico com a parturiente, potencializando o efeito de relaxamento, diminuindo o estresse emocional e melhorando o fluxo sanguíneo e a oxigenação dos tecidos (MAZONI, 2012; GAYESKI et al., 2010).

A aspersão ou imersão em água morna promove o conforto à parturiente, proporciona relaxamento muscular, facilita a dilatação cervical e diminuição da percepção dolorosa (MAZONI, 2012). O uso da bola obstétrica contribui para promoção da movimentação da mulher em trabalho de parto, como estímulo à posição vertical, e possibilita o balanço da pelve, além da correção da postura, o relaxamento e alongamento e o fortalecimento da musculatura (SILVA et al., 2011).

O partograma foi utilizado em 84,2% dos partos da amostra. Na pesquisa *Nascer no Brasil*, com amostragem multicêntrica; 41,4% da amostra utilizou partograma (LEAL et al., 2014). Já em pesquisa realizada em Centro Obstétrico de um Hospital Universitário no Rio Grande do Sul, com uma amostra de 128 parturientes; 29,7% utilizou o partograma (BUSANELLO et al., 2011) e, no estudo realizado nas maternidades públicas e conveniadas ao SUS em Goiânia, 28,5% dos partos tiveram esse tipo de registro gráfico (GIGLIO et al., 2011).

Esse método de acompanhamento da evolução do TP por meio de um gráfico permite a análise da dilatação cervical, a descida da apresentação, a posição fetal, a variedade de posição, a frequência cardíaca fetal, as contrações uterinas, a eventual infusão de líquidos e a analgesia. Dessa forma, possibilita constatar alguma alteração do curso esperado do TP e propicia a tomada de decisão de condutas apropriadas para as possíveis intercorrências, fazendo a orientação terapêutica lógica e eficaz, evitando intervenções desnecessárias (BRASIL, 2011a).

Embora a porcentagem de aplicação do partograma encontrada no presente estudo seja alta, identificou-se, durante a coleta de dados, que os partogramas foram parcialmente preenchidos, apresentando poucos registros no decorrer do trabalho de parto, sugerindo que essa ferramenta ainda é subutilizada pela equipe.

Em relação à posição do parto, a litotomia apareceu em 56,4% da amostra, seguida da posição semissentada (19,7%); decúbito lateral esquerdo (3,1%); cócoras (2,0%); quatro apoios (0,5%) e decúbito lateral direito (0,5%). No estudo de Leal et al. (2014), a posição litotômica foi predominante em 91,7% dos partos (LEAL et al., 2014). Já a posição semissentada foi a prevalente no estudo de Silva et al. (2013), em 82,3% dos partos. No mesmo estudo, a posição de decúbito lateral esquerdo ocorreu em 16% dos partos, cócoras em 0,8% e posição de quatro apoios em 0,2% (SILVA et al., 2013).

A parturiente deve ser estimulada a adotar uma posição de livre escolha durante o TP e o período expulsivo, de forma que se sinta mais confortável. As posições verticalizadas favorecem a descida do feto, a abertura da pelve, a diminuição do trauma perineal, do período expulsivo e da sensação de dor materna (BRASIL, 2001; SILVA et al., 2011; NILSEN et al., 2011). Quando deitadas, as parturientes devem ser orientadas a permanecer em posições lateralizadas para otimizar o fluxo sanguíneo uterino e placentário, uma vez que o decúbito dorsal reduz a perfusão da veia cava devido à compressão uterina (BRASIL, 2001).

O contato pele a pele (CPP) ocorreu em 90,2% dos nascimentos, sendo em 64,2% com duração de uma hora, em 21,3%, com mais de uma hora e, em 4,7%, aconteceu por menos de uma hora. Em 6,5%, o CPP e a sua duração não constavam registrados em prontuário. Entre os motivos para não realizar CPP ou CPP por menos de uma hora, encontrou-se descrito nos prontuários: mãe sem condições clínicas; recém-nascido sem condições clínicas e recém-nascido de mãe HIV+ com restrição de CPP por rotina de admissão (banho no período imediato ao nascimento, recebimento de profilaxia antirretroviral, etc.).

A promoção do contato pele a pele, iniciada imediatamente após o nascimento e realizada de modo contínuo e prolongado por, pelo menos, uma hora, traz benefícios fisiológicos e psicossociais tanto para a mãe quanto para o recém-nascido. O CPP, além de acalmar o bebê através da redução do choro e do estresse, auxilia na estabilização sanguínea, na desaceleração dos batimentos cardíacos e respiratórios e mantém o bebê aquecido através da transmissão de calor da mãe. Além disso, é fator desencadeante do aleitamento materno, garantindo o oferecimento de seu efeito protetor durante a primeira

hora de vida, contribuindo para redução da mortalidade neonatal (MATOS et al., 2010; SANTOS et al., 2014).

No estudo Nacer no Brasil, 26,6% da amostra fez CPP logo após nascimento, sem registro de duração (LEAL et al., 2014). Já no estudo em Goiânia, apenas 11,6% dos recém-nascidos fez CPP com sua mãe por mais de 30 minutos (GIGLIO et al., 2011). Ao se comparar esses estudos com os resultados encontrados nesta pesquisa, em que o CPP por uma hora ou mais ocorreu em 85,5% dos nascimentos, percebe-se um comprometimento maior da equipe de saúde com essa prática.

Em relação às praticas da categoria B (práticas claramente prejudiciais ou ineficazes que devem ser eliminadas), os resultados serão apresentados a seguir. A OMS, em seu guia publicado em 1996, considera o enema como prática da categoria B. Na rotina do HNSC, não há utilização de enema na preparação para o parto. No entanto, é utilizado supositório retal para a mesma finalidade, conforme avaliação médica. O uso de supositório retal foi indicado em 52,4% de partos, em 41,6%, não foi utilizado e, em 6% dos prontuários, não se encontrou registro. Não foram encontrados, na literatura, estudos que investigaram o uso de supositório retal anteparto. Em estudo realizado em um hospital de Campinas/SP, com amostra de 90 parturientes, verificou-se que o uso de enterocisma, tanto em primíparas quanto em múltiparas, não abreviou a duração do TP nem impediu a eliminação de fezes durante o primeiro e segundo estágio do TP, bem como não alterou a probabilidade de infecção tanto da mãe e do bebê (LOPES et al., 2001).

A tricotomia está presente na categoria B das práticas assistenciais recomendadas pela OMS, mas assim como o enema, não é realizada rotineiramente no HNSC. Na instituição, é utilizada a tonsura, que consiste no aparramento dos pelos pubianos através do uso de tesoura, a qual foi realizada em 42,9% dos partos, não realizada em 50,9% e não registrada em 6,2%.

Não foram encontradas evidências, na literatura, que mostrem os benefícios da tonsura realizada no período anteparto. Sua realização tem potencial de gerar desconfortos tanto na sua execução quanto posteriormente, quando os pelos começam a crescer, portanto, há a sugestão de que somente seja realizada se for opção da paciente (BRASIL, 2001). Em um estudo realizado em Goiânia, a tricotomia foi prescrita para 41,1% das parturientes de baixo risco (GIGLIO et al., 2011).

A infusão/cateterização venosa foi realizada em 62,3% dos partos, não foi realizada em 34,8% e não registrada em 2,9%. O uso de ocitocina foi registrado em 50,9% dos partos, não utilizado em 46% e não registrado em 3,1%. Na pesquisa Nacer no Brasil, a

utilização de infusão ocorreu em 74,9% dos partos (LEAL et al., 2014) e, no estudo nas maternidades em Goiânia, 55,9% das parturientes receberam soro parenteral durante o TP (GIGLIO et al., 2011).

Segundo a OMS, a cateterização venosa profilática de rotina não é recomendada, pois impede e limita os movimentos da parturiente e, por ser uma prática invasiva, pode representar riscos de infecção e traumas, além de aumentar a sensação de dor (ENDERLE et al., 2012). Na pesquisa Nascer no Brasil, houve uso de ocitócitos em 36,4% dos partos (LEAL et al., 2014) e, no estudo nas maternidades em Goiânia, a ocitocina foi utilizada em 45,8% (GIGLIO et al., 2011).

Em relação à categoria C (práticas em relação às quais não existem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela, até que mais pesquisas esclareçam a questão), os resultados obtidos estão apresentados a seguir.

A amniotomia foi realizada em 27,3% dos partos, não realizada em 70,1% e não registrada em 2,6%. Os resultados estão próximos àqueles encontrados na pesquisa Nascer no Brasil, em que a amniotomia foi realizada em 39,1% dos partos (LEAL et al., 2014). Embora a amniotomia tenha potencial de reduzir o TP em até 120 minutos, os efeitos indesejáveis dessa prática são citados nos estudos como desacelerações da frequência cardíaca fetal, bossa serossanguínea, risco aumentado de infecção ovular e puerperal, entre outros (BRASIL, 2001).

Os métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor no parto utilizados, nesta categoria, foram a aromaterapia (24,7%), o rebozo (6,5%) e o escalda-pés (2,9%). A aromaterapia é a utilização dos aromas de óleos essenciais para sensibilização do sistema olfativo, com o objetivo de estimular a produção endógena de substâncias relaxantes, estimulantes e sedativas. É utilizada para diminuição do estresse, medo e ansiedade, proporcionando satisfação e conforto a parturiente (GAYESKI et al., 2010; BURNS et al.; 2007, NAMAZI et al., 2014).

O rebozo é um método não invasivo, que consiste em movimentos que estimulam a rotação da pelve materna, realizado por meio do uso de um tecido, o que contribui para o movimento de rotação do feto na pelve. O escalda-pés consiste na imersão dos pés da parturiente em água morna, podendo ser acrescentado o uso de essências aromáticas. Porém, não foram encontradas evidências científicas que comprovem as contribuições de ambos os métodos no trabalho de parto.

O clampeamento tardio do cordão umbilical foi realizado em 94,3% dos nascimentos, sendo que 74,8% foram realizados com um minuto de pulsação e 19,5%

com mais de um minuto. O clampeamento imediato do cordão umbilical ocorreu em 4,4% dos partos e, em 1,3% dos casos, esse dado não foi encontrado.

Entre as justificativas para o clampeamento imediato do cordão umbilical na presente amostra, encontraram-se registradas em prontuário as seguintes informações: RN com cianose, RN de mãe HIV+, Rh- e presença de mecônio espesso. O fato de clampear tardiamente o cordão umbilical propicia a maior transferência de sangue da placenta para o bebê, fornecendo, assim, uma maior quantidade de ferro, que reduz a frequência de anemia no primeiro ano de vida da criança (BRASIL, 2001; OLIVEIRA et al., 2014). O clampeamento precoce do cordão umbilical é indicado em casos de gestações e partos de risco, como por exemplo, a sensibilização Rh, o parto prematuro, o sofrimento fetal com depressão neonatal grave, o parto gemelar e o da mulher HIV+ (BRASIL, 2001).

Em relação à categoria D (práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado), os resultados obtidos serão apresentados a seguir.

A restrição hídrica e alimentar ocorreu em 23,4% dos partos, não ocorreu em 71,2% e não foi registrada em 5,5%. O controle da dor por agentes sistêmicos foi utilizado em 20,8% dos partos, não utilizado em 74,5% e não registrado em 4,7%.

Não foram encontrados estudos recentes que relacionem o uso de agentes sistêmicos a interferências no TP. Um estudo realizado no Irã trouxe evidências do uso da Hioscina, a qual reduz o primeiro estágio do trabalho de parto, com controle da dor e aumento da dilatação cervical, sem efeitos adversos ao TP (SEKHAVAT et al., 2012). No entanto, as mesmas desvantagens já citadas, como limitação de movimentação da parturiente e risco de infecção, podem ser citadas se os agentes sistêmicos forem administrados de forma endovenosa.

O toque vaginal foi realizado em 74% das parturientes, não realizado em 1,3% e não registrado em 24,7%. A média de toques por profissional foi de 0,15 por paciente para as enfermeiras obstetras (máximo de 4) e 2,4 toques vaginais por paciente para o médico (máximo de 17).

De acordo com as orientações da OMS, o toque vaginal é utilizado para mensuração da dilatação e não deve ser realizado repetidamente por diferentes profissionais para preservar a privacidade da mulher e não proporcionar dor (OMS, 1996). No estudo de Silva et al. em que os partos foram assistidos exclusivamente por médicos, 24,8% das parturientes receberam mais de dois toques durante o TP (SILVA et al., 2013)

Neste estudo, a analgesia foi utilizada em 31,7% dos partos (75,3% peridural; 21,5% raquidiana e 3,2% ambas); não utilizada em 65,7% e não registrada em 2,6%. No estudo de Busanello et al. (2011), 18,7% das parturientes recebeu analgesia.

O alívio da dor para a mulher em trabalho de parto, em geral, remete à indicação médica para uso de analgesia peridural, tendo em vista que seu uso está relacionado com melhor alívio da dor do que agentes sistêmicos (SCHMITT et al., 2009).

A episiotomia foi realizada em 21,3% dos partos e não realizada em 78,7% no presente estudo. Nos estudos já citados, percebe-se variação grande da realização dessa prática: 70,1% (GIGLIO et al., 2011), 53,5 % (LEAL et al., 2014), 46,1% (BUSANELLO et al., 2011) e 12,9% (SILVA et al., 2013).

Atualmente, muitos estudos evidenciaram que não há justificativa para realização de episiotomia e já mostram que a sua realização traz aumento de complicações pós-parto. Como qualquer outro procedimento cirúrgico, pode causar hemorragia durante e pós o parto, edema, infecção, hematoma, dispareunia, fístulas retovaginais, mionecrose, endometriose na cicatriz, necessidade de correção cirúrgica por problemas de cicatrização irregular ou excessiva, dor após o parto e rejeição materna ao neonato devido à dor (CARVALHO et al., 2010; BRAGA et al., 2014)

A cateterização vesical foi realizada em 14,8%, não realizada em 80,8% e não registrada em 4,4%. Essa prática não deve ser utilizada indiscriminadamente, já que é um procedimento invasivo que adiciona riscos, como infecção urinária, traumatismo uretral, dor e falso trajeto (MAZZO et al., 2011). Dessa forma, deve ter sua indicação individualizada e é primordial que a parturiente seja orientada quanto às eliminações urinárias, tendo em vista que o esvaziamento da bexiga facilita a descida da apresentação fetal.

Considerações Finais

Ao analisar as frequências das práticas de cada categoria, pode-se constatar o processo de transição assistencial que o hospital analisado vivenciou no período estudado, com a implantação de práticas de categoria A, como os métodos não farmacológicos de alívio da dor, o oferecimento de líquidos, a utilização do partograma e o contato pele a pele. Porém, essas práticas contrastam-se com as práticas assistenciais de rotina já fadadas ao desuso da categoria B, como a administração indiscriminada de supositório retal, a tonsura, a infusão venosa e a posição de litotomia.

Foi possível observar essa transição também através das práticas assistenciais pertencentes à categoria C, na qual foi registrada a introdução de métodos não farmacológicos de alívio da dor inovadores e ainda sem estudos científicos suficientes, como a aromaterapia, o rebozo e o escalda-pés. Esses métodos demandam investigações dos resultados maternos e neonatais em parturientes às quais foram

oferecidas tais técnicas, contribuindo, assim, para ampliar as opções de conforto e de satisfação das mulheres em trabalho de parto.

Além disso, outro ponto importante que este estudo evidenciou foi a contribuição das enfermeiras obstétricas para a humanização do parto, no que tange ao cuidado humanizado oferecido às mulheres, tendo em vista que a atuação das enfermeiras obstétricas caracteriza-se por uma assistência centrada nas necessidades da mulher, com redução de práticas intervencionistas e participação ativa da parturiente no trabalho de parto.

Entre as variáveis que ainda necessitam de melhor investigação, destacam-se a mensuração de dados registrados no partograma, com o objetivo de verificar a utilização deste instrumento de maneira satisfatória; os resultados maternos e neonatais da assistência ao parto realizados por enfermeiros obstetras e a efetividade da utilização dos métodos não farmacológicos de alívio da dor, para os quais ainda não existem evidências científicas conclusivas, como o *rebozo*, a aromaterapia e o esalda-pés.

Referências Bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.815 de 29 de maio de 1998*. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

BRASIL. *Portaria GM/MS nº 569 de 01 de junho de 2000*. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Diário Oficial da União, 2000.

BRASIL. *Parto, aborto, puerpério: assistência humanizada à mulher*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher*. Princípios e Diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2011(a).

BRASIL. *PORTARIA nº 1.459 de 24 de junho de 2011*. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) a Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde, 2011(b).

BRAGA, G.C. *et al.* Riskfactors for episiotomy: a case-control study. *Revista Associação Médica Brasileira*. v. 60, n. 5: 465-472, 2014.

BRUGGEMANN, O.M. *et al.* Filosofia assistencial de uma maternidade-escola: fatores associados à satisfação das mulheres usuárias. *Texto contexto Enfermagem*. v. 20, n. 4: 658-668, 2011.

- BRUGGEMANN, O.M et al. A inserção do acompanhante de parto nos serviços públicos de saúde de Santa Catarina, Brasil. *Revista da Escola Anna Nery*. v. 17, n. 3: p. 432-438, 2013.
- BURNS, et al. Aromatherapy in childbirth: a pilot randomised controlled trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. v. 114, n. 7: 838-844, 2007.
- BUSANELLO, J et al. Atenção humanizada ao parto de adolescentes: análise das práticas desenvolvidas em um centro obstétrico. *Rev. Bras. Enferm.* v. 64, n. 5: 824-832, 2011.
- CARVALHO, C.C.M. et al. Prevalência e fatores associados à prática da episiotomia em maternidade escola do Recife, Pernambuco, Brasil. *Revista Associação Médica Brasileira*. v. 56, n. 3: 333-339, 2010.
- COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. *Resolução COFEN 223/99*. Dispõe sobre a atuação de enfermeiros na assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal. Rio de Janeiro, 1999.
- DORNFELD, Dinara. *A equipe de saúde e a segurança do binômio mãe-bebê no parto e nascimento*. 2011. 67p. Dissertação (Mestrado) - Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.
- ENDERLE, C.F. et al. Avaliação da atenção ao parto por adolescentes em um hospital universitário. *Revista Brasileira Saude Materno Infantil*. v. 12, n. 4: 383-394, 2012.
- GAYESKI, M.E. et al. Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: uma revisão sistemática. *Texto contexto Enfermagem*. v. 19, n. 4: 774-782, 2010.
- GIGLIO, M.R.P. et al. Avaliação da qualidade da assistência ao parto normal. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. v. 33, n. 10: 297-304, 2011.
- LEAL, M.C. et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cadernos de Saúde Pública*. v. 30, n. 1: 17-32, 2014.
- LOPES, M.H.B.M. et al. O uso do Enteroclistma no preparo para o parto: análise de suas vantagens e desvantagens. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. v. 9, n. 6: 49-55, 2001.
- MATOS, T.A. et al. Contato precoce pele a pele entre mãe e filho: significado para mães e contribuições para a enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*. v. 63, n. 6, 2010.
- MAZONI, S.R. *Elaboração e validação do diagnóstico de enfermagem dor de parto*. 2012. 243p. Tese (Doutorado em Enfermagem), Universidade de São Paulo, 2012.
- MAZZO A. et al. Cateterismo urinário: facilidades e dificuldades relacionadas à sua padronização. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2011 Abr-Jun; 20(2): 333-9.
- NAMAZI, et al. *Aromatherapy with Citrus Aurantium Oil and Anxiety during the First Stage of Labor*. Iranian Red Crescent Medical Journal. v. 16, n. 6: 1-6, 2014.
- NILSEN, E. et al. Dor e comportamento de mulheres durante o trabalho de parto e parto em diferentes posições. *Revista da Escola de Enfermagem USP*. v. 45, n. 3: 557-565, 2011.
- OLIVEIRA, F.C.C. et al. Tempo de clampeamento e fatores associados à reserva de ferro de neonatos a termo. *Revista de Saúde Pública*. v. 48, n. 1: 10-18, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 1996.

RATTNER, D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*. v.13, n. 1: 595-602, 2009.

SANTOS, L.M. *et al.* Vivenciando o contato pele a pele com o recém-nascido no pós-parto como um ato mecânico. *Revista Brasileira de Enfermagem*. v. 67, n. 2: 202-207, 2014.

SEKHAVAT *et al.* *Effect of hyoscine butylbromide first stage of labour in multiparus women*. *African Health Sciences*. v.12, n. 4: 408–411, 2012.

SILVA, F.M.B. *et al.* Assistência em um centro de parto segundo as recomendações da Organização Mundial da Saúde. *Revista da Escola de Enfermagem USP*. v. 47, n. 5: 1031-1038, 2013.

SCHMIDT *et al.* 19 - Anestesia e analgesia de parto. *Arq. Bras. Cardiol.* [Online]. 2009, vol.93, n.6, suppl.1, pp. 169-171. ISSN 0066-782X.

SILVA, L.M. *et al.* Uso da bola suíça no trabalho de parto. *Acta Paulista de Enfermagem*. v. 24, n. 5: 656-662, 2011.

WEI, C.Y. *et al.* Movimentação e dieta durante o trabalho de parto: a percepção de um grupo de puerpéras. *Texto Contexto Enfermagem*. v. 20, n. 4: 717-725, 2011.

SAÚDE MENTAL E VULNERABILIDADE SOCIAL: O CUIDADO NA ATENÇÃO BÁSICA

Juliana de Bittencourt Escobar
Luciana Rodriguez Barone

Quando Vontade aparecia na Unidade, os trabalhadores se avisavam e ficavam em alerta para não perder a oportunidade de abordá-la. Com apenas 15 anos, Vontade tinha uma história de vida dura, contrastante com a leveza e a fragilidade de seu corpo. Suas demandas eram muito complexas, diversas. Entremeava-se o tratamento da tuberculose às dificuldades no cuidado do HIV/AIDS. Faltava uma rede de apoio familiar efetivo em meio à violência doméstica, fuga do abrigo, depressão, ansiedade, abuso de drogas, exposição à violência perpetuada pelo tráfico de drogas, desemprego e distanciamento involuntário da escola. Obviamente, a demanda por cuidados em saúde mental não se limitava ao sujeito psíquico com seu CID equivalente, atravessando diversos âmbitos da vida. Os trabalhadores, atentos às suas necessidades, buscavam apoiá-la, inventando estratégias de escape aos aprisionamentos de sua história. Não impunham prescrições, construíam junto. Para além da alimentação e do uso dos diversos medicamentos, buscavam constantemente algo que a singularizasse. Tentavam compreender sua relação com o vizinho 60 anos mais velho. O que ela buscava? Flexibilizavam as regras de acesso à Unidade de Saúde. Ela não precisava de durezas adicionais! A equipe questionava-se. Percebiam-se falhas com tal família ao mesmo tempo em que se experimentavam formas alternativas de cuidar. Certa vez, uma médica brigava com o restante da equipe por não organizar a vida da Vontade. Mas Vontade desconhecia tais ordenamentos. Fugia. A equipe sentia que regerar produzia frustrações, fugas, e buscava um possível acompanhamento, produzindo reflexões, tentativas de apoio. Os trabalhadores sentiam dificuldade em nomear esse trabalho experienciado, por vezes, sentiam-se inseguros. A força insistente de vida não cabia em uma disciplina ou palavra. Tal prática seria de liberdade ou de desresponsabilização dos trabalhadores com o usuário? (Diário de campo, julho de 2013).

Iniciando o percurso

A partir da Reforma Psiquiátrica, o cuidado em saúde mental propõe-se a estar mais perto possível do território existencial³ dos usuários e, com isso, os trabalhadores da saúde encontram-se com diferentes contextos sociais. A complexidade dos casos de saúde mental, bastante conhecida e sentida na Atenção Básica, reivindica olhar e atuação diferenciada nos contextos de vulnerabilidade social. A importância das desigualdades sociais nas questões de saúde já foi analisada por Barata (2009), Buchalla & Paiva (2002), entre outros. A partir das práticas, questionamos o modo de atuar na saúde nesses contextos, pois o olhar, a escuta e a atuação do trabalhador da saúde necessitam estar atentos e conectados às formas diferenciadas desses contextos de vida. Assim, esta

3 Território existencial é formado quando os elementos heterogêneos que compõem a subjetividade ganham alguma homogeneidade, determinada composição. Esse território localiza-se na interface entre o que se repete e é conhecido e o que pode afetar, desterritorializar, produzir outra composição, via agenciamentos. Nesse sentido, cada família habita um meio, circula em formas de se relacionar, constituindo um território que envolve marcas, sons, silêncios, atitudes, comportamentos, mitos, crenças, segredos próprios de cada família. Essas marcas ganham, por insistência, alguma homogeneização, conquistada pela repetição e comunhão desses elementos heterogêneos entre as subjetividades que integram o grupo (ROMAGNOLI, 2006).

escrita busca problematizar o cuidado em saúde mental na Atenção Básica em Saúde⁴ (AB) em situações de vulnerabilidade social.

No cotidiano de uma Unidade de Saúde (US) de Porto Alegre, deparamo-nos com dificuldades no trabalho em saúde mental, a partir das diversas fragilidades colocadas pelas situações de vulnerabilidade social vivenciadas pelas famílias de grande pobreza, dificuldade de moradia, saneamento, recursos, etc. As abordagens técnico-teóricas em saúde não se mostraram suficientes para trabalhar em tal contexto. As demandas que chegavam à US eram muito complexas e de diversas ordens, de modo que o tratamento da tuberculose, por exemplo, estava relacionado à depressão, ansiedade, abuso de drogas, exposição à violência perpetuada pelo tráfico de drogas, negligência familiar, dificuldade no tratamento de HIV/AIDS, falta de rede de apoio familiar, violência doméstica, desemprego, gestação na adolescência, entre outros, como o caso de Vontade.

Nesse universo contextual, surgem questionamentos importantes: como se lida com o sofrimento psíquico produzido em situação de vulnerabilidade? Como trabalhar quando dificuldades de diversas ordens se atravessam (rede de apoio familiar, habitação, violência social, etc.)? Como produzir saúde mental com as diversas violências que as famílias vivenciam? Que outros modos de subjetivação são possíveis de se produzir nesse contexto?

Saúde Mental na Atenção Básica em Saúde

A expressão 'saúde mental' (SM) tem muitos significados que foram mudando ao longo do tempo, sendo que a Organização Mundial da Saúde (OMS) não tem definição oficial. A compreensão de saúde mental está em disputa, pois cultura, julgamentos subjetivos e teorias concorrentes afetam sua definição. Pode ser entendida como oposta ao transtorno mental. Também, é um termo usado para descrever o nível de qualidade de vida cognitiva, emocional, social. De forma mais abrangente, falar em saúde mental é abordar uma grande área do conhecimento e de ações que se caracterizam pela interdisciplinaridade e intersetorialidade.

O fazer em saúde mental hoje é uma tarefa que compete a todos profissionais de saúde, especialmente, os que operam na atenção básica. Os centros de internação já não são a principal estratégia de cuidado, e sim, o bairro, a família, a comunidade, a Unidade de Saúde e o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) são essenciais no tratamento

⁴ Há diferenças conceituais entre atenção básica em saúde e atenção primária à saúde, conforme Gil (2006), porém, neste trabalho, serão utilizadas enquanto sinônimos, conforme o Ministério da Saúde está utilizando.

(LANCETTI & AMARANTE, 2009). Assim, propõe-se a implantação, consolidação e ampliação de uma rede diversificada de serviços de saúde mental, com base comunitária e territorial, promotora da reintegração social e da cidadania. Esse modo de atuação apoia os usuários no exercício de sua cidadania e autonomia no território e, assim, busca a transformação cultural e subjetiva da sociedade em relação ao respeito e à diferença. A AB, e especificamente a Estratégia de Saúde da Família, torna-se campo privilegiado para cuidado em saúde mental pela proximidade com os usuários, suas biografias, por sua inserção nos territórios existenciais, pelo acompanhamento longitudinal, por sua capacidade acolhedora e, portanto, pelo seu poder vinculador, pela potência das atividades coletivas (LANCETTI & AMARANTE, 2009). A AB relaciona-se, intimamente, com o cuidado em saúde mental segundo os preceitos da reforma psiquiátrica e está comprometida com a vida, com a subjetividade livre e com a maneira de viver e existir, orientada para justiça, liberdade e multiplicidade (LANCETTI & AMARANTE, 2009).

Vulnerabilidade Social

A proximidade com os territórios tem nos colocado questionamentos de como trabalhar em contextos de vulnerabilidade, sendo importante pensar e construir novas práticas de cuidado adequadas às demandas e necessidades específicas desses contextos. Embora atualmente considere-se a importância dos fatores sociais na saúde, sabe-se que tal construção é recente na história (BUSS & FILHO, 2007) e as produções sobre as tecnologias leves⁵ (MERHY, 2002) de cuidado necessitam avançar.

A vulnerabilidade social é entendida como a diminuição da capacidade do indivíduo ou grupo social decidir sobre sua situação de vida, devido a fatores que não têm domínio, seja simbólico ou material. A vulnerabilidade social envolve aspectos culturais, de classe social, etnia, renda, escolaridade (CRUZ & GUARESCHI, 2009) e gênero. A vulnerabilidade também é entendida enquanto seu aspecto institucional, ou seja, a relação entre a disponibilidade de recursos materiais ou simbólicos e acesso dos atores em questão às oportunidades sociais, econômicas e culturais que proveem do estado, do mercado e da sociedade (TOROSSIAN & RIVERO, 2009). Tal forma de lidar com o conceito de vulnerabilidade social tem o cuidado para não estereotipar essas famílias

5 Emerson Merhy (2002) conceitua as tecnologias que dizem respeito às relações por considerar que o trabalho em saúde é todo relacional, ou seja, ocorre sempre a partir do encontro entre sujeitos (trabalhador e usuário) individuais e coletivos. Tipifica as tecnologias de trabalho em saúde em três: "tecnologias duras", inscritas nas máquinas, instrumentos, normas, as quais já têm seus produtos programados à priori; as "tecnologias leve-duras", são as do conhecimento técnico, que têm uma parte já estruturada e, ao mesmo tempo, ao aplicar esse conhecimento, o trabalhador o faz do seu jeito próprio (essa é a parte leve, onde entra a interferência do profissional, que dá o seu tom singular); e as "tecnologias leves", que dizem respeito às relações e que se demonstram fundamentais na produção do cuidado.

como vulneráveis, no sentido de despotencializá-las ou categorizá-las, mas busca pensar e apostar nas populações em situação de vulnerabilidade.

Na experiência de trabalho nesta comunidade, em diversos momentos, deparamo-nos com dificuldades práticas do cuidado em saúde, pois as estratégias e instrumentos com os quais compusemos nossa caixa de ferramentas durante a formação mostravam-se insuficientes. Questionamo-nos sobre como produzir cuidados em saúde mental diante de tantas dificuldades de vida das pessoas/vulnerabilidades que pareciam colocar em foco outras necessidades anteriores. O que pode o trabalhador da saúde nesse contexto em que a falta de saneamento básico ou de alimentação se impõe? A formação em saúde necessita articular a produção social da saúde para que o profissional seja instrumentalizado a trabalhar efetivamente na saúde.

A unidade em questão, nesta pesquisa, estava situada, na época, na zona norte da capital gaúcha e atendia a comunidade da Vila Dique, em processo de reassentamento durante uma década. Essa comunidade iniciou com a vinda de pessoas do interior do estado, cerca de 40 anos atrás, à procura de melhores condições de trabalho, e começaram a edificar suas casas sobre o dique da pista do aeroporto, construído para evitar alagamentos. A remoção estava sendo alertada há um longo período, porém, com a chegada de grandes eventos à cidade e a necessidade de ampliação do aeroporto, vinha sendo realizada mais recentemente naquele período.

Nessa fase de transição, a comunidade vivia em dois territórios com vulnerabilidades sociais diferentes entre eles. No território antigo, na região noroeste da cidade, a população vivia sem acesso à saneamento básico, a energia elétrica era irregular e com riscos de incêndio, havia habitações muito precárias, por vezes, sem banheiro, sob risco de alagamento dos valos, faltava coleta de lixo e havia diversos animais (cavalos, cachorros, gatos, cabras, porcos), sendo alguns rurais. Uma importante atividade econômica da comunidade era a reciclagem, que produzia acúmulo de materiais em espaços inadequados e trazia risco à saúde. Os espaços verdes da comunidade marcavam seu percurso rural.

Já, no território de reassentamento, na região norte da cidade, havia esgoto, água tratada, luz elétrica, pavimentação de ruas, tendo condições de vida mais urbanizadas. No entanto, intensificou-se o tráfico de drogas e a disputa de espaço com comunidades próximas; as habitações eram bastante limitadas em sua estrutura (casas pequenas, muito próximas, com escadas, pátio pequeno), faltavam aparelhos sociais que dessem conta das necessidades da comunidade (escolas, creches e equipamentos da assistência social).

Nesse contexto, a equipe multiprofissional⁶ deparava-se com diversas situações de saúde atravessadas pelas vulnerabilidades sociais da comunidade, além das questões já trazidas dos dois territórios, como desemprego, baixa escolaridade, fome, negligência, violência física, sexual, psicológica e institucional, falta de rede social, etc.

Escolhendo caminhos

A metodologia utilizada nesta pesquisa foi a cartografia, uma prática geográfica de acompanhamento de processos em curso que se ocupa de um campo de forças (AMADOR & FONSECA, 2009). Desenvolvida por Gilles Deleuze e Felix Guattari em *Mil Platôs* (1995), a cartografia questiona o próprio processo de pesquisar, o pesquisador e seus resultados. Busca produzir conhecimento acerca do tema a partir e junto ao campo e relaciona-se com a necessidade de estar próximo dos territórios, das populações e das singularidades para compor junto e complexificar a visão do problema.

O cartógrafo não busca explicar ou revelar sentidos. Ele os cria e expressa afetos no encontro com o campo. Este deve incluir-se no processo investigativo, pois a subjetividade de quem pesquisa já é categoria analítica, segundo a Análise Institucional. Opõe-se à neutralidade positivista, afirmando o intelectual implicado, que analisa o lugar que ocupa nas relações sociais em geral e não apenas na intervenção que está realizando.

Para acompanhar esse processo e operacionalizar tal posicionamento do cartógrafo, foram realizadas duas rodas de conversa, com cerca de uma hora e trinta minutos, uma com trabalhadores e outra com usuários da unidade, com o objetivo de questionar e produzir conhecimento sobre cuidado em saúde mental no território e relações com a situação de vulnerabilidade social da comunidade. Para tanto, foram utilizadas imagens do território atendido pela unidade e questões disparadoras das discussões, que emergiram no processo de pesquisa, a partir das inquietações produzidas no campo. Tais interrogações perpassaram quatro eixos orientadores: demandas em saúde mental; relação das demandas com modos de vida cotidianos nessa situação de vulnerabilidade; cuidado realizado em saúde mental na unidade; estratégias e ações possíveis em saúde mental na comunidade. Assim como as vivências do campo, as rodas também foram registradas em diários de campo.

⁶ Esta equipe de saúde era formada, no período da pesquisa, por duas dentistas, uma técnica em saúde bucal, duas enfermeiras, cinco técnicas/auxiliares de enfermagem, quatro médicos, dois auxiliares administrativos (todos estes divididos por turno), oito agentes comunitários de saúde, uma psicóloga e uma assistente social. Nas unidades de saúde do Grupo Hospitalar Conceição, havia profissionais de psicologia e serviço social na equipe de referência e havia farmácia, psiquiatria e nutrição enquanto matriciadores.

Ao longo desta escrita, trazemos algumas passagens dos diários de campo, em itálico, para abrir questionamentos e analisar os processos acompanhados. O diário de campo ⁷ é um instrumento de produção analítica, no qual as implicações dos pesquisadores estabelecem um diálogo com os fatos observados, de modo a contemplar os objetivos da presente pesquisa. Foram registrados, nos diários, fatos e vivências a partir dos efeitos que se produzem na relação entre pesquisadoras e campo, seus afetos e intensidades. A aproximação com o campo teve como princípio orientador a permanente análise do impacto que as cenas vividas/observadas tiveram sobre as pesquisadoras e sobre o sistema de poder que legitima o instituído, incluindo aí o próprio lugar de saber e estatuto de poder do “perito-pesquisador” (PAULON, 2005). Para realizar a análise dos dados produzidos, fez-se uso das pistas suscitadas por Passos, Kastrup e Escóssia (2010).

Investigando o percurso

Durante este percurso de pesquisa, algumas questões emergiram enquanto analisadores e iremos desenvolvê-las abaixo.

Como chegam as demandas em saúde mental nesta unidade?

A solicitação de ajuda da comunidade para a US, por vezes, mostra-se interminável, não que devessem terminar, mas parecem buscar, no espaço de saúde, preencher faltas de diversas outras instâncias da vida. Parece que se busca dar conta de um vazio existencial e de faltas de diversos direitos sociais. (Diário de campo, junho de 2013)

Os profissionais da unidade observaram que as queixas relacionadas à saúde mental apareciam através do relato de agressividade, ansiedade, anedonia, falta de desejo sexual, tristeza, ideação suicida, alcoolismo, ciúme, insônia e sofrimento relacionado a mortes violentas na família e na comunidade. Mas tais sintomas, sinais e queixas eram, muitas vezes, identificados ou atribuídos a usuários indiretamente, a partir da dor e dos problemas físicos ou orgânicos, como uma senhora que buscou a unidade por seu coração acelerar à noite e o profissional, ao aprofundar a escuta, compreendeu que esse era o momento em que ela pensava sobre suas dificuldades e sua vida. Em outras situações, o sofrimento era identificado pela rede de atendimento (por exemplo, a agressividade de uma criança sofrendo violência doméstica identificada pela escola) ou

⁷ O uso do diário é conhecido desde a idade média no contexto de diário de bordo que contava história dos viajantes, sendo considerado em gênero da literatura. No início do século XX, surgem os diários de campo com os antropólogos sociais/culturais, onde se registravam informações e análises de pesquisa (HAMMOUTI, 2001).

pela rede de apoio – seja familiar ou comunitária. Desse modo, o sofrimento psíquico⁸ estava, muitas vezes, presente sem ser assim reconhecido ou designado. Os trabalhadores identificaram que, com frequência, a exposição cotidiana e banalizada a situações de vulnerabilidade social desta comunidade invisibilizava o sofrimento mental experienciado. Isso dificultava a busca por ajuda e a identificação precoce antes do agravamento ou dos efeitos em outros âmbitos da vida.

Comumente, tais queixas, quando aprofundadas, diziam de questões coletivas, familiares e/ou comunitárias, da fragilização do laço familiar e social. A partir do discurso dos usuários, o sofrimento não era identificado enquanto questão de saúde ou social, mas trazido como dificuldade pessoal em lidar com demandas de vida. Atribuía-se um caráter individual aos problemas, sem compartilhamento em recursos sociais e/ou públicos, nem associação com a situação de vulnerabilidade.

Hoje, três das quatro pessoas que acolhi trouxeram a mesma queixa, a qual já escutei antes nesta mesma comunidade: “preciso de ajuda, ando muito irritada, e, assim, bato nas crianças por qualquer coisa, brigo muito com o marido até quando ele não me faz nada. E não sei por que isso tá rolando, mas já faz um tempo e tô ficando mais isolada...” Parece-me ser uma reação destas mulheres a algo invisível ou invisibilizado, mas um sentimento que perpassa de forma mais coletiva. (Diário de campo, fevereiro de 2013)

Entre os sintomas de sofrimento, estranhou-nos a repetição de usuários no acolhimento com queixas relacionadas à irritação e agressividade, sem motivo identificado. Quando aprofundamos a compreensão, percebemos a fragilidade vivida naquele momento por aquelas pessoas em diversas dimensões da vida, como a remoção da comunidade, situação de trabalho precarizada, rede de apoio frágil, violência na família. Tais queixas parecem relacionar-se, também, a uma produção social da violência, do estigma, da marginalidade, do afastamento dos recursos sociais, do subemprego. Os relatos indicavam uma reação à agressividade sentida pela violência social: pelo estigma que carregavam em morar na Vila Dique; por terem de caminhar mais de um quilômetro no barro ou poeira para sair da comunidade; pela distância do poder público e proximidade do poder do tráfico de drogas; por se submeterem a empregos que não faziam sentido nas suas vidas e pelos baixos salários; por serem removidos e terem de se adaptar ao território mais distante do centro da cidade e mais urbano, sofrendo as consequências desse processo.

8 Não há uma intenção de dissociar sofrimento físico/orgânico de psíquico, mas evidenciar essas demandas que apareciam de forma diferente para cada campo profissional. Há, sim, uma especificidade da saúde mental, mas os resultados da pesquisa nos mostram justamente que essa dissociação corpo e mente e essa fragmentação por áreas profissionais pode, por vezes, não dar conta do cuidado.

A equipe da unidade também foi removida com a comunidade e os efeitos vivenciados foram difíceis. Mudar o espaço vivido produz uma transformação também de nossa identidade, tanto coletiva quanto individual. Transformações podem ser boas, desejáveis e importantes, ou não, mas, de qualquer forma, produzem sofrimento, principalmente, para quem não estava disposto ou não teve o acompanhamento necessário em tal processo.

Situações limite: a urgência do cuidado

Um questionamento frequente era sobre os modos de cuidar em saúde mental diante de demandas concretas e urgentes, como a precariedade de direitos básicos e a gravidade e cronificação da violência. As situações pareciam de uma urgência que não podiam esperar o tempo da reelaboração simbólica. Por vezes, a lógica da urgência também nos atravessava e nos percebíamos saindo da sala durante o atendimento para tentar articular uma rede de cuidados que se mostrava urgente e não nos permitia qualificar a escuta. Da mesma forma, os medicamentos colocavam-se como possibilidade mais imediata diante de tais dificuldades e complexidade. Esse modo também mostrou-se presente na comunidade, buscando dar conta de urgências diárias concretas, dificultando acessar a repercussão subjetiva e a identificação do sofrimento psíquico. A urgência do cuidado tem a herança do modelo de cuidado hospitalar, e atentar para os tempos se mostrou importante a partir das rodas de conversa.

Os trabalhadores da unidade trouxeram a importância de aprender a lidar com o tempo do usuário e o entendimento de que a saúde mental é trabalhada em um processo, nem sempre sendo possível ou interessante a resposta imediata. A urgência na resposta do serviço para demandas em saúde mental não acompanhava o tempo que o trabalhador desejava/gostaria. Assim, o cuidado, nesse contexto, coloca em questão o tempo, que deve dar conta de demandas graves e, ao mesmo tempo, permitir uma escuta qualificada da repercussão subjetiva proporcionada pelas vivências. Essa concomitância de tempo restrito e alargado é um desafio para o trabalhador da AB.

Os tempos esperados em relação à saúde dos usuários eram afetados pelas condições vividas. O acompanhamento era afetado, por exemplo, pela precariedade do trabalho informal que não permitia retornar ao posto no dia marcado, pela dificuldade de alimentação para tomada do medicamento da tuberculose, pela escassa rede de apoio para usuários em depressão. O profissional tinha suas expectativas em relação ao percurso de cuidado dos usuários, pois uma relação de cuidado pressupõe aposta. Porém, é tênue o limiar entre a importante aposta do trabalhador e a imposição de um

modo prescrito de cuidado. No encontro com o usuário, forçava-se um desvio em relação às expectativas do trabalhador: se desejarmos que o usuário alcance os seus próprios objetivos de saúde e de cuidado, se escutarmos seu desejo, podemos redirecionar nossas expectativas sobre cuidado do outro. É nesse agenciamento que se produz clínica, é no encontro dos tempos, das expectativas, dos modos de vida.

E como se dá o cuidado em saúde mental?

Tanto os trabalhadores quanto os usuários identificavam que o cuidado acontecia em diferentes espaços e com diversas estratégias. Os trabalhadores percebiam que os usuários buscavam, em geral, espaço de escuta e consolo ao sofrimento vivenciado, através da religião, da família, dos vizinhos, da unidade de saúde e dos medicamentos. Já os usuários identificavam quase os mesmos espaços de cuidado em relação ao sofrimento psíquico, exceto o medicamento, trazendo a US como um dos principais apoios. Seria o medicamento uma estratégia de cuidado percebida mais pelos profissionais em função das angústias em escutar o desamparo e as vulnerabilidades dos usuários, sendo menos sofrido e mais rápido receitar algum químico na ordem da urgência do que manter a escuta? Tal escuta mostrava-se difícil também por nos colocar em contato com nossas próprias fragilidades enquanto trabalhadores e enquanto sujeitos suscetíveis.

Sobre as relações familiares e comunitárias, os usuários as trouxeram de forma paradoxal, enquanto os profissionais as perceberam basicamente como positivas. Os usuários identificaram a família como alicerce, espaço protetor, onde se encontra o contato, carinho e continência, mas, também, como produtora de fragilidades, conflitos e agressividade. Consideraram as relações comunitárias tensas, sentindo-se vigiados pelos vizinhos - que usavam as informações de forma desrespeitosa, mas, também, buscavam apoio nestes quando a família não dava conta. A generalização de tais relações como preponderantemente positivas pode desbotar a complexidade, dificultando exercitar esse recurso de cuidado que são as relações comunitárias e familiares. Dessa forma, faz-se importante trabalhar a cooperação e solidariedade com as famílias e a comunidade, potencializando tais relações e ampliando pontos de apoio e proteção mútua.

Os usuários relataram, ainda, que plantar seria uma forma de produzir saúde mental, retomando a origem da comunidade, advinda de área rural. Trouxeram a importância da unidade ofertar oficinas, como de fuxico e plantas, destacando o formato coletivo de intervenções. Na atenção básica, está colocada a importância dos grupos,

intervenção, por vezes, desconectada da história e vida da comunidade. Isso aponta a necessidade de amadurecermos os modos de produzir coletivos⁹.

Vulnerabilidade Social

O entendimento da equipe em relação à vulnerabilidade social perpassava o discurso, não sendo trazida de forma direta ou conceitual. Diversas questões relacionadas apareceram, ao longo da pesquisa, como o individualismo, a violência, as condições de trabalho e a escolaridade, compreendendo a vulnerabilidade social como fragilidade da potência de vida e não somente como pobreza. O acesso à educação, ao emprego e à saúde mostrou-se como indicadores importantes de menor fragilidade social.

Nas rodas de conversa, os usuários identificaram as relações comunitárias, principalmente, enquanto tensas e pouco protetoras. Vivemos na intensidade da cultura individualista que gera ações competitivas, distanciando a experiência do coletivo enquanto colaborativo e solidário. Ser pobre, em uma sociedade que desvaloriza o sujeito não rico, pode ser muito danoso à saúde, pois as expectativas são muito altas, deprecia-se qualquer fracasso e a capacidade de trabalhar a frustração é diminuída. A desigualdade social é um grande produtor de sofrimento, tendo pesquisas, como de Del Rio (2013), que verificam um maior percentual de doenças mentais em brasileiros com baixa renda. Aqui, não estamos trabalhando o conceito de vulnerabilidade simplesmente como pobreza, mas este é, sim, um dos aspectos que a compõe.

Outra importante questão em relação à vulnerabilidade, é a violência que, nesta comunidade, intensificou-se, segundo os usuários, a partir da remoção, pois o novo território estava mais inserido no espaço urbano, com problemas próprios da urbe já constituída anteriormente. O sofrimento gerado pelas mortes violentas também era identificado pela equipe como importante. Ademais, trazia junto o julgamento e vergonha social pelo envolvimento com algo ilícito, como o tráfico de drogas e, também, medo e insegurança pelas alternâncias de domínio local. E como podemos abordar a violência sem colocar em risco os trabalhadores? Foi formado um grupo de trabalho na equipe para buscar alternativas. Vimos, a partir das experiências em outras comunidades, que as atividades culturais são uma importante estratégia de enfrentamento. Ações como oficinas de capoeira, *hip hop*, grafite, música, artesanato, campeonatos de futebol, visitas a espaços fora da comunidade (parques, jardim botânico, exposição de arte, feira do livro,

9 De acordo com Escóssia e Tedesco (2010), a formulação do conceito de coletivo faz-se fora da malha que dicotomiza indivíduo e social. Coletivo não se refere, portanto, a uma unidade pronta; ao contrário, diz de um exercício de composição, um trabalho de construção de constituição de um mundo comum que não está dado de uma vez por todas.

apresentações de música, etc.) ampliam modos de vida nos quais as pessoas se reconhecem, conectando com seus desejos.

Autonomia x tutela

Conflitos éticos: houve muito burburinho em reunião de equipe quando foi anunciado que uma usuária almoçará no posto (trabalhadores recebem alimentação na unidade), pois está com muita dificuldade no tratamento da tuberculose devido à desorganização familiar com a alimentação. No Consultório na Rua, um usuário perguntou se o serviço poderia fazer a identidade dele, pois ele não consegue. Cuidar pessoas, neste contexto, produz a tensão entre tutelar o cuidado e promover autonomia. Quando é o momento em que o usuário não dá conta de realizar seu cuidado e precisa de ajuda, e quando isto ultrapassa o limite e vira uma tutela do cuidado? Quando o cuidado deixa de ser promotor de autonomia? (Diário de campo, junho de 2013).

Cabe ao sistema de saúde contribuir para ampliação do grau de autonomia das pessoas. Esta é aqui entendida não como oposta à dependência ou igual à liberdade absoluta, mas, sim, enquanto capacidade do sujeito de lidar com sua rede de dependências (KINOSHITA, 1996). Implica em perdas e aquisições sempre gradativas, sendo um processo dinâmico.

A saúde trabalha com a co-constituição de maior capacidade dos sujeitos de compreenderem e agirem sobre si mesmos e sobre o contexto, dependendo de diversos fatores. Nessa produção de autonomia do cuidado, a linha entre o desejo do trabalhador e do usuário em relação si próprio é tênue. Por vezes, os usuários não estão em condições de se co-responsabilizar pelo cuidado, por diversos fatores de vida, e o profissional sente necessidade de tomar a frente. Entretanto, é perigoso quando, em vez de emprestar nosso desejo ao usuário, o impomos. E, em vários momentos, questionávamos nosso lugar, se estávamos fazendo com o outro ou pelo outro. Temos que manter tais indagações sobre nosso papel, sem simplesmente aceitá-lo ou negá-lo, e sim trabalhar tal questão com o usuário, quando possível.

Campos (2006) fala em co-produção de autonomia, co-constituição de capacidades e co-produção do processo saúde-doença. Para além do fato do sujeito ser co-responsável, existe a dependência de condições externas ao sujeito, como existência de leis democráticas, funcionamento da economia, existência de políticas públicas, tipo de cultura em que está imerso. Assim, o conceito de autonomia relaciona-se com a vulnerabilidade intimamente.

Considerações Finais

A experiência de trabalho e pesquisa junto a esta comunidade e equipe colocou em questão o lugar que assumimos como profissionais, a posição em relação ao cuidado do outro e ao apoio da equipe. Colocou-nos em contato com nossos desamparos, vulnerabilidades e desigualdades, sendo necessário sempre questionar tais posições, sentimentos e pensamentos, para que o cuidado do outro efetive-se com o outro.

A busca pelo que conecta trabalhador e usuário, para que deste encontro o cuidado aconteça, interroga-nos sobre interesses e objetivos do usuário. A relação com a terra e a história rural da comunidade mostra-se potente para o exercício da promoção de saúde, assim como outras atividades culturais através de oficinas. Outra possibilidade de cuidado, neste contexto de vulnerabilidade, é a fomentação da mobilização social, enquanto produção de coletivo, de solidariedade e de rede de cuidado. Da mesma forma, é importante a equipe de saúde aprender a lidar com o tempo do usuário e ter o entendimento de que a saúde mental é um processo, em que a resposta imediata, muitas vezes, não é possível, nem interessante.

O conceito de vulnerabilidade é um convite para renovar práticas de saúde como práticas sociais e históricas, através do trabalho com diferentes setores da sociedade e da transdisciplinaridade. Isso permite repensar práticas, de maneira crítica e dinâmica, para contribuir com a busca de mudanças políticas, culturais, cognitivas e tecnológicas. Assim, é importante superar estudos que restringem análises às perspectivas da multifatorialidade e ocultam a complexidade do processo de saúde-doença.

Referências Bibliográficas

AMADOR, Fernanda; FONSECA, Tânia M.G. Da intuição como método filosófico à cartografia como método de pesquisa: considerações sobre o exercício cognitivo do cartógrafo. *Arquivos Bras. de Psicologia*, 61 (1), 2009.

BARATA, R. B. *Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009

BUCHALLA, Cassia M.; PAIVA, Vera. Da compreensão da vulnerabilidade social ao enfoque multidisciplinar. In: *Rev Saúde Pública* 36 (4), p. 117-9, 2002.

BUSS, Paulo M.; FILHO, Alberto P. *A Saúde e seus Determinantes Sociais*, In: *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(1), p-77-93, 2007.

CAMPOS, Rosana T.; CAMPOS, Gastão. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS, Gastão Wagner Souza et al. *Tratado de Saúde Coletiva*. Editora Hucitec, São Paulo, 2006.

CRUZ, Lilian R.; GUARESCHI, Neuza. (orgs). *Políticas Públicas e Assistência Social: Dialogo com as práticas psicológicas*. Petrópolis, RJ. Vozes. 2009.

DEL RIO, Fernando P. Márgenes de la psiquiatría. Desigualdad economica y enfermedad mental. Carta Capital, 2013. In: *Norte de salud mental*, vol. XI, nº 45: 66-74, 2013.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia*. v I., São Paulo: Editora 34, 1995.

ESCÓSSIA, Liliana; TEDESCO, Silvia. O coletivo de forças como plano da experiência cartográfica. In: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia ; ESCÓSSIA, Liliana. *Pistas do método cartográfico*. Editora Sulina, Porto Alegre, 2010.

GIL, C.R.R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. *Cad. Saúde Pú.*,22(6),1171-81, 2006.

HAMMOUTI, Nour-Din. Diários etnográficos profanos na formação e pesquisa educacional. *Revista Européia de Etnografia da Educação*, vol. 1 (1), 2001.

KINOSHITA, Roberto Tykanori “Contratualidade e reabilitação psicossocial”. In: PITTA, Ana Maria Fernandes (Org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 55-59.

LANCETTI, Antonio; AMARANTE, Paulo. “Saúde Mental e Saúde Coletiva”. In: CAMPOS, Gastão. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec, 2009.

MERHY, Emerson E. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. In: *BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de gestão da Educação na Saúde. VER-SUS Brasil: cadernos de textos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

PASSOS, Eduardo; EIRADO, André. Cartografia como dissolução do ponto de vista do observador. In: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Liliana. *Pistas do método cartográfico*. Editora Sulina, Porto Alegre, 2010.

PASSOS, Eduardo & BARROS, Regina Benevides de. Por uma política da narratividade. In: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Liliana. *Pistas do método cartográfico*. Editora Sulina, Porto Alegre, 2010.

PAULON, Simone. A análise de implicação como ferramenta na pesquisa intervenção. *Psicologia e Sociedade*, 17 (3), p. 18-25, 2005.

ROMAGNOLI, Roberta C. Famílias na rede de saúde mental: um breve estudo esquizoanalítico. *Psic. em Estudo, Maringá*, n.2(11), p.305-314, 2006.

TOROSSIAN. Sandra D.; RIVERO. Nelson E. *Políticas Públicas e Modos de Viver: A produção de sentido sobre a vulnerabilidade*. In: CRUZ. Lilian Rodrigues da.; GUARESCHI, Neuza. (orgs). *Políticas Públicas e Assistência Social: Dialogo com as práticas psicológicas*. Petrópolis, RJ. Vozes. 2009.

ASSOCIAÇÃO ENTRE INDICADORES DE MOBILIDADE E TEMPO DE INTERNAÇÃO NA UTI DE PACIENTES EM PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA ABDOMINAL DE GRANDE PORTE

Juliana Rosa Nascimento
Victor Luiz Florio Loureiro

Introdução

A abertura cirúrgica da cavidade abdominal é denominada laparotomia (laparotomia = corte + tome = corte + ia). Tem as finalidades de permitir contato a órgãos abdominais, servir de acesso para drenagem de coleções líquidas e, também, pode ser um método diagnóstico, como na laparotomia exploradora (TAZIMA; VICENTE; MORIYA, 2011).

Cirurgias de abdome superior são grandes responsáveis pelas complicações pulmonares. O procedimento operatório causa alterações na mecânica e no padrão respiratório, nas trocas gasosas, nos mecanismos de defesa pulmonar e na complacência torácica e pulmonar, agravando o aparecimento de complicações pulmonares pós-operatórias (PAISANI et al., 2005).

Mobilizar pacientes internados na UTI após realização de cirurgias já é bem documentado (SKINNER et al., 2008) e apresenta múltiplos benefícios, incluindo otimização da oxigenação pulmonar e relação ventilação/perfusão, melhora do estado funcional, preservação da força muscular, redução do tempo de internação hospitalar e prevenção de incapacidades em longo prazo (ZOMORODI; TOPLEY; McANAW, 2012; BOURDIN et al.; 2010; STUCKI et al., 2005).

Desde os anos de 1940, a mobilização precoce (MP) tem sido relatada, quando se observou que acelerava a recuperação e reduzia a incidência de complicações pulmonares (BRIEGER, 1983). É considerada, atualmente, componente importante dos cuidados no pós-operatório de cirurgias abdominais abertas (BROWNING; DENEHY; SCHOLLES, 2007), pois, segundo Mackay, Elis e Johnston (2005), a MP melhora a função cardiopulmonar e física desses pacientes. Uma revisão sistemática recente sobre mobilização precoce em unidades de terapia intensiva analisou quinze ensaios clínicos randomizados e concluiu que a MP é viável, segura e tem um efeito positivo sobre a capacidade funcional de pacientes que estão em estado crítico (ADLER J.; MALONE D., 2012).

De acordo com Needham et al. (2009), a mobilização precoce auxilia na recuperação funcional, sendo realizada através de atividades terapêuticas progressivas, como exercícios motores no leito, sedestação a beira do leito, transferência para a

poltrona, ortostatismo e deambulação. Independentemente das técnicas utilizadas para mobilização, o ponto essencial é evitar o repouso.

A mobilização precoce parece ser importante para prevenir complicações respiratórias, melhorar a capacidade funcional e reduzir o tempo de internação em pacientes após cirurgia cardíaca (SANTOS PMR et al., 2016).

Porém, no que diz respeito à MP durante o período pós-operatório de cirurgia abdominal de grande porte, as evidências são inconsistentes e contraditórias (CASTELINO T et al., 2016). Dessa forma, o objetivo deste estudo foi associar indicadores de mobilidade com o tempo de internação na UTI, tempo em ventilação mecânica e desenvolvimento de complicações respiratórias, em pacientes submetidos à cirurgia abdominal de grande porte, internados em uma UTI cirúrgica.

Materiais e Métodos

Foi realizado um estudo prospectivo observacional na UTI Cirúrgica do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), localizado em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. O estudo foi previamente aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do HNSC, sob o CAEE: 51327615.2.0000.5530.

A avaliação da elegibilidade para participação no estudo obedeceu a critérios assim definidos: (1) Inclusão: todos os pacientes maiores de 18 anos, de ambos os sexos, submetidos a cirurgias abdominais (gastrectomia, esofagectomia, laparotomia exploradora, colectomia, ileocolectomia, retossigmoidectomia, derivação bileodigestiva, duodenopancreatectomia, pancreatectomia, hepatectomia, esplenectomia, colecistectomia, apendicectomia), admitidos na UTI cirúrgica do HNSC, no período de março a agosto de 2016; (2) Exclusão: pacientes previamente submetidos a cirurgia laparoscópica (na mesma internação), pacientes submetidos a cirurgias urológicas, cirurgias de hérnia umbilical e inguinal e pacientes com diagnóstico de infecção respiratória desde o período pré-operatório.

As características basais e do processo intra e peri-operatório dos pacientes (diagnóstico e comorbidades, tipo de cirurgia e tipo de incisão), além das características e complicações pós-operatórias (tempo de ventilação mecânica, ocorrência de deiscência da ferida operatória, presença de peritonistomia, reintervenções cirúrgicas, presença de sepse e/ou pneumonia), foram registradas baseadas no prontuário eletrônico do paciente. Além disso, desfechos como alta da UTI e óbito durante a internação também foram registrados. Todos os pacientes foram acompanhados desde a internação na UTI cirúrgica até a alta hospitalar.

Instrumentos utilizados

Avaliação dos indicadores de mobilidade: foi utilizado o método proposto por Mackay, Ellis e Johnston (2005), com modificações adaptadas para a rotina da UTI onde foi realizado o estudo, registrando-se o dia de pós-operatório no qual os pacientes foram capazes de realizar pela primeira vez: (1) sedestação a beira do leito; (2) sedestação na poltrona; (3) ortostase; (4) deambulação por 15 metros. A mobilização dos pacientes foi feita pelos fisioterapeutas da UTI cirúrgica, sem vínculo com o estudo e sem interferir nas rotinas da unidade.

Desenvolvimento de complicações respiratórias: quanto aos critérios utilizados para considerar o diagnóstico de complicação respiratória no período pós-operatório, este foi confirmado quando quatro ou mais dos seguintes sinais e sintomas estiveram presentes:

- Radiografia de tórax com presença de colapso/consolidação, com confirmação diagnóstica de um radiologista.
- Febre > 38 °C em dois ou mais dias consecutivos.
- SpO₂ < 90% com O₂ suplementar conforme condições ventilatórias no pré-operatório em dois dias consecutivos.
- Produção de secreção pulmonar purulenta.
- Prescrição médica de antibiótico específico para infecção respiratória.
- Diagnóstico médico de infecção respiratória.
- Verificação da presença de infecção após a coleta de aspirado traqueal.
- Sons respiratórios anormais na ausculta pulmonar, que diferem da avaliação pré-operatória.

Modificado de: Browning, Denehy e Scholes (2007).

Processamento e análise dos dados

Foi utilizado o programa BioEstat 5.0 para o processamento de dados. Para análise das variáveis contínuas normais, foi utilizada média e desvio padrão e, para as variáveis contínuas anormais, mediana e intervalo interquartil. As variáveis categóricas foram expressas em percentagens (%). A normalidade da amostra foi avaliada através dos testes de Shapiro-wilke Kolmogorov-Sminrov. Para comparação das variáveis contínuas

normais entre o grupo que teve complicações respiratórias com o grupo que não apresentou esse desfecho, foi utilizado teste t de Student, para as variáveis anormais, foi utilizado o teste de Mann-Whitney. Para correlação entre o dia de pós-operatório que o paciente foi mobilizado com os desfechos tempo em ventilação mecânica e tempo de internação na UTI, foi utilizado o teste de correlação de Spearman (r) com a classificação da intensidade em: (0-0,25 muito fraca), (0,25-0,5 fraca), (0,5 a 0,75 moderada), (0,75-0,9 forte) (0,9-1 muito forte) e, através da Regressão Linear, foi calculado o coeficiente de determinação (r^2) para demonstrar o quanto o modelo utilizado representa os dados da amostra, sendo apresentado em percentual (%). Foram excluídos da amostra estatística os sujeitos que não foram mobilizados e, também, aqueles que obtiveram o desfecho morte durante a internação na UTI.

Resultados

Durante o período de observação, 70 pacientes submetidos à laparotomia que internaram na UTI cirúrgica do HNSC foram incluídos no estudo, sendo 60,2% do sexo masculino, com média de idade de 60 ± 14 anos. A mediana do tempo em ventilação mecânica, para os pacientes que sobreviveram e que chegaram intubados na UTI, foi de 36 horas. A mediana do tempo de internação na UTI foi de 7 (1-24) dias. O óbito foi constatado em seis pacientes durante o período da internação na UTI, representando 8,5% da amostra. Tiveram alta da UTI cirúrgica 91,1% dos pacientes. A Tabela 1 representa as características das laparotomias.

Tabela 1. Características das laparotomias.

Tipo	n (%)
Cirurgia oncológica	37 (52,8%)
Não oncológica	33(47,2%)
Local da cirurgia	n (%)
Intestino grosso	28 (40%)
Intestino delgado	4 (5,7%)
Estômago	5 (7,1%)
Fígado	4 (5,7%)
Esôfago	4 (5,7%)
Pâncreas	1 (1,4)
Vias biliares	7 (10%)
Outros	17 (24,2%)
Tipo de incisão	n (%)
Mediana infra+supra-umbilical	29 (41,4%)
Mediana infra-umbilical	4 (5,7%)
Mediana supra-umbilical	8 (11,4%)
Transversa infra-umbilical	15 (21,4%)
Transversa supra-umbilical	14 (20%)
Deiscência da ferida operatória	5 (7,1%)

Fonte: Elaborada pelos autores (2016).

A Tabela 2 demonstra a comparação dos pacientes que desenvolveram, ou não, complicações respiratórias durante a internação na UTI cirúrgica. Dos 70 pacientes do estudo, 19 desenvolveram complicações respiratórias. Com relação às variáveis de tempo para sentar à beira do leito, sentar na poltrona e ficar em ortostase não houve diferença significativa entre os grupos. Os dados de deambulação não foram apresentados, pois apenas um sujeito de toda a amostra deambulou por 15 metros durante o período de internação na UTI. Além disso, não houve diferença significativa em relação ao tempo em ventilação mecânica entre os dois grupos.

Tabela 2. Comparação entre os pacientes com e sem complicações respiratórias.

	Sem complicações respiratórias	Com complicações respiratórias	Valor de p
Mobilidade (dia de P.O)			
SBL	3(1-4.75)	4.5 (2.75- 7)	0.1191
SP	4(3-6)	4.5 (3-7)	0.5660
Ortostase	4(2.25-6.75)	3(2.5-9.5)	0.6470
Tempo em VM	1(0.45-3)	2(0.5-5)	0.0649

Dados apresentados em mediana e intervalos interquartis;

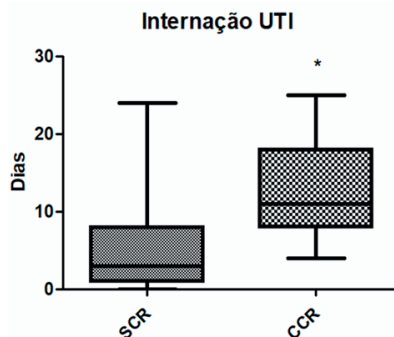
SBL=Sedestação à beira do leito;

SP= Sedestação na poltrona; P<0.05=*

Fonte: Elaborado pelos autores (2016).

Os pacientes que não desenvolveram complicações respiratórias apresentaram um menor tempo de internação na UTI quando comparados aos que apresentaram esse desfecho (Figura 1).

Figura 1.



Os dados são apresentados em mediana e intervalos interquartis;

SCR= Sem complicações respiratórias; CR= Com complicações respiratórias;

P<0,05=*

A Tabela 3 representa os resultados de associação entre as variáveis tempo de ventilação mecânica e tempo de internação na UTI com os indicadores de mobilidade (sedestação a beira do leito, sedestação na poltrona e ortostase). Os resultados demonstraram correlação moderada entre tempo de ventilação mecânica com sedestação à beira do leito e sedestação na poltrona apenas nos pacientes que tiveram complicações respiratórias. Já na variável tempo de internação na UTI, houve forte correlação com indicadores de mobilidade nos sujeitos sem complicações respiratórias, com todos os coeficientes de determinação R^2 acima de 50%, demonstrando o quanto os indicadores de mobilidade influenciam de forma positiva no desfecho alta na UTI nessa população.

Tabela 3. Associação entre indicadores de mobilidade e complicações respiratórias.

		Tempo VM R - R^2 (%)	Tempo UTI R - R^2 (%)
Sem Complicações respiratórias	SBL	0.069	0.922* - 74,9 %
	SP.	0.243	0.822* - 64,4%
	Ortostase	0.223	0.833* - 65,3%
Com complicações respiratórias	SBL	0.614* - 47,5%	0.113
	SP	0.682* - 61,5%	0.135
	Ortostase	0.469	0.469

SBL= Sedestação à beira do leito; SP= Sedestação na poltrona; R = coeficiente de correlação de Spearman;
 R^2 = coeficiente de determinação; $P < 0.05$ = *
 Fonte: Elaborado pelos autores (2016).

Discussão

De acordo com a literatura, as complicações respiratórias pós-operatórias ocorrem em cerca de 2 a 40% dos pacientes e estão associadas ao aumento da morbidade, mortalidade e tempo de internação hospitalar (Shander A et al., 2011). O Programa Nacional de Melhoria da Qualidade Cirúrgica, que comparou os custos de hospitalização e tempo de permanência hospitalar entre os pacientes com várias complicações durante o período PO, concluiu que as complicações respiratórias eram indubitavelmente as mais dispendiosas (Dimick JB et al., 2004).

No estudo de NERTILA et al. (2016), a incidência de pacientes que desenvolveram complicações respiratórias foi de 27,3% (123 pacientes) e o tempo de internação na UTI foi de $4,93 \pm 4,65$ dias. O tempo de internação foi substancialmente prolongado para os pacientes que desenvolveram complicações respiratórias ($7,48 \pm 2,89$ dias *versus* $3,97 \pm 4,83$ dias, $p < 0,0001$). Tais achados corroboram com o presente estudo, no qual 27% dos pacientes desenvolveram complicações respiratórias durante a internação na UTI, e o tempo

de internação para o grupo que desenvolveu complicações foi de 11(8-18) dias, enquanto no grupo sem esse desfecho, foi de 3(1-8) dias, conforme apresentado na Figura 1.

A baixa incidência de pacientes que desenvolveram complicações foi notável, considerando um total de 53% em um estudo prévio de 90 indivíduos, utilizando os mesmos critérios para complicações respiratórias durante o período pós-operatório, em três hospitais diferentes (MACKAY MR., 2003). Além disso, 41,4% dos pacientes desse estudo apresentaram incisões na linha média, enquanto 58% dos indivíduos do estudo de Hall et al. (1996), com a mesma população, apresentaram incisões transversais ou oblíquas. De acordo com GRANCHAROV E ROSENBERG (2001), as incisões transversais resultam em menor dor, hipoxemia e menos complicações respiratórias. Considerando esses achados, poderia ser esperada uma incidência maior de complicações respiratórias do que aquelas obtidas neste estudo.

O repouso pode ajudar na cicatrização da ferida operatória, permitindo o reparo natural do tecido enfraquecido ou danificado (BROWER, 2009). Porém, a combinação da imobilidade com o catabolismo, frequentemente observado em pacientes internados nas UTI's, pode provocar atrofia por desuso, resultando em disfunção muscular (SKINNER et al., 2008). Zomorodi, Topley e McAnaw (2012) citam, ainda, a ocorrência de delirium, úlceras de decúbito, descondicionamento físico, atelectasias, pneumonia, hipotensão ortostática e trombose venosa profunda como complicações do imobilismo. A mobilização precoce é um importante componente de cuidados no PO de cirurgia abdominal (BROWNING, DENEHY, SCHOLES, 2007), sendo associada à diminuição da morbidade e mortalidade (ZOMORODI, TOPLEY, McANAW, 2012).

O início do restabelecimento da mobilidade dos pacientes que não desenvolveram complicações respiratórias ocorreu no dia 3(1-4) de PO, com sedestação à beira do leito. A segunda etapa foi a sedestação na poltrona, que ocorreu no dia 4(3-6) de PO. Os pacientes do estudo de Mackay, Ellis e Johnston (2005) foram mobilizados antes: sentaram pela primeira vez fora do leito no dia $1,3 \pm 0,7$ de PO e deambularam no dia $1,8 \pm 1,5$ de PO. No estudo de Browning, Denehy e McAnaw (2007), os pacientes sentaram fora do leito no dia $1 \pm 0,2$ e deambularam no dia $1,8 \pm 0,9$ de PO. Os tipos de cirurgias do presente estudo foram semelhantes às cirurgias dos estudos citados. Porém, apenas cinco dos 50 pacientes do primeiro estudo e seis dos 50 pacientes do segundo estudo foram admitidos na UTI, enquanto todos os 70 pacientes deste estudo internaram na UTI, indicando maior gravidade. Pesquisas adicionais são necessárias para determinar se resultados semelhantes podem ser obtidos ou melhorados intensificando a distância, tempo e/ou esforço de intervenções de mobilização precoce.

Achados deste estudo apontam que seis pacientes internados na UTI foram a óbito, e nenhum deles foi mobilizado. O óbito não foi influenciado pelo tempo que se leva para o restabelecimento da mobilidade, mas sim, pelo fato de mobilizar-se ou não. A partir disso, pode-se inferir que os pacientes que não foram mobilizados estavam mais graves. Stiller, Phillips e Lambert (2004), em seu estudo, citam que os pacientes devem estar com os sinais vitais estáveis para permitir uma mobilização segura, como estabilidade hemodinâmica, saturação periférica de oxigênio maior que 90% e ausência de febre. A maioria dos pacientes que foi a óbito não foi mobilizada, porém, Li et al. (2013), em sua revisão sistemática, referem não haver efeito da mobilização sobre a mortalidade dos pacientes, mas citam que a mobilização tem efeitos positivos sobre o condicionamento físico, corroborando com melhores desfechos hospitalares e diminuição de custos. Entretanto, a análise dos resultados de mortalidade, no presente estudo, deve ser avaliada de maneira criteriosa, visto que a amostra é pequena para a obtenção de conclusões fidedignas para essa variável.

Neste estudo, pacientes que não desenvolveram complicações respiratórias apresentaram forte correlação entre o tempo de internação na UTI e o tempo que levaram para sentar pela primeira vez à beira do leito, na poltrona e a ficar em ortostase. Pode-se inferir, através desses resultados, que na população que não desenvolve complicações respiratórias, o tempo com que os pacientes levam para realizar a mobilização, seja qual for, é fator determinante para o tempo de internação na UTI. Em vista disso, a mobilização precoce pode reduzir custos hospitalares e as taxas de mortalidade, conforme descrito por Shander A et al. (2011).

Conclusão

Pode-se concluir com este estudo que pacientes em pós-operatório de cirurgia abdominal de grande porte que não desenvolvem complicações respiratórias apresentam menor tempo de internação na UTI quando comparados com pacientes que apresentam tal desfecho. Além disso, houve uma forte correlação entre o tempo de internação na UTI e o tempo com que os pacientes levaram para ser mobilizados pela primeira vez, indicando que a mobilização precoce é um fator determinante para o tempo de internação na UTI.

Referências Bibliográficas

ADLER J, MALONE D. Early mobilization in the intensive care unit: a systematic review. *Cardio pulm Phys Ther J*, 2012;23:5–13.

- BOURDIN G, BARBIER J, BURLE JF, Durante g, Passant S, Vincent B, et al. The feasibility of early physical activity in intensive care unit patients: a prospective observational one-center study. *Respir Care*, 2010;55:400–7.
- BRIEGER, G. H. Early ambulation: a study in the history of surgery. *Annals of Surgery*, 1983; 197: 443–449.
- BROWER, R. G. Consequences of bed rest. *Crit Care Med*, 2009; 37[Suppl.]:S422–S428.
- BROWNING, L.; DENEHY, L.; SCHOLLES, R. L. The quantity of early upright mobilisation performed following upper abdominal surgery is low: an observational study. *Australian Journal of Physiotherapy*, 2007; 53: 47–52.
- CASTELINO, M.D.T.; FIORE F.J.; PETRU N.M.D, TARA L.; , MLIS B.A, LIANE S. FELDMAN, M.D. *The effect of early mobilization protocols on postoperative outcomes following abdominal and thoracic surgery: A systematic review*. Surgery, 2016.
- DIMICK J.B., CHEN S.L., TAHERI P.A., ET AL. Hospital costs associated with surgical complications: a report from the private-sector National Surgical Quality Improvement Program. *J Am Coll Surg*. 2004; 199:531–537.
- GRANCHAROV, T.P.; ROSENBERG, J. Vertical compared with transverse incisions in abdominal surgery. *European Journal of Surgery*, 2001 167: 260–267.
- HALL J.C.; TARALA R.A.; HALL, J.L.; MANDER J.. A multivariate analysis of the risk of pulmonary complications after laparotomy. *Chest*, 1999: 923–927.
- LI, Z. et al. Active mobilization for mechanically ventilated patients: a systematic review. *American Congress of Rehabilitation Medicine: Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 2013.
- MACKAY; M.R. Effect of physiotherapy on outcomes in open abdominal surgery. *Unpublished PhD thesis*, University of Sydney, 2003.
- MACKAY, M. R.; ELLIS, E.; JOHNSTON, C. Randomised clinical trial of physiotherapy after open abdominal surgery in high risk patients. *Australian Journal of Physiotherapy*, 2005; 51: 151–159.
- NERTILA K.; VIOLLCA S.; ILIR O. Risk Factors for Postoperative Pulmonary Complications after Abdominal Surgery. *Open Access Maced J Med Sci*, 2016 Jun 15; 4(2):259-263
- SANTOS P.M.R.; RICCI A.E.; SUSTER A.B.D.; PAISANI ML. Effects of early mobilisation in patients after cardiac surgery: a systematic review. *Physiotherapy*.
- SHANDER A.; FLEISHER L.A.; BARIE P.S.; BIGATELLO L;M;; SLADEN R.N.; WATSON C.B. Clinical and economic burden of postoperative pulmonary complications: patient safety summit on definition, risk-reducing interventions, and preventive strategies. *Critical Care Medicine*. 2011;39(9):2163–2172.
- SKINNER, E. H. et al. Rehabilitation and exercise prescription in Australian intensive care units. *Physiotherapy*, 2008; 94 220–229.
- STILLER, K; PHILLIPS, A. C.; LAMBERT, P. The safety of mobilisation and its effect on haemodynamic and respiratory status of intensive care patients. *Physiotherapy Theory and Practice*, 2004; 20: 175-185.
- STUCKI, G. et al. Rationale and principles of early rehabilitation care after an acute injury or illness. *Disabil Rehabil*, 2005;27:353–9.

TAZIMA, M. F. G. S.; VICENTE, Y. A. M. V. A.; MORIYA, T. Laparotomia. Simpósio: Fundamentos em Clínica Cirúrgica, 3ª parte, Capítulo III. *Medicina, Ribeirão Preto*. 2011; 44(1): 33-8.

ZOMORODI, M.; TOPLEY, D.; McANAW, M. Developing a mobility protocol for early mobilization of patients in a surgical/trauma ICU. *Critical Care Research and Practice*, v. 2012, Article ID 964547, 10 pages.

TERRITÓRIOS EXISTENCIAIS: OLHAR (ES) SOBRE TERRITORIALIDADES LOCAIS E O (S) CUIDADO (S) EM SAÚDE EM UM BAIRRO DA ZONA NORTE DE PORTO ALEGRE

Lara Monteiro Schuck
Emanuele Luiz Proença
Christiane Silveira Kammsetzer

"Todas as viagens são lindas, mesmo as que fizeres nas ruas do teu bairro. O encanto dependerá do estado da tua alma"
Rui Ribeiro Castro

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) organiza-se, em seus princípios, sob uma base territorial e descentralizada na gestão dos serviços. Isso permite que as práticas de saúde caminhem para a integralização das ações de promoção, prevenção e reabilitação, bem como para que as intervenções sobre os problemas sejam também sobre as condições de vida da população (PEREIRA; BARCELOS, 2006). Essa perspectiva coloca-se presente, principalmente, na atuação na Atenção Básica à Saúde, onde o contato das equipes com as realidades locais é direto e impacta no planejamento e na execução de ações em saúde, que ocorrem em uma base territorial delimitada espacialmente.

Ao iniciar meu processo de Residência na Ênfase Saúde da Família e Comunidade, no Grupo Hospitalar Conceição, houve inquietação com a materialização do território que consta nas Políticas, que enfatizam a centralidade deste nas ações, nos programas e nas estratégias da Atenção Básica. Essa inquietação surge a partir da minha inserção como residente cartógrafa ou cartógrafa residente na prática e nas inserções no campo, uma Unidade Básica de Saúde. Na tentativa de desenhar um processo de trabalho individual e articulado aos outros atores, percebi a presença de um território vivo nos entremeios, que, de diferentes maneiras, se fazia presente nos processos de saúde-doecimento que se apresentavam, mas de maneira ainda invisível. Junto a isso, verifiquei um distanciamento entre "nós", a UBS e "eles", o território; e foi, por aí, que o percurso cartográfico teve início.

A operacionalização do trabalho no e com o território, por parte dos profissionais do SUS, vem sendo tratada de forma parcial, de modo que a conceituação de território, consagrada a fins administrativos, tem limitado seu potencial e suas possibilidades na identificação de questões de saúde e das correspondentes iniciativas de intervenção concreta na realidade cotidiana das coletividades humanas (SANTOS; RIGOTTO,

2010/2011). A delimitação dos territórios, em uma perspectiva administrativa, gerencial, econômica/ política, dificulta a emergência de territórios vivos e experienciados pelos seus moradores e que, muitas vezes, não coincidem com as delimitações e adscrições realizadas na Atenção Básica (GONDIM et al., 2008; MONKEN et al., 2008).

Pensando-se a territorialidade como o processo em que os sujeitos/ usuários constituem suas relações e seus recursos, faz-se importante, para o processo de trabalho das equipes da Atenção Básica à Saúde, o conhecimento efetivo dos territórios onde atuam, compreendendo-os não somente como “palcos” de atuação, e sim, como protagonistas (MENDES; DONATO, 2003; PEREIRA; BARCELLOS, 2006; VILHENA, 2002). Para problematizar qualificadamente essa relação território - saúde, visualizando o processo saúde-adoecimento como algo que perpassa a territorialização, faz-se necessário experienciar o território e os movimentos que nele ocorrem, dando voz e explicitando os atores e as processualidades que constituem tal realidade. Portanto, os objetivos do presente estudo foram conhecer e explorar o território em que se insere uma Unidade Básica de Saúde da zona norte de Porto Alegre, no que se refere às relações com os processos de saúde e adoecimento, conforme a percepção da equipe de saúde e dos moradores do território, problematizando tais relações e entrelaçando-as às potencialidades e vulnerabilidades em saúde.

Para o presente trabalho, entende-se “território (s)” em uma perspectiva de território existencial, e é, a partir dela, que outras perspectivas que se apresentam serão colocadas em análise. Partindo de autores como Guattari (1992) e Guattari e Rolnik (1996), é possível desenhar o termo “território existencial” no percurso cartográfico realizado. Território existencial é o que emerge como subjetivo, como linha (s) de fuga às padronizações modernas da cidade/meio urbano, produzidas pelo capitalismo e suas relações globalizantes e neoliberais. Expressa a singularidade no processo de produção da subjetividade, processo esse frágil, visto que corre riscos constantes de capturas. Diz, ainda, em uma relação mais local, própria dos territórios adscritos na saúde, das relações que os moradores estabelecem com a sua localidade, com as construções, com a vizinhança, com os recursos, com a geografia, com os serviços existentes, compreendendo-se que existe um processo afetivo e de construção de “possíveis” nesses entremeios.

O território existencial diz, ainda, de um processo de afetação sujeito-coletivo. Guattari (1992) fala do homem contemporâneo como alguém “desterritorializado”, produzido por movimentos padronizadores e globalizantes que destituem ancestralidades e singularizações (junto com seus rituais, mitos, corpos, corporações...). As memórias

coletivas, as antigas territorialidades existenciais são capturadas, tornando-se constantemente ameaçadas de dissolução; ao mesmo tempo em que parece possível incorporar e habitar novos (e quaisquer) territórios no mundo contemporâneo, regido pela lógica neoliberal, tudo parece petrificar-se e igualar-se, permanecendo o sujeito no “mesmo lugar”. A apropriação desse entendimento de território vem, portanto, no sentido de cartografar processos singulares de sujeitos que habitam um recorte urbano (um território físico, geográfico e, também, existencial), ao mesmo tempo global e singular, percebendo possíveis linhas de fuga, produção de existência e tentativas de captura.

Tendo essas linhas de definição como norte, outras conceituações de território foram identificadas no percurso e analisadas no presente trabalho, apresentando-se como óticas que atravessam os cenários cartografados, ora alinhando-se com a definição de território existencial, ora desenvolvendo-se em sentido dissonante. Cabe observar que são diferentes definições buscando apreender cenários territoriais; diferentes olhares para uma mesma paisagem, que implicam em diversos entendimentos dos processos vivos que ocorrem na territorialidade local analisada.

Ferramentas para o percurso e para as análises

O presente trabalho foi realizado no território atendido por uma Unidade Básica de Saúde (UBS) pertencente ao Grupo Hospitalar Conceição (GHC), abrangendo, também, sua instalação física (que pertence ao território, na perspectiva adotada para este estudo). Assim sendo, todos os dispositivos/ intervenções utilizados para produção e análise de dados partiram de uma relação estabelecida com as pessoas e o espaço físico (prédios, apartamentos, ruas, praças, posto de saúde, recursos, etc.) dessa realidade territorial. Para execução do estudo, foi utilizado o método cartográfico, formulado por Gilles Deleuze e Félix Guattari (1995), o qual se constitui em uma pesquisa-intervenção. O método cartográfico valoriza o percurso dos processos a serem acompanhados (PASSOS; BARROS, 2009). Na prática de pesquisa, produção de conhecimento e produção de realidade não se separam (PASSOS; EIRADO, 2009). Nesse sentido, foi acompanhando um processo que já se encontrava em curso (KASTRUP, 2009), que é o da territorialidade local, e sua relação com os objetivos de pesquisa.

Para a produção dos dados (KASTRUP, 2009), foram utilizados como dispositivos: a observação-participante/ participação-observante (variando de acordo com o grau de envolvimento da pesquisadora em cada contexto); conversas com pessoas da equipe e do território a partir dos objetivos e temática propostos; pesquisa documental (visando conhecer a história do território e o planejamento da equipe para dar conta de demandas

de saúde); e diário de campo (com função de transformar observações e frases captadas na experiência em conhecimentos e modos de fazer) (BARROS; KASTRUP, 2009; KASTRUP, 2009).

A pesquisa cartográfica coloca a experiência sem desprezar nenhuma de suas faces, sejam estas objetivas ou subjetivas, portanto, não há como analisar objetificadamente a realidade separando-se sujeito e objeto. A análise, no método cartográfico, permitiu que se realizasse análise de implicação na pesquisa, bem como análise de participação, multiplicando os sentidos do processo e das experimentações ao longo do percurso e inaugurando novos problemas (BARROS; BARROS, 2013). A análise de implicação traz a necessidade de analisar tanto o modo como as situações vividas/ intervenções realizadas nos diferentes espaços de inserção impactam no processo de trabalho e pesquisa quanto de que lugar se fala, que implicação tem o seu dispositivo de saber-poder no processo (PAULON, 2005). Os dispositivos analisadores permitiram perceber, em um plano, mais ou menos, explícito, contradições do processo territorial. Isso possibilitou, em algum nível, a partir de uma análise de decomposição do que, até então, era tido como “verdade”, colocar em xeque o caráter parcial e fragmentário da realidade (PAULON, 2005), incluindo aí os próprios movimentos da pesquisadora.

Para o presente artigo, foram selecionadas algumas “cenas” que subsidiam problematizações acerca de algumas definições de território e da sua relação com processos de saúde-adoecimento. Os nomes foram trocados para preservar o sigilo e a identidade dos protagonistas e contadores das histórias a serem relatadas a seguir.

Iniciando o caminhar - que território é esse, para começar?

O bairro onde transcorreu a cartografia localiza-se na zona norte de Porto Alegre, sendo composto, em sua maioria, por apartamentos, onde mora uma população bastante heterogênea. Para uma parcela de moradores, é um “bairro-dormitório”, por trabalharem em zonas centrais e retornarem somente à noite; para outra parcela, um local com poucos recursos, visto que são idosos ou pessoas que não estão trabalhando formalmente no momento e passam o dia em seus apartamentos. É um bairro que iniciou de maneira planejada, mas foi marcado por histórias de ocupações, reivindicações, irregularidades judiciais, perdas financeiras e movimentos de romper com a padronização local. É composto por uma miscelânea de pessoas idosas – moradoras desde a criação do bairro - e pessoas que ocupam brevemente os apartamentos em busca de melhores condições de vida. Essa população, que em momento anterior mobilizou-se fortemente, hoje não

tem ocupado espaços formais de participação política, e suas características e processos históricos modificaram-se com as saídas e chegadas de novos moradores.

A UBS atende a esse território, cumprindo os preceitos da Política de Atenção Básica, mas com equipe ampliada: conta com médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, equipe de saúde bucal, psicólogo e assistente social, além dos profissionais de nutrição, farmácia e psiquiatria em caráter de apoio sistemático. É, ainda, campo de Residências Médica e Multiprofissional e de estágios curriculares. Atualmente, reestruturou seu processo de trabalho para atuar em microáreas de vigilância, buscando, justamente, aproximar-se e contextualizar melhor suas ações a partir de conhecimento aprofundado do território de atuação.

Cenas de território (s)

O que do território habita em mim e o que de mim habita no território?

Cena 1 - WILSON E SUA ILHA, 14/05/2015

“Conheci Wilson na Unidade de Saúde (UBS), a partir de um grupo, composto de pessoas com sofrimento emocional intenso, mas que sofriam sozinhas, como muitos no bairro. Uma dessas pessoas é Wilson. Um cara com 50 e poucos anos, que viajava, trabalhava em muitas cidades, tinha uma rotina intensa e, por circunstâncias da vida, ficou preso na “ilha”. Ele costuma se referir ao bairro dessa maneira, diz que sempre foi sua ilha (mora ali há muito tempo), mas, em momentos anteriores, era uma ilha-refúgio, para onde ia quando precisava se reabastecer, se isolar entre correrias e viagens, ficar só. Hoje, é uma ilha-prisão, que coloca barreiras de retorno à vida. Enquanto refúgio, era perfeito, permitia uma calma e monotonia que faltavam à vida de Wilson. Enquanto prisão, traz angústia. Mas Wilson também construiu ilhas internas, nas quais oscila entre refúgio e prisão dos seus próprios medos de encarar o mundo novamente. Isso causa sempre um incômodo em nós, facilitadores desse espaço, pois existem muitas barreiras entre a ilha de Wilson e o mundo (vulgo qualquer passo para fora da “ilha”), embora ele acredite estar tentando nadar para fora de todos os jeitos. Na ilha, Wilson conhece cada centímetro do bairro, cada comércio, cada morador, e circula muito bem por lá. Outras pessoas do grupo não tem conseguido nem explorar a ilha-bairro, estando mais aprisionadas ainda em ilhas menores. Tivemos, então, uma ideia: que tal caminhar com Wilson nessa ilha? Mexer com as ilhas internas de cada um de nós ao caminhar pela ilha física do bairro... Estava tudo certo. Mas a ilha também, apesar de ilha, tem suas inconstâncias: as violências voltaram à cena no bairro, de maneira menos velada e mais aberta. Misturam-se medos do desconhecido, com medos reais de violência. Decidimos abortar a missão de reconhecimento. Coisas da ilha...”

Cena 2 – VAL (US, 08/07/2015)

“Uma moradora conta que morou a vida toda no interior e veio parar no bairro em função da filha, que queria vir para Porto Alegre, e a mãe não queria deixá-la (ou ser deixada) sozinha. Vieram parar num dos apartamentos do bairro, que são bem pequenos. Hoje, a filha mora sozinha, e a senhora ficou ali, num apartamento fechado, gradeado, e sem toda a grama verde que tinha no interior. ‘Lá fora’, ela tinha uma horta grande, onde dedicava grande parte do seu tempo, e é o que sabe fazer até hoje. Conta-me que sente muita falta desse contato com a terra aqui no bairro, e isso a entristece. Gostaria de ter uma horta, pequena que fosse, para trabalhar. Ouvindo isso, como não pensar que o território onde circulamos e as possibilidades de relação com ele tem a ver com nossa saúde e nossos afetos?”

A territorialidade, que corresponde ao processo como os sujeitos vivenciam, experienciam, modificam e co-constróem seus territórios, tem sido ligada ao modo como as pessoas organizam-se no espaço e que sentido dão àquele lugar. Isso significa que o espaço pode ser simbolizado, ganhar representação no imaginário. É no lugar, enquanto construção social, que os sujeitos produzem sua subjetividade (VILHENA, 2002). São os chamados de “territórios do cotidiano”, ligados à co-presença, à vizinhança, à intimidade, à emoção, cooperação, socialização (MONKEN et al, 2008). O território, portanto, é sempre mutável, formado tanto por elementos mais estáveis quanto por elementos fluidos que mudam rapidamente (VILHENA, 2002). Pode-se problematizar, a partir disso, como, então, nessa fluidez, a organização do Sistema Único de Saúde e suas ações se inserem, sendo que os territórios na perspectiva materialista (concreta) e na perspectiva idealista (referido aos sentimentos que o território inspira) são indissociáveis (RÜCKERT; MISOCZKY, 2002). Existe, nos territórios, uma relação de circularidade constante entre o sujeito individual e coletivo e seu território existencial, produzindo e sendo produzido por ele constantemente (LE BOURLEGAT, 2008).

As cenas escolhidas trazem vários desses elementos e colocam o território existencial como um forte atravessamento na vida desses sujeitos. O bairro em análise proporciona, pela falta de recursos e pelo seu tamanho, momentos de solidão e pouca solidariedade entre vizinhos. Ao mesmo tempo, oferece, como na primeira cena, certa continência em momentos mais frágeis. Se, por um lado, o condomínio se propõe à cidade como um lugar seguro em que se pode ter certa intimidade e privacidade, por outro, pode se tornar aprisionante (como na Cena 1) e dessubjetivado (como na Cena 2). A questão que se pode colocar em relação às cenas é o quanto desse território afetivo-existencial é convidado a falar nos diversos encontros da equipe com os usuários-moradores. A partir disso, verificar o quanto é visto como parte do processo saúde-adoecimento, e o quanto é possível aos trabalhadores da atenção básica provocar incidências nesse âmbito de circulação afetiva, podendo conectar-se com os modos de viver/ se defender/ construir possibilidades com as pessoas que atendem.

Território: Lugar-não lugar (que lugar?)

Cena 1 – A história do CHARLIE (30/04/2015)

“Charlie é um morador-usuário como muitos outros aqui do território. Ele sofre de um transtorno mental acompanhado de sofrimento psíquico intenso. Não trabalha em função disso, mora sozinho e, quando se angustia, vem ao posto. [...] Um dia, ele foi centro da discussão de caso da sua área de vigilância, em que eu participava como apoio matricial. A história iniciou como sempre iniciava, e os sentimentos dos trabalhadores eram de rechaço, de não saber o que fazer, de rever a alta dada pelo CAPS II, com o objetivo de mandá-lo de volta. Começam,

então, a olhar seu prontuário em busca de algumas explicações. Elas surgem, e nos mostram outro Charlie. Não necessariamente nos registros de atendimento médico, mas ao visualizar esse sujeito na sua relação com a UBS e com a equipe, através dos relatos e da itinerância dele na Unidade. Quando se angustia muito, ele vem até nós; mas, ao receber continência, decide que não quer, nem precisa de atendimento médico, e vai para casa. Isso coloca luz em outras possibilidades, em dar-se conta de que o cuidado é complexo. O médico sugere, então, que façamos uma Visita Domiciliar (VD) para conversar sobre isso com ele, ver como está sua organização. Topei ir junto, curiosa pela relação que se estabeleceria a partir daí, inclusive pois eu havia feito falas e intervenções que sabia terem contribuído para essa decisão. Ao chegarmos à sua casa, fiquei com sensação de invasão daquele sujeito. Senti um ar "detetive" naquela VD, na busca de algo que justificasse intervenções clínicas. Para surpresa daquela pequena equipe, Charlie estava sentindo-se bem, e parecia estar bem. Senti a equipe percebendo que não encontraram o que esperavam (ou temiam) encontrar. Charlie estava bem, do seu jeito.[...] Combinamos algumas possibilidades com ele, e acordamos entre nós de entender os movimentos de Charlie e organizar uma referência quando ele se angustiasse e fosse à Unidade. Alguns dos profissionais mais "julgadores" inicialmente, estavam conseguindo articular questões para além da saúde clínica. Depois desse dia, passamos a ver Charlie na parada de ônibus mais vezes na semana, e ele tem feito parte de nossas conversas com mais frequência. Ao colocá-lo em outra posição de relação, passamos a vê-lo de outro jeito e a valorizar seus movimentos para fora".

Na Atenção Básica, o território suporta as práticas e a organização dos serviços de saúde que a compõe; é de onde se pode apreender os contextos que explicam a produção dos problemas de saúde, é lugar da responsabilidade e da atenção compartilhada (MONKEN et al., 2008). Portanto, o processo de apropriação do território, pela equipe de saúde que é referência, permite conhecer o local onde as pessoas vivem, trabalham, adoecem e experienciam uma gama de sentimentos e relações (MENDES; DONATO, 2003). O território é o princípio organizador das práticas no SUS. O ingresso dos trabalhadores no território é uma ação política (LEMKE; DA SILVA, 2010).

No entanto, alguns fragmentos dessa cena evidenciam dificuldade da equipe em ver-se como constituinte daquele território, como um dos tantos elementos que compõem a complexidade das relações que se estabelecem entre moradores e seu cuidado. Os próprios programas sobre os quais se estruturam as principais ações em saúde colocam a dificuldade de incidir sobre questões sociais e territoriais complexas como justificativa para centrar-se em intervenções clínicas. Lemke e da Silva (2010) fazem uma discussão interessante do termo "busca ativa", o qual é essencialmente epidemiológico e designado para buscas sintomatológicas e para cumprimento de indicadores verticalizados e homogêneos, propondo uma torção desse termo para outros vieses políticos, como forma de se colocar no território, de estabelecer relações não neutras.

Um movimento nesse sentido é percebido a partir da cena, problematizando nosso papel no território, realizando uma busca ativa dentro do território existencial daquela pessoa. É interessante pontuar que, quando provocados, seja por usuários e suas subjetividades tão imbricadas em processos territoriais, seja por discussões dentro da

própria equipe, os trabalhadores da UBS conseguem retomar, em algum nível, a importância do território e de circular por ele como parte do cuidado em saúde.

Território vivo, território político

Cena 1 - Relato de um pequeno experimento, com significado sem-fim (sem data)

"Existe uma experiência bastante inusitada no território: vindo a situação da grande quantidade de pessoas solitárias vivendo em seus apartamentos, em especial num condomínio grande que fica numa microárea da Agente Comunitária de Saúde (ACS) Skeeter, um antigo colega Residente propôs a ela de pensarem em um grupo com o objetivo de criar uma rede de afetos entre os vizinhos, para além da simples convivência. Nesse condomínio, um dos poucos com pracinha e área verde, há inúmeras pessoas que vivem deprimidas, sem desejos, sem sair de casa, sem relacionarem-se com vizinhos ou com o próprio bairro. A ACS, com medo, topou. Medo, pois, desde o início, a ideia era que ela tocasse o grupo, e que este fosse autônomo a ponto de não necessitar da presença dela para ocorrer. Esse Residente sabia das coisas: uma ACS, esta em especial, parte de outro pressuposto, sem os mecanismos de saber-poder que as profissões da saúde herdaram, e poderia se colocar de maneira muito horizontal. Lá foram eles, propondo-se a convidar pessoas. Quando se reunissem, seria o que fosse. De início, mulheres e alguns homens. Várias idades. Aos poucos, foi-se configurando um grupo de mulheres, idosas, sozinhas. Começaram jogando bingo, fazendo artesanatos, almoços. Começaram solicitando muito que a Agente estivesse junto, e ela, com medo e com encantamento, foi. O Residente foi embora e ela seguiu, cada vez mais apropriada. Me conta um ensinamento do Residente que leva consigo em todos os encontros: 'não podemos julgar nem dizer para o outro o que ele deve fazer'. O papel dela ali era partilhar, escutar, costurar redes. Ela conta histórias fantásticas desse grupo: uma senhora, que ao primeiro convite estava, como Skeeter conta, 'escabelada, de pijama, velha, sem batom, sem vontade de fazer nada', após passar a frequentar o grupo, se maquiou, tirou o pijama. O medo de sair na rua? Simples. Tinham que comprar bandeirinhas para uma festa junina do grupo, uma vizinha a convidou para irem juntas. [...] Qual o papel do profissional de saúde? A ACS responde com uma história: uma das participantes a chamou em casa, com voz de preocupação, na manhã de um baile em que iriam. Skeeter, a ACS, se preocupou. Chegou à sua casa, e a usuária lhe apresenta uma nota de 20 reais, e pergunta: 'Skeeter, eu só tenho esse dinheiro amarelo, será que dá para pagar o bailinho?'. A senhora não sabia ler e ver números, então se preocupou por não poder pagar a entrada do baile. Ainda, estava muito preocupada por não ter roupas adequadas. O que Skeeter fez foi tranquilizá-la quanto ao dinheiro, e ajudá-la a escolher uma roupa. Seu trabalho estava feito. De vez em quando, as senhoras demandam discutir temas. O mais inusitado deles foi, ela conta, quando disseram que queriam um médico e pediram um específico, que atende muitas daquelas senhoras. O tema? Sexualidade na terceira idade. Mas queriam falar disso no seu território, o grupo".

De todo o processo de caminhar por esse território incerto, complexo, surpreendente, penso ter sido esta a cena que mais delicadamente me tocou. Parte de outra lógica de cuidado e costura o território com a saúde mental com muito respeito aos processos daquelas pessoas. O que é produzido nesses encontros é singular, justamente, por se apostar na relação horizontal e na autonomia das pessoas quando nos seus territórios. Poderia ser diferente, visto que, em outros momentos, toma-se o território como simples objeto de intervenção, enfraquecendo potenciais instituintes. Toma-se

aqueles sujeitos como alvos de intervenção medicamentosa, como alvos de prescrições de comportamentos, como alvos de determinações.

Lemke e da Silva (2010), partindo de Foucault, afirmam que o biopoder se faz presente nas ações territoriais em saúde, de maneira mais sutil e volátil, mas, ao mesmo tempo, as possibilidades de resistência também aumentam por parte dos usuários. Por ser uma relação desigual de poder entre profissional e usuário, cabe aos trabalhadores a instituição de práticas libertárias, que possibilitem potencialização do sentido de existência dos sujeitos, permitindo maior circulação de poder entre os atores. Nesse sentido, Pelbart (2001, p. 3) afirma:

(...) essa subjetividade, essas redes de sentido, esses territórios de existência, essas formas de vida não constituem uma massa inerte e passiva à mercê do capital, mas um conjunto vivo de estratégias. A partir daí, seria preciso perguntar-se de que maneira, no interior dessa megamáquina de produção de subjetividade que é a cidade contemporânea, indivíduos e coletivos produzem subjetividades singulares, percepções outras, sensibilidades inusitadas, modalidades raras de se agregar, de criar sentido, de trocar experiências, de inventar dispositivos expressivos, de operar sua memória, de celebrar ou de resistir às injunções hegemônicas.

Em um capitalismo que funciona em rede, como criar redes autônomas, não capturadas pelo capital, que rivalizem com essas redes dominantes?

Finalizações, por ora

Faltando pouco para minha saída do campo, para explorar outros territórios, começo a me desligar. Engraçado que o mesmo trajeto no bairro que faço há dois anos segue me provocando. Descobri, há poucos dias, uma árvore encantadora que floresceu antes da hora. Com certeza, existe muita vida na aparente calma desse território, quase como um mundo invisível e paralelo, que por vezes “brota” e escancara-se na minha frente, assim como essa árvore.

O presente estudo teve por objetivo cartografar territorialidades que permitissem pensar sobre o processo saúde-adoecimento, sobre territórios existenciais e sobre a relação da equipe e dos moradores-usuários nesse sentido. A partir das imersões realizadas, foi possível ver e rever as paisagens e relações do bairro, gerando descobertas, como a árvore acima mencionada, que traduzem as belezas do caminhar e, também, produzem provocações que permitiram ver e sentir as durezas do cuidado em saúde na perspectiva territorial.

As contradições da territorialidade local e do trabalho em saúde, atravessadas pelo entendimento de território existencial, como um conceito em disputa, fizeram-se presentes de diferentes modos em cada categoria de análise. Na primeira categoria de cenas,

intitulada "O que do território habita em mim e o que de mim habita no território?", tais contradições explicitam-se pela relação dos usuários com o lugar em que vivem e em que medida a equipe de saúde escuta ou se aproxima disso; na segunda categoria, "Lugar-não lugar (que lugar?)", aparece o território existencial de um morador, junto a tentativas da equipe em absorvê-lo e, ao mesmo tempo, compreendê-lo, fazer parte dele. Na última categoria, "Território vivo, território político", há certa radicalidade de aproximação de parte da equipe de saúde com o território, na contramão do discurso hegemônico.

Esta cartografia acompanhou o processo gerencial da equipe de revisar a organização do trabalho para voltar-se ao território. O processo de produção de dados foi permitindo devoluções sistemáticas, com provocações em diversos espaços, gerando novas produções de dados e análises, mas, também, circunscreveu o trabalho mais aos movimentos da equipe do que inicialmente a cartógrafa havia se proposto, o que possivelmente gerou alguns "pontos cegos" no percurso cartográfico. Nesse sentido, aponto o próprio movimento da equipe, de sair para o território, fundindo-se com ele em algum momento, propondo intervenções e diálogos com os moradores para além dos muros da unidade.

Lancetti (2006b, p. 109) afirma que "no atravessamento do território geográfico com o território existencial somos obrigados a fabricar mundos", o que permite pensar na postura ética que os trabalhadores assumem ao relacionarem-se com a territorialidade local. A fabricação desses mundos pode se dar em diferentes níveis, inclusive na micropolítica das relações estabelecidas nos bairros onde trabalhamos (GUATTARI, 1992), gerando possibilidade de transformações sociais que também podem produzir efeitos em uma escala local. Essa possibilidade extrapola possíveis assujeitamentos de trabalhadores e usuários, colocando a potência das relações estabelecidas como linhas de fuga possíveis.

No entanto, as durezas do processo de trabalho em saúde tencionam, em todo o momento, para um reengessamento dessa relação equipe-território, estabelecendo ligações e intervenções que perigam o estabelecimento de controles territoriais mais refinados, e não a busca por horizontalidades. Como afirma Merhy (2014), as tecnologias, as práticas e as propostas de cuidado empregadas não são boas ou más em si, quando colocadas fora da rede de tensões e agenciamentos que ocorrem nas disputas do capital e da biopolítica. Precisa-se acompanhá-las em suas produções de sentido, conexões, no que promovem como realidade. Cabem, ainda, desconstruções do setor saúde que permitam compreender a territorialidade como viva e política.

O território pode ser relativo a um espaço vivido, mas, também, a um sistema percebido em que um sujeito se sente “em casa”. Esse território pode se desterritorializar, engajando-se em linhas de fuga ou destruindo-se (GUATTARI; ROLNIK, 1996). Ao final deste percurso, fica o questionamento: em que linhas de fuga podemos nos engajar com nossos usuários dentro de seus territórios existenciais, com vistas a escapar das capturas homogeneizantes? Tento provocar, em mim, reflexões com um último fragmento de meu diário de campo:

“Hoje realizo meu último atendimento com um menino, jovem, que acompanhei com o objetivo de pensar em conjunto possibilidades de expressão de si, de autonomia, de produzir jeitos de ser diferentes do que ao que ele estava acostumado. Chegou a mim sendo alvo de bullying na escola, ‘por ser negro, por ser pobre, por ter familiares envolvidos com uso e tráfico de drogas’. Ao longo do nosso percurso, fomos descobrindo desejos através da arte. Canto, poesia (e os medos). Utilizamos a sala da Psicologia para cantar, de maneira protegida; afinal, ninguém podia ouvir. Estou para ir embora, e uma parceria de trabalho vai acompanhá-lo a partir desse momento. Depois de muitos “ensaios” na sala, hora de tomar outros territórios. Usamos a praça. Cantar na rua, em uma praça que vem sendo vista de maneira ambivalente pelos moradores, já que é ocupada de muitos jeitos. Hoje, ocupamos esse espaço com a sua voz. O território - existencial, geográfico, adscrito - ganha, novamente, outro sentido nesse momento” (Praça, 19/11/2015).

Referência Bibliográficas

- BARROS, L.M.R.; BARROS, M.E.B. O problema da análise em pesquisa cartográfica. *Fractal: Revista de Psicologia*, v. 25, n. 2, p. 373-390, 2013.
- BARROS, L.P. ; KASTRUP, V. Cartografar é acompanhar processos. In: PASSOS; KASTRUP; DA ESCÓSSIA (Orgs.). *Pistas do Método da Cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, p. 52-75, 2009.
- LE BOURLEGAT, C. A.. Do território produzido e vivido ao dinamismo territorial, 2008.
- DELEUZE, G.; GUATTARI, F. *Mil platôs*. v. 1. Rio de Janeiro: Editora 34, 1995.
- GONDIM, G. M. D. M. et al. O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. In: MIRANDA, et al (Orgs.). *Território, Ambiente e Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 237-255, 2008.
- GUATTARI, F. *Caosmose*. São Paulo: Editora 34, 1992.
- GUATTARI, F.; ROLNIK, S. *Micropolítica: cartografia do desejo*. Petrópolis: Vozes, 1996.
- KASTRUP, V. O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. *Psicologia & Sociedade*, v. 19 n. 1, p. 15-22, 2009.
- LANCETTI, A. *Clínica peripatética*. São Paulo: Hucitec, 2006b.
- LEMKE, R. A.; SILVA, R. A. N. D. A busca ativa como princípio político das práticas de cuidado no território. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, v. 10, n.1, 0-0, 2010.
- MENDES, R.; DONATO, A. F.. Território: espaço social de construção de identidades e de políticas. *SANARE-Revista de Políticas Públicas*, v. 4, n. 1, 2003.
- MERHY, E.E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2014.

MONKEN, M. et al. O território na saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente. In: MIRANDA et al. (Orgs.). *Território, Ambiente e Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 23-41, 2008.

PASSOS, E.; BARROS, R. B. D. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: PASSOS; KASTRUP; DA ESCÓSSIA (Orgs.). *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, 2009.

PASSOS, E.; EIRADO, A. D. Cartografia como dissolução do ponto de vista do observador. In: PASSOS; KASTRUP; DA ESCÓSSIA (Orgs.). *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, 2012.

PAULON, S. M. A análise de implicação como ferramenta na pesquisa-intervenção. *Psicologia & Sociedade*, Belo Horizonte, v. 17, n. 3, p. 18-25, 2005.

PELBART, P. P. *Exclusão e biopotência no coração do Império*. Seminário estudos territoriais de desigualdades sociais, 2001.

PEREIRA, M. P. B.; BARCELLOS, C. O território no programa saúde da família. *Hygeia*, Uberlândia, v. 2, n.2, p. 47-55, 2006.

RÜCKERT, A.; MISOCZKY, M. C. A. Território vivido, território em mutação. In: MISOCZKY; BECH (Orgs.) *Estratégias de organização da atenção à saúde*. Porto Alegre: Dacasa, p. 67-76, 2002.

SANTOS, A.L.; RIGOTTO, R.M. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. *Trabalho e Educação em Saúde*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 387-406, 2011.

VILHENA, J. Da cidade onde vivemos a uma clínica do território. Lugar e produção de subjetividade. *Pulsional – Revista de Psicanálise*, São Paulo, v. 15, n. 163, p. 48-54, 2002.

PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO BRASIL: EXPLORANDO POSSIBILIDADES DE AMPLIAÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

Luiza Bohnen Souza
Lisandra Alves Nascimento
Patrícia Isabel Zvirtes

Introdução

No documento “Estratégia da Organização Mundial de Saúde sobre Medicina Tradicional 2002-2005” (OMS, 2002), preconiza-se o desenvolvimento de políticas com os requisitos de segurança, eficácia, qualidade, uso racional, resolubilidade, baixo custo e acesso ampliado em saúde. Com base nisso, a Prefeitura Municipal de Porto Alegre (2013) traz, no “Plano Municipal de Saúde 2014-2017”, a implementação e ampliação de práticas integrativas e complementares em saúde (PICS), conforme indicado na 6ª Conferência Municipal de Saúde de Porto Alegre (2011).

Há muito tempo que se estudam os benefícios das medicinas tradicionais, as quais contribuíram para a elaboração da PNPIC. Também, outros estudos mostram, cada vez mais, a eficácia dessa alternativa (SOH; WALTER, 2012), havendo a procura por mais da metade da população mundial das PICS para a promoção da sua saúde e bem-estar (PAL, 2002). As razões pelas quais a procura tem crescido se dão não só pela sua eficácia, mas, também, pelo custo acessível a tais recursos. Um terço da população do mundo, principalmente, a parcela pertencente às regiões mais pobres da Ásia e da África, não tem acesso garantido aos medicamentos alopáticos essenciais (BIANCHINI; POSSEBON, 2014).

O governo brasileiro reconhece a importância da implementação de práticas alternativas à medicina alopática, quando traz, também em outros documentos, como a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, a necessidade de minimizar a dependência tecnológica no âmbito da saúde e de lançar mão do uso sustentável da biodiversidade brasileira (BRASIL, 2006b).

Uma em cada quatro pessoas no mundo será afetada por uma condição de sofrimento psíquico na sua vida, e cerca de 400 milhões de pessoas de todas as idades sofrem de depressão no mundo, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2014). Os Transtornos Mentais Comuns (TMC) apresentam sintomatologias ansiosas e depressivas que podem inclusive levar a manifestações somáticas, tornando-se uma questão de saúde pública (RODRIGUES-NETO et al., 2008). Segundo a OMS (2010), os transtornos de ansiedade são os transtornos psiquiátricos mais comuns e a depressão é a

quarta principal causa de incapacitação no mundo; em 2020, a depressão será a segunda maior causa de incapacitação no planeta e, em 2030, o mal mais prevalente no mundo.

No relatório da OMS sobre Saúde Mental e Desenvolvimento de 2014, é mostrado que os sistemas de saúde ainda não atendem adequadamente à demanda de saúde mental. Como consequência, a distância entre necessidade de acesso e oferta a tratamentos é grande no mundo todo. Em países de alta renda, entre 35 e 50% da população com algum transtorno mental, não tem acesso a qualquer tipo de tratamento para o seu sofrimento. Nos países de baixa e média renda, esse número sobe para entre 76 e 85% de pessoas na mesma situação (OMS, 2014). Assim, buscando atenção aos aspectos inerentes à saúde mental, muitas pessoas procuram a medicina tradicional.

A medicina tradicional abrange uma grande variedade de terapias, de tratamentos à base de plantas medicinais e de tratamentos físicos e processuais, como massagem, acupuntura, yoga e terapias espirituais de mente-corpo. Quando a medicina tradicional é utilizada em alguns países nos quais esse conjunto de práticas de cuidados de saúde não é parte da própria tradição do país e não é integrado no sistema de saúde dominante, torna-se conhecida como medicina complementar e alternativa (OMS, 2000).

Até 2002, estudos apontavam que, em torno de dois terços da população mundial, procuram cuidados para com a sua saúde nas PICS (PAL, 2002). Em alguns países asiáticos e africanos, a medicina tradicional constitui o principal modo de cuidado de saúde para 80% da população (SOH; WALTER; 2012). No Brasil, a acupuntura surgiu há cerca de 40 anos e tem ocupado cada vez mais espaço nos serviços de saúde, fazendo parte hoje das práticas ofertadas no SUS (PORTO ALEGRE, 2013).

Existem registros do uso de práticas, hoje reconhecidas como medicina tradicional complementar ou alternativa, como o Ayurveda (OMS, 2000), utilizadas para o tratamento de transtornos mentais, que datam de mais de 3.000 anos atrás (SOH; WALTER, 2012). No estudo realizado sobre tratamentos de medicina tradicional e alternativa com crianças e adolescentes, os autores Soh e Walter (2012) apresentam práticas como acupuntura, ervas medicinais, meditação e musicoterapia sendo utilizadas para cuidados com pacientes diagnosticados com depressão, ansiedade, transtorno de humor bipolar, esquizofrenia, transtorno do espectro autista e transtorno do déficit de atenção e hiperatividade. A utilização de PICS pode ser um fator a contribuir para a redução dos TMC, como já comprovado, também, em estudos realizados nos Estados Unidos (RODRIGUES-NETO et al., 2008).

Aprovada em fevereiro de 2006 pelo Conselho Nacional de Saúde e publicada na forma de Portaria Ministerial nº 971, em 03 de maio de 2006, a Política Nacional de

Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC) objetiva “promover a racionalização das ações de saúde, estimulando alternativas inovadoras e socialmente contributivas ao desenvolvimento sustentável de comunidades” (BRASIL, 2006a, p.24), voltando a atenção em saúde para o cuidado humanizado, continuado e integral.

Com a PNPIC (2006a), cinco práticas passam a ser regulamentadas: Acupuntura/MTC, Homeopatia, Medicina Antroposófica, Plantas Medicinais / Fitoterapia e Termalismo Social / Crenoterapia, colaborando, assim, para uma escuta acolhedora e uma visão ampla do processo de adoecimento e incentivando o autocuidado. A prática Plantas Medicinais/Fitoterapia também tem sua legitimidade reforçada a partir da consolidação da Política Nacional de Plantas Medicinais e Medicamentos Fitoterápicos (BRASIL, 2006a).

O objetivo central desta pesquisa é conhecer quais as experiências de práticas integrativas e complementares no Brasil, conforme previsto na PNPIC de 2006, aparecem relacionadas ao atendimento em saúde mental na literatura científica nacional. Para tanto, objetivou-se, ainda, investigar quais os recursos das PICS estão sendo mais utilizados nas experiências no território brasileiro para atendimento em saúde mental; conhecer os benefícios das PICS para o tratamento de sofrimentos psíquicos; e refletir sobre o impacto do uso das PICS para a assistência em saúde aos usuários.

Metodologia

Trata-se de uma revisão integrativa (RI) da literatura, segundo Cooper, que sintetiza e analisa resultados de pesquisas primárias para desenvolver uma explicação mais abrangente de um fenômeno específico (COOPER, 1982). Os procedimentos metodológicos ocorreram em cinco etapas: *formulação do problema, coleta de dados, avaliação dos dados, análise e interpretação dos dados e apresentação dos resultados*.

Na primeira etapa, definiu-se a questão norteadora da pesquisa: *Quais são as experiências de práticas integrativas e complementares no Brasil para a saúde mental previstas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares?*

As bases de dados eletrônicas escolhidas para a busca dos artigos científicos foram: a Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciência e Saúde (LILACS), a Scientific Electronic Library Online (SciELO) e a Base de Dados Bibliográfica Especializada na Área de Enfermagem (BDENF). Os critérios de inclusão escolhidos para a seleção dos artigos científicos foram: artigos publicados em periódicos de saúde que abordassem a temática de Práticas Integrativas e Complementares na Saúde Mental; publicados no período entre 2006 e 2015, visto que a PNPIC surge no ano de 2006.

Buscou-se, assim, as publicações no período após o surgimento da PNPIC, em português, estudos realizados no Brasil, resultante de pesquisas primárias e ou secundárias, relatos de experiência, estudos teóricos; artigos com acesso livre on-line em texto completo e sem custos para ter acesso.

Os seguintes descritores foram utilizados na pesquisa: *Medicina Complementar, Medicina Alternativa, Práticas Integrativas e Complementares, Acupuntura, Fitoterapia e Homeopatia*. Não foram incluídas as demais práticas da PNPIC como descritores, pois não aparecem nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) da Biblioteca Virtual em Saúde.

Foram localizados 803 artigos na base de dados ScIELO. Na base de dados BDNF, foram encontrados 476 artigos. Na LILACS, encontrou-se 6.799 publicações. Assim, a população desta RI constituiu-se de 8.078 artigos.

Ao se aplicarem os critérios de inclusão de período, idioma, local de realização do estudo e disponibilidade on-line sem custos, por meio de ferramenta de filtros das bases de dados, nas 8.078 publicações, 8.016 artigos foram descartados. Por meio da leitura do título e dos resumos, foram descartados mais 53 artigos por não abordarem a temática de Práticas Integrativas e Complementares na Saúde Mental. Dessa etapa, restaram nove artigos.

Deu-se a leitura na íntegra dos nove artigos. Destes, dois artigos não respondiam à questão norteadora, restando, assim, sete artigos que compuseram a amostra da revisão. Na terceira etapa, foi elaborado um quadro sinóptico para a coleta dos dados. Na quarta e quinta etapas, os resultados foram analisados/interpretados e apresentados.

O respeito aos aspectos éticos consistiu na fidedignidade às ideias dos autores e no respeito à autenticidade de definições, conceitos, ideias e princípios dos autores dos artigos científicos analisados, assegurando a autoria e citação destes nas referências, segundo a NBR 6023:2002 (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS, 2002).

Análise e Discussão dos Resultados

Os artigos selecionados encontravam-se publicados em diferentes periódicos, sendo dois (25,57%) publicados no mesmo periódico: *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Os demais foram publicados nos periódicos *Revista APS – Atenção Primária à Saúde*, *Caderno de Saúde Pública*, *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas*, *Revista Brasileira de Plantas Medicinais e Psicologia: Teoria e pesquisa*, respectivamente, um (14,28%) artigo científico em cada periódico.

Todos os artigos que constituíram a amostra deste estudo foram desenvolvidos em território nacional, porém as produções científicas foram desenvolvidas predominantemente na região Sudeste do País, totalizando 4 (57,14%) publicações, sendo três só no estado de Minas Gerais. Em seguida, vinha a região Sul onde 2 (28,5%) estudos foram desenvolvidos; e um (14,28%) artigo foi desenvolvido na região Nordeste.

Apesar de 28,5% dos estudos terem sido desenvolvidos na região Sul, o Estado do Rio Grande do Sul e a cidade de Porto Alegre, local onde a pesquisadora desta RI realiza sua formação e pesquisa, não apareceram como locais de desenvolvimento das pesquisas sobre PICS e saúde mental. O Estado do Rio Grande do Sul teve sua Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares (PEPIC/RS) aprovada em 20 de dezembro de 2013, considerando a portaria GM/MSn°971, que tratada PNPIC (RIO GRANDE DO SUL, 2013).

No relatório da 6ª Conferência Municipal de Saúde de Porto Alegre (PORTO ALEGRE, 2011), foi indicada a implantação de uma Política Municipal de Práticas Integrativas em Saúde (PMPI). Segundo o Plano Municipal de Saúde 2014-2017 (PORTO ALEGRE, 2013), a Prefeitura de Porto Alegre vem buscando implantar a PMPI a partir do levantamento dos recursos humanos especializados em PICS e dos serviços já existentes na rede de saúde do município. Isso leva-nos à reflexão sobre a implementação e incentivo a essas políticas que vêm se construindo nas comunidades, chamando atenção para a necessidade de mais pesquisas em território gaúcho e porto-alegrense para mapear a realidade dessas localidades e de fortalecer os planos estaduais e municipais e as políticas vigentes.

Pode-se constatar uma diminuição da produção científica nos últimos cinco anos, compondo a amostra deste estudo apenas 3 (42,86%) artigos com publicação compreendida entre 2011 e 2013, se comparada ao período de 2008 e 2010, quando 4 (57,14%) publicações aparecem. Apesar do período escolhido para esta pesquisa ter compreendido também os anos de 2006, 2007, 2014 e 2015, não foram encontradas publicações nesses anos que contemplassem a questão norteadora do estudo.

Os estudos analisados neste trabalho apresentaram como participantes usuários dos serviços de saúde, usuários de serviços de saúde mental, comunidades de usuários de plantas medicinais e população em geral. Compôs a amostra também um (14,28%) estudo de revisão sistemática.

Ao se fazer a análise de acordo com os objetivos, identificou-se que dois artigos (SILVA; TESSER, 2013; BRASILEIRO et al, 2008) objetivaram analisar experiências de PIC na Atenção Primária à Saúde (APS) no SUS, ao passo que um estudo (MONTEIRO;

BEZERRA; SOUZA, 2012) buscou conhecer quais são as experiências de PICS em geral no Brasil; e outro (ALBERTASSE; THOMAZ; ANDRADE, 2010) objetivou investigar o conhecimento popular quanto ao uso de PICS. Identificou-se, ainda, que três artigos (VIEIRA; PORCU; BUZZO, 2009; RODRIGUES-NETO et al, 2008; LIMA; NETO, 2011) tiveram a intenção, dentre os seus respectivos objetivos, de apresentar experiências do uso de PICS em saúde mental. Constata-se, assim, que há uma preocupação em identificar os pontos relevantes do uso de PICS pela população brasileira, dando valor à qualidade das experiências dos usuários de saúde.

Por fim, através da análise dos objetivos, pode-se evidenciar, ainda, a deficiência em estudos que busquem descrever quais as PICS estão sendo utilizadas e seus respectivos efeitos no tratamento em saúde mental.

Em relação à metodologia, entre os artigos analisados, dois (SILVA; TESSER, 2013; LIMA; NETO, 2011) são estudos qualitativos e, em um deles (ALBERTASSE; THOMAZ; ANDRADE, 2010), utilizou-se, segundo os autores, tanto de métodos qualitativos quanto quantitativos. Em uma (MONTEIRO; BEZERRA; SOUZA, 2012) das publicações, os autores utilizaram a metodologia de revisão sistemática. Esse método assemelha-se à metodologia proposta por Cooper utilizada no presente estudo, uma vez que se propõe a realizar uma análise crítica e sintética dos artigos disponíveis e de relevância sobre um tema previamente definido, sendo útil para integrar informações de um conjunto de estudos realizados separadamente (GREENHALGH, 2008).

Os estudos quantitativos corresponderam a três artigos analisados (VIEIRA; PORCU; BUZZO, 2009; BRASILEIRO et al, 2008; RODRIGUES-NETO et al, 2008). Nesse tipo de estudo, há o uso de instrumentos quantitativos e a análise estatística dos dados por meio de técnicas estatísticas (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

A seguir, no **Quadro 1**, as experiências com PICS em saúde mental são mostradas e evidenciadas através dos resultados das pesquisas que compõem a amostra desta RI.

Quadro 1 - Experiências com PICS em saúde mental, título e autores.

TÍTULO	EXPERIÊNCIAS COM PICS EM SAÚDE MENTAL	AUTORES
Experiências de pacientes com acupuntura no Sistema Único de Saúde em diferentes ambientes de cuidado e (des)medicalização	Relatos de usuários que observaram melhora dos sintomas depressivos, de angústia, ansiedade e qualidade do sono a partir do uso da acupuntura.	SILVA; TESSER, 2013
A prática da hidroginástica como tratamento complementar para pacientes com transtorno de ansiedade	O grupo praticante de hidroginástica apresentou diminuição do nível de ansiedade de moderada para grave ao final das 12 semanas do estudo. Houve diminuição dos sintomas negativos (raiva, depressão, tensão, fadiga e confusão) e aumento dos sintomas positivos (euforia e vigor) para o GE, enquanto ocorreu o contrário para o GC, que fazia uso apenas da medicação, justificando-se, possivelmente, em razão do sedentarismo e isolamento social.	VIEIRA; PORCU; BUZZO, 2009
Práticas Integrativas e Complementares no Brasil - Revisão Sistemática	Três artigos dos 21 que compõem a amostra tratam em algum ponto do texto da relação entre PICS e saúde mental. E apenas um artigo tratou do uso de PICS em geral para cuidados em saúde mental, apontando para seus benefícios quanto à redução da frequência de depressão e ansiedade na comunidade estudada.	MONTEIRO; BEZERRA; SOUZA, 2012
Plantas medicinais utilizadas pela população atendida no "Programa de Saúde da Família", Governador Valadares, MG, Brasil	10% dos entrevistados referiram fazer uso de plantas medicinais (erva-cidreira, camomila e erva-doce) como calmante para aliviar tensões nervosas/stress.	BRASILEIRO et al., 2008
Plantas medicinais e seus usos na comunidade da Barra do Jucu, Vila Velha, ES	Das 86 espécies apresentadas neste estudo, nove foram citadas como tendo indicação de uso para efeito calmante: Erva-de-Santa-Maria, Erva-doce, Erva-Cidreira, Camomila, Chuchu, Maracujá, Melissa, Alecrim e Alfazema.	ALBERTASSE; THOMAZ; ANDRADE, 2010

Transtornos mentais comuns e o uso de práticas de medicina complementar e alternativa – estudo de base populacional	A prevalência de TMC foi de 23,2% na população estudada. A PIC/Medicina Complementar e Alternativa foi opção terapêutica significativa às pessoas com TMC neste trabalho, sendo utilizada por 38% quando a oração a Deus não é incluída, e por 74,8%, quando esta é acrescentada. Foram citadas como alternativas terapêuticas às com TMC as seguintes PICS: benzedeiras (19%), exercícios físicos (21,5%), guias espirituais, gurus, terreiros (3,5%), homeopatia (3,6%), oração a Deus (59,3%) e programas dietas/dietas populares (8,8%). Não houve associação estatística entre o TMC e as seguintes formas terapêuticas: acupuntura (1,3%), grupos de autoajuda (2,2%), massagem (5,4%), medicina ortomolecular (0,1%), quiropraxia (2,1%) e relaxamento/meditação (2,2%).	RODRIGUES-NETO et al., 2008
Danças Brasileiras e Psicoterapia: Um Estudo Sobre Efeitos Terapêuticos	39% dos participantes do grupo de dança o entendem como atividade de função terapêutica. Sendo as relações que caracterizam essa função: sensação de produção, melhora da autoestima e autoconfiança, melhora do humor, aumento da disposição, resgate da alegria de viver, autoconhecimento, maior consciência corporal, relacionamento em grupo, desenvolvimento da criatividade e possibilidade de esquecer temporariamente os problemas.	LIMA; NETO, 2011

Fonte: SOUZA, 2015.

A partir da análise do Quadro 1, é possível visualizar que dois artigos (BRASILEIRO et al., 2008; ALBERTASSE; THOMAZ; ANDRADE, 2010) falam sobre os benefícios da fitoterapia ou uso das plantas medicinais para questões de saúde mental. Um (SILVA; TESSER, 2013) aponta a acupuntura como prática possível para o tratamento de sofrimentos psíquicos. Outro (RODRIGUES-NETO et al., 2008) cita a acupuntura como prática escolhida pelos entrevistados para tratamento de TMC, porém os resultados mostram uma parcela insignificante da população do estudo fazendo essa escolha.

Três (VIEIRA; PORCU; BUZZO, 2009; RODRIGUES-NETO et al., 2008; LIMA; NETO, 2011) pesquisas falaram das práticas corporais, como exercício físico, dança e hidroginástica, sendo utilizadas e apresentando benefícios à saúde mental dos usuários. Tais evidências mostram que o tratamento medicamentoso, quando associado ao exercício físico, proporciona benefícios superiores ao paciente ansioso se comparado ao uso do medicamento isolado (VIEIRA; PORCU; BUZZO, 2009). Algumas teorias científicas afirmam que, durante a realização do exercício físico, ocorre liberação de beta-

endorfina e do neurotransmissor dopamina pelo organismo, trazendo um efeito calmante e analgésico (GALLO, JR. et al., 1995; GOLFARB, JAMURTAS, 1997; HEITKAMP et al., 1996).

Outra teoria, proposta por Morgan e Ransford (conforme citado por Vieira, Porcu e Buzzo, 2009), indica que a atividade física aumenta a transmissão sináptica das monoaminas, que funcionam, supostamente, como antidepressivos. Além disso, o exercício físico, a dança e as demais práticas corporais (movimento terapia, Yoga, o Tai-chi-Chuan e o relaxamentoprogressivo), quando praticados em grupo, possibilitam a socialização, combatendo o isolamento social, o que pode vir a ser um fator estressante e desencadeador de sintomas ansiosos e depressivos (VIEIRA; PORCU; BUZZO, 2009; LIMA; NETO, 2011).

Um estudo realizado na Alemanha mostrou que a Dança – Movimento Terapia proporcionou um significativo aumento da vitalidade e a diminuição de estados depressivos em pacientes psiquiátricos (KOCH, MERLINGHAUS, FUCKS, 2007). Dessa forma, o exercício físico pode mostrar-se uma prática tão eficaz para o tratamento de ansiedade e depressão quanto os tratamentos psicoterápicos e farmacológicos, tendo ainda a vantagem de ser mais econômico, com menos efeitos colaterais e com mais benefícios para a saúde (VIEIRA; PORCU; BUZZO, 2009).

Dos sete estudos que compõem a amostra deste trabalho, apenas um (RODRIGUES-NETO et al, 2008) apresentou, em seus resultados, o uso da homeopatia como terapia alternativa para o tratamento de TMC. Ainda que pesquisas mostrem que esta é uma possibilidade de cuidado que oferece menor custo e maior satisfação, quando comparada a psicoterapias ou terapias medicamentosas, é ainda menor a ocorrência de efeitos colaterais (PAL, 2002; BELL, 2005). O mesmo estudo também traz como significativas as práticas espirituais enquanto alternativa de cuidado aos sintomas depressivos e ansiosos, dando luz à importância da temática espiritualidade e saúde.

Todos os artigos abordaram o uso de PICS referenciando os sintomas depressivos e ansiosos nas populações pesquisadas, outras possíveis sintomatologias não são citadas. Ainda que, na literatura nacional e internacional, apareçam outros transtornos mentais que podem ser tratados pela medicina alternativa e complementar, a depressão e a ansiedade são as questões de saúde mental que mais acometem o mundo e a população brasileira (SOH; WALTER, 2012; PAPA, DALLEGRAVE, 2014; OMS, 2010).

Os autores Silva e Tesser (2013) falam da falta de capacitação dos profissionais de saúde da atenção primária e da prática acupunturista centrada nos profissionais médicos. Ainda que alguns relatos desse mesmo estudo evidenciem um processo de

desmedicalização ao qual a PNPIC se propõe, a prática médico-centrada, em que o acesso ao acompanhamento dá-se, quase sempre, pela indicação do médico, torna-se arriscada enquanto modelo contra- hegemônico, podendo ser confundida como apenas mais uma especialidade ou terapêutica biomédica que reforça a heteronomia e a medicalização.

Isso também é salientado pelos autores Monteiro, Bezerra e Souza (2012) que apresentam, através da sua revisão sistemática, a relação e afinidades entre atenção primária, atenção psicossocial e PICS, apontando para as seguintes características comuns entre elas: cuidado centrado no sujeito, abordagens ampliadas e holísticas, valorização de saberes/práticas não biomédicos, caráter desmedicalizante, corresponsabilização e empoderamento do usuário na promoção do seu cuidado, abordagem familiar e comunitária.

Os autores discutem, também, através dos seus resultados, que ainda há resistência por parte de alguns profissionais da saúde que, apesar de conhecerem as práticas, acham que é necessária muita cautela ao encaminhar o usuário de saúde para atendimento com PICS e que é desaconselhável, a um paciente, buscar tratamento alternativo ou complementar sem a indicação de um médico (MONTEIRO; BEZERRA; SOUZA, 2012). Essa abordagem contraria a premissa de valorização do saber do sujeito e da corresponsabilização sobre a sua saúde, reforçando a relação prescritiva que às vezes os profissionais que trabalham com PICS podem reproduzir.

No Brasil, condizente com essa ideia, existe a Política Nacional de Humanização (PNH), elaborada em 2004, construída em torno da humanização das práticas de atenção e gestão no sistema de saúde. Dentre os princípios norteadores da PNH, estão: o incentivo à autonomia e ao protagonismo dos pacientes, corresponsabilidade na produção de sua própria saúde e valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção.

Ainda no estudo de Monteiro, Bezerra e Souza (2012), os resultados mostram que a procura pelo uso de PICS tem crescido, em especial, após a implantação da PNPIC, em 2006. As práticas mais procuradas pelos usuários de saúde são: a acupuntura, a homeopatia e a fitoterapia. Os dois estudos que abordam o uso de plantas medicinais (BRASILEIRO et al., 2008; ALBERTASSE; THOMAZ; ANDRADE, 2010) também falam da grande procura da população por essa prática de saúde, sendo que, em uma das populações estudadas (BRASILEIRO et al., 2008), apenas 8,06% dos entrevistados não faz uso de plantas para fins medicinais.

Albertasse, Thomaz e Andrade (2010) apontam, ainda, para uma questão importante ao trazer, em seus resultados, que grande parte das espécies citadas pela população investigada é utilizada para situações de saúde comuns à atenção primária à saúde, como úlcera, gastrite, enjoos, feridas, gripe, inflamações e dores. A dor física também aparece como motivo de procura pelas plantas medicinais em 80% dos casos do estudo de Silva e Tesser (2013). Ainda que a população acesse esses recursos por outras queixas, todos os estudos mostraram, conforme evidenciado no **Quadro 1**, que as PICS atenderam, em algum momento, às demandas de saúde mental, mesmo quando estas não eram a queixa principal. Isso revela uma abordagem que abrange outras questões, aproximando-se, ainda que de forma limitada, da ideia de cuidado humanizado, de integralidade e de clínica ampliada.

Outro dado a ser destacado, apontado por Albertasse, Thomaz e Andrade (2010), é que quase a metade das espécies citadas pelos usuários de plantas medicinais não condiz com a literatura científica quando comparada quanto às suas finalidades terapêuticas. Esses resultados, quando comparados às questões apontadas por Monteiro, Bezerra e Souza (2012) e Silva e Tesser (2013) de falta de capacitação dos profissionais de saúde para o trabalho com PICS, reforçam a necessidade de investimento na implementação da PNPIC, em especial, na atenção primária à saúde pela sua proximidade com a comunidade para resgatar e valorizar o saber popular e assegurar uma assistência de qualidade baseada no conhecimento popular e científico.

Considerações Finais

Este trabalho possibilitou compreender as PICS que estão sendo estudadas em território nacional e, assim, dar luz às potencialidades e dificuldades desse processo. Além disso, foi possível conhecer as práticas que estão sendo utilizadas pela população e servindo de recurso terapêutico aos profissionais de saúde para a melhora de sintomas de sofrimentos psíquicos.

Ainda que a maioria dos usuários de PICS busque tais alternativas de cuidado para o tratamento de dores e outras questões físicas, a abordagem de atenção integral, a qual as PICS se propõem, possibilita que as questões de saúde mental também sejam assistidas, configurando essas práticas como potentes promotores de saúde física e psíquica.

A deficiência de capacitação de profissionais de saúde para abordagem com PICS; a falta de coerência entre a lógica de integralidade, autonomia e corresponsabilidade no cuidado do sujeito vislumbrada na PNPIC; a lógica biomédica e hegemônica observada

no modo de trabalho de profissionais em alguns estudos e a pobreza de publicações científicas quanto aos benefícios das PICS em saúde mental sugerem a necessidade de investimento, por parte do Estado, nas políticas de saúde pública nacionais que discutam o cuidado em saúde através das PICS.

Sugere-se, ainda, incentivo à cultura de clínica ampliada, através da revisão de grades curriculares dos cursos superiores da área da saúde, possibilitando uma formação que valorize os conhecimentos populares, aliada a produções científicas a partir das experiências nostritórios.

Por fim, destacam-se as limitações deste estudo quanto à amostra pequena que constituiu essa RI, o que pode tornar os resultados pouco fidedignos à realidade, mas que apontam para a necessidade de mais pesquisas sobre a temática de práticas integrativas e complementares e saúde mental.

Referências Bibliográficas

ALBERTASSE, P. D., THOMAZ, L. D., ANDRADE, M. A. Plantas medicinais e seus usos na comunidade da Barra do Jucu, Vila Velha, ES. *Rev. Bras. Pl. Med.*, Botucatu, v. 12, n. 3, p. 250-260, 2010.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. *NBR 6023:informação e documentação: referências e elaboração*. Rio de Janeiro: ABNT, 2002. 24 p.

BELL, I. R. Depression research in homeopathy: Hopeless or hopeful? *Guest editorial homeopathy*, v. 94, p. 141-144, 2005.

BIANCHINI, F.; POSSEBON, F. Ayurveda: a ciência da vida. *Caminhos*, Goiânia, v. 12, n. 1, p. 8-21, jan.-jun. 2014.

BRASILEIRO, B. G. et al. Plantas medicinais utilizadas pela população atendida no “Programa de Saúde da Família”, Governador Valadares, MG, Brasil. *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas*, v. 44, n. 4, p. 629-636, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria nº 971*, de 03 de maio de 2006. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS – PNPIC - SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. *Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos – PNPMF -SUS*. Brasília:Ministério da Saúde, 2006b.

COOPER, H. M. Scientific guidelines for conducting integrative research reviews. *Review of Educational Research*, Washington, v.52, p.291-302, 1982.

GOLDFARB A. H., JAMURTAS, A. Z. Beta-endorphin response to exercise: an update. *Sports Med.*, v. 24, p. 8-16, 1997.

GALLO JR, L., MARIN-NETO, J. A., MACIEL, B. C., GOLFETTI, R., MARTINS, L. E. B., CHACON-MIKAHIL, M. P. T., et al. Atividades físicas: “remédio” cientificamente comprovado? *A Terceira Idade*, v. 10, n. 6, p. 34-43, 1995.

GREENHALGH, T. *Artigos que resumem outros artigos: revisões sistemáticas e metanálises*. In: Como ler artigos científicos: fundamentos da medicina baseada em evidências. 3 ed. Porto Alegre: ArtMed, 2008. p. 134- 150.

HEITKAMP, H. C., HUBER, W., SHEIB, K. Beta-endorphin and adrenocorticotrophin after incremental exercise and marathon running- famele responses. *Eur. J. appl. Physiol.*, v. 72, p. 417-424, 1996.

KOCH, S., MORLINGHAUS, K., FUCHS, T. The Joy Dance – Specific Effects of a Single Dance Intervention on Psychiatric Patients with Depression. *The Arts in Psychotherapy*, V. 34, p. 340-349,2007.

LIMA, D. M., NETO, N. A. S., Danças brasileiras e psicoterapia: um estudo sobre efeitos terapêuticos. *Psic.: Teor. e Pesq.*, Brasília, v. 27, n. 1, p. 41-48, 2011.

MONTEIRO, M. M. S., BEZERRA, A. F. B., SOUZA, I. M. C. Práticas Integrativas e Complementares no Brasil – revisão sistemática. *RevistaAPS – Atenção Primária à Saúde*, Recife, 2012.

OMS. *Estratégia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005*. Geneva: World Health Organization Publications, 2002.

OMS. *General Guidelines for Methodologies on Research and Evaluation of Traditional Medicine*. Geneva: World Health Organization Publications, 2000.

OMS. *Mental Disorders*. 2014.

OMS. *People with mental disabilities cannot be forgotten*- WHO urges development programmes to include people with mental and psychosocial disabilities. New York. 16 Set. 2010.

PAL, S. K. Complementary and alternative medicine: na overview. *Current Science*. v. 82, n. 5, p. 518-524, 2002.

PAPA, M. A. B.; DALLEGRAVE, D. *Práticas integrativas e complementares em centros de atenção psicossocial: possibilidade de ampliação do cuidado em saúde*. Trabalho de Conclusão de Residência – CEP/RIS/GHC, trabalho não publicado, Porto Alegre,2014.

POLIT, Denise F; BECK, Cheryl T; HUNGLER, Bernardette P. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem:métodos, avaliação e utilização*. 5. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal de Porto Alegre. *Relatório Final da 6ª Conferência Municipal de Saúde – 2011*. Porto Alegre, 2011.

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Secretaria Municipalde Saúde. *Plano Municipal de Saúde 2014-2017*. Porto Alegre,2013.

RIO GRANDE DO SUL. Estado do Rio Grande do Sul. Secretaria da Saúde. *Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares – PEPIC/RS*. Porto Alegre: Estado do Rio Grande do Sul, 2013.

RODRIGUES-NETO, J. F., FIGUEIREDO, M. F. S., FARIA, A. A. S., FAGUNDES, M. Transtornos mentais comuns e o uso de práticas de medicina complementar e

alternativa– estudo de base populacional. *J Bras. Psiquiatr.*, Monte Carlos, v. 57, n. 4, p. 233-239, 2008.

SILVA, E.D.C. da, TESSER, C.D. Experiência de pacientes com acupuntura no Sistema Único de Saúde em diferentes ambientes de cuidados e (des)medicalização. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 11, p. 2186- 2196, 2013.

SOH N.L., WALTER G. Traditional and alternative medicine treatments in child and adolescent mental health. *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. v. 2, p. 1-22, 2012.

VIEIRA, J. L. L., PORCU, M., BUZZO, V. A. S. A prática da hidroginástica como tratamento complementar para pacientes com transtorno de ansiedade. *J. Bras. Psiquiatr.*, Maringá, v. 58, n. 1, p. 8-16, 2009.

SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Luisa de Andrade Salles

Introdução

Receber uma assistência à saúde de qualidade é um direito do indivíduo e os serviços de saúde devem oferecer uma atenção que seja efetiva, eficiente, segura (MONSERRAT-CAPELLA, 2013). Segundo o relatório “Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro” (*To err is Human: building a safer health system*), os atributos fundamentais que definem a qualidade nos cuidados de saúde são: efetividade, centralidade no paciente, oportunidade do cuidado, eficiência, equidade e segurança do paciente (BRASIL, 2014). O referido relatório estimou que eventos adversos decorrentes da prestação de cuidados à saúde são responsáveis pela ocorrência de 44 a 94 mil óbitos/ano nos EUA e que os custos totais (incluindo a despesa de cuidados adicionais, perda de rendimento, perda de produtividade e deficiência) foram entre 17 e US\$ 29 bilhões, por ano, nos hospitais em todo o país (CALDAS e TRAVASSOS 2013).

Errar faz parte do comportamento normal do ser humano, sendo cometido diariamente, por todos, de forma inesperada e não proposital (RUNCIMAN et al., 2009). Contudo, os erros podem ser prevenidos através de sistemas de barreiras que os detectem previamente e por desenvolvimento de uma cultura de segurança que garanta melhorias na segurança do paciente.

Entende-se por segurança do paciente a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário, real ou potencial associado ao cuidado de saúde (KOHN et al., 2000). Em segurança do paciente, um incidente é um evento ou circunstância que resultou ou poderia ter resultado em dano desnecessário ao paciente. Os incidentes podem ser incidentes sem dano, incidentes com dano, ou *near misses*. Incidentes que resultam em dano ao paciente são denominados Eventos Adversos (EA) (SHERMAN et al., 2009).

No Brasil, os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) são o nível de atendimento mais utilizado pela população (MARCHON et al., 2015). Estima-se que a taxa de incidentes que ocorrem em consultas na atenção primária varia entre 0,04 a 24% e que de 45 a 71% de todos os erros poderiam ser prevenidos (MAKEHAM et al., 2009).

Em um artigo publicado pelo *Safer Primary Care Expert Working Group*, formado por pesquisadores internacionais para estudar os riscos, a magnitude e a natureza do

dano evitável em pacientes submetidos aos cuidados da atenção primária, foi demonstrado que incidentes são frequentes e que existem riscos específicos tanto por causa do ambiente como pelo tipo de cuidado de saúde prestado (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011).

Considerando que errar é humano e que incidentes são frequentes no cuidado à saúde, o objetivo deste artigo foi realizar uma revisão bibliográfica sobre segurança do paciente na APS.

Materiais e Métodos

Foi realizada uma revisão de literatura nas bases de dados MEDLINE, Scopus, LILACS e SciELO, com corte temporal de 2010 a maio de 2016. A estratégia de busca foi igual para todas as bases de dados. Foram selecionados artigos na língua portuguesa, inglesa e espanhola, que tivessem seus respectivos resumos disponíveis. Os critérios utilizados para seleção dos artigos consistiram em uma abordagem baseada nos seguintes descritores: segurança do paciente, *patient safety*, *la seguridad del paciente*, segurança do paciente na atenção básica, atenção básica de saúde e cuidados de saúde primários, *primary health care* e *la seguridad del paciente atencion primaria del salud*.

Para a seleção dos artigos, foram usados os seguintes critérios de inclusão: artigos relacionados ao tema segurança do paciente na atenção primária à saúde; artigos nos idiomas português, inglês e espanhol, as referências de artigos capturados pela busca eletrônica, livros e documentos de organizações, obtidos em sítios da *internet*. Foram excluídos os estudos no formato de cartas, editoriais, notícias, comentários de profissionais, sem resumo disponível; sobre um processo específico de cuidado na atenção primária; sobre incidentes hospitalares; sobre um tipo específico de patologia ou de incidente; publicados em outros idiomas que não português, inglês ou espanhol.

Resultados e Discussão

A busca nas bases de dados identificou 92 artigos, incluindo capítulos de livros, portarias e resoluções nacionais. Do total encontrado, 42 textos foram usados para compor esta revisão. Os temas referidos incluem tipos de incidentes na atenção primária à saúde, cultura da segurança, erros de medicação e uso de tecnologias de informação, ensino da segurança do paciente na graduação e pesquisa em segurança do paciente.

Incidentes na Atenção Primária à Saúde

Através de uma revisão sistemática, Marchon e Junior (2015) mostraram que os tipos de incidentes mais comuns na atenção primária à saúde foram associados a erros de diagnósticos e erros de medicação. A frequência de incidentes associados à terapia medicamentosa variou entre 12,4 e 83%. Em relação aos fatores que mais contribuíram para a ocorrência dos incidentes, foram citadas as falhas de comunicação, de 5 a 41% interprofissional e do profissional com usuário, falta de insumos e de medicamentos; comunicação incorreta e atrasos dos resultados de exames; problemas com medicamentos (erros de prescrição e dose, medicamento e pacientes incorretos); saúde debilitada dos profissionais; incerteza de diagnóstico, sistemas de informação inadequados; decisões administrativas tomadas sem participação dos profissionais de saúde; e registros médicos inadequados.

Um estudo transversal realizado em 48 centros de saúde de Atenção Primária na Espanha estimou uma prevalência de 11,8% de eventos adversos (EA). Entre os fatores causais dos EA, 48,2% estavam relacionados a medicamentos, 25,7% aos cuidados em saúde, 24,6% à comunicação, 13,1% ao diagnóstico e 8,9% à gestão (ARANAZ et al., 2008).

O ambiente complexo da atenção primária exige do médico um conjunto de habilidades que possibilitem a segurança do paciente, considerando o envelhecimento da população e a polifarmácia. Segundo Ahmed e colaboradores (2014), para os médicos da atenção primária, os atributos e as habilidades mais importantes para um cuidado seguro foram honestidade (93%), competências técnicas/clínicas (89%) e consciência (89%). Entre os atributos e habilidades passíveis de treinamento, foram citadas habilidades técnicas (93%), percepção da situação (75%) e antecipação/prevenção (71%). Algumas habilidades de segurança adicionais, como defesa do paciente, capacidade de negociação, responsabilidade e intuição clínica (ouvir a voz interior), foram identificadas como relevantes.

Erros de medicação e uso de tecnologia da informação

Uma revisão sobre incidentes com medicamentos registrados no *National Reporting and Learning System (NRLS)*, na Inglaterra, apontou 526.186 incidentes com medicação (incluindo as notificações do sistema hospitalar), destes 44.952 foram provenientes da atenção primária, representando 8,5% do total de incidentes (23).

No Brasil, não se conhece a magnitude real do problema dos erros de medicação, contudo, aponta-se que a maioria dos eventos adversos na atenção primária à saúde está

relacionada à medicação. Um estudo realizado em creches no município de São Paulo apontou que 12,1% (considerando o número de 1.382 crianças) utilizaram medicamentos contraindicados ou não indicados para tratamento de sintomas e diagnósticos referidos, que 27% dos medicamentos foram prescritos incorretamente e que o número de prescrições incorretas foi associado ao número de fármacos prescritos pelo médico (BELELA et al., 2011).

Em relação à população idosa, eventos e reações adversas a medicamentos são as principais causas de morbimortalidade. Para assegurar o uso seguro de medicamentos em idosos, foi proposta uma lista de checagem que abrange conhecer todos os medicamentos utilizados pelo paciente, incluindo vitaminas, chás e produtos de origem vegetal, detectar síndromes geriátricas induzidas por medicamentos (como quedas relacionadas a psicotrópicos), detectar e intervir na sobreprescrição (prescrição de mais fármaco que o necessário) e disprescrição (prescrição incorreta de um fármaco), medir e intervir sobre aderência farmacológica, conhecer parâmetros de peso e taxa de depuração renal para calcular doses exatas, avaliar e intervir na infraprescrição (omissão de uma intervenção farmacológica existindo a condição ou enfermidade que exija a intervenção) e avaliar a capacidade de manejo dos medicamentos pelo paciente idoso (OSCANOA, 2013).

Estudos têm revelado que 11 a 23% dos pacientes apresentam eventos adversos relacionados a medicamentos após alta hospitalar devido à prescrição inapropriada de medicamentos, falta ou insuficiência de orientação sobre o tratamento, ausência ou inadequação do seguimento do paciente, às falhas na comunicação e transferência de informações entre hospital e atenção primária. Para diminuir a incidência desses eventos, pode-se utilizar uma série de estratégias, como reconciliação medicamentosa, orientação ao paciente e/ou cuidador, desenvolvimento de comunicação efetiva e articulação do cuidado entre hospital e demais serviços de saúde (MARQUES et al., 2014).

Revisões sistemáticas sobre qualificação da medicação usada na atenção primária têm demonstrado que 3 a 4% das internações hospitalares, não planejadas, são atribuídas à prescrição de medicamentos de alto risco, como anticoagulantes, diuréticos, anti-inflamatórios não esteroidais, analgésicos opióides, beta-bloqueadores e anti-diabéticos e falta de monitoramento da adesão ao tratamento e da eficácia clínica (GARFIELD et al., 2009; DREISCHULTE et al., 2012).

Algumas soluções para reduzir os incidentes com medicamentos, tanto em nível hospitalar quanto na atenção primária, incluem instituição de programas de educação permanente, incorporação de tecnologias e sistema de informação na prática assistencial

(prescrição informatizada, por exemplo), uso de protocolos, atuação clínica do farmacêutico como integrante da equipe multiprofissional e implementação de sistemas de notificação de erros (SANTI, 2016).

O uso de registros eletrônicos na atenção primária tem sido associado à prestação de cuidados mais seguros pelos médicos. Quando utilizada de forma adequada, a tecnologia da informação pode melhorar, substancialmente, a segurança dos pacientes, através da estruturação de ações, da captura de erros, dos relatórios de apoio e da decisão centrada no paciente, baseada em evidências, permitindo a personalização necessária da prescrição (AGRAWAL et al., 2009; MCGUIRE et al., 2012).

No Brasil, foi desenvolvido pelo Ministério da Saúde e pela Anvisa, com parceria da FIOCRUZ e FHEMIG, o protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos, com intuito de promover práticas seguras no uso de medicamentos. Seu escopo de aplicação cobre todos os estabelecimentos que prestam cuidados à saúde, em todos os níveis de complexidade, em que medicamentos sejam utilizados para profilaxia, exames diagnósticos, tratamento e medidas paliativas (BRASIL, 2013a).

Cultura da segurança

Cultura de segurança é definida como o produto de valores, atitudes, percepções, competências, padrões de comportamento que determinam o compromisso, o estilo e a proficiência da gestão da saúde e segurança de uma organização (FUJITA et al., 2013).

Para Wallis e colaboradores (2011), a avaliação em torno da cultura de segurança vem sendo ampliada nas unidades de atenção primária à saúde através da utilização ferramentas, como questionários, entrevistas e/ou grupos focais. Essas ferramentas propiciam uma abordagem direta e simples aos profissionais, valorizando a subjetividade do informante e permitindo exploração de temas sensíveis aos profissionais de saúde, nas dimensões psicoafetivas, como: ansiedade, culpa sobre os incidentes, incerteza no diagnóstico clínico, pressões relacionadas à organização do trabalho, competência profissional e motivação da equipe (WALLIS, 2011).

Pesquisadores holandeses desenvolveram um questionário (SCOPE- sigla para inquérito sistemático sobre segurança do paciente na atenção primária), com o objetivo de explorar a percepção dos profissionais da atenção primária quanto à cultura de segurança do paciente e determinar se haveria diferenças entre as classes profissionais. Os resultados obtidos demonstraram que os profissionais da atenção primária encaram de forma positiva a cultura de segurança do paciente e revelaram diferença entre as

profissões, indicando que uma abordagem personalizada por grupo profissional pode contribuir para a implementação de estratégias de segurança (VERBAKEL et al., 2014).

A ferramenta denominada Questionário das Atitudes de Segurança (*Safety Attitudes Questionnaire* - SAQ) tende estabelecer um elo entre a cultura da segurança e os resultados da assistência prestada ao paciente. No questionário, são classificadas nove categorias de segurança, as quais são: satisfação do trabalho, condições de trabalho, cultura do trabalho em equipe, comunicação, gerência do centro de saúde, segurança do paciente, reconhecimento do estresse, educação permanente e erro. Para os profissionais, a atitude de segurança considerada de maior importância foi a segurança do paciente (PAESE et al., 2013).

Para Weaver e colaboradores (2013), intervenções que visam melhorar a cultura de segurança podem, significativamente, melhorar os processos de cuidados clínicos e sugerem o potencial de diminuir índices de dano ao paciente. As intervenções consideradas básicas na promoção da cultura de segurança são o treinamento da equipe, o trabalho interdisciplinar e as ferramentas de comunicação.

Alcançar uma cultura de segurança requer um entendimento de valores, crenças e normas sobre o que é importante em uma organização e que atitudes e comportamentos relacionados à segurança do paciente são suportados, recompensados e esperados (VERBAKEL et al., 2014). As características de uma cultura de segurança sólida incluem o compromisso para discutir e aprender com os erros, o reconhecimento da inevitabilidade do erro, a identificação pró-ativa das ameaças latentes e incorporação de um sistema não-punitivo para o relato e a análise dos eventos adversos (PAESE et al., 2013).

Ensino da segurança do paciente na graduação e pesquisa em segurança do paciente

Educação e formação são elementos essenciais para equipar as equipes com habilidades necessárias para aumentar a segurança do paciente no ambiente de trabalho. Em virtude disso, vem sendo discutida a necessidade da introdução de conteúdos voltados à segurança do paciente no processo de formação dos profissionais dos cursos da área da saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

Com o intuito de verificar o que estava sendo ensinado sobre segurança do paciente aos estudantes de medicina da Universidade Federal de São Paulo, o projeto pedagógico do curso foi analisado com base de 2006. Foi verificado que o ensino sobre segurança do paciente é ministrado de forma fragmentada ao longo do curso. Os estudos recomendam que o ensino sobre segurança do paciente seja contemplado em

um eixo transversal, permitindo uma condução interdisciplinar e transdisciplinar (BOHOMOL et al., 2015).

Para a Organização Mundial de Saúde, os educadores devem estar preparados para desenvolverem experiências de aprendizado para seus estudantes que envolvam o uso da evidência científica, os componentes do cuidado centrado no paciente, a identificação de desvios em sua prática e a implantação de ações de correção. Com esse intuito, foi desenvolvido o Guia Curricular de Segurança do Paciente: Edição Multiprofissional, que se baseia na abordagem por equipe e na aprendizagem do estudante de forma integrada sobre como trabalhar dentro de uma cultura de segurança. O guia revela as diferentes oportunidades e contextos que podem ser utilizados pelos educadores no processo de ensinar, bem como traz recomendações práticas a aprendizagem (LEOTSAKOS et al., 2014).

As pesquisas na área de segurança do paciente são restritas e consideradas difíceis de serem realizadas. Para lidar com essa situação, em 2008, a formação de uma força tarefa mundial composta de especialistas em segurança do paciente foi convocada pela OMS, com objetivo de desenvolver um conjunto de competências essenciais para promoção do fortalecimento e investigação na referida área. Como resultado, foi concebida a primeira edição do *Competencies for Patient Safety Researchers*, que baliza o fortalecimento da capacidade de pesquisa, orientando o desenvolvimento de programas de treinamento para pesquisadores na área da segurança do paciente, principalmente, em países em situação de desenvolvimento e transição, nos quais há pouco ou nenhum estudo sobre o tema (ANDERMANN et al., 2011).

As metodologias qualitativas que avaliam a opinião dos profissionais de saúde e de seus pacientes, como questionários, entrevistas e grupos focais, são muito utilizadas nas pesquisas de segurança do paciente na atenção primária. No método de entrevista, destaca-se como ponto positivo a proximidade do entrevistado, que propicia a análise do impacto de um acontecimento ou de uma experiência vivenciada. Entre os questionários disponíveis na literatura, há o *Primary Care International Study of Medical Errors* (PCISME) e o *Estudio Sobre la Seguridad de los Pacientes en Atención Primaria de Salud* (APEAS). Ambos permitem avaliar as características dos incidentes e podem ser importantes instrumentos para explorar melhor o tema da segurança do paciente na APS. O PCISME já foi traduzido e adaptado para a língua portuguesa, e pesquisadores brasileiros já descreveram as etapas de tradução e adaptação para o contexto de uma região no Estado do Rio de Janeiro (MARCHON e JUNIOR, 2015).

Ações no Brasil em relação a segurança do paciente

O movimento pela segurança do paciente estimula uma forma de repensar os processos assistenciais, com o intuito de identificar a ocorrência de falhas antes que causem danos aos pacientes na atenção à saúde. Sabe-se que a segurança do paciente é uma das dimensões da qualidade dos serviços de saúde e, assim, segurança e qualidade são indissociáveis (GAMA e SATURNO, 2013).

Nesse contexto, em maio de 2002, a 55ª Assembleia Mundial da Saúde adotou a resolução *World Health Assembly* (WHA) – “Qualidade da atenção: segurança do paciente” – que solicitava urgência aos Estados-membros da Organização Mundial da Saúde (OMS) em dedicar maior atenção ao problema da segurança do paciente. Em 2004, dando continuidade a essa iniciativa, a 57ª Assembléia Mundial da Saúde apoiou a criação da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, para liderar os programas de segurança do paciente no âmbito internacional (REIS et al., 2013).

Um elemento central do trabalho da Aliança foi a formulação dos Desafios Globais para a Segurança do Paciente, sendo o primeiro trabalho direcionado à prevenção e ao controle das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (Iras) nos serviços de saúde. A iniciativa enfatiza a prática da higienização das mãos como medida primordial para a prevenção de infecções, com o tema *Uma Assistência Limpa é uma Assistência mais Segura*. Em 2008, o Segundo Desafio Global para a Segurança do Paciente – *Cirurgias Seguras Salvam Vidas* – foi lançado pela OMS. Esse desafio envolveu a segurança durante o procedimento cirúrgico realizado na sala operatória, direcionando o uso da Lista de Verificação da Segurança Cirúrgica (LVSC) pela equipe cirúrgica (BRASIL, 2015).

No Brasil, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) aderiu aos desafios globais *Uma Assistência Limpa é uma Assistência mais Segura* e *Cirurgias Seguras Salvam Vidas*, em 2007 e 2010, respectivamente (BRASIL, 2013b). A seguir, um conjunto de práticas da vigilância sanitária, circunscritas em políticas, normas, técnicas, regulamentações, fiscalizações e monitoramento, entre outros instrumentos sanitários, foi delineado e desenvolvido no País, objetivando a segurança do paciente em serviços de saúde. Foram elas: Resolução da Diretoria Colegiada (RDC), da Anvisa, nº. 63, de 2011, sobre Boas Práticas de Funcionamento em serviços de saúde, que incluem o Gerenciamento da Qualidade e Ações para a Segurança do Paciente (BRASIL, 2011); Portaria nº 1.443, de 11 de outubro de 2012, que instituiu grupo de trabalho para elaboração e implementação do “Plano de ação para a segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde (BRASIL, 2013c).; Portaria nº 1.377, de 9 de julho de 2013, que aprovou os Protocolos de Segurança do Paciente, sendo estes os protocolos

de cirurgia segura, prática de higiene das mãos e úlcera sobre pressão (Brasil, 2013d); e Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013, que aprovou os Protocolos de Segurança do Paciente, sendo estes: protocolo de prevenção de quedas, protocolo de identificação do paciente e protocolo de segurança na prescrição e de uso e administração de medicamentos (BRASIL, 2013e).

Em 15 de agosto de 2001, o Brasil passou a fazer parte do Programa Internacional de Monitorização de Medicamentos da OMS, coordenado pelo *The Uppsala Monitoring Centre – WHO Collaborating Centre for International Drug Monitoring*, localizado na Suécia, e, desde essa admissão, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), dentro do Programa Brasileiro de Farmacovigilância, tem tomado uma série de iniciativas como: a criação do Centro Nacional de Monitoração de Medicamentos, a organização de cursos e oficinas de trabalho multidisciplinares e a criação da Rede de Hospitais Sentinela. Além disso, em 2003, foi instituído o Sistema de Informação de Notificação de Eventos Adversos e Queixas Técnicas relacionados a Produtos de Saúde – SINEPS (CASSIANI, 2005).

Assim, a preocupação com a segurança do paciente sempre permeou as legislações sanitárias. Entretanto, o marco do tema, no Brasil, foi o lançamento oficial do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), pelo Ministério da Saúde (MS), por meio da publicação da Portaria GM 529, de 1º de abril de 2013 (Brasil, 2013f). O objetivo geral do PNSP é contribuir para a qualificação do cuidado em saúde, em todos os estabelecimentos do território nacional, apontando situações de risco e descrevendo as estratégias e ações definidas pelo serviço de saúde para a gestão do risco visando à prevenção e à mitigação de incidentes em todas as fases da assistência ao paciente (BRASIL, 2013f).

Conclusão

É fato que a assistência à saúde está cada vez mais complexa, fragmentada e não segura; e, apesar de haver compromisso e empenho de forma individual por parte dos profissionais, isso não é o bastante (LIMA, 2014). O movimento de promoção da segurança do paciente nos serviços de saúde começa a ter sentido no momento em que sai do “papel”, ou seja, que deixa de ser um projeto ou um regulamento para cumprir etapas de processo de acreditação, de recomendações de gestores ou, até mesmo, das bases de dados dos responsáveis pelo gerenciamento de risco e constitui-se como uma mudança de cultura que se fundamenta na atenção ao paciente. É imprescindível que as organizações de saúde utilizem seus esforços para superar a cultura tradicional da culpa

e castigo e passem a incentivar uma cultura do relato e do aprendizado. Os dirigentes das organizações precisam assimilar que a causa dos erros e eventos adversos é multifatorial e que os profissionais de saúde estão suscetíveis a cometer eventos adversos quando os processos organizacionais e técnicos são complexos e mal planejados. Nessa direção, a avaliação sistemática do erro e das barreiras que protegem os pacientes é o pilar de qualquer sistema de atenção à saúde que pretende ser seguro (HARADA e PEDREIRA, 2013). Assim, a segurança do paciente é conceituada como um princípio e um qualificador do cuidado, concretizada a partir de medidas estruturais, organizacionais, gerenciais, de responsabilidade e formação profissional que anteparem as possibilidades de erros e, simultaneamente, garantam a satisfação do binômio paciente-profissional (ALVES et al., 2015).

Referências Bibliográficas

AGRAWAL, A. Medications errors: prevention using information technology systems. *Br J Clin Pharmacol*, v.6, p.681-686, 2009.

AHMED, M.; ARORA, S.; MCKAY, J.; LONG, S.; VINCENT, C.; KELLY, M.; SEVDALIS, N.; BOWIE, P. Patient safety skills in primary care: a national survey of GP educators. *BMC Family Practice*, v. 15, n. 206, p.1-8, 2014.

ALVES, K.Y.A.; SANTOS, V.E P.; DANTAS, N. C. A análise do conceito segurança do paciente: a visão evolucionária de Rodgers. *Aquichan.*; v.15, n.4, p.521-528, 2015.

ANDERMANN, A; GINSBURG, L.; NORTON, P.; ARORA, N.; BATES, D.; WU, A; LARIZGOITIA, I. Core competencies for patient safety research: a cornerstone for global capacity strengthening. *BMJ Qual Saf.*, v. 20, p.96-101, 2011.

ARANAZ, J.M; AIBAR, C.; VITALLER, J.; MIRA, J.J.; OROZCO, D. *Estudio APEAS: estudio sobre la seguridad de los pacientes en Atención Primaria de Salud*. Ministerio de Danidad y Consumo (España). 2008..

BELELA, A S. C.; PEDREIRA, M. L. G.; PETERLINI, M. A S. Erros de medicação em pediatria. *Rev Bras Enferm*, v. 64, n. 3, p. 563-9, 2011.

BOHOMOL, E.; CUNHA, I. C.K.O. Ensino sobre segurança do paciente no curso de Medicina da Universidade Federal de São Paulo. *Einstein*, v.13, n.1, p.7-13, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente* / Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília : Ministério da Saúde, 2014.40 p.

34.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria MS nº 2.095 de 24 de setembro de 2013. *Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. Anexo 3 Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos*. 2013^a.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Boletim Informativo. Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde*. Ano VI, n.10, 2015.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática*. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. 2013b.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 63, de 25 de novembro de 2011. *Dispõe sobre os requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde*. 2011.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Portaria nº 1.443, de 11 de outubro de 2012. *Institui grupo de trabalho para elaboração e implementação do "Plano de ação para a segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde"*. 2013c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.377, de 9 de julho de 2013. *Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente*. 2013d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013. *Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente*. 2013e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 529 de 1 de abril de 2013. *Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente*. 2013f.

CALDAS, B.; TRAVASSOS, C. A Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente: históricos e conceitos. In: Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde. *Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde: Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática*, 2013. 172 p.

CASSIANI, S H.B. A segurança do paciente e o paradoxo no uso de medicamentos. *Rev Bras Enferm.*, v.58, n.1 jan-fev, p.95-9, 2005.

DREISCHULTE, T., GRANT, A M., MCCOWAN, C., MCANAW, J. J., GUTHRIE, B. Quality and safety of medication use in primary care: consensus validation of a new set of explicit medication assessment criteria and prioritisation of topics for improvement. *BMC Clinical Pharmacology*, v. 12, n. 5, p. 1-17, 2012.

FUJITA, S.; SETO, K.; ITO, S.; WU, Y.; HUANG, C.-C.; HASEGAWA, T. The characteristics of patient safety culture in Japan, Taiwan and the United States. *BMC Health Services Research*, p.13-20, 2013.

GAMA, Z. A S.; SATURNO, P. J. A segurança do paciente inserida na gestão da qualidade dos serviços de saúde. In: Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde. *Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde: Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática*, 2013. 172 p.

GARFIELD, S.; BARBER, N.; WALLEY, P.; WILLSON, A.; ELIASSON, L. Quality of medication use in primary care - mapping the problem, working to a solution: a systematic review of the literature. *BMC Medicine*, v.5, n. 50, p. 1-8, 2009.

HARADA, M. J. C. S.; PEDREIRA, M. L. G. O erro humano e sua prevenção. In: Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde. *Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde: Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática*, 2013. 172 p.

KOHN, L.T.; CORRIGAN, J.M.; DONALDSON, M.S.; MCKAY, T.; PIKE, K.C. *To err is human*. Washington, DC: National Academy Press; 2000.

LEOTSAKOS, A.; ARDOLINO, A.; CHEUNG, R.; ZHENG, H.; BARRACLOUGH, B.; WALTON, M. Educating future leaders in patient safety. *J Multidiscip Healthc*, v. 7, p. 381–388, 2014.

LIMA, F. D. M. A Segurança do paciente e intervenções para a qualidade dos cuidados de saúde. *Rev Espaço. Saúde*, v. 15, n. 3, p. 22-29, jul./set., 2014.

MAKEHAM, M.; DOVEY, S.; RUNCIMAN, W.; LARIZGOITIA, I. *Methods and measures used in primary care patient safety research*. Genève: World Health Organization; 2008.

MARCHON, S.G.; JUNIOR, W. V. M. Tradução e adaptação de um questionário elaborado para avaliar a segurança do paciente na atenção primária em saúde. *Cad. Saúde Pública*, v. 31(7), p.1395-1402, 2015.

MARQUES, L. F. G.; ROMANO-LIEBER, N. S. Estratégias para a segurança do paciente no processo de uso de medicamentos após alta hospitalar. *Revista de Saúde Coletiva*, v.24 [2], p. 401-420, 2014.

McGUIRE, M. J.; NORONHA, G.;SAMAL, L.; YEN, H.-C.;CROCETTI, S.; KRAVET, S. Patient Safety Perceptions of Primary Care Providers after Implementation of an Electronic Medical Record System.*J Gen Intern Med.*, v.28, n.2, p.184–92, 2012.

MONSERRAT-CAPELLA, D.; CHO, M.; LIMA, R. S. Qualidade em Serviços de Saúde na América Latina e Caribe. In: Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde. *Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde: Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada a Prática*, 2013. 172 p.

OSCANOA, T. J.Uso seguro se los medicamentos en adultos mayores: una Lista de chequeo. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, v. 30, n. 2, p. 320-325, 2013.

PAESE, F., DAL SASSO G. T. M. Cultura da segurança do paciente na atenção primária à Saúde.*Contexto Enferm*, v. 22, n. 2, p. 302-10, 2013.

REIS, C. A; MARTINS, M.; LAGUARDIA, J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde – um olhar sobre a literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.18(7), p.2029-2036, 2013.

RUNCIMAN, W.; HIBBERT, P.; THOMSON, R.; SCHAAF, T. V.D.; SHERMAN, H.; LEWALLE, P. Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms. *Int J Quality Health Care*, v. 21, n. 1, p. 18–26, 2009.

SANTI, L. Q.*Prescrição: o que levar em conta?* Uso Racional de Medicamentos: fundamentação em condutas terapêuticas e nos macroprocessos da Assistência Farmacêutica. Vol.1, n.14, 2016.

SHERMAN, G. C.; FLETCHER, M.; HATLIE, M.; HIBBERT, P.; JAKOB, R.; KOSS, R.; LEWALLE, P.; LOEB, J.; PERNEGER, T.; RUNCIMAN, W.; THOMSON, R.; DER SCHAFF, T. V.; VIRTANEM, M.Towards an International Classification for Patient Safety: the conceptual framework. *Int J for Quality Health Care*, v.21, n. 1, p. 2–8, 2009.

TRAVASSOS, C.; CALDAS, B. A Qualidade do Cuidado e a Segurança dos Pacientes: Histórico e Conceitos. In: Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde. *Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde: Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada a Prática*, 2013. 172 p.

WALLIS K.; DOVEY S. Assessing patient safety culture in New Zealand primary care: a pilot study using a modified Manchester Patient Safety Framework in Dunedin general practices. *J Prim Health Care*, v. 3, p.35-40 2011.

WEAVER, S. J.; LUBOMKSI, L. H.; WILSON, R. F.; PFOH, E. R.; MARTINEZ, K. A. Promoting a Culture of Safety as a Patient Safety Strategy: A Systematic Review. *Ann Intern Med.*; v. 158, n. 5 0 2, March 5, p.369–374, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Patient safety curriculum guide: multiprofessional edition* [Internet]. Geneva: WHO; 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *The conceptual framework for the International Classification for Patient Safety*. Version 1.1. Final technical report. Geneva: World Health Organization; 2009.

VERBAKEL, N. J.; VAN MELLE, M.; LANGELAAN, M.; VERHEIJ, T. J.M.; WAGNER, C; ZWART, D. L.M. Exploring patient safety culture in primary care. *Int J Qual Health Care*, v.26, n. 6, p. 585–591, 2014.

CAMINHOS POSSÍVEIS À FORMAÇÃO EM SAÚDE: ENSAIO SOBRE UM PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE

Marina Bulegon Pilecco
Egídio Antônio Demarco
Daniela Dallegrave

Introdução

Neste texto, busca-se apresentar uma discussão acerca das condições político-pedagógicas ofertadas pela formação na Residência Multiprofissional em Saúde, Programa de Saúde da Família e Comunidade, do Grupo Hospitalar Conceição (RMS/SFC/GHC). Destaca-se que, para esta escrita, tomou-se como base os documentos orientadores do programa vigentes no ano de 2017, a saber, o Projeto Político Pedagógico e o Plano de Ensino, bem como as avaliações dos campos de prática referentes ao ano anterior, de 2016.

No decorrer das etapas da pesquisa, optou-se por organizar a apresentação dos resultados no formato de um ensaio teórico e reflexivo. Assim, o texto que segue vem atravessado pela perspectiva da autora principal, considerando sua vivência nesse programa de residência. Como premissa, é importante salientar que esta escrita tem, em vista, apresentar um olhar sobre alguns elementos do programa e subsidiar futuras discussões relativas à revisão e readequação do seu Projeto Político Pedagógico, da Matriz Curricular e do Plano de Ensino, pensando na qualificação dos espaços teóricos e práticos, uma vez destacada a preocupação da instituição em constituir-se como cenário de excelência na formação de trabalhadores para o SUS.

Este texto estrutura-se em três partes. A primeira, *Formação em saúde no Brasil e o surgimento das Residências Multiprofissionais*, em que se apresentou uma síntese da história da formação em saúde no País desde a década de 70 até seu momento atual, com destaque para o surgimento da proposta das residências. Na segunda parte, *Conhecendo a Residência Multiprofissional em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição*, descreve-se a estruturação e o contexto da RMS/GHC, em específico, do Programa de Saúde da Família e Comunidade. Já na terceira e última parte, *Considerações sobre o “ser residente”*, busca-se retratar a experiência dessa formação como sujeito que também a vivenciou.,

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição e pelo sistema Plataforma Brasil com número CAAE

62222116.8.0000.5530, sendo considerada a legislação ética em pesquisa vigente (BRASIL, 2012).

Formação em saúde no Brasil e o surgimento das Residências Multiprofissionais

A partir dos anos 70, inicia-se, no cenário nacional, uma mobilização social pela redemocratização e pela garantia dos direitos sociais básicos, frente a uma conjuntura de repressão política e crise econômica. Nesse mesmo período, na saúde, concebe-se o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, que trazia, em seu conjunto de propostas, para além da garantia da universalização do acesso, a construção de outras possibilidades pedagógicas e de interpretação do fenômeno saúde-doença.

Nessa perspectiva, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e com a formulação e sistematização de políticas públicas, evidenciou-se, ainda mais, a necessidade de mudanças na formação da área (FERLA et al., 2017). Documentos de relevância na temática, construídos por diferentes atores desse âmbito, como os relatórios das Conferências Nacionais de Recursos Humanos de 1986 e 1993 e a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH/SUS), de 2002, trazem, em sua redação, preocupações sobre a formação na saúde. Dentre estas, destaca-se a formação distorcida e divorciada da prática desenvolvida nos serviços, a visão fragmentada do cuidado, a hierarquia existente entre as diferentes profissões da área, a verticalização do saber, a hegemonia do modelo biomédico e a formação direcionada prioritariamente ao setor privado.

Historicamente, a formação na saúde tem perpetuado fazeres conservadores, fragmentados, tecnicistas e centrados nas especialidades. A maioria das práticas de saúde ainda é realizada, nos diferentes níveis da assistência, por profissionais formados dentro de um modelo de atenção privatista, que não contempla sequer a integralidade da atenção, como preconiza a Constituição Federal em relação ao SUS (BRASIL, 1988; CLOSS, 2013).

Nesse sentido, pontua-se a desarticulação entre a necessidade de profissionais requeridos pelo SUS e o que efetivamente é realizado na educação da área, em principal, quando se pensa os currículos dos cursos de nível superior. Isso denota o distanciamento entre a política de formação/educação e a política de saúde, evidenciando, desse modo, o pouco reconhecimento do mercado de trabalho na área. Frente a esse descompasso, sinaliza-se a necessidade de pensar caminhos alternativos de interlocução entre educação e trabalho (DEMARCO, 2011; NESPOLI, 2013).

Uma das possibilidades para essa interlocução está na proposta da formação pelo trabalho, que tem como objetivo oportunizar a inserção dos profissionais nos territórios de atuação garantindo, dessa forma, uma proximidade com a realidade a ser considerada nas práticas de saúde (OLIVEIRA, 2009; OLIVEIRA E GUARESCHI, 2010). Assim, na tentativa de responder a tal lacuna entre o ensino e as necessidades da saúde pública do País, vem à cena a proposta das Residências em Saúde.

As Residências em Área Profissional da Saúde, uniprofissionais e/ou multiprofissionais surgiram instigadas pela Política de Formação e Desenvolvimento de Trabalhadores para o SUS (BRASIL, 2003), sendo sua criação estabelecida pela Lei Federal nº 11129, de 30 de junho de 2005. Essa formação é definida pela referida lei como “modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, voltada para educação em serviço e destinada às categorias profissionais que integram a área da saúde, excetuando a médica” (BRASIL, 2005).

Além disso, por seu caráter multiprofissional e interdisciplinar, a formação em residência tem em vista superar a fragmentação do saber e do cuidado em saúde, priorizando o trabalho em equipe e a integralidade da atenção. Ao convergir diferentes núcleos profissionais, potencializa um olhar mais ampliado para o sujeito e para os diferentes determinantes de sua condição de saúde.

Desse modo, atrelada a essa modalidade de formação “no” e “para” o SUS, está a discussão a respeito das mudanças buscadas nos modos de conceber e produzir saúde no decorrer dos anos e sobre os modelos de atenção em disputa na área. Assim, faz-se importante voltar o olhar sobre esses espaços formativos e sobre como eles vêm atendendo ao objetivo de preparar profissionais para a atuação, de modo que sejam consideradas as reais demandas e o contexto da saúde pública do País.

Conhecendo a Residência Multiprofissional em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição

A Residência Multiprofissional em Saúde do GHC teve início em 2004, através de um projeto em parceria com o Ministério da Saúde. Tem como proposta, para além da formação de profissionais com atuação qualificada para o SUS, a formação de “um/a cidadão/ã crítico/a que busque, em seus espaços de atuação profissional, social e política, a possibilidade de construir, coletivamente, soluções aos problemas que acometem tanto os/as usuários/as quanto os/as próprios/as trabalhadores/as da saúde” (GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, 2017).

Tem como missão formar profissionais da saúde a partir da inserção dos residentes em serviços nos diferentes níveis de complexidade onde possam, no exercício permanente da educação em serviço, realizar práticas de saúde que integrem o ensino, a pesquisa e a atenção, seguindo os princípios e as diretrizes do SUS. Desse modo, a RMS/GHC tem como princípios orientadores a integralidade, o trabalho em equipe, a humanização e a educação permanente em saúde.

A integralidade ocupa o sentido da saúde para todos, através do desenvolvimento e execução de políticas sociais e econômicas voltadas tanto para a redução do risco de doenças e agravos quanto à igualdade e universalidade do acesso às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. Além disso, pode significar um olhar integral ao sujeito, tirando o foco da doença e do cuidado fragmentado, buscando compreender a complexidade e os diferentes fatores relacionados às demandas de saúde da população.

O trabalho em equipe contempla a multiprofissionalidade e a interdisciplinaridade, pois procura integrar os diferentes saberes profissionais na busca pela compreensão da multidimensionalidade dos sujeitos e de seus contextos. Assim, fala-se também do olhar ampliado no cuidado em saúde, possível a partir do compartilhamento desse cuidado entre diferentes saberes profissionais.

O princípio da humanização corresponde ao entendimento que, na medida em que se trabalha com outras pessoas, é preciso considerar que, durante todo o tempo, essas pessoas, assim como o próprio trabalhador, têm interesses e desejos com os quais se deve compor de forma conjunta. Em vista disso, na saúde, a prática da humanização requer sensibilidade e abertura para a escuta, o diálogo e o reconhecimento dos diferentes saberes, inclusive daqueles que o próprio usuário carrega.

A educação permanente em saúde está pautada a partir da prática da problematização do processo de trabalho e visa reorientá-lo. Assim, pressupõe um momento entre a equipe profissional, no qual seja possível direcionar o olhar ao seu fazer, buscando qualificar sua atuação frente à realidade que se apresenta no cotidiano do trabalho.

Desde a sua criação, a RMS/GHC oferece campo de formação profissional para os seguintes programas: Saúde da Família e Comunidade, Saúde Mental e Atenção ao Paciente Crítico (Terapia Intensiva). No ano de 2009, foi acrescentado o programa em Oncologia e Hematologia e, em 2013, somaram-se os programas de Atenção Materno-Infantil e Obstetrícia, Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial e Gestão em Saúde.

Este texto volta-se ao Programa de Residência em Saúde da Família e Comunidade (SFC), que acontece dentro do Serviço de Saúde Comunitária (SSC) do GHC. Esse serviço é composto por 12 Unidades de Saúde (US), por um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Álcool e outras Drogas, um CAPS Adulto e um CAPS Infantil e de um Consultório na Rua. O Programa de SFC desenvolve-se no nível primário da atenção, tendo como campo prático as Unidades de Saúde (US) da referida instituição. Desse modo, o processo de formação dos residentes está imbricado no processo de trabalho dessas equipes das US, passando o residente a envolver-se e responsabilizar-se pelas necessidades de saúde da população daquele território.

Segundo o Art. 42 do Regimento Interno da RMS/GHC, a carga horária correspondente aos dois anos da formação é dividida em primeiro ano (R1) e segundo ano (R2), com, no mínimo, 5.760 horas para todos os programas, em regime de tempo integral e com dedicação exclusiva. Dessa carga horária total, 80% das horas são destinadas às atividades práticas, enquanto que 20% correspondem às atividades teóricas e teórico-práticas. Em relação ao itinerário da formação, o documento coloca, em seu Art. 43, que a RMS compõe-se por:

- I - atividades teóricas, constituídas de seminários oferecidos pela Gerência de Ensino e Pesquisa, dirigidos aos Residentes de todos os Programas, com temáticas transversais em saúde;
- II - atividades teóricas e teórico-práticas, que serão organizadas pelos Programas, buscando contemplar o campo de atenção à saúde respectivo;
- III - atividades teóricas de núcleo, que serão organizadas pelos núcleos profissionais dos Programas, buscando contemplar as habilitações do núcleo específico de saberes e práticas profissionais, na singularidade dos serviços e na diversidade das realidades;
- IV - atividades teórico-práticas nos cenários de atuação, que serão momentos programados e integrantes do processo de trabalho dos serviços de saúde, para propiciar a participação dos Residentes em espaços de discussão multiprofissional sobre situações com usuários ou sobre temas de interesse ao cuidado em saúde;
- V - supervisão de núcleo/campo, que será o acompanhamento do desenvolvimento de atividades do Residente nos cenários de prática, desenvolvidas preferencialmente nas unidades de saúde e com a participação de trabalhadores do núcleo/campo profissional do Residente, destinando-se a questões pedagógicas e administrativas relacionadas ao processo formativo;
- VI - atividades de formação em serviço, que serão consideradas como a atuação nos cenários de prática, a partir do núcleo profissional de saberes do Residente, em equipe multiprofissional interdisciplinar e com projetos terapêuticos compartilhados;
- VII - atividades complementares, que serão consideradas para contribuir com vivências e temáticas mais amplas e transversais.

Ainda, o mesmo artigo do Regimento, em Parágrafo Único, situa que fica a critério de cada programa a construção de um plano de ensino e matriz curricular que detalhe os objetivos de cada atividade para a formação e preveja as respectivas cargas horárias,

tendo por base o programa básico. Assim, o Programa de SFC estruturou sua matriz curricular compondo os espaços de atividades teóricas e teórico-práticas de modo a abranger as necessidades da formação profissional nesse nível de atenção. No Quadro 1, apresenta-se um detalhamento das atividades que compõem a carga horária durante os dois anos de formação em SFC, além das horas de formação em serviço.

Quadro 1 – Distribuição da carga horária de atividades teóricas e teórico-práticas do Programa de SFC/GHC, Porto Alegre, 2017

Atividades teóricas e teórico-práticas	R1	R2
Seminários integrados	88	32
Supervisão	44	44
Trabalho de Conclusão	264	264
Seminários do Programa (núcleo, currículo integrado, campo e formação política)	208	208
Total	604	548

Fonte: Grupo Hospitalar Conceição, 2017.

Na SFC, o campo de prática da residência corresponde às Unidades de Saúde no nível primário de atenção, como já mencionado anteriormente. No GHC, a atenção básica dá-se por meio de equipes ampliadas, diferentemente das equipes de Estratégia Saúde da Família. Assim, os núcleos profissionais que, nessa última, comporiam a equipe de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), no modelo adotado pelo GHC, atuam inseridos na equipe ampliada. Dentre os núcleos profissionais, estão: enfermagem, farmácia, medicina, nutrição, odontologia, psicologia, serviço social e terapia ocupacional. Além dessas profissões de nível superior, as equipes também contam com técnicos de enfermagem, técnicos de farmácia e auxiliares de saúde bucal. Os agentes comunitários de saúde, o serviço de segurança e o de higienização são prestados por empresas terceirizadas.

Em relação às horas destinadas à formação em serviço, na estrutura da matriz curricular da SFC para o R1, estão divididas nas seguintes atividades: acolhimento, clínica ampliada, atenção domiciliar, controle social e participação popular, vigilância em saúde, educação em saúde e campanhas de vacina. No período de R2, soma-se, além dessas mesmas atividades, o estágio de gerenciamento e os estágios complementares de cada núcleo profissional.

Considerações sobre o “ser residente”

Quando o residente chega à Unidade de Saúde, em suas primeiras semanas, é comum que escute e perceba, vindo dos trabalhadores que ali já estão, diferentes percepções acerca de sua chegada. Alguns enxergam esse novo ator como uma

possibilidade de renovação, de questionamento do que já vinha se tornando instituído no trabalho; outros veem o residente como aquele que problematiza os demais, sem depois alcançar a resolução dos problemas que traz à tona, pois permanece por um tempo pré-determinado naquela equipe.

Também, não é raro que o residente seja visto como aquele que “inventa coisas”, sendo frequente a frase “De novo isso? Já tentamos antes e não deu certo”, vinda de profissionais com mais tempo no serviço. Normalmente, acontece quando se propõe ações inovadoras ao processo de trabalho que, por hora, estava “confortável”, demarcando um cansaço e, por vezes, um adoecimento do trabalhador relativo ao seu fazer na saúde.

Assim, a inserção do residente nos cenários de prática ocorre de forma gradual e tomada por diferentes tensões que caracterizam o setor saúde. Merhy (2002) situa três campos de tensões que operam dentro das organizações de saúde. O primeiro está relacionado aos diferentes atores que se aliam ou confrontam-se de acordo com seus interesses e atitudes, na tentativa de afirmar concepções de saúde que façam sentido. O segundo, por sua vez, vincula-se ao fato da produção do ato de saúde ser do terreno do trabalho vivo em ato, caracterizado por um alto grau de incerteza e pela possibilidade de autonomia de seus trabalhadores, o que abre espaço para inovação. O terceiro e último campo de tensão que o autor aborda é o da disputa cotidiana entre as normas e regras instituídas nas organizações de saúde e a capacidade de autogoverno de seus atores, disputa que causa uma tensão permanente entre autonomia de um lado e controle do outro.

Esses enfrentamentos, ao mesmo tempo em que podem resultar em conflitos ou tensão, também possuem uma potência de transformação do que já não é mais suficiente, configurando-se como espaços estratégicos para disparar novos processos de produção de saúde, desafios à lógica e às práticas dominantes e outras relações de poder possíveis dentro do serviço (MERHY, 2002; MERHY E FEUERWERKER, 2016). É no espaço da micropolítica e no cotidiano das práticas e da organização do trabalho que se faz possível desconstruir a lógica dominante e, a partir dessa ruptura, visualizar inovações necessárias a qualquer produção que seja do campo da relação com o outro, ou seja, trabalho vivo e com o que está vivo.

Na medida em que o residente vai se inserindo no cotidiano do local e colocando seu conhecimento prévio em prática na produção do cuidado em saúde, vai construindo vínculos a partir do encontro com o outro, estabelecendo parcerias no percurso do fazer/aprender. Além de produzir cuidado, esses vínculos também são produtores de

novos saberes que podem ser compartilhados, ou não, com os demais colegas da área e com os usuários.

Considerando que o Programa de SFC desenvolve-se no nível primário de atenção à saúde, destaca-se a riqueza de possibilidades de ações inerentes a esse contexto, por sua diversidade quanto às demandas e às necessidades de saúde que ali se apresentam e que vão desde condições clínicas crônicas, como hipertensão e diabetes, a problemas sociais, como desemprego, falta de habitação e violência. Desse modo, configura-se como potente cenário para a formação de trabalhadores da saúde, uma vez que tem como objetivos o trabalho com uma população definida, o acompanhamento longitudinal das famílias, a promoção e prevenção da saúde, a atenção integral e a continuidade do cuidado, o trabalho desenvolvido em equipe multiprofissional, a intersetorialidade e o protagonismo da comunidade.

Esses orientadores do trabalho na atenção primária do SUS apresentam-se de forma diferenciada em cada um dos campos de prática do Programa – as diferentes Unidades de Saúde (US) do GHC. Nas avaliações dos campos de prática, é possível perceber que, de modo geral, embora todas as US possibilitem o trabalho com essas diretrizes, a forma que ocorre em cada uma é bastante particular ao processo de trabalho e à gestão de cada equipe, bem como ao perfil dos profissionais que as compõem.

É importante destacar que, para a autora principal, a riqueza desse percurso formativo justamente está na diversidade de possibilidades do aprender que surgem nesse cenário, que não é passível de ser previsto ou controlado em sua totalidade, pois se constitui por diferentes atores, com suas subjetividades, suas compreensões sobre saúde e seus desejos. Fala-se que o trabalhador da saúde não se configura em uma “caixa vazia”, mas carregada por elementos que integram sua subjetividade. Dentre esses elementos, estão suas ideias, valores e concepções quanto à saúde, o trabalho em saúde e em como realizá-lo, utilizando isso nos seus pequenos espaços de autonomia, agindo da maneira que mais lhe parece correto (FEUERWERKWER, 2005; MERHY E FEUERWERKER 2016).

Quando o residente inicia sua formação em serviço em uma das Unidades de Saúde, não há previsibilidade de como se dará esse seu percurso, justamente por estar em um contexto com as características apresentadas ao longo deste texto. Como visto, o desenvolvimento dessa formação se dá no cotidiano das equipes e dos serviços de saúde, ficando retirada a necessidade de uma prática educativa calcada em currículos definidos *a priori*. Mesmo havendo uma estrutura curricular base, que se destaca, ela não deve engessar esse processo de formação, que vai muito além do que está posto nos

documentos orientadores – e que se faz importante para reconhecer e validar o trabalho e as práticas que são necessárias às instituições que visam formar trabalhadores para o SUS. Ao longo do caminhar como residente, a autora principal destaca o encontro com situações dessa ordem do imprevisto, como a necessidade de trocar de campo de prática na metade do período do primeiro ano no Programa de Residência. Na época, havia passado pelo período de adaptação ao campo e à equipe e vivia intensamente os vínculos que havia construído tanto com os colegas dessa equipe, que a acolheu desde a chegada, como com os usuários que havia acompanhado nesses meses iniciais. Mas, por acreditar tratar-se a residência de um período de formação, compreendendo a necessidade de suporte e supervisões periódicas de profissionais do mesmo núcleo profissional, a opção pela mudança do campo de prática foi imperativa.

Essa experiência foi um tanto enriquecedora do percurso de formação, pois possibilitou que conhecesse os processos de trabalho e a dinâmica de funcionamento de dois locais, que, apesar de prestarem serviços no mesmo nível de atenção à saúde e dentro da mesma instituição, são compostos por atores diferentes, parecendo dois universos distintos, cada um com suas características bastante particulares. Pode acompanhar e conhecer a relação entre núcleos profissionais, as hierarquias dentro das equipes, as alianças e os conflitos. O funcionamento das equipes de cada um dos locais foi diferenciado, o que permitiu que ampliasse as possibilidades de escuta e de olhar para os novos desafios que foram surgindo no decorrer do processo de formação.

Também, nessa experiência, pode questionar sobre o (re)conhecimento do território e sua população e sobre o vínculo estabelecido entre os serviços e esse mesmo território, que compreende sua área e população de abrangência. Ressalta-se a questão do acesso aos serviços de saúde e como isso se modifica frente às diferentes realidades sociais e econômicas de cada território. De modo geral, coloca-se essa possibilidade de ter vivido esses dois anos da formação em campos diferentes como positiva, uma vez que permitiu explorar novos modos de fazer e pensar o agir em saúde de acordo com as demandas de saúde características de cada população e com o perfil dos profissionais que atuam no trabalho em saúde.

Em sua tese de doutorado *“Encontros de aprendizagem e governamentalidade no trabalho em saúde: as residências no país das maravilhas”*, Dallegrave (2013) toma emprestado os saberes da prática da clínica ampliada para discorrer sobre o que ela chama de “Projetos Pedagógicos Singulares”, fazendo alusão ao Projeto Terapêutico Singular. Conceitua-o como um conjunto de ações pedagógicas ou um arranjo gestor e operador de aprendizagem, que resulta do autoconhecimento, da discussão e da

construção coletiva do aprendiz no intuito de ir além de seus saberes já sedimentados, permitindo a emergência de novos modos de olhar o que já é conhecido, provocando uma desaprendizagem e um aprender permanentes. Transpassando essa discussão para o contexto da residência, é pontuada a importância da atenção às subjetividades e à singularidade dos residentes, no intuito de possibilitar condições pedagógicas criativas que façam sentido e que façam sentir, que resgatem e mobilizem o desejo nas trocas de saberes, tanto no que se refere aos residentes quanto ao que é da relação trabalhador-usuário, trabalhador-gestor e entre os próprios pares.

Por compreender que o campo da saúde não é estanque e que justamente por ser trabalho vivo em ato e abarcar o que é da relação com o outro, entende-se como necessário o olhar constante e cuidadoso direcionado aos processos de trabalho, aos trabalhadores e às instituições que ofertam a formação na área. São diversos os interesses sobre o âmbito da saúde, que seguem em constante disputa pela hegemonia na área. Eles estão intrinsecamente relacionados ao projeto de sistema e de modo geral, de sociedade que cada polo defende. Assim, precisa-se, cada vez mais, fortalecer os espaços que se configuram como de luta por uma saúde democrática e pela formulação, execução e sustentação de políticas públicas que garantam o direito igualitário ao acesso à saúde, de forma integral e humanizada.

Ao final, destaca-se as Residências Multiprofissionais em Saúde como um desses espaços de embate e ressalta-se a importância da qualificação dos programas por meio dos processos avaliativos e da escuta dos atores desse cenário, como residentes, preceptores, coordenadores, trabalhadores dos serviços de saúde, gestores, usuários do SUS e o controle social. É na busca por uma construção conjunta da formação em saúde no País, que se coloque a favor e priorize as necessidades da saúde pública, considerando os usuários e os trabalhadores como centrais nesse processo, que devemos apostar.

Referências Bibliográficas

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*, promulgada em 5 de outubro de 1988. 13. ed. São Paulo: Saraiva, 1988.

_____. *Lei 11.129, de 30 de junho de 2005*. Brasil, 2005.

CLOSS, T. T. *O serviço social nas residências multiprofissionais em saúde: formação para a integralidade?* 1. ed. Curitiba: Appris, 2013.

FERLA, A. A. et al. *Residências e a educação e ensino da saúde: tecnologias formativas e o desenvolvimento do trabalho*. 1. Ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2017.

DALLEGRAVE, D. *Encontros de aprendizagem e governamentalidade no trabalho em saúde: as residências no país das Maravilhas*. Tese de doutorado – Programa de Pós-graduação em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

DEMARCO, E. A. *Formação multiprofissional como tecnologia para qualificar a Atenção Primária à Saúde no SUS: avaliação de um programa de residência*. Dissertação de mestrado – Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

FEUERWERKER, L. C. M. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. *Interface*, Botucatu, v.9, n. 18, p. 489-506.

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. *Regimento Interno do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde*. Porto Alegre, 2017.

_____. *Projeto Político Pedagógico da Residência Multiprofissional em Saúde*. Porto Alegre, 2017.

_____. *Plano de Ensino do Programa de Saúde da Família e Comunidade*. Porto Alegre, 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *I Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde - Relatório final*. Brasília: Secretaria de Recursos Humanos, Ministério da Saúde; 1986.

_____. *II Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde - Relatório final*. Brasília: Coordenação Geral de Recursos Humanos para o SUS, Ministério da Saúde; 1993.

_____. *Princípios e diretrizes para a NOB/RH – SUS*. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde; 2002.

_____. *Política de formação e desenvolvimento de trabalhadores para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde*. Brasília, 2003.

_____. *Resolução nº 466, de dezembro de 2012*, Brasília, 2012.

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

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MERHY, E. E. et al. (Org.) *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes*. 1. ed., Rio de Janeiro: Hexis, 2016.

NESPOLI, G. Os domínios da Tecnologia Educacional no campo da Saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v.17, n.47, p.873-84, out./dez. 2013.

OLIVEIRA, C. F. *A residência multiprofissional em saúde como possibilidade de formação de profissionais para o Sistema Único de Saúde*. Dissertação de Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

OLIVEIRA, C. F.; GUARESCHI, N. M. F. Formação de profissionais para o SUS: Há brechas para novas formas de conhecimento? In: FAJARDO, A. P.; ROCHA, C. M. F.; PASINI, V. L. (Org.). *Residências em saúde: fazeres e saberes na formação em saúde*. 1. ed. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010.

CARACTERIZAÇÃO DA ALIMENTAÇÃO DE RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS COM MUITO BAIXO PESO INTERNADOS NA NEONATOLOGIA DE UM HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA

Luciana Pacheco de Freitas Bareta
Mirian Benites Machado
Leandro Meirelles Nunes
Betina Soldateli Paim

Introdução

Recém-nascidos com muito baixo peso (RNMBP) e prematuros (RNPT) são motivo de preocupação na equipe assistencial por serem considerados casos de urgência nutricional, bem como os responsáveis pelo componente neonatal da mortalidade infantil, configurando um importante problema de saúde pública (BRASIL, 2015; ZIEGLER et al., 2011). Anualmente, nascem 15 milhões de prematuros no mundo, e essa alta prevalência tem se mostrado preocupante (WHO, 2012). No Brasil, a taxa de nascimentos prematuros e de BPN, em 2013, foi de 11,9 e 8,5%, respectivamente, enquanto que os RNMBP representaram 1,5 a 2% de todos os nascimentos (BRASIL, 2015; CASTRO; LEITE, 2007). Essa prevalência substancial pode ser explicada, possivelmente, pela maior frequência de fatores de risco, como diabetes gestacional, hipertensão e obesidade maternas (VICTORA, 2013).

A nutrição adequada, suficiente e em tempo oportuno é imprescindível e tem como objetivo garantir, ao RNMBP e ao prematuro, a recuperação do peso adequado e crescimento semelhantes ao intrauterino, além de exercer um impacto importante na redução da mortalidade, recuperação da saúde, prevenção de problemas futuros e de danos permanentes (BRASIL, 2002; BRASIL, 2011; PRADO; DEWEY, 1992). Contudo, a alimentação e a amamentação em RNs de risco são consideradas um desafio, devido a situações clínicas específicas relacionadas, principalmente, ao desenvolvimento do sistema digestivo e do sistema nervoso central (SNC), que limitam com frequência a alimentação com aporte suficiente de nutrientes por via oral ou enteral e o ganho de peso adequado (ZIEGLER et al., 2011; BRASIL, 2011).

Criar condições que garantam o aleitamento materno (AM) durante a internação e na ocasião da alta implica em qualidade de vida para os RNs, sucesso na recuperação da saúde e manutenção de vida após a alta (VICTORA et al., 2016). Assim, tendo em vista a importância do adequado suporte nutricional e do AM para os RNPT MBP, o presente

estudo tem por objetivo caracterizar a alimentação dessas crianças no momento da alta hospitalar, podendo servir de aporte para condutas nutricionais mais adequadas.

Métodos

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, com dados de todos os RNMBP e prematuros atendidos na UCIN do Hospital Fêmina (HF), em Porto Alegre/RS, de 1º janeiro de 2014 a 31 de dezembro de 2016. Os critérios de inclusão no estudo foram: RNs com peso ao nascer inferior a 1.500 gramas e idade gestacional menor que 37 semanas. Os critérios de exclusão no estudo foram: RNs que evoluíram a óbito antes de receber qualquer tipo de alimentação, RNs contraindicadas da amamentação e pacientes cujos prontuários tinham dados nutricionais relevantes incompletos.

A coleta de dados foi realizada através de um questionário idealizado pela RGN, que foi criada em 2001 pela Sociedade de Pediatria do Rio Grande do Sul, com o objetivo de estudar a população de RNMBP regionalmente. Atualmente, 27 instituições do Estado do Rio Grande do Sul estão vinculadas à rede, possibilitando o acompanhamento de 64% dos RNMBP nascidos no Estado.

Um pesquisador voluntário cadastrado na RGN e membro da SPRS preencheu os questionários, no momento da alta de cada paciente, a partir da revisão dos prontuários manual e eletrônico. As variáveis maternas pesquisadas foram: idade, escolaridade, presença de anormalidade no pré-natal, realização e frequência de consultas de pré-natal e tipo de parto. Os dados relacionados ao RN foram: sexo, peso ao nascer, idade gestacional, uso e duração da nutrição parenteral total, idade de início da oferta de aminoácidos (AA) parenterais, idade de início da alimentação enteral e idade ao atingir dieta enteral plena, uso de aditivo de leite materno (LM), uso de fórmula para prematuro, além de idade, peso, alimentação predominante e condições de saúde na alta hospitalar. A utilização desses dados é assegurada através de um documento com termos e condições firmadas entre as partes de interesse.

Os dados obtidos foram analisados pelo software estatístico *Statiscal Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 16, obtendo-se as medianas, médias e desvio-padrão das variáveis quantitativas e frequências absolutas e relativas das variáveis categóricas. A presente pesquisa está de acordo com as Normas de Pesquisa em Saúde (Portaria 01/88 do Congresso Nacional de Saúde, complementada pela Resolução Nº 466/2012).

Resultados

Foram elegíveis para o estudo dados de 241 RNPT MBP nascidos no período de

Janeiro de 2014 a Dezembro de 2016. Destes, cinco RNs foram excluídos por terem evoluído a óbito antes de receber qualquer tipo de alimentação, 10 RNs por não receberem LM em razão de contraindicação e 34 RNs por perda de dados nutricionais relevantes. Dessa forma, foram analisados dados de 192 RNMBP e prematuros, sendo 70 pacientes no ano de 2014, 60 em 2015 e 62 em 2016. A média ($\pm$ desvio-padrão) do peso de nascimento foi de $1052,4 \pm 251$ gramas, $1059,2 \pm 311$ gramas e $1083,1 \pm 270,4$ gramas nos anos de 2014, 2015 e 2016, respectivamente.

Em relação aos dados maternos, observou-se que 188 mães (97,9%) tiveram alguma anormalidade no pré-natal no período estudado. A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) gestacional foi a anormalidade mais prevalente em todo o período de estudo. Também foi possível verificar que 169 mães (88%) realizaram pré-natal e o número médio de consultas ($\pm$ desvio-padrão) foi de $4,4 \pm 2,6$, $4,3 \pm 2,2$ e $5,2 \pm 2,7$, nos anos de 2014, 2015 e 2016, respectivamente. A caracterização da amostra é apresentada na Tabela 1.

A Tabela 2 apresenta as características da alimentação dos RNs, incluindo o tipo de dieta e o tempo de início da oferta de nutrientes por diferentes vias.

A Tabela 3 faz uma comparação entre o tipo de alimentação na ocasião da alta dos RNs.

Discussão

Este estudo descreve a alimentação de RNMBP e prematuros, demonstrando a dificuldade do estabelecimento do aleitamento materno nessa população.

Foi possível verificar que, em 2014, nenhum dos prematuros e RNMBP admitidos na UCIN estavam em AME na ocasião da alta, já nos anos de 2015 e 2016, apenas um e dois RNs estavam recebendo LM de forma exclusiva, respectivamente. Resultados de um estudo realizado com população semelhante, em um hospital privado de Porto Alegre/RS, demonstram que essa realidade pode ser diferente, considerando que as prevalências encontradas foram de 19,4% dos RNs em AME no momento da alta, no período de 2006 a 2015 (OLIVEIRA et al., 2015). Outro estudo realizado em um hospital do SUS do mesmo município, com prematuros com peso médio de 1.758g (DP=397,6), apresentou taxa de 20% de AME na alta (VELOZ, 2015). Um estudo em uma maternidade pública do nordeste brasileiro, com RNPT com peso médio de 1430 ± 167 g, encontrou prevalência de 56,2% de AME na alta (MENEZES et al., 2014). Dessa forma, uma hipótese para explicar essa diferença entre os achados do presente estudo em relação aos citados pode ser fundamentada pelo apoio multidisciplinar recebido nas outras instituições, para o sucesso da amamentação durante a internação.

Um aspecto importante a ser destacado é que os estudos realizados nos hospitais públicos do Sul e do Nordeste do País analisaram a amostra de crianças assistidas pelo método canguru. Isso demonstra que o maior contato pele-a-pele e a maior participação dos pais nos cuidados dos seus filhos propicia maior vínculo entre pais e RN e a ampliação do cuidado e atenção prestadas ao RN através da construção e fortalecimento das redes de apoio familiar, estimulando o AM e favorecendo maiores índices de AME durante internação e sua continuidade após a alta (VELOZ, 2015).

Em outro estudo com população semelhante, em um hospital público de Porto Alegre/RS, os autores identificaram que a orientação para amamentar exclusivamente o RN em domicílio e não utilizar chupeta foram fatores que estão associados ao início do AME durante a internação e após a alta (AZEVEDO; CUNHA, 2013). Diante disso, fica evidente a importância e a necessidade de ações voltadas para a orientação de mães de prematuros sobre amamentação, durante e após a internação, por uma equipe multidisciplinar, com vistas a estimular a prática de AME em crianças nascidas prematuramente. Nessa perspectiva, estudos já comprovam que locais que possuem Banco de Leite Humano (BLH) apresentam taxas mais elevadas de AME na internação (HAIDEN; ZIEGLER, 2016). Assim, apesar de o hospital em estudo possuir um BLH, o impacto deste não foi constatado nessa população. Em contrapartida, em outro estudo realizado em um hospital público que também conta com um BLH, foi possível verificar seu impacto, visto que foram encontradas maiores taxas de AME na alta hospitalar que no presente estudo (VELOZ, 2015). Tais resultados reforçam a necessidade de ampliação das atividades de promoção, proteção e apoio ao AME na UCIN em questão.

Quanto às práticas de AM em RNPT, de acordo com o posicionamento de alguns autores, são afetadas negativamente por diversos determinantes, como imaturidade e condição clínica do RN, dificuldade em manter a produção láctea através de ordenha durante o tempo de internação em UTIN, tempo prolongado de internação, afastamento do binômio mãe-RN, baixo peso ao nascer, uso de chupeta, fornecimento de complemento lácteo durante a internação, práticas assistenciais que postergam o início do AM e falta de apoio para amamentar (ROLLINS et al., 2016; SERRA; SCOCHI, 2004). Uma recente revisão buscou identificar as dificuldades encontradas no início da amamentação de RNPT sob a ótica materna. Nos relatos das nutrizes, questões relativas à falta de leite e dor para ordenhar, insegurança e falta de orientação, condições do RN como dificuldade de pega e sucção ausente foram associados às dificuldades em iniciar o AM (SOARES et al., 2016). Frente aos resultados apresentados e considerando os principais determinantes citados, é oportuno que as instituições programem ações de

intervenção adequadas e efetivas para evitar o desmame precoce em prematuros.

Diante do cuidado ao RN de risco, frequentemente, depara-se com RNs muito imaturos, que apresentam incoordenação entre sucção-deglutição-respiração e imaturidade do sistema gastrointestinal, sendo, geralmente, a amamentação no seio materno e a alimentação VO contraindicadas (BRASIL, 2011). Nesse contexto, estabelece-se a nutrição enteral (NE), sendo preconizado que seja iniciada o mais precoce possível, considerando suas vantagens relacionadas a maior proteção imunológica, menor duração de hospitalização, recuperação de peso mais rápido e melhoria do trofismo intestinal, favorecendo a absorção de nutrientes e protegendo contra enterocolite necrotizante (ECN) e sepse (FALCÃO, 2003; BRASIL, 2011).

No presente estudo, no ano de 2014, a mediana de início de alimentação enteral foi de 3,5 dias, no ano de 2015, de 2,5 dias, e, no ano de 2016, de três dias. Contudo, um ensaio clínico randomizado com 60 RNPT estáveis e pequenos para a idade gestacional (PIG) observou que o início da nutrição enteral precoce (nas primeiras 24h de vida) favoreceu um menor tempo de internação e alcance de dieta plena significativamente mais cedo em comparação ao início da nutrição enteral tardia (após as primeiras 24h de vida), sugerindo que há pouca evidência que justifique a postergação da nutrição enteral em neonatos de risco (ARNON et al., 2013). A mediana de tempo para atingir a dieta plena na presente amostra, no ano de 2014, foi de 14,5 dias, nos anos de 2015 e, em 2016, foi de 12 dias.

O LM tem sido considerado como um “medicamento personalizado” para a criança (VICTORA et al., 2016), constituindo a melhor e primeira escolha para o RNPT, pois propicia benefícios insuperáveis por outros leites, como melhor digestibilidade, perfil nutricional inigualável e oferta de componentes imunológicos (BRASIL, 2011; VICTORA et al., 2016). Um estudo realizado com 381 RNMBP admitidos em uma UCIN de um hospital na Holanda encontrou menor incidência de ECN, sepse e morte nos neonatos alimentados com LM, em comparação aos alimentados com fórmula infantil nos primeiros dias de vida (CORPELEIJN et al., 2012). Outro estudo verificou menor número de re-hospitalizações devido a doenças respiratórias em RNs de extremo baixo peso que receberam LM durante a permanência na UTIN, em comparação com aqueles que foram alimentados com fórmula infantil, e esse efeito protetor estendeu-se até os 2 anos de idade (VOHR et al., 2007). Além dos efeitos em curto e médio prazo, o LM promove efeitos em longo prazo, conforme evidenciado em um estudo de coorte em Pelotas/RS que acompanhou crianças durante 30 anos e encontrou associação de aumento da inteligência a partir de um incremento de cerca de quatro pontos no quociente de

inteligência (QI) de crianças amamentadas por mais de um ano, comparado àquelas que foram amamentadas por menos de um mês (VICTORA et al., 2015). Esses achados evidenciam o LM como primeira escolha em relação aos substitutos do LM.

Contudo, segundo a observação de alguns autores, faz parte das rotinas hospitalares e das condutas assistenciais a prescrição de suplementos alimentares, como fórmulas lácteas e aditivos de LM (MCFADDEN et al., 2016; ROLLINS et al., 2016). No presente estudo, a taxa de alimentação por fórmula láctea foi de 75,5% entre os anos de 2014 a 2016. Tal resultado pode estar sendo influenciado pela dificuldade em se estabelecer o AM em RNPT MBP, especialmente, em ambiente de UTIN, além da possível falta de abordagens otimizadas direcionadas à garantia e ao apoio da produção de LM pelas mães dos RNs internados (SILVA; TAVARES; GOMES, 2014). A crescente indústria dos substitutos do LM pode ser outra possível influência para esse resultado. De acordo com McFadden e colaboradores (MCFADDEN et al., 2016), no Brasil, a indústria de substitutos do LM é agressiva nas estratégias de promoção dos seus produtos em ambiente hospitalar, ameaçando as práticas de AM. Dessa forma, fica clara a importância de uma ação coordenada e direcionada ao público materno e aos profissionais da saúde para diminuir, ao máximo, o impacto das ações de propaganda dessas indústrias.

No período em estudo, obteve-se uma prevalência de 65,1% de uso de aditivo de LM. Dados da literatura sugerem que apesar do LM ser caracterizado como o alimento capaz de atender a todas as necessidades nutricionais de RNMBP e prematuros, é comumente manipulado para atender às necessidades desses RNs, considerando que, em algumas situações específicas, o LM pode apresentar deficiências, afetando o ganho de peso (BRASIL, 2011). Em um estudo realizado em uma UTIN em um hospital privado em Minas Gerais, 20 RNPT MBP foram randomizados para receber LM com aditivo e 20 para receber LM puro. O estudo encontrou que o aditivo adicionado ao leite materno cru melhorou o crescimento durante a internação dos RNs do grupo intervenção em comparação ao grupo que não recebeu aditivo (MARTINS; KREBS, 2009). Contudo, uma recente revisão sistemática, realizada pela *Cochrane Library*, aponta que não existem evidências suficientes para comprovar que a alimentação de RNPT com LM fortificado com múltiplos nutrientes melhoraria as taxas de crescimento e desenvolvimento e alerta para um potencial aumento de risco de efeitos adversos, como a ECN (BROWN et al., 2016). Além desses efeitos, é observado um aumento da osmolaridade do LM a partir da adição de aditivo, além dos limites seguros, conforme sugere Kreissl e colaboradores (KREISSL et al., 2013), o que poderia elevar potencialmente os riscos de intolerância alimentar, esvaziamento intestinal tardio e ECN. Tais achados evidenciam a necessidade

de cautela ao indicar adição de fortificantes ao LM e uma urgente revisão dessas práticas no ambiente das UCIN.

Uma importante limitação do estudo refere-se à validade externa dos achados, por se tratar de uma população muito específica, acompanhada em uma única instituição. Dessa forma, os resultados apenas descrevem a situação da UCIN em questão, não podendo ser extrapolados para outras populações. Outra limitação é o fato de utilizar como fonte de coleta de dados os prontuários, cujos registros dependem do preenchimento de outros profissionais, podendo não conter todos os dados.

Os resultados desta pesquisa demonstram que o grande desafio para os profissionais da saúde que atuam nessa área é a busca da superação das dificuldades peculiares da alimentação desse segmento populacional de risco. O aumento das taxas de AME na instituição em questão deve ser uma prioridade, em vistas do seu potencial para salvar e melhorar a qualidade da vida das crianças, revelando a necessidade urgente de transformação das rotinas assistenciais para proteção, promoção e apoio ao AM.

TABELA 1 – Descrição dos dados sociodemográficos, clínicos e de caracterização da amostra.

Variáveis	2014	2015	2016
Relativos ao RN:			
Sexo – n (%)			
<i>Masculino</i>	34 (48,6%)	32 (53,5%)	31 (50%)
<i>Feminino</i>	36 (51,4%)	28 (46,7%)	31 (50%)
Peso de nascimento (g)– média $\pm$ DP	(1052.4 $\pm$ 251)	(1059,2 $\pm$ 311)	(1083.1 $\pm$ 270.,4)
Peso de nascimento categorizado – n (%)			
<1000g	27 (38,6%)	22 (36,7%)	23 (37,1%)
1000g a 1499g	43 (61,4%)	38 (63,3%)	39 (32,9%)
Idade gestacional (semanas) – média $\pm$ DP	29,6 $\pm$ 2,6	29,4 $\pm$ 3,6	29,3 $\pm$ 3,1
Relativos à mãe, ao pré-natal e ao parto:			
Idade Materna (anos) – média $\pm$ DP	27,7 $\pm$ 8,1	29,6 $\pm$ 3,7	30,2 $\pm$ 3,5
Escolaridade (anos) – média $\pm$ DP	9,1 $\pm$ 2,9	9,2 $\pm$ 2,7	10 $\pm$ 1,8
Tipo de parto: - n (%)			
<i>Cesariana</i>	51 (72,9%)	38 (63,3%)	45 (72,6%)
<i>Vaginal</i>	19 (27,1%)	22 (36,7%)	16 (25,8%)
<i>Domiciliar</i>	0 (0%)	0 (0%)	1 (1,6%)
Número de consultas de pré-natal: - n (%)			
< 6 consultas	43 (74,1%)	40 (75,5%)	34 (58,6%)
$\geq$ 6 consultas	15 (25,9%)	13 (24,5%)	24 (41,4%)
Relativos à alta:			
Idade na alta (dias) – média $\pm$ DP	46,7 $\pm$ 27,9	47,9 $\pm$ 39,6	49,8 $\pm$ 29,4
Peso na alta (g) – média $\pm$ DP	1931,4 $\pm$ 732.2	1962.8 $\pm$ 866,5	2078.2 $\pm$ 637,2
Condição na alta: - n (%)			
<i>Óbito</i>	20 (28,6%)	17 (28,3%)	9 (14,5%)
<i>Casa</i>	48 (68,8%)	42 (70%)	50 (80,6%)
<i>Transferência</i>	2 (2,9%)	1 (1,7%)	3 (4,8%)

N = tamanho amostral; RN= recém-nascido; DP = desvio-padrão.

Fonte: Elaborada pelas autoras Baretta, L, P, F; Machado, M, B; Nunes, L, M; Paim, B, S.

TABELA 2 - Descrição e características da dieta de RNs prematuros e de muito baixo peso ao nascer durante a internação hospitalar no período de 2014 a 2016.

Variáveis	2014	2015	2016
Tipo de dieta durante internação – n (%)			
LM com aditivo			
<i>Sim</i>	47 (67,1%)	31 (51,7%)	47 (75,8%)
<i>Não</i>	7 (10%)	15 (25%)	8 (12,9%)
<i>Não recebeu LM</i>	16 (22,9%)	14 (23,3%)	7 (11,3%)
Fórmula para prematuro			
<i>Sim</i>	71 (84,5%)	69 (71,1%)	55(67,9%)
<i>Não</i>	4 (4,8%)	11 (11,3%)	2 (2,5%)
<i>Não recebeu fórmula</i>	16 (22,9%)	14 (23,3%)	9 (14,5%)
Idade de início, duração e tipo da alimentação			
Uso de NPT – n (%)	68 (97,1%)	55 (91,7%%)	58 (93,5%)
Idade início de AA parenterais (dias) – n (mediana)	68 (1)	55 (1)	58 (1)
Duração NPT (dias) – n (mediana)	68 (11)	55 (9)	58 (10)
Idade início da alimentação enteral (dias) – n (mediana)	54 (3,5)	46 (2,5)	55 (3)
Idade dieta enteral plena (dias) – n (mediana)	52 (14,5)	45 (12)	53 (10)

LM = leite materno; NPT = nutrição parenteral; AA = aminoácidos.

Fonte: Elaborada pelas autoras Bareta, L, P, F; Machado, M, B; Nunes, L, M; Paim, B, S.

TABELA 3 – Comparação e descrição do tipo de alimentação na alta hospitalar dos RNMBP e prematuros no período de 2014 a 2016.

Tipo de alimentação	2014	2015	2016
	N (%)	N (%)	N (%)
AME	0 (0%)	1 (2,3%)	2 (3,8%)
Fórmula láctea	6 (12%)	3 (7%)	3 (5,7%)
Mista	44 (88%)	39 (90,7%)	48 (90,6%)
NSA/óbito	20 (28,6%)	17 (28,3%)	9 (14,5%)
Total	70	60	62

AME = aleitamento materno exclusivo; NSA = não se aplica.

Fonte: Elaborada pelas autoras Bareta, L, P, F; Machado, M, B; Nunes, L, M; Paim, B, S.

Referências Bibliográficas

- ARNON, S. et al. Very early feeding in stable small for gestational age preterm infants: a randomized clinical trial. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v. 89, n. 4, p. 388–393, 2013.
- AZEVEDO, M.; CUNHA, M. L. C. Fatores Associados ao Aleitamento Materno Exclusivo em Prematuros no Primeiro Mês Após a Alta Hospitalar. *Revista HCPA*, Rio Grande do Sul, v. 33, n. 1, p. 40-49, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da saúde. *Saúde Brasil 2014: uma análise da situação de saúde e das causas externas*. Brasília, DF, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *Saúde da Criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil*. Brasília, DF, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Atenção à Saúde do Recém-Nascido: guia para os profissionais de saúde. cuidados com o recém-nascido pré-termo*. Brasília, DF, 2011.
- BROWN J. V. E. et al. Multi-nutrient fortification of human milk for preterm infants (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, [s.l.], n. 5, 2016.
- CASTRO, E. C. M.; LEITE, A. J. M. Hospital mortality rates of infants with birth weight less than or equal to 1,500 g in the northeast of Brazil. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v. 83, n. 2, p. 27-32, 2007.
- CORPELEIJN, W. E. et al. Intake of own Mother's milk during the first days of life is associated with decreased morbidity and mortality in very low birth weight infants during the first 60 days of life. *Neonatology*, [s.l.], v. 102, p. 276–281, 2012.
- FALCÃO, M. C. Suporte nutricional no recém-nascido doente ou prematuro. *Revista de Medicina*, São Paulo, v.82, n. 1-4, p. 11-21, 2003.
- HAIDEN, N.; ZIEGLER, E.E. Human Milk Banking. *Annals of Nutrition and Metabolism*, [s.l.], v. 69, s. 2, p. 8-15, 2016.
- KREISSL, A. et al. Effect of fortifiers and additional protein on the osmolality of human milk: is it still safe for the premature infant? *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, [s.l.], v. 57, n. 4, p. 432–437, 2013.
- MARTINS, E. C.; KREBS, V. L. J. Effects of the use of fortified raw maternal milk on very low birth weight infants. *Jornal de pediatria*, Rio de Janeiro, v. 85, n. 2, p. 157–162, 2009.
- MENEZES, M. A. S. Recém-nascidos prematuros assistidos pelo Método Canguru: avaliação de uma coorte do nascimento aos seis meses. *Revista Paulista de Pediatria*, São Paulo, v. 32, n. 2, p. 171-177, 2014.
- MCFADDEN, A. et al. Spotlight on infant formula: coordinated global action needed. *The Lancet*, [London], v. 387, p. 413–415, 2016.
- OLIVEIRA, M. G. et al. Prevalência de Aleitamento Materno na Alta de Prematuros de Muito Baixo Peso. In: *Anais Congresso Brasileiro de Perinatologia*, 23., 2016, Gramado.
- PRADO, E. L.; DEWEY, K. G. Nutrition and brain development in early life. *Nutrition Reviews*, [s.l.], v. 72, n. 4, p. 267-284, 2014.
- ROLLINS, N. C. et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *The Lancet*, [London], v. 387, p. 491–504, 2016.

SERRA, S. O. A.; SCOCHI, C. G. S. Dificuldades maternas no processo de aleitamento materno de prematuros em uma UTI neonatal. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, [s.l.], v. 12, n. 4, p. 597–605, ago. 2004.

SILVA, R. V.; SILVA, I. A. A vivência de mães de recém-nascidos prematuros no processo de lactação e amamentação. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, [Rio de Janeiro], v. 13, n. 1, p. 108–115, mar. 2009.

SILVA, L. M.; TAVARES, L. A. M.; GOMES, C. F. Dificuldades na amamentação de lactentes prematuros. *Distúrbios da Comunicação*, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 50-59, 2014.

SOARES, J. P. O. et al. Amamentação natural de recém-nascidos pré-termo sob a ótica materna: uma revisão integrativa. *Revista CEFAC*, [s. l.], v. 18, n. 1, p. 232– 241, fev. 2016.

VELOZ, M. M. *Perfil dos recém-nascidos prematuros assistidos com o método canguru em um hospital universitário de Porto Alegre*. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2015.

VICTORA, C. *Consultoria: pesquisa para estimar a prevalência de nascimentos pré-termos no Brasil e explorar possíveis causas*. [s.l.]: Unicef Brasil, jul. 2013.

VICTORA, C. G. et al. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. *The Lancet*, [London], v. 377, n. 9780, p. 1863–1876, maio 2011.

VICTORA, C. G. et al. Breastfeeding in the 21st century: Epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet*, [London], v. 387, p. 475-490, jan. 2016.

VOHR, B. R. et al. Persistent beneficial effects of breast milk ingested in the neonatal intensive care unit on outcomes of extremely low birth weight infants at 30 months of age. *Pediatrics*, [s.l.], v. 120, n. 4, p. e953-959, 2007.

WHO - *BORN too soon: The Global Action Report on Preterm Birth*. Geneva: World Health Organization, 2012.

ZIEGLER, E. E. Meeting the nutritional needs of the low-birth-weight infant. *Annals of Nutrition & Metabolism*, [s.l.], v. 58, suppl. 1, p. 8-18, 2011.

A ARTETERAPIA E SEUS BENEFÍCIOS PARA A SAÚDE

Roberta Machado
Silvani Botlender Severo

Introdução

Através de uma pesquisa de revisão bibliográfica com abordagem qualitativa, propôs-se a identificação dos possíveis benefícios da arteterapia para a atenção à saúde, compreendendo-se a sua importância e dando, a ela, visibilidade e reconhecimento nos serviços de saúde.

A escolha do tema central da pesquisa surgiu de distintas motivações, dentre elas, o fato de uma das pesquisadoras ser arteterapeuta, residente em saúde mental, a crença de que a arteterapia pode ser aplicada em diversos contextos e a convicção de que diferentes pessoas podem beneficiar-se dessa prática.

Entretanto, um desejo maior ressalta a importância da ampliação de nossa visão sobre o processo saúde-doença e de seus determinantes e condicionantes, percebendo-se as grandes contribuições da arteterapia à melhoria da qualidade de vida, das condições, de resgate e de promoção da saúde. Como aponta Valladares (2008, p. 125), “a arteterapia, mais que uma profissão, é um compromisso com a vida; é o resgate da saúde pela liberdade de expressão”.

A arteterapia traz vários benefícios para o indivíduo. Ela ajuda, por exemplo, no processo de autoconhecimento, relaxando o corpo e a mente, aumentando a autoestima e favorecendo a saúde como um todo, pois possibilita que fenômenos internos de consciência sejam ampliados (PAIN; JARREAU, 1996).

Dentre os diversos benefícios que a arteterapia proporciona para os indivíduos que dela se utilizam, a prática realizada em diferentes contextos mostra o quanto essa ferramenta é eficaz para diminuir o sofrimento psíquico. Além disso, tal prática desenvolve a criatividade e auxilia no autoconhecimento, promovendo novas possibilidades de inclusão na sociedade.

“A função das artes tem sido explicada dentro de diversas teorias e todas elas reconhecem nela uma qualidade interativa inerente, um poder de unir forças oponentes dentro da personalidade” (ANDRADE, 2000, p. 34). Verifica-se, nas manifestações de arte, a possibilidade de liberar sentimentos e o fato de que, além da função social, a arte pode ter função terapêutica (ANDRADE, 2000). Essa função terapêutica também aparece na arte-reabilitação.

Para Francisquetti (2005), a arte-reabilitação é uma técnica da arteterapia que utiliza diferentes expressões artísticas com finalidades terapêuticas, atuando em vários campos da saúde: prevenção, tratamento, reabilitação e casos crônicos. Essa afirmação

também aparece em uma pesquisa realizada com pessoas que sofreram acidente vascular encefálico (AVE). Figueira e Freire (2014) verificaram que o processo do fazer artístico é uma possibilidade de estímulo e verificação cognitiva do paciente pós-AVE. Para Ferreira (2011), a arteterapia é uma linguagem fundamental na reabilitação, pois consegue trabalhar tanto as questões cognitivas quanto as emocionais, com a vantagem de ser prazerosa e motivadora.

Atualmente, a arteterapia transcendeu os estudos psiquiátricos e já existem diversos estudos que abordam sua contribuição para a saúde de forma geral. Mais do que isso, sua prática encontra-se em distintos espaços.

Observa-se que, diante da complexidade dos problemas relacionados à saúde, é essencial perceber o sujeito em sua integralidade, subjetividade, inserido em um contexto, com uma história de vida. Embora a integralidade tenha muitos sentidos, é enfatizada, aqui, como concepção de um sujeito na sua totalidade.

Desse modo, podemos pensar que os serviços de saúde, de uma forma geral, não somente devem proporcionar um atendimento de qualidade, mas também, devem atender o ser humano em sua integralidade, com foco em suas necessidades físicas e psíquicas, aspecto no qual a arteterapia tem papel importante. Assim, apresentamos, a seguir, a contextualização da arteterapia e o diálogo com os resultados desta pesquisa bibliográfica.

A Arteterapia no contexto da saúde

Além da forma verbal, podemos comunicar-nos através das mais variadas vias de expressão, seja por gestos, olhares, imagens, expressões corporais e atitudes. Experimentar, sentir, olhar, tocar, observar nossas ações, emoções, sentimentos e sensações passam a ser fundamentais para a compreensão de como somos e do que sentimos. A arteterapia atua, justamente, na expressão criativa, contando com diversos materiais e técnicas que se tornam suporte para o encontro/contato terapêutico.

O uso terapêutico da arte remonta às civilizações mais antigas, no entanto, a arteterapia é um campo profissional novo. Hoje, ela é exercida em diferentes contextos, com modos de trabalho diversos e com atendimentos individuais ou em grupos. Os conceitos em arteterapia diferenciam-se, amplamente, conforme a abordagem seguida pelo arteterapeuta. Segundo Andrade (2000, p. 53), essa prática “é utilizada com crianças, adolescentes e adultos” e, como explicam Sei e Gianechini (2012), seus objetivos variam de acordo com o público.

A trajetória da arteterapia passa por diversos estudiosos da área, assim como

pelas teorias de Freud e pelos estudos de Jung. Considerando-se o pioneirismo na prática e no estudo da arteterapia, há nomes que se evidenciam e abrem caminho a novas gerações de arteterapeutas, como Margareth Naumburg, Hanna Yaka Kiatkowska, Edith Kramer, Janie Rhyne e Natalie Rogers (ANDRADE, 2000).

No Brasil, a arte utilizada com finalidade terapêutica surgiu no trabalho pioneiro de Osório César e Nise da Silveira. Ambos foram influenciados pela ideia de que “a arte traz a verdade interior de seu criador e este é seu valor maior” (VALLADARES, 2004, p. 54).

Nise da Silveira, após observar várias atividades plásticas no ateliê que criou no centro psiquiátrico Dom Pedro II em Engenho de Dentro, no Rio de Janeiro, notou que a expressão livre e espontânea por meio dessas atividades permite mais fácil acesso ao mundo interno do indivíduo, sempre rico de significações (SILVEIRA, 1992). Nise acreditava que as obras produzidas seriam instrumentos de transformação e reorganização das realidades interna e externa de pacientes e reconhecia que a arte tem valor, tanto para a pesquisa como para o tratamento de pessoas. Como afirma Andrade (2000, p. 61), a “arte também pode revelar e ajudar na compreensão e no tratamento destes indivíduos”.

Para a União Brasileira de Associações de Arteterapia (UBAAT), a arteterapia:

(...) é o uso da arte como base de um processo terapêutico (...). Visa estimular o crescimento interior, abrir novos horizontes e ampliar a consciência do indivíduo sobre si e sobre sua existência. Utiliza a expressão simbólica, de forma espontânea, sem preocupar-se com a estética, através de modalidades expressivas (...), mas utiliza fundamentalmente as artes visuais. Enquanto a Arte Educação ensina arte, a arteterapia possui a finalidade de propiciar mudanças psíquicas, assim como a expansão da consciência, a reconciliação de conflitos emocionais, o autoconhecimento e o desenvolvimento pessoal. A arteterapia tem também o objetivo de facilitar a resolução de conflitos interiores e o desenvolvimento da personalidade. Por ser bastante transformadora, pode ser praticada por crianças, adolescentes, adultos, idosos, por pessoas com necessidades especiais, enfermas ou saudáveis. (UNIÃO BRASILEIRA DE ASSOCIAÇÕES DE ARTETERAPIA, 2017, n.p).

Pode-se dizer que a arteterapia não possui contraindicações e facilita acesso a conteúdos inconscientes, auxiliando no desenvolvimento pessoal. Como afirma Coutinho (2009, p. 49), “o processo de criação artística costuma ajudar a reforçar aspectos saudáveis. Ao criar, abrimos as portas de nossa sensibilidade, o que possibilita a construção de meios para a transformação pessoal”. A autora destaca que “vivenciar experiências de autodescoberta e de manutenção e recuperação da saúde e do bem-estar é o que o espaço arteterapêutico representa para quem a procura” (COUTINHO, 2009, p. 38).

Seguindo essa linha de pensamento, na arteterapia, a criação e a expressão são agentes facilitadores de prevenção e promoção da saúde. A definição dada por Tomassi

(2005, p. 306) é que a arteterapia “contribui como uma possibilidade de tratamento na busca de novas perspectivas terapêuticas das reformas psiquiátricas atuais”. A autora afirma que o estudo das manifestações artísticas auxilia no tratamento das doenças mentais, melhorando a qualidade de vida.

Em 2010, Alessandrini pesquisou artigos com foco na arteterapia e verificou que os trabalhos compilados de 1980 a 2010 estão inseridos na área da saúde com parte dos textos escritos em artepsicoterapia, promoção e resgate da saúde. A autora destaca que:

(...) a arteterapia transita em todas estas áreas com uma presença singular, flexível e adaptada ao contexto, a realidade presente, com foco na melhoria da qualidade de vida e de experiência da pessoa em tratamento. Os benefícios que traz representam importante preenchimento de um espaço potencial de transformação interna, pessoal e profunda, que mobilizam aspectos não conhecidos e compreendidos como diferenciais de crescimento e integração, aceitação e resignificação. (ALLESSANDRINI, 2010, p. 55).

Observa-se, conforme Alessandrini (2010), que a arteterapia, pelas suas características transdisciplinares, alinha-se com as práticas em saúde, propiciando, ao indivíduo, a expressão de sua criatividade.

Metodologia

Esta pesquisa constituiu-se mediante revisão bibliográfica com abordagem qualitativa. Por se tratar de uma pesquisa de revisão bibliográfica, sem a participação direta dos indivíduos, não representou riscos à população (BRASIL, 2012).

Na abordagem qualitativa, o ambiente e o objeto de estudo em questão são fontes diretas dos dados, sem qualquer manipulação. O processo e seu significado são focos principais de abordagem (FREITAS; PRODANOV, 2009). Conforme aponta Gil (2008), há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre objeto e subjetividade do sujeito.

A revisão de bibliografia, concebida a partir de materiais já publicados, é uma pesquisa que visa rever estudos desenvolvidos e reconstruir o conhecimento vigente sobre o tema. Utiliza-se, fundamentalmente, das contribuições de vários autores sobre determinado assunto (FREITAS; PRODANOV, 2009).

Com base na literatura, realizou-se um levantamento de referências teóricas, publicadas nos últimos cinco anos, utilizando-se bases de dados de artigos científicos na área de Ciências da Saúde, como o Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), a biblioteca eletrônica *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), a base de dados Literatura Latino-americana e do

Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Essas fontes foram responsáveis pelo embasamento metodológico e teórico para elaboração da contextualização e do desenvolvimento deste trabalho.

Utilizou-se “arteterapia” como palavra-chave. Para o mapeamento e a seleção dos artigos, a coleta de dados seguiu a premissa: identificar, selecionar e extrair os temas recorrentes relacionados à saúde e à arteterapia dos materiais, publicados de 2010 a 2015, em diferentes bases de dados científicas.

Por meio do mapeamento e da seleção dos artigos a partir do descritor “arteterapia”, não foram encontrados temas recorrentes. Contudo, houve casos de um mesmo artigo ser disponibilizado em diferentes bases de dados, o que foi considerado nesta pesquisa (Quadro 1: Artigos pesquisados). Nesse caso, os temas relacionados à saúde e à arteterapia foram: hospitalização e câncer.

Quadro 1 - Artigos pesquisados

D'Alencar et al. (2013)	D'ALENCAR, Érica Rodrigues et al. Arteterapia no enfrentamento do câncer.
Espindola e Dittrich (2014)	ESPINDOLA, Karla Simoni da Silva; DITTRICH, Maria Glória. Tecnologia em arteterapia para a saúde de pessoas com câncer de mama.
Valladares e Silva (2011)	VALLADARES, Ana Cláudia; SILVA, Mariana Teixeira da. A arteterapia e a promoção do desenvolvimento infantil no contexto da hospitalização.
Simões (2010)	SIMÕES, Érica de Nazaré Marçal Elmescany. Contribuições da arteterapia no cuidado com mulheres em tratamento do câncer de mama.

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Diálogo com os resultados da pesquisa

A arteterapia transita nas mais diversas áreas e transcendeu os estudos psiquiátricos, sendo que, hoje, apresenta-se como um campo de atuação profissional em expansão no Brasil. Um marco do reconhecimento acerca do trabalho realizado pela arteterapia foi a inserção da ocupação “arteterapeuta” na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), no dia primeiro de janeiro de 2013. Essa classificação descreve o trabalho realizado pelos profissionais das terapias criativas, equoterápicas e naturoológicas do seguinte modo:

Realizam atendimento terapêutico em pacientes, clientes e praticantes utilizando programas, métodos e técnicas específicas de arteterapia, musicoterapia, equoterapia e naturologia. Atuam na orientação de pacientes, interagentes, clientes, praticantes, familiares e cuidadores. Desenvolvem programas de

prevenção, promoção de saúde e qualidade de vida. Exercem atividades técnico-científicas através da realização de pesquisas, trabalhos específicos, organização e participação em eventos científicos (CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES, 2015, np).

Todavia, a arteterapia, como profissão, encontra-se em processo modesto de crescimento, algo que, no campo da pesquisa científica e das publicações qualificadas, não se mostra diferente.

No Brasil conta-se com apenas duas revistas científicas em Arteterapia, editadas por associações regionais, sendo elas: Revista Científica Arteterapia Cores da Vida, da Associação Brasil Central de Arteterapia, publicada no formato digital desde o ano de 2005, e a Revista de Arteterapia da AATESP, publicada pela Associação de Arteterapia do Estado de São Paulo, cujo primeiro número foi lançado no ano de 2010. (SEI, 2015, p. 70).

Em tal cenário, nota-se uma ampliação nas publicações dos últimos cinco anos e uma concentração maior no ano de 2011, com decréscimo no ano de 2014 (SEI, 2015). Já existem estudos sobre sua contribuição para a saúde de forma geral, entretanto, observa-se, a partir da seleção realizada, um pequeno número de artigos nas bases de dados consultadas.

Percebe-se que o aumento de publicações na área é condizente com o amadurecimento e a expansão da arteterapia no Brasil. Essa trajetória ocupacional carrega um grande desafio na mudança de um modelo biomédico para a atenção integral e psicossocial dos indivíduos.

Desse modo, entende-se que, para um maior número de publicações na área, é necessário que as práticas arteterapêuticas sejam descritas através de artigos ou outras formas. Muitos profissionais não divulgam suas experiências. Outra forma seria o aumento na oferta de cursos de graduação ou pós-graduação.

No que se refere a novos estudos em espaços psiquiátricos ou relacionados à saúde mental, não foram identificadas novas pesquisas publicadas em grande número em anos anteriores ao período consultado.

Entretanto, em 2017, surgem um documentário e um filme sobre a arte como terapia. O documentário gaúcho “Epidemia de Cores” mostra o trabalho realizado na Oficina de Criatividade do Hospital Psiquiátrico São Pedro, em Porto Alegre, na qual os internos realizam diversos tipos de trabalhos de arte com finalidade terapêutica. Além disso, o filme “Nise — O Coração da Loucura”, premiado no 28º Festival de Tóquio com o Grand Prix de melhor filme, também abordou o tema.

Ambos complementam-se na proposta de reflexão sobre a criação artística como um efetivo recurso de tratamento e interação social. Acredita-se que reforçam o poder

transformador da arte como “terapia viva”, não apenas em espaços psiquiátricos, mas em diferentes contextos e com valor terapêutico.

Para diversos autores, a função social e terapêutica das artes tem sido um grande desafio de reflexão sobre as mudanças pelas quais vêm passando os cuidados na área da saúde mental. Trata-se de um processo desencadeado pelas transformações da reforma psiquiátrica, como um movimento contínuo de trabalho para lidar com a diferença e com o sofrimento mental.

Nos últimos anos, novos serviços foram criados, objetivando-se a adequação à política de saúde mental vigente no Brasil (Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001, da Reforma Psiquiátrica). Esse modelo propõe a constituição de uma rede de serviços em saúde mental alternativa ao modelo hospitalocêntrico, incluindo os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Os CAPS são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares (BRASIL, 2004, p. 9).

Assim, os profissionais que trabalham nos CAPS possuem diversas formações e integram uma equipe multiprofissional. Dentre as formações, os profissionais das artes e arteterapeutas que não têm suas atividades incluídas entre as profissões reconhecidas pelo Conselho Nacional de Saúde têm profunda importância nesses serviços pela diversidade de contribuições para a atenção ao processo saúde-doença.

Visando à integração da pessoa com transtornos mentais à comunidade, os CAPS constituem-se na principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica. Esses serviços exigem trabalho em equipe e transdisciplinar, educação permanente e conhecimentos em saúde mental, transformando saberes e práticas dos profissionais implicados nesses cuidados.

A arteterapia, que se faz presente nos diferentes espaços da rede, é mais uma possibilidade que agrega valor e potencializa os saberes das equipes de saúde nos esforços de cuidado e reabilitação psicossocial. Entretanto, essa atuação acontece, prioritariamente, em estágios e residências em saúde, não se concretizando na contratação desses profissionais nas instituições de saúde. Para que isso se efetive, é necessário incluir o cargo de arteterapeuta e gerar vagas, em principal, em concursos públicos.

Não há dúvidas de que a atuação dos arteterapeutas é necessária para as

atividades oferecidas nos serviços de saúde, sobretudo, nos CAPS e serviços de saúde mental, locais em que, atualmente, há espaços para esses profissionais. A grande contribuição está no interesse pelo uso de recursos expressivos em muitos campos, assim como na área da saúde.

Em alguns espaços terapêuticos, como em hospitais, por exemplo, já se comprovam os benefícios da arteterapia na percepção de que se trata de um elemento essencial na promoção da saúde, no resgate de aspectos saudáveis, na humanização do paciente e nos cuidados à saúde.

Barreto, Lemos e Aprile (2011, p. 46) apontam que a utilização da arteterapia “tem possibilitado diferentes formas de acesso à saúde física e mental, ao bem-estar, à reintegração e inclusão social dos pacientes e à melhoria de sua qualidade de vida”. Esses benefícios e a importância de intervenções de arteterapia são observados em uma pesquisa para avaliar e comparar o desenvolvimento de crianças hospitalizadas.

Valladares e Silva (2011) identificaram que as intervenções foram eficazes na promoção do desenvolvimento infantil. Em uma unidade de internação pediátrica, essas autoras, após seis meses de pesquisa, concluíram que a arteterapia expõe potenciais saudáveis da criança. Além disso, observaram que a prática pode oferecer, à criança hospitalizada, uma oportunidade para lidar melhor com a situação e neutralizar os fatores de ordem afetiva que surgem com a doença, além de restabelecer o equilíbrio emocional. As produções plásticas favoreceram a identificação de mudanças no desenvolvimento e comportamento, contribuindo para a humanização de cuidados à saúde.

As autoras consideram o arteterapeuta um dos profissionais mais capacitados para encorajar as expressões do imaginário da criança e veem a arteterapia como uma possibilidade plausível de ser aplicada no ambiente hospitalar pediátrico. Segundo Valladares e Silva (2011), nesse contexto, por vezes, os potenciais saudáveis da criança são pouco estimulados.

Dada essa afirmação, questiona-se: se não existir esse espaço, será que, em algum momento, o que é saudável poderá ser visto? O que propicia que o olhar recaia basicamente sobre a doença nos serviços de saúde?

Os trabalhadores da saúde são formados, principalmente, para trabalhar com a doença e, em sua maioria, não são preparados durante a formação acadêmica para lidar com aspectos subjetivos do adoecer. As queixas dos usuários não podem se tornar invisíveis. Há uma necessidade de aproximação entre a formação dos profissionais e as reais necessidades dos usuários, através da reflexão sobre o significado da formação, a qualificação do cuidado, o espaço para a escuta, a atenção ao sofrimento, o cuidado em

saúde mental e os aspectos subjetivos do adoecer nos processos educativos.

Essa perspectiva converge com o proposto por D'Alencar et al. (2013), que perceberam que, no ambiente hospitalar, onde não são realizadas práticas como a arteterapia, ocorre mais estresse no momento da internação. Por outro lado, segundo os autores, a existência desse tipo de prática propicia o não aumento do sofrimento psíquico, facilitando o tratamento e incentivando a autonomia. Conforme D'Alencar et al. (2013), esse tratamento singular promove espaços que produzem vida.

Compreende-se, assim, como necessária a inserção de outros profissionais de diferentes áreas de conhecimentos, não somente os da saúde, para a qualificação dos modos de se fazer saúde na efetivação da clínica ampliada, preconizada como uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde (SUS).

A Clínica ampliada, no entanto, não desvaloriza nenhuma abordagem disciplinar. Ao contrário, busca integrar várias abordagens para possibilitar um manejo eficaz da complexidade do trabalho em saúde, que é necessariamente transdisciplinar e, portanto, multiprofissional. (BRASIL, 2009, p. 14).

Através da clínica ampliada, constrói-se um modo diferente de se fazer saúde, com a necessária inclusão de novos instrumentos e novas modalidades de atendimento, contexto em que a arteterapia pode ser inserida. O reconhecimento da complexidade do trabalho em saúde faz com que o trabalho multiprofissional seja fundamental.

Dessa forma, relacionar arteterapia com saúde faz-nos pensar em transformação do sujeito e do ambiente. Um ambiente mais leve ajuda na recuperação e promoção da saúde, abrindo a possibilidade de que, através da expressão artística, possam ser gerados espaços saudáveis de transformação do sujeito e de produção de saúde.

Com relação ao exposto, a arteterapia não é uma atividade recreativa para preencher tempo, mas produtora de criatividade, através da qual as pessoas criam saídas diante de uma situação imposta por limites. Muitas vezes, por não ser possível a expressão verbal de sentimentos, emoções e dificuldades de ordem subjetiva, abre-se espaço para outras formas de expressão além da palavra. Esse processo viabiliza formas terapêuticas de lidar com a dor e o sofrimento psíquico.

Espindola e Dittrich (2014) afirmam que as práticas arteterapêuticas corroboraram com a proposta do SUS, humanizando o cuidado em saúde. Nesse contexto, segundo as autoras, “a arteterapia [...] pode desenvolver no ser humano capacidades para enfrentar suas adversidades no mundo e na vida”. (ESPINDOLA; DITTRICH, 2014, p. 12).

Confirmando esses benefícios, no projeto integrado de pesquisa e extensão em perda, luto e separação, D'Alencar et al. (2013) utilizaram como método a arteterapia em

pacientes em situação de doença oncológica e em seus acompanhantes. No setor de oncologia de um hospital na cidade de Fortaleza, durante o período de cinco meses, com o total de 49 participantes, as atividades foram direcionadas para o aumento da autoestima, o relaxamento e o autoconhecimento. As pesquisadoras observaram que o uso da arteterapia propiciou o resgate de aspectos saudáveis nos participantes envolvidos e que, com baixo custo, pode-se trazer referências positivas à vida das pessoas no hospital. Identificaram, ainda, que o uso da técnica facilita o diálogo no enfrentamento da patologia, auxiliando na melhoria da qualidade de vida.

Cabe salientar que a arteterapia foi reconhecida como uma prática integrativa e complementar em saúde, que passou a integrar as práticas integrativas e complementares (PICs) em 2017. O Ministério da Saúde publicou a Portaria n. 145/2017, no Diário Oficial da União, que ampliou os procedimentos oferecidos no SUS. Na publicação, encontra-se a seguinte descrição:

Uma atividade milenar, a arteterapia é um procedimento terapêutico que funciona como um recurso que busca interligar os universos interno e externo de um indivíduo, por meio da sua simbologia. É uma arte livre, conectada a um processo terapêutico, transformando-se numa técnica especial, não meramente artística. É uma forma de usar a arte como uma forma de comunicação entre o profissional e um paciente, assim como um processo terapêutico individual ou de grupo buscando uma produção artística a favor da saúde. (BRASIL, 2017, não paginado).

Diante das diversas necessidades humanas, pode-se considerar a arteterapia uma inovação de atendimento nos serviços de saúde, possibilitando a interdisciplinaridade e abrindo espaço para a transdisciplinaridade. Essa prática desenvolve variadas formas de se fazer saúde e, dessa forma, contribui para enriquecer o cuidado em saúde.

Mediante o exposto, é importante destacar que Simões (2010), após três anos de atuação profissional no Núcleo de Acolhimento do Enfermo Egresso (NAEE), uma casa de acolhimento no Pará, pesquisando e intervindo por meio da arteterapia, realizou uma pesquisa de intervenção que teve a finalidade de identificar contribuições da arteterapia no cuidado de mulheres em tratamento do câncer de mama. A partir dos significados atribuídos pelas participantes à experiência, os resultados da pesquisa fizeram referência às funções terapêuticas da arte e à importância da arteterapia em oncologia.

A referida autora afirma que foi possível identificar contribuições da arteterapia para o cuidado de mulheres com câncer de mama no que se refere à possibilidade de interação com o outro, ao desenvolvimento da capacidade de expressão, significação e ressignificação do vivido e à aquisição de uma postura mais ativa para enfrentar as dificuldades da vida. Além disso, ela chama a atenção para a importância desse estudo,

que esteve relacionado à necessidade de ampliação de estratégias terapêuticas voltadas à promoção da saúde de indivíduos em tratamento do câncer. Afirma ainda que “a arteterapia pode ser enquadrada como uma das intervenções que auxiliam na mudança de postura do indivíduo em relação à doença: da morte e do conformismo para a esperança e a vontade de viver” (SIMÕES, 2010, p. 15).

Tratando dos benefícios da arteterapia, Espindola e Dittrich (2014) também apontam que, há muitos anos, vêm trabalhando com a arteterapia e que, em uma pesquisa na qual desenvolveram quinze vivências arteterapêuticas no acompanhamento de duas mulheres mastectomizadas, puderam observar que:

[...] a arteterapia no cuidado à mulher com câncer de mama olha a pessoa, não primeiramente na sua doença, mas nas suas possibilidades de criatividade e superação da percepção de si mesma e do mundo em sua volta. Procurando fortalecer o que é sadio. (ESPINDOLA; DITTRICH, 2014, p. 13).

Na intenção de estender o cuidado integral à saúde por meio da arteterapia a outros campos da área da saúde e pela relevância dos resultados dos processos arteterapêuticos das participantes, foi gerado o Protocolo ArTCISaP (Arteterapia para o Cuidado Integral à Saúde de Pessoas), na forma de um protocolo metodológico com abordagem transdisciplinar. Esse protocolo também é adequado a outras demandas de cuidado integral à saúde, promoção e educação em saúde. Por meio do processo criativo, ele possibilita o desenvolvimento de suportes que levam ao desenvolvimento da autonomia, da autoestima e da autoafirmação, através da organização da autoimagem. Possui uma estrutura com cinco momentos, sendo que cada momento foca o cuidado com a atenção para a acolhida, desde a chegada até a despedida, permitindo a vivência da percepção e da compreensão da pessoa sobre o seu processo saúde-doença.

No estudo, constatou-se que essa metodologia proporcionou e possibilitou a humanização no processo de tratamento dessas mulheres, que perceberam resultados significativos, como a compreensão das diversas fases de tratamento do câncer e o fortalecimento para o enfrentamento do desafio existencial que a doença desencadeia, auxiliando na busca de sentido para viver.

Nos casos de tratamento de pessoas com câncer, verificou-se que a prática da arteterapia auxilia no fortalecimento do enfrentamento e na mudança de postura do indivíduo em relação à doença (ESPINDOLA; DITTRICH, 2014).

Compreende-se, portanto, que a arteterapia contribui para a transformação do sujeito e do ambiente, atuando na mudança de comportamento e facilitando o tratamento no período de internação em hospital; promove o desenvolvimento infantil; desenvolve

bem-estar e autoconhecimento; diminui o sofrimento psíquico; desenvolve a criatividade, dinamicidade e a autonomia; e restabelece o equilíbrio emocional. Ou seja, a arteterapia é um efetivo recurso de tratamento, reintegração, interação e inclusão social, que beneficia, de forma efetiva, a melhora da qualidade de vida e favorece a saúde como um todo. Desse modo, configura-se como elemento essencial na promoção, prevenção e reabilitação da saúde física e mental, no resgate de aspectos saudáveis, na humanização e no cuidado para a saúde.

Considerações Finais

A partir desta pesquisa, a importância da ampliação da utilização da arteterapia no contexto da saúde foi considerada. Nesse caso, pressupõe-se que tal ampliação passaria, também, pela necessidade da contratação do arteterapeuta.

Nessa perspectiva, a investigação trouxe contribuições para a identificação de alguns dos diversos benefícios da arteterapia na promoção, assistência e reabilitação da saúde das pessoas, compreendendo sua importância nos serviços de saúde.

Assim, a característica transformadora identificada como relevante na arteterapia pode ser confirmada nesta pesquisa. Os diversos benefícios que esse tipo de atividade proporciona para os indivíduos que dela se utilizam demonstram que a prática percebe a pessoa dentro de suas potencialidades e possibilidades. Mais do que isso, a arteterapia transforma a vida das pessoas e confirma, desse modo, sua eficácia no trabalho de questões subjetivas, que envolvem o processo saúde-doença desses sujeitos.

Ao dialogar com os seus benefícios, fica a lição sobre a existência dos mais variados temas pesquisados e relacionados à arteterapia, não se configurando como temas recorrentes. Tal fato vai de encontro ao que era previsto pelas pesquisadoras, que acreditavam que houvesse temas e públicos que se repetiam nas pesquisas publicadas na área.

Há, portanto, publicações sobre diversos públicos e temas relacionados a essa prática. Todavia, pode-se pensar também que muitas são as experiências não registradas na forma de uma escrita, de um artigo científico.

Surgem, portanto, outras interrogações sobre a arteterapia na saúde, como aquelas que se referem à contratação do profissional pelos serviços de saúde, para que a potencialidade da arteterapia efetive-se enquanto modalidade reconhecida de tratamento. Logo, faz-se necessária a profissionalização e a posterior contratação do arteterapeuta pelas equipes de saúde.

Talvez uma das coisas mais difíceis em ser arteterapeuta no Brasil, mesmo após a

inserção da ocupação na Classificação Brasileira de Ocupações, é sentir “na pele” o seu modesto crescimento. Não ter a profissão reconhecida dificulta a inserção do profissional no mercado de trabalho. Por isso, entendemos como necessários os investimentos para garantir que a profissão seja reconhecida em todas as instâncias da lei, o que geraria cargos e a provisão de vagas em concursos públicos.

Uma das pesquisadoras, enquanto arteterapeuta inserida em uma equipe multiprofissional em um CAPS infantil por um período de um ano, pode observar o reconhecimento das práticas pelos usuários, familiares e, também, pelos trabalhadores do serviço. Diversas vezes, quando não existia a possibilidade da comunicação verbal, a arteterapia se fazia presente; quando não existia fala, o lápis e o papel, o pincel, o gesto, a música e a expressão corporal serviam e servem de comunicação.

Nos atendimentos individuais, assim como nos grupos, tem-se retorno dos próprios usuários. Foi observado pela arteterapeuta que alguns, no início do atendimento, vinham totalmente desmotivados, muitas vezes, sem vontade de viver, e, passado algum tempo, passavam a se expressar verbalmente, a ter vontade de fazer coisas diferentes, de estar nos grupos e nas oficinas, de estudar e fazer cursos, por exemplo. Essa motivação e transformação, promovidas pela arteterapia na vida das pessoas, reforçam, no profissional arteterapeuta, a certeza de seus benefícios e da eficácia de suas intervenções.

Desse modo, identificamos um enorme espaço potencial para a inserção do arteterapeuta nas mais distintas formas de cuidado e com práticas eficazes dentro dos serviços de saúde, contribuindo para mudanças no modelo de atenção à saúde de sujeitos e coletividades. Sua prática produz inovações no atendimento das possibilidades de promoção de saúde nos serviços.

Outrossim, a trajetória da arteterapia, alinhada com os princípios do SUS, carrega um grande desafio na proposta de mudança de um modelo biomédico para a atenção integral e psicossocial dos indivíduos. Essa mudança necessita de novas estratégias de cuidado, que podem ser potencializadas pela inserção do arteterapeuta nas equipes de saúde, dando ênfase à rede de atenção à saúde mental.

O reconhecimento da complexidade do trabalho em saúde faz com que o trabalho multiprofissional e a necessidade de ampliação de estratégias terapêuticas sejam fundamentais no cuidado em saúde. A arteterapia é uma prática possível, uma possibilidade plausível de ser aplicada dentro dos serviços de saúde, contribuindo para o desenvolvimento integral.

Evidencia-se, assim, a relação entre arteterapia e saúde demonstrada nesta

pesquisa, que, para nós, traduz-se em reconhecimento na área da saúde e no contexto científico. Considera-se, portanto, que esta pesquisa contribuiu como mais uma produção teórica para evidenciar os benefícios da arteterapia e dar visibilidade e reconhecimento da sua importância na interação com outros campos de saber no cuidado em saúde.

Referências Bibliográficas

ALLESSANDRINI, Cristina Dias. A pesquisa científica em arteterapia no Brasil: estado da arte. In: ASSOCIAÇÃO DE ARTETERAPIA DO ESTADO DE SÃO PAULO. *A formação em arteterapia no Brasil: contextualização e desafios – Textos do III Fórum Paulista de Arteterapia da AATESP*. São Paulo, 2010. p. 34-58.

ANDRADE, Liomar Quinto. *Terapias expressivas*. São Paulo: Vetor, 2000.

BARRETO, Jane Ribeiro; LEMOS, Naira Dutra; APRILE, Maria Rita. Arteterapia e humanização em saúde: uma prática no tratamento de idosos com vestibulopatias. *Revista Equilíbrio Corporal e Saúde*, [S.l.], v. 3, n. 2, p. 45-53, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília, DF, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. *Clínica ampliada e compartilhada*. Brasília, DF, 2009.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 2012.

_____. Departamento de Atenção Básica. *Portaria amplia oferta de PICS*. Brasília, DF, 2017.

CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES. *Descrição - 2263: profissionais das terapias criativas, equoterápicas e naturológicas*. [S.l.: s.n.], 2015.

COUTINHO, Vanessa. *Arteterapia com crianças*. Rio de Janeiro: Wak, 2009.

D'ALENCAR, Érica Rodrigues et al. Arteterapia no enfrentamento do câncer. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, [S.l.], v. 14, n. 6, p. 1241-1248, 2013.

ESPINDOLA, Karla Simoni da Silva; DITTRICH, Maria Glória. Tecnologia em arteterapia para a saúde de pessoas com câncer de mama. *Saúde e Transformação Social*, Florianópolis, v. 5, n. 3, p. 10-19, 2014.

FERREIRA, M. S. O corpo no acidente vascular cerebral. In: FRANCISQUETTI, Ana Alice (Org.). *Arte-Reabilitação*. São Paulo: Mennon, 2011.

FIGUEIRA, Daniela C. Rocha; FREIRE, Tania Cristina. Arte-reabilitação: possibilidades de verificação e estímulo cognitivo pós-ave. *Revista de Arteterapia da AATESP*, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 14-32, 2014.

FRANCISQUETTI, Ana Alice. Arte-Reabilitação. In: FERNANDES, Antonio Carlos et al. (Orgs.). *AACD Medicina e Reabilitação: princípios e práticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2005.

FREITAS, Ernani César de; PRODANOV, Cléber Cristiano. *Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico*. Novo Hamburgo: Feevale, 2009.

GIL, Antonio Carlos. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

PAIN, Sara; JARREAU, Gladys. *Teoria e prática da arteterapia: a compreensão do sujeito*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

SEI, Maíra Bonafe. A pesquisa e as publicações em arteterapia no cenário nacional. *Revista de Arteterapia da AATESP*, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 68-82, 2015.

_____; GIANECHINI, Silene de Souza. Arteterapia e terapia ocupacional no Brasil: uma discussão sobre semelhanças e diferenças. *Revista de Arteterapia da AATESP*, São Paulo, v. 3, n. 1, p. 3-18, 2012.

SILVEIRA, Nise. *O mundo das imagens*. São Paulo: Ática, 1992.

SIMÕES, Érica de Nazaré Marçal Elmescany. Contribuições da arteterapia no cuidado com mulheres em tratamento do câncer de mama. *Revista da Abordagem Gestáltica*, [S.l.], v. 16, n. 2, p. 239-240, 2010.

TOMASSI, Sônia Maria B. *Arteterapia e loucura: uma viagem simbólica com pacientes psiquiátricos*. São Paulo: Vetor, 2005.

UNIÃO BRASILEIRA DE ASSOCIAÇÕES DE ARTETERAPIA. *Arteterapia*. [S.l.], 2017.

VALLADARES, Ana Cláudia. Da vida sem arte à arte como promoção da vida: momentos da arte na psiquiatria. In: VALLADARES, Ana Claudia (Org.). *Arteterapia no novo paradigma de atenção em saúde mental*. São Paulo: Vetor, 2004.

_____. *Arteterapia na saúde*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008.

_____; SILVA, Mariana Teixeira da. A arteterapia e a promoção do desenvolvimento infantil no contexto da hospitalização. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 32, n. 3, p. 443-50, 2011.

LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES COM CÂNCER EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE PORTO ALEGRE-RS

Rosângela Uebel
Guilherme Grivicich da Silva

Introdução

O câncer é a segunda causa de morte no mundo e, conforme a International Agency for Research on Cancer (IARC), órgão especializado em câncer da Organização Mundial da Saúde, a incidência mundial cresceu 20% na última década. A estimativa para 2030 é de vinte e sete milhões de casos novos, com um maior impacto nos países em desenvolvimento devido à falta de diagnóstico precoce e acesso ao tratamento. África, Ásia, América Central e do Sul são responsáveis por 70% das mortes por câncer no mundo.

No Brasil, o Instituto Nacional do Câncer (INCA) estima, para o biênio 2016-2017, 420 mil casos novos de câncer, excluindo os de pele não melanoma, sendo os mais incidentes a neoplasia de próstata, pulmão, intestino, estômago e cavidade oral nos homens e, nas mulheres, de mama, intestino, colo de útero, pulmão e estômago. No Rio Grande do Sul, essas expectativas são semelhantes, porém, nos homens, a estimativa de câncer na cavidade oral é maior em comparação ao de estômago e, nas mulheres, a ocorrência de câncer de pulmão será maior em relação ao de colo de útero para o biênio 2016-2017. Em 2013, foram contabilizadas 50.616 interações hospitalares no Rio Grande do Sul por câncer (DAZZI, ZATTI e BALDISSERA, 2014).

Com o controle das doenças infecciosas que causavam a mortalidade precoce da população no século passado, houve um aumento na expectativa de vida populacional e maior exposição aos fatores de riscos para o desenvolvimento do câncer, alterando o perfil epidemiológico mundial (GUERRA, GALLO e MENDONÇA, 2005). O aumento da incidência e mortalidade por câncer junto ao crescimento demográfico, envelhecimento populacional e desenvolvimento socioeconômico torna a doença um problema de saúde pública e um desafio ao sistema de saúde brasileiro para garantir acesso pleno da população ao diagnóstico e tratamento da doença (OLIVEIRA et al., 2011).

A política de integridade das ações de controle do câncer, prevista pelo Ministério da Saúde, garante os serviços assistenciais ao paciente, desde o diagnóstico e estadiamento da neoplasia ao tratamento, seja cirurgia, quimioterapia e radioterapia, assim como os serviços complementares, com a reabilitação do paciente ou com os cuidados paliativos (KLIGERMAN, 2000).

Uma vez que um terço dos casos de câncer é evitável e 60% dos casos têm diagnóstico em estágio avançado (BRASIL, 2011), é importante conhecer o perfil epidemiológico dos pacientes hospitalizados em instituição pública. Este estudo teve como objetivo estabelecer o perfil epidemiológico de adultos com câncer internados no setor de Oncologia de um hospital público de alta complexidade da cidade de Porto Alegre-RS.

Método

O presente estudo caracteriza-se por ser observacional, descritivo, denominado como levantamento epidemiológico. A coleta de dados ocorreu entre os meses de novembro de 2016 a maio de 2017 e incluiu prontuários de pacientes de ambos os sexos, de todas as faixas etárias que tiveram diagnóstico de câncer e internaram no Serviço de Oncologia de um hospital público da cidade de Porto Alegre, RS. Foram excluídos os pacientes da Hematologia e dos Cuidados Paliativos.

Para a coleta dos dados, foram utilizados os prontuários eletrônicos dos pacientes que internavam no Serviço de Oncologia do Hospital Nossa Senhora da Conceição e uma ficha de avaliação de prontuário elaborada para este estudo, contendo as informações de interesse. Diariamente, uma equipe treinada fazia a vistoria no Setor de Oncologia para identificar novas internações e os desfechos dos indivíduos já internados, visando selecionar prontuários elegíveis para compor a amostra do trabalho.

As variáveis que foram investigadas para análise descritiva foram classificadas como demográficas, socioeconômicas, comportamentais, morbidades, relacionadas ao câncer e de tratamento. Todas as informações eram retiradas dos prontuários eletrônicos, não havendo entrevista com o paciente ou familiar.

Entre as variáveis demográficas, foram incluídas na análise: idade, sexo, cor da pele (branca ou não branca), estado civil (solteiro, casado; separado ou divorciado, viúvo) e procedência. As variáveis socioeconômicas foram escolaridade (superior, médio, fundamental e não alfabetizado) e profissão. Variáveis comportamentais foram representadas por tabagismo (não fumantes, ex-fumante, fumantes) e etilismo (não etilista, ex-etilista, etilista). As variáveis de morbidades foram representadas pela presença de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, história familiar de câncer, quantidade de internações hospitalares devido ao câncer e dias de internação. As variáveis relacionadas ao câncer foram localização primária, estadiamento TNM, presença de metástase e local da metástase. As variáveis de tratamento foram quimioterapia, radioterapia, cirurgia, fisioterapia, motivo da internação e óbito.

Os dados foram tabulados no programa Microsoft Excel, em dupla entrada, para se detectar eventuais erros de digitação e a análise estatística dos dados feita no Programa SPSS 16 (Statistical Package for the Social Sciences). Análises descritivas foram conduzidas para descrever o perfil epidemiológico da população do estudo.

O Projeto de Pesquisa número 16-249 foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição, conforme as orientações da Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados

No total, foram analisados prontuários de 354 internações hospitalares no período de novembro de 2016 a maio de 2017. A maior parte (64,7%) internou para a equipe da Oncologia Clínica, e 35,3%, para a Oncologia Cirúrgica.

Entre as características da amostra, a maioria dos indivíduos era do sexo masculino (51,4%), verificou-se predomínio da população na faixa etária de 60 a 69 anos (32,4%). A Tabela 1 demonstra a distribuição do número de pacientes de acordo com a faixa etária. A cor da pele referida como branca (84,9%) foi a mais encontrada, assim como casados ou em união estável (46,8%), com ensino fundamental (72,3%), tendo como ocupação “do lar” (24%) e aposentados (15%). Em relação à procedência, 43% era de Porto Alegre e 42% da região metropolitana, sendo a cidade de Gravataí, da região metropolitana, a responsável por 10% dessas internações.

Tabela 1. Distribuição da faixa etária dos pacientes

Faixa Etária	Frequência Absoluta (n)	Frequência Relativa (%)
18 – 29 anos	9	3,2
30 – 39 anos	25	9,0
40 – 49 anos	29	10,5
50 – 59 anos	73	26,2
60 – 69 anos	90	32,4
70 – 79 anos	40	14,4
80 ou mais	12	4,3

Fonte: Elaborado pelos autores.

Entre as morbidades verificadas, 39% dos indivíduos eram hipertensos, 15% diabéticos, em 25%, havia história familiar de câncer. Houve 76 reinternações (21,5%) no período de seis meses do estudo, 34,7% dos indivíduos permaneceram internados de um a sete dias, e 30,8%, de oito a dezesseis dias. Em relação ao comportamento, 26% desses eram fumantes, 30% ex-fumante, 24% não fumante, não etilista (42%), ex-etilista (16%), etilista (8%).

Os tumores gastrointestinais foram os mais prevalentes (37%) tanto nos homens quanto nas mulheres, sendo que 43% destes estavam localizados em colo e reto. A segunda neoplasia com maior número de internação hospitalar nos homens foi de cabeça e pescoço (25,2%) e, nas mulheres, foi de mama (21,5%). A Tabela 2 mostra a localização do sítio primário no total de pacientes e por sexo.

Tabela 2: Distribuição da frequência de tumores primários encontrados nos prontuários pelo número total e sua distribuição entre homens e mulheres

Localização Primária	N	%	Homens		Mulheres	
			N	%	N	%
Gastrointestinais	103	37	54	37,8	49	36,3
Cabeça e pescoço	44	15,8	36	25,2	8	5,9
Torácicos (pulmão)	32	11,5	14	9,8	18	13,4
Mama	29	10,6	-	-	29	21,5
Geniturinário	29	10,6	25	17,5	4	3,0
Ginecológico	9	3,2	-	-	9	6,7
Endócrino	8	2,8	1	0,6	7	5,2
Primário oculto	8	2,8	2	1,4	6	4,5
Pele não melanoma	8	2,8	5	3,5	3	2,1
Tecido conjuntivo	5	1,8	4	2,8	1	0,7
Melanoma	3	1,1	2	1,4	1	0,7

Legenda: N = Frequência Absoluta (número de casos); % = Frequência Relativa (percentual do total).

Fonte: Elaborado pelos autores.

O estadiamento TNM constava em 49% dos prontuários, sendo T4 (16%), N1 (17%) e M0 (27%) mais verificado. A presença de metástase foi verificada em 44% dos pacientes. Os principais locais metastáticos foram pulmões (40%), fígado (20%), SNC (10,3%) e ossos (8,9%).

Os principais motivos das internações foram: internação para receber quimioterapia (26,8%), investigação diagnóstica (18%), ressecção do tumor (17,8%), piora clínica (9%), complicação pós-quimioterapia (8,5%) e progressão da doença (8,5%). Quanto aos tratamentos realizados no período de internação desses pacientes, 40% realizou quimioterapia, 12% radioterapia, 43% algum tipo de cirurgia e 42% fisioterapia.

O número total de óbitos foi de 44 pacientes (12,4%) durante a internação no período estudado; e destes 56,8% ocorreram em mulheres. A localização primária mais frequente do tumor nas mulheres que foram a óbito foi mama (25%), pulmão (20%) e estômago (16%). Nos homens, os óbitos por neoplasia foram pulmão (22%), esôfago (15%) e estômago (15%).

Discussão

O presente estudo foi conduzido em um hospital de alta complexidade, mediante o ingresso de pacientes exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), com escolaridade baixa, conforme apontam os dados apresentados.

Algumas neoplasias têm forte associação a piores condições socioeconômicas, como os tumores de cabeça e pescoço, colo de útero e estômago (BOING; ANTUNES, 2011). A exposição a fatores de risco, como tabagismo, etilismo, baixo nível socioeconômico e dietas com altas concentrações de cloreto de sódio, nitrito e nitrato, está associada à acarinogênese dos tumores gastrointestinais (MELO; NUNES e LEITE, 2012). Além disso, o tabagismo é um fator de risco bem discutido na literatura para o desenvolvimento dos tumores de pulmão, esôfago e cavidade oral, além de ovários e o de colo (FILHO et al., 2010).

Em relação ao sexo, o número de internações foi muito semelhante, observando-se uma ocorrência um pouco maior nos homens. Segundo Guerra, Gallo e Mendonça (2005), em países em desenvolvimento, a prevalência de câncer em mulheres é 25% maior, porém, em homens, a localização do tumor tem predomínio de pior sobrevida.

As neoplasias gastrointestinais foram as mais frequentes em ambos os sexos durante o período do estudo. Entre as lesões gastrointestinais, encontram-se os tumores de esôfago, estômago, pâncreas, fígado, vesícula, colo, reto e anus, sendo aqueles localizados em colo e reto os que mais acometeram os pacientes internados. Tal achado se explica possivelmente pelo fato de seu surgimento ser maior na sexta década de vida e acometer homens e mulheres na mesma proporção (MALHEIROS, et al.; 2005). Neves, Koifaman e Mattos (2006) observaram que as taxas de mortalidade por câncer de colo e reto em Porto Alegre e São Paulo apresentaram maiores magnitudes em relação às demais capitais brasileiras.

No presente estudo, o câncer de mama foi a segunda causa de internações entre as mulheres e a primeira causa de óbitos, corroborando com os dados do INCA (2016) que apontam sua alta morbidade e principal causa de morte por câncer em mulheres no Brasil. Um estudo ecológico de Oliveira et al. (2011) aponta que o volume de internações para cirurgias de câncer de mama nas principais capitais brasileiras atingiu 40,9% das internações por câncer no País. Porto Alegre, Salvador, Recife, Piauí, Belo Horizonte e Barretos totalizam 19,3% das cirurgias mamárias, enquanto que São Paulo e Rio de Janeiro são responsáveis por 19,4% do total dessas internações (OLIVEIRA et al., 2011). De acordo com dados do INCA, Porto Alegre registra a mais alta incidência de câncer de mama quando comparada às demais capitais da Região Sul, com uma taxa estimada para o biênio 2016-2017 de 90,20 casos para cada 100 mil mulheres e, entre as capitais brasileiras, só perde para o Rio de Janeiro, que possui uma taxa estimada, para o mesmo período, de 91,25 casos para cada 100 mil mulheres. As altas taxas de mortalidade são

atribuídas a diagnóstico tardio e terapêuticas inadequadas (RODRIGUES; FERREIRA, 2010).

Os tumores de cabeça e pescoço possuem uma taxa de incidência duas vezes maior na população masculina em relação à feminina (MELO; NUNES; LEITE, 2012). Contrária à tendência nacional, que a aponta como a quinta mais incidente, no presente estudo, essa neoplasia apareceu em segundo lugar nas internações hospitalares, com maior acometimento nos homens, possivelmente devido à associação positiva com o tabagismo e consumo de bebidas alcoólicas. Boing e Antunes (2011) apontam que a menor exposição ao longo da vida a esses fatores de risco poderia evitar em torno de 80% dos casos dessas neoplasias, e o maior risco da doença está relacionada a poucos anos de estudos e piores condições de trabalho.

Entre os tumores que acometeram com maior frequência os pacientes deste estudo, aparecem o câncer de pulmão e os genitourinários respectivamente. O câncer de pulmão é a neoplasia mais incidente no mundo e está fortemente associado ao hábito de fumar. O tabagismo é responsável por 90% dos tumores pulmonares, afetando também os não fumantes expostos à fumaça do cigarro diariamente. São necessários em torno de trinta anos de exposição ao cigarro ou a sua fumaça para a ocorrência de câncer (FILHO et al., 2010). Neste estudo, a frequência de câncer de pulmão nos pacientes internados foi semelhante às estimativas do INCA, sendo o terceiro entre ambos os sexos e acometendo mais as mulheres. No sexo masculino, foi menos frequente em relação ao esperado, onde a expectativa no Rio Grande do Sul seria de segundo lugar. Representou a principal causa de óbito entre os homens e a segunda entre as mulheres, seguindo a tendência nacional de mortalidade por essa causa.

Dentre os tumores genitourinários, encontrou-se resultados diferentes do esperado, pois o mais frequente foi o de testículo, que possui uma incidência baixa e afeta mais adultos jovens brancos (PAIVA et al., 2006), seguido pelos tumores de rim, bexiga e, por último, de próstata, que é a neoplasia que mais acomete os homens em todas as regiões do País. Apesar da sua frequência elevada, os tumores de próstata possuem uma letalidade baixa, um estudo de Migowski e Silva (2010) aponta que a sobrevida em 15 anos é de 80,3%. A idade é o fator de risco melhor estabelecido em relação ao câncer de próstata, acometendo homens a partir dos 65 anos, muitas vezes, com comorbidades maiores que a do tumor. Existe, também, uma associação da cor da pele ao câncer de próstata, indivíduos negros possuem 1,6 mais chance de ter o tumor em relação aos indivíduos brancos (MIGOWISKI; SILVA, 2010), a população do presente estudo caracterizou-se como branca na sua maioria.

O estadiamento baseia a escolha do tratamento do tumor primário, possíveis metástases e a sobrevida do doente. Preconizado pela União Internacional Contra o Câncer (UICC), o sistema TNM de classificação dos tumores malignos é o mais utilizado. (BRASIL, 2011). Este, apesar de não constar em todos os prontuários, indica que os pacientes em tratamento apresentavam tumores localmente avançados (T4), com comprometimento de linfonodos regionais (N1) e sem metástase (M0), no momento do estadiamento, porém a presença de metástases foi frequente nos pacientes internados, o que sugere doença em estágio avançado. Os pulmões e o fígado foram os lugares mais acometidos pelas metástases, o que se justifica pelas neoplasias primárias encontradas no estudo, uma vez que os pulmões são a origem metastática de neoplasias em terceiro e quarto estágio originário, principalmente de colo e reto, mama, testículos, esôfago e estômago, enquanto o fígado é alvo de lesão secundária vinte vezes mais do que de primária e os sítios de origem são, principalmente, colo, pâncreas, mama, ovários, reto e estômago (RODRIGUES; FERREIRA, 2010).

Dados do INCA informam que o RS possui 27 serviços habilitados em oncologia de forma regionalizada e descentralizada. Em Porto Alegre, estão cinco desses serviços, sendo o hospital do estudo uma Unidade de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) sem radioterapia, com os pacientes referenciados para outro serviço. No período do estudo, observou-se que, durante a internação hospitalar, 12% dos pacientes precisaram ser transportados para outro serviço a fim de realizar a radioterapia. Os principais motivos encontrados para internações dos pacientes foram o tratamento das neoplasias e a investigação diagnóstica. A ressecção cirúrgica do tumor e a radioterapia são as medidas locais indicadas quando o tumor não sofreu metástases. Um terço dos pacientes beneficia-se dessas medidas, todavia, a quimioterapia é a abordagem sistêmica quando a doença evolui, sendo que cerca de 60 a 70% dos casos têm indicação quimioterápica. Pacientes realizando quimioterapia estão sucessíveis a maior risco de infecções, o que justifica os maiores números de internações para receber a quimioterapia e para tratamento de suas complicações (ALMEIDA et al., 2005).

A fisioterapia fez parte de 42% dos tratamentos durante as internações hospitalares. Conforme o Consenso Brasileiro de Fisioterapia em Cancerologia (2006), a fisioterapia faz parte dos indicadores da assistência oncológica no SUS na avaliação dos serviços prestados na Rede de Oncologia e é indicada sempre que houver uma disfunção causada pelo tumor e pelos tratamentos realizados, além de auxiliar no manejo da dor oncológica.

As internações hospitalares ocorreram com maior frequência nos homens, porém as mulheres morreram mais no período estudado. Esses achados foram contrários ao estudo de Dazzi et al. (2014) que encontrou maior número de internações hospitalares em mulheres no RS e predomínio de óbitos nos homens. Conforme Barbosa et al. (2016), a mortalidade por câncer no Brasil no sexo masculino apresenta-se estável, no sexo feminino, vem aumentando, sendo o câncer de pulmão a neoplasia com maior tendência ao aumento de óbitos nas mulheres, à medida que as taxas para os cânceres de fígado e colo estão estáveis nas mulheres e crescentes nos homens. Isso confirma os achados deste estudo, que observou maior acometimento de tumores gastrointestinais nos homens e maior número de casos de câncer de pulmão nas mulheres.

O câncer é um problema de saúde pública devido aos altos custos dos tratamentos, múltiplas intervenções hospitalares, alta morbidade e letalidade (BOING, BOING e VARGAS, 2007). As despesas públicas tornam-se mais dispendiosas, pois os custos indiretos da doença relacionam-se à incapacidade produtiva do paciente com câncer e ao seu tratamento (RODRIGUES e FERREIRA, 2010). Estudo de Pinto e Ugá (2011) mostrou que, em pacientes com câncer de pulmão, a radioterapia e as hospitalizações foram as responsáveis pelos maiores custos financeiros da assistência hospitalar, porém, nos pacientes com estadiamento TNM maiores, os custos de hospitalização foram menores, possivelmente, devido às reduzidas opções terapêuticas de tratamento.

Conclusão

O estudo permitiu avaliar a extensão, sobrevida e mortalidade de pacientes atendidos em um hospital de referência em oncologia pelo Sistema Único de Saúde. Estudos, como este, caracterizado como levantamento epidemiológico, que utilizam dados de prontuários para verificar a ocorrência de doenças, fornecem importantes informações sobre a extensão da doença em determinada população, possibilitando a associação da sua ocorrência com sexo e faixa etária, além de informações sobre metástases e tratamentos realizados.

O perfil dos pacientes do estudo assemelha-se ao encontrado nos grandes centros de saúde do Brasil, onde existe o predomínio de pessoas com baixa escolaridade. A alta frequência de tumores que poderiam ser evitados com medidas preventivas e educação em saúde alerta para a necessidade de ampliação de rastreamento para tumores de detecção precoce e de garantia do acesso facilitado ao diagnóstico e ao tratamento. Dessa forma, o número de internações hospitalares diminuiria, pois as morbidades

causadas pela doença avançada seriam menores, além de melhorar a qualidade de vida e capacidade produtiva do paciente.

A principal limitação para avaliação dos resultados do presente artigo foi consequência dos critérios de coletas dos dados nos prontuários eletrônicos, pois nem todos possuíam as informações de interesse. Sugere-se criar um modelo padrão de registro de informação, principalmente, relacionado aos fatores de risco e estadiamento. Outro problema no planejamento do estudo foi a não distinção entre o tempo transcorrido do diagnóstico de câncer ao início do tratamento, no entanto, para obtenção dessa informação, é necessária a realização de um estudo transversal. De qualquer forma, o estudo contribui para a construção do conhecimento acerca da população com câncer atendidos em Porto Alegre-RS.

Referências Bibliográficas

- ALMEIDA, V.L. et al. Câncer e agentes antineoplásicos ciclo-celular específicos e ciclo celular não específicos que interagem com o DNA: Uma introdução. *Quim. Nova*, v.28, n.1, p.118-129, 2005.
- BARBOSA, I.R. et al. Tendência das taxas de mortalidade pelas dez principais causas de óbitos por câncer no Brasil, 1996-2012. *Revista Ciência Plural*, v.2, n.1, p.3-16, 2016.
- BOING, A.F.; ANTUNES J.L.F. Condições socioeconômicas e câncer de cabeça e pescoço: uma revisão sistemática de literatura. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v.16, n.2, p.615-22, 2011.
- BOING, A.F.; BOING, A.C.; VARGAS, S.A.L. A carga das neoplasias no Brasil: mortalidade e morbidade hospitalar entre 2002-2004. *Rev. Assoc. Méd. Bras.*, v.53, n.4, p.317-322, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde Instituto Nacional do Câncer. *ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer*. Rio de Janeiro, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde Instituto Nacional do Câncer. *Estimativa 2016. Incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro, 2016.
- CONSENSO DE FISIOTERAPIA EM CANCEROLOGIA – Sociedade Brasileira de Fisioterapia em Cancerologia, apoio Ministério da Saúde, 2006.
- DAZZI, M.C.; ZATTI, C.A.; BALDISSERA, R. Internações hospitalares por neoplasias no Estado do Rio Grande do Sul. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*, v.7, n.2, p.05-09, 2014.
- FILHO, V.W. et al. Tabagismo e câncer no Brasil: evidências e perspectivas. *Rev. Brasileira de Epidemiologia*, v.13, n.2, p.175-187, 2010.
- GUERRA, M.R.; GALLO, C.V.M.; MENDONÇA, G.A. Risco de câncer no Brasil: tendência e estudos epidemiológicos mais recentes. *Rev. Brasileira de Cancerologia*, v.51, n.3, p.227-234, 2005.
- KLIGERMAN, J. A ampliação da assistência oncológica no Brasil. *Rev. Brasileira de Cancerologia*, v.46, n.4, p.347-349, out-dez 2000.

MALHEIROS, A.P.R. et al. Resultado do tratamento cirúrgico do câncer colo retal em doentes de idade até 64 anos e de 65 anos ou mais. *Rev. Brasileira Coloproct*, v.25, n.2, p. 128-136, 2005.

MELO, M.M.; NUNES, L.C.; LEITE, I.C.G. Relação entre fatores alimentares e antropométricos e neoplasias do trato gastrointestinal: investigações conduzidas no Brasil. *Rev. Brasileira de Cancerologia*, v.58, n.1, p. 85-95, 2012.

MIGOWISKI, A; SILVA, G.U.A. Sobrevida e fatores prognósticos de pacientes com câncer de próstata clinicamente localizado. *Rev. Saúde Pública*, v.44, n.2, p.344-52, 2010.

NEVES, F.J; KOIFMAN, R; MATTOS, I. E. Mortalidade por câncer de cólon e reto e consumo alimentar em capitais brasileira selecionadas. *Rev. Bras. Epidemiol.*, v.9, n.1, p.112-20, 2006.

OLIVEIRA, E.X.G; et al. Acesso à assistência oncológica: mapeamento dos fluxos origem-destino das internações e dos atendimentos ambulatoriais. O caso do câncer de mama. *Cad. Saúde Pública*, v.27, n.2, p.317-326, 2011.

OMS/IARC Library Catalogue. Publication Data: *World cancer report 2014/edited by Bernard W. Stewart and Christopher P. Wild*. 2016

PAIVA, C.E. et al. Tumor de células germinativas de testículo simulando câncer de pâncreas. *Rev. Brasileira de Cancerologia*, v.52, n.3, p.253-256, 2006.

PINTO, M.; UGÁ, M.A.D. Custo do tratamento de pacientes com histórico de tabagismo em hospital especializado em câncer. *Rev. Saúde Pública*, v.45, n.3, p.575-82, 2011.

RODRIGUES, J.S.M; FERREIRA N.M.L.A. Caracterização do perfil epidemiológico do câncer em uma cidade do interior Paulista: Conhecer para intervir. *Rev. Brasileira de Cancerologia*, v.56, n.4, p.431-441, 2010.

Sobre os autores

Aline Klitzke Paliosa, Farmacêutica, Residente do Programa de Gestão em Saúde, Turma 2016, Especialista em Intensivismo pela Residência Multiprofissional Integrada em Saúde pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) e Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (ISCMPA), Porto Alegre/RS. E-mail: aline.kpaliosa@gmail.com

Aline Zeller Branchi, Licenciada em Letras, Especialista em Informação Científica e Tecnológica em Saúde pela Fundação Oswaldo Cruz, Especialista em Acompanhamento, Monitoramento e Avaliação na Educação em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Técnica em Educação e Apoio Pedagógico do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre/RS. E-mail: alineb@ghc.com.br

Ananyr Porto Fajardo, Doutora em Educação pela UFRGS, Mestre em Odontologia pela UFRGS, Odontóloga, Trabalhadora da Gerência de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição. E-mail: fananyr@ghc.com.br

Betina Soldateli Paim, Doutora em Epidemiologia pela UFRGS, Professora adjunta do Departamento de Nutrição da Faculdade de Medicina da UFRGS, Porto Alegre/RS. E-mail: betinasoldateli@ufrgs.br

Cláudia Severgnini Eugênio, Enfermeira, Mestre em Enfermagem pelo PPG-Enfermagem da UFCSPA, Residente do Programa de Atenção ao Paciente Crítico, Turma 2013, Porto Alegre/RS. E-mail: claudia.eugenio@gmail.com

Christiane Silveira Kammsetzer, Psicóloga, Mestre em Psicologia Social e Institucional pela UFRGS, Realizou Residência Integrada em Saúde e é Especialista em Saúde Coletiva – Atenção Básica pela ESP-RS. Psicóloga do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, sendo preceptora e orientadora da Residência Multiprofissional em Saúde, Porto Alegre/RS. E-mail: christianekami@gmail.com

Daniel da Rocha Paiva, Psicólogo, Residente do Programa de Saúde da Família e Comunidade, Turma 2015, Porto Alegre/RS. Psicólogo do Núcleo de Apoio à Saúde da Família/NASF da Prefeitura Municipal da cidade do Rio de Janeiro/RJ. In memoriam.

Daniela Dallegrave, Enfermeira, Doutora em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Docente na Universidade Federal de Goiás, área de Enfermagem em Saúde Coletiva, Goiânia/GO. E-mail: danidallegrave@gmail.com

Dinara Dornfeld, Especialista em Enfermagem Neonatal pela Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, Especialista em Informação Científica e Tecnológica em Saúde pela Fundação Oswaldo Cruz, Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Coordenadora do Grupo de Incentivo ao Aleitamento Materno Exclusivo HNHC/HCC/SSC, Linha de Cuidado Mãe-Bebê/GHC, Porto Alegre/RS. Email: dinara.dornfel@gmail.com

Egídio Antônio Demarco, Odontólogo, Mestre em Epidemiologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Odontólogo do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre/RS. E-mail: egidiodemarco@gmail.com

Elisandro Rodrigues, Pedagogo, Doutorando em Educação pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Realizou Residência Integrada em Saúde Mental Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Técnico em Educação e Apoio Pedagógico do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre/RS. E-mail: relisandro@ghc.com.br

Emanuele Luiz Prouença, Psicóloga, Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo, Realizou Residência Integrada em Saúde e é Especialista em Saúde Pública pela ESP-RS,

FORMAÇÃO EM SERVIÇO PARA O SUS

Psicóloga do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, sendo preceptora e orientadora da Residência Multiprofissional em Saúde, Porto Alegre/RS. E-mail: manu_proenca@hotmail.com

Giselda Faes Kichler, Psicóloga, Residente do Programa de Saúde da Família e Comunidade, Turma 2015, cursando Especialização Educação em Saúde Coletiva: Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde- UFRGS, Porto Alegre/RS. E-mail: gisafk@hotmail.com

Guilherme Grivicich da Silva, Mestre em Epidemiologia pela UFRGS, Mestrado Profissional em Gestão de Tecnologias de Saúde com ênfase na Atenção Primária à Saúde, Fisioterapeuta do Hospital Cristo Redentor e professor da UNISINOS, Porto Alegre/RS. E-mail: sguilherme@ghc.com.br

Joy Bergmann Soares, Nutricionista, Residente do Programa de Atenção Materno Infantil e Obstetrícia, Turma de 2013. Especialista em Saúde da Criança e do Adolescente pela Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade Estadual de Campinas/UNICAMP/SP. Doula. Pós graduanda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Santa Catarina. Nutricionista do Núcleo de Apoio à Saúde da Família/NASF da Prefeitura Municipal de Imbituba/SC. Email: joybsoares@gmail.com

Juliana de Bittencourt Escobar, Psicóloga, Mestre em Psicologia Social e Institucional (UFRGS), Especialista em Formação Integrada Multiprofissional em Educação Permanente em Saúde (UFRGS), Residente do Programa de Saúde da Família e Comunidade, Turma 2012, Psicóloga do Centro de Prevenção às Violências (Fundação La Salle), Canoas/RS. E-mail: be.juliana@gmail.com

Juliana Rosa Nascimento, Fisioterapeuta, Residente do Programa de Terapia Intensiva e Urgência e Emergência, Turma 2015, Mestranda do Programa de Pós-graduação em Reabilitação Funcional da UFSM, Fisioterapeuta do Hospital São Vicente de Paulo (HSVP), Passo Fundo – RS. E-mail: julianaa_nascimento@hotmail.com

Lara Monteiro Schuck, Psicóloga, Residente do Programa de Saúde da Família e Comunidade, Turma 2014, Especialista em Gestão de Organização Pública em Saúde pela Universidade Federal de Santa Maria, Psicóloga do NASF da Prefeitura Municipal de Alvorada/RS. E-mail: s.mlara@hotmail.com

Leandro Meirelles Nunes, Doutor em Saúde da Criança e Adolescente pela UFRGS. Professor no Departamento de Pediatria da UFRGS, Porto Alegre/RS. E-mail: lmnunes@hcpa.edu.br

Lisandra Alves Nascimento, Pedagoga e Psicopedagoga, Mestre em Educação, Orientadora de pesquisa na Residência Multiprofissional em Saúde do GHC, CAPS Infanto-Juvenil do GHC, Porto Alegre/RS. E-mail: nlisandra@ghc.com.br

Luciana Pacheco de Freitas Bareta, Nutricionista, Porto Alegre/RS. E-mail: luci-pacheco@hotmail.com

Luciana Rodríguez Barone, Doutora, Mestre e Especialista em Psicologia Social e Institucional pela UFRGS, Psicóloga do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição - Unidade Coinma, sendo preceptora e orientadora de Trabalho de Conclusão da Residência Multiprofissional em Saúde, Porto Alegre/RS. E-mail: lucianarbarone@yahoo.com.br

Luciane Kopittke, Doutora em Ciências da Saúde pela UFCSPA, Farmacêutica Serviço de Saúde Comunitária GHC, docente Mestrado Profissional em Produção e Avaliação de Tecnologias para o SUS do GHC, Porto Alegre/RS. E-mail: kluciane@ghc.com.br

Luísa de Andrade Salles, Farmacêutica, Doutora em Ciências Farmacêuticas pela UFRGS, Residente do Programa de Saúde da Família e Comunidade, Turma 2015, farmacêutica responsável técnica em farmácia magistral e drogaria e ex-consultora na avaliação de processos administrativos para obtenção de medicamentos de alto custo na Secretaria Estadual de Saúde/RS, Porto Alegre/RS. E-mail: luisasalles58@gmail.com

Luiza Bohnen Souza, Enfermeira, Residente do Programa de Saúde Mental, Turma 2014, Serviço de Adição da Unidade Álvaro Alvim do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem pela UFRGS, Porto Alegre/RS. E-mail: luiza.bohnen@gmail.com

Marcio Neres dos Santos, Doutorado em Biologia Molecular e Celular Aplicada à Saúde pelo PPG BioSaúde/Universidade Luterana do Brasil, Mestre em Educação pelo PPGEDU/Universidade Luterana do Brasil, Professor colaborador da Gerência de Ensino e Pesquisa/GHC e do Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Moinhos de Vento, Porto Alegre/RS. E-mail: nmarcio@ghc.com.br

Maria Marta Orofino, Terapeuta Ocupacional, Doutora em Letras pela UFRGS, Trabalhadora da Gerência de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre/RS. E-mail: martaorofino@gmail.com

Marina Bulegon Pilecco, Psicóloga, Residente do Programa de Saúde da Família e Comunidade, Turma 2016, Psicóloga da Equipe Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF AB), Criciúma/SC. E-mail: marina.pilecco@gmail.com

Mirian Benites Machado, Nutricionista, Residente do Programa de Atenção à saúde Materno-infantil e Obstetrícia, Turma 2015, Nutricionista Clínica no Hospital Moinhos de Vento, Porto Alegre/RS. E-mail: mirianbmachado@gmail.com

Patrícia Isabel Zvirtes, Enfermeira do Grupo Hospitalar Conceição, co-orientadora da pesquisa, CAPS Infanto-Juvenil do GHC, Porto Alegre/RS. E-mail: zpatricka@ghc.com.br

Raphael Maciel da Silva Caballero, Doutor em Educação, Professor da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre/RS, Porto Alegre/RS. E-mail: rapha.caballero@gmail.com

Raquel Denise Petry, Farmacêutica, Mestre em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Responsável Técnica pela Farmácia Hospitalar do Hospital Fêmina/GHC, Porto Alegre/RS. E-mail: raquelp@ghc.com.br

Roberta Machado, Bacharela em Arteterapia pela Universidade Feevale, Residente do Programa de Saúde Mental, Turma 2015, Novo Hamburgo/RS. E-mail: robertamak@hotmail.com

Rodrigo de Oliveira Azevedo, Licenciado em Educação Física, Doutor em Educação, Assistente de Coordenação da Gerência de Ensino e Pesquisa do Hospital Nossa Senhora, Porto Alegre/RS. E-mail: arodrigo@ghc.com.br

Rosângela Uebel, Fisioterapeuta, Residente do Programa Onco-Hematologia, Turma 2016, Mestre em Saúde Coletiva pela Unisinos, Porto Alegre/RS. E-mail: rouebel@gmail.com

Silvani Bottender Severo, Psicóloga, Preceptora do Programa de Gestão em Saúde, Docente da Gerência de Ensino e Pesquisa/GHC, Porto Alegre/RS. E-mail: ssilvani@ghc.com.br

Simone Konzen Ritter, Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Linha de Cuidado Mãe-Bebê/GHC, Porto Alegre/RS. Email: simone.ritter@ufrgs.br

Victor Luiz Florio Loureiro, Mestrando do Programa de Pós-graduação em Reabilitação Funcional da UFSM, Especialista em Acupuntura e Moxabustão pelo Instituto Brasileiro de Acupuntura e Moxabustão de Porto Alegre, Especialista em Fisioterapia Esportiva pela Sociedade Nacional de Fisioterapia Esportiva (SONAFE/COFFITO), Santa Maria – RS. E-mail: victorluzloureiro@gmail.com

Thaiani Farias de Castilhos, Psicóloga, mestra em psicologia Social pela PUCRS, especialista em Atenção Básica pela Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, especialista em Dependência Química pela UFRGS, especialista em Preceptoria no SUS pelo Instituto Sírio Libanês e atual coordenadora da Residência Multiprofissional em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição. E-mail: thaianifv@gmail.com



Gráfica e Editora RJR

www.graficarjr.com.br

Impresso em sistema digital, com
papel proveniente de florestas
plantadas e certificadas.