

**Christiane Trevisan Slivinski
(Organizadora)**

Saúde Pública e Saúde Coletiva 2

Atena
Editora

Ano 2019

Christiane Trevisan Slivinski
(Organizadora)

Saúde Pública e Saúde Coletiva 2

Atena Editora
2019

2019 by Atena Editora

Copyright © da Atena Editora

Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Diagramação e Edição de Arte: Lorena Prestes e Karine de Lima

Revisão: Os autores

Conselho Editorial

- Prof. Dr. Alan Mario Zuffo – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Darllan Collins da Cunha e Silva – Universidade Estadual Paulista
Profª Drª Deusilene Souza Vieira Dall’Acqua – Universidade Federal de Rondônia
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Profª Drª Juliane Sant’Ana Bento – Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)

S255 Saúde pública e saúde coletiva 2 [recurso eletrônico] / Organizadora
Christiane Trevisan Slivinski. – Ponta Grossa (PR): Atena
Editora, 2019. – (Saúde Pública e Saúde Coletiva; v. 2)

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-85-7247-161-9

DOI 10.22533/at.ed.619191103

1. Política de saúde. 2. Saúde pública. I. Slivinsk, Christiane
Trevisan.

CDD 362.1

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de
responsabilidade exclusiva dos autores.

2019

Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos
autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

www.atenaeditora.com.br

APRESENTAÇÃO

SAÚDE PÚBLICA E SAÚDE COLETIVA NO BRASIL

Todo indivíduo tem o direito de segurança a saúde, as ações prestadas pela saúde pública são relacionadas ao diagnóstico e tratamento de doenças que lhes permita a manutenção da saúde. No entanto, quando se considera a comunidade, a coletividade, se faz necessário que o profissional ultrapasse as barreiras da observação, diagnóstico e prescrição de tratamento ao paciente como um indivíduo isolado. O processo saúde-doença deve ser analisado dentro de um contexto social, onde o indivíduo encontra-se inserido para que se tenha subsídios suficientes para interferir na realidade e promover as mudanças necessárias.

As modificações de ações necessárias para promoção da saúde dentro da saúde pública devem respeitar as possibilidades e programas fornecidos pelo Estado, enquanto que dentro da saúde coletiva a ação é mais radical de acordo com a necessidade da comunidade.

Os profissionais envolvidos tanto com saúde pública quanto coletiva abrangem todas as grandes áreas da saúde, tais como enfermagem, medicina, odontologia, nutrição e fisioterapia, além dos demais colaboradores que atuam neste setor. Neste ebook é possível identificar a visão bem detalhada de como andam alguns dos aspectos da saúde pública e coletiva no Brasil na ótica de renomados pesquisadores.

O volume 1 apresenta uma abordagem nutricional da saúde do indivíduo. Aqui são analisados tanto aspectos da absorção e função de determinados nutrientes no organismo quanto a atenção nutricional e a garantia de saúde. Ainda podem ser observados aspectos que envolvem a educação em saúde, onde se trabalha o conhecimento e a formação dos profissionais que atuam em saúde.

No volume 2 encontram-se artigos relacionados as questões da estratégia da saúde da família e atenção básica que norteiam todo o processo de saúde pública, além da importância da atuação multiprofissional durante o processo de manutenção da saúde. Também são apresentados aqui algumas discussões acerca das implicações da terapia medicamentosa.

Finalmente no volume 3 encontram-se as discussões relacionadas aos aspectos epidemiológicos de doenças tais como hepatite, hanseníase, dengue, sífilis, tuberculose, doenças sexualmente transmissíveis. Como não basta apenas garantir a saúde do cidadão mas também do profissional que o atende, são analisados alguns aspectos relacionados ao risco ocupacional e ao estresse causado pela atividade profissional. Este volume traz ainda a análise da atuação de profissionais dentro da unidade de terapia intensiva, os cuidados de enfermagem necessários ao restabelecimento da saúde do indivíduo e alguns aspectos da saúde da mulher.

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	1
INSERÇÃO DO FARMACÊUTICO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA NO CENTRO DE SAÚDE DA FAMÍLIA	
Bruna Linhares Prado Maria Michelle Bispo Cavalcante Olindina Ferreira Melo Wilcare De Medeiros Cordeiro Nascimento	
DOI 10.22533/at.ed.6191911031	
CAPÍTULO 2	10
A INTERCONSULTA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) COMO FERRAMENTA PARA A PROMOÇÃO DA INTEGRALIDADE	
Maria Tayenne Rodrigues Sousa, Antônia Sheilane Carioca Silva Antônia Luana Diógenes Carlíane Vanessa Souza Vasconcelos Juliana Moita Leão Yuri Ribeiro de Sousa	
DOI 10.22533/at.ed.6191911032	
CAPÍTULO 3	17
CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO ATENDIDA PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM RELAÇÃO AO CONSUMO DE ÁLCOOL	
Tâmara Silva de Lucena Yanna Cristina Moraes Lira Nascimento Jorgina Sales Jorge Ruth França Cizino da Trindade Ana Cristina Teixeira Santos Jairo Calado Cavalcante	
DOI 10.22533/at.ed.6191911033	
CAPÍTULO 4	33
O PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO PACIENTE E SUA CONTRIBUIÇÃO NA ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL NAS CLÍNICAS DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO	
William Volino	
DOI 10.22533/at.ed.6191911034	
CAPÍTULO 5	50
PLANO DE INTERVENÇÃO PARA O AUMENTO DA ADESÃO AO EXAME COLPOCITOLÓGICO EM UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO	
Tatiana de Araujo Lima Mayara Ester Soares Silva	
DOI 10.22533/at.ed.6191911035	
CAPÍTULO 6	65
ESTRATÉGIAS DE ACOLHIMENTO AO PÚBLICO LGBT NA ATENÇÃO BÁSICA	
Marianna Barros de Loiola Rêgo Maria da Consolação Pitanga de Sousa Adélia Dalva da Silva Oliveira Lilíam Mendes de Araújo	
DOI 10.22533/at.ed.6191911036	

CAPÍTULO 7 80

CONSULTA DE ENFERMAGEM À CRIANÇA NA ATENÇÃO BÁSICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Marianna Barros de Loiola Rêgo
Livia Maria Nunes Campelo
Nayara Fernandes Oliveira
Vanessa Gomes de Sousa
Juliana Macêdo Magalhães

DOI 10.22533/at.ed.6191911037

CAPÍTULO 8 85

A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO DA ATENÇÃO BÁSICA NA PREVENÇÃO DAS COMPLICAÇÕES EM PACIENTES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

Isabella Cristina Cunha Carneiro
Janildes Maria Silva Gomes
Jéssyka Sousa Miranda
Karyne Gleyce Zempf Oliveira
Rayanne Letícia Milhomem Marinho Coelho
Sandra Suely Magalhães

DOI 10.22533/at.ed.6191911038

CAPÍTULO 9 89

AS VANTAGENS DA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR: UMA REVISÃO BIBLIOGRAFICA

Ana Íris Mota Ponte
Maria Gleiciane Cordeiro
Joseana Mota Almeida Aragão
Anny Caroline dos Santos Olímpio
João Breno Cavalcante Costa
Benedita Beatriz Bezerra Frota
Carlos Henrique do Nascimento Morais

DOI 10.22533/at.ed.6191911039

CAPÍTULO 10 97

A IMPORTÂNCIA DA PARTICIPAÇÃO POPULAR NOS CONSELHOS LOCAIS DE SAÚDE

Tátilla Dalila de Sousa Silva
Dandara Kadja de Melo Lustosa
Jaiana Maria Fontinele Silva
Marina Moraes do Nascimento
Ana Letícia Alcântara Gomes
Evaldo Sales Leal

DOI 10.22533/at.ed.61919110310

CAPÍTULO 11 106

A TERRITORIALIZAÇÃO NO DESENVOLVIMENTO DO PROCESSO DE TRABALHO DE UMA EQUIPE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Priscila da Silva Barbosa
Ana Lígia Maia da Silva Costa
Antônio Adriano Sousa Barros Filho
Bráulio Costa Teixeira
Camilla Saldanha Martins
Érika Rachel Pereira de Souza

DOI 10.22533/at.ed.61919110311

CAPÍTULO 12 112

PROTOCOLO DE REFERENCIAMENTO DE PACIENTES DOMICILIARES PARA ASSISTÊNCIA MULTIPROFISSIONAL ATRAVÉS DO APOIO MATRICIAL DO NASF DO MUNICÍPIO DE SERRINHA-BA

Natalí Nascimento Gonçalves Costa

Uilza Karine Miranda

DOI 10.22533/at.ed.61919110312

CAPÍTULO 13 120

QUEM CUIDA TAMBÉM SE CUIDA: RELATO DE EXPERIÊNCIA DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA DE PARNAÍBA-PI SOB A ÓTICA DO CUIDADO AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Marianne Lira de Oliveira

Viviane Pinheiro Alves de Almeida

Marília de Sousa Santos

Káren Maria Rodrigues da Costa

Maísa Ravenna Beleza Lino

Rebeca Barbosa da Rocha

João Dutra Araújo Neto

DOI 10.22533/at.ed.61919110313

CAPÍTULO 14 128

SOBRE A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL: UM DIÁLOGO ENTRE PRECEPTOR E RESIDENTE

Esther de Sena Ferreira

Deborah Natacha Ferreira Figueiredo

DOI 10.22533/at.ed.61919110314

CAPÍTULO 15 134

VISITA DOMICILIAR COMPARTILHADA E CUIDADO INTEGRAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA/ ATENÇÃO BÁSICA

Maísa Ravenna Beleza Lino

Káren Maria Rodrigues da Costa

Rebeca Barbosa da Rocha

João Janilson da Silva Sousa

Marianne Lira de Oliveira

Viviane Pinheiro Alves de Almeida

Marília de Sousa Santos

DOI 10.22533/at.ed.61919110315

CAPÍTULO 16 141

EFEITOS COLATERAIS PREVALENTES EM PACIENTES EM TRATAMENTO COM QUIMIOTERÁPICOS

Ananda Milena Martins Vasconcelos

Michele Maria Martins Vasconcelos

Marília Dias Costa

Matheus Magno da Silva Néo

Milla Christie Martins Vasconcelos Pinheiro

Danielle Rocha do Val

DOI 10.22533/at.ed.61919110316

CAPÍTULO 17 143

PERFIL DO CONSUMO DE MEDICAMENTOS POR FREQUENTADORES DE CENTROS DE CONVIVÊNCIA DE IDOSOS

Francisco das Chagas Araújo Sousa

Halmisson D'arley Santos Siqueira
Raimundo Nonato Cardoso Miranda Júnior
Luana de Moura Monteiro
José Mário Nunes da Silva
Mágno César Araújo de Souza Rodrigues
Natália Monteiro Pessoa
Eduardo Henrique Barros Ferreira
Ingrid Beatriz Lima Pinheiro
Érika Vicência Monteiro Pessoa
Sionnarah Silva Oliveira
Joelson da Silva Medeiros
Weryk Manoel Araújo Leite
Karla Rakel Gonçalves Luz
Carlos Antonio da Luz Filho

DOI 10.22533/at.ed.61919110317

CAPÍTULO 18 158

REAÇÕES ADVERSAS AO MEDICAMENTO: NOTIFICAR PARA CUIDAR

Renan Rhonalty Rocha
Maria Vitória Laurindo
Camilla Rodrigues Pinho
Jessika Cruz Linhares Frota
Francisca Aila De Farias
Rafaela Linhares Ponte Rangel
Izabelly Linhares Ponte Brito
Sara De Araújo Do Nascimento
Fábio Frota De Vasconcelos

DOI 10.22533/at.ed.61919110318

SOBRE A ORGANIZADORA..... 170

INSERÇÃO DO FARMACÊUTICO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA NO CENTRO DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Bruna Linhares Prado

Maria Michelle Bispo Cavalcante

Olindina Ferreira Melo

Wilcare De Medeiros Cordeiro Nascimento

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Residência Multiprofissional em Saúde da Família como requisito parcial para obtenção de título de Especialista em Saúde da Família em caráter de Residência.

Orientador: Ms. Michelle Maria Bispo Cavalcante.

RESUMO: Este trabalho apresenta o relato de experiência da inserção do profissional farmacêutico no Centro de Saúde da Família - CSF no território Sinhá Sabóia, um bairro da periferia de Sobral - CE. O mesmo objetiva relatar a integração do farmacêutico junto às equipes da Estratégia Saúde da Família, a importância do seu fazer ímpar, a reorganização do serviço de farmácia além de outras intervenções farmacêuticas. Considerando a cultura popular do uso irracional e abusivo de medicamentos sem prescrição, salientamos que os resultados apontados neste relato como: construção de um livro de medicamentos de controle especial; reuniões com a Equipe de Saúde da Família, sensibilização dos profissionais da Equipe do CSF e dos usuários, quanto uso racional

de medicamentos; organização da aquisição e armazenamento de medicamentos da farmácia do CSF, reiteramos a necessidade de profissionais farmacêuticos qualificados tecnicamente e cientificamente em locais estratégicos, como na farmácia dos CSF's para que, princípios de integração entre usuários e equipe, correta orientação farmacológica, adesão adequada ao tratamento, além da estabilização do consumo de medicamentos controlados sejam gradativamente alcançados.

PALAVRAS-CHAVE: Estratégia Saúde da Família; Integração farmacêutica; Reorganização do serviço.

ABSTRACT: This paper presents an experience report of the insertion of the pharmacist at the Centro de Saúde da Família in the territory Sinhá Sabóia, a neighborhood on the outskirts of Sobral - CE. The same report aims to integrate the pharmacist along teams of the Saúde da Família Strategy, the importance of its unique make, the reorganization of the pharmacy service and other pharmaceutical interventions. Considering the popular culture of the irrational and abusive use of drugs without prescription, we emphasize that the results presented in this report as: building a book of controlled drugs; meetings with the Saúde da família Team, awareness of the professional staff and the CSF users, the rational use of medicines; organization

of the Acquisition and Storage pharmacy drug CSF, we reiterate the need for technically skilled pharmacists and scientifically at strategic locations such as the pharmacy of the CSF's for, principles of integration between users and staff , Pharmacological correct orientation, adequate treatment adherence, besides the stabilization of consumption of controlled drugs are gradually achieved.

KEYWORDS: Saúde da Família Strategy; Integrate the pharmacist; Reorganization of the service

1 | INTRODUÇÃO

Com a efetivação da Constituição Federal em 1988 foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS). Este assegura na integralidade da Assistência Farmacêutica, o direito do acesso universal à saúde para toda a população, tendo o medicamento como um elemento essencial na prevenção e recuperação da saúde, devendo ser considerado como um insumo básico e não como um bem de consumo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Assim, houve a aprovação da Política Nacional de Medicamentos por meio da portaria 3.916/98, que regulamenta a Assistência Farmacêutica no SUS, tendo como finalidade garantir a segurança, eficácia e qualidade de medicamentos, prevenção da doença e promoção, proteção e recuperação da saúde da população, avaliando os aspectos individuais e coletivos essenciais (CONSEDEY; BERMUDEZ; REIS; SILVA; OLIVEIRA; LUIZA, 2000).

A Assistência Farmacêutica tem como princípio básico o ciclo da Assistência Farmacêutica, que é constituído das seguintes etapas: seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação; questões baseadas nos critérios epidemiológicos, socioeconômicos e técnicos, assegurando o acesso a medicamentos seguros, eficazes e custo-efetividade. Dessa forma, garante à disponibilidade dos medicamentos apropriados e previamente selecionados na quantidade adequada a necessidade e no tempo oportuno, melhorando a qualidade da farmacoterapia, dessa forma trazendo ganhos econômicos (MARIN, 2003).

Usualmente, os governos e gestores discutem os aspectos relacionados ao abastecimento de medicamentos e suas estratégias de financiamento, mas desconhecem que o medicamento é apenas uma ferramenta terapêutica, desconsiderando a importância de um serviço de Assistência Farmacêutica de qualidade. A farmácia é responsável por uma parcela significativa dos atendimentos feitos em uma unidade de saúde e tal fato, parece não preocupar os gestores, uma vez que estes não se deram conta da importância desse serviço, tendo em vista as precárias condições físicas e a implacável falta de recursos humanos devidamente qualificados (VIERA, 2007).

Explicar a importância da presença do profissional de farmácia na organização deste serviço é condição "sine qua non" para uma atenção e assistência farmacêutica

diferenciada e de boa qualidade. Este profissional busca a melhoria da qualidade de vida dos pacientes. Logo, medicamento, como qualquer droga, também pode ocasionar prejuízos à saúde (VIERA, 2007).

Vários fatores podem influenciar os rumos do tratamento medicamentoso, dentre eles pode-se destacar a qualidade intrínseca ao produto, adequação da prescrição e fatores relacionados ao uso de medicamentos pelos pacientes. O resultado de tais eventos pode ser positivo ou desencadear morbidades que poderiam ser prevenidas se essas situações fossem analisadas por um profissional tecnicamente qualificado (ANVISA, 2013).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) visa ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde. Assim incorporando os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde como a universalidade, a equidade e a integralidade. Para se promover saúde é necessária uma forma de cuidado integral, que contemple as necessidades biopsicossociais do indivíduo. Considerando o elevado índice de morbimortalidade relacionada ao uso de medicamentos, é de fundamental importância que o serviço de farmácia, zele pelo uso racional de medicamentos em parceria com os demais serviços e profissionais do sistema de saúde (VIEIRA, 2007).

Considerando a cultura popular do uso irracional e auto administrado de medicamentos sem prescrição, enfatizamos a necessidade de profissionais farmacêuticos qualificados tecnicamente e cientificamente em locais estratégicos, como por exemplo, na farmácia dos Centros de Saúde da Família¹. Considerando ainda que o medicamento representa um instrumento terapêutico altamente prevalente e impactante; o presente estudo objetiva relatar a integração do farmacêutico junto às equipes da Estratégia Saúde da Família, e, a importância do seu fazer ímpar, junto a prevenção de problemas relacionados ao uso abusivo de medicamentos, que podem resultar no aumento da morbimortalidade relacionado a estes.

2 | OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Relatar a experiência da inserção do profissional de farmácia na Estratégia Saúde da Família – ESF.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Socializar a experiência de organização dos medicamentos controlados do

¹ Centro de saúde da família- Antigamente conhecido por Unidade Básica de Saúde- Teve seu nome modificado graças, a implantação positiva e eficaz da Estratégia Saúde da Família, que aumentou a cobertura desse serviço e apontamudança significativa na Atenção Básica, como aumento da capacidade resolutiva desses serviços, redução da mortalidade infantil do município de Sobral, dentre outras (CAVALCANTE, 2013).

Centro de Saúde da Família do bairro Sinhá Sabóia, em Sobral-CE;

- Relatar as intervenções do profissional farmacêutico realizadas nesta unidade, com vistas à organização do serviço de farmácia.

3 | METODOLOGIA

Este estudo é um relato de experiência de caráter descritivo e abordagem qualitativa, apresenta a vivência das autoras no território Sinhá Sabóia, um bairro do município de Sobral- CE.

Para Minayo (2004), este tipo de pesquisa qualitativa é capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e as estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas.

Desse modo, o presente estudo relata a reorganização do serviço na farmácia em decorrência da intervenção farmacêutica neste CSF, que passou por prévia avaliação das ações e atendimentos. A experiência deu-se entre abril de 2012 a fevereiro de 2013, a partir do início da avaliação das ações e atendimentos desenvolvidos na farmácia do CSF. O quadro inicial apresentava uma demanda reprimida, onde a inserção de um profissional farmacêutico despertou junto à equipe da Estratégia Saúde da Família, desejo de melhorar a organização da farmácia, priorizando os medicamentos de controle especiais. Também houve intervenções farmacêuticas com médicos, enfermeiros e profissionais de outras categorias de saúde, como psicologia, fisioterapia, educação física, dentre outros. Salientamos que a orientação comum de todas as intervenções foi a de melhorar a adesão ao tratamento dos usuários, bem como esclarecer sua importância.

A partir da dispensação dos medicamentos psicotrópicos, observamos um grande número de usuários que fazem uso de medicamentos de forma irracional, se automedicando; tal episódio ficava evidente quando, por vezes, o usuário comparecia para buscar mais remédio, em um intervalo de tempo que teoricamente ainda deveria tê-lo, o que acarretava a dispensação do mesmo medicamento duas vezes no mês por paciente.

Embasadas no contexto acima descrito, realizamos uma análise dos usuários que faziam uso contínuo de medicamentos de controle especial, através de prontuários e dispensação destes medicamentos. Dessa forma, foram feitas as seguintes intervenções:

1. Construção de um livro de cadastro de pacientes em uso de medicamentos de especial – Foi identificado um grande número de usuários que faziam uso de psicotrópicos de forma inadequada. Entendemos então, que estes

necessitavam passar por uma nova avaliação médica, já que muitos clientes faziam uso de alguns medicamentos por um longo período, ou seja, com grande possibilidade de modificação do efeito esperado, não mais fazendo o efeito desejado. Ressaltamos aqui, que a essa etapa foi basilar ao nosso trabalho, pois foi durante ela, que passamos a adquirir controle da dispensação dos medicamentos; o livro continha dados completos do cliente, tais como: agente comunitária de saúde da área, os medicamentos que faziam uso, as datas que foram dispensados, dentre outros. Conforme exemplo abaixo:

Cadastro dos usuários que usam psicotrópicos

Nome do paciente:		Data de nascimento:			
Endereço:		RG:		ACS:	
Medicamento /MG	Data de entrega/ Quantidade	DE/ Quant	DE/Quant	DE/ Quant	DE/ Quant

Figura 1

Fonte: própria 2012

2. Reuniões com a Equipe de Saúde da Família para conseguir avaliar os pacientes que faziam uso de psicotrópicos - Tivemos apoio de todos da equipe. Com o objetivo de avaliar os pacientes que faziam uso de psicotrópicos de forma irracional, houve reuniões em busca de pactuação da atuação de cada profissional, outrossim, a contribuição deveria ser registrada nos prontuários dos usuários. Antes as receitas eram renovadas por um auxiliar do Serviço de Arquivo Médico e Estatístico- SAME, logo após, passaram a ser renovadas por profissionais adequados, compartilhando os casos junto à equipe de saúde da família, identificando os casos mais críticos que necessitavam de um encaminhamento para matriciamento em saúde mental, para CAPS, e demais redes de atenção.

3. Organização da aquisição e armazenamento de medicamentos – Instituímos o armazenamento correto dos medicamentos e a organização por ordem alfabética de princípio ativo, e demais serviços da farmácia, facilitando a dispensação. Também adotamos à dispensação de medicamentos com cartão e receita de acordo com a necessidade clínica, fazendo anotações no cartão, tendo controle de quando o cliente pegou o medicamento;

Para registrar os encaminhamentos das ações intersetoriais e monitoramento das atividades, as informações eram socializadas e avaliadas com Equipe de Saúde da Família do território e demais serviços da rede, além de registrada nos prontuários.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para Araújo, Ueta e Freitas (2005), a Assistência Farmacêutica na atenção primária deve ser harmonizada com a demanda dos usuários no sentido de garantir, a princípio, o acesso ao medicamento (tecnologia de gestão). Para tal, uma das etapas fundamentais foi o estabelecimento de critérios de padronização dos medicamentos, mecanismos de compra e a logística de distribuição, de modo a proporcionar maior racionalidade administrativa.

A adesão a qualquer tratamento é de grande importância não só para o paciente, mas para o profissional de saúde. O farmacêutico é o profissional de saúde para melhor orientar quanto ao uso correto do medicamento, saber quais possíveis problemas relacionados ao medicamento, interações medicamentosas, reações adversas, e demais fatores relacionados. A tecnologia de uso dos medicamentos, mais especificamente referente ao processo de atendimento, representado pela relação direta com o usuário do medicamento, é enfatizada como a atividade mais importante do farmacêutico, pois este é o detentor privilegiado do conhecimento sobre o medicamento (ARAUJO; UETA; FREITAS, 1997).

Viabilidade de acesso, co-vinculação, acreditação e credibilidade nos profissionais que se encontram na ESF, são alguns diferenciais dessa estratégia, o que a possibilita atingir níveis de cobertura cada vez mais elevados no país; fato este que, incorporado à suas metas e princípios, a consolida como estruturante da Atenção Primária. A ESF busca a integralidade, em seus diversos aspectos, na assistência, no cuidado, nas ações, logo, corroboramos com Almeida e Mishima (2001), quando estes afirmam que para prover um cuidado integral à saúde das pessoas a composição da equipe básica da saúde da família deve ser repensada e ampliada. Além disso, as práticas produtivas de trabalho devem ser pautadas na colaboração mútua entre os profissionais e iluminada pela perspectiva da interdisciplinaridade (ALMEIDA; MISHIMA, 2001).

Araújo (1995), cita que no local que dispensa medicamentos deve existir uma identificação bem visível para facilitar a sua localização por parte dos usuários, ser de fácil acesso e as circunvizinhanças isentas de contaminação ambiental, para o bom desempenho dos serviços. As identificações dos medicamentos nas prateleiras estavam ausentes. E o acesso aos medicamentos não estava da forma adequada, pois foram colocados de acordo com a portaria n.º 184 da Prefeitura Municipal que condiz que(14baseado no manual de boas praticas de armazenamento) os medicamentos devem estar por ordem de princípio ativo, para assim facilitar a dispensação. Entretanto reconhecemos, que a falta de um profissional de farmácia durante o funcionamento da farmácia, inviabiliza que tais questões sejam reconhecidas e tornem-se prioridade de organização.

Segundo Texeira e Neves (2010), aspectos práticos tais como dificuldade de compreensão, de aceitação ou de execução correta de um tratamento, têm sido observados pela assistência farmacêutica em saúde mental que geram dificuldades

de aderência à farmacoterapia. A causa pode não ser apenas por aspectos inerentes à própria patologia psiquiátrica, mas também devido à situação social de risco vivenciada como baixa escolaridade, quanto do cuidador, ou ainda, a ausência do cuidador ou vínculos afetivos fragilizados entre o cuidador ou usuário por muitos pacientes em tratamento portadores de transtornos mentais.

Ainda de acordo com Texeira e Neves (2010), o sucesso da farmacoterapia está relacionado à capacidade de construir soluções que venham a efetivar um contato adequado entre paciente e psicofármaco – uma tarefa que compete a toda a equipe de saúde, e não apenas ao prescritor. Logo, podemos concluir que a interação do farmacêutico com os pacientes e a equipe de saúde da família é imprescindível para a provisão de uma farmacoterapia adequada. Trazendo uma comunicação efetiva, respeito, confiança, reconhecimento mútuo e compreensão das responsabilidades de cada um.

Os psicotrópicos prescritos estavam em conformidade com Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), e com a Denominação Comum Brasileira - DCB, conforme preconiza a OMS e, no Brasil, a Portaria 344/98.

No presente estudo os psicofármacos mais dispensados, por unidade, foram Amitriptilina 25mg (41.550 comprimidos), Diazepam 5 mg (35.550 comprimidos) e Carbamazepina 200 mg (26.000 comprimidos). Encontramos resultados similares em Forte (2007) quando faz um estudo do consumo de psicotrópicos em um determinado município, que retrata a relação dos mesmos psicotrópicos sendo os mais dispensados também.

Rodrigues (2006), em um estudo que buscou avaliar a prevalência e o padrão de consumo de psicofármacos pela população de Pelotas/RS e comparou os resultados com outro de 1994, concluiu, após uma década, que a prevalência permanece alta, porém o consumo de psicofármacos não aumentou. Os achados sugerem a importância da indicação adequada dos psicofármacos e do acompanhamento médico regular desses usuários, dada a associação encontrada entre as consultas e o consumo. Observamos nos dados obtidos sobre o consumo de psicotrópicos no CSF do bairro Sinhá Sabóia, dados semelhantes aos achados de Pelotas, pois durante o tempo que durou essa intervenção, não houve aumento no consumo de medicamento (PINHEIRO; BARROS; MATTOS, 2007).

Segundo dados do Boletim Farmacológico do Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados – SNGPC (2013), o clonazepam foi o benzodiazepínico mais consumido entre os anos de 2007 e 2010. Em 2007 foram dispensado aproximadamente 29 mil caixas e em 2010 o consumo ultrapassou 10 milhões. Vale ressaltar que no presente estudo no CSF do bairro Sinhá Sabóia o benzodiazepínico mais consumido foi o diazepam.

Diante do exposto, os benzodiazepínicos são fármacos necessários e seguros para determinadas condições de saúde, mas precisam ser usados com cautela. O baixo custo e a facilidade de se conseguir uma receita médica, na maioria das vezes

não prescrita por psiquiatra, favorecem o uso inadequado. É importante ressaltar que, além do tratamento farmacológico, mudanças de hábitos (prática de exercícios físicos e alimentação adequada) e psicoterapia auxiliam no tratamento do paciente.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sobre o consumo de psicotrópicos no presente estudo, o benzodiazepínico mais dispensado foi o diazepam 5 mg, no entanto o consumo deste medicamento e dos demais psicofármacos ficou relativamente estável. Neste contexto, podemos observar que o livro de controle dos medicamentos psicotrópicos contribuiu para esse resultado, pois somente foi possível estabilizar o consumo após o controle mensal da dispensação de cada paciente.

É conhecida a preocupação mundial do uso indiscriminado de psicotrópicos, principalmente os benzodiazepínicos. Assim, salientamos a necessidade da implementação de serviços que garantam o seu uso racional, preservando a saúde da população e reduzindo os gastos públicos; a participação do farmacêutico e de uma assistência farmacêutica efetiva é essencial para este propósito. Entendemos, que são necessários mais estudos para melhor conhecer e avaliar esta situação. Também é fundamental uma educação continuada dos médicos, buscando obter uma prescrição racional e a melhor organização do serviço.

A Assistência Farmacêutica possui uma complexidade de desafios a serem enfrentados, dessa forma é indispensável à presença do profissional farmacêutico na Equipe de Saúde da Família, pois as intervenções farmacêuticas não apenas produzem resultados clínicos, mas podem produzir uma economia substancial para o município.

Dessa forma, a aquisição da assistência farmacêutica na farmácia do CSF teve uma melhoria nos gastos desnecessários. A organização da farmácia não foi somente dos psicotrópicos, mas também dos demais medicamentos e material médico hospitalar.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M.C.P.; MISHIMA, S.M. **O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família**. Interface-Comunicação, Saúde, Educação, 9, 150-153, agosto, 2001.

ANVISA. **Assistência Segura: Uma reflexão teórica aplicada à prática. Serie: Segurança do paciente e qualidade do serviço de saúde**. 1ª edição, Brasília, 2013.

ARAÚJO, A.L.A.; UETA, J.M.; FREITAS, O. **Assistência farmacêutica como um modelotecnológico em atenção primária à saúde**. Rev. Ciênc. Farm. Básica Apl., São Paulo, 26(2): 87-92, jun-out, 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde (BR). **Política Nacional de Medicamentos**. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt3237_24_12_2007.html. Acesso em: 12 de jan.2014

_____, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Assistência Farmacêutica na Atenção Básica: Instruções Técnicas para a sua Organização**. Brasília, 2006.

_____, **Boletim Farmacológico do Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados – SNGPC (2013)**, <http://cemedmg.wordpress.com/2013/06/06/saude-mental-clonazepam-e-o-psicotropico-mais-consumido-no-brasil/>. Acesso em: 22 de fev.2014.

CAVALCANTE, M M B. **Violência Intrafamiliar contra a mulher: um estudo sobre a produção do cuidado na Estratégia Saúde da Família**. Dissertação de Mestrado, UFC, 2013.168f.

CONSEDEY,M.A.E; BERMUDEZ, J.A.Z.; REIS, A.L.A.; SILVA, H. F.; OLIVEIRA, M. A.; LUIZA, V. L. **Assistência farmacêutica na atenção**. Rio de Janeiro.Caderno de Saúde Pública, 16(1): 171-182, 2000.

FORTE, E.B. **Perfil de consumo dos medicamentos psicotrópicos na população de Caucaia**. Fortaleza,2007.

MARIN, N. **Assistência Farmacêutica para gerentes municipais**. Rio de Janeiro: OPAS/OMS; 2003

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8 ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

PINHEIRO,R.; BARROS, M. E. B.; MATTOS, R. A. **O trabalho em equipe como dispositivo de integralidade: experiências cotidianas em quatro localidades brasileiras. Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. Rio de Janeiro: 404p, 2007.

RODRIGUES, M. A.P., FACCHINIL.A.; LIMA, M. S. **Modificações nos padrões de consumo de psicofármacos em localidade do Sul do Brasil**. Rev de Saúde Publica, Rio Grande de Sul, 40(1): 107-14, 2006.

TEIXEIRA, L. S. L.; NEVES, J.A.C. **Proposta de instrumento para a prática da orientação sobre o uso correto de medicamentos a pacientes portadores de transtorno mental e seus familiares/ cuidadores no centro de atenção psicossocial II de Contagem/MG**. Goiânia, 2010.

VIEIRA, F.S. **Possibilidades de contribuição do farmacêutico para a promoção da saúde**. Ciênc. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 12 (1), jan-mar, 2007.

A INTERCONSULTA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) COMO FERRAMENTA PARA A PROMOÇÃO DA INTEGRALIDADE

Maria Tayenne Rodrigues Sousa,

Escola de Formação em Saúde da Família (EFSFVS),
Sobral-CE.

Antônia Sheilane Carioca Silva

Escola de Formação em Saúde da Família
Visconde de Sabóia – EFSFVS,
Sobral-CE

Antônia Luana Diógenes

Escola de Formação em Saúde da Família
Visconde de Sabóia – EFSFVS,
Sobral-CE

Carliane Vanessa Souza Vasconcelos

Escola de Formação em Saúde da Família (EFSFVS),
Sobral-CE.

Juliana Moita Leão

Escola de Formação em Saúde da Família
Visconde de Sabóia – EFSFVS,
Sobral-CE

Yuri Ribeiro de Sousa

Centro Universitário Christus,
Fortaleza, CE.

entre os saberes específicos, necessários para o tratamento de cada usuário, favorecendo o conhecimento do fazer em saúde do outro a medida em que compartilha também seu núcleo de saber, objetivando a efetividade e acessibilidade das ações em saúde no território, assim como ciência dos agravos a saúde da população adscrita. Este estudo tem como objetivo relatar a experiência de uma equipe de residentes multiprofissionais em saúde da família durante as interconsultas realizadas em um Centro de Saúde da Família (CSF) no município de Sobral, Ceará. Trata-se de um relato de experiência sobre as interconsultas realizadas pela equipe de residentes multiprofissionais em saúde da família (RMSF) no CSF Coelce, Ceará. Através das interconsultas é possível identificar as demandas do território, as principais necessidades de saúde da população e os agravos à saúde prevalente na comunidade, viabilizando a realização de intervenções e estratégias, compartilhamento de núcleo de saber da categoria com o outro profissional e com o usuário, buscando dessa forma promover a resolutividade, a integralidade do cuidado e acessibilidade as ações de saúde no SUS. Com isso considera-se que as interconsultas fornecem elementos essenciais para a abordagem integral e resolutiva, sendo possível utilizar o princípio da equidade, selecionando os pacientes complexos e casos prioritários para o

RESUMO: “A interconsulta constitui uma tecnologia leve, facilitadora e potencializadora para a integralidade do trabalho nos serviços de saúde.” (FARIAS, 2015, p.2077). Segundo Bortagarai (2015) a interconulta representa um espaço para promoção de relação mútua

atendimento individual, favorecendo a integralidade e beneficiando a população.

PALAVRAS-CHAVE: Interconsulta; Integralidade; Equipe Multiprofissional.

ABSTRACT: “Interconsultation is a light technology, facilitating and empowering the integrality of work in health services. (FARIAS, 2015, p.2077). According to Bortagarai (2015), intercon- ference represents a space for the promotion of a mutual relationship between the specific knowledges necessary for the treatment of each user, favoring the knowledge of the health in the other, as well as sharing their core of knowledge, aiming at effectiveness and accessibility of health actions in the territory, as well as the health of the afflicted population. This study aims to report the experience of a team of multiprofessional residents in family health during the consultations held at a Family Health Center (CSF) in the municipality of Sobral, Ceará. This is an experience report about the consultations carried out by the team of multiprofessional residents in family health (RMSF) at CSF Coelce, Ceará. Through the consultations it is possible to identify the demands of the territory, the main health needs of the population and the health problems prevalent in the community, making interventions and strategies feasible, sharing the knowledge base of the category with the other professional and with the user , thus seeking to promote the resolution, integral care and accessibility of health actions in SUS. Thus, it is considered that the inter-consultations provide essential elements for the integral and resolute approach, being possible to use the principle of equity, selecting complex patients and priority cases for individual care, favoring integrality and benefiting the population.

KEYWORDS: Interconsul; Integrality; Multiprofessional team.

“A interconsulta constitui uma tecnologia leve, facilitadora e potencializadora para a integralidade do trabalho nos serviços de saúde.” (FARIAS, 2015, p.2077). Segundo Bortagarai (2015) a interconsulta representa um espaço para promoção de relação mútua entre os saberes específicos, necessários para o tratamento de cada usuário, favorecendo o conhecimento do fazer em saúde do outro a medida em que compartilha também seu núcleo de saber, objetivando a efetividade e acessibilidade das ações em saúde no território, assim como ciência dos agravos a saúde da população adscrita.

Partindo desse contexto aborda-se a interconsulta como uma importante ferramenta para promover a integralidade e resolutividade das necessidades de saúde dos usuários, bem como a troca de saberes, discussão de casos e aprimoramento do processo de trabalho, desenvolvendo uma ação interprofissional e interdisciplinar, auxiliando a equipe de referência. Para tanto esse estudo versa sobre a experiência de uma equipe de residentes multiprofissionais em saúde da família durante as interconsultas realizadas em um Centro de Saúde da Família (CSF) no município de Sobral, Ceará.

A equipe de residentes multiprofissionais em saúde da família (RMSF), atuantes nos territórios de abrangência do CSF Coelce no município de Sobral – Ceará desenvolveram diversas atividades de interconsultas no período de abril a julho 2016.

Dessa forma o objetivo desse estudo foi relatar a experiência vivida por uma equipe de residentes durante os momentos de interconsulta, destacando as dificuldades e impressões vivenciadas pela equipe de residentes sobre o modelo de atenção na cidade de Sobral.

As interconsultas foram realizadas com muita frequência no CSF dos bairros Dom José e Padre Ibiapina conhecido popularmente como CSF Coelce, em decorrência da forma de organização do serviço e divisão das equipes de apoio, sendo estas realizadas juntamente com as enfermeiras responsáveis por uma área do território, organizadas através de uma escala de dias em que cada residente realizava o apoio a uma enfermeira, com isso durante cada dia da semana cada profissional desenvolveu ações de saúde para a demanda determinada pela enfermeira responsável por aquela área, sendo este modelo estendido para a equipe de apoio a equipe mínima além da residência, ou seja, Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF).

Os momentos de interconsulta eram desenvolvidos em conjunto com o acolhimento, sendo possível identificar as demandas para atendimentos individuais, demandas que necessitavam de encaminhamento para atividades grupais e agendamento de visitas domiciliares. Com isso através dessas atividades foi possível promover a acessibilidade e resolutividade, evitando o retorno do paciente seguidas vezes para atendimentos compartimentados com profissionais de diversas categorias, principalmente aqueles que necessitavam de atividades em grupos.

Para Pichon- Rivière (1977), apud Amaral (2007), os grupos são formados a partir de um conjunto de pessoas articuladas entre si em prol de um propósito ou execução de uma tarefa específica que apresente uma finalidade, destacando a importância da criação do vínculo entre os participantes para efetividade das ações propostas e andamento do grupo. O mesmo destaca o vínculo em outra obra como “[...] a maneira particular pela qual cada indivíduo se relaciona com outro ou outros, criando uma estrutura particular a cada caso e a cada momento” (PICHÓN-RIVIÉRE, 2005, p. 3).

Menezes (2016) diz que os grupos são formados por um conjunto de pessoas que apresentam as mesmas demandas de saúde e necessitam de intervenções similares, reunidas através de encontros para execução de uma tarefa específica. Assim os encontros grupais promovem vários benefícios à comunidade; vínculo, interação, informação, instrumentalização e reflexão, também representam um espaço de discussão e conversação sobre questões não apenas pertinentes à saúde mais também de cunho social.

A equipe multiprofissional estava organizada de acordo com a agenda e atividades no território, desenvolvendo exclusivamente as atividades de interconsulta e acolhimento, realizados geralmente pelas manhãs. Este modelo favoreceu também a organização do processo de trabalho, pois através destes o profissional designado para aquela função estava sempre como referência para a enfermagem.

Segundo Garuzi (2014), uma das principais diretrizes éticas e políticas da Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) é o acolhimento,

definido como a recepção dos usuários nas unidades de saúde, responsabilização pelos usuários por parte dos profissionais, escuta qualificada, assistência resolutiva e articulação com outros serviços através das Redes de Atenção a Saúde (RAS) objetivando a continuidade do cuidado.

Conforme Mendes (2011), redes de atenção à saúde (RAS) são organizações assistenciais conectadas entre si, coordenadas pela atenção primária, visando fornecer uma atenção integral e continuada a uma população de acordo com suas necessidades. O mesmo destaca a atenção primária como coordenadora das redes de atenção a saúde exatamente por esta estar mais próxima da comunidade, representar a porta de entrada do sistema de saúde, compreender a demanda existente e as necessidades de determinada população, com isso, a atenção primária irá atuar organizando o fluxo assistencial, acompanhando o usuário no caminho percorrido dentro das redes, responsabilizando-se pela continuidade do cuidado após o retorno do mesmo para a comunidade.

Os três elementos fundamentais das RAS são: uma população, representando o primeiro elemento das redes; uma estrutura operacional, constituída pelo centro de comunicação, que é a Atenção Primária em Saúde (APS); pontos de atenção secundário e terciário, sistemas de apoio e um modelo de atenção à saúde como último elemento, representando a atenção assistencial voltada as condições agudas e crônicas (MENDES, 2011).

Mendes (2012) em relação às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) descreve que são patologias de evolução lenta, de duração longa ou permanente, sintomatologia diversas e múltiplas causas, resultando em alguns casos em um ciclo vicioso dos sintomas e perda da funcionalidade. Estas patologias apresentam características divergentes das condições agudas, que se apresentam de forma repentina, curta permanência e fácil diagnóstico e tratamento.

Para Brasil (2012), os princípios da atenção primária, compreende a responsabilização, continuidade do cuidado, integralidade, universalidade, equidade, acessibilidade, responsabilização, humanização e participação social, sendo possível perceber que esses princípios conversam justamente com a proposta das RAS, pois coloca a atenção primária a saúde como principal ator na responsabilização e continuidade do cuidado aos usuários.

Gironi (2011) aborda a acessibilidade como informações, serviços, locais ou produtos disponíveis em variedade ou maior número de pessoas, independente de possíveis limitações físicas, culturais ou sociais. No âmbito da saúde acessibilidade representa a garantia de acesso, visando melhoria qualidade de vida, promoção da saúde e prevenção de agravos.

A resolutividade corresponde à agilidade na tentativa de resolução das necessidades de saúde da população, buscando melhoria no acesso as ações e serviços de saúde, prestados à comunidade. Com isso Ceccim (2004) afirma que o SUS vem desempenhando um papel ativo na reorientação de estratégias e modos

de fazer saúde individual e coletiva, repercutindo também nos modos de ensino e aprendizagem dos profissionais de saúde.

Além do acolhimento, diversas outras atividades foram realizadas em conjunto com a equipe de enfermagem, destacando-se: o pré-natal, puericulturas individuais e coletivas, atividades grupais, educação em saúde, sala de espera e organização e cuidado nas rodas coletivas do CSF. Dentre as principais dificuldades, está a realização de interconsultas com o profissional médico em decorrência da longa demanda de paciente, além da ausência de compreensão da importância e valor desses momentos de compartilhamento de conhecimento e aprendizado por alguns profissionais da equipe mínima e multiprofissional.

O pré-natal, assim como as puericulturas no contexto dessa unidade básica de saúde (UBS), realizadas em dias específicos e semanalmente, era organizado por área e por demanda, onde a atenção à saúde da gestante tem sido ampliada a partir do trabalho de apoio matricial realizado pela equipe multiprofissional de residentes.

Assim a finalidade desses momentos de interconsultas em conjunto com a enfermagem, é o fomento a comunicação, autonomia para o cuidado em saúde da comunidade. Desta forma realizou-se um trabalho de apoio e orientação com enfoque na maternidade segura, alimentação saudável, direitos sociais e reprodutivos, atividades da vida diária e postural, aspectos psicológicos,

A principal função desse atendimento em grupo situa-se na questão da educação em saúde, na defesa e afirmação do direito à saúde no âmbito do SUS. Por meio dessas atividades foi possível a obtenção de experiências diversas, expressas no planejamento de ações e atividades acerca da atuação da equipe multiprofissional nos momentos de interconsulta. Além disso foi possível favorecer o compartilhamento de condutas terapêuticas adequadas às necessidades de saúde das da população e compartilhamento de saberes e aprendizado entre os profissionais. Por essas configurações, contribuiu-se para o empoderamento e desenvolvimento da autonomia dos usuários desta unidade de saúde.

As ações integradas aplicadas pela ESF devem ser executadas de forma interdisciplinar entre as equipes de saúde, almejando atender as necessidades de saúde da comunidade, correspondendo uma importante ferramenta para o empoderamento e ampliação do conhecimento da comunidade adscrita. (SOUZA *et al.*, 2014).

Rouquayrol (2008) diz que a Estratégia Saúde da Família (ESF) representa o primeiro contato do usuário com o sistema de saúde, planejando e desenvolvendo suas ações de acordo com a necessidade de saúde da população adscrita. Assim o planejamento e desenvolvimento de ações planejadas de acordo com a demanda do CSF fizeram-se importante para a implantação destes momentos de interconsulta, bem como o desenvolvimento do fluxograma dos profissionais que devem prestar apoio a cada equipe, favorecendo a produtividade durante os atendimentos, resolutividade, conhecimento de demanda espontânea e agendada, e aproximação da equipe com a realidade de saúde presente no território.

Com isso considera-se que as interconsultas fornecem elementos essenciais para a abordagem integral e resolutive, sendo possível utilizar o princípio da equidade, selecionando os pacientes complexos e casos prioritários para o atendimento individual, favorecendo a integralidade e beneficiando a população.

Assim torna-se indispensável para a atuação profissional no SUS, o desenvolvimento das interconsultas, uma vez que estas funcionam como uma importante estratégia para melhoria, organização dos serviços e fortalecimento do SUS.

Desta forma conclui-se que a interconsulta favorece a melhora da assistência em saúde na ESF, perpassando as diversas áreas de atuação multiprofissional em benefício dos usuários do sistema de saúde. Com isso visa-se que este estudo represente um passo inicial para a discussão e percepção da interconsulta como uma importante estratégia para a saúde da família.

REFERÊNCIAS

BORTAGARAI, F.M, PERUZZOLO; D. L, AMBRÓS; T. M. B; SOUZA; A. P. R. A interconsulta como dispositivo interdisciplinar em um grupo de intervenção precoce. **Revista: Distúrbio comum.** V. 27, N. 2, P.392-400, junho, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção Básica à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n.1, p. 41-65, 2004

FARIAS; G. B, FAJARDO; A. P. A interconsulta em serviços de atenção primária à saúde. **Revista: Gestão & Saúde.** V. 6, N.3, P. 2075-93, 2015.

GARUZI, M.; ACHITTI, M. C. O.; SATO, C. A.; ROCHA, S. A.; SPAGNUOLO, R. S. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. **Rev Panam Salud Publica.** V 35, N.2, 2014.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde.** 2 ed. Brasília: Organização Pan-Americana, 2011.

MENDES, Eugênio Vilaça. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MENEZES, Kênia Kiefer Parreiras de; AVELINO, Patrick Roberto. Grupos operativos na Atenção Primária à Saúde como prática de discussão e educação: uma revisão. **Caderno saúde coletiva.** Rio de Janeiro, v.24, n.1, p.124-130, 2016.

PICHÓN-RIVIÈRE, Enrique. **Teoria do vínculo.** São Paulo: Martins Fontes, 2005.

ROUQUAYROL, M. Z.; GURGEL, M. **Epidemiologia e Saúde.** 7 ed. Medbook: Rio de Janeiro, 2013. GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. **Políticas e sistema de saúde no Brasil.** Editora: FIOCRUZ, 2008.

SOUZA, Ana Maria Vitrícia de; ABREU, Andreza Miranda de; SOUZA, Antônia Gonçalves de; PEREIRA, Kéury Guimarães; SOUZA, Luís Paulo Souza; FIGUEIREDO, Maria Fernanda Santos; MESSIAS, Romerson Brito; FIGUEIREDO, Tamara. Grupos educativos para idosos na Estratégia Saúde da Família: uma nova perspectiva. **Revista Norte Mineira de Enfermagem**, v.3, n. 2, p.162-

169, 2014.

CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO ATENDIDA PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM RELAÇÃO AO CONSUMO DE ÁLCOOL

Tâmara Silva de Lucena

Universidade Federal de Alagoas, Discente do Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Maceió- Alagoas

Yanna Cristina Moraes Lira Nascimento

Universidade Federal de Alagoas, Docente da Escola de Enfermagem e Farmácia. Maceió- Alagoas

Jorgina Sales Jorge

Universidade Federal de Alagoas, Docente da Escola de Enfermagem e Farmácia. Maceió- Alagoas

Ruth França Cizino da Trindade

Universidade Federal de Alagoas, Docente da Escola de Enfermagem e Farmácia. Maceió- Alagoas

Ana Cristina Teixeira Santos

Graduada pela Universidade Federal de Alagoas. Enfermeira da atenção básica da cidade de Paulista. Paulista- Pernambuco.

Jairo Calado Cavalcante

Universidade Federal de Alagoas, Docente da Faculdade de Medicina. Maceió-Alagoas

RESUMO: Objetivo: caracterizar o consumo de álcool da população atendida pela Estratégia Saúde da Família e identificar o efeito da abordagem da intervenção breve nos indivíduos que fazem uso de álcool de forma prejudicial. Método: estudo transversal e analítico, realizado em duas etapas: aplicação do instrumento

Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), e um questionário aplicado após a intervenção breve. Utilizou o programa IBM SPSS Statistics. Resultados: 17,2% fazem uso nocivo de álcool e 21,9% são prováveis dependentes. No que tange à Intervenção Breve esta foi aplicada nos entrevistados que fazem uso nocivo de álcool ou são prováveis dependentes. Conclusão: É essencial que os profissionais de saúde pensem no Audit como um facilitador da prevenção de agravos, promoção e proteção da saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Alcoolismo; Atenção Primária à Saúde; Saúde Pública; Centros de Saúde.

ABSTRACT: Objective: to characterize the alcohol consumption of the population served by the Family Health Strategy and to identify the effect of the brief intervention approach on individuals who use alcohol in a harmful way. Method: cross-sectional and analytical study, carried out in two: application of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), and a questionnaire applied after the brief intervention. He used the IBM SPSS Statistics program. Results: 17.2% of the interviewees do harmful use and 21.9% are likely to be dependent. Concerning Brief Intervention, this was applied to interviewees who use harmful alcohol or are likely dependent. Conclusion: It is essential that

health professionals think of the Audit as a facilitator of disease prevention, health promotion and protection.

KEYWORDS: Alcoholism, primary health care, health centers, public health

1 | INTRODUÇÃO

O uso das drogas lícitas, como o álcool, causa uma ação impactante tanto nos países desenvolvidos como nos em desenvolvimento devido ao elevado número de mortalidades e incapacidades junto à população produzida pelo uso dessa substância. Estudos revelam que o consumo de álcool continuaria sendo um fator de risco essencial nas décadas de 2010 a 2020 (ZEITOUNE et al., 2012; LUIS, LUNETTA, 2005; SILVA et al., 2007).

Estima-se que no mundo, a cada ano, o uso de bebidas alcoólicas seja consumido por cerca de dois (2) bilhões de pessoas, correspondendo a aproximadamente 40% da população acima de 15 anos. Ao que concerne às consequências nocivas, estudos revelam que globalmente o consumo de álcool tem provocado graves danos à população, chegando a ser responsável pela morte de quase 4% da população geral, ou seja, 2,5 milhões de pessoas a cada ano morrem por consequências do uso indevido, sendo os homens mais acometidos do que as mulheres. Dados evidenciam que 6,2% das mortes em homens adultos estão relacionados ao uso do álcool, e que somente 1,1% dos óbitos em mulheres tem esta relação (WHO, 2010; WHO, 2011; ANDRADE, ANTHONY, 2009).

Situação ainda mais preocupante quando se refere a causa de morte em jovens com idades entre 15-29 anos, que de 6,2% passa para um índice de 9%, necessitando cada vez mais de medidas eficazes para redução dos problemas que o uso nocivo do álcool provoca. Medidas estas como a elevação do limite da idade para a compra de bebidas e estratégias eficientes de conscientização sobre os efeitos e consequências da mesma (WHO, 2010; WHO, 2011).

Em Alagoas foi observado que 0,9% dos óbitos tinham relações com o uso de drogas (BRASIL, 2009). E, particularmente em Maceió, o uso de álcool entre estudantes adolescentes chega a 78%, evidenciando que as bebidas alcoólicas são as substâncias mais consumidas entre os jovens brasileiros, considerando-se hoje como grave problema de saúde pública (CARLINI, et. al., 2010; LARANJEIRA, et. al., 2007).

O álcool é uma substância psicoativa que age no sistema nervoso central, causando modificações no comportamento, no humor e na cognição que sob influência de alguns fatores, como dosagem, frequência e circunstâncias, admite um uso sem problemas, no entanto, seu uso nocivo ou abusivo e a dependência podem levar a alterações orgânicas, psicológicas e sociais, que atinge todas as classes sociais de todos os países do mundo (PINTO, 2004; CASTANHA, ARAÚJO, 2006).

A Classificação Internacional das Doenças (CID-10) define “uso” como qualquer consumo, independente da frequência; “abuso”, como um consumo associado a consequências adversas recorrentes, porém não caracterizando “dependência”. E a dependência se apresenta quando o uso de uma substância passa a caracterizar um estado disfuncional. Os transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso do álcool (F10) são classificados como transtornos decorrentes do uso de uma substância psicoativa na CID-10 (OMS, 2008; AMORIM et al., 2008; BRASIL, 2006) apesar de que a tendência será adotar em 2022 a nova classificação do CID-11 publicada pela Organização Mundial de Saúde.

Os padrões de consumo do álcool vão variar de acordo com a cultura, país, faixa etária, gênero, modo de vida atual, níveis de estresse, bem como de ansiedade, das normas sociais vigentes e o subgrupo social considerado (VARGAS, OLIVEIRA, ARAÚJO, 2009; LARANJEIRA et al., 2007). Neste sentido, compreender em que padrão acontece este consumo torna-se fundamental para iniciar uma intervenção. Os principais padrões de consumo do álcool mencionados pela literatura são: uso de baixo risco, uso de risco, uso nocivo, e provável dependência (JOMAR, PAIXÃO, ABREU, 2012).

O uso de baixo risco é caracterizado como um padrão de consumo do álcool que provavelmente não trará riscos prejudiciais à saúde. O uso de risco é um padrão de consumo que poderá levar a consequências. O uso nocivo resulta em dano físico ou mental, incluindo a capacidade de julgamento comprometida ou disfunção de comportamento. E a dependência alcoólica é caracterizada por manifestações cognitivas, comportamentais e fisiológicas que podem aparecer após o uso repetido do álcool (MORETTI- PIRES, CORRADI- WEBSTER, 2011).

De acordo com Brasil (2003), cerca de 20% dos usuários tratados na rede primária fazem uso nocivo do álcool, mostrando que estratégias para implementação de ações de identificação precoce e prevenção do uso do álcool precisam ser realizadas pela atenção primária à saúde, por meio das Unidades Básicas de Saúde e em especial as Estratégias de Saúde da Família (VARGAS, OLIVEIRA, ARAÚJO, 2009; MEIRA, ARCOVERDE, 2010).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) por estar mais próxima à população, facilitando o acesso e viabilizando ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde dos indivíduos passa a ser uma das melhores alternativas para o rastreamento precoce dos padrões de consumo.

Para realizar este rastreamento a Organização Mundial da Saúde (OMS) apoiou o desenvolvimento de instrumentos que facilitassem a identificação do padrão de consumo. Entre os instrumentos está o *Alcohol Use Disorders Identification Test – AUDIT*, que tem a finalidade de rastrear padrões de consumo de álcool nos últimos doze meses, possibilitando intervenções para os problemas ligados ao seu uso.

O instrumento é um questionário breve, flexível e de fácil aplicação, composto por 10 questões relacionadas às definições do CID-10 de uso nocivo e dependência

do álcool. Cada quesito é composto por cinco alternativas de respostas que vão de 0 a 4, o que permite classificar o usuário em quatro zonas de risco de acordo com a pontuação obtida no teste. Na zona I, a pessoa faz até 7 pontos e indica uso de baixo risco; na zona II, a pontuação é de 8-15 pontos e indica uso de risco; na zona III, a pontuação vai de 16-19 pontos sugestivo de uso nocivo e na zona IV, acima de 20 pontos é provável dependente (FREITAS, MORAES, 2011; BARBOR, et. al., 2001).

Com a identificação do padrão de consumo a partir da aplicação do AUDIT, o profissional pode realizar uma intervenção breve que tem como objetivo instruir continuamente quem encontra-se na zona de consumo de baixo risco, e aconselhar aqueles que fazem o uso de substâncias psicoativas do qual seu padrão de consumo traz danos a sua saúde (SOUZA, RONZANI, 2012; AMARAL, FORMIGONI, 2006).

A aplicação do AUDIT realizando as orientações cabíveis aos resultados aumentaria a qualidade dos serviços na assistência à saúde da população de um determinado território, estimulando a comunidade a desenvolver hábitos saudáveis.

Diante de tal realidade, delineou-se como objetivo deste estudo caracterizar o consumo de álcool da população atendida pela Estratégia Saúde da Família no município de Maceió e identificar o efeito da abordagem da intervenção breve nos indivíduos que fazem uso de álcool de forma prejudicial para sua vida.

2 | METODOLOGIA

Estudo transversal e analítico, realizado em Estratégias de Saúde da Família (ESF) do município de Maceió- AL. No momento em que a pesquisa foi realizada o município contava com 84 Estratégias Saúde da Família, sendo estas distribuídas em oito distritos sanitários, correspondendo a uma cobertura de 26,3% da população de Maceió.

Os dados foram coletados em oito ESF do município. A amostra probabilística constitui-se de 87 sujeitos maiores de 18 anos que possuíam cadastro nas ESF, foram excluídos do estudo aqueles que nunca consumiram álcool pelo menos uma vez na vida e aqueles que se recusaram a assinar o Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

Para estratificação da amostra foi realizado inicialmente um sorteio aleatório das equipes da Estratégia Saúde da Família. Esse sorteio partiu de uma listagem numerada pelo Microsoft Excel, em que ficou definido 10% das unidades para coleta, o que resultou em oito (8) ESF. Quanto ao número dos entrevistados, baseou-se na estimativa da população residente de adultos em Maceió maiores de 18 anos que foi de 46.025 habitantes (DATASUS, 2014).

Para a base de cálculo do tamanho da amostra utilizou-se a fórmula

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1 - p)}{Z^2 \cdot p \cdot (1 - p) + e^2 \cdot (N - 1)},$$

Onde:

n - amostra calculada

N - população

Z - variável normal padronizada associada ao nível de confiança

p - verdadeira probabilidade do evento

e - erro amostral

O cálculo foi realizado com nível de confiança de 95%, prevalência de 75% e erro amostral de 10%, cujo resultado foi de 72 participantes em que se calculou uma perda de 20%, assim a amostra final arredondada resultou em 87 participantes (BARBETTA, 2002). O valor do erro amostral foi estabelecido por conta da dificuldade de exploração do campo, a não aceitação dos profissionais para que a coleta fosse realizada, a negação dos Agentes Comunitários de Saúde em acompanhar a pesquisadora durante a coleta de dados e a falta de conhecimento dos profissionais sobre o tema que resultou no elevado número de rejeição à pesquisa.

Em cada ESF sorteada foi realizada uma proporção da população pelo tamanho da amostra selecionada. A escolha dos domicílios foi feita após uma visita na comunidade, onde se consultou o mapa de abrangência de cada ESF e se fez a numeração de cada rua. Novamente foi realizado outro sorteio, agora da rua, utilizando a amostragem aleatória e a partir daí se iniciou a aplicação dos dois instrumentos: o AUDIT e um questionário elaborado pelas pesquisadoras aplicado posteriormente à intervenção breve.

Após o resultado do AUDIT, avaliava-se a necessidade de aplicar a Intervenção Breve. Foram realizadas 34 intervenções, e por conseguinte aplicados 34 questionários aos sujeitos que relataram fazer uso prejudicial de álcool, sendo considerados como uso prejudicial para este estudo, os padrões de consumo identificados como uso nocivo e como prováveis dependentes de álcool segundo classificação adotada pelo AUDIT.

Entre as variáveis primárias desse estudo estiveram os padrões, frequências e doses do consumo; a incapacidade de controlar a quantidade da bebida de consumo, o descumprimento de algum compromisso por conta do consumo, a necessidade de beber para se sentir melhor; o sentimento de culpa ou remorso após o consumo, a preocupação de terceiros sobre o padrão de consumo, a capacidade de assimilar como está seu padrão de consumo do álcool após a intervenção breve; a avaliação da orientação realizada durante a intervenção breve, o reconhecimento dos danos e a vontade de mudar de comportamento quanto ao consumo do álcool. Foram variáveis secundárias sexo, idade, raça, renda familiar, escolaridade e estado civil. A análise dos dados foi realizada pelo programa IBM SPSS Statistics modelo língua portuguesa (versão 20) para o cálculo da frequência absoluta e do percentual de cada variável.

As condições éticas do estudo foram amplamente consideradas, sendo o projeto

aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas sob parecer de número 30170114.9.0000.5013.

3 | RESULTADOS

Segundo dados coletados foi possível identificar que a prevalência do uso de risco de álcool e de provável dependente detectado pelo AUDIT na população estudada (n=87) foi de 37,9% e de 21,9%, respectivamente. A amostra do estudo constitui-se predominante do sexo masculino, solteiros, pardos, com renda familiar de 1-2 salários mínimos e com ensino fundamental incompleto.

Os sujeitos com escores de provável dependente se caracterizaram, como do sexo masculino, casados, com renda familiar de 1-2 salários mínimos e escolaridade ensino fundamental incompleto. No uso de baixo risco e no uso de risco, predominou o sexo feminino, na faixa etária de 35-59 anos e renda familiar de 1-2 salários mínimos (Tabela 1).

Variável	Baixo risco (0-7 pontos) n=20 (23%)	Uso de risco (8-15 pontos) n=33 (37,9%)	Uso nocivo (16-19 pontos) n=15 (17,3%)	Dependência (> 20 pontos) n=19 (21,9%)
Sexo				
Masculino	07 (13,2%)	16 (30,2%)	13 (24,5%)	17 (32,1%)
Feminino	13 (38,2%)	17 (50,0%)	02 (5,9%)	02 (5,9%)
Faixa etária				
18 a 34	08 (29,6%)	10 (37,0%)	03 (11,2%)	06 (22,2%)
35 a 59	09 (19,2%)	17 (36,2%)	10 (21,3%)	11 (23,3%)
60 ou mais	03 (23,1%)	06 (46,1%)	02 (15,4%)	02 (15,4%)
Raça				
Branca	02 (25,0%)	01 (12,5%)	02 (25,0%)	03 (37,5%)
Preta	08 (20,5%)	20 (51,3%)	04 (10,3%)	07 (17,9%)
Parda	10 (25,0%)	12 (30,0%)	09 (22,5%)	09 (22,5%)
Estado Civil				
Solteiro	09 (21,9%)	19 (46,34%)	06 (14,6%)	07 (17,1%)
Casado	09 (23,1%)	13 (33,3%)	09 (23,1%)	08 (20,5%)
Viúvo	02 (50,0%)	01 (25,0%)	00 (0,0%)	01 (25,0%)
Divorciado	00 (0,0%)	00 (0,0%)	00 (0,0%)	03 (100,0%)
Renda Familiar				
Sem renda	00 (0,0%)	00 (0,0%)	00 (0,0%)	00 (0,0%)
Menor 1 SM*	01 (16,7%)	03 (50,0%)	00 (0,0%)	02 (33,3%)
1-2 SM	15 (21,7%)	26 (37,7%)	13 (18,8%)	15 (21,7%)
2-3 SM	04 (50,0%)	03 (37,5%)	01 (12,5%)	00 (0,0%)
3 ou mais SM	00 (0,0%)	01 (25,0%)	01 (25,0%)	02 (50,0%)

Escolaridade**				
Não letrado	01 (20,0%)	04 (80,0%)	00 (0,0%)	00 (0,0%)
Fund. incompleto	07 (20,6%)	12 (35,3%)	05 (14,7%)	10 (29,4%)
Fund. completo	01 (10,0%)	03 (30,0%)	03 (30,0%)	03 (30,0%)
Médio incompleto	01 (8,3%)	03 (25,0%)	05 (41,7%)	03 (25,0%)
Médio completo	09 (37,5%)	11 (45,9%)	02 (8,3%)	02 (8,3%)
Superior incompleto	01 (50,0%)	00 (0,0%)	00 (0,0%)	01 (50,0%)

Tabela 1- Distribuição da classificação do consumo de álcool, segundo sexo, faixa etária, raça, estado civil, renda familiar e escolaridade. N=87.

Fonte: Autora, 2014 .

*SM= Salário Mínimo

** Nenhum participante possuía Ensino Superior completo.

Sobre as questões abordadas no AUDIT, representadas na Tabela 2, observou-se que a frequência de consumo de álcool para 46% dos entrevistados é de duas a quatro vezes por mês; 54,7% nas ocasiões em que bebem costumam tomar 10 ou mais doses e 54% disseram que nunca perderam a capacidade de controlar a quantidade de bebida consumida.

Variável	F (n)	%
Frequência de consumo		
Nunca	00	0,0
Uma vez por mês ou menos	22	25,3
Duas a quatro vezes por mês	40	46
Duas a três vezes por semana	12	13,8
Quatro ou mais vezes por semana	13	14,9
Doses de consumo		
1 a 2 doses	06	7,0
3 ou 4 doses	20	23,3
5 ou 6 doses	04	4,7
7 a 9 doses	09	10,5
10 ou mais doses	47	54,7
Incapacidade de controle da bebida consumida		
Nunca	47	54,0
Um vez por mês ou menos	15	17,2
Duas a quatro vezes por mês	09	10,3
Duas a três vezes por semana	11	12,6
Quatro ou mais vezes por semana	05	5,7
Descumprimento de algum compromisso por conta do consumo		
	73	83,9
Nunca	11	12,6
Uma vez por mês ou menos	00	0,0
Duas a quatro vezes por mês	02	2,3
Duas a três vezes por semana	01	1,1
Quatro ou mais vezes por semana		

Necessidade de beber pela manhã para se sentir melhor		
Nunca	66	75,9
Uma vez por mês ou menos	06	6,9
Duas a quatro vezes por semana	07	8,0
Duas a três vezes por semana	03	3,4
Quatro ou mais vezes por semana	05	5,7
Sentimento de culpa ou remorso após o consumo		
Nunca	45	51,7
Uma vez por mês ou menos	18	20,7
Duas a quatro vezes por mês	17	19,5
Duas a quatro vezes por semana	03	3,4
Quatro ou mais vezes por semana	04	4,6
Esquecimento do que aconteceu após o consumo		
Nunca	48	55,2
Uma vez por mês ou menos	21	24,1
Duas a quatro vezes por mês	13	14,9
Duas a três vezes por semana	03	3,4
Quatro ou mais vezes por semana	02	2,3
Preocupação de terceiros sobre o padrão de consumo		
Não	20	23,0
Sim, mas não no último ano	05	5,7
Sim, durante o último ano	62	71,3
TOTAL	87	100

Tabela 2- Caracterização do consumo de álcool dos entrevistados, em relação as variáveis abordadas no questionário AUDIT. N= 87

Fonte: Autora, 2014

Quanto à realização da intervenção breve naqueles entrevistados que ao responder o questionário AUDIT obtiveram soma dos escores entre 16-19 pontos, caracterizando o uso nocivo de álcool e aqueles que obtiveram mais de 20 pontos considerados prováveis dependentes, tem-se que a orientação sobre o consumo de álcool foi considerada boa, atingindo 91,4%; 97,1% reconhecem os danos que o consumo de álcool pode trazer e 61,8% tem desejo de mudar o comportamento em relação ao consumo de álcool, como mostra a Tabela 3.

Variável	F (n)	%
Assimilação do padrão de consumo de álcool		
Sim	10	29,4
Não	00	0,0
Um pouco	24	70,6
Avaliação da orientação realizada		
Desnecessária	00	0,0
Boa	32	94,1
Muito boa	02	5,9

Reconhecimento dos dados que o álcool pode trazer		
Sim	33	97,1
Não	01	2,9
Vontade de mudar o comportamento		
Sim	21	61,8
Não	13	38,2

Tabela 3- Avaliação da utilização da Intervenção Breve nos usuários que fazem uso nocivo ou são prováveis dependentes de álcool, N =34.

Fonte: Autora, 2014

Das 33 pessoas que disseram que o consumo de álcool pode trazer danos, 11 (33,33%) delas citaram apenas um dano, 13 (39,39%) citaram dois danos e 9 (27,27%) citaram três danos. Dessa forma, o dano mais citado foi a saúde (43,8%), seguido do dano econômico (25%), conforme Gráfico 1.

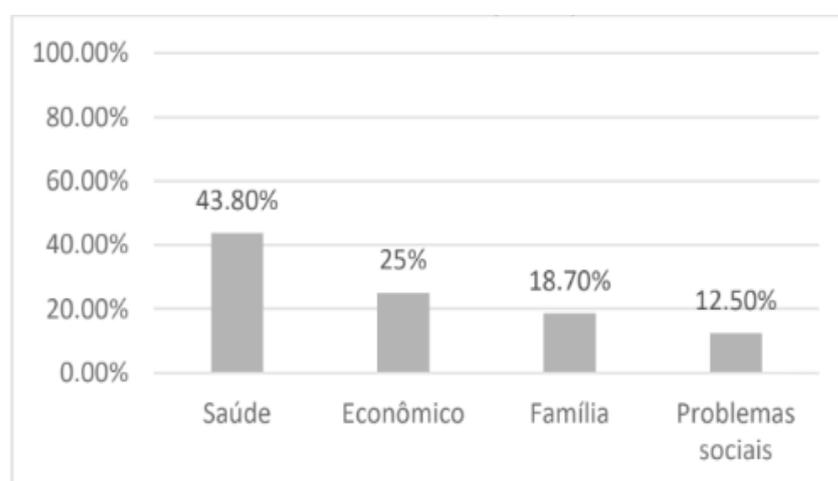


Gráfico 1- Danos causados pelo consumo de álcool citados nas respostas dos entrevistados (n=33).

Fonte: Autora, 2014.

4 | DISCUSSÃO

Ao analisar os resultados, observa-se que o número de prováveis dependentes de álcool na população estudada foi superior aos índices encontrados nos últimos levantamentos nacionais. As taxas neste estudo apresentaram-se quase duas vezes mais que as referenciadas pelos levantamentos em relação à região nordeste, ou seja, de 13,8% passaram para 21,9% (CARLINI, GALDURÓZ, 2006).

O impacto deste aumento pode estar relacionado a geração de iniquidades em saúde, como situação econômica precária muitas vezes responsável pelo aumento da tensão psicossocial. Alagoas é considerado um dos estados mais pobres do Brasil, que apresenta maiores proporções de pessoas com baixa renda (SANTOS, et.al.,

2013; MACEIÓ, 2017). Pesquisas mostram que homens de grupos socioeconômicos mais baixos tendem a beber mais que o resto da população e também sofrem um impacto negativo maior sobre a saúde, além disso, a ausência de redes sociais de apoio também contribuem para o aumento dos efeitos negativos do consumo de álcool (PIMENTEL, 2013; DAHLGREN, WHITEHEAD, 2007).

Outro destaque é que apesar dos Levantamentos Nacionais do consumo de Álcool e outras Drogas terem sido realizados nos domicílios de algumas cidades, estudos revelam dados diferenciados quando a coleta da pesquisa acontece nos serviços de saúde.

Vargas, Oliveira e Araújo (2009), revelam uma prevalência de dependência alcóolica em serviços de atenção primária à saúde de 9,8%; enquanto que Magnabosco, Formigoni e Ronzani (2007) revela uma taxa de 3,8%, dados totalmente divergentes dos encontrados nesta pesquisa, em que há elevação da taxa aproximadamente seis vezes mais se comparado ao estudo de Magnabosco. No entanto, estas variações nos valores das taxas encontradas nas pesquisas podem dar-se por diversos fatores: a) diferentes critérios utilizados na avaliação da dependência; b) diversidade de critérios amostrais; e c) características individualizadas dos sujeitos (VARGAS, BITTENCOURT, BARROSO, 2014; CARLINI, GALDURÓZ, 2006; REISDORFER et al., 2012).

Ainda no presente estudo, observou-se uma elevada prevalência de dependentes do sexo masculino, apresentando índices de 19,5% em relação ao sexo feminino, dados semelhantes ao encontrado no II Levantamento Nacional que revelam associação ao baixo nível de escolaridade e à baixa renda familiar mensal. Em relação à raça e a faixa etária, os dados corroboraram com os do estudo de Ferreira et al., (2013), onde a idade predominante foi de 34-59 anos e a raça parda. Pesquisas afirmam que a dependência está fortemente associada a questões educacionais, econômicas e estado civil (GUIMARÃES, et.al., 2010; VARGAS, et.al., 2009).

Quanto ao consumo nocivo de álcool, a amostra apresentou índices de 17,2% semelhantes à de outros estudos já realizados. No estudo de Magnabosco, Formigoni e Ronzani (2007), este consumo foi caracterizado por 18,3% e no II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas esse consumo foi de 16%. Segundo Cordeiro et. al., (2006), num estudo realizado em duas cidades do interior de Alagoas, o padrão de consumo nocivo de álcool esteve presente em 12,82% da população, caracterizando-se mais nos homens que nas mulheres.

O consumo nocivo de álcool está fortemente ligado aos homens por apresentarem maior vulnerabilidade cultural imposta pela sociedade, pois para pertencerem a um determinado grupo que faz uso recreativo de álcool, é indispensável que também se faça o consumo da droga, ou seja, o nível de consumo torna-se elementar para a manutenção destas relações sociais (ABREU, et.al., 2012; LARANJEIRA et al., 2013). É importante frisar que o meio social no qual o indivíduo está inserido pode exercer influência sobre seu modo de beber.

O consumo de risco do álcool, presente em 37,9% da amostra estudada, está

mais associado a indivíduos solteiros e com ensino fundamental incompleto. Neste padrão de uso, o consumo é semelhante entre homens e mulheres, o que também foi observado no estudo realizado por Vargas, Bittencourt, Barroso (2014), que referem que o consumo de álcool tem se tornado mais parecido entre os sexos e isso está relacionado com a cultura e com os papéis desempenhados por homens e mulheres na sociedade a qual estão inseridos, podendo fazer uma associação com os papéis que a mulher tem desempenhado na atualidade, que tem se tornado mais parecido com os dos homens. Essa associação também pode ocorrer quando nos referimos aos padrões de consumo do álcool.

Jomar, Paixão e Abreu (2012), afirmam que fatores genéticos têm papel importante no consumo nocivo e na dependência de álcool, pois alguns genes aumentam e outros diminuem o risco. Além disso, outros fatores podem contribuir com os problemas relacionados ao álcool, dentre os quais está a falta de conhecimento de como está o seu padrão de consumo da bebida, como também a falta de conhecimento sobre os limites de uso e os riscos que o consumo pode trazer, assim como hábitos e atitudes que favorecem o beber de risco.

O uso de instrumentos que facilitem a disseminação de informações bem como a realização de intervenções pode ser amplamente utilizados como mecanismos de aproximação e transformação de hábitos de vida. Deste modo, o instrumento AUDIT passa a ser de extrema necessidade no âmbito da Atenção Básica como auxílio educativo e intervencionista nas questões relacionadas ao consumo de álcool.

No que concerne à aplicação e distribuição das respostas do AUDIT, a presente pesquisa apresentou dados inferiores aos encontrados nos estudos de Reisdorfer (2012). E apesar da maioria dos entrevistados afirmarem que nunca perderam a capacidade de controle da bebida, nunca sentiram necessidade de beber para se sentir melhor e nunca esqueceram do que aconteceu na noite anterior após terem ingerido bebida alcóolica, outras variáveis como a frequência de uso e a quantidade de dose consumida, mostraram-se elevadas.

Outras consequências relacionadas ao consumo de álcool e que também foram citadas pelos entrevistados, além da saúde são os problemas familiares, que podem levar a uma segregação da mesma, violência doméstica, acidentes de trânsito, agressões, acidentes de trabalho, distúrbios de conduta e transtornos mentais (JOMAR, PAIXÃO, ABREU, 2012; SILVA, et. al., 2007).

Estes dados têm ressaltado a importância de compreender esses aspectos e adequar intervenções voltadas para o controle de danos e à redução de comportamentos nocivos à saúde, já que pessoas que consomem mais álcool têm maior chance de apresentar problemas de saúde relacionados ao seu consumo (BARROS et al., 2008).

Nesse contexto, realizar o rastreamento para identificar como está o padrão de consumo de álcool de uma determinada população é essencial. No entanto, o que se observa em alguns estudos é que os profissionais de saúde ainda possuem um grande entrave para se trabalhar a temática álcool, o que não foi diferente neste estudo, em

que alguns profissionais enfermeiros recusaram a aplicação do questionário AUDIT na unidade à qual sua equipe trabalha. Este entrave pode estar atrelado à formação desses profissionais que ainda possuem uma visão do modelo biomédico (MORETTI-PIRES, CORRADI- WEBSTER, 2011; MEIRA, ARCOVERDE, 2010). Olhares dos profissionais das ESF precisam ser transformados, pois muitas vezes barreiras são construídas em relação ao tema, o que acaba ferindo os princípios e diretrizes do SUS, revelando ainda mais que estes profissionais precisam de ações que os ajudem a lidar com essa demanda.

Um fator para identificar o padrão de uso de álcool entre usuários das ESF é que o conhecimento destes padrões de consumo pode funcionar como um antecessor de estratégias de intervenção. O objetivo da Intervenção Breve é fazer com que o indivíduo se motive à mudança de comportamento, a partir de metas e estratégias montadas entre o profissional e o paciente (SOUZA, RANZONI, 2012).

Na pesquisa, 61,8% dos entrevistados submetidos a Intervenção Breve possuem o desejo de mudança de comportamento. Isto nos possibilita ver o quanto a ESF pode atuar na área de promoção da saúde e prevenção de agravos nestes indivíduos que desejam mudar os hábitos de consumo de álcool. Por isso a importância dos profissionais estarem capacitados para acolherem pessoas com problemas relacionados ao consumo de álcool (JOMAR PAIXÃO, ABREU, 2012).

Nesse sentido, a literatura vem demonstrando que a atenção primária é um espaço importante para a utilização das intervenções breves por profissionais que tenham recebido treinamento para a realização desta já que este local privilegia as atividades de promoção e prevenção e não irá prejudicar o processo de assistência tradicional da ESF por ser breve (MORETTI-PIRES, CORRADI-WEBSTER, 2011).

A implantação do instrumento AUDIT pelos profissionais nos serviços de saúde faz-se interessante na medida que se constitui em estratégia no processo de educação permanente das equipes. Assim, repensar novas formas de cuidar dessas pessoas implica em repensar um modo de contemplar uma intervenção precoce, na perspectiva da redução de danos, o que traria impacto positivo sobre os ônus associados ao consumo de álcool. No entanto, para isto é preciso capacitar profissionais para prover subsídios ao desenvolvimento de ações preventivas a fim de realizar: o diagnóstico precoce, o tratamento mais adequado, e o matriciamento psicossocial (BRASIL, 2003).

Dessa forma, os dados revelaram uma realidade que pouco é discutida nos serviços de saúde, em especial na Estratégia Saúde da Família onde a pesquisa se concentrou, mostrando que o profissional Enfermeiro necessita de capacitações para lidar com a temática álcool para que seu foco não seja apenas nos sinais e sintomas das pessoas que fazem uso do mesmo, mas que procurem atender às necessidades do contexto atual de uso e abuso do álcool, agindo na identificação precoce do consumo nocivo e, por conseguinte, na prevenção dos agravos dos problemas advindos dele (ABREU, JOMAR, GUIMARÃES, 2012).

5 | CONCLUSÃO

Este estudo possibilitou caracterizar os padrões de consumo de álcool na população que é atendida pela ESF no município de Maceió/ AL, destacando que parcela significativa da amostra pesquisada apresentou padrão de consumo de álcool elevado. A pesquisa revelou que ainda há despreparo por parte dos profissionais das equipes que compõem o quadro da ESF em relação à temática.

Também emergiu que políticas intersetoriais e tomadas de decisões gerenciais para intervir nestas questões devem ser de ordem prioritárias, a fim de que contribuam para o maior engajamento de profissionais. Para isso é preciso que os gestores tenham atitude de conscientização frente ao consumo de álcool estimulando a promoção de ações educativas, capacitações e treinamentos com os profissionais que estão inseridos na atenção primária, considerada a porta de entrada dos serviços de saúde.

É essencial que os profissionais de saúde pensem no Audit como um facilitador da prevenção de agravos, promoção e proteção da saúde, uma vez que ele junto com as intervenções breves produz um efeito positivo nas pessoas que fazem uso prejudicial de álcool, motivando-as a diminuir o uso ou até mesmo cessar, se for o que ela deseja. É visível a necessidade de maiores intervenções por meio de políticas públicas, bem como de rastreamento para realizar a detecção precoce de pessoas que fazem uso de álcool, podendo ajudar no delineamento de estratégias que diminuam os agravos provocados pelo consumo do mesmo.

REFERÊNCIAS

- BREU, A.M.M., JOMAR, R.T., SOUZA, M.H.N., GUIMARÃES, R.M. Consumo nocivo de bebidas alcoólicas entre usuários de uma Unidade de Saúde da Família. **Acta Paul Enferm.** 2012; 25(2):291-5.
- AMARAL, M.B. do; FORMIGONI, M.L.O. de. **Estratégias de Intervenção Breve para usuários de drogas específicas: álcool, tabaco, maconha, cocaína, anfetaminas e benzodiazepínicos** (2006). Módulo 4: Curso Supera. Disponível em: <<http://www.ufrb.edu.br/crr/material-didatico/curso-de-atualizacao-sobre-intervencao-breve-e-aconselhamento-motivacional-em-crack-e-outras-drogas/319-intervencao-breve-para-casos-de-uso-de-risco-de-substancias-psicoativas/download>>.
- AMORIM, A.V.C.; KIKKO, E.O.; ABRANTES, M.M.; ANDRADE, V.L.A. Álcool e alcoolismo: estudo de prevalência entre discentes do curso de Medicina da UNIFENAS em Belo Horizonte –Minas Gerais. **Revista Médica de Minas Gerais** 2008; 18(1): 16-23
- ANTHONY, J. C. Consumo nocivo de álcool: dados epidemiológicos mundiais. In: ANDRADE, A. G. de.; ANTHONY, J. C.; SILVEIRA, C.M. Álcool e suas consequências: uma abordagem **multiconceitual**. 1ª ed. São Paulo: Minha Editora, 2009. Cap.1, p.1-36.
- BABOR, T.F.; HIGGINS-BIDDLE, J.C.; SAUNDERS, J.B.; MONTEIRO, M.G. **AUDIT: the alcohol use disorders identification test: guidelines for use in primary care**. Geneva: World Health Organization; 2001.
- BARBETTA, P.A. **Estatística Aplicada às Ciências Sociais**, cap.3. Ed. UFSC, 5º edição, 2002.
- BARROS, M.B.A.; LEÓN, L.M; OLIVEIRA, H.B.; DALGALARRONDO, P.; BOTECA, J.N.; Perfil do

consumo de bebidas alcoólicas: diferenças sociais e demográficas no Município de Campinas, Estado de São Paulo, Brasil, 2003. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, 17(4):259-270, out-dez 2008

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas** / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Relatório brasileiro sobre drogas** / Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; IME USP; organizadores Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte, Vladimir de Andrade Stempluk e Lúcia Pereira Barroso. – Brasília: SENAD, 2009.

BRASIL. **Glossário de álcool e drogas / Tradução e notas**: J. M. Bertolote. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2006.

CARLINI, E.A.; GALDURÓZ, J.C.F. **II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: Estudo Envolvendo as 108 Maiores Cidades do País** – 2005. São Paulo: CEBRID: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo, 2006.

CARLINI, E.L.A.; NOTO, A.R.; SANCHEZ, Z.V.M.; CARLINI, C.M.A.; LOCATELLI, D.P.; ABEID, L.R.; AMATO, T.C.; OPALEYE, E.S.; TONDOWSKI, C.S.; MOURA, Y.G. **VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras**. São Paulo: CEBRID/SENAD, 2010.

CASTANHA, A.R.; ARAÚJO, L.F. de. Álcool e agentes comunitários de saúde: um estudo das representações sociais. **Psico-USF**, v. 11, n. 1, p. 85-94, jan./jun. 2006.

CORDEIRO, Q; MICHELON, L.; RIBEIRO, R.B.; KAMITSUJI, C.; SILVEIRA, C.M.; ANDRADE, L.H.G. Triage para a identificação de uso nocivo de álcool na atenção primária à saúde. **Rev Assoc Med Bras** 2006; 52(4): 187-201.

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. **European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2**. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2007. Disponível em: < <http://www.euro.who.int/document/e89384.pdf> >, acesso em: 03 de dez. 2014

FERREIRA, L.N.; JÚNIOR, J.P.B.; SALES, Z.N.; CASSOTI, A.C.; JÚNIOR, A.C.R.B. Prevalência e fatores associados ao consumo abusivo e à dependência de álcool. **Ciência & Saúde Coletiva**, 18(11):3409-3418, 2013.

GUIMARÃES, V.V.; FLORINDO, A.A.; STOPA, S.R.; CÉSAR, C.L.G.; BARROS, M.B.A.; CARANDINA, L.; GOLDBAUM, M. Consumo abusivo e dependência de álcool em população adulta no Estado de São Paulo, Brasil. **Rev Bras Epidemiol**, 2010; 13(2): 314-25

JOMAR, R.T.; PAIXÃO, L.A.R. da.; ABREU, A.M.M. Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) e sua aplicabilidade na atenção primária à saúde. **Rev APS**. 2012 jan/mar; 15(1): 113-117.

LARANJEIRA, R.; PINSKY, I.; ZALESKI, M.; CAETANO, R. **I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira**. Revisão técnica científica: Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007.

LARANJEIRA, R.; MADRUGA, C.S.; PINSKY, I.; CAETANO, R.; MITSUHIRO, S.M. **II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD)–2012**. São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD), UNIFESP, 2014

LUIS, M.A.V.; LUNETTA, A.C.F. Álcool e outras drogas: levantamento preliminar sobre a pesquisa

produzida no Brasil pela enfermagem. **Rev Latino-Am Enfermagem** 2005 novembro-dezembro; 13(número especial):1219-30.

MACEIÓ. Secretaria Municipal de Saúde. Diretoria de Gestão e Planejamento em Saúde/ Coordenação Geral de Planejamento. Plano Municipal de Saúde (PMS) 2018-2021. SMS/DGPS/CGP, Maceió. 2017.

MAGNABOSCO, M. de B.; FORMIGONI, M.L.O. de S.; RONZANI, T.M. Avaliação dos padrões de uso de álcool em usuários de serviços de Atenção Primária à Saúde de Juiz de Fora e Rio Pomba (MG). **Rev Bras Epidemiol**, 2007; 10(4): 637-47.

MEIRA, S.; ARCOVERDE, M.A.M. Representações sociais dos enfermeiros de unidades básicas de um distrito sanitário de Foz do Iguaçu, PR, sobre o alcoolismo. SMAD- **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e outras Drogas**, Ribeirão Preto, 2010, vol. 6, nº 1. Disponível em: <www.eerp.usp.br/resmad>.

MORETTI- PIRES, R.O.; CORRADI- WEBSTER, C.M. Implementação de intervenções breves para uso problemático de álcool na atenção primária, em um contexto amazônico. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, 2011, 19 Spe No:813-20.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **World Health Report, Working Together for Health**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2006.

PINTO, R.H. **Uso nocivo de álcool e transtornos mais graves em homens que acompanharam o puerpério de suas parceiras** [dissertação]. Pelotas, 2004.

PIMENTEL, J. **II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas mostra o consumo de álcool crescente e desigual pela população brasileira**. In: Determinantes Sociais da Saúde portal e observatório sobre iniquidades em saúde: Biblioteca Virtual em Saúde. Disponível em: <<http://dssbr.org/site/2013/06/ii-levantamento-nacional-de-alcool-e-drogas-mostra-o-consumo-de-alcool-crescente-e-desigual-pela-populacao-brasileira/>>.

REISDORFER, E.; BUCHELE, F.; PIRES, R.O.M.; BOING, A.F. Prevalence and associated factors with alcohol use disorders among adults: a population-based study in southern Brazil. **Rev Bras Epidemiol** 2012; 15(3): 582-94.

SILVA, S.E.D. da; VASCONCELOS, E.V.; PADILHA, M.I.C. de S.; MARTINI, J.G.; BACKES, V.M.S. A educação em saúde como uma estratégia para enfermagem na prevenção do alcoolismo. **Esc Anna Nery RevEnferm** 2007 dez; 11 (4): 699 – 705.

SOUZA, I.C.W.; RONZANI, T.M. Álcool e drogas na atenção primária: avaliando estratégias de capacitação. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 17, n. 2, p. 237-246, abr./jun. 2012

VARGAS, D. de; OLIVEIRA, M.A.F. de; ARAÚJO, E.A. Prevalência de dependência alcoólica em serviços de atenção primária à saúde de Bebedouro, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25(8):1711-1720, ago, 2009.

VARGAS, D. de; BITTENCOURT, M.N.; BARROSO, L.P. Padrões de consumo de álcool de usuários de serviços de atenção primária à saúde de um município brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19(1):17-25, 2014

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Information System on Alcohol and Health (GISAH)**. WHO 2010. Disponível em: <<http://www.who.int/gho/alcohol/en/index.html>>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Action needed to reduce health impact of harmful alcohol use**. World Health Organization: Geneva, 2011.

ZEITOUNE, R.C.G.; FERREIRA, V.S.; SILVEIRA, H.S.; DOMINGOS, A.M.; MAIA, A.C. O conhecimento de adolescentes sobre drogas lícitas e ilícitas: uma contribuição para a enfermagem comunitária. **Esc Anna Nery** (impr.)2012 jan-mar; 16 (1):57- 63

O PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO PACIENTE E SUA CONTRIBUIÇÃO NA ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL NAS CLÍNICAS DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

William Volino

Faculdades Souza Marques, Rio de Janeiro - RJ

RESUMO: O prontuário eletrônico do paciente surgiu como uma forma de viabilizar este acesso às informações de saúde do paciente e vai, em diversas áreas da saúde, permitir que os diferentes profissionais que lhe prestam atendimento possam trocar informações e assim otimizar a atenção. Na Atenção básica prestada por uma clínica da família, essencialmente multiprofissional e integrada, o prontuário eletrônico do paciente é uma ferramenta imprescindível, principalmente para favorecer a articulação entre a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) na atenção à Saúde Mental. Este trabalho tem como objetivo abordar diferentes aspectos sobre a utilização do prontuário eletrônico nos sistemas de saúde. Além disso, mostrar a sua importância na atenção à Saúde Mental realizada nas Clínicas da Família em parceria com o NASF, utilizando como exemplo o que é realizado no Município do Rio de Janeiro.

PALAVRAS-CHAVE: prontuário eletrônico, saúde mental, clínica da família

ABSTRACT: The patient's electronic medical record has emerged as a way of making

this access possible to the patient's health information and will, in several areas of health, allow the different professionals who provide care to exchange information and thus optimize care. In basic care provided by a family clinic, which is essentially multiprofessional and integrated, the patient's electronic medical record is an essential tool, mainly to foster the articulation between the Family Health Strategy and the Family Health Support Center (NASF) in Mental Health care. This paper aims to address different aspects about the use of electronic medical records in health systems. In addition, to show its importance in the attention to Mental Health performed in the Family Clinics in partnership with the NASF, using as an example what is done in the Municipality of Rio de Janeiro.

KEYWORDS: electronic medical record, mental health, family clinic

1 | INTRODUÇÃO

O prontuário eletrônico do paciente consiste num registro digital de todas as suas informações relevantes, como dados pessoais de identificação, histórico médico familiar e histórico pessoal de saúde física e mental. Este é realizado em um sistema de informação desenhado para facilitar a sua utilização e fornecer acesso a um completo conjunto de

informações que vão auxiliar na condução do atendimento à saúde do paciente.

No contexto da Estratégia Saúde da Família o prontuário eletrônico do paciente se torna imprescindível, uma vez que esta se baseia numa atenção integrada e multiprofissional à saúde, que passa pelo acompanhamento, prevenção, diagnóstico e tratamento dos mais diferentes agravos da saúde, a possibilidade de obtenção destas informações de forma organizada e sistematizada em um prontuário eletrônico do paciente é promissora.

Em se tratando da atenção à saúde mental, quando esta é realizada nas unidades básicas de saúde através da integração entre o NASF e as Clínicas da Família, é importante que o profissional que presta este atendimento e os demais profissionais da estratégia saúde da família, como os médicos da ESF, médicos psiquiatras, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais tenham acesso ao histórico clínico e psicossocial do paciente. Este acesso é feito de forma rápida e eficiente através da utilização do prontuário eletrônico do paciente nas unidades.

Este trabalho tem como objetivo abordar a importância dos prontuários eletrônicos do paciente para a condução do cuidado à saúde mental nas unidades básicas de saúde, através integração entre o NASF e a Estratégia Saúde da Família e sua utilização nas Clínicas da Família.

Trata-se de um trabalho de revisão bibliográfica, descritivo, realizado através da leitura de artigos científicos sobre o tema, obtidos através da busca em bases de dados como o Google Acadêmico e SciELO, utilizando os termos “Prontuário eletrônico”, “Prontuário eletrônico do paciente”, “atenção básica” e “saúde mental” como palavras-chave. Preferencialmente, artigos publicados nos últimos 10 anos foram utilizados.

2 | O PRONTUÁRIO MÉDICO DO PACIENTE E O PRONTUÁRIO ELETRÔNICO

O prontuário do paciente é definido pelo artigo 1º da Resolução de nº 1.638/2002 do Conselho Federal de Medicina (2002) como:

O prontuário do paciente é o documento único constituído de um conjunto de informações registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência prestada a ele, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2002).

Para o Conselho Federal de Medicina (CFM) e a Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS) o prontuário em papel apresenta diversas limitações, sendo ineficiente para o armazenamento e a organização de grande volume de dados, apresentando diversas desvantagens em relação ao prontuário eletrônico.

O Conselho Federal de Medicina (CFM) vem atuando na certificação do Prontuário Eletrônico do Paciente juntamente com a Sociedade Brasileira de Informática em

Saúde (SBIS). Este recurso foi regulamentado pela Resolução CFM N° 1821 de 23 de novembro de 2007, possibilitando a utilização do registro eletrônico das informações dos atendimentos ao paciente em meio digital (CONSELHO FEREDAL DE MEDICINA, 2007).

A implantação do prontuário eletrônico do paciente precisa estar inserida em uma política institucional, uma vez que envolve, além do cuidado ao paciente, a parte administrativa e a auditoria (BEZERRA, 2009, p. 76). Sua implantação é complexa e exige um planejamento adequado para a efetividade do processo na instituição, exigindo, inicialmente, um comprometimento dos gestores, uma vez que envolve um elevado investimento financeiro (MARTINS, LIMA, 2015, p. 62).

Para o sucesso na sua implantação se faz necessário buscar o envolvimento de toda a equipe multiprofissional, promovendo sua adesão e aceitação, num processo contínuo de promover o engajamento dos profissionais. Para isso, os profissionais precisam conhecer as suas vantagens na realização das atividades desenvolvidas e, conseqüentemente, os benefícios que a sua utilização pode oferecer à atuação profissional.

O prontuário eletrônico do paciente é uma das ferramentas da tecnologia da informação mais simples e por isso é a mais acessível aos médicos. Por esta razão, pressupõe-se certa facilidade para sua incorporação à prática médica e multiprofissional de saúde. No entanto, alguns estudos mostram que não é isso que se observa em todos os cenários da saúde do Brasil. Alguns setores já o incorporaram as suas práticas e já vem fazendo uso desta tecnologia há tempo, em outros enfrenta uma resistência maior e por esta razão é pouco utilizada.

Costa et al. (2011) analisou sua utilização em consultórios médicos no Brasil e os dados revelaram que neste setor a sua utilização é uma das mais inexpressivas. Neste estudo os autores entrevistaram, através de questionários enviados eletronicamente, 362 médicos registrados no Conselho Federal de Medicina, das mais diversas especialidades. Verificou-se que o prontuário eletrônico do paciente ainda não tem uma grande penetração nos consultórios médicos, uma vez que 49,8% dos respondentes ainda não o utilizam. Curiosamente, 87,2% dos médicos entrevistados disseram que reconhecem as suas funcionalidades e estes mesmos médicos consideram necessária à sua utilização na condução do cuidado nos consultórios.

Pressupõe-se que em hospitais a sua utilização seja maior, uma vez que traz à rotina vários benefícios por permitir a integração dos vários cenários, como a enfermagem, a farmácia e outros ambientes. Estes permitem que o tratamento do paciente seja feito de forma compartilhada entre todos estes profissionais. O prontuário eletrônico do paciente faz com que as informações médicas fiquem acessíveis de forma completa, legível e segura. Esse pressuposto foi confirmado por Moreti et al. (2015) nos estudos que realizaram quanto a implantação dos prontuários eletrônicos do paciente em hospitais. Estes afirmam que “os resultados são muito positivos e faz parte da rotina dos diversos profissionais de saúde que atuam no hospital: médicos, enfermeiros,

psicólogos, fisioterapeutas, farmacêuticos, assistentes sociais, dentre outros”.

3 | O PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO PACIENTE NA ATENÇÃO BÁSICA

A Atenção básica à Saúde é considerada como porta de entrada do Sistema de Atenção à Saúde, que integra e coordena o cuidado atuando na resolução da maioria das necessidades de saúde da população. Quando esta atenção à saúde pautada na Estratégia Saúde da Família adota-se um sistema de saúde necessariamente multiprofissional, em que a integração do cuidado é essencial para que se obtenha resolutividade. Os procedimentos e tratamentos se baseiam na escolha da melhor prática, que depende da informação gerada e adequadamente registrada pelos diferentes profissionais envolvidos no cuidado.

Para Marin (2010, p. 21) o prontuário eletrônico do paciente é a solução informatizada para isso. Para o autor “o prontuário eletrônico do paciente surgiu como uma proposta para unir todos os diferentes tipos de dados, produzidos em variados formatos, em épocas diferentes, feitos por diferentes profissionais da equipe de saúde”.

Na atenção básica à saúde participam redes de atenção à saúde que precisam estar interligadas. De acordo com Gonçalves et al. (2013, p. 47) a utilização de prontuários eletrônicos do paciente na atenção básica é fundamental para que exista uma integração entre as redes de atenção à saúde.

A não adoção do prontuário eletrônico do paciente na atenção básica é prejudicial à prática das unidades básicas de saúde, pois faz com que a atenção prestada seja fragmentada e ineficiente. Os diferentes profissionais não têm a sua disposição todas as informações necessárias para a condução do cuidado, levando à perda de tempo e de recursos com repetição de procedimentos.

Por esta razão, é importante que as políticas públicas se preocupem também com este aspecto da atenção, uma vez que sua utilização pressupõe não só a integração de sistemas de informação como também a integração de serviços e, principalmente, profissionais integrados, o que muitas vezes é uma barreira importante a ser vencida (MARIN, 2010, p. 22).

Poli e Klug (2012) realizaram um estudo sobre o prontuário eletrônico do paciente neste cenário. Trabalhadores de uma unidade básica de saúde de Porto Alegre foram perguntados sobre a ideia que tinham sobre o prontuário eletrônico do paciente, embora eles não o utilizassem na unidade. Estes profissionais caracterizam o prontuário eletrônico do paciente como um sistema de armazenamento de dados e informações ágil e prático, que facilitaria o trabalho. Além disso, revelaram que entendem que existem muito mais vantagens do que desvantagens na sua utilização, tanto para o trabalhador, como para o serviço e para o usuário.

Vale ressaltar que no âmbito da saúde pública, os registros, atualizados continuamente em nível municipal, estadual e nacional, sustentam a definição de

políticas públicas e permite relacionar as demandas entre os três níveis de atenção (primário, secundário e terciário).

4 | A ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA

A atenção à saúde mental sofreu grandes transformações nas últimas décadas. No Brasil, a partir do final dos anos 70 começaram a questionar as instituições psiquiátricas e suas formas asilares de tratamento, num processo de desconstrução crítica dos manicômios, de rupturas conceituais e invenção de novas propostas assistenciais. Nesse contexto, a reforma psiquiátrica foi um período de construção de um grande projeto político de transformação que se consolidou em uma política oficial do Ministério da Saúde. Dentre os desafios e iniciativas da reforma psiquiátrica está a inserção da saúde mental na atenção básica, especialmente por meio das equipes de saúde da família (DELFINI et al., 2009).

Um monitoramento realizado pelo Ministério da Saúde, em 2001 e 2002, concluiu que 51% das equipes de saúde da família realizavam algum atendimento em saúde mental. Há uma alta prevalência de sofrimento mental que chega à atenção básica (DELFINI et al., 2009). Por esta razão, para Delfini et al. (2009) a parceria da saúde mental com a atenção básica torna-se, portanto, necessária, pois articula os desafios da reforma psiquiátrica com a responsabilização das equipes de família. As ações e projetos de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica com iniciativas de atenção básica estão apoiadas na proximidade, no vínculo e na cobertura territorial dos problemas de saúde hoje representados pelo Programa Saúde da Família. O desafio é integrar as ações, capacitar as equipes e aumentar a cobertura assistencial de saúde geral à população.

Estudos internacionais mostram que a Atenção Primária à Saúde (APS) realiza a maioria dos atendimentos psiquiátricos, pois, mesmo nos países que mais investem em saúde mental, existe uma lacuna entre a oferta e a demanda por serviços especializados. No Brasil, preconiza-se que a Estratégia de Saúde da Família (ESF) assista aos pacientes com problemas de saúde mental e o apoio matricial é uma ferramenta para qualificar esse trabalho (BINOTTO et al., 2012).

Nas últimas décadas, a constatação dessa situação estimulou uma série de pesquisas na APS com o intuito de esclarecer quais fatores estão relacionados ao tratamento de maior ou menor qualidade dos transtornos mentais e quais intervenções nesse nível de atenção podem levar a um cuidado mais adequado. O conjunto desses estudos tem sugerido que modelos de cuidado envolvendo colaboração intensiva entre equipes de APS e equipes especializadas de saúde mental – basicamente, uma proximidade maior, cotidiana e contínua - podem estimular abordagens mais adequadas quanto ao tratamento dos transtornos mentais ao longo do tempo (BINOTTO et al., 2012).

Por esta razão, o Ministério da Saúde criou, através da Portaria nº 154 de 200818, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), para aumentar as ações e eficácia da atenção básica através do trabalho compartilhado do PSF na rede de serviços e na comunidade na qual está inserido. As equipes são compostas por diferentes profissionais, entre eles, assistente social, psicólogo psiquiatra e terapeuta ocupacional. Isso apenas reforça a importância da integralidade das ações do sistema de saúde, a responsabilização tanto da atenção primária quanto de serviços “especializados” como o CAPS no cuidado das pessoas com transtornos mentais (DELFINI et al., 2009).

Assumindo seu papel de prover atenção integral à saúde, a ESF é também uma ótima ferramenta para trabalhar a saúde mental na comunidade – incluindo o tratamento dos transtornos mentais – pois, através de seus fundamentos, pode identificar as principais dificuldades e fatores estressores no ambiente familiar e comunitário, além de propiciar um seguimento mais próximo do usuário e da comunidade (BINOTTO et al., 2012).

A incorporação de ações em Saúde Mental no cotidiano dos profissionais da atenção básica corresponde ao gerenciamento compartilhado das práticas de atenção em saúde. A aproximação entre os campos não compele à obrigatoriedade de que os técnicos da atenção básica realizem ações que estejam além das suas competências profissionais, mas se trata de descobrir as potencialidades de cada sujeito/profissional, permitindo uma ação compartilhada e corresponsável (LIMA JÚNIOR et al, 2015).

De acordo com o Ministério da Saúde (2004), um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) pode ser definido como equipamento de saúde aberto, comunitário e vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS), que funciona como unidade de referência e tratamento para pessoas com transtornos mentais severos ou persistentes. Esses quadros implicam a necessidade de cuidados intensivos, comunitários e personalizados.

Os serviços oferecidos pelos CAPS são realizados em ambientes abertos, localizados no próprio território, e o usuário deve ser considerado em seus aspectos sociais, interacionais e existenciais, o que implica em apoio multidimensional e abrangente por parte da equipe. Desta forma, o CAPS procura, além de atender os usuários de sua região, propiciar-lhes o pleno exercício da cidadania e maior interação entre os membros da família e a comunidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

No entanto, o paradigma posto atualmente pressupõe que o Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) não deva centralizar os cuidados em saúde mental, ao contrário, deve articular estratégias de cuidados no território. Isso exige compor estratégias de atenção combinadas entre atenção especializada e atenção básica (LIMA JÚNIOR et al, 2015).

Uma das principais estratégias desenvolvidas pelos CAPSs para articular a rede de cuidados é a realização do Apoio Matricial ou Matriciamento, compreendido como “um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica” (CHIAVERINI, 2011, p.13).

Os instrumentos utilizados pelos profissionais para a realização do matriciamento incluem a elaboração do projeto terapêutico singular no apoio matricial de saúde mental, a interconsulta, a visita domiciliar conjunta, o contato à distância, o genograma, o ecomapa, a educação permanente em saúde mental e a criação de grupos na atenção primária à saúde (CHIAVERINI, 2011).

A prática do matriciamento pode contribuir para a diminuição dos encaminhamentos de usuários da Atenção Básica para o CAPS, em função da presença dos especialistas na área de cobertura da ESF, dando resolutividade aos casos no próprio território. Outro aspecto importante que se observou foi a interação entre os profissionais das mais diversas especialidades. Essa interdisciplinaridade possibilita uma troca de conhecimentos e práticas importantes na condução dos casos com demandas multideterminadas (PEGORARO et al., 2014). Ainda de acordo com Pegoraro et al. (2014), muitas são as categorias que compõem o quadro profissional do CAPS, assim muitas contribuições podem ser dadas pelas mais diversas áreas do conhecimento para o matriciamento da Atenção Básica.

Através do matriciamento busca-se garantir às equipes das UBS maior apoio quanto à responsabilização do processo de assistência, garantindo a integralidade da atenção em todo sistema de saúde. Estabelecer a contribuição de distintas especialidades e profissionais na construção de rede compartilhada entre a referência e o apoio, personalizar a referência e contrarreferência, definir responsabilidade pela condução do caso com a equipe de referência, buscando elaborar juntos protocolos a fim de reduzir filas de espera (ARONA, 2009).

Sendo assim, o apoio matricial é uma forma de organizar e ampliar a oferta de ações em saúde, que lança mão de saberes e práticas especializadas, sem que o usuário deixe de ser cliente da equipe de referência. Dessa maneira, a estratégia do apoio especializado matricial em Saúde Mental às equipes de APS vem ao encontro dos princípios da ESF do ponto de vista de prover uma atenção integral à saúde, facilitando o acesso do usuário à especialidade necessária sem perder a continuidade do tratamento nem o vínculo com a equipe da APS (BINOTTO et al., 2012).

Para atender à demanda em saúde mental do município do Rio de Janeiro a rede municipal de saúde conta com 30 unidades hospitalares próprias, dentre elas três hospitais psiquiátricos próprios e três enfermarias psiquiátricas em hospitais gerais. Esta rede possui 17 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), 6 Centros de Atenção Psicossocial Álcool Outras Drogas (CAPSad) - dois deles com unidades de acolhimento adultos (UAA) - e 7 Centros de Atenção Psicossociais Infantis (CAPSi), totalizando 30 unidades especializadas próprias. A Cidade ainda conta com um hospital psiquiátrico universitário (o Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro), um estadual (o Centro Psiquiátrico do Rio de Janeiro) e dois contratados ao SUS (Hospital Pedro de Alcântara e Sanatório Rio de Janeiro). A rede de urgência e emergência tem 14 Unidades de Pronto Atendimento e 5 Centros Regionais de Emergência (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, RIO DE JANEIRO, 2017).

O NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) é uma equipe composta por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das Equipes Saúde da Família, das Equipes de Atenção Básica para populações específicas, compartilhando as práticas e saberes em saúde nos territórios sob responsabilidade destas equipes (OLIVEIRA et al., 2015).

A partir de 2008, com a implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), o apoio matricial passou a ser de responsabilidade das equipes dos NASFs junto à Atenção Básica, envolvendo também equipamentos existentes no território - como CAPS, escolas e unidades de saúde. Segundo a Portaria MS 154/2008 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008), os NASFs devem buscar a qualificação do trabalho da ESF tendo em vista a integralidade no cuidado do usuário, do ponto de vista físico e mental. No caso do apoio matricial em saúde mental, as equipes do NASF devem prestar suporte aos casos de pessoas com transtorno mental, elaborar estratégias dirigidas a grupos vulneráveis para melhoria do cuidado, evitar ações que promovam a medicalização e psiquiatrização, difundir o modelo não manicomial de cuidado, desenvolver parceria com as famílias para o cuidado dos usuários e mobilizar recursos comunitários para desenvolver as ações necessárias à população atendida pela ESF (PEGORARO et al., 2014).

Os NASF têm como objetivo ampliar a abrangência, o escopo e a resolutividade das ações da Atenção Básica, apoiando a inserção da Estratégia Saúde da Família na rede de serviços de saúde a partir da constituição de equipes multiprofissionais. Uma vez que o NASF é constituído na perspectiva do apoio matricial, sendo esta uma de suas atribuições, é estabelecido como um espaço privilegiado para a realização do matriciamento às equipes da Estratégia Saúde da Família (SANTOS; LANZA, 2014).

Em diferentes regiões do país, experiências exitosas vão demonstrando a potência transformadora das práticas dos trabalhadores da atenção básica, mediante a inclusão da saúde mental na atenção básica por meio do matriciamento, como por exemplo, das equipes de apoio ao Programa Saúde da Família – NASF (CORREA et al., 2011).

De acordo com Caderno de Atenção Básica (CAB) nº 39 (2013) os conceitos que sustentam a atividade do NASF são:

- A territorialização e a responsabilidade sanitária, concebidas como responsabilidade de uma equipe sobre a saúde da população a ela vinculada;
- O trabalho em equipe, por meio de trabalho colaborativo e interdependente entre ESF e NASF, capaz de agregar maior capacidade de análise e de intervenção sobre os problemas e necessidades de saúde, em âmbito individual e/ou coletivo;
- A integralidade, para que este princípio seja alcançado, é necessário um trabalho em equipe entre ESF e NASF, no qual as equipes possam adquirir alta capacidade de análise e de intervenção, em termos clínicos, sanitários

e no que se refere à gestão do cuidado;

- A autonomia dos indivíduos e coletivos, a ampliação da autonomia, da capacidade dos sujeitos de governar a própria vida, configurando-se como produto tanto de ações técnicas quanto das relações de acolhimento, vínculo e responsabilização (BRASIL, 2013).

Tendo em vista que os NAFs são formados por equipes multiprofissionais que trabalham de forma integrada às equipes de Saúde da Família e que propõe um atendimento interdisciplinar, é fundamental a integração dos profissionais a fim de operacionalizar um atendimento mais amplo, superando a fragmentação, através do processo participativo, criando assim propostas viáveis para melhorar a qualidade dos serviços e respondendo as reais necessidades dos usuários (BONOTO, 2017). Estes objetivos podem ser alcançados através da realização de interconsultas e a partir delas a construção de um gerenciamento de caso.

A interconsulta caracteriza-se por uma ação colaborativa entre profissionais de diferentes áreas que vão desde uma discussão de caso, consultas conjuntas e visitas domiciliares. Esta ferramenta auxilia nos atendimentos em Saúde Mental através da prática interdisciplinar, que pode ser uma discussão de caso até intervenções mais complexas, com visita domiciliar e abordagem familiar em momentos de crise (BONOTO, 2017).

A interconsulta constitui uma importante ferramenta em que profissionais matriciadores e matriciados atuam juntos na escuta ao paciente colocando em cena seus olhares sobre a situação para então construir e/ou complementar o Projeto Terapêutico Singular. Este momento de consulta conjunta é interessante, pois coloca em evidência os impasses do trabalho interdisciplinar. Para o matriciador, colocam-se os desafios de delimitar a fronteira entre seu conhecimento especializado e o que é compartilhável (o que de seu campo de conhecimento pode ser incorporado ao campo de práticas do profissional da equipe de SF), e também o de deslocar-se do lugar de especialista. Para o profissional matriciado, é importante que tenha disponibilidade para esta mescla de conhecimentos e práticas, deslocando-se de uma visão do matriciador como especialista para um olhar sobre a integralidade do cuidado (SANTOS et al., 2014).

O Gerenciamento de Caso (GC) pode ser definido como um método de cuidado com um objetivo comum para toda a equipe de saúde na busca de resultados de qualidade para o paciente, família e membros envolvidos na assistência, com boa relação de custo-benefício, flexível a qualquer ambiente de cuidado. Dentre as funções citadas, a compilação das informações referentes ao andamento do tratamento é essencial para coordenar e organizar a assistência (SILVEIRA et al., 2016).

Silveira et al. (2016) demonstraram em seu trabalho, que avaliou a importância do prontuário eletrônico do paciente na elaboração de um projeto de gerenciamento de caso em um ambulatório de psiquiatria, que um sistema de informação alimentado pelos

prontuários eletrônicos garantiu melhor funcionamento do GC, através da otimização da integração das informações, proporcionando mais segurança e confiabilidade no trabalho e possibilitando à equipe uma visão geral e ampla em tempo real dos mais de 3000 pacientes ativos no serviço.

Para estes autores, o sistema diminuiu a duplicação de trabalho e proporcionou dados que facilitaram o planejamento do cuidado para os pacientes, auxiliando a coordenação da assistência e a comunicação entre os profissionais. Desta forma o gerente de caso consegue ter acesso a informações clínicas essenciais para a coordenação da assistência. É possível acessar, por exemplo, informações de quais são os pacientes que estão internados em um hospital psiquiátrico e precisam ter uma consulta agendada no momento da alta, assim como aqueles que estão em risco de suicídio e necessitam monitoramento constante e aquelas que estão gestantes e muitas vezes não podem comparecer à consulta, necessitando acompanhamento telefônico.

Outro exemplo de sucesso na incorporação do prontuário eletrônico do paciente na atenção à saúde mental observa-se no Ambulatório Médico de Especialidades da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo, gerenciado em parceria com a SPDM (Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina). Com a implantação do sistema de Gerenciamento de Caso Eletrônico a adesão de pacientes psiquiátricos ao tratamento chegou, em média, a 80% nos últimos dois anos, índice 33% superior ao observado na literatura médica, que é de 60%. Mensalmente, são realizados 6,2 mil atendimentos no local (TI INSIDE ON LINE, 2014).

Por meio de prontuário eletrônico, os dados dos pacientes do AME são registrados e compartilhados entre a equipe em tempo real. Caso o paciente falte a uma consulta, são verificadas no prontuário informações relevantes como os riscos aos quais ele está exposto, seu histórico de saúde e situação familiar e social, entre outros. Essa análise permite que a equipe elabore uma abordagem específica ao entrar em contato com o paciente. Ao falar com o usuário, a equipe avalia o motivo pelo qual faltou, oferece o suporte necessário e busca o reagendamento da consulta. A adoção do prontuário eletrônico permitiu não só modernizar o registro de dados do paciente, como também melhorar a qualidade da assistência, garantindo a continuidade do tratamento e melhor evolução do quadro.

5 | PRONTUÁRIO ELETRÔNICO NA ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

A cidade do Rio de Janeiro possui três modalidades de serviços de APS: as unidades do tipo A, constituída exclusivamente por equipes de ESF; as do tipo B (ou mistas) que contam tanto com equipes de ESF como equipes que funcionam em modalidade ambulatorial; e as do tipo C cujo funcionamento é exclusivamente

ambulatorial. As equipes de Saúde da Família de uma unidade mista devem ser apoiadas pelo NASF, que atuará através de apoio matricial. A composição da equipe do NASF vem sendo definida pelos gestores municipais de cada Coordenação de Área Programática (CAP), em conjunto com as gerências das Unidades de Atenção Básica e com as equipes de ESF, por meio da realização de um diagnóstico das necessidades locais que identifique e defina as prioridades de um determinado contexto comunitário (COELHO et al., 2012).

Nas Clínicas da Família do Município do Rio de Janeiro são utilizados os prontuários eletrônicos do paciente, através de um sistema denominado VITACARE®. Este software permite aos profissionais de saúde cadastrar e acessar todo o histórico dos pacientes através de computador, agilizando o atendimento aos usuários.

As informações inseridas pelos profissionais de saúde alimentam o prontuário eletrônico e os médicos usam a base de dados para dar diagnósticos mais precisos e indicar tratamentos mais eficientes, de acordo com os hábitos e condições de vida.

Além disso, os gestores e gerentes das unidades contam com uma base de dados fiel à realidade, e repassam essas informações a Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil, sendo possível assim, elaborar programas de saúde mais específicos e com resultados eficazes.

A Circular S/SUBPAV/SAP/CPNASF nº 01/2016 da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro estabelece diretrizes para atuação do NASF, como por exemplo determina que as equipes NASF devem ser cadastradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e que suas ocupações devem ser cadastradas no CNES e no Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) a partir da listagem de ocupações definida pela CPNASF, assim como determina que todo profissional NASF deverá registrar as atividades no PEP (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – RIO DE JANEIRO, 2016).

A adoção do prontuário eletrônico do paciente VITACARE® na rotina de trabalho da Estratégia da Saúde da Família nas Clínicas da Família do Município do Rio de Janeiro e sua articulação com o NASF traz diversos benefícios e praticidade ao seu trabalho. Algumas delas serão apresentadas a seguir.

Em Clínicas da Família em que a articulação entre os NASF e a unidade se dá através da presença de um médico psiquiatra, o prontuário eletrônico permite que o médico da ESF e o médico Psiquiatra tenha acesso ao conteúdos das consultas já realizadas, tanto na unidade na forma de interconsultas ou consultas individuais, como nas visitas domiciliares que estes profissionais tenham realizado (Figura 1). Além disso, os diagnósticos já estabelecidos, através do CID-10, podem ser facilmente observados por estes profissionais.

É possível ler os conteúdos da anamnese realizadas pelos profissionais, dados do exame psiquiátrico e das condutas já realizadas. É possível também ver todos os medicamentos que o paciente já usou ou está utilizando no momento (Figura 2), acompanhar a sua dispensação pela farmácia da clínica (Figura 3) e a sua administração

pelos técnicos de enfermagem quando for o caso (Figura 4).

Já em Clínicas da Família em que a articulação entre os NASF e a unidade se dá através da presença de um psicólogo, o prontuário eletrônico permite que o médico da ESF e o psicólogo tenha acesso a estes conteúdos, assim como os demais profissionais do NASF que atuam no local. Da mesma forma, o conteúdo das interconsultas, consultas individuais, visitas domiciliares e outras podem ser acessados (Figura 5). No caso da consulta médica, este ainda pode classifica-la quanto ao tipo de consulta realizada, sendo neste caso, classificadas como Consulta de Medicina Familiar em Saúde Mental (Figura 5)

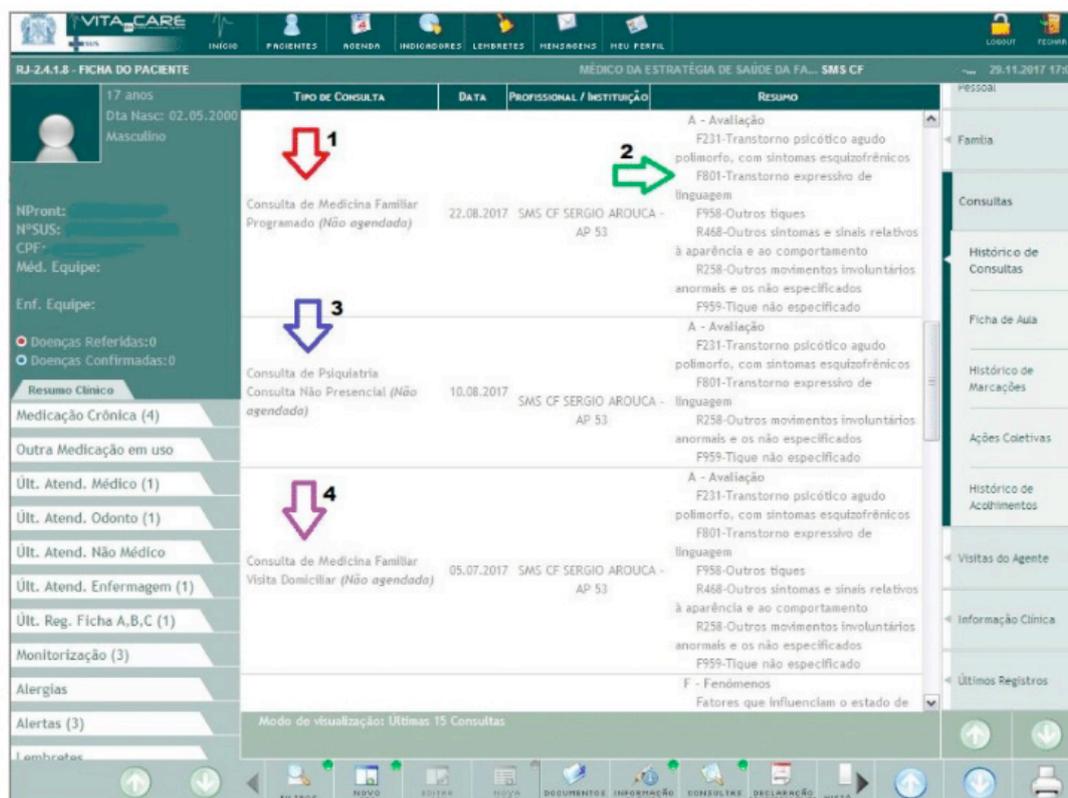


Figura 01 – Imagem da tela do prontuário eletrônico onde o usuário pode ver as últimas consultas já realizadas, pelo médico (seta 1), psiquiatra (seta 3) e visitas domiciliares (seta 4), além de ter acesso aos últimos diagnósticos realizados através do CID-10 (seta 2). Dados que permitem identificar pacientes e profissionais foram omitidos.

Histórico de Prescrições de Medicamentos							
DATA PRESCRIÇÃO / PRESCRITOR	MEDICAMENTO	UNIDADES PRESCRITAS/MÊS	N. DE MESES	TOTAL DE UNIDADES PRESCRITAS	UNIDADES DISPENSADAS	DATA DISPENSA	ESTADO
28.11.2017 14:32	Prometazina, Cloridrato, 25MG/ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 2ML, 1 unid.	1	1	1	--	--	⚠️
	Haloperidol, Decanoato, 50MG/ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 1ML, 1 unid.	1	1	1	--	--	⚠️
08.11.2017 08:54	Haloperidol, Decanoato, 50MG/ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 1ML, 1 unid.	1	1	1	--	--	⚠️
	Prometazina, Cloridrato, 25MG/ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 2ML, 1 unid.	1	1	1	--	--	⚠️
11.10.2017 07:14	Prometazina, Cloridrato, 25MG/ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 2ML, 1 unid.	1	1	1	--	--	✅
	Haloperidol, Decanoato, 50MG/ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 1ML, 1 unid.	1	1	1	1	11.10.2017 07:37	✅
12.09.2017 15:40	Haloperidol, Decanoato, 50MG/ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 1ML, 1 unid.	1	1	1	--	--	⚠️
	Prometazina, Cloridrato, 25MG/ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 2ML, 1 unid.	1	1	1	--	--	⚠️
22.08.2017 16:55	Fluconazol, 150MG CAPSULA, 4 unid.	4	--	4	4	22.08.2017 17:06	✅
	Moxicodol, 1 unid.	1	--	1	1		⚠️
	Centrum, 1 unid.	1	--	1	1		⚠️
10.08.2017 16:40	Prometazina, Cloridrato, 25MG/ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 2ML, 1 unid.	1	1	1	--	--	⚠️
	Haloperidol, Decanoato, 50MG/ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 1ML, 1 unid.	1	1	1	--	--	⚠️
29.06.2017 15:18	Haloperidol, Decanoato, 50MG/ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 1ML, 1 unid.	1	1	1	--	--	⚠️
	Prometazina, Cloridrato, 25MG/ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 2ML, 1 unid.	1	1	1	1	30.06.2017 12:18	✅

Figura 02 – Imagem do quadro disponível prontuário eletrônico onde o usuário pode ver o histórico de medicamentos prescritos para o paciente (seta).

Histórico de Dispensa de Medicamentos						
DATA DISPENSA	MEDICAMENTO	UNIDADE	PRESCRITOR	FARMACÊUTICO	UNIDADES PRESCRITAS	UNIDADES DISPENSADAS
11.10.2017	Haloperidol, Decanoato - 50MG/ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 1ML	1ML			1	1
22.08.2017	Fluconazol - 150MG CAPSULA	Cápsula			4	4
10.08.2017	Clonazepam - 2MG COMPRIMIDO CARTELA PLASTICO/ALUMINIO	Comprimido			30	30
30.06.2017	Prometazina, Cloridrato - 25MG/ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 2ML	Ampola			1	1
06.04.2017	Imipramina, Cloridrato - 25MG COMPRIMIDO REVESTIDO CARTELA PLASTICO/ALUMINIO	Comprimido			60	60
06.04.2017	Risperidona - 2MG COMPRIMIDO	Comprimido			30	30
10.03.2017	Fluconazol - 150MG CAPSULA	Cápsula			4	4

Figura 03 – Imagem do quadro disponível prontuário eletrônico onde o usuário pode acompanhar a dispensação dos medicamentos prescritos pela farmácia da unidade (seta).

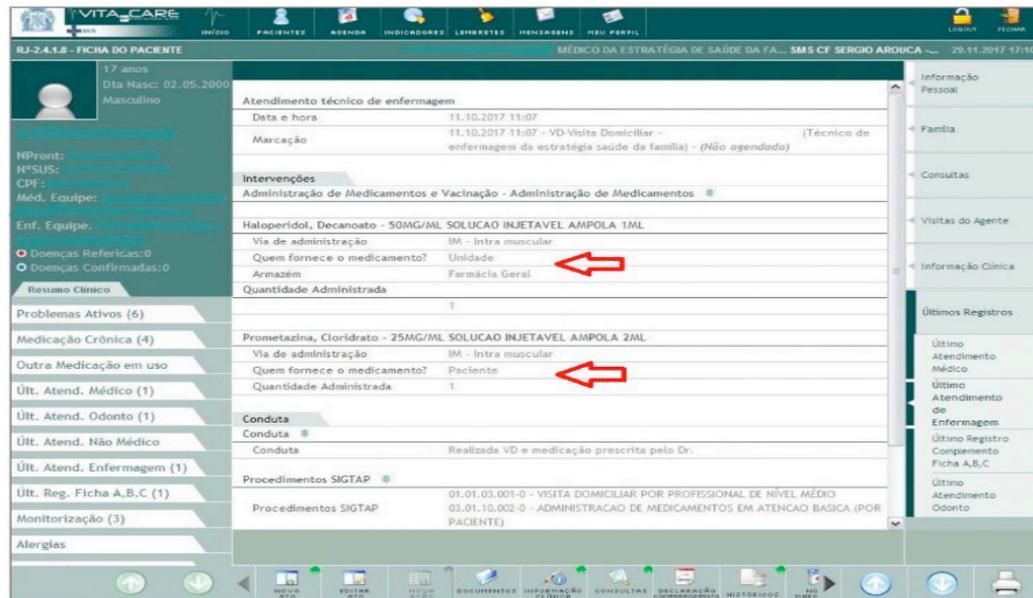


Figura 04 – Imagem da tela do prontuário eletrônico onde o usuário pode ver o histórico de administração de medicamentos pelos técnicos de enfermagem (setas vermelhas).

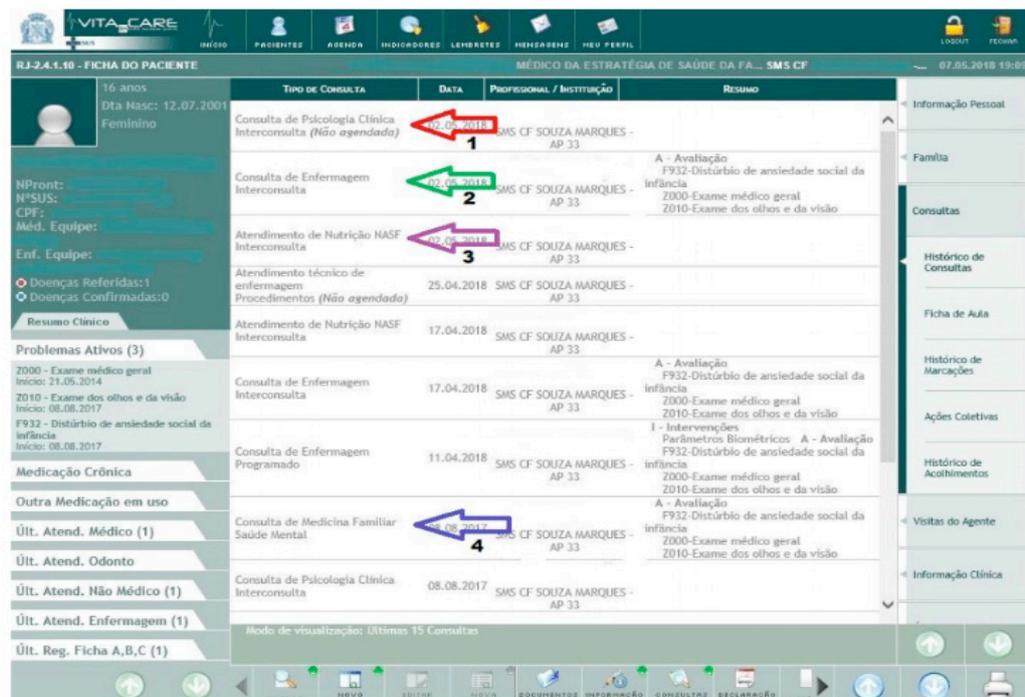


Figura 05 – Imagem da tela do prontuário eletrônico onde o usuário pode ver as últimas consultas já realizadas, pelo psicólogo (seta 1), enfermeiro (seta 2), médico (seta 3), e nutricionista (seta 4). Dados que permitem identificar pacientes e profissionais foram omitidos.

Dessa forma, através da realização das interconsultas ou pelo acesso facilitado às informações do histórico médico do paciente, todos os profissionais envolvidos na atenção e cuidado à saúde mental do paciente podem atuar de forma interdisciplinar, tanto da ESF como do NASF, permitindo assim a realização do matriciamento e elaboração de um projeto terapêutico singular para o caso.

6 | CONCLUSÃO

Os dados apresentados neste trabalho permitem concluir que de fato a incorporação da tecnologia da informação na área de saúde vem ocorrendo de forma bastante significativa e tem levando a profundas transformações na maneira de conduzir, acompanhar, avaliar, gerenciar e direcionar as políticas de atenção à saúde, uma vez que os sistemas de informação em saúde se tornam cada vez mais ricos de informações úteis e de fácil acesso.

Além disso, pode-se concluir que o prontuário eletrônico do paciente é um exemplo bem-sucedido desta incorporação das tecnologias da informação à saúde, apresentando uma quantidade de vantagens que podem, diante de uma boa condução do processo de implantação e regulação, superar as suas desvantagens, nos mais diferentes cenários de prestação de serviços de saúde.

Conclui-se ainda que na atenção à Saúde Mental através da articulação entre Estratégia Saúde da Família e o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), os prontuários eletrônicos do paciente contribuem para sua eficiência, como se pode observar no exemplo do Município do Rio de Janeiro. A adoção do prontuário eletrônico do paciente nas Clínicas da Família que integram a sua rede de unidades da Estratégia Saúde da Família permite que todos os profissionais envolvidos no cuidado tenham acesso a informações importantes para a realização de um apoio matricial.

REFERÊNCIAS

ARONA, E.C.. IMPLANTAÇÃO do Matriciamento nos Serviços de Saúde de Capivari. **Saúde e Sociedade**, v.18, supl.1, p. 26-36, 2009.

BINOTTO, A.L.; SANTOS, L.L.; LOUROSOSA, Q.L.; SANT'ANNA, S.C. ZANETTI, A.C.G.; FORSTER, A.C.; MARQUES, J.M.A. Interface saúde da família & saúde mental: uma estratégia para o cuidado. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. Florianópolis, v. 7, n. 23, p. 83-89, 2012.

BONOTTO, M.V. **A efetivação do matriciamento em saúde mental do NASF de araranguá**. Disponível em: < <http://www.uniedu.sed.sc.gov.br/wp-content/uploads/2017/02/Artigo-Marta-Bonotto.pdf>>. Acesso em: 13 mar. 2017.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde**. Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde Mental Cadernos de Atenção Básica, nº 34 Brasília – DF 2013** Editora MS Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf> Acesso em: 21 mar. 2017.

BEZERRA, S.M. Prontuário Eletrônico do Paciente: uma ferramenta para aprimorar a qualidade dos serviços de saúde. **Meta: Avaliação I Rio de Janeiro**, v. 1, n. 1, p. 73-82, 2009.

CAVALCANTE, R.B., KERR-PINHEIRO, M.M. Política Nacional de Informação e Informática em Saúde: avanços e limites atuais. **Perspectivas em Gestão & Conhecimento**, João Pessoa, v. 1, n. 2, p. 106-119, 2011.

CHIAVERNI, D. H. (Org.). **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução CFM N° 1821 de 23 de novembro de 2007. Brasil 2007. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2007/1821_2007.htm> Acesso em: 13 ago. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução n. 1.401, de 10 de julho de 2002. **Prontuário eletrônico**. Brasília, 10 jun. 2002. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1639_2002.htm>. Acesso em 13 ago. 2017.

CORREIA, V.R.; BARROS, S.; COLVERO, L.A. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. **Rev Esc Enferm USP**, v. 45, n. 6, p. 1501-6, 2011.

COSTA, J.S.; LIMA, J.T.G.P.; MAIA, A.B.G.R.; LUCA, M.M.M. Prontuário eletrônico do paciente como ferramenta de gestão de consultórios médicos. **XIV SemeAD – Seminários de Administração**, 2011. Disponível em: <<http://sistema.semead.com.br/14semead/resultado/trabalhosPDF/558.pdf>>. Acesso em: 13 ago. 2017.

DELFINI, P.S.S.; SATO, M.T.; ANTONELI, P.P.; GUIMARÃES, P.O.S.. Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14(Supl. 1), p. 483-1492, 2009.

FARIAS, J. S.; GUIMARÃES, T.A.; VARGAS, E.R.; ALBUQUERQUE, P.H.M. Adoção de prontuário eletrônico do paciente em hospitais universitários de Brasil e Espanha: a percepção de profissionais de saúde. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 5, p. 1303-1326, 2011.

GONÇALVES, J.P.P.; BATISTA, L.R.; CARVALHO, L.M.; OLIVEIRA, M.P.; MOREIRA, K.S.; MAÍSA LEITE, M.T.S. Prontuário Eletrônico: uma ferramenta que pode contribuir para a integração das Redes de Atenção à Saúde. **Saúde em Debate • Rio de Janeiro**, v. 37, n. 96, p. 43-50, 2013

JESUS, R.L.. A expansão da Estratégia Saúde da Família no Rio de Janeiro, 2009-2012: estudo de caso numa área da cidade. **Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade**, v. 10, n. 37, p. 1-11, 2015.

LIMA, A.C.; SARTORIO, N. A.; MORALES, D. A.; ZOBOLI, E.L.C.P. Problemas éticos na atenção básica: a visão de enfermeiros e médicos. **Cogitare Enfermagem**, v. 14, 2009.

LIMA JÚNIOR, J.M.; MELO, S.C.F.; BRAGA, L.A.V.; S, M.D. Saúde mental e saúde da família: implicações, limites e possibilidades. **Cad. Saúde Colet**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 229-33, 2010.

MEDEIROS, R.H.A.. Uma noção de matriciamento que merece ser resgatada para o encontro colaborativo entre equipes de saúde e serviços no SUS. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1165-1184, 2015.

MORETI, B.O.; RONDINA, A.M.F. RONDINA, J.M. A experiência de implantação e utilização do prontuário eletrônico do paciente. **Iniciação - Revista de Iniciação Científica, Tecnológica e Artística**, v. 5, n. 4, p. 24-32, 2015.

OLIVEIRA FILHO, C.A.; MIRANDOLA, L.R.; ALVES, L.C.; SCHIAVON, M.A.G. Conhecendo o NASF: uma ferramenta de apoio a estratégia saúde da família (ESF). Disponível em: <<http://www.unisaesiano.edu.br/simposio2015/publicado/artigo0037.pdf>>. Acesso em: 13 mar.2018.

PEGORARO, R.F.; CASSIMIRO, T.J.L.; LEÃO, N.C. Matriciamento em saúde mental segundo profissionais da estratégia da saúde da família. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 19, n. 4, p. 621-631, out./dez. 2014.

POLI, A.G.; KLUG, D. 2012. **As compreensões que o prontuário eletrônico do paciente assume no coletivo de uma unidade básica de saúde**. Disponível em: <<http://saudepublica.bvs.br/pesquisa/resource/pt/sus-25425>>. Acesso em: 13 ago. 2017.

QUINDERÉ, P.H.D.; JORGE, M.S.B.; FRANCO, T.B. Rede de Atenção Psicossocial: qual o lugar da saúde mental?. **Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro**, v. 24, n. 1, p. 253-271, 2014

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – RIO DE JANEIRO. 2017. Saúde Presente: a plano que está mudando a cara da saúde do Rio. Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/saude-presente>>. Acesso em: 13 ago. 2017.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – RIO DE JANEIRO. 2016. Diretrizes de atuação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Disponível em: <http://subpav.org/download/prot/Of%C3%ADcio%20Circular%20Diretrizes%20NASF_01_2016.pdf>. Acesso em: 10 mai. 2018.

SANTOS, E.R.; LANZA, L.M.B.; O Matriciamento no NASF: interpretações sobre o trabalho do Assistente Social. **Argumentum**, Vitória (ES), v. 6, n.2, p. 233-246, jul./dez. 2014.

SANTOS, D.M.C.; MENDONÇA, E.P.S.; LIMA, L.F.F. Interconsulta enquanto ferramenta de trabalho e do projeto terapêutico singular: desafios para efetivar na clínica compartilhada. *Interface (Botucatu)* [online], supl. 3, 2014

SILVA, A.T.C.; AGUIAR, M.E.; WINCK, K.; RODRIGUES, K.G.W.; SATO, M.E.; GRISI, S.J.F.E.; BRETANI, A.; RIOS, I.C.. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: desafios e potencialidades na visão dos profissionais da Atenção Primária do Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 11, p. 2076-2084, 2012.

SILVEIRA, A.S.A.; OLIVEIRA, C.B.F.; FERNANDA LESSA, F.. Prontuário Eletrônico e Gerenciamento de caso em Ambulatório de Psiquiatria. **J. Health Inform.** v. 8, n. 3, p. 83-86, 2016.

TI INSIDE ON LINE 2014, Sistema monitora paciente psiquiátrico e amplia adesão a tratamento. Disponível em: < <http://tiinside.com.br/tiinside/services/22/07/2014/sistema-monitora-paciente-psiquiatico-e-amplia-adesao-tratamento/> >, Acesso em: 25 mar. 2018.

VIEIRA FILHO, N.G.; ROSA, M.D.. Clínica psicossocial: articulando saúde mental e a estratégia saúde da família. **Mental** - ano IX - nº 16 - Barbacena-SP - jan./jun. 2011 - p. 397-416

PLANO DE INTERVENÇÃO PARA O AUMENTO DA ADESÃO AO EXAME COLPOCITOLÓGICO EM UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Tatiana de Araujo Lima

Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
Faculdade de Enfermagem, Rio de Janeiro – RJ.

Mayara Ester Soares Silva

Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
Faculdade de Enfermagem, Rio de Janeiro – RJ.

RESUMO: Este trabalho trata-se de um plano de intervenção voltado à resolução de uma demanda identificada no diagnóstico situacional de uma equipe de saúde da família, em uma unidade localizada em Vila Isabel, no município do Rio de Janeiro. Teve como objetivo o aumento da adesão ao exame colpocitológico das mulheres entre 25 e 64 anos cadastradas na referida equipe, com incremento de 39,27% para 76,72% no percentual de cobertura, num período de seis meses. Para tanto, estabeleceu-se como estratégias: o levantamento junto aos agentes comunitários de saúde (ACSs) quanto às percepções relacionadas aos motivos da não adesão das mulheres ao exame colpocitológico no contexto local; a capacitação dos ACSs para a educação da população acerca do exame, ressaltando os critérios de elegibilidade e não elegibilidade; e a viabilização de maiores oportunidades de acesso da população à realização do colpocitológico, por meio da oferta de turnos de demanda livre e oportunização de consultas programáticas. A avaliação do plano

de intervenção foi baseada em questionário avaliativo e estruturado dirigido aos ACSs e na vigilância dos indicadores de saúde apresentados pelo prontuário eletrônico da unidade.

PALAVRAS-CHAVE: Teste de Papanicolaou; Saúde da família; Saúde da mulher.

ABSTRACT: A family health team located in Vila Isabel, in the city of Rio de Janeiro identified a demand within their assisted patients in the Papanicolaou Test screening of women between the ages of 25 and 64. This project is an intervention plan that aims to increase the adherence to the screening from 39.27% to 76.72% over a six-month period. For this purpose, the following strategies were established: a survey with the Community Health Agents and an investigation of reasons for non-adherence of women to Papanicolaou Test screening in the local context; the qualification of the agents for the education of the population about the test, highlighting the eligibility and ineligibility criteria, as well as the viability of greater access for the population to the undertaking of Papanicolaou Test, through the provision of walk-in shifts, fitting-in appointments, as well as the assistance of extra dedicated shifts. The evaluation of the intervention plan was based on a structured questionnaire for the health agents and on the monitoring of the health indicators presented by

the unit's electronic chart.

KEYWORDS: Papanicolaou Test; Family Health; Women's Health.

1 | INTRODUÇÃO

O câncer do colo do útero é considerado um importante problema de saúde pública. Anualmente, mais de 270 mil mulheres morrem de câncer do colo do útero em todo o mundo, sendo que mais de 85% dos óbitos ocorrem nos países de baixa e média renda (WHO, 2013). É o terceiro tipo de câncer mais frequente na população feminina, atrás do câncer de mama e do colorretal, e a quarta causa de morte de mulheres por câncer no Brasil (INCA, 2018).

Para o ano de 2018, no Brasil, são esperados 16.370 casos novos de câncer do colo do útero, com um risco estimado de 15,43 casos a cada 100 mil mulheres. No sexo feminino, excetuando-se os tumores de pele não melanoma, o câncer do colo do útero é o primeiro mais incidente na Região Norte (25,62/100 mil). Nas Regiões Nordeste (20,47/100 mil) e Centro-Oeste (18,32/100 mil) ocupa a segunda posição; enquanto nas Regiões Sul (14,07/100 mil) e Sudeste (9,97/100 mil), a quarta posição (INCA, 2018).

O rastreamento do câncer do colo do útero no Brasil, recomendado pelo Ministério da Saúde, é o exame colpocitológico em mulheres de 25 a 64 anos. A rotina é a repetição do exame Papanicolaou a cada três anos, após dois exames normais consecutivos realizados com intervalo anual (INCA, 2015).

Atingir alta cobertura da população definida como alvo é o componente mais importante no âmbito da atenção básica, para que se obtenha significativa redução da incidência e da mortalidade por câncer do colo do útero. Países com cobertura superior a 50% do exame colpocitológico realizado de cada três a cinco anos, apresentam taxas inferiores a três mortes por 100 mil mulheres por ano e, para aqueles com cobertura superior a 70%, essa taxa é igual ou menor a duas mortes por 100 mil mulheres por ano (INCA, 2016).

O indicador “Razão entre Exames Colpocitológicos do Colo do Útero e a População-Alvo” expressa a produção de exames colpocitológicos na população-alvo para o rastreamento do câncer do colo do útero (população feminina de 25 a 64 anos) e possibilita a avaliação da oferta de exames para a cobertura da mesma. O parâmetro proposto para esse indicador é a razão de 0,30 (BRASIL, 2013).

1.1 Justificativa

A motivação para este trabalho surgiu a partir da experiência de trabalho na Equipe de Saúde da Família Petrocochino, pertencente ao Centro Municipal de Saúde (CMS) Maria Augusta Estrella, localizado no bairro de Vila Isabel, no município do

Rio de Janeiro. Esta equipe atende aos usuários adscritos ao território do Morro dos Macacos e adjacências.

Foi possível observar e confirmar, a partir do diagnóstico situacional realizado na Equipe Petrocochino, no ano de 2015, a baixa adesão das mulheres ao exame colpocitológico. Justificava-se, portanto, a necessidade de elaboração e implementação de um plano de intervenção, no objetivo de modificar este panorama, considerando o potencial da atenção básica na detecção precoce deste tipo de câncer e favorecendo as possibilidades de cura.

1.2 Objetivos

Objetivo Geral

- Propor um plano de intervenção visando o aumento da adesão à realização do exame colpocitológico na equipe de Saúde da Família Petrocochino do Centro Municipal de Saúde Maria Augusta Estrella, no município do Rio de Janeiro.

Objetivos Específicos

- Levantar junto aos agentes comunitários de saúde suas percepções quanto aos motivos relacionados à não adesão das mulheres ao exame colpocitológico no contexto do CMS Maria Augusta Estrella;

- Capacitar os agentes comunitários de saúde para a educação da população acerca do colpocitológico, ressaltando os critérios de elegibilidade e não elegibilidade, e de periodicidade da realização deste exame;

- Viabilizar o maior acesso da população à realização do exame colpocitológico, por meio da oferta de turnos de demanda livre, além da oportunização de consultas programáticas.

2 | REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Câncer do Colo do Útero

O carcinoma de cérvix uterina, conhecido como câncer do colo do útero, é uma doença de evolução lenta que apresenta fases pré-invasivas e benignas, caracterizadas por lesões conhecidas como neoplasias intra-epiteliais cervicais (NICs) e fases invasivas, malignas, caracterizadas pela evolução de uma lesão cervical, podendo atingir os tecidos fora do colo do útero, incluindo as glândulas linfáticas anteriores ao sacro (Santos, Macêdo e Leite, 2010).

A história natural do câncer do colo do útero demonstra que esta patologia tem um longo período de instalação, desde a doença pré-invasiva até a metastatização, e o papel do Papilomavírus Humano (HPV) na etiologia da doença é de fundamental importância. A associação entre o HPV e o desenvolvimento da neoplasia está presente

em praticamente todos os casos de câncer cervical do mundo (Lucena et al., 2011).

A infecção pelo Papilomavírus Humano (HPV) é frequente em adultos jovens de ambos os sexos, com prevalência estimada entre 20 e 46%. A disseminação do HPV tende a ser universal entre os indivíduos sexualmente ativos, sendo o homem um frequente propagador desse vírus entre as mulheres (Reis et al., 2010).

Reis (2005) afirma que o homem atua como um importante disseminador do vírus, por ser portador e não apresentar sintomatologia clínica característica da infecção genital pelo HPV. Entretanto, este fato precisa de maiores evidências. Um estudo observou associação entre a circuncisão masculina e a redução do risco de transmissão do vírus para as parceiras sexuais desses homens.

Castellsangué et al. apud Reis (2005) demonstraram que a alta prevalência de infecções por HPV e a variabilidade dos tipos virais em homens estão relacionadas ao comportamento sexual. Os autores sugeriram que a infecção masculina poderia ser a causa subjacente ao aumento da carcinogênese cervical em suas parceiras sexuais, sendo a promiscuidade o principal fator de risco.

Pelo menos 13 tipos de HPV são considerados oncogênicos, apresentando maior probabilidade de provocar infecções persistentes e estar associados a lesões precursoras. Dentre os tipos de HPV de alto risco oncogênico, os tipos 16 e 18 estão presentes em 70% dos casos de câncer do colo do útero (INCA, 2017).

Nakagawa, Schirmer e Barbieri (2010) afirmam que o HPV 16 é o tipo mais comumente detectado no carcinoma cervical invasor, e também o mais persistente, apresentando episódios com duração de 12 meses ou mais, enquanto infecções por outros tipos de HPV duram de 6 a 8 meses. Portanto, mulheres com HPV dos tipos 16 e 18 têm um risco aumentado de desenvolver câncer cervical quando comparadas às portadoras de outros tipos.

Associados ao HPV, e considerando a multicausalidade da patologia, muitos outros fatores contribuem para a etiologia deste tumor, sendo estes: tabagismo, deficiência de vitaminas A e C, uso de contraceptivos orais e, principalmente, os fatores relacionados com o exercício da sexualidade, como a multiplicidade de parceiros sexuais e a iniciação sexual precoce (Ferreira, 2009).

Salci, Sales e Marcon (2009) afirmam que a doença acarreta mudanças no estilo de vida do indivíduo e alterações psicológicas significativas, principalmente por seu estigma negativo. Ademais, requer tratamento agressivo e ocasiona desconfortos que refletem na reorganização pessoal e familiar.

Atualmente, a prevenção secundária do câncer do colo uterino tem sido concentrada no rastreamento de mulheres sexualmente ativas através do exame colpocitológico do colo uterino (Hackenhaar, Cesar e Domingues, 2006).

Estudos indicam que mulheres que não realizam ou nunca realizaram esse exame desenvolvem a doença com maior frequência e que, em diferentes países, ocorre redução nas taxas de incidência e mortalidade por essa neoplasia após a introdução de programas de rastreamento (Albuquerque et al., 2009).

A colpocitologia é utilizada como meio de diagnóstico indispensável e possui inúmeras vantagens, a saber: baixo custo, fácil realização do tratamento adequado com possibilidade de cura, e o fato de que a coleta da amostra pode ser realizada por profissionais médicos e enfermeiros (Feliciano, Christen e Velho, 2010).

Santos, Macêdo e Leite (2010) apontam que a realização do exame constitui um método simples, no qual se faz um esfregaço citológico para obtenção de células do tecido epitelial da ectocérvice e endocérvice, com o máximo de rigor técnico na coleta, o que permite o rastreamento de lesões e um diagnóstico precoce do carcinoma. Deve ser realizado a cada três anos, caso os dois primeiros exames realizados com intervalo anual apresentem resultado normal.

A realização periódica do exame colpocitológico continua sendo a estratégia mais adotada para o rastreamento do câncer do colo do útero (WHO, 2017).

Recentes estudos sobre a acurácia do exame preventivo do câncer do colo do útero nos países em desenvolvimento estimam que sua sensibilidade varie de 44% a 78% e sua especificidade, de 91% a 99% (Lucena et al., 2011).

É estimado que uma redução de cerca de 80% da mortalidade por este câncer pode ser alcançada pelo rastreamento de mulheres na faixa de 25 a 64 anos com o teste de Papanicolaou e o tratamento de lesões precursoras com alto potencial de malignidade ou carcinoma *in situ* (INCA, 2008). Apesar da eficácia do Papanicolaou, a cobertura deste exame na população feminina brasileira é ainda baixa (Oliveira et al, 2006).

2.2 Motivos que influenciam a não realização do colpocitológico

Ormonde Junior, Oliveira e Sá (2015), ao analisarem os fatores associados à não atualização do exame colpocitológico, observaram que tais fatores vêm se repetindo em diversos estudos no Brasil. Dentre eles, destacam-se: pertencer a faixas etárias mais jovens, ser de raça/cor não-branca, possuir condição socioeconômica desfavorecida, apresentar poucos anos de escolaridade, não possuir companheiro/cônjuge e não ter realizado consulta no último ano.

Este perfil foi corroborado pelos estudos de Vasconcelos et al. (2011) e Albuquerque et al. (2009), visto que estes destacam como perfil relacionado à baixa adesão ao exame: possuir condição socioeconômica desfavorecida, apresentar poucos anos de escolaridade, possuir baixa renda familiar e pertencer a faixas etárias mais jovens.

Albuquerque et al. (2009) destacaram em seu estudo uma maior cobertura de exame preventivo entre as mulheres que vivem com companheiro/cônjuge.

Oliveira et al. (2006) também identificaram menores percentuais de realização do colpocitológico entre mulheres com menor nível de escolaridade, que não realizaram consulta médica no último ano e que tiveram, portanto, menor contato com os serviços de saúde, ou que viviam sem companheiro/cônjuge.

Andrade et al. (2014) divergem dos achados que relacionam a baixa adesão ao

colpocitológico às faixas etárias mais jovens, visto que em seu estudo a não adesão ao exame foi maior em mulheres com idade mais elevada (40 a 59 anos), porém corroboram os estudos supracitados nos demais quesitos (renda familiar, ausência de parceiro, cor preta/parda, menor nível de escolaridade).

Existe relação elevada entre menor nível de escolaridade e renda familiar, o que faz com que mulheres que apresentem tais condições sejam mais suscetíveis ao acometimento pelo câncer de colo de útero. Deste modo, considera-se que estas mulheres estão expostas a um maior risco de morbimortalidade, por utilizarem com menor frequência os serviços que visam a promoção de saúde e a prevenção de doenças. (Ormonde Junior, Oliveira e Sá, 2015).

Santos, Macêdo e Leite (2010) alegam que aspectos econômicos e menor nível de escolaridade podem gerar barreiras de acesso à rede de serviços e que essa última aumenta as dificuldades quanto ao esclarecimento acerca de medidas preventivas, assim como dos fatores de risco. Moura et al. (2010) reforçam essa ideia, ao admitir que o menor nível escolaridade da clientela torna-se fator impeditivo para um melhor desenvolvimento das ações de saúde, devido a um déficit de compreensão das orientações realizadas.

Verifica-se que a maioria dos estudos citados possui um achado comum: as mulheres que mais poderiam se beneficiar do colpocitológico são as que menos o realizam; o que pode, em parte, explicar o diagnóstico tardio e a manutenção das elevadas taxas de mortalidade (Albuquerque et al., 2009).

Vasconcelos et al. (2010) apontaram que o desconhecimento em relação ao exame colpocitológico vem sendo citado na literatura dentre os motivos apontados pelas mulheres para a não realização do exame. Em outro estudo, foi referido, com maior frequência, como motivo para a não realização o fato de a mulher pensar "que não é necessário realizá-lo", seguido pelo motivo de considerá-lo um "exame embaraçoso".

Ferreira (2009) destacou em seu estudo o desconhecimento do câncer de colo uterino, da técnica e da importância do colpocitológico, pois algumas mulheres alegaram considerar desnecessária sua realização devido à idade avançada. Enfatizou ainda que a falta de compreensão acerca da importância de sua realização constitui-se num desafio para os profissionais e serviços de saúde, pois tem limitado o acesso ao rastreamento do câncer do colo do útero, principalmente para aquelas mulheres consideradas de maior risco.

Andrade et al. (2014) verificaram que um dos motivos referidos pelas mulheres que não realizaram o exame foi a ausência de problemas ginecológicos, o que evidencia um comportamento característico de países em desenvolvimento e emergentes, nos quais as condições socioeconômicas, aliadas à desinformação, podem contribuir para o entendimento de que não se deve procurar assistência à saúde caso não se apresente um conjunto de sinais e sintomas.

Embora as mulheres percebam a finalidade do exame colpocitológico,

consideram-no apenas como instrumento de detecção de afecções ginecológicas, e não como método de rastreamento do câncer, quando na realidade o exame deveria ser realizado, principalmente, por mulheres assintomáticas, considerando o potencial comprometimento da adequabilidade da amostra na presença de algum tipo de afecção (Vasconcelos et al, 2010).

Moura et al. (2010) afirmam que algumas mulheres, por demonstrarem sentimentos de constrangimento, ansiedade, medo e preocupação em relação ao exame, procuravam fazê-lo somente quando estavam sentindo algum incômodo, como corrimento vaginal, prurido, dor na região pélvica, sinais e sintomas de infecção urinária, menstruação irregular, dentre outras queixas. Esse comportamento interfere no melhor aproveitamento do exame, já que o mesmo é de caráter preventivo, e não curativo para doenças pré-existentes.

Muitas mulheres vão à consulta acompanhadas por seus filhos pequenos, alguns ainda de colo, por não terem com quem deixá-los, ou levam os filhos maiores, para lhes fazerem companhia. Tal circunstância reafirma a questão de gênero como um sistema de classificação social que organiza contrastivamente os atributos masculinos e femininos em nossa sociedade, onde o cuidado e a educação das crianças são atribuições específicas das mulheres. Por conseguinte, o acesso inadequado ao atendimento básico pode desestimular as mulheres a procurarem os serviços de saúde (Duavy et al., 2007). Rafael e Moura (2010) reconhecem que a sobreposição entre atividades laborativas e os cuidados com a família sobrecarrega a mulher, dificultando a realização de práticas de autocuidado.

A vergonha, um dos principais motivos referidos pelas mulheres para a não adesão ao colpocitológico está relacionada a tabus sobre sexualidade e ao desconforto em expor o próprio corpo. São questões de gênero que podem contribuir para a não adesão ao exame (Andrade et al., 2014). Ferreira (2009) identificou que ter vergonha de realizar o exame foi a justificativa mais referida para a não realização do mesmo. A forma como algumas mulheres se manifestaram ao terem de expor seu corpo, e tê-lo manipulado e examinado por um profissional, revela o quanto a sexualidade exerce influência sobre a vida da mulher; afinal trata-se de tocar, manusear órgãos e zonas erógenas. Esta verificação demonstra a frequente associação feita entre a exposição das genitálias à sexualidade, produzindo sentimento de vergonha pelo julgamento.

Rafael e Moura (2010) reconhecem o medo de um possível diagnóstico sombrio como fator impeditivo à adesão, e que carece de reflexão. Estudos apontam que esse sentimento também está frequentemente associado à maneira como as mulheres percebem a sua saúde. O diagnóstico do câncer possui um efeito quase que devastador sobre a paciente, trazendo a ideia de aproximação com a morte, possíveis mutilações e a dor proveniente dos tratamentos.

Ferreira (2009) alega que há reconhecimento, por parte das autoridades e instituições responsáveis pela prevenção de doenças, de que há um contingente importante de mulheres não alcançadas pelos programas de rastreamento, por

inúmeros motivos. Estes vão desde a desinformação, medo, falta de tempo e rotina pesada de trabalho até o fato de não ter onde deixar os filhos e o desencorajamento pelo parceiro. Uma forma de alcançar esse contingente de mulheres que não frequenta as unidades de saúde seria enfatizar as ações da Estratégia de Saúde da Família, que já integra o conjunto de prioridades do Ministério da Saúde.

Andrade et al. (2014) destacaram que o desenvolvimento de estudos que busquem, além de dimensionar os índices de cobertura do exame colpocitológico, também identificar os fatores associados à realização do colpocitológico - como características sociodemográficas, culturais, reprodutivas e de acesso aos serviços de saúde - são importantes para subsidiar intervenções qualificadas e efetivas, capazes de impactar na incidência do câncer de colo de útero em subgrupos vulneráveis.

2.3 Estratégias para melhora da adesão a realização do colpocitológico

Vasconcelos et al. (2011) destacaram que a oferta isolada do exame para a detecção precoce do câncer de colo uterino, por si só, não tem sido estratégia suficiente para o alcance da redução da mortalidade por esse tipo de câncer entre as mulheres. O efeito favorável do exame dependeria da realização adequada deste pela população alvo.

O estudo de Ormonde Junior, Oliveira e Sá (2015) destacou que 80% das mulheres do estudo apontaram as orientações da equipe como fator incentivador à realização do exame.

Ferreira (2009) ressaltou a necessidade da priorização, pelos profissionais de saúde, de estratégias que visem minimizar o sentimento de vergonha, visto que este pode ser impeditivo à realização do exame.

Matão et al. (2011) destacaram a importância do esclarecimento do objetivo da realização do exame em caráter preventivo, bem como de sua importância na detecção precoce e no controle da evolução do câncer do colo do útero. Isso certamente produziria melhores resultados no controle da doença, ação integrante da Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher.

Os profissionais de saúde devem estar capacitados e habilitados para a realização do referido exame. As mulheres devem receber orientações sobre a posição adequada no momento da coleta, sobre a população alvo indicada, bem como informações acerca do resultado do exame (Feliciano, Christen e Velho, 2010).

Os mesmos autores ressaltaram que devem ser observadas as condições de acesso e recepção da clientela, além da promoção de um ambiente acolhedor e que forneça privacidade. A oferta do exame em estabelecimentos de saúde com horários flexíveis, próximos à residência ou trabalho e, principalmente, o respeito às limitações impostas pela individualidade de cada mulher também são fatores que merecem atenção. Os profissionais de saúde, por estarem mais próximos da população no contexto familiar, devem construir um vínculo de confiança para discussão de fatores

relacionados à sexualidade e à cultura, explanando sobre a importância da prevenção do câncer do colo uterino através de formas alternativas que busquem a compreensão das especificidades de cada indivíduo (Feliciano, Christen e Velho, 2010).

Citologias repetidas a intervalos curtos devem ser evitadas, pois aumentam pouco a proteção das mulheres, elevam o custo do programa e contribuem para dificultar o acesso dos grupos mais vulneráveis ao mesmo (Oliveira et al., 2006).

A educação em saúde é estratégia imprescindível para a abordagem de questões referentes à prevenção do câncer do colo uterino; ainda assim, necessita ser desenvolvida de forma sistemática na vida das mulheres. Educar, ensinar e informar quanto às medidas de prevenção do agravo é também conscientizar as mulheres quanto ao seu papel de sujeitos responsáveis por sua saúde e bem estar (Jorge et al., 2011; Vasconcelos et al., 2010).

Moura et al. (2010) consideraram evidente que as mulheres só darão importância ao programa de prevenção do câncer ginecológico quando tiverem compreensão acerca de sua necessidade e importância. O profissional de enfermagem deve manter uma postura constante de sensibilização para com as mulheres, pois dessa forma elas procurarão fazer o exame de forma consciente.

Além de educar a população sobre as medidas preventivas, é importante ainda explicar os cuidados a serem tomados antes da realização do exame, visto que a negligência com relação a tais critérios interfere tanto na realização do exame, como no seu resultado (Vasconcelos et al., 2010).

Rodrigues Neto, Figueiredo e Siqueira (2008) alertaram sobre a necessidade de ações que visem atingir a população sob maior risco e que apresentam menor cobertura, visto que a realização do exame ainda é mais frequente na população que apresenta menor risco, reproduzindo portanto um menor impacto nos indicadores de morbimortalidade.

O êxito no rastreamento do câncer do colo do útero para a redução do seu quadro de morbimortalidade depende, acima de tudo, de ações governamentais para a reorganização da assistência clínico-ginecológica às mulheres nos serviços de saúde. Faz-se necessário ainda garantir a equidade do acesso aos serviços e a realização de campanhas específicas e de educação em saúde para mulheres que apresentem maior exposição ao risco, e capacitar os profissionais de saúde, em especial os agentes comunitários de saúde, que são o elo entre a comunidade e a Estratégia de Saúde da Família (Rodrigues Neto, Figueiredo e Siqueira, 2008).

Partindo da constatação de que as mulheres que realizam o exame em campanhas de prevenção do câncer de colo uterino parecem ser aquelas que já o realizam rotineiramente, Hackenhaar, Cesar e Domingues (2006) apresentaram estratégias que visam o incremento na realização do exame pela população de maior risco, tais como: divulgar a importância do exame por meio das visitas domiciliares dos agentes comunitários de saúde; e conscientizar as mulheres, particularmente as que apresentam maior risco, a realizá-lo periodicamente. Cabe ainda aos profissionais

de saúde aproveitar a oportunidade para coleta do exame no momento da consulta e também estimular o retorno às consultas subsequentes.

Ormonde Junior, Oliveira e Sá (2015) ressaltaram que, para diminuir a mortalidade, faz-se necessário que os profissionais enfermeiros, com o auxílio dos agentes comunitários de saúde, procedam o rastreamento das mulheres que nunca realizaram ou que realizam com pouca frequência o exame. Conhecer, portanto, os fatores da não adesão é de suma importância para nortear a criação de estratégias para a busca ativa contínua da população feminina que apresenta baixa adesão ao exame.

3 | METODOLOGIA

O desenvolvimento deste trabalho ocorreu em uma unidade de Saúde da Família do município do Rio de Janeiro, localizada no bairro de Vila Isabel, que atende principalmente à comunidade do Morro dos Macacos e adjacências; local de grande vulnerabilidade social devido às condições precárias de moradia e saneamento.

Vilasbôas (2004) definiu o Planejamento e a Programação Local em Saúde como uma forma de organizar os resultados do diagnóstico da situação de saúde e das condições de vida, além de sistematizar as ações necessárias para resolver os problemas e as necessidades de saúde, os quais nos foram revelados junto à população e ao território em que ela vive. O autor explica que a partir das noções de situação, problema e ator social, é possível construir um enfoque de planejamento denominado estratégico-situacional, útil na condução das ações em contextos caracterizados pela existência de muitos interesses e julgamentos distintos sobre como atuar em relação a um determinado recorte da realidade (situação), com o propósito de transformá-lo.

Segundo Campos et al., (2010), o plano de intervenção é composto por operações desenhadas para o enfrentamento e impacto sobre as causas mais importantes (ou os nós críticos) do problema selecionado. Essas operações são conjuntos de ações que serão desenvolvidas durante o plano de intervenção, sendo possível dessa forma lançar mão de estratégias para o enfrentamento do problema.

4 | PLANO DE INTERVENÇÃO

4.1 Definição do problema, seleção de nós críticos e consequências

A partir dos dados extraídos do prontuário eletrônico, identificou-se que a referida equipe, no mês de dezembro de 2016, possuía 769 mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos (indicada para rastreamento), sendo que 302 mulheres (39,27%) realizaram o exame dentro do período recomendado e 467 mulheres permaneciam com o rastreamento pendente, ou seja, não o haviam realizado nos últimos 3 anos.

Considerando a cobertura de colpocitológicos encontrada, percebe-se um valor bem inferior aos 80% recomendado pela OMS para o rastreamento adequado na população alvo e a garantia de diagnóstico e tratamento adequados dos casos alterados, sendo possível reduzir, em média, de 60 a 90% a incidência do câncer cervical invasivo (WHO, 2002).

No ano de 2016, a equipe realizou 197 colpocitológicos. Especificamente no segundo semestre do ano, de julho a dezembro, foram realizados 94 colpocitológicos; em média, 16 exames por mês. Neste período, foi possível perceber que o absenteísmo das mulheres às consultas programadas para este tipo de atendimento comprometia a melhora deste indicador, e deveria ser considerado como fator dificultador.

Primeiramente, fez-se necessário conhecer as causas relacionadas à não adesão ao colpocitológico pelas mulheres desta população, a partir da percepção dos agentes comunitários de saúde. Como possíveis nós críticos relacionados à baixa adesão ao exame, destacam-se: o déficit de conhecimento dos agentes comunitários de saúde quanto à importância, objetivo, periodicidade e público alvo do colpocitológico; e a dificuldade de acesso das mulheres ao serviço de saúde para a realização do exame (necessidade de agendamento, inflexibilidade de horários e dias da semana).

Este problema tem repercussão no comprometimento da assistência à saúde da mulher, levando em conta que a baixa cobertura de colpocitológicos interfere no rastreamento, e, por conseguinte no impacto das ações da atenção básica na redução da morbimortalidade pelo câncer de colo de útero envolvida na detecção precoce dessa patologia.

4.2 Desenho da operação

Este plano de intervenção foi direcionado à capacitação de todos os 29 agentes comunitários de saúde do CMS Maria Augusta Estrella e, indiretamente, às usuárias entre 25 e 64 anos cadastradas na equipe Petrocochino, por meio das orientações fornecidas pela equipe e da oferta do exame colpocitológico.

A unidade de saúde contava com 29 agentes comunitários de saúde, cuja distribuição em dois subgrupos (A e B) norteou a participação de todos no grupo semanal de ACSs, sendo 15 no subgrupo A e 14 no subgrupo B.

Oficinas - Inicialmente, foram realizadas duas oficinas junto aos agentes comunitários de saúde da unidade, aproveitando os grupos semanais já existentes, ou seja, uma oficina com o subgrupo A e outra com o subgrupo B. O objetivo dessas oficinas foi identificar, a partir da percepção desses profissionais, os motivos para a não realização do colpocitológico. Foi realizada a pergunta disparadora “Na opinião de vocês, por que as mulheres não realizam o exame colpocitológico?” e, em seguida, os ACSs foram orientados a apresentar o resultado da discussão em cartolina.

Capacitação - Posteriormente, foi realizada pelo enfermeiro residente da equipe, uma atividade de capacitação com os subgrupos A e B, na qual foram apresentados os

resultados das oficinas anteriores e, por meio da perspectiva problematizadora, foram abordados os seguintes conceitos: a importância e o objetivo do exame (detecção de lesões precursoras de câncer de colo de útero); os critérios de elegibilidade e não elegibilidade, além de cuidados para a garantia da adequabilidade da amostra; a periodicidade (a cada três anos, após dois resultados anuais normais); e esclarecimento de dúvidas acerca da temática.

Flexibilização da agenda - Foi, ainda, proposta uma discussão em reunião de equipe, para abordagem da situação-problema e pactuação da meta semanal de 12 colpocitológicos, sendo a coleta de responsabilidade das enfermeiras e médicas que compõem a equipe. Dessa forma, almejou-se atender à meta interna esperada de 48 colpocitológicos mensais, totalizando ao final de 6 meses (julho a dezembro de 2017) a realização de 288 colpocitológicos.

Durante o período de julho a dezembro de 2016, foram realizados 94 colpocitológicos, representando uma cobertura de 39,27% do total de 769 mulheres dentro da idade preconizada ao exame. Com a esperada realização de 288 exames no período de julho a dezembro de 2017, o número absoluto de mulheres com colpocitológico atualizado aumentaria de 302 para 590, representando um incremento de 37,45% em relação ao observado em dezembro de 2016, e atingindo 76,72% de cobertura, ao final de 6 meses de implantação do plano.

Para operacionalização desse plano, pretendeu-se: estabelecimento de um turno semanal para a coleta de colpocitológico em livre demanda; flexibilização dos horários para agendamento de consultas programadas, de acordo com a disponibilidade/preferência das usuárias; realização de mutirões mensais aos sábados, visando atender às diferentes particularidades da população atendida.

Os recursos materiais utilizados foram a sala de grupos da unidade, cartolinas, canetas esferográficas e canetas *pilot*. Os recursos humanos envolvidos no processo foram o enfermeiro residente, todos os agentes comunitários de saúde e, no que tange aos atendimentos, a equipe técnica Petrocochino.

Com este plano de intervenção, pretendeu-se: identificar os motivos para a não adesão das mulheres à realização do colpocitológico, a partir da percepção do agente comunitário de saúde; capacitar os ACSs acerca da importância e objetivo do exame colpocitológico, explicitando os critérios de elegibilidade e não elegibilidade, além de sua periodicidade adequada; e viabilizar o maior acesso da população à realização do colpocitológico em livre demanda, em mutirões mensais aos sábados e por meio de flexibilização do agendamento.

Para avaliação da efetividade do plano, foram elencadas duas propostas, a serem acompanhadas após sua implementação: aplicação de questionário estruturado aos agentes comunitários de saúde após a realização da capacitação; e acompanhamento/vigilância mensal do indicador de desempenho apresentado pelo prontuário eletrônico (cobertura de colpocitológicos) para discussão em reunião de equipe, visando atingir a meta definida de 48 colpocitológicos mensais.

5 | CONCLUSÃO

Este trabalho contribuiu para o melhor entendimento das questões relacionadas à saúde da mulher, por valorizar a compreensão dos fatores envolvidos da não adesão ao colpocitológico, e visar a intervenção neste problema, viabilizando a ampliação do acesso ao serviço e o esclarecimento de dúvidas referentes à prevenção do câncer do colo do útero. Destaca-se também a importância e necessidade de planejamento de intervenções voltadas a sanar problemas levantados em um diagnóstico de saúde local, de modo a contribuir efetivamente para a qualidade de vida da população, através da melhora de indicadores de saúde e atendimento às demandas específicas da mesma.

Espera-se que a perspectiva e a participação dos ACSs sejam valorizadas também em outros trabalhos, evidenciando-se sua potencial contribuição para a melhoria da saúde da comunidade da qual são responsáveis. Para tanto, é necessário que haja capacitação desses profissionais, por meio de oficinas, minicursos e rodas de conversa, para que se sintam estimulados, valorizados e empoderados a desempenhar seu trabalho de forma mais eficaz.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, K. M. et al. **Cobertura do teste do de Papanicolau e fatores associados à não-realização: um olhar sobre o Programa de Prevenção de Câncer de Colo de Útero em Pernambuco, Brasil.** Cadernos de Saúde Pública. v. 25, n. 2, p. 301-309, 2009.

ANDRADE, M. S. et al. **Fatores associados a não adesão ao Papanicolau entre mulheres atendidas pela Estratégia Saúde da Família em Feira de Santana, Bahia.** Epidemiologia e Serviços de Saúde, s.l., v. 23, n. 1, p.111-120, mar. 2014.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância **Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil.** Rio de Janeiro: INCA, 2015. 122p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2 ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013, 124p.

BRASIL. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. **Estimativa 2008: incidência de câncer no Brasil.** Rio de Janeiro: INCA; 2007.

BRASIL. Instituto Nacional do Câncer. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. Coordenação de Prevenção e Vigilância. 2. ed. rev. atual. Rio de Janeiro: INCA, 2016, 114p.

BRASIL. Instituto Nacional do Câncer. HPV e câncer. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colo_uterio/hpv-cancer-perguntas-mais-frequentes>. Acesso em: 24 fev. 2018.

CAMPOS, F. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde.** Belo Horizonte: NESCON/UFMG, Coopmed, 2010.

DUAVY, L. M. et al. **A percepção da mulher sobre o exame preventivo do câncer cérvico-uterino: estudo de caso.** Ciência & Saúde Coletiva, Fortaleza, v.3, n. 12, p.733-742, 2007.

FELICIANO, Cleusa; CHRISTEN, Kelly; VELHO, Manuela Beatriz. **Câncer de Colo Uterino: Realização do exame colpocitológico e mecanismos que ampliam sua adesão.** Rev Enferm. UERJ, Rio de Janeiro, p.75-79, jan/mar; 2010.

FERREIRA, M. S. M. **Motivos que influenciam a não realização do exame de Papanicolaou segundo a percepção de mulheres.** Escola Anna Nery Revista de Enfermagem. v. 13, n 2, p. 378-384, 2009.

HACKENHAAR, A. A. ; CESAR, J. A. ; DOMINGUES, M. R. **Exame citopatológico de colo uterino em mulheres com idade entre 20 e 59 anos em Pelotas, RS.** Revista Brasileira de Epidemiologia. v. 9, n. 1, p. 103-111, 2006.

JORGE, R. J. B. et al. **Fatores associados a não realização periódica do exame Papanicolaou.** Rev Rene, Fortaleza, v. 3, n. 12, p.606-612, jul/set, 2011.

LUCENA, L. T. et al. **Fatores que influenciam a realização do exame preventivo do câncer cérvico-uterino em Porto Velho, Estado de Rondônia, Brasil.** Revista Pan-amazônica de Saúde, s.l., v. 2, n. 2, p.45-50, jun. 2011.

MATÃO, M. E. L. et al. **Percepção das mulheres acerca do exame colpocitológico.** Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro, Goiás, v. 1, n. 1, p.47-58, jan/mar; 2011.

MOURA, A. D. A. et al. **Conhecimento e motivações das mulheres acerca do exame de Papanicolaou: subsídios para a prática de enfermagem.** Rev Rene, Fortaleza, v. 11, n. 1, p.94-104, jan/mar. 2010.

NAKAGAWA, J. T. T.; SCHIRMER, J.; BARBIERI, M. **Vírus HPV e câncer de colo de útero.** Rev. bras. enferm., v.63, n.2, p.307-311, 2010.

NETO, J. F. R. ; FIGUEIREDO, M. F. S. ; SIQUEIRA, L. G. **Exame citopatológico do colo do útero: fatores associados a não realização em ESF.** Revista Eletrônica de Enfermagem. v. 10, n. 3, p. 610-621, 2008.

OLIVEIRA, M. M. H. N. et al. **Cobertura e fatores associados a não realização do exame preventivo de Papanicolaou em São Luís, Maranhão.** Rev Bras Epidemiol, São Luís, v. 3, n. 9, p.325-334, 2006.

ORMONDE JUNIOR, J. C.; OLIVEIRA, L. D.; SÁ, R. M. **Fatores de adesão e não adesão das mulheres ao exame colpocitológico.** Revista Eletrônica Gestão & Saúde, Mato Grosso, v. 6, n. 1, p.184-200, 2015.

RAFAEL, R. M. R.; MOURA, A. T. M. S. **Barreiras na realização da colpocitologia oncótica: um inquérito domiciliar na área de abrangência da Saúde da Família de Nova Iguaçu.** Rio de Janeiro, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p.1045-1050, maio 2010.

REIS, A. A. A. et al. **Papilomavírus humano e saúde pública: prevenção ao carcinoma de cérvix uterina.** Ciência & Saúde Coletiva. v. 15, n. 1, p. 1055- 1060, 2010.

REIS, A. A. S. **O papel do Papiloma vírus humano na carcinogênese dos tumores de pênis: uma abordagem epidemiológica e molecular.** 2005. 136 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Biologia, Instituto de Ciências Biológicas, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2005. Disponível em: <https://portais.ufg.br/up/101/o/diss_angelaAdamski.pdf>. Acesso em: 24 fev. 2017.

RODRIGUES NETO, J. F.; FIGUEIREDO, M. F. S.; SIQUEIRA, L. G. **Exame citopatológico do colo do útero: fatores associados a não realização em ESF.** Revista Eletrônica de Enfermagem, Montes Claros, v. 10, n. 3, p.610-621, 2008.

SALCI, M.A; SALES C.A; MARCON S.M. **Sentimentos de mulheres ao receber o diagnóstico de câncer.** Rev Enferm UERJ; v. 17., n. 1, p.46-51, 2009.

SANTOS, M. S.; MACÊDO, A. P. N.; LEITE, M. A. G. **Percepção de usuárias de uma unidade de saúde da família acerca da prevenção do câncer do colo do útero.** Rev. Aps: Juiz de Fora, v. 13, n. 3, p.310-319, jul./set; 2010.

VASCONCELOS, C. T. M. et al. **Conhecimento, atitude e prática relacionada ao exame colpocitológico entre usuárias de uma unidade básica de saúde.** Rev Latino-am Enfermagem, Ceará, v. 19, n. 1, 9 telas, jan-fev., 2011.

VILASBÔAS, A. L. Q. **Planejamento em Saúde e Práticas Locais.** 3. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/Epsjv /proformar, 2004. 68 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **National cancer control programmes: policies and managerial guidelines.** 2.ed. Geneva: WHO, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Programmes and projects. Cancer. **Screening and early detection of cancer.** Disponível em: <<http://www.who.int/cancer> >. Acessado em 19/02/2017.

ESTRATÉGIAS DE ACOLHIMENTO AO PÚBLICO LGBT NA ATENÇÃO BÁSICA

Marianna Barros de Loiola Rêgo

Centro Universitário Uninovafapi
Teresina- Piauí

Maria da Consolação Pitanga de Sousa

Centro Universitário Uninovafapi
Teresina- Piauí

Adélia Dalva da Silva Oliveira

Centro Universitário Uninovafapi
Teresina- Piauí

Liliam Mendes de Araújo

Centro Universitário Uninovafapi
Teresina- Piauí

RESUMO: O acolhimento é uma prática que reconhece o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde, sendo assim de extrema importância dentro dos dispositivos de saúde, a destacar a Atenção Básica, sob o enfoque da Estratégia Saúde da Família. O estudo objetivou identificar as estratégias de acolhimento ao público LGBT na Atenção Básica, como também descrever estas estratégias. Trata-se de uma pesquisa de campo, do tipo descritiva, com uma abordagem qualitativa, realizada com 11 Enfermeiras da Atenção Básica. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas, organizados em categorias de análise, a saber: Estratégias de acolhimento realizadas pelos (as) enfermeiros

(as) para a população geral; Estratégias de acolhimento realizadas pelos (as) enfermeiros (as) para a população LGBT. Os resultados evidenciaram que as Enfermeiras não realizam nenhuma estratégia de acolhimento ao público LGBT, bem como não veem necessidade de tal medida em saúde, e que necessitam de melhor capacitação para realizar atendimento específico para essa população. Conclui-se que o processo de acolhimento não está se desenvolvendo como preconiza o Ministério da Saúde e os profissionais não encontram-se capacitados e motivados para realizar estratégias de acolhimento à população LGBT, desvalorizando assim a promoção da saúde e prevenção de agravos.

PALAVRAS-CHAVE: Acolhimento. Estratégia Saúde da Família. Enfermagem. Gênero e Saúde.

ABSTRACT: Hosting is a practice that recognizes what the other brings as legitimate and unique health need. Being of extreme importance within the health devices, here is highlighted the primary care, with a focus on the strategy 'Saúde da Família'(Family health). The study aimed to identify strategies of hosting directed to the LGBT public in Primary Care, as well as describe these strategies. This is a field research, descriptive, with a qualitative approach, carried out with 11 nurses of primary

care in the city of Teresina, Piauí. The data were collected through semi-structured interviews, organized into categories for analysis, such as: hosting strategies carried out by nurses for the general population; hosting strategies carried out by nurses for the LGBT population. The results showed that the nurses do not implement any strategy to host properly the LGBT public, as well as they believe there is no need for such measure in Health, and that they need better training to perform specific care for this population. It was concluded that the nurses do not implement hosting strategies to LGBT people, they are not trained to do so, reality that diminish health promotion and disease prevention.

KEYWORDS: Hosting; Family Health Strategy; Nursing; Gender; Health

1 | INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) tem como objetivo geral contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do SUS, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população (ROSA; LABATE, 2005).

Para o Ministério da Saúde, a ESF visa atender indivíduo e a família de forma integral e contínua, com ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, reorganizando a prática assistencial, que deixa de ser centrada no hospital, e passa a focar a família em seu ambiente físico e social (BRASIL, 1997).

O caderno de Atenção Básica número 28, ressalta sobre o acolhimento a Demanda Espontânea, destacando que as equipes de saúde da atenção básica, na forma de seus trabalhadores, têm que estar abertos para perceber as peculiaridades de cada situação que se apresenta na rotina de trabalho, buscando gerenciar os tipos de recursos e tecnologias que ajudem a aliviar o sofrimento, melhorar e prolongar a vida, evitar ou reduzir danos, (re)construir a autonomia e melhorar as condições de vida, favorecendo assim a criação de vínculos positivos e diminuindo o isolamento e abandono (BRASIL, 2011).

Segundo a Política Nacional de Humanização – PNH, o acolhimento busca o fortalecimento da relação entre equipes/serviços e usuários/ populações, tendo como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede socioafetiva (BRASIL, 2004).

Logo, a humanização é entendida como estratégia de interferência no processo de produção de saúde, levando-se em conta que sujeitos sociais, quando mobilizados, são capazes de transformar realidades transformando-se a si próprios nesse mesmo processo. Trata-se, então, de investir na produção de um novo tipo de interação entre os sujeitos que constituem os sistemas de saúde e deles usufruem, acolhendo tais

atores e fomentando seu protagonismo (BRASIL, 2004).

Segundo Coelho (2009), o acolhimento favorece a construção de uma relação de confiança e respeito para com o usuário que busca o atendimento. Logo, para Teixeira (2006), o acolhimento deveria ser dialogado, como uma técnica de conversa passível de ser operada por qualquer profissional, em qualquer momento de atendimento, isto é, em qualquer dos encontros, que são enfim, os ‘nós’ dessa imensa rede de conversações que são os serviços. Entendendo-se que o acolhimento dialogado é aquele em que o profissional se disponibiliza a escuta aberta e ao diálogo sem julgamentos de valores e preconceitos, com o usuário, na tentativa de conhecê-lo e, assim, de buscar soluções que satisfaçam suas necessidades.

Coelho (2009) ainda ressalta que o acolhimento deve se expandir a todos os profissionais envolvidos no atendimento. Por estarem em contato integral com os usuários, os trabalhadores de saúde devem criar e fortalecer o vínculo com a clientela pertencente a sua área de atuação, além de conhecer as características, necessidades e problemas relacionados à saúde dessa comunidade, podendo assim prestar um atendimento integral, equânime e proporcional às necessidades e determinantes de saúde dessa população.

No que se refere ao conceito de gênero, Scott(1990), afirma que é uma construção de atitudes, expectativas e comportamentos sociais, tendo por base o que a sociedade define como seus valores. Constitui-se o conceito do que é ser homem e mulher pela ação da família, da escola, do grupo de amigos, das instituições religiosas, do espaço de trabalho, dos meios de comunicação etc. Logo, essas noções são “construídas” em um meio social e podem igualmente ser “desconstruídas”. Gênero diz respeito também ao poder nas relações interpessoais, hierarquizando e valorizando o masculino em detrimento do feminino.

Quanto à identidade de gênero refere-se à profunda experiência interna e individual do gênero de cada indivíduo, que pode ou não corresponder ao sexo atribuído no nascimento, incluindo desde senso pessoal do corpo, que pode envolver, por livre escolha, modificação da aparência ou função corporal por meios médicos, cirúrgicos ou outros, e outras expressões de gênero, inclusive vestimenta, modo de falar e maneirismos (BRASIL, 2010).

Já a orientação sexual refere-se à capacidade de cada indivíduo de ter interesse emocional, afetivo ou sexual por indivíduos de sexo diferente (heterossexual), do mesmo sexo (homossexual) ou de ambos os sexos (bissexual) (BRASIL, 2010).

O Caderno de Atenção Básica – Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva, define sexo como um conjunto de características genótípicas e biológicas, enquanto atribui ao gênero um caráter social e histórico, compreendendo um sistema de atributos sociais – papéis, crenças, atitudes e relações entre mulheres e homens – não determinados pela biologia, mas pelo contexto social, político e econômico. Esses atributos contribuem para orientar o sentido do que é ser homem ou ser mulher na sociedade (BRASIL, 2010)

Arán (2006) corrobora com essa ideia ao afirmar que o sexo é algo definido pela natureza, fundamentado no corpo orgânico, biológico e genético, e em quanto que o gênero é algo que se adquire por meio da cultura. Compreensão que se baseia na percepção de que o sexo — homem ou mulher — como um dado natural, a-histórico, e de que o gênero é uma construção histórica e social.

A identidade de gênero refere-se à maneira como alguém se sente e se apresenta para si e para os demais, podendo ser como homem, mulher ou ainda uma mescla de ambos, independentemente do sexo biológico e da orientação sexual (JESUS, 2008).

Torna-se assim, indispensável à reflexão sobre questões relacionadas a gênero no contexto da saúde, visto que muitos profissionais ainda têm a heterossexualidade como a expressão considerada padrão na sociedade, para as relações afetivas e sexuais. Desta forma, é importante que os profissionais de saúde, tenham conhecimento sobre gênero e diversidade sexual, a fim de romper com a visão unilateral. Isto posto, percebe-se que as pessoas lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, poderão ter um atendimento integral, reduzindo os agravos de doença.

A população LGBT vem garantindo seus direitos há muitos anos, através das reivindicações, e uma das conquistas pioneiras foi o Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLTB (Gays, Lésbicas, Transgêneros e Bissexuais) e de Promoção da Cidadania de Homossexuais o “Brasil sem Homofobia”, que se constituiu uma das bases fundamentais para ampliação e fortalecimento do exercício da cidadania no Brasil. Essas conquistas torna-se um marco histórico na luta pelo direito à dignidade e pelo respeito à diferença, trazendo à sociedade a consolidação de avanços políticos, sociais e legais tão duramente conquistados por esta parcela da população (CONSELHO, 2004).

Em 2012, a Política Nacional de Atenção Integral a população LGBT surgiu com o objetivo de promover a saúde integral da população LGBT, eliminando a discriminação e o preconceito institucional, contribuindo assim para a redução das desigualdades e para a consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo, atendendo aos princípios que são norteadores do SUS (BRASIL, 2012).

O reconhecimento dos efeitos da discriminação e da exclusão no processo de saúde-doença da população LGBT é um dos destaques na política LGBT, visto que a não adequação de gênero com o sexo biológico ou à identidade sexual não heteronormativa tem seus direitos humanos básicos agredidos e muitas vezes se encontra em situação de vulnerabilidade (CARDOSO; FERRO, 2012).

Quanto às diretrizes e os objetivos da Política LGBT estão, voltados para mudanças na determinação social da saúde, com vistas à redução das desigualdades relacionadas à saúde deste grupo social, trazendo à tona a questão dos determinantes sociais, que frente ao modelo biomédico ainda bastante prevalente perfaz uma discussão que dá autonomia e responsabilidade para a sociedade de sua saúde (BRASIL 2012).

A Política vem para consolidar o compromisso do SUS com a universalidade, a

integralidade e com a efetiva participação da comunidade. Com atendimento igualitário a todos, sem distinção de raça ou cor, bem como de orientação sexual. Contemplando ações voltadas para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, e incentivando à produção de conhecimentos e o fortalecimento da representação do segmento nas instâncias de participação popular (BRASIL, 2012).

Um dos fundamentos para a humanização na promoção, proteção, atenção e no cuidado à saúde é o respeito sem preconceito e sem discriminação. Para a efetivação da Política LGBT deve ser articulado um conjunto de ações e programas, que constituem medidas concretas a serem implementadas, em todas as esferas de gestão do SUS. Este processo de implementação deve ser acompanhado, pelos respectivos conselhos de saúde e apoiado, de forma permanente, pela sociedade civil, que deve exigir seus direitos relacionados à saúde, buscando eliminar as formas de discriminação e exclusão social, promovendo a democracia social, ampliando a consciência sanitária com mobilização em torno da defesa, do direito à saúde e dos direitos sexuais como componente fundamental para a construção da saúde (BRASIL, 2012).

Para que essas medidas sejam efetivadas se faz necessária à adoção de mecanismos gerenciais e de planejamento para a promoção de equidade em saúde, por meio de: grupos em condições de vulnerabilidade; instituição de espaços de promoção de equidade em saúde; produção de informação e comunicação em saúde; desenvolvimento de estratégias voltadas para a implementação de ações intersetoriais, com interfaces nas questões de saúde desta população, por meio da articulação com os órgãos corresponsáveis.

Outras medidas também importantes a serem realizadas, é quanto ao estímulo à participação do movimento social LGBT nos conselhos e conferências de saúde; o aperfeiçoamento dos sistemas de informação, inserindo os quesitos orientação sexual e identidade de gênero; a realização de estudos e pesquisas sobre a situação de saúde dessa população; o enfrentamento do preconceito e da discriminação de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais nos serviços de saúde.

Ainda sobre a garantia de direitos, deve ser assegurado o uso do nome social de travestis e transexuais nos serviços de saúde, como posto de acordo com a Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009, que dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde (Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde).

Bem como o desenvolvimento de estratégias para que a gestão, na rede de atenção do SUS instalada, da atenção primária à alta complexidade, que possa qualificar os profissionais de saúde para atender as especificidades da população LGBT; desenvolvimento de estratégias que construam abordagens e intervenções específicas para a população LGBT na rede ampliada de Atenção à Saúde Mental, Álcool e outras Drogas.

Assim, a política estabelece que deve haver a qualificação do atendimento adequado à população LGBT, considerando a Política Nacional de Saúde Integral

da População LGBT, e as Políticas de Saúde que intersectoralizam com as questões ligadas à população LGBT, garantindo a integralidade da atenção; e a ampliação do Processo Transexualizador, em articulação com gestores estaduais e municipais de saúde. Logo, todos os profissionais, na atenção básica devem ser qualificados para trabalhar com a população LGBT (BRASIL, 2012).

O presente estudo teve como objetivos identificar e descrever as estratégias de acolhimento ao público LGBT na Atenção Básica realizadas por profissionais Enfermeiros.

2 | MÉTODOS

A pesquisa possui uma abordagem qualitativa, descritiva. O cenário do estudo foram sete Unidades Básicas de Saúde – UBS de uma capital do nordeste do Brasil. Participaram da pesquisa 11 enfermeiras. Primeiro foram selecionadas as UBS, e posteriormente os enfermeiros (as) de 4 (quatro) unidades de saúde, de três regionais. As enfermeiras foram entrevistadas, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. Inicialmente, foram selecionadas 12 enfermeiras, mas com o critério de saturação de falas, as entrevistas se concluíram com apenas 11 profissionais.

Os critérios de inclusão utilizados para entrevistar as enfermeiras foram: enfermeiros (as) efetivos há mais de um ano; de qualquer idade ou gênero. Foram excluídos enfermeiros (as) com tempo de atuação na Atenção Básica menor que um ano e com contrato temporário.

As entrevistas foram realizadas no período de maio a junho de 2016, utilizando como técnica de produção um roteiro de entrevista semiestruturado.

As entrevistas com as enfermeiras ocorreram dentro de uma sala na UBS, com a presença apenas da pesquisadora e do (a) entrevistado (a), e de forma pré-agendada. A participação foi de livre escolha, mesmo depois de assinado o termo de consentimento livre e esclarecido.

A pesquisa foi pelo Comitê de Ética em Pesquisa(CEP) do Centro Universitário Uninovafapi, onde recebeu parecer favorável sob o CAAE de nº53928416.3.0000.5210. O anonimato dos (as) participantes foi garantido pela identificação dos (as) mesmos (as) por nomes de cor para as enfermeiras.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados estão organizados em três categorias temáticas, a saber: Estratégias de acolhimento realizadas pelos (as) enfermeiros (as) para a população geral; Estratégias de acolhimento realizadas pelos (as) enfermeiros (as) para a

população LGBT; Percepção dos (as) usuário (as) LGBT sobre o atendimento nas Unidades Básicas de Saúde da Família.

As enfermeiras têm faixa etária entre 28 e 53 anos, sendo todas do gênero feminino. O tempo de serviço na Atenção Básica variou de 2 a 26 anos. Dentre as profissionais, apenas uma não possuía especialização em Saúde da Família e três são mestres em Enfermagem.

Estratégias de acolhimento realizadas pelos (as) enfermeiros (as) para a população geral

Para Garuzi (2014), o acolhimento é uma etapa do processo de trabalho em saúde, podendo ser realizado em um espaço físico determinado e por meio de uma equipe designada para atender à demanda da população adscrita, ou seja, o acolhimento passa a ser pensado como uma “relação de ajuda”, em que os usuários são aqueles que procuram ajuda, sendo simultaneamente “objetos e agentes da ação”, pois opinam e tomam decisões.

Logo, entende-se o acolhimento como um dispositivo que promove a articulação de diferentes atividades num espaço coletivo de conversações entre profissionais e usuários. Desse modo, o acolhimento não se faz apenas na porta de entrada das unidades de saúde, mas deve estar presente em todo o percurso dentro da Atenção Básica (GARUZI, 2014).

Souza *et al* (2008) retrata que no contexto atual de construção do SUS, é fundamental que sejam potencializados caminhos trilhados e experimentados, a exemplo da proposta de acolhimento, como diretriz operacional dos serviços de saúde. Ou seja, que o acolhimento deve ser uma das grandes forças motriz de trabalho dentro do SUS, destacando-se a Atenção Básica por se configurar como a porta de entrada a rede de serviços de saúde.

Apesar do aparato legal do SUS que legitima o acolhimento nos serviços de saúde para todas as pessoas independente de sexo, identidade de gênero, raça, cor, escolaridade, dentre outras, ainda está restrito na atenção básica para populações pré estabelecidas pelo Ministério da Saúde como prioritárias, a exemplo das gestantes, idosos, crianças, como também pessoas com algumas patologias como a diabetes, hipertensão, dentre outras, conforme as falas das enfermeiras sobre as estratégias de acolhimento realizadas a população em geral, nas UBS.

“Na unidade quando qualquer paciente chega, ele é recebido primeiramente pelos funcionários do SAME, e esses funcionários direcionam os atendimentos pro médico, enfermeiro e pro dentista. Tem o dia da marcação, por medico e pro enfermeiro é diária, e pro dentista é semanal, mas são demandas programadas, não são atendimentos gerais não. As minha são todas programadas, porque um dia é puericultura, outro dia hipertensão, o outro dia é citologia, o outro dia é visita, então é tudo programado”(Laranja).

“Aqui tem uma agenda pré estabelecida né, onde tem o dia do hipertenso, dia da gestante, dia do diabético, dia da criança, mas como a gente atende uma

comunidade muito carente da.., a gente tem uma livre demanda, só não atende realmente se não der, mas sempre que a pessoa chega, claro que não é todo mundo né, mas sempre que chega uma, duas pessoas todos os dias com alguma queixa a gente ajeita pra ser atendido porque além das pessoas serem muito carentes, é distante, o acesso a saúde como a gente fala não é muito fácil.” (Rosa)

“Qualquer usuário que chega no posto de saúde ele é recebido no SAME, então a orientação no nosso posto é escuta inicial, essa escuta inicial independente de tá marcado ou não pro paciente, é feito essa escuta no SAME e posteriormente encaminhado pro Enfermeiro ou técnico de Enfermagem, porque se não tiver apazada nenhuma consulta, a gente faz essa escuta inicial no próprio consultório.” (Azul)

“Como eu tô dizendo, é todo mundo que chega, cada dia a gente tem um grupo de acolhimento, o dia do hipertenso, dia de gestante, e a acolhida é igual pra todo mundo.” (Verde)

“É toda a população, por exemplo tem dia que é dia de criança, acolhe criança, idoso, gestante, mulher em planejamento familiar, visita dos acamados, vacinas. Na visita a gente faz a consulta e dá as vacinas.” (Marrom)

Segundo Brasil (2012) a UBS deve possibilitar o acesso universal e contínuo de qualidade e resolutivo, caracterizada como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde, bem como o estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento.

Assim, organização e funcionamento do serviço de saúde devem partir da ideia de que a unidade de saúde deva receber e ouvir todas as pessoas que procuram os seus serviços, de modo universal e sem diferenciações excludentes (BRASIL, 2012). No entanto, o que é relatado pelas profissionais entrevistadas é outra realidade, na qual os profissionais atrelam sua atuação apenas a demanda preestabelecida, focada no modelo biomédico e não no modelo de promoção da saúde e prevenção de agravos como recomenda os princípios do SUS para a Atenção Básica.

A Política Nacional da Atenção Básica traz como princípio organizativo que os profissionais observem critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, bem como necessidade de saúde ou sofrimento dos usuários do SUS devem ser acolhidos (BRASIL, 2012).

No entanto, essa prática não é observada nas falas dos profissionais, que relatam como foco principal um modelo de atendimento engessado nos moldes tradicionais, heteronormativos e sexistas, visto que o atendimento se restringe a idosos, crianças e mulheres grávidas, tornando invisíveis as demandas de outras parcelas da população, como por exemplo, a população LGBT. Logo, o atendimento que deveria ser igual para todos de acordo com as necessidades de cada um, segundo o princípio da equidade do SUS, não está sendo concretizado, conforme observado nos depoimentos das enfermeiras.

Outro aspecto que se deve destacar é que o atendimento realizado pelo SAME (Serviço de Arquivo Médico e Estatística) faz parte do acolhimento humanizado, mas não restringe-se apenas a essa área da Unidade Básica de Saúde, o acolhimento

deve ser realizado por todos os que compõem esse dispositivo de atenção básica, do porteiro até o profissional médico e enfermeiro. Esse acolhimento integral estimula os usuários a procurarem novamente a UBS quando precisarem, pois estarão certos de que suas demandas serão escutadas e acolhidas.

Ainda sobre o acolhimento integral, Garuzi(2014) afirma que a assistência alicerçada na equipe multiprofissional torna-se um elemento de grande valia, uma vez que a ideia interdisciplinar incorporada pela equipe multiprofissional permite a prestação do cuidado integral, tornando essas práticas, e em particular a do acolhimento, significativas nas relações afetivas entre os atores envolvidos (profissionais e usuários).

Logo, o acolhimento também se constitui como uma ferramenta para criação de vínculos da população com os profissionais, sendo inclusive uma forma de atrair os usuários para o serviço. No entanto, um acolhimento que não é realizado de forma efetiva torna-se pouco atrativo e até mesmo desestimulante para os usuários, como a população LGBT.

Embora existam legislações que determinam o acolhimento à população LGBT nas UBS, como por exemplo, a Política Nacional de Atenção Integral à População LGBT, para atender estas pessoas de forma integral, sobretudo, considerando suas particularidades de acordo com as identidades de gênero, respeitando assim o princípio da equidade do SUS, o acolhimento ainda não atende esta população conforme preconizado pela legislação.

As falas das enfermeiras a seguir demonstram o desconhecimento da legislação, por parte das profissionais para acolher as pessoas LGBT, nas Unidades Básicas de Saúde.

Nunca vi não, não vi essa política não. Sei que existe, mas não vi. (Laranja)

Não conheço. (Azul)

Não, não conhecemos essa política. (Verde)

Não, te confesso que eu nunca li. Eu andei participando de alguns eventos, algum seminário que tem ou que eu vi assim, mas eu nunca particularmente estudei nem li sobre isso não. (Vinho)

Não, não fizemos nenhuma capacitação pela fundação á esse respeito. (Vermelho)

Assim, de fato não sei assim diretamente assim o que é esse acolhimento não, é uma coisa nova pra mim, porque nenhum dos postos eu trabalhei, onde pegava isso aí, porque sempre eu trabalhei na zona rural aí geralmente não tem esse tipo de atendimento, acolhimento. (Amarelo)

Não tem nenhuma especifica, a gente não teve nenhuma especifica com os profissionais pra esse público. (Marsala)

As falas das enfermeiras entrevistadas relatam desconhecimento sobre a política de saúde para a população LGBT. Diante deste fato, pode-se inferir que esse desconhecimento poderá levar ao despreparo destas profissionais para o acolhimento às pessoas LGBT, sobretudo, invisibilizando-os nos serviços de saúde. Isto também poderá gerar certo distanciamento dos profissionais de saúde com a população LGBT e vice versa, na atenção básica, desrespeitando assim os direitos à saúde das lésbicas,

gays, bissexuais, travestis e transexuais.

Cardoso e Ferro (2008) afirmam que o desconhecimento dos(as) profissionais de saúde acerca da identidade de sexo e de gênero leva a um déficit de encaminhamentos pertinentes a saúde da população LGBT. O desconhecimento também da rede de apoio e da política de saúde para os LGBT, além da generalização desta problemática, pode configurar uma barreira destes aos serviços de saúde de forma integral.

Outro depoimento que chamou bastante atenção foi quanto à fala da enfermeira, identificada pela cor amarela, que deixa claro que ela não compreende nem mesmo o que vem a ser o acolhimento e como atuar de forma humana, trazendo à tona uma realidade, que é a falta de preparo e capacitação dos profissionais tanto na zona rural como urbana. Isto demonstra uma falha dos órgãos governamentais, quando não capacitam os profissionais da saúde para atender as demandas sociais de acordo com as políticas voltadas para populações específicas, como a LGBT.

De acordo com a Política Nacional de Saúde Integral à População LGBT, deve-se qualificar a rede de serviços do SUS para a atenção e o cuidado integral à saúde da população LGBT, sendo de competência das secretarias municipais de saúde implementar a Política Nacional de Saúde Integral LGBT no Município, incluindo metas de acordo com seus objetivos; incluir conteúdos relacionados à saúde da população LGBT, no material didático usado nos processos de educação permanente para trabalhadores de saúde (BRASIL, 2013).

No eixo 3 da referida política é exposto ainda como responsabilidade das secretarias dos municípios a inclusão de ações educativas nas rotinas dos serviços de saúde voltadas à eliminação do preconceito por orientação sexual, identidade de gênero, raça, cor e território (BRASIL, 2013).

O que a entrevistada identificada na cor rosa relata é uma realidade possível desde 2008, que é o processo de Transsexualização disponível pelo Sistema Único de Saúde.

[..]Já vi alguma coisa na televisão, muito vagamente. Sábado mesmo eu assisti um programa da tv... uma entrevista de duas medicas, uma psicóloga e uma mãe que tem um filho, eles deram lá um nome, meio que transformado, não era transformista, outro nome, nome científico, [...] que eu nem sabia, mesmo sendo da área da saúde há muitos anos, 20 anos já [...] mas eu não sabia que tem um médico no HGV que atende, uma médica que atende só essas pessoas, assim você dá o encaminhamento pra essa especialista tanto na abordagem como na questão de uma possível prótese, é uma mudança de sexo, eu não sabia que tinha esse programa [...] (Rosa)

A portaria do Ministério da Saúde nº 1.707/2008 institui, no âmbito do SUS, o processo transsexualizador retratando que a orientação sexual e a identidade de gênero são fatores reconhecidos pelo Ministério da Saúde como determinantes e condicionantes da situação de saúde, não apenas por implicarem práticas sexuais e sociais específicas, mas também por expor a população GLBT (Gays, Lésbicas,

Bissexuais, Travestis e Transexuais) a agravos decorrentes do estigma, dos processos discriminatórios e de exclusão que violam seus direitos humanos, dentre os quais os direitos à saúde, à dignidade, à não discriminação, à autonomia e ao livre desenvolvimento da personalidade (BRASIL, 2008).

No que se refere à realização das estratégias de acolhimento para a população LGBT, as falas das enfermeiras revelam que não há nenhuma realizada, conforme as falas a seguir:

Especificamente pra esse, pra o grupo, não fazemos nenhum acolhimento específico, o acolhimento ele é geral, igual pra todos os pacientes que chegam na unidade, não fazemos nenhum específico só pra esse grupo LGBT não. (Laranja)

Tem não. É livre demanda mesmo, eles agendam e vem, eles quase não veem ao posto. Nós temo alguns que tem prótese, assim, que são mais assumidos mesmo desse grupo, e eles não vem muito no dia normal porque eles tem acho que vergonha das outras pessoas. (Rosa)

Pois é, não existe assim específico acolhimento pra esse usuário né, porque a gente vê é a população como um todo [...] (Azul)

é igual pra todo mundo, se vier algum desse grupo, terá a mesma forma de tratamento que os outros, mas a gente não tem nada específico não e mesmo porque eu não me lembro de ter atendido nenhum. (Verde)

Bom a gente não faz é, não tem nenhum tipo de preconceito, então eles são tratados como usuários que não tem diferenciação, são tratados como usuários normais, eles são usuários normais na verdade né, mas eles são como qualquer outro usuário são tratados da mesma forma. (Vermelho)

De acordo com Brasil (2011), em processos de implantação ou reestruturação das práticas de acolhimento da demanda espontânea, é recomendável considerar diferentes sentidos relacionados ao acolhimento. Desta forma, o acolhimento aos LGBT deve ser considerado as suas particularidades, pertinentes a cada identidade de gênero, para que estes se sintam acolhidos nos serviços de saúde, caso contrário, estes não irão busca-los, visto que não estão preparados para atendê-los(as).

No tocante a questão da sexualidade, Potter (2013) ressalta que as enfermeiras que não julgam seus pacientes e que têm uma base de conhecimento sólida ajudam a desencorajar mitos e prestam cuidados de enfermagem que incluem a atenção à orientação sexual da pessoa, bem como a todas as necessidades decorrentes da vida diária. A sexualidade muitas vezes é emocionalmente pesada para enfermeiras e pacientes, podendo leva-las a evitarem discutir questões sexuais com seus pacientes por falta de informação ou por ter valores diferentes de seus pacientes. Desta forma, pode-se verificar que de acordo com as falas das enfermeiras entrevistadas, estas possuem dificuldade de dialogar sobre sexualidade, sobretudo pela falta de conhecimento.

Neste sentido, as enfermeiras que têm dificuldades em discutir temas relacionados à sexualidade precisam explorar o seu desconforto e desenvolver um plano para enfrenta-lo. Se a enfermeira está desconfortável com temas relacionados à sexualidade é improvável que o paciente compartilhe suas preocupações sexuais com ela. (POTTER, 2013)

Não tem diferença não, é a mesma estratégia pra todo mundo, é mesa de acolhimento, não tem diferença não. Nós temos a procura desse público pra consulta médica, o Dr X atendia muito, muito mesmo, mas não tem nada especial, não é tratado diferenciado, nem pra ruim nem pra bom, ele é tratado como todo mundo é tratado. (Vinho)

Na verdade aqui no posto a gente não tem um acolhimento específico só pra o grupo LGBT visto que segundo a constituição todos nós somos iguais, então tanto faz chegar aqui pessoas LGBT como não LGBT, a gente vai fazer o acolhimento independente né do sexo, da idade e da opção sexual das pessoas. (Lilás)

[...] uma vez uma menina chegou perguntando: -Doutora, é assim que ele quer que eu faça, eu digo olha, você gosta de fazer assim(?). [...]É isso que eu digo, eu oriento dessa forma, hoje em dia a gente tem que só acolher, ai eu orientava, se ele quer atrás e depois quer na outra parte vaginal, primeiro peça pra ele fazer na parte vaginal, que é a parte menos contaminada, que é o normal pra todo mundo, depois ele faz a outra, porque se ele faz primeiro na outra, ai ele vai lhe contaminar, o normal é na vagina e sempre usando camisinha, ele usando camisinha. (Marrom)

A enfermeira identificada pela cor marrom em sua fala mostra uma visão heteronormativa e preconceituosa ao afirmar que “o normal é a vagina”, sendo que enquanto profissional de saúde deve ser capaz de acolher sem julgamentos e conceitos pré-determinados socialmente, os seus pacientes usuários dos dispositivos de saúde do SUS, principalmente sendo na Atenção Básica que se constitui como porta de entrada à rede.

A concepção de “normalidade” atrelada ao sexo vaginal exclui os homens que fazem sexo com homens, das diversas identidades sexuais, como os gays, travestis e transexuais, além de também excluir a prática sexual anal, por casais heterossexuais. A concepção de prática sexual heteronormativa na sociedade brasileira é resultante da construção cultural arraigada a padrões e regras heteronormativas (PARANÁ, 2009)

Frente a isso percebe-se que o corpo passam por um processo de fabricação, no qual estão imbricados valores, normas, regras que conduzem a uma visão de mundo marcadamente heterossexual, a qual deve ser, naturalmente, aceita (JESUS, 2012). Levando assim a um processo de naturalização do que é propriamente ser humano.

Segundo Cardoso e Ferro (2012), as transformações das redes de saúde para o melhor atendimento à população LGBT, depende do modo de pensar e agir dos(as) profissionais da saúde, visto que as questões culturais advindas do padrão heterossexual influenciam de modo subjetivo dos(as) profissionais a essa população.

[...] ninguém é igual, principalmente que a gente tá vendo hoje em dia que as pessoas estão saindo de um pra outro, daqui a pouco eu não sei, daqui uns dias, futuramente, a previsão é que quase todas as pessoas sejam bi, porque corre pros dois lados, mas a gente jamais condena [...] (Marrom)

Nesta outra fala, a enfermeira identificada pela cor marrom apresenta um julgamento de valor inconsciente e um despreparo para o atendimento humanizado e acolhedor a população LGBT, demonstrando desconhecimento sobre o que é orientação sexual.

A Orientação Sexual refere-se à capacidade de cada pessoa de ter uma profunda atração emocional, afetiva ou sexual por indivíduos de gênero diferente, do mesmo gênero ou de mais de um gênero, assim como ter relações íntimas e sexuais com essas pessoas (Yogyakarta, 2006). Ou seja, diferente do que é percebido pela enfermeira entrevistada identificada pela cor Marrom, a orientação sexual não vem a ser uma questão de escolha, ou opção. Visto que quando o sujeito se identifica como sendo homossexual, bissexual, travesti ou transexual é a sua orientação sexual.

A Política Nacional de Atenção Integral a População LGBT destaca ainda que a discriminação por orientação sexual e por identidade de gênero incide na determinação social da saúde, no processo de sofrimento e adoecimento decorrente do preconceito e do estigma social reservado às populações de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (BRASIL, 2012).

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados encontrados são semelhantes aos de outros estudos realizados e a realidade do dia a dia das unidades básicas de saúde em estudo assemelha-se as outras realidades no país.

O processo de acolhimento não está se desenvolvendo como preconizado pelo Ministério da Saúde, e os profissionais não encontram-se capacitados e motivados para tal. Portanto, a dedicação de cada profissional, a valorização do trabalho em equipe e a capacitação de todos é indispensável para a implementação dessa proposta, fazendo com que esta alcance seus objetivos e resultados satisfatórios.

Neste contexto, pode-se inferir que a ausência de acolhimento na Atenção Básica, seja para a população LGBT ou não, acaba por afastar os usuários do serviço, superlotando as urgências e emergências e desvalorizando a promoção da saúde e prevenção de agravos.

Por fim, é importante chamar atenção do papel da Estratégia Saúde da Família - ESF, para legitimar ações de prevenção de doenças e promoção da saúde, visto que esta representa a porta de entrada para o Sistema Único de Saúde. A ESF é quem deve executar e implementar as ações de prevenção às diversas vulnerabilidades da população LGBT.

Ressalta-se ainda que o (a) enfermeiro (a) tem um papel fundamental na ESF, e que geralmente é o genitor(a) das ações educativas para a promoção da saúde e prevenção das doenças. Destaca-se ainda a necessidade de maior produção científica acerca da temática abordada, visto a literatura encontrada foi pouco expressiva e não abordava o tema sob o enfoque da enfermagem para a população LGBT.

REFERÊNCIAS

- ARÁN, M. A transexualidade e a gramática normativa do sistema sexo-gênero. *Ágora (Rio J.)*, v. 9, n.1, p. 49-63, 2006
- BRASIL. Ministério da Saúde (2013a). **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Brasília, DF.
- BRASIL, Ministério da Saúde(2013b). Conselho Nacional de Saúde. **Comissão Nacional de Ética em Pesquisa**. Plataforma Brasil, DF, 2013.
- BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nos 1/1992 a 68/2011, pelo Decreto Legislativo nº 186/2008 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/1994. 35 ed. Série textos básicos n. 67. Brasília, DF, 454 p, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde (2011). **Cadernos de Atenção Básica nº 28, volume I. Acolhimento a Demanda Espontânea**. Brasília, DF.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. Portaria Nº 1.820, DE 13 DE AGOSTO DE 2009.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, DF, 2004.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família**. Série A Normas e Manuais Técnicos. Brasília, DF, 2008.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Série E. Legislação em Saúde. Brasília, DF, 2012.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial**. Brasília DF, 1997.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva**. Cadernos de Atenção Básica n.26. Brasília, DF, 2010.
- CARDOSO, M. R.; FERRO, L. F. Saúde e População LGBT: Demandas e Especificidades em Questão. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 32, n.3, p.552-563, 2012.
- COELHO, M.O.; JORGE, M. S. B., ARAÚJO M.E. O acesso por meio do acolhimento na atenção básica à saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**. v. 33, n. 3, p. 440-452, 2009.
- CONSELHO NACIONAL DE COMBATE À DISCRIMINAÇÃO (CNCND). **Brasil Sem Homofobia: Programa de combate à violência e à discriminação contra GLTB e promoção da cidadania homossexual**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- JESUS, Beto et al. **Diversidade sexual na escola: uma metodologia de trabalho com adolescentes e jovens**. CORSA/ECOS, 2008
- Sexualidade / Secretaria de Estado da Educação. Superintendência de Educação. Departamento de Diversidades. Núcleo de Gênero e Diversidade Sexual. – Curitiba : SEED – Pr., 2009
- ROSA W. A. G.; LABATE R. C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev Latino-am Enfermagem**. v. 13, n. 6, p. 1027-34, 2005.

SAÚDE, M.(2014). **Norma Técnica 18/2014**. Brasília, 2014.

SCOTT, J. **Gênero: uma categoria útil de análise histórica**. Porto Alegre: Educação e Realidade, 1990.

TEIXEIRA RR. **Humanização e atenção primária à saúde**. Ciênc. saúde coletiva. v. 10, n. 3, p. 585-97, 2005.

Princípios sobre a aplicação da legislação internacional de direitos humanos em relação à orientação sexual e identidade de gênero. Yogyakarta, Indonésia, 2006, p. 7.

JESUS, R. M. B., Revisando concepções: as interfaces entre gênero, sexualidade e a escola. **Revista Temas em Educação**. João Pessoa, v.21, n.2, p. 48-66, 2012

SAÚDE, M.(2013) **PORTARIA Nº 2.803, DE 19 DE NOVEMBRO DE 2013**. Brasília, 2013.

CONSULTA DE ENFERMAGEM À CRIANÇA NA ATENÇÃO BÁSICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Marianna Barros de Loiola Rêgo

Graduada em Enfermagem pelo Centro Universitário UNINOVAFAPI, Teresina-Piauí

Lívia Maria Nunes Campelo

Enfermeira Residente de Saúde da Criança e do Adolescente pela Universidade Estadual de Campinas/UNICAMP - Graduada em Enfermagem pelo Centro Universitário UNINOVAFAPI, Teresina-Piauí

Nayara Fernandes Oliveira

Graduada em Enfermagem pelo Centro Universitário UNINOVAFAPI, Teresina-Piauí

Vanessa Gomes de Sousa

Graduada em Enfermagem pelo Centro Universitário UNINOVAFAPI, Teresina-Piauí

Juliana Macêdo Magalhães

Docente de Enfermagem do Centro Universitário UNINOVAFAPI, Teresina-Piauí

RESUMO: INTRODUÇÃO: A consulta de Enfermagem em Puericultura tem como propósito acompanhar o crescimento e o desenvolvimento infantil, observar a cobertura vacinal, estimular o aleitamento materno, orientar a introdução da alimentação complementar e prevenir as doenças que mais frequentemente acometem as crianças no primeiro ano de vida, como a diarreia e as infecções respiratórias. **OBJETIVO:** Descrever um relato de experiência sobre as atividades

vivenciadas por graduandas de Enfermagem em consultas de Puericulturas na Atenção Básica. **MÉTODOS:** O trabalho consiste em um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, realizado por acadêmicas de Enfermagem no período de estágio da disciplina de saúde da criança e do adolescente em uma Unidade Básica de Saúde da zona sudeste de Teresina-PI, no período de setembro a outubro 2014.

RESULTADO E DISCUSSÃO: Foram realizadas seis visitas domiciliares às crianças. Elas tinham faixa etária entre sete dias a dois anos, das quais quatro do sexo feminino e dois do sexo masculino. Sendo cinco crianças provenientes de família de baixa renda e uma de renda média. Em relação aos problemas de saúde, foram constatados nas crianças problemas como baixo peso, doenças diarreicas, deficiência de vitamina, ferro e infecções respiratórias.

CONCLUSÃO: Com o estudo, foi possível refletir como a consulta de enfermagem auxilia no crescimento e desenvolvimento saudável da criança, reduzindo a morbimortalidade e monitorando os fatores de risco ao nascer e evolutivo, garantindo assim um atendimento de qualidade.

PALAVRAS-CHAVE: Criança. Enfermagem. Cuidado da Criança.

ABSTRACT: INTRODUCTION: The purpose of Child Health Nursing consultation is to

monitor child growth and development, to observe vaccination coverage, to encourage breastfeeding, to guide the introduction of complementary feeding and to prevent the diseases that most frequently affect children in the first year such as diarrhea and respiratory infections. **OBJECTIVE:** To describe an experience report about the activities undergone by Nursing undergraduates in child consultations in Primary Care. **METHODS:** The present study consists of a descriptive study, carried out by Nursing students during the internship developed in the class of child and adolescent health carried out in a Basic Health Unit in the southeast of Teresina-PI, through September to October 2014. **RESULTS AND DISCUSSION:** Six home visits were made to children. They ranged in age from seven days to two years old, of which four were female and two were male. Five of the children were from low-income families and one of a middle-class family. Regarding health problems, problems such as low weight, diarrheal diseases, vitamin deficiency, iron deficiency and respiratory infections were observed in the children. **CONCLUSION:** With the study, it was possible to reflect on how the nursing consultation assists in a healthy growth and development of the child, reducing morbidity and mortality and monitoring risk factors at birth and evolution, thus guaranteeing quality care. **KEYWORDS:** Child. Nursing. Child Care.

1 | INTRODUÇÃO

Na Estratégia Saúde da Família (ESF), um dos instrumentos utilizados para o acompanhamento da saúde da criança é a consulta de Puericultura, o qual engloba um conjunto de medidas e cuidados preventivos capazes de orientar a promoção da saúde, bem como possibilitar a intervenção mais rápida e eficaz quando identificado algum desvio fora da normalidade na criança (SUTO; LAURA; COSTA, 2014).

O Programa de Puericultura tem como proposta acompanhar o crescimento e o desenvolvimento infantil, estimular o aleitamento materno, monitorar a cobertura vacinal, instruir a introdução da alimentação complementar e prevenir as doenças que mais acometem as crianças no primeiro ano de vida, como a diarreia e as infecções respiratórias (BARATIERE et al., 2014).

Para organizar o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, o Ministério da Saúde orienta que toda criança deve passar por, no mínimo, sete consultas de puericultura no primeiro ano de vida. Esse seguimento prevê um calendário básico de consultas que deve ser cumprido corretamente, promovendo a busca ativa dos faltosos (BRASIL, 2012).

É essencial a atuação do Enfermeiro na puericultura, pois esta envolve uma sequência de etapas que direcionam as ações de modo que haja um atendimento eficaz às necessidades da criança e aos anseios da família. Não se trata apenas da obtenção das medidas antropométricas, mas sim avaliar a criança na sua integralidade, com ênfase nas orientações de cuidado (ASSIS et al., 2011).

2 | OBJETIVO

Descrever um relato de experiência sobre as atividades vivenciadas por graduandas de Enfermagem em consultas de Puericulturas na Atenção Básica.

3 | MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, realizado por acadêmicas de Enfermagem de um Centro Universitário do Piauí, durante os estágios supervisionados da disciplina de saúde da criança e do adolescente em uma Unidade Básica de Saúde da Zona sudeste em Teresina-PI, nos meses de setembro a outubro de 2014.

Foram realizadas seis visitas domiciliares. A Unidade Básica de Saúde encontrava-se em reforma durante a realização do estágio, por isso as consultas aconteceram nas residências dos usuários do serviço.

O relato de experiência é um instrumento da pesquisa descritiva que tem o intuito de expor uma reflexão sobre uma ação ou um conjunto de ações vivenciadas no contexto profissional e que seja de interesse para discussões e pesquisas (CAVALCANTE, 2012).

Na segunda etapa do relato realizou-se uma revisão na literatura objetivando o conhecimento da temática discutida, restabelecendo assim a interação teoria-prática.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram realizadas seis visitas domiciliares às crianças. Elas possuíam faixa etária entre sete dias a dois anos, das quais quatro do sexo feminino e dois do sexo masculino. Todas são assistidas pela Estratégia Saúde da Família, da Zona Sudeste de Teresina-PI, sendo cinco crianças provenientes de família de baixa renda e uma de renda média. As crianças residiam com os pais, formando, assim, uma família nuclear.

Durante os atendimentos observou-se: o aspecto geral da criança; estado nutricional; as relações afetivas da família; a situação de imunização; avaliação sistemática do crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor e social; verificação da acuidade visual, auditiva, medidas antropométricas, higiene bucal e corporal, com vistas à prescrição de cuidados de enfermagem terapêutica e encaminhamento adequado. Em relação aos problemas de saúde, foram constatados nas crianças problemas como baixo peso, doenças diarreicas, deficiência de vitamina, ferro e infecções respiratórias.

Segundo o Ministério da Saúde, a primeira consulta da criança precisa ocorrer antes de completar um mês, preconizando-se que se realize na sua primeira semana de vida, visto que a mãe e o filho estão em um processo de adaptação, no qual mudanças

biológicas, sociais e emocionais estão ocorrendo (BRASIL, 2012).

Dúvidas, medos e sensações diferentes permeiam essa fase. A mãe necessita de orientações quanto aos cuidados ao recém-nascido, entre eles o cuidado com o coto umbilical, aleitamento materno, o controle do ganho de peso, a vacinação e higiene (BRASIL, 2012).

Logo, o Enfermeiro presta essa assistência, fornecendo orientações e encaminhamentos adequados às necessidades desse grupo, no momento da consulta de puericultura. Além disso, o seguimento da criança também estreita e fortalece o vínculo da família com a unidade de saúde (BARATIERE et al., 2014).

As demais consultas de puericultura devem acontecer, de acordo com o Ministério da Saúde, no 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês e 12º mês da criança, totalizando sete consultas de rotina. Além de duas consultas no 2º ano de vida (no 18º e no 24º mês) e, a partir do 2º ano de vida, consultas anuais, próximas ao mês do aniversário (BRASIL, 2012). Essas faixas etárias foram escolhidas, pois representam momentos de oferta de imunizações, de orientações e prevenção de doenças. As crianças que necessitem de maior atenção devem ser vistas com maior frequência (ICSI, 2012).

A puericultura é delegada tanto pelo médico quanto pelo Enfermeiro. As atribuições do Enfermeiro neste programa são: agendar a primeira consulta com o pediatra; avaliar a caderneta da criança – testes de triagem neonatal, vacinas; realizar o exame físico na criança, identificando riscos em seu crescimento e desenvolvimento; solicitar a busca ativa dos faltosos no programa; preencher o gráfico de perímetro cefálico, peso e comprimento; incentivar Aleitamento Materno Exclusivo (AME) até os seis meses; orientar a alimentação complementar após os seis meses; orientar sobre prevenção de acidentes de acordo com a faixa etária; avaliar e preencher os marcos do desenvolvimento neuropsicomotor na caderneta da criança e identificar dúvidas e dificuldades da mãe (LONDRINA, 2006).

Um dos principais passos da consulta de enfermagem é a verificação das medidas antropométricas. A mensuração das crianças reflete o estado da sua saúde e evidencia de maneira precoce os transtornos que os afeta, como a nutrição e o desenvolvimento (FUJIMORE; OHARA, 2009).

Além da vacinação, outras medidas podem ser adotadas pelo Enfermeiro no combate às doenças prevalentes na infância, como é o caso da orientação quanto a posição correta para a criança amamentar, do qual evita o surgimento de otites; higiene do recém nascido e um consequente controle de assaduras (dermatites), alergias; lavagem das mãos por todas as pessoas que têm contato com o bebê, com o objetivo de evitar a propagação de vírus causadores de doenças respiratórias. Levando também em consideração as condições de moradia, educação, cultura e renda da família, que são fundamentais na prevenção de doenças e devem ser abordadas nas consultas de puericultura (LONDRINA, 2006).

Portanto, a puericultura prioriza a saúde em vez da doença. É voltada principalmente para os aspectos de prevenção e de promoção da saúde, atua no

sentido de manter a criança saudável para garantir seu pleno desenvolvimento, de modo que atinja a vida adulta sem influências desfavoráveis e problemas trazidos da infância.

5 | CONCLUSÃO

Com o estudo, foi possível ponderar a relevância da rotina do Enfermeiro em uma de suas atribuições na Atenção Básica, que é a consulta de puericultura. A consulta de Enfermagem à criança é uma prática feita como forma de avaliar o crescimento e desenvolvimento saudável infantil, orientando os familiares e outros profissionais, com os quais compartilhe o cuidado. Portanto, a puericultura auxilia na redução da morbimortalidade e monitora os fatores de risco ao nascer e evolutivo, garantindo assim um atendimento de qualidade. Vale ressaltar que na consulta de Enfermagem o Enfermeiro foca o cuidado humano, essência da sua profissão, e não confundindo com a substituição do médico, que também é essencial.

REFERÊNCIAS

- ASSIS, W. D. de; COLLET, N.; REICHERT, A. P. da S.; SA, L. D. de. **Processo de trabalho da enfermeira que atua em puericultura nas unidades de saúde da família**. *Rev. bras. enferm.* [online]. 2011, vol.64, n.1, p.38-46. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672011000100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: out 2018.
- BARATIERI, T. SOARES, L. G.; BOTTI, M.L.; CAMPANINI, A. C. **Consulta de enfermagem em puericultura: um enfoque nos registros de atendimentos**. *Rev Enferm UFSM*, v. 4, n. 1, p. 206-216, 2014. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/8553>>. Acesso em: out 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento infantil**. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 (Cadernos de Educação Básica, 33)
- CAVALCANTE, B. L.L.; LIMA, U. T. S. **Relato de experiência de uma estudante de enfermagem em um consultório especializado em tratamento de feridas**. *J Nurs Health*. Pelotas, v.1, n. 2, p. 94-103, 2012. Disponível em: <<https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/3447/2832>>. Acesso em: out 2018.
- FUJIMORE, E.; OHARA, C. V. S. **Enfermagem e a saúde da criança na atenção básica**. São Paulo: Manole. 2009.
- INSTITUTE FOR CLINICAL SYSTEMS IMPROVEMENT (ICSI). **Health care guidelines: preventive services for children and adolescents**. 2012. Disponível em: <<https://www.premera.com/documents/018759.pdf>>. Acesso em: out 2018.
- Londrina. Prefeitura do Município. Autarquia Municipal de Saúde. **Saúde da criança: protocolo**. 1. ed.- Londrina, PR; 2006.
- SUTO, C. S. S., LAURA, T. A. O. F., COSTA, L. E. L. **Puericultura: a consulta de enfermagem em unidades básicas de saúde**. *Rev enferm UFPE on line*, v. 8, n.9, p. 3127-33, 2014. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/10034/10432>>. Acesso em: out 2018.

A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO DA ATENÇÃO BÁSICA NA PREVENÇÃO DAS COMPLICAÇÕES EM PACIENTES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

Isabella Cristina Cunha Carneiro

Centro Universitário Internacional/UNINTER
São Luís - Maranhão

Janildes Maria Silva Gomes

Universidade CEUMA e Faculdade de Imperatriz/
FACIMP
Imperatriz - Maranhão

Jéssyka Sousa Miranda

Instituto Nordeste de Educação Superior e Pós-
graduação/INESPO.
Imperatriz – Maranhão

Karyne Gleyce Zmf Oliveira

Pontifícia Universidade Católica de Goiás/PUC-
GO
Goiânia - Goiás

Rayanne Letícia Milhomem Marinho Coelho

Centro Universitário Internacional/UNINTER
Imperatriz – Maranhão

Sandra Suely Magalhães

Pontifícia Universidade Católica de Goiás/PUC-
GO
Goiânia - Goiás

RESUMO: A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é considerada uma patologia crônica não transmissível (DCNT) que acomete grande parte da população mundial e brasileira, possuindo elevada taxa de morbimortalidade e influenciando diretamente nas questões socioeconômicas, principalmente de países

de média e baixa renda, o que reflete na perda da qualidade de vida e fortalece a importância do diagnóstico precoce^{1,2}. Tendo em vista a significância da prevenção dessas complicações, a Atenção Básica atua como porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde – SUS buscando trabalhar mudanças no estilo de vida, adesão ao tratamento e o diagnóstico preciso^{4,5}. O estudo objetiva descrever as atividades preventivas desenvolvidas pelo enfermeiro da Atenção Básica do município de Axixá-TO frente às complicações em pacientes hipertensos. Trata-se de uma pesquisa observacional quantitativa, com fundamentação bibliográfica e de campo, com a participação de cinco enfermeiros que compõem cinco equipes de Atenção Básica do município de Axixá-TO. Os resultados mostram que em relação à melhoria da atuação do enfermeiro da Atenção Básica na prevenção de complicações da HAS, 60% concordaram que seja necessário mais incentivo da gestão municipal ou Ministério da Saúde, e 40% concordaram que deva ter maior disponibilidade de tempo. Observou-se que a adoção dos tratamentos não medicamentosos evidenciados pelos enfermeiros, implica em mudanças no estilo de vida desses pacientes, automaticamente prevenindo as complicações provenientes da patologia. O estudo colabora com a enfermagem, demonstrando o valor das atividades desempenhadas pelo enfermeiro da

Atenção Básica do município de Axixá-TO na prevenção das complicações oriundas da Hipertensão Arterial Sistêmica.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermeiro. Prevenção de complicações. Hipertensão Arterial Sistêmica.

1 | INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é considerada uma patologia crônica não transmissível (DCNT) que acomete grande parte da população mundial e brasileira, possuindo elevada taxa de morbimortalidade e influenciando diretamente nas questões socioeconômicas, principalmente de países de média e baixa renda, o que reflete na perda da qualidade de vida e fortalece a importância do diagnóstico precoce^{1,2}. Determina-se HAS quando os níveis pressóricos estão entre 140-159 mmHg (sistólica) e 90-99 mmHg (diastólica)¹. Sua origem é multifatorial, os quais destacam-se a Diabetes Mellitus, obesidade, sedentarismo, tabagismo, etilismo, dislipidemia e estresse. Quando não oferecida a devida atenção a esses fatores, a doença progride e acarreta severas complicações ao indivíduo, havendo lesões de órgãos vitais como o coração, cérebro, rins, vasos sanguíneos e retina^{1,3}. Dentre as complicações, estão: Acidente Vascular Encefálico (AVE), Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Diabetes Mellitus, lesão de vasos periféricos, Ataque Isquêmico Transitório (AIT), nefropatia e retinopatia^{1,2}. Tendo em vista a significância da prevenção dessas complicações e o controle dos fatores de risco, a Atenção Básica atua como porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde – SUS e busca trabalhar mudanças no estilo de vida, adesão ao tratamento e o diagnóstico preciso^{4,5}. O enfermeiro é o responsável pela coordenação dos cuidados prestados na Atenção Básica e o profissional mais próximo ao paciente hipertenso, e isso possibilita um melhor cuidado e controle da doença através de atividades preventivas, educativas e promocionais da saúde^{1,4,5}. Esse estudo foi realizado com o objetivo de descrever as atividades preventivas desenvolvidas pelo enfermeiro da Atenção Básica do município de Axixá-TO frente às complicações em pacientes hipertensos.

2 | DESCRIÇÃO METODOLÓGICA

Trata-se de uma pesquisa observacional quantitativa, com fundamentação bibliográfica e de campo, com a participação de cinco enfermeiros que compõem cinco equipes de Atenção Básica do município de Axixá-TO. Na coleta de dados, foi aplicado um questionário com dez questões de múltipla escolha sobre o desempenho do enfermeiro da Atenção Básica frente ao paciente com Hipertensão Arterial Sistêmica.

3 | RESULTADOS

Os resultados mostram que dos 5 enfermeiros questionados, 2 (40%) atuam na Atenção Básica há mais de 3 anos, 2 (40%) de 1 a 3 anos e 1 (20%) em período igual ou menor que 1 ano. Quanto à realização de tratamento não medicamentoso com pacientes hipertensos de suas unidades, 4 (80%) afirmaram utilizar essa estratégia, enquanto 1 (20%) utiliza às vezes. Dos tratamentos não medicamentosos oferecidos pelos enfermeiros, 2 (40%) realizam palestras e educação em saúde durante as consultas individuais com esses pacientes, outros 2 (40%) somente a educação em saúde nas consultas individuais e 1 (20%) apenas palestras. Referindo-se à resistência ao tratamento não medicamentoso por parte dos pacientes, 3 (60%) informaram que existe às vezes, entretanto 2 (40%) negaram existir. Em relação à busca ativa dos pacientes hipertensos faltosos através de visitas domiciliares, 3 (60%) fazem essa busca, e 2 (40%) algumas vezes. A fim de prevenir as complicações da Hipertensão Arterial, 4 (80%) orientam o autocontrole e autocuidado aos pacientes por meio da explicação minuciosa quanto ao uso correto da medicação, investigação e orientação do uso da medicação através do Agente Comunitário de Saúde (ACS) e por grupos de autocuidado (educação em saúde), e 1 (20%) orienta apenas através do ACS. Ainda sobre a prevenção de complicações aos pacientes hipertensos, ações de promoção da saúde são as mais desenvolvidas por 3 (60%) destes enfermeiros, todavia 2 (40%) se voltam mais às ações de prevenção da saúde. Quanto à melhoria da atuação do enfermeiro da Atenção Básica na prevenção de complicações da HAS, 3 (60%) concordaram que seja necessário mais incentivo por parte da gestão municipal ou Ministério da Saúde, e 2 (40%) concordaram que deva ter maior disponibilidade de tempo.

4 | CONCLUSÃO

Conforme o andamento desse estudo, foi possível descrever as atividades preventivas relacionadas às complicações da HAS executadas pelo enfermeiro da Atenção Básica do município de Axixá-TO. Observou-se que a adoção dos tratamentos não medicamentosos evidenciados pelos enfermeiros, implica em mudanças no estilo de vida desses pacientes, automaticamente prevenindo as complicações provenientes da patologia. Lembrando que o tratamento não medicamentoso tem papel imprescindível no manejo da hipertensão e dos respectivos fatores de risco, foi percebido que a pouca ou nenhuma resistência dos pacientes ao tratamento, a busca ativa destes em seus domicílios e o modo como são orientados a praticar o autocontrole e autocuidado, são elementos significativos que interferem diretamente na prevenção das complicações da hipertensão, além de qualificar a atuação do enfermeiro. Quanto às ações desenvolvidas por esses profissionais, verificou-se em sua maioria as de promoção da saúde, refletindo a necessidade de mais incentivo por

parte dos gestores municipais e Ministério da Saúde, e maior disponibilidade de tempo do enfermeiro para melhor trabalhar a prevenção dessas complicações. Isto posto, nota-se que a atuação do enfermeiro da Atenção Básica é primordial no tratamento da Hipertensão Arterial, e mais precisamente quando focado nas ações de prevenção das complicações de forma contínua, precisa e fidedigna. Entretanto, percebe-se que são necessários maiores esforços para a otimização do tratamento e prevenção de complicações.

5 | CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM

O estudo colabora com a enfermagem, quando demonstra o valor das atividades desempenhadas pelo enfermeiro da Atenção Básica do município de Axixá-TO na prevenção das complicações oriundas da Hipertensão Arterial Sistêmica. A partir dos resultados obtidos, infere-se que nas demais instituições assistenciais de saúde que realizam atendimento a esses pacientes, se faz necessário o desenvolvimento de ações efetivadas pelo enfermeiro para prevenir tais complicações. O estudo contribui também, com o direcionamento das intervenções de enfermagem em vistas às mudanças de comportamento desse indivíduo em prol da sua própria saúde, promovendo assim o seu empoderamento e propiciando sua melhor qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

BRAND, C.; SCHUH, L. X.; GAYA, A. R. **Atenção primária e os desafios à promoção da qualidade de vida de hipertensos**. Revista do Departamento de Educação Física e Saúde e do Mestrado em Promoção da Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul/Unisc – CINERGIS, v. 14, n. 3, p. 161-165, jul-set. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. p. 128. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. p. 160. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

CHAVES, E. S. et al. **Eficácia de programas de educação para adultos portadores de Hipertensão Arterial**. Revista Brasileira de Enfermagem – REBEN, Fortaleza, v. 59, n. 4, jul-ago. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n4/a13v59n4.pdf>>. Acesso em: 19 mai. 2016.

SILVA, M. V. et al. **Assistência de enfermagem ao portador de hipertensão na atenção básica: revisão integrativa da literatura**. Revista Interdisciplinar, v. 7, n. 2, p. 156-164, abr-jun. 2014.

AS VANTAGENS DA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR: UMA REVISÃO BIBLIOGRAFICA

Ana Íris Mota Ponte

Centro Universitário INTA- Uninta
Sobral- Ceará

Maria Gleiciane Cordeiro

Centro Universitário INTA- Uninta
Sobral- Ceará

Joseana Mota Almeida Aragão

Instituição Faculdade Terra Nordeste
Fortaleza- Ceará

Anny Caroline dos Santos Olímpio

Centro Universitário INTA- Uninta e Pós-
Graduação em Enfermagem do Trabalho pelo
Centro Universitário INTA- Uninta
Sobral- Ceará

João Breno Cavalcante Costa

Centro Universitário INTA- Uninta e Pós-
Graduação Latu Senso em Obstetrícia e
Neonatologia
Sobral- Ceará

Benedita Beatriz Bezerra Frota

Centro Universitário INTA- Uninta
Sobral- Ceará

Carlos Henrique do Nascimento Moraes

Centro Universitário INTA- Uninta
Sobral- Ceará

da Atenção Básica, mas utilizando estratégias para a educação em saúde e dispendo como finalidade o aumento no grau do autocuidado e autonomia. Seu principal objetivo é identificar as vantagens do atendimento domiciliar. Trata-se de uma revisão bibliográfica, realizada nos dias 05 a 26 de agosto de 2016, nas bases de dados Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). Como descritores: “atenção domiciliar”, “assistência de enfermagem” e “cuidados domiciliares de saúde”. Posteriormente foram estabelecidos os critérios de inclusão, os artigos com o tema proposto usando os descritores e sendo filtrado apenas para artigos disponíveis, de idioma português e com publicações há menos de cinco anos. Sendo identificados 50 artigos. Para critérios de exclusão foram deletados os trabalhos que não se encaixaram no tema, artigos incompletos ou resumos não disponíveis *on line*, em outras línguas e que não se relacionassem com a temática, automaticamente restando apenas 20 artigos. Após selecionar os artigos, tomou-se como análise de conteúdo Bardin com três categorias: pré análise, exploração do material e o tratamento dos resultados e interpretação. Como resultados as vantagens no cuidado domiciliar ganham destaque por seus benefícios: o envolvimento com a realidade e o contexto de vida do usuário, o cuidado centrado para com o paciente, a redução do tempo de internação, o aumento dos leitos hospitalares disponíveis,

RESUMO: O enfoque do trabalho surge num processo de discussão buscando ações para as equipes que cuidam, não focando somente na Assistência Domiciliar no âmbito

pequenos índices de complicações infecciosas e projeto terapêutico condizente com as realidades.

PALAVRAS-CHAVE: Assistência domiciliar. Cuidado de enfermagem. Cuidados domiciliares de saúde.

ABSTRACT: The focus of the work arises in a discussion process seeking actions for teams who care, not focusing only Home assistance within the framework of primary health care, but using strategies for health education and aim to increase the degree of self-care and autonomy. Its main objective is to identify the benefits of home care. This is a literature review, held on the 26 August 05 2016, in databases Virtual Health Library (VHL). As key words: “home care”, “nursing care” and “home health care”. Later the inclusion criteria have been established, articles with the theme using the descriptors and being filtered only to available articles, Portuguese language and with publications for less than five years. Being identified 50 articles. To exclusion criteria were deleted jobs that don't fit together in theme, incomplete articles or summaries not available *online* in other languages and immediate with the theme, automatically with only 20 articles. After selecting the items, such as content analysis Bardin with three categories: analysis, material exploration and processing of results and interpretation. As a result the benefits home care gain prominence for its benefits: the involvement with the reality and context of the user's life care centered on the patient, reducing the length of stay, the increase of hospital beds available, small rates of infectious complications and therapeutic design consistent with the realities.

KEYWORDS: Home care. Nursing care. Home health care.

1 | INTRODUÇÃO

A assistência domiciliar contempla diversas relações principalmente como um trabalho coletivo e multidisciplinar. Conceitua-se como um serviço seja em qualquer nível de atenção à saúde, sendo essa atenção primária, secundária ou terciária, até mesmo o serviço privativo. Não se realiza procedimentos sem suporte, sendo eles incoerentes, com práticas limitadas ou sem uma conexão entre os profissionais atuantes no processo do cuidar. A equipe deve ser vinculada um para com os outros e organizar-se de maneira integralizada, tendo uma leitura do paciente, da situação de sua saúde e principalmente do estágio da doença (BRASIL, 2010).

O atendimento domiciliar abrange condutas, orientações educativas, além da realização de métodos executados por uma equipe multidisciplinar, de acordo com a necessidade de cada serviço, sendo constituída por profissionais de enfermagem, reabilitação, medicina e serviço social (OLIVEIRA et al., 2015).

As vantagens no cuidado domiciliar ganha destaque por seus benefícios como: o envolvimento com a realidade e o contexto de vida do usuário, o cuidado centrado para com o paciente, a redução do tempo de internação, o aumento dos leitos hospitalares disponíveis, com pequenos índices de complicações infecciosas e projeto terapêutico

condizente com as realidades (YAMAGUCHI et al., 2010).

Desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), têm-se desempenhado métodos que visam suprir às demandas e necessidades da população. Recentemente estamos passando por um processo de transformação epidemiológica, com inúmeras doenças infecciosas, parasitárias, crônicas e externas. Para atender as necessidades dentro da realidade na saúde coletiva foram desenvolvidas estratégias de Governo, como o Programa de Atenção Domiciliar (SILVA et al., 2010).

O marco inicial no serviço coletivo foi o Programa Melhor em Casa, criado pela Secretaria de Atenção à Saúde, ligado ao Ministério da Saúde, em 11 de novembro de 2011. A execução desse Programa está bastante presente na atualidade, porém ainda há muito o que se expandir dentro dos serviços de saúde (BRASIL, 2011).

O Programa Melhor em Casa apresenta diretrizes para a sistematização da atenção domiciliar e conceitua como uma maneira de mudança para a atenção à saúde, designada por intervenções de promoção à saúde, prevenção, tratamento das patologias e reabilitação efetuadas no lar do paciente, com a garantia de cuidados prestados e integralização das Redes de Atenção à Saúde aos sistemas públicos e privados (BRASIL, 2012).

No que se refere ao local do atendimento da assistência domiciliar ela transpassa de uma instituição de saúde para o domicílio e a inclusão do terceiro ente na produção da sistematização, o cuidador, sua função é de fundamental importância para o contexto do cuidar. As estratégias do Melhor em Casa permeiam todas as práticas em todos os ambientes comunitários, na rua, na família, nas relações afetivas principalmente as que se fazem presentes no cotidiano, promovendo um cuidado íntegro e ofertando a segurança do hospital no conforto do seu lar (COSTA, 2011).

O cuidador é incluso como parte na produção do cuidado cria um modelo de assistência domiciliar, sendo este responsável pelo cuidado diário ao paciente. As alterações dos papéis no processo do cuidar tiram a centralidade da assistência atribuída aos profissionais especializados e focando o cuidador como peça fundamental para exercer a sistematização, favorecendo segurança, a autonomia e a independência do paciente (DUARTE; BARRETO, 2012).

A multidisciplinaridade favorece um total atendimento ao paciente, o qual tem sua saúde auxiliada, e procura certificar-se a sua seguridade sob os riscos que o domicílio pode ocasionar. Os riscos na maioria das vezes não são descobertos pelo próprio paciente e sua família durante sua rotina e, no momento do adoecimento, tornam-se objeções no processo do cuidado (ANDRADE et al., 2013).

O vínculo sentimental dos profissionais de saúde para com o paciente e seus familiares durante o atendimento no domicílio causa uma empatia na equipe, por estar próxima da realidade conseguimos perceber a importância do contexto familiar, de sua individualidade e suas crenças, considerando necessidades, hábitos e sentimentos (MARTINEZ; EMMEL, 2013).

O enfoque do trabalho inicia-se em um processo de discussão buscando ações

para as equipes que cuidam, não focando somente na Assistência Domiciliar no âmbito da Atenção Básica, mas também utilizando estratégias para a educação em saúde e tendo como uma das finalidades o aumento no grau do autocuidado e autonomia. Visando aliar uma contextualização conceitual relativa à assistência domiciliar dentro de uma revisão bibliográfica. Seu principal objetivo é identificar as vantagens do atendimento domiciliar.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão literária, que consiste na síntese de inúmeros estudos relevantes publicados sobre determinado assunto e possibilita a tomada de decisões com bases nas conclusões evidenciadas, sendo também uma forma ampla de se analisar a literatura existente (POLIT; BECK, 2010).

A revisão de literatura considerou a produção sobre o tema entre os dias 05 a 26 de agosto de 2016, disponível nas bases de dados Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) dos estudos. Essa consiste em base online que detém estudos da área da saúde nacionais e internacionais.

Foram definidos como os seguintes descritores homogeneizadores: “atenção domiciliar”, “assistência de enfermagem” e “cuidados domiciliares de saúde”. Posteriormente foram estabelecidos os critérios de inclusão e os artigos com o tema proposto usando os descritores e sendo filtrado apenas para artigos disponíveis, de idioma português e com publicações há menos de cinco anos. Sendo identificados 50 artigos sobre o tema. A maioria no âmbito da atenção primária a saúde principalmente no atendimento domiciliar. Para critérios de exclusão foram deletados os trabalhos que não se encaixaram no tema, artigos incompletos ou resumos não disponíveis *on line*, em outras línguas e que não se relacionassem com a temática da assistência domiciliar na dinâmica social, automaticamente restando apenas 20 artigos.

Após selecionar os artigos tomou-se como referencial teórico a análise de conteúdo de Bardin com a elaboração de três categorias: a pré análise, exploração do material e o tratamento dos resultados e interpretação. A pré-análise foi a fase em que se organizou o material a ser analisado com o objetivo de torná-lo operacional, trazendo uma leitura flutuante e sistematizando as ideias iniciais já preparando o material e verificando se os trabalhos realmente tratavam do tema abordado. A segunda fase é a exploração do material, iniciando o procedimento de categorização e descrição das categorias trazidas nos resultados, o material consistiu numa etapa significativa, porque possibilitou ou a riqueza das interpretações. A terceira fase disse respeito ao tratamento dos resultados, inferência e interpretação (BARDIN, 2011).

3 | RESULTADOS

Os artigos pesquisados foram analisados conforme o delineamento do estudo, com vista a atender o objetivo previsto, resultando na identificação das características dos estudos e de seus autores. O estudo foi dividido em duas categorias das quais os artigos lidos tivessem coerência entre o tema abordado.

3.1 ESTRATÉGIAS DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL E DO CUIDADOR NA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

A atenção domiciliar abrange as populações, em especial a de idosos, portadores de condições crônico-degenerativas, pacientes oncológicos, também incluindo os familiares que serão cuidadores (ALENCAR, 2013).

O estudo trás de forma sistemática definições que retratam as diversas maneiras de organização da assistência profissional no domicílio. Evidenciando a escolha da visita domiciliar, entendida como um serviço prestado por profissional, além da equipe de saúde no conforto do lar do paciente, com o objetivo de avaliar suas necessidades, de seus familiares e do ambiente para construir um programa de cuidados, um suporte em sua casa, o qual compreende as atividades assistenciais exercidas pelo profissional na residência do cliente e internação domiciliar, entendida como atividades especializadas, com a oferta de recursos humanos, materiais e medicamentos, assemelhando-se ao cuidado oferecido no ambiente hospitalar (RODRIGUES; ALMEIDA, 2014).

A associação entre profissionais de saúde e cuidadores e valorização do papel do cuidador como responsável pela atenção domiciliar são os principais pontos que circulam nos discursos da atenção domiciliar. Assim, os profissionais de saúde têm como a função, valorizar o cuidador, auxiliando na produção desse sujeito benéfico, que tem papel relevante na manutenção do paciente em casa (SARAIVA et al., 2011).

Outro quesito do atendimento no lar é a internação domiciliar que aflora como uma espécie de cuidado para suprir as necessidades presentes e de cuidados prolongados, tanto aos pacientes com patologias fora de possibilidade de cura, quanto os crônicos, mostrando dessa forma as internações hospitalares que expõem esses pacientes a riscos de infecções, bem como ao distanciamento de seu ambiente familiar (MENEZES JÚNIOR et al., 2011).

O hospital disponibiliza equipe multiprofissional de saúde e serviços necessários para a realização do cuidado no domicílio, com o objetivo de diminuir gastos, uma vez que a internação domiciliar não carece de vigilância dos profissionais de saúde e o apoio ao paciente por 24 horas, como ocorre no hospital. O paciente retorna à sua casa, ficando prevenido de infecções hospitalares, e a família executa os devidos cuidados, assumindo o papel de promover a reabilitação, o conforto, o alívio do sofrimento, com apoio e controle da equipe multiprofissional de atenção domiciliar (SILVEIRA et al., 2010).

O atendimento no lar do usuário possibilita a segurança do paciente e sugere melhorar a sua autonomia diante das situações críticas de sua vida ou ainda facilitar as atividades praticadas por seus cuidadores quando há incapacidade viável. São fatores que reduzem grande parte das angústias dos envolvidos sobre a readaptação domiciliar, considerando a nova condição de debilidade funcional cognitiva ou física (COSTA et al., 2013).

3.2 AS VANTEGENS DO ATENDIMENTO DOMICILIAR NO ÂMBITO DA ATENÇÃO BÁSICA

Existe no contexto da Assistência Domiciliar a visita domiciliar que é uma categoria da Atenção Básica à saúde que investiga a realidade do usuário e suas condutas. É um instrumento de mediação muito importante na saúde da família e na continuidade de qualquer forma de cuidado da atenção à saúde, ocorrendo um planejamento e utilizando intervenções ou o implementando ações voltadas para a estabilidade do paciente (FOUCAULT, 2012).

Mendes et al., (2010) relata ter várias maneiras de classificar um paciente em tratamento na assistência domiciliar deste, sendo categorizados por níveis de atenção à saúde, primário, secundário, terciário e quaternário. Conforme o nível de cuidados a equipe realiza a visita domiciliar e gerencia os casos. No primário, o processo é pelo *home care* é para os usuários com disfunções de pequena complexidade, no secundário é em virtude da internação domiciliar em si com cuidados semi-intensivos; o terciário é para os pacientes regularmente de média complexidade. No nível quaternário, os benefícios visam à restrição do dano ou invalidez e à promoção da autonomia, por meio da responsabilidade da família e do paciente na promoção da saúde, de autocuidado e de programação da alta, voltadas para uma propícia qualidade de vida no domicílio e na comunidade.

Para Wendt et al., (2015) as visitas domiciliares, são executadas pela enfermeira, assim como a supervisão do cuidado e avaliação dos resultados. Esse cuidado domiciliar que é considerada um exercício vinculado ao trabalho de enfermagem por 12 ou 6 horas, e ainda os variados procedimentos, intervenções assistenciais, suporte e orientação aos beneficiários.

Segundo Fernandes (2010) a implantação do serviço à domicilio e suas referências elencadas na humanização, socialização, responsabilidade e no aperfeiçoamento das demais formas de instrução que não sejam as exclusivamente curativista, visa a ser superados no cotidiano, dando passagem para a construção do trabalho coletivo em saúde. Admitindo o pensamento da autora ao relatar que há um grau de integração que poderá ser alcançada na atenção domiciliar disponibiliza-se um novo modelo buscando a interface entre as ações dos profissionais de saúde e a questão do modo da atenção que opera unindo o serviço ao usuário.

4 | CONCLUSÃO

Os cuidados domiciliários no âmbito do SUS é um modo de fazer saúde caracterizando-se por um conjunto de ações de promoção da saúde, prevenção e tratamento de problemas de saúde e reabilitação, prestados em casa. A partir do estudo, é possível inferir que esta modalidade de cuidado levou a avanços importantes na continuidade dos cuidados e na materialização dos recursos prestados, evitando hospitalizações desnecessárias e a diminuição dos riscos de infecções. Além disso trás o usuário para o seio familiar contribuindo para a qualidade de vida em seu aspecto holístico.

REFERÊNCIAS

- ALENCAR, V. A. **Contribuições da internação domiciliar para promover a desospitalização e prevenir a reospitalização no âmbito do SUS Brasília** [Dissertação]. Brasília (DF): Universidade de Brasília, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. v.21, n.3, p.591-9, 2013.
- ANDRADE, A. et al. **Singularidades do trabalho na atenção domiciliar: imprimindo uma nova lógica em saúde**. Rev. Pesq. Cuid. Fundam., v. 5, n. 1, p. 3383-3393, jan./mar. 2013.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Revista Eletrônica de Educação. São Carlos, São Paulo. UFSCar. v.6, n.1, p.383-387, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia Prático do Programa Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde. 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde (BR). **Portaria n. 2.527, de 27 de outubro de 2011: Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Seção 1;44-6. 28 out, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- COSTA, G. D. **Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial**. Rev. bras. Enferm., Rio de Janeiro, v. 62, n.1, p. 113-118, 2009.
- COSTA, É. C. S. et al. **Sobrecarga física e mental dos cuidadores de pacientes em atendimento fisioterapêutico domiciliar das estratégias de saúde da família de diamantina (MG)**. Revista Baiana de Saúde Pública, Diamantina, v. 37, n. 1, p.133-150, 29 jul.2013.
- DUARTE, E.; BARRETO, S. **Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde**. Epid. Serv. Saúde, Brasília, v. 21, n. 4, p. 529-532, 2012.
- FOUCAULT, M. **O nascimento do hospital**. In: Machado R, organizador. Microfísica do poder. 25a ed. Rio de Janeiro: Graal; p.171-89. 2012.
- FERNANDES, J. M. **O papel do cuidador frente ao paciente acamado e a responsabilização da equipe de saúde da família**. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Aracuai, 2010. Monografia (Especialização em Atenção Básica em saúde da Família). 2010.
- MARTINEZ, L.; EMMEL, M. L. **Elaboração de um roteiro para avaliação do ambiente e do mobiliário no domicílio de idosos**. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v. 24, n. 1, p. 18-27, jan./abr.

2013.

MENDES, G. D.; MIRANDA, S. M.; BORGES, M. M. M. C. **Saúde do cuidador de idosos: um desafio para o cuidado: um desafio para o cuidado.** Revista Enfermagem Integrada, Ipatinga, v.3, n.1, p.1-14, jul. 2010.

MENEZES JÚNIOR, J. V.; D'CASTRO, R. J.; RODRIGUES, F. M. M.; GUSMÃO, C. M. G.; LYRA, N. R. S.; SARINHO, S. W. **InteliMed: uma experiência de desenvolvimento de sistema móvel de suporte ao diagnóstico médico.** Rev Bras Comp Aplic. v.3, n.1, p.30-42, 2011.

OLIVEIRA, S. G.; KRUSE, M. H. L.; SARTOR, S. F.; ECHEVARRÍAGUANILO, M. E. **Enunciados sobre la atención domiciliar en el panorama mundial: revisión narrativa.** E-global. Jul. v.14, n.3, p.375-89, 2015.

RODRIGUES, M. R.; ALMEIDA, R. T. **Papel do responsável pelos cuidados à saúde do paciente no domicílio – um estudo de caso.** Acta Paul Enferm v.18, n.1, p.20-4, 2014.

SARAIVA, L. L. O.; SILVA, A. L. B.; AQUINO, D. L.; COSTA, K. V.; MAGALHÃES, A. G.; **Visita domiciliar multiprofissional: uma proposta de cuidado materno-infantil no puerpério.** Revista Extensão e Sociedade. São Paulo. vol. 3, n: 3, 2011.

SILVA, K. et al. **Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial.** Rev. Saúde Públ., v. 44, n. 1, p. 166-176, 2010.

SILVEIRA, D. T.; CATALAN, V. M.; NEUTZLING, A. L.; MARTINATO, M. L. H.; BORGES, G. C. M. **Sistema nursing activities score: etapas de desenvolvimento de um sistema móvel para enfermagem.** J Health Inform. v. 2, n.2, p.44-50, 2010.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Essentials of Nursing Research: Avaliando evidências para a prática de enfermagem.** 7ª Edição, Wolters Kluwer Health / Lippincott Williams & Wilkins, Filadélfia, 2010.

YAMAGUCHI, A. et al. **Assistência domiciliar: uma proposta interdisciplinar.** Barueri: Manole, 2010.

WENDT, C. J. K. et al. **Famílias de idosos na Estratégia de Saúde no Sul do Brasil.** Rev. Bras. Enferm. Brasília , v. 68, n. 3, p. 406-413, jun. 2015.

A IMPORTÂNCIA DA PARTICIPAÇÃO POPULAR NOS CONSELHOS LOCAIS DE SAÚDE

Tátila Dalila de Sousa Silva

Graduada em Enfermagem pela Chisto Faculdade do Piauí – CHISFAPI.
Piripiri-PI

Pós- graduanda em Saúde da Família com Habilitação em Saúde Pública pelo Instituto Superior de Educação Programus – ISEPRO.
Polo Agua Branca – PI.

Dandara Kadja de Melo Lustosa

Graduada em Enfermagem pela Chisto Faculdade do Piauí – CHISFAPI.
Piripiri-PI

Jaiana Maria Fontinele Silva

Graduada em Enfermagem pela Chisto Faculdade do Piauí – CHISFAPI.
Piripiri-PI

Pós- graduanda em Saúde da Família com Habilitação em Saúde Pública pelo Instituto Superior de Educação Programus – ISEPRO.
Polo Agua Branca – PI.

Marina Moraes do Nascimento

Graduada em Enfermagem pela Chisto Faculdade do Piauí – CHISFAPI.
Piripiri-PI

Ana Letícia Alcântara Gomes

Graduada em Enfermagem pela Chisto Faculdade do Piauí – CHISFAPI.
Piripiri-PI

Evaldo Sales Leal

Graduado em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí – UESPI Campus Parnaíba-PI.
Doutorando em Engenharia Biomédica pela

Universidade Brasil – São Paulo e Bolsista CAPES.

Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí – UFPI.

Especialista em Saúde Baseada em Evidências pelo Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio Libanês – São Paulo.

Pós-graduado em controle e qualidade de gestão pela FIOCRUZ.

RESUMO: Entende-se por participação popular o direito de uma determinada população em tomar decisões, acompanhar e avaliar a organização dos serviços ofertados pelas três esferas de governo, sendo ela fundamental para a democracia. Contemplada no artigo 198 da Constituição Federal de 1988, a participação popular é considerada uma das diretrizes do SUS e por sua vez, é considerada uma forma de controle social que possibilita à comunidade através de seus representantes a decidir, acompanhar a execução e fiscalização das políticas de saúde. Este estudo tratou-se de uma revisão bibliográfica de literatura, tendo como objetivo geral analisar a importância da participação popular nos conselhos locais de saúde, e como objetivos específicos contextualizar o que são os conselhos locais de saúde, descrever os obstáculos que impossibilitam a participação populacional

nestes conselhos, bem como entender o que vem a ser o controle social no setor saúde. Observou-se no decorrer da pesquisa que se torna indispensável a participação da população nos Conselhos Locais de Saúde uma vez que, ninguém melhor que o próprio usuário para relatar as falhas, erros ou carências do setor de saúde utilizados por eles, possibilitando assim as autoridades locais e gestores a busca para a resolução de tais falhas no sistema, visando garantir a população uma assistência eficaz e qualificada.

PALAVRAS-CHAVE: Conselhos de saúde. Serviços de saúde. Pesquisa sobre serviços de saúde.

ABSTRACT: Popular participation is understood as the right of a given population to make decisions, to monitor and evaluate the organization of the services offered by the three spheres of government, being fundamental for democracy. Considered in article 198 of the Federal Constitution of 1988, popular participation is considered one of the guidelines of the SUS and in turn, it is considered a form of social control that allows the community, through its representatives, to decide, to follow the execution and inspection health policies. This study was a bibliographical review of literature, with the general objective: to analyze the importance of popular participation in local health councils, and as specific objectives to contextualize what local health councils are, to describe the obstacles that impede the participation of the population in these councils, as well as to understand what constitutes social control in the health sector. It was observed in the course of the research that the participation of the population in the Local Health Councils is indispensable since, nobody better than the user to report the failures, errors or deficiencies of the health sector used by them, thus enabling local authorities and managers to seek to resolve such failures in the system, in order to guarantee the population an effective and qualified assistance.

KEYWORDS: Health Councils. Health Services. Health Services Research

1 | INTRODUÇÃO

Entende-se por participação popular o direito de uma determinada população em tomar decisões, acompanhar e avaliar a organização dos serviços ofertados pelas três esferas de governo, sendo ela fundamental para a democracia. Longhi e Canton (2010, p.17) afirmam que “dentro do contexto saúde, esta pode ser compreendida como a partilha efetiva do poder”.

Contemplada no artigo 198 da Constituição Federal de 1988, a participação popular é considerada uma das diretrizes do SUS e por sua vez, é considerada uma forma de controle social que possibilita à comunidade através de seus representantes a decidir, acompanhar a execução e fiscalização das políticas de saúde (LONGHI; CANTON, 2010).

No final da década de 1970, com a intenção de democratização da saúde, ocorreu a efetivação da participação popular no setor de saúde, contando com o apoio da redemocratização do país (SILVA; SILVA; SOUZA, 2013).

Um dos exemplos de maior relevância dentre os movimentos de redemocratização no setor de saúde no Brasil, foi a Reforma Sanitária. A partir desta, introduziu-se na Constituição Brasileira de 1988 a determinação de que a saúde é um direito de todos e dever do Estado (MARTINS; SANTOS, 2012).

Dentro desse mesmo contexto, o Movimento da Reforma Sanitária ainda foi responsável por construir a ideia do Sistema Único de Saúde - SUS, o qual trazia consigo inúmeros dispositivos que garantiam a população o direito de participação nas tomadas de decisões pelo Estado (ZAMBON; OGATA, 2011).

No ano de 1991, foi sancionada a Lei Orgânica da Saúde 8142/90, que além de regulamentar a participação social no SUS também determina que em cada esfera de governo haja instancias colegiadas, conferindo aos Conselhos de Saúde caráter deliberativo e permanente (ZAMBON; OGATA, 2011).

Por meio da análise literária é possível perceber que uma grande parcela da população desconhece esse direito de participação nos conselhos de saúde, o que contribui de forma direta na representação mínima desta nos conselhos locais de saúde (RIBEIRO; NASCIMENTO, 2011).

Acredita-se que além deste desconhecimento por parte da população, a falta de informações prestadas para a mesma sobre a importância de sua presença nesse processo de tomadas de decisões no setor saúde, bem como a indisponibilidade de tempo devido os horários de trabalho são também fatores que interferem de forma maciça dentro deste contexto. Portanto, diante dessa perspectiva, faz-se necessário saber qual a importância da participação popular nos conselhos locais de saúde?

Este estudo tratou-se de uma revisão bibliográfica de literatura, tendo como objetivo geral analisar a importância da participação popular nos conselhos locais de saúde, e como objetivos específicos contextualizar o que são os conselhos locais de saúde, descrever os obstáculos que impossibilitam a participação populacional nestes conselhos, bem como entender o que vem a ser o controle social no setor saúde.

2 | METODOLOGIA

Este estudo tratou-se de uma pesquisa bibliográfica cuja abordagem utilizada é qualitativa de caráter descritivo, possibilitando o acesso a temáticas já desenvolvidas por outros autores. Oliveira (2011) aponta que a abordagem qualitativa de caráter descritivo trabalha os dados buscando seu significado, tendo como base a percepção do fenômeno dentro do seu contexto, descrevendo as características de determinada população ou fenômeno, ou o estabelecimento de relações entre variáveis.

O levantamento bibliográfico de artigos científicos foi realizado no site eletrônico da Biblioteca Virtual em Saúde – BVS. Para isso, primeiramente foi indexado no site Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) para ser validado, os descritores: conselhos de saúde, serviços de saúde e pesquisa sobre serviços de saúde.

Foram utilizados como critérios de inclusão artigos científicos redigidos em português, com texto completo, publicados no período de 2011 a 2015 e que abordassem o tema escolhido. Sendo os critérios de exclusão artigos publicados com inferioridade a 2011, com texto incompleto e não redigidos em português.

Utilizou-se a técnica de análise dos conteúdos para trabalhar a abordagem qualitativa. Esta análise foi feita a partir da ordenação do material após leitura, exploração do material após várias leituras repetitivas e interpretação que seria desvendar o conteúdo manifesto de acordo com o fenômeno a ser estudado.

3 | REFERÊNCIAL TEÓRICO

3.1 PARTICIPAÇÃO POPULAR NOS CONSELHOS LOCAIS DE SAÚDE

A palavra participação tem amplo significado e pode ser utilizada em situações diversas, no entanto fazer parte de algum grupo ou organizações não significa tomar parte em suas decisões (SILVA; SILVA; SOUZA, 2013). Deve-se ter em mente, a maneira como cada indivíduo atua em um determinado grupo, pois algumas vezes, o ato de se fazer presente se confunde, e essa atuação popular não seria eficiente, não gerando, portanto, um poder efetivo durante a participação nos conselhos de saúde.

Tendo em vista a criação desses conselhos, a mesma representou um grande avanço para o exercício do controle nos serviços de saúde. Portanto, engrandeceu-se o poder da representação popular no referente à construção e gestão da política de saúde (RIBEIRO; NASCIMENTO, 2011).

Dessa forma, a participação popular deve manter sua regularidade e permanência tanto nos Conselhos quanto nas Conferências de saúde, de modo que esta ocorre a cada quatro anos nos municípios, estados e em âmbito nacional. Portanto, observa-se que esses meios tornam a participação da comunidade efetiva, permitindo o exercício do poder político (FERNANDES, 2011).

É de extrema importância apontar que a participação popular em saúde se engloba aos movimentos sociais urbanos, sindicais, de classes profissionais e outros em ações reivindicatórias de melhorias na qualidade de vida e da diminuição das desigualdades econômicas, políticas e sociais dos brasileiros (SILVA; SILVA; SOUSA, 2013).

Desta forma, a participação da comunidade, especificamente nas Conferências de Saúde vem se destacando como instrumento democrático, na tentativa de revitalizar o contexto prévio desenvolvido (FERNANDES, 2011).

3.2 OBSTÁCULOS ENFRENTADOS PELA POPULAÇÃO QUE IMPEDEM A PARTICIPAÇÃO NOS CONSELHOS LOCAIS DE SAÚDE

O controle social ainda esbarra em cenários políticos inadequados a sua real efetivação, como é o caso de gestores que manejam a composição de conselhos de saúde (RIBEIRO; NASCIMENTO, 2011).

Dessa forma, a participação social advinda da descentralização e redemocratização política tem sua atuação associada a fatores socioculturais históricos, dentre eles: a ausência de tradição participativa e de uma cultura cívica no país, a tradição autoritarista do Estado brasileiro e a cultura política ainda dominante. Tais fatores expressam as dificuldades percebidas pelos conselhos no mantimento de uma vida associativa, a impermeabilidade à participação, além da defesa de interesses corporativos e clientelistas, respectivamente (OLIVEIRA; IANNI; DALLARI, 2013).

A possibilidade de um serviço de saúde mais próximo da população trouxe inúmeras melhorias, pois entrava em foco a atenção primária, visando à prevenção de doenças e agravos e uma maior participação popular. No entanto, por ser uma prática recente, os conselhos passaram a encarar um dos primeiros desafios, que foi a disseminação dos ideais associativos a um povo que acabara de sair de um regime de opressão e censura.

No tocante aos documentos oficiais e da vivência prática, observa-se a presença de um tipo de modelo a seguir, voltado àqueles que desejam contribuir com o setor saúde. Entretanto, é esperado que todas as atividades que desobedecerem aos protocolos formais do funcionamento dos conselhos sejam desconhecidas como meios legítimos de participação. Vale ressaltar que, estas práticas podem ser interpretadas como manifestos sem propósito, perturbadores de um ambiente harmônico e do funcionamento dos serviços de saúde. (LAZARINI; SODRÉ; ARAÚJO, 2014).

De acordo com Martins e Santos (2012), o processo de se reconhecer como portador de direito é recente para a sociedade brasileira, que era acostumada a encarar os direitos sociais como privilégio de poucos. As autoras ainda apontam que os conceitos de direito à saúde e à vida se confundem, pois ter saúde requer determinantes como: alimentação adequada, moradia digna, possibilidade de lazer e informação, entre outros.

Dessa forma, a sociedade em geral deve ser encarada como a principal fiscal do funcionamento do SUS, estando em contato direto e diário com os serviços de saúde, observando os problemas e lutando por mudanças nos conselhos, pois sendo a saúde um direito de todos, deve-se dá o primeiro passo para que esse direito seja efetivado de forma que haja um benefício mútuo entre os vários segmentos sociais.

Outros problemas recorrentes são conselhos esvaziados do conteúdo democrático, sem poder efetivo de deliberação, marcados pela rotina e burocracia; e a grande rotatividade e falta de conhecimento dos representantes governamentais sobre sua função nestes espaços (RIBEIRO; NASCIMENTO, 2012). A burocratização

e a desorganização dos serviços, no que se refere aos conselhos de saúde fizeram com que a população se afastasse cada vez mais, conseqüentemente ocorreu a falta de comunicação das pessoas com os seus representantes.

O poder do estado é único e indivisível, no entanto para uma maior fiscalização e controle das ações públicas de saúde torna-se necessário a divisão de tarefas em cada esfera de governo, o que garante que a informação e os serviços fiquem cada vez mais próximos da população e assim a atuação mais efetiva, fenômeno esse observado na municipalização.

A grande preocupação é a falta de informação, pertinente às situações e agravos de saúde que estão ocorrendo em uma determinada população, que muitas vezes não chegam até os conselhos de saúde o que evidencia a falta de comunicação entre o setor de saúde e a sociedade.

A falta de uma sociedade participativa nas ações de saúde faz com que os reais problemas do meio em que está inserida fiquem escondidos em uma penumbra, onde o governo só poderá enxergar o que está fora dela.

É a comunidade que sabe os reais problemas enfrentados dentro do meio em que habitam, por esse motivo devem ter participação ativa nos conselhos, conferências, audiências fazendo com que as informações do meio sejam evidenciadas, com o objetivo de ter uma maior resolutividade.

Portanto, faz-se necessário, que a população esteja bem informada acerca do funcionamento dos setores de saúde, dos recursos empregados à saúde, de eventos que buscam discutir inúmeros temas pertinentes à própria população e que esta seja atuante, respaldando-se com a lei 8.142 de 1990.

3.3 O CONTROLE SOCIAL NO SETOR DE SAÚDE

De origem sociológica, o termo Controle Social é utilizado para caracterizar ações que visam estabelecer organização na sociedade, através do processo de disciplinação e submissão dos indivíduos a certos padrões sociais e princípios morais, garantindo de certa forma, que esses indivíduos adquiram um comportamento adequado ao conjunto de regras e princípios prescritos e sancionados (FERNANDES, 2011).

De acordo com a concepção gramsciana, a criação de meios pelos quais há a participação popular bem como o exercício do controle social na gestão de políticas públicas, são exemplos de espaço e processo de disputa entre diferentes classes sociais por uma hegemonia no Estado e na sociedade (HERKENHOFF; RABELO, 2011). Segundo os autores, “algumas vezes o Estado incorporava reivindicações das organizações da sociedade, amenizando os conflitos entre classes e possibilitando ao mesmo tempo o exercício do controle democrático sobre suas ações”.

Segundo Martins e Santos (2012, p.201):

A sociedade brasileira tem uma história marcada pelo autoritarismo e pela

exclusão. Desde a sua origem, a divisão entre “cidadãos” e “não cidadãos” marca as relações sociais no país. Ao longo dos anos e das lutas sociais por cidadania, muitas conquistas foram alcançadas, particularmente no plano dos direitos civis e políticos.

Sabe-se que a Reforma Sanitária foi considerada um exemplo da experiência de democratização da saúde no País, foi a partir desta que se introduziu na Constituição de 1988 a determinação de que a “saúde é um direito de todos e dever do Estado”. Foi durante o Movimento da Reforma que o controle social foi considerado como uma conquista sendo a grande ferramenta utilizada para realizar a descentralização do poder e municipalização da saúde, os principais objetivos desta Reforma (MARTINS; SANTOS, 2012).

No ano de 1990 foi estabelecida a base legal quanto à participação popular no referente à gestão em saúde. A Lei n.8142/90 dispõe sobre a participação da sociedade no referente aos conselhos de saúde, porém, mesmo com a implementação desta lei, o controle social ainda esbarra em situações que ainda interferem na sua real efetivação, um exemplo são as composições dos conselhos locais de saúde que muitas vezes são manipuladas pelos gestores locais. Porém, novos avanços foram ocorrendo na medida em que a Lei foi sendo regulamentada sendo que a sociedade foi ocupando espaços para exercer o controle do Estado (RIBEIRO; NASCIMENTO, 2011).

O termo encontra-se em processo de construção na realidade social em várias áreas, sendo entendido no campo da saúde como um processo no qual a população, por meio de representantes, participa da definição, acompanhamento e execução das políticas públicas em saúde (DUARTE; MACHADO, 2012).

Atualmente, destacam-se forças favoráveis que contribuem para o fortalecimento do controle social, reafirmando a importância da participação da população no SUS através de caminhos estratégicos que visam propostas essenciais para a saúde local e da região entre os gestores municipais e estaduais (ZAMBOM; OGATA, 2013).

Desta forma, é atribuído ao controle social, ou seja, à população que participa dos conselhos locais de saúde, o papel de avaliar o que está sendo realizado pelo Poder Público no âmbito saúde, detectando assim erros e falhas que poderão ser revistos garantindo melhoria nas condições de vida das pessoas como também o estabelecimento de propostas reconhecendo-se dentro deste processo o diálogo entre profissionais de saúde e usuários (ZAMBOM; OGATA, 2013).

Em síntese, o Controle Social é considerado uma diretriz do Sistema Único de Saúde (SUS) e vem se destacando e ocupando espaço na atualidade por meio de uma luta histórica de segmentos sociais. Sendo que há cerca de 20 anos, esse processo consiste na democratização da gestão em saúde e na participação da sociedade nos Conselhos Locais de Saúde.

4 | CONCLUSÃO

Observou-se no decorrer da pesquisa que se torna indispensável a participação da população nos Conselhos Locais de Saúde uma vez que, ninguém melhor que o próprio usuário para relatar as falhas, erros ou carências do setor de saúde utilizados por eles, possibilitando assim as autoridades locais e gestores a busca para a resolução de tais falhas no sistema, visando garantir a população uma assistência eficaz e qualificada.

Dentro deste contexto, cabe destacar ainda, a implementação de ações que visem conscientizar a população sobre sua real contribuição durante a realização dos conselhos locais de saúde.

Outro ponto que merece ser destacado é a escassez de literatura abordando tal temática quando comparada com outras temáticas sobre o setor de saúde. Desta forma, este artigo contribui aumentando os conhecimentos literários sobre a temática abordada.

REFERÊNCIAS

DUARTE, E. B.; MACHADO, M. F. A. S. O exercício do Controle Social no Âmbito do Conselho Municipal de Saúde de Canindé, CE. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 21, n. 1, p. 126-137, 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21s1/11.pdf>>. Acesso em: 04 de setembro de 2016.

FERNANDES, G. F. **A 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal e as políticas públicas de saúde.** 2011, 95p. Dissertação (Mestrado em Ciências). Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011. Disponível em: < <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=612297&indexSearch=ID>>. Acesso em 03 de set. de 2016.

HERKENHOFF, M. B.; RABELO, D. C. Controle social e direito de acesso à informação – considerações a partir da política de Assistência Social. **Rev. Textos e Contextos.** Porto Alegre, v. 10, n. 1, p. 82-93, 2011. Disponível em: < <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/8307/6442>>. Acesso em 22 de agosto de 2016.

LAZARINI, W. S.; SODRÉ, F.; ARAÚJO, M. D. O debate sobre educação em saúde no âmbito do Conselho Municipal de Saúde de Vitória, ES, Brasil. **Rev. Interface – Comunicação, Saúde, Educação.** Botucatu, v. 18, n. 2, p.1227-1240, 2014. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/icse/v18s2/1807-5762-icse-18-s2-1227.pdf>>. Acesso em 04 de setembro de 2016.

LONGHI, J. C.; CANTON, G. A. M. Reflexos sobre cidadania e os entraves para a participação popular no SUS. **Revista de Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 15-30, 2011. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/4008/400838231002.pdf>>. Acesso em 22 de agosto de 2016.

MARTINS, A. L. X.; SANTOS, S. M. R. O Exercício do Controle Social no Sistema Único de Saúde: a ótica do enfermeiro como membro do Conselho Local de Saúde. **Rev. Saúde Soc.** São Paulo, v. 20, n. 1, p. 199-209, 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21s1/17.pdf>>. Acesso em 03 de setembro de 2016.

OLIVEIRA, A. M. C.; IANNI, A. M. Z.; DALLARI, S. G. Controle social no SUS: discurso, ação e reação. **Ciência & Saúde Coletiva**, S.I. v. 18, n. 8, p. 2329-2338, 2013. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n8/17.pdf>>. Aceso em 04 de setembro de 2016.

OLIVEIRA, M.F. **Metodologia Científica: um manual para a realização de pesquisas em administração**. 2011, 73p. Trabalho de Conclusão de Curso (pós-graduação em administração). Universidade Federal de Goiás, Catalão - GO, 2011. Disponível em: <https://adm.catalao.ufg.br/up/567/o/Manual_de_metodologia_cientifica_-_Prof_Maxwell.pdf>. Acesso em 04 de setembro de 2016.

RIBEIRO, F. B.; NASCIMENTO, M. A. A. Exercício de Cidadania nos Conselhos Locais de Saúde: a (re)significação do “ser sujeito”. **Revista Baiana de Saúde Pública**. S.l. v. 35, n. 1, p. 151-166, 2011. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=602444&indexSearch=ID>> Acesso em 06 de setembro de 2016.

SILVA, C. V.; SILVA, D. F. L.; SOUZA, E. M. A participação popular da Sociedade Civil na Democratização do Setor de Saúde no Brasil. **Rev Bras Educ Med**. S.l. v. 37, n. 2, p. 254-259, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022013000200013&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em 22 de agosto de 2016.

ZAMBOM, V. D.; OGATA, M. N. Configurações dos Conselhos Municipais de Saúde de uma região do Estado de São Paulo. **Rev. Esc. Enferm USP**. S.l. v. 45, n. 4, p. 890-897, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000400014> Acesso em 10 set. de 2016.

ZAMBON, V. D.; OGATA, M. N. Controle social do Sistema Único de Saúde: o que pensam os conselheiros municipais de saúde. **Rev Bras Enferm**. S.l. v. 66, n. 6, p. 921-927, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n6/17.pdf>>. Acesso em 17 de setembro de 2016.

A TERRITORIALIZAÇÃO NO DESENVOLVIMENTO DO PROCESSO DE TRABALHO DE UMA EQUIPE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Priscila da Silva Barbosa

Fisioterapeuta Residente em Saúde da Família e Comunidade. Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE).

Ana Lígia Maia da Silva Costa

Nutricionista Residente em Saúde da Família e Comunidade. Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE).

Antônio Adriano Sousa Barros Filho

Psicólogo Residente em Saúde da Família e Comunidade. Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE).

Bráulio Costa Teixeira

Enfermeiro Residente em Saúde da Família e Comunidade. Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE).

Camilla Saldanha Martins

Odontóloga Residente em Saúde da Família e Comunidade. Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE).

Érika Rachel Pereira de Souza

Enfermeira Residente em Saúde da Família e Comunidade. Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE).

RESUMO: Introdução: A territorialização em saúde coloca-se como uma metodologia capaz de operar mudanças nas práticas sanitárias e no modelo assistencial, baseando-se no reconhecimento do território (TEIXEIRA et al., 1998). **Descrição da experiência:** O processo

de territorialização foi desenvolvido por uma equipe de residência multiprofissional em um município do estado do Ceará durante os meses de março e abril do ano de 2017 em um território adscrito por estratégias de saúde da família. **Resultados:** Por meio das visitas institucionais, tivemos a oportunidade de visualizar, compreender e adentrar o território, conhecendo as histórias locais, com base no contexto sócio histórico, cultural e econômico. Na sistematização das oficinas, os problemas percebidos na territorialização foram identificados e alocados na matriz FOFA e posteriormente compiladas na tabela GUT, de acordo com as pontuações. **Conclusão:** A territorialização possibilitou uma visão diagnóstica dos espaços e das práticas de saúde de modo abrangente, criando possibilidades de atuação, canais de diálogo e possíveis estratégias de intervenção nas respectivas áreas de cobertura da equipe de residência multiprofissional.

PALAVRAS-CHAVE: Territorialização; Equipe multiprofissional; Saúde da Família.

ABSTRACT: Introduction: Territorialization in health is a methodology capable of operating changes in health practices and care model, based on the recognition of the territory (TEIXEIRA et al., 1998). Description of the experience: The process of territorialization was developed by a multiprofessional residence

team in a municipality of the state of Ceará during the months of March and April of the year 2017 in a territory assigned by family health strategies. Results: Through institutional visits, we had the opportunity to visualize, understand and enter the territory, knowing the local histories, based on socio-historical, cultural and economic context. In the systematization of the workshops, the problems perceived in the territorialization were identified and allocated in the FOFA matrix and later compiled in the GUT table, according to the scores. Conclusion: The territorialization made possible a diagnostic vision of spaces and health practices in a comprehensive way, creating possibilities for action, channels of dialogue and possible intervention strategies in the respective areas of coverage of the multiprofessional residence team.

KEYWORDS: Territorialization; Multiprofessional team; Family Health.

1 | INTRODUÇÃO

A Residência Integrada em Saúde (RIS) é um programa da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP- CE) que visa à formação-ativação de diversas categorias profissionais, em caráter de especialização, dentro dos mais variados cenários de prática de saúde. É uma importante estratégia de fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) e da formação dos trabalhadores da saúde no Ceará, sempre comprometida com a universalidade, integralidade e a equidade, princípios doutrinários do nosso sistema de saúde nacional.

A RIS prioriza a territorialização como método inicial a fim de promover a compreensão dos espaços socioculturais onde se constroem a saúde cotidiana. Esse processo torna-se basilar para o conhecimento dos cenários em saúde, cujos profissionais saúde-residentes entrarão em contato com as realidades locais.

Nesse contexto, a territorialização em saúde coloca-se como uma metodologia capaz de operar mudanças nas práticas sanitárias e no modelo assistencial, baseando-se no reconhecimento do território (TEIXEIRA et al., 1998).

Na Estratégia de Saúde da Família (ESF), o processo de territorialização é compreendido como a demarcação da área de atuação de unidades básicas de saúde, que deve coincidir com a área de abrangência das famílias adscritas a esta unidade. A territorialização e delimitação de áreas de atuação, ainda que imprecisa ou confusa, é a principal fonte de dados para as análises sociodemográficas no âmbito da ESF. Desta maneira, a fase de planejamento seria o período adequado para a construção de mapas para o levantamento e a caracterização da população e seu território de moradia (GOLDSTEIN et al., 2013).

Há princípios do SUS que merecem atenção geográfica. O primeiro é o caráter de direito que determina o princípio mais importante deste novo sistema que é a universalidade da atenção. Afinal, não é possível que a saúde seja acessível a todos, se as pessoas não têm acesso ao sistema. E o acesso depende, obviamente, da

existência dos serviços nos territórios. O segundo princípio dá-se o nome de Equidade da atenção, não há universalidade sem equidade. Se a universalidade supõe e exige o território, quiçá a equidade. Pode-se mesmo afirmar que não existe equidade social de saúde sem que haja, antes, uma equidade territorial. Outro princípio, é a integralidade, que para além da integração dos serviços, exige pensar a saúde como totalidade. Portanto, esses três princípios doutrinários do SUS, encaminham para a necessidade do arranjo territorial (integrado, sistêmico e equitativo) dos serviços e das ações (FARIA, 2013).

O crescimento da participação comunitária e da sociedade nos processos das políticas públicas tem ajudado a assegurar decisões justas sobre a igualdade na saúde. Ir além da ação governamental para envolver a sociedade, setores privados e voluntários é um grande passo para a igualdade na saúde. A capacitação dos grupos sociais, representados na decisão de agendas e na elaboração de políticas, é crucial para a concretização de um conjunto abrangente de direitos e a distribuição justa dos bens materiais e sociais essenciais entre os grupos populacionais (CARVALHO, 2013).

A construção de referências do SUS hoje, como a integralidade em saúde e a ênfase na humanização e participação social, necessita de uma apropriação do território vivido, mais do que o mapeamento de necessidades e demandas das populações. A compreensão ampla do território envolve, assim, concepções e experiências individuais e sociais, o que demanda uma contínua visão e revisão da realidade. Trata-se de priorizar os aspectos políticos do território e a existência de contextos afetivos e de significação no cotidiano das pessoas, o que intervém na forma de reconstruir as práticas de saúde. Falamos então de um ‘território usado’ onde se demonstram as diversidades culturais e se materializam as políticas públicas. Nessa perspectiva, a apreensão de parâmetros que demarcam a construção das intersubjetividades, destacando-se a qualidade dos vínculos, contextos culturais, aspectos psicossociais e graus de comprometimento com a condição de vida das pessoas, não apenas apresenta uma base necessária de compreensão do território vivido como também estimula o desenvolvimento de metodologias participativas. Estas podem ser de grande importância para transformações da realidade e maior efetividade das políticas públicas de saúde (MORAES et al., 2017).

2 | METODOLOGIA

O processo de territorialização foi desenvolvido por uma equipe de residência multiprofissional em um município do estado do Ceará, durante os meses de março e abril do ano de 2017 em um território adscrito por estratégias de saúde da família.

Realizaram-se, pela equipe de residência multiprofissional, visitas aos equipamentos de saúde, bem como aos dispositivos que compõe o território e que de

alguma maneira dialogam com a atenção primária do município (Unidades Básicas de Saúde – UBS, Escolas, Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, Centro de Especialidades, Centro de Especialidades Odontológicas - CEO, Hospitais, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU, Secretária Municipal da Saúde, Centro de Referência Especializado da Assistência Social – CREAS, Centro de Referência da Assistência Social – CRAS, dentre outros).

As visitas foram desenvolvidas por meio de rodas de conversa com os atores imersos no território, tanto da gestão, quanto da comunidade, a fim de escutar todas as informações necessárias sobre a história, crenças, costumes, hábitos, fragilidades, potencialidades e desejos dos sujeitos da comunidade.

3 | RESULTADOS

Por meio das visitas institucionais, tivemos a oportunidade de visualizar, compreender e adentrar o território, conhecendo as histórias locais, com base no contexto sócio histórico, cultural e econômico.

Ressalta-se que, durante a realização das visitas, a equipe de residência priorizou a escuta e compreensão a respeito do funcionamento dos equipamentos, ouvindo dos profissionais, o que os mesmos percebem como pontos de fragilidade e potencialidade em seus respectivos territórios de atuação. Também foi possível visualizar como está construída a comunicação intersetorial entre a saúde e os diversos equipamentos da sociedade.

Posteriormente às visitas, estruturamos oficinas de territorialização com participação popular (profissionais de saúde, usuários, lideranças comunitárias e gestão) para apreender e registrar, de modo mais consistente, as fragilidades e potencialidades das áreas em questão.

Sendo assim, a captação de dados, falas e indagações foram feitas por meio de uma metodologia participativa sugerida no manual de territorialização da Escola de Saúde Pública do Ceará. Dessa forma, tornou-se mais dinâmico e eficiente o processo de captura das falas dos atores, a partir do que os mesmos conceberam enquanto pontos positivos e negativos de seus territórios.

As oficinas foram planejadas e executadas nas áreas que serão contempladas pela equipe de residência multiprofissional, com participação significativa dos profissionais da saúde e da comunidade em geral. Inicialmente foi feita uma breve explanação sobre a residência integrada em saúde, ressaltando seus objetivos e a importância das oficinas para o processo de territorialização como instrumento norteador das ações futuras. Uma breve discussão sobre território foi feita, essa, com intuito de reconhecer e facilitar conceitos.

Posteriormente, realizamos a atividade intitulada ‘lavando a roupa suja’, na qual o grupo maior era dividido em subgrupos para encontrar e discutir sobre as fragilidades

de seus territórios. Assim, as fragilidades eram apresentadas como a ‘roupa suja’ que precisaria ser ‘lavada’, ou seja, as problemáticas eram discutidas por meio dessa metáfora e os subgrupos debatiam sobre os aspectos e fatores determinantes das fragilidades locais. Por conseguinte, as equipes recebiam plaquinhas na cor amarela, nas quais deveriam elencar, dessa vez, as potencialidades do território. As plaquinhas amarelas simbolizavam os ‘raios de sol’, que por sua vez, ‘enxugaria’ a roupa suja que foi lavada durante a oficina. Ressalta-se ainda uma discussão final realizada e na qual emergiram mais dados, recortes e histórias relevantes para o processo de territorialização como um todo.

Em suma, cada oficina apresentou particularidades, a partir do que foi abordado pelos participantes enquanto dificuldade e potencial. Os resultados das oficinas foram sistematizados através das ferramentas metodológicas FOFA e GUT.

A FOFA é uma sigla que foi criada a partir de quatro pontos: *Força, Oportunidades, Fraqueza e Ameaças*. Essa ferramenta estratégica objetiva o confronto com o ambiente, seja ele o interno ou externo, a fim de gerar informações importantes de suas possibilidades futuras. Com isso, os pontos são identificados, analisados e relacionados entre si utilizando um quadrante para facilitar a análise (DINIZ, 2014).

A GUT é a sigla para *gravidade, urgência e tendência*. É utilizada principalmente quando existem diversos problemas para serem resolvidos, uma vez que objetiva priorizá-los ao saber a *gravidade* destes dentro de um contexto, com qual *urgência* devem ser resolvidos e qual a *tendência* do problema piorar, caso não seja tomada nenhuma providência (BOND, 2012). Dá-se uma pontuação de 1 a 5 para a gravidade, para a urgência e para a tendência dos problemas, e, ao final multiplica-os ($G \times U \times T$); os problemas que obtêm maiores pontuações devem ser priorizados.

Na sistematização das oficinas, os problemas percebidos na territorialização foram identificados e alocados na matriz FOFA e posteriormente compiladas na tabela GUT, de acordo com as pontuações.

Nesse sentido, as matrizes FOFA e GUT foram primordiais para a visualização dos aspectos mais emergentes no território, facilitando, por sua vez, a elaboração de intervenções a serem desenvolvidas com base nas principais necessidades aparentes.

Os sujeitos envolvidos foram convidados a pensar a respeito dos problemas da comunidade e ainda os mobilizou na busca de soluções encontradas.

4 | CONCLUSÃO

A territorialização tratou-se de um método extremamente rico e importante para os residentes no contexto da atenção primária à saúde, pois possibilitou uma visão diagnóstica dos espaços e das práticas de saúde de modo abrangente, criando possibilidades de atuação, canais de diálogo e possíveis estratégias de intervenção nas respectivas áreas de cobertura da equipe de residência multiprofissional.

Entendemos que o nosso território é um espaço de diversidades, onde encontramos inúmeras possibilidades de ações, formado por sujeitos, equipamentos, projetos sociais, cultura local, religiosidade, política e o contexto sócio histórico. Neste sentido, a territorialização visa o conhecimento e reconhecimento deste espaço que está em contínua transformação, norteando as ações nos vetores do território.

Por fim, o processo de territorialização não se finda, pois compreendemos tratar-se de algo não estático e de caráter contínuo, tornando-se um desafio para os profissionais de saúde que almejam uma sociedade mais justa, empoderada e igualitária.

REFERÊNCIAS

BOND, M. T. **Ferramentas para o aprimoramento da qualidade**. IN: BOND, M. T.; BUSSE, A.; PUSTILNICK, R. *Qualidade total: o que é e como alcançar*. Curitiba: Intersaberes, 2012.

DINIZ, A. L. M. **Estratégias de gestão e organização empresarial**. São Paulo: Pearson Education do Brasil, 2014.

CARVALHO, A. I. Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030 – prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, v.2, p. 19-38, 2013.

FARIA, R. M. **A territorialização da atenção primária à saúde no sistema único de saúde e a construção de uma perspectiva de adequação dos serviços aos perfis do território**. *Hygeia*, v.16, n.9, p.13 -147, Jun, 2013.

GOLDSTEIN, R. A. et al. **A experiência de mapeamento participativo para a construção de uma alternativa cartográfica para a ESF**. *Ciência & saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.18, n.1, p. 45-56, 2013.

MORAES, R. C. P.; ANHAS, D. M.; MENDES, R.; FRUTUOSO, M. F. P.; ROSA, K. R. M.; SILVA, C. R. C. **Pesquisa participante na estratégia saúde da família em territórios vulneráveis: a formação coletiva no diálogo pesquisador e colaborador** *Trab. educ. saúde*, Rio de Janeiro, v.15 n.1, Jan-Abr, 2017.

TEIXEIRA C. F.; PAIM J. S.; VILLASBÔAS A. L. **SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde**. *Inf Epidemiol SUS*, n.7, p.7-28, 1998.

PROTOCOLO DE REFERENCIAMENTO DE PACIENTES DOMICILIARES PARA ASSISTÊNCIA MULTIPROFISSIONAL ATRAVÉS DO APOIO MATRICIAL DO NASF DO MUNICÍPIO DE SERRINHA-BA

Natalí Nascimento Gonçalves Costa

Fisioterapeuta NASF, Secretaria Municipal de Saúde.
Serrinha - Bahia

Uilza Karine Miranda

Nutricionista NASF, Secretaria Municipal de Saúde.
Serrinha – Bahia

RESUMO: Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) têm em sua organização uma equipe multiprofissional que deve atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das equipes de Saúde da Família e das equipes de Atenção Básica. O objetivo do presente trabalho é consolidar o apoio matricial da equipe do NASF na assistência domiciliar através da criação de um Protocolo de Referenciamento de Pacientes Domiciliares para Assistência Multiprofissional. Trata-se de um relato de experiência da criação de um protocolo multiprofissional partindo da identificação do processo de trabalho entre as eNASF e eESF e seguido da elaboração do protocolo pela eNASF com as ações de Educação Permanente em Saúde. A base teórico-metodológica para a criação do protocolo resultou da coleta de informações através das publicações do Ministério da Saúde de 2008 à 2018, assim como do Caderno de Atenção

Básica nº 27 e o Caderno de Atenção Básica nº 39. A elaboração do protocolo possibilitou a organização do processo de trabalho, conduzindo o planejamento da assistência domiciliar e o aperfeiçoamento do cuidado continuado compartilhado entre as equipes.

PALAVRAS-CHAVE: NASF. Equipe Multiprofissional. Protocolo. Saúde Pública.

ABSTRACT: The Family Health Support Centers (NASF) have in their organization a multiprofessional team that must act in an integrated manner and support the professionals of the Family Health teams and the Primary Care teams. The objective of the present study is to consolidate NASF team support in home care through the creation of a Referral Protocol for Home Care Patients for Multiprofessional Assistance. This is an experience report of the creation of a multiprofessional protocol based on the identification of the work process between eNasf and eESF and followed by the elaboration of the protocol by eNASF with the actions of Permanent Education in Health. The theoretical-methodological basis for the The creation of the protocol resulted from the collection of information through the publications of the Ministry of Health from 2008 to 2018, as well as the Basic Attention Notebook nº 27 and the Basic Attention Book nº 39. The elaboration of the protocol made possible the organization

of the work process, leading the planning of home care and the improvement of the continued care shared among the teams.

KEYWORDS: NASF. Multiprofessional Team. Protocol. Public Health.

1 | INTRODUÇÃO

A Atenção Básica (AB) é eixo estruturante do Sistema Único de Saúde (SUS), que encontra entre os principais desafios a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade e da resolutividade das ações. (BRASIL, 2014)

O reconhecimento da saúde como direito social a partir da implantação do SUS, ao longo de uma trajetória de quase 3 décadas, foram conseguidas em grande importância através das políticas direcionadas ao fortalecimento da Atenção Primária à saúde (APS) no Brasil. (MOROSINE, 2018) Caracteriza-se por um conjunto de ações no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. (GONTIJO, 2017; FERREIRA, 2018)

AAPS é definida como porta de entrada ao SUS e principal estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde através da implantação da Estratégias Saúde da Família (ESF), com vistas a reorientar o modelo assistencial e imprimir uma nova dinâmica na organização dos serviços e ações de saúde. (FACHINE, 2006; MALTA, 2016) Portanto, a ESF tornou-se um dispositivo na consolidação do SUS para a inversão do modelo assistencial curativo e hospitalocêntrico para as ações atuantes no contexto territorial e comunitários com atuação interdisciplinar e participativa. (PINTO, 2012; SORATTO, 2015)

A criação dos Núcleo de Apoio a Saúde da família (NASF) mediante a portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008 pelo Ministério da Saúde, teve como principal objetivo apoiar, ampliar, aperfeiçoar as ações das equipes Saúde da Família (eSF) cujos problemas identificados extrapolem suas habilidades/competências específicas. (BRASIL, 2009)

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família têm em sua organização uma equipe multiprofissional, compostas por profissionais de diferentes áreas do conhecimento ou especialidades, que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das equipes de Saúde da Família e das equipes de Atenção Básica. (BARBORA, 2010; BRASIL, 2014)

Orientado pelo apoio matricial, a integralidade pode ser considerada a principal diretriz a ser praticada pelo NASF. A organização dos processos de trabalho do NASF, tendo sempre como foco o território sob sua responsabilidade, deve ser estruturada priorizando o atendimento compartilhado e interdisciplinar com as UBS, com trocas de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, com estudo e discussão de casos e situações. (BRASIL, 2009; NASCIMENTO, 2015)

O apoio matricial possibilita o fortalecimento do compromisso dos profissionais, reduzindo o excesso de encaminhamentos ao tempo que fortalece a corresponsabilização da condução dos casos, rompendo as ações contingenciais, fragmentadas e verticalizadas, moderadas pelo modelo biomédico da atenção à Saúde. (JORGE, 2014)

Serrinha, município do estado da Bahia, está localizada a 173 km de Salvador, com uma estimativa de 83.088 mil habitantes. (BRASIL, 2017) Apresenta 17 equipes saúde da família vinculadas ao NASF, o que o habilita estar vinculado na modalidade 1 com a implantação de duas equipes NASF1. Os profissionais que compõem a equipe preenchem 6 categorias distintas: fisioterapeuta, psicólogo, nutricionista, educador físico, fonoaudiólogo e assistente social. Estas categorias foram escolhidas levando em conta as demandas de pacientes para essas áreas e pelos diversos agravos à saúde crônicas, incapacitantes e sociais dos territórios definidos no município.

Diante dos desafios encontrados na articulação do processo de trabalho entre as equipes de saúde da família e o NASF principalmente no que se refere aos encaminhamentos das demandas, a criação do Protocolo de Encaminhamento da Assistência Multiprofissional teve como objetivo consolidar o apoio matricial na assistência da equipe do NASF (eNASF), orientando as equipes de Saúde da Família (eSF) e conduzindo o planejamento das ações do cuidado continuado compartilhado.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência realizado no município de Serrinha, no estado da Bahia, através da Secretaria Municipal de Saúde, delineado a partir de 3 etapas: A identificação do processo de trabalho entre as eNASF e eSF; Elaboração do protocolo pela eNASF; e as ações de Educação Permanente conduzidas através de reuniões para apresentação do protocolo a equipe de Atenção Básica e das 17 equipes Saúde da Família.

A base teórico-metodológica para elaboração do protocolo resultou da coleta de informações através das publicações do ministério da saúde de 2008 à 2018, assim como do Caderno de Atenção Básica nº 27, o Caderno de Atenção Básica nº 39, e considerações através de reuniões da equipe.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

O NASF apresenta-se como estratégia a expansão do conceito de integralidade no cuidado. (CARNUT, 2017) Gestores e profissionais da saúde encontram-se diante de desafios para executar as prescrições das políticas públicas na atenção primária. Muitas resistências e dificuldades permeiam o caminho desses profissionais, sobretudo

daqueles que buscam realizar ações territoriais diferenciadas e garantir que o NASF possa realizar plenamente sua função para que o atendimento consiga alcançar as metas da integralidade e da resolutividade prescritas pelo SUS. (SANTOS, 2017)

O protocolo apresenta em sua estrutura a criação do fluxograma do processo de trabalho da eSF ao NASF; Orientações de encaminhamento multiprofissional; Ficha de encaminhamento domiciliar para o NASF; ficha de contra-referência as eSF; e a planilha de planejamentos das demandas do cuidado continuado por profissional do NASF.

O volume de serviços oferecido à população brasileira ainda insuficiente segundo Feuerwerker (2017), leva a necessidade da reordenação no modelo de gestão e de atenção à saúde, com a construção de uma rede básica com ampliação do acesso e a melhoria da qualidade e da resolutividade das ações.

A criação do Fluxograma do processo de trabalho entre as equipes de referência e contra-referência, figura 1, possibilitou direcionar e orientar os encaminhamentos, ampliando a assistência e conduzindo o planejamento das estratégias do cuidado compartilhado.



Figura 1 – Fluxograma do Apoio Matricial do NASF na Assistência Domiciliar

Fonte: Elaborado pela eNASF Serrinha-Ba

Evidentemente alguns problemas estruturais, como a escassez de serviços especializados, induzem a utilização equivocada do NASF de forma substitutiva, empobrecendo o atendimento e dificultando a compreensão da sua função. (CUNHA, 2011)

O NASF embora significativamente implantado no Brasil, ainda não conta com processos plenamente sistematizados quanto as estratégias e as formas de organização do trabalho. O apoio do NASF depende das eSFs e compreende, prioritariamente, ações compartilhadas. (GONÇALVES, 2015)

O Apoio Matricial e a Equipe de Referência, são ao mesmo tempo, arranjos organizacionais para a gestão do trabalho em saúde, que aumentam as possibilidades da clínica ampliada e a integração entre distintas especialidades e profissões. Busca personalizar os sistemas de referência e contra-referência, ao estimular e facilitar o contato direto entre referência encarregada do caso e especialista de apoio. (CAMPOS,2007)

A equipe ou profissional de referência são encarregados pela condução de um caso individual, familiar ou comunitário, sendo responsáveis pela realização de um conjunto de tarefas, ainda que operando com diversos modos de intervenção. Cada equipe de referência terá um registro e um cadastro de casos sob sua responsabilidade, que permitirá a avaliação de risco e vulnerabilidade, identificando os casos que necessitem a elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS) e dos procedimentos dos cuidados. (CAMPOS, 2007; CUNHA, 2011)

Tais considerações reforçam a elaboração da nova ficha de referência apresentada no protocolo, figura 2, a qual permitiu através de uma coleta mais detalhada e minuciosa de informações a organização do fluxo de demandas por critérios de prioridades, da identificação dos profissionais responsáveis pelo caso e na definição do planejamento das estratégias do cuidado continuado compartilhado através das equipes.

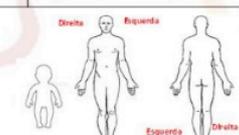
USUÁRIO _____	APELIDO _____
CARTÃO DO SUS _____	DATA NASC. ____/____/____ SEXO () F () M
CUIDADOR/MÃE _____	CONTATO () _____
ENDEREÇO _____	UBS _____
Nº PRONTUÁRIO _____	ACS _____
CONTATO () _____	
RELATO DA SOLICITAÇÃO DE VISITA DOMICILIAR	
_____ _____ _____	
() ASSISTENTE SOCIAL () FISIOTERAPEUTA () FONOAUDIÓLOGA () NUTRICIONISTA () PSICÓLOGO	
DADOS GERAIS	
LOCOMOÇÃO: () ACAMADO () CADEIRA DE RODAS () ANDADOR () MULETAS () INDEPENDENTE	
() HIPERTENSÃO	() DIABETES () OBESIDADE () DESNUTRIÇÃO () USO DE ÁLCOOL/DROGAS
USO DE Sonda: () GÁSTRICA () VESICAL	() ESCARAS
DIFICULDADE PARA:	() FRATURA
() FALAR () DEGLUTIR/COMER () RESPIRAR	() PARALISIA
CASOS NA FAMÍLIA DE:	- Assinale no desenho a localização
() Depressão () Suicídio () Câncer	
() AVC () Infarto	
SERRINHA, ____/____/____	ASSINATURA/CARIMBO _____

Figura 2 – Ficha de Referência ao NASF

Fonte: Elaborado pela eNASF Serrinha-Ba

Uma nova ficha de contra-referência, figura 3, possibilitou definir o desfecho dos casos de forma mais precisa e didática, assim como o planejamento do cuidado continuado compartilhado e os encaminhamentos intersetoriais realizados, fortalecendo a resolutividade das ações e da ampliação da assistência integral.

DATA DA VISITA _____ / _____ / _____	() AD1	() AD2	() AD3
RELATO DA VISITA DOMICILIAR			

ASSINATURA/CARIMBRO			
DESFECHO			
() RETORNO PARA CUIDADO CONTINUADO PROGRAMADO	() QUINZENAL	() MENSAL	() TRIMESTRAL
() ALTA DO EPISÓDIO	_____		
() ENCAMINHAMENTO PARA REDE ESPECIALIZADA	_____		
() ENCAMINHAMENTO INTERSETORIAL	_____		
() ENCAMINHAMENTO PARA GRUPO	_____		

Figura 3 – Ficha de Contra-referência encaminhada a eSF

Fonte: Elaborado pela eNASF Serrinha-Ba

Quanto ao procedimento de coleta das fichas, o protocolo define que estas sejam entregues diretamente aos profissionais do NASF exclusivamente pelo enfermeiro (a) responsável pela UBS em reunião mensal agendada fortalecendo a importância da discussão dos casos entre a equipe NASF, agentes comunitários, enfermeiros e técnicos de enfermagem da unidade referenciada. Essas reuniões deverão ter suas datas programadas e registradas no final de cada mês junto a elaboração do cronograma mensal do mês seguinte.

Tal prática pode ser fundamentada por Moline-Avejonas (2010) que destaca que o apoio matricial pode acontecer de duas maneiras: a partir da assistência compartilhada em saúde especializada diretamente ao usuário; e por meio do apoio técnico pedagógico que os profissionais do NASF desenvolvem com as eSFs, como as trocas de saberes e de experiências a partir da discussão de um caso específico ou uma questão teórica de interesse e de necessidades comuns.

Poucos estudos relatam os resultados das ações do NASF sobre equipes vinculadas e população assistida. A insuficiência de dados oficiais em relação ao trabalho do NASF dificulta a avaliação dos resultados produzidos, onde são identificados desafios como a insuficiência de mecanismos para monitoramento e avaliação dos resultados alcançados. Sua inclusão no e-SUS Atenção Básica e no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) pode contribuir para superar essa lacuna. São necessários, portanto, mecanismos de avaliação e monitoramento dos NASF que considerem os resultados alcançados, especialmente a partir do trabalho integrado às equipes vinculadas. (MALTA, 2017; SOUZA, 2018)

É importante analisar as práticas de saúde desenvolvidas pelos profissionais dos

NASF, buscando entender as potencialidades e os limites das mesmas para o apoio à reorientação do modelo de atenção à saúde, em suas várias dimensões – gerencial, organizativa e técnico-assistencial. (ARCE, 2017)

4 | CONCLUSÃO

Considerando-se a assistência à saúde oferecida pelo SUS e a perspectiva que se tem acerca do apoio da equipe NASF, a criação do Protocolo de Referenciamento da Assistência Domiciliar, se tornou um modelo organizacional do processo de trabalho através da consolidação do apoio matricial. Percebe-se necessárias mudanças no sistema no âmbito da gestão ou da execução de ações dos profissionais de saúde, uma vez que a práticas em saúde ainda é considerada um desafio que o NASF precisa superar para conseguir validar, de fato, suas diretrizes.

REFERÊNCIAS

- ANJOS, K. F. et al. Perspectivas e desafios do núcleo de apoio à saúde da família quanto às práticas em saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 672-680, out-dez. 2013.
- ARCE, V.A.R.; TEIXEIRA, C.F. Práticas de saúde e modelo de atenção no âmbito do Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Salvador (BA). **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 3, p. 228-240, set. 2017.
- BARBOSA, E.G.; FERREIRA, D.L.S.; FURBINO, S.A.R.; RIBEIRO, E.E.N. Experiência da Fisioterapia no Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Governador Valadares. **MGFisioter Mov.**, v.23, n.2, p. 323-30, abr-jun 2010.
- BRASIL. IBGE. Censo demográfico, 2017. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/serrinha/panorama>>. Acesso em: 12 ago. 2018.
- BRASIL. Ministério da saúde. Diretrizes do Nasf: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Cadernos de Atenção Básica, Brasília-DF, v. 1, n. 27, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Cadernos de Atenção Básica, Brasília-DF, v.1, n.39, 2014.
- CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007.
- CARNUT, L. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 115, p. 1177-1186, out-dez. 2017.
- CUNHA, G.T; CAMPOS, G.W. de S. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. **Saúde Soc**, São Paulo, v.20, n.4, p.961-970, 2011.
- FACCHINI, L. A. et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.1, n.3, p.669-681, 2006.
- FERREIRA, S.R.S.; PÉRICO, L.A.D.; DIAS, V.R.F.G. A complexidade do trabalho do enfermeiro na

Atenção Primária à Saúde. **Rev Bras Enferm**, v.71, n.1.p.752-7, 2018.

FEUERWERKER, L.C. M.; MERHY, E.E. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. **Rev Panam Salud Publica**, v.24, n.3, 2008.

FONTELLES, M.J. et al. Metodologia da pesquisa: diretrizes para o cálculo do tamanho da amostra. **Rev Paran Med**, v. 24, p.57-64, 2009.

GONÇALVES, R.M. de A. Estudo do trabalho em Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). **Rev. bras. Saúde ocup**, São Paulo, v. 40, n.131, p. 59-74, 2015.

GONTIJO, T. L.; DUARTE, A. G. S.; GUIMARÃES, E. A. A.; SILVA, J. Avaliação da atenção primária: o ponto de vista de usuários. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 114, p. 741-752, jul-set. 2017.

JORGE, M. S. B. et al . Possibilidades e desafios do apoio matricial na atenção básica: percepções dos profissionais. **Psicol. teor. prat.**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 63-74, ago.2014.

MALTA, D.C. et al. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.21, n.2, p.327-338, 2016.

MOLINE-AVEJONAS, D. R.; MENDES, V. L. F.; AMATO, C. A. H. Fonoaudiologia e Núcleos de Apoio à Saúde da Família: conceitos e referências. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 465-474, 2010.

MOROSINI, M.V.G.C.; FONSECA, A.F.; LIMA, L.D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 11-24, jan-mar 2018.

NASCIMENTO, A. A. P. do; INÁCIO, W da S. Atuação fisioterapêutica no núcleo de apoio à saúde da família: uma revisão sistemática. **J Health Sci Inst**, v. 33, n. 3, p. 280-286, 2015.

PINTO, A.G.A. et al. Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.1, n.3, p.653-660, 2012.

SANTOS, R.A.B de G. dos; FIGUEIREDO, L. da R. U.; LIMA, L.C. Apoio matricial e ações na atenção primária: experiência de profissionais de ESF e Nasf. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 114, p. 694-706, jul-set 2017.

SORATTO, J. et al. Estratégia saúde da família: uma inovação tecnológica em saúde. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v 24, n 2, p.584-92, 2015.

SOUZA, T.T.; CALVO, M.C.M. Avaliabilidade dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família com foco na integração às equipes apoiadas. **Rev Saude Publica**, v. 52, n.41, p. 1-11, jun 2018.

QUEM CUIDA TAMBÉM SE CUIDA: RELATO DE EXPERIÊNCIA DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA DE PARNAÍBA-PI SOB A ÓTICA DO CUIDADO AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Marianne Lira de Oliveira

Universidade Federal do Piauí
Teresina – PI

Viviane Pinheiro Alves de Almeida

Universidade Federal do Piauí
Parnaíba – PI

Marília de Sousa Santos

Universidade Federal do Piauí
Parnaíba – PI

Káren Maria Rodrigues da Costa

Universidade Federal do Piauí
Teresina – PI

Maísa Ravenna Beleza Lino

Universidade Federal do Piauí
Teresina – PI

Rebeca Barbosa da Rocha

Universidade Federal do Piauí
Parnaíba – PI

João Dutra Araújo Neto

Universidade Federal do Piauí
Parnaíba – PI

Resumo: Introdução: Os Profissionais da Estratégia de Saúde da Família frequentemente citam como dificuldade no processo de trabalho a rotina estressante na busca por cumprir metas de produção. **Objetivo:** Descrever a experiência de uma equipe de residentes em Saúde da Família em Parnaíba-PI, a partir da implantação

e desenvolvimento de ações do grupo “Quem cuida também se cuida”. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência transversal e descritivo com abordagem qualitativa realizado de maio a agosto de 2016 com os profissionais da Estratégia de Saúde da Família a partir dos encontros referentes ao grupo “Quem cuida também se cuida”. **Resultados:** Os encontros do grupo “Quem cuida também se cuida” ofereceram momentos de cuidado aos profissionais da ESF que se dispuseram a participar de modo que os mesmos apresentaram relatos variados de agradecimento ao momento proposto. **Discussão:** O presente estudo elucida a possibilidade de articular campos de integração em meio aos processos de trabalho. Ressalta ainda como dificuldade à participação dos integrantes, a constante mudança na agenda no setor da gestão. **Conclusão:** A falta de espaços para encontros entre os profissionais do serviço de saúde, excetuando-se aqueles voltados ao planejamento da agenda mensal, demonstra-se como um bloqueador do próprio diálogo. Sendo assim, o Grupo “Quem cuida também se cuida” surge como uma possibilidade de integração e momento de cuidado entre a equipe.

PALAVRAS-CHAVE: Profissionais; Saúde; Cuidado.

ABSTRACT: Introduction: Family Health Strategy Professionals often cite as a difficulty

in the work process the stressful routine in the pursuit of meeting production goals. **Objective:** To describe the experience of a team of Residents in Family Health in Parnaíba-PI, from the implementation and development of actions of the group “Who cares also is taken care of”. **Methodology:** This is a transverse and descriptive experience report with a qualitative approach carried out from May to August 2016 with the professionals of the Family Health Strategy from the meetings about the group “Who cares also takes care”. **Results:** The meetings of the group “Who cares also takes care of themselves” offered moments of care to the professionals of the ESF who were willing to participate so that they presented varied reports of gratitude to the proposed moment. **Discussion:** This study elucidates the possibility of articulating integration fields in the midst of work processes. It also highlights how difficult the participation of the members, the constant change in the agenda in the management sector. **Conclusion:** The lack of spaces for meetings among health service professionals, except those focused on planning the monthly agenda, proves to be a blocker of the dialogue itself. Therefore, the “Who cares also takes care of itself” group emerges as a possibility of integration and moment of care among the team.

KEYWORDS: Professionals; Cheers; Caution.

1 | INTRODUÇÃO

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) desempenham um papel central na garantia do acesso à atenção à saúde de qualidade. Desde 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH) aciona, no plano das políticas públicas, vários movimentos de questionamento da relação de cuidado no Brasil, objetivando impulsionar mudanças profundas (BRASIL, 2012; BRASIL, 2013; GOMES et al., 2011).

Profissionais do serviço de saúde frequentemente citam como dificuldade no processo de trabalho a rotina estressante na busca por cumprir metas de produção. Associado a este fator está a falta de construção de espaços de cuidado mútuo, uma vez que estes profissionais são capacitados para direcionar a atenção e a assistência aos usuários de modo unilateral. Neste cenário, o cuidado a si é um conceito complexo que envolve vários fatores sociais, econômicos e culturais, quando somado a estes aspectos, está a rotina laboral que profissionais de saúde enfrentam diariamente, deste modo, torna-se mais complicado exercer o cuidar a si mesmo (SILVA; TERRA; GONÇALVES; SOUTO, 2014).

O espaço institucionalizado no formato de grupo de cuidado ao cuidador permite não apenas a identificação das necessidades individuais de profissionais de saúde na rotina de trabalho, mas também favorece o desenvolvimento de práticas de cuidado àqueles que exercem estritamente o papel de cuidador. Neste sentido, mais que cuidar do outro é fomentado o cuidado multidimensional e coletivo como modo de cuidar de si (ADAM; GOULART; SALGUEIRO, 2015; BAGGIO; ERDMANN, 2015).

Em concomitante a este cenário, as residências multiprofissionais em saúde,

existentes desde 1975 e regulamentadas em 2005 com a [Lei nº 11.129](#), atuam na perspectiva de promoção do cuidado multidirecional. As mesmas são orientadas pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir das necessidades e realidades locais, e especificamente o programa de residência multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) de Parnaíba-PI, abrange quatro profissões da área da saúde: Fisioterapia, Farmácia, Psicologia e Enfermagem. Nesse contexto, os Programas da Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PRMSF) devem ser orientados por estratégias pedagógicas capazes de promover cenários saudáveis, tendo a atenção básica como espaço prioritário (BRASIL, 2017; BRASIL, 2017).

Diante disto, a equipe de residentes multiprofissionais em saúde da família de Parnaíba-PI, percebeu a necessidade de criar um grupo de cuidado aos cuidadores denominado “Quem cuida também se cuida”. Deste modo, as práticas participativas e de relaxamento foram utilizadas para promover o cuidado e a integração dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Assim, tendo em vista a relevância de se discutir a promoção do cuidado aos profissionais de saúde que por vezes ocupam estritamente o papel de cuidadores, além da necessidade de se divulgar experiências exitosas na atenção básica, o presente relato foi descrito. O mesmo tem como objetivo descrever a experiência de uma equipe de residentes em Saúde da Família em Parnaíba-PI, a partir da implantação e desenvolvimento de ações do grupo “Quem cuida também se cuida”.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência transversal e descritivo com abordagem qualitativa. Deste modo, o grupo “Quem cuida também se cuida” foi uma proposta das residentes multiprofissionais em saúde da família de Parnaíba-PI na perspectiva de implantar um momento e espaço de cuidado para os profissionais da ESF.

O grupo desenvolvia suas atividades na academia da saúde, localizada na Ilha Grande de Santa Isabel, módulo II e a vivência que fundamentou este estudo ocorreu entre os meses de maio a agosto de 2016.

Como participantes foram convidados todos os profissionais da estratégia de saúde da família, regulação, atendente social, vigia e serviços gerais, ambos vinculados à referida UBS, módulo II, totalizando 20 profissionais.

Os encontros mensais foram baseados em práticas participativas variadas, tais como:

1º encontro: Momento de relaxamento associando alongamentos e respiração, seguido da caixa de afecções onde cada participante depositava um objeto numa caixa e a partir deste contava sua história de afeto. O encontro encerrou com a roda de cuidado em que metade dos participantes em círculo receberam mensagens dos que estavam em pé e depois a posição dos mesmos era invertida;

2º encontro: Iniciado com a dinâmica “lavagem de roupa suja” que consiste numa prática participativa de busca por resoluções de problemáticas. Deste modo, cada participante recebeu uma peça de roupa de papel onde deveria escrever algum problema na rotina de trabalho e mais especificamente acerca do remapeamento que ocorria no território. Posteriormente, penduraram as roupas num “varal” e em faixas de papel como “raios de sol” deveriam escrever soluções para os referidos problemas. O encontro foi encerrado com o corredor do cuidado com os participantes dispostos em duas linhas paralelas, o que possibilitava o cuidado a cada um deles que passava pelo corredor;

3º encontro: Foi realizada a dinâmica de estímulo à comunicação e os participantes foram divididos em três grupos, cada grupo era caracterizado pela ausência de um sentido básico como: mudos, surdos ou cegos e o objetivo era chegar a determinado ponto da sala juntos formando uma passarela com tatames mesmo desprovidos da fala, da audição ou da visão.

4º encontro: Em torno da temática “amizade”, danças circulares foram promovidas em duplas com músicas que abordavam o tema de modo que estas duplas trocavam ao longo do momento e um participante poderia interagir com várias outras pessoas. Posteriormente, os mesmos integraram uma ciranda ainda sobre a temática e o encontro encerrou com o momento de fala dos sujeitos.

Todos os encontros eram condicionados ainda à proposição de temáticas pelos próprios profissionais participantes bem como à disponibilidade de horário dos mesmos. Logo após a execução das atividades eram promovidas rodas de conversa para colher o *feedback* e acordar o próximo encontro. Para quantificar a adesão dos participantes ao grupo utilizamos uma Ata de presença.

O presente estudo discorre sobre um relato de experiência, sem utilizar dados que permitam a identificação dos sujeitos ou de qualquer outra informação que permita a identificação dos mesmos, de modo que a aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa foi dispensada de acordo com a resolução 510/16 (GUERRIEIRO, 2016).

3 | RESULTADOS

Os encontros do grupo “Quem cuida também se cuida” ofereceram momentos de cuidado aos profissionais da ESF que se dispuseram a participar de modo que os mesmos apresentaram relatos variados de agradecimento ao momento proposto, além de perceberem neste grupo uma oportunidade de integração da equipe.

Quanto à participação, foram quatro encontros com percentuais de 70%, 60%, 55% e 45% de presença, respectivamente. Foi possível observar o surgimento de novas propostas de diálogo entre os mesmos e deles com a equipe de residentes multiprofissionais em saúde da família, através deste espaço de cuidado.

O primeiro encontro, que fomentou também o surgimento do grupo, foi

direcionado a práticas de relaxamento e acolhimento dos participantes que ainda desconheciam a proposta daquele grupo especificamente. Os profissionais da ESF que se fizeram presentes foram receptivos a todas as atividades propostas, relatando ainda o agradecimento por poderem participar junto aos demais daquele momento. Na dinâmica da caixa de afecções a maioria das histórias que surgiram foram vinculadas ao processo de trabalho, principalmente com relação aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), assim como os objetos depositados na caixa também foram na maior parte instrumentos de trabalho. A roda de cuidado foi bem aceita e muito comentada durante o *feedback*, seja pela massagem feita ou ainda pela troca que ocorre entre quem cuida e quem está sendo cuidado.

A temática do segundo encontro surgiu a partir da situação sensível que o território vivenciava no período, acerca do remapeamento que ocorria. Desta forma, o momento foi direcionado para a tentativa de resolução de problemáticas e reestabelecimento da comunicação e gestão participativa. Assim, a “lavagem de roupa suja” foi bem aceita pelos participantes por se tratar de uma forma lúdica para abordar um tema crítico e os mesmos escreveram como principal problemática vinculada ao processo de trabalho na atenção básica a falta de comunicação. As possíveis soluções citadas abordaram a reformulação da reunião mensal e a possibilidade de transformá-la em reunião quinzenal na perspectiva de favorecer a discussão sobre aspectos que vão além do cronograma de atividades.

A dinâmica de estímulo à comunicação desenvolvida no terceiro encontro promoveu a articulação dos participantes e tornou possível a percepção da aceitação dos mesmos quanto às práticas participativas e lúdicas. Os três grupos conseguiram interagir por um objetivo comum e como *feedback* relataram as dificuldades de não poder falar, ouvir ou ver o que estava acontecendo. Em alusão ao processo de trabalho na atenção básica, os profissionais da ESF discorreram sobre como é atuar com pessoas diferentes diariamente e ter que explicar de várias maneiras a mesma informação para que se faça compreender.

Sendo assim, após o período crítico de problemas de comunicação foi possível desenvolver práticas sobre amizade com o grupo e as danças circulares foram escolhidas. Os participantes se mostraram muito acessíveis em todos os encontros, mas especificamente na dinâmica de pares em que o olhar entre os sujeitos era favorecido, o cuidado entre ambos também ficou mais evidente. O quarto encontro foi finalizado com uma ciranda sobre a mesma temática e a roda de conversa ocorreu em meio a um abraço coletivo onde todos puderam falar sobre suas implicações acerca do momento. Os mesmos citaram a correria da rotina de trabalho e as metas de produtividade como empecilhos à participação do grupo “Quem cuida também se cuida”, mas ressaltaram que estavam fazendo o possível para não perderem o momento de cuidado.

4 | DISCUSSÃO

O presente estudo elucida a possibilidade de articular campos de integração entre os profissionais da ESF em meio aos processos de trabalho na rotina da ABS. Em contraponto, existe na literatura uma vacuidade literária sobre a temática, tendo em vista que a grande maioria das pesquisas volta-se ao papel de cuidador e como este é desenvolvido pelos profissionais da ESF, sem qualquer inferência à necessidade de cuidado que os mesmos apresentam.

Neste sentido, pesquisadores discorrem sobre a disposição da rede de cuidado que se inicia na ABS e perpassa por outros níveis de atenção de acordo com a necessidade de cada caso de modo que o atendimento qualificado tende a iniciar com o acolhimento. Assim, tanto profissionais da saúde como as pessoas que trabalham na recepção ou setor administrativo dos serviços de saúde estão aptos a realizar o acolhimento inicial do usuário. Entretanto, diferente dos resultados da atual pesquisa, nestes estudos não há menção a qualquer forma de acolhimento ou cuidado aos próprios profissionais de saúde (SANTOS et al., 2016).

Corroborando com a relevância de se implementar práticas de atenção e cuidado aos profissionais da ESF uma pesquisa realizada com os mesmos utilizando a Escala de Prazer e Sofrimento no Trabalho (EPST). A aplicação do instrumento possibilitou a descrição de dados sobre o esgotamento profissional e concluiu que os profissionais da ESF participantes referiram avaliação grave/crítica quanto a este esgotamento, sendo inversamente proporcional ao tempo de inserção na rotina de trabalho (MAISSIAT; LAUTERT; DAL PAI; TAVARES, 2015).

No presente estudo as temáticas foram preferencialmente escolhidas a partir da realidade vivenciada nos processos de trabalho pelos próprios profissionais da ESF. Em concordância, outra pesquisa abordou o diálogo como estratégia de promoção da educação popular em saúde enfatizando a necessidade de reuniões prévias quando se desenvolve encontros grupais com data definida, além de ressaltar a maior efetividade de temas escolhidos coletivamente quando comparados a temáticas impostas e sem diálogo (PRADO; SARMENTO; COSTA, 2015).

Para Merhy (2015), mesmo que as rodas de conversa no contexto da ABS não obedeçam qualquer cronograma para acontecerem, ainda assim, é possível reconhecer no diálogo algumas necessidades de saúde emergentes no território. Além de possibilitar a integração dos profissionais de ESF e fomentar a resolução de problemáticas em equipe. Nesta perspectiva, a metodologia de grupos de trabalho nos sugere a construção de um espaço protegido para discussão de casos e temáticas pertinentes à prática profissional.

Sob a ótica do método Paideia, a Educação Permanente em Saúde (EPS) surge como estratégia de formação que visa favorecer a cogestão / gestão participativa de coletivos, configurando uma tentativa de trabalhar os diferentes saberes, poderes, experiências e afetos, atuando na formação integral dos sujeitos, na perspectiva de

aumentar sua capacidade de intervir em questões singulares, por meio da utilização de práticas participativas e por vezes favorecendo o autocuidado (CASTRO e CAMPOS, 2014; FERNANDES e FIGUEIREDO, 2014).

Contudo, uma dificuldade à participação dos integrantes foi a constante mudança na agenda no setor da gestão, comprometendo a data mensal fixada para realização do grupo.

5 | CONCLUSÃO

A falta de espaços para encontros entre os profissionais do serviço de saúde, excetuando-se aqueles voltados ao planejamento da agenda mensal, demonstra-se como um bloqueador do próprio diálogo. Sendo assim, o Grupo “Quem cuida também se cuida” surge como uma possibilidade de integração e momento de cuidado entre a equipe da ESF.

Desta forma, os encontros mensais do grupo propiciaram a possibilidade de resolução de problemáticas que surgiram na rotina de trabalho, além da discussão de novas estratégias para melhoria na assistência à saúde e estímulo ao cuidar de si para melhor cuidar do outro.

REFERÊNCIAS

ADAM, L; GOULART, C.M.T; SALGUEIRO, J. **Cuidando de quem cuida**. Revista Conhecimento Online, Novo Hamburgo, v. 2, 2015. Disponível em: www.feevale.br/revistaconhecimentoonline. [Acesso em: 11 de outubro de 2018].

BAGGIO, M.A; ERDMANN, A.L. **A Circularidade dos Processos de Cuidar e Ser Cuidado na Conformação do Cuidado “do Nós”**. Revista de Enfermagem Referência Série IV - n.º 7 - out./nov./dez. 2015.

BRASIL. Ministério da Educação. Disponível em: portal.mec.gov.br > **Residências em saúde**. [Acesso em: 11 de janeiro de 2018].

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portal da saúde**. Disponível em: dab.saude.gov.br/portaldab/residencia_multiprofissional.php. [Acesso em: 11 de janeiro de 2018].

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Humanização** / Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CASTRO, C.P; CAMPOS, G.W.S. **Apoio institucional paideia como estratégia para educação permanente em saúde**. Trabalho, Educação e Saúde, Rio de Janeiro, v. 12 n. 1, p. 29-50, jan./abr. 2014.

FERNANDES, J.A; FIGUEIREDO, M.D. **Apoio institucional e cogestão: uma reflexão sobre o trabalho dos apoiadores do SUS Campinas**. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 287-306, 2015.

GOMES, A.M.A. et al. **Cuidar e ser cuidado: relação terapêutica interativa profissional-paciente na humanização da saúde.** Revista de Atenção Primária à Saúde, v. 14, n. 4, p. 435-446, 2011.

GUERRIERO, I.C.Z. **Resolução nº 510** de 7 de abril de 2016 que trata das especificidades éticas das pesquisas nas ciências humanas e sociais e de outras que utilizam metodologias próprias dessas áreas. Ciência e Saúde Coletiva, v. 21, n. 8, p. 2619-2629, 2016.

MAISSIAT, G.S; LAUTERT, L; DAL PAI, D; TAVARES, J.P. **Contexto de trabalho, prazer e sofrimento na atenção básica em saúde.** Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 36, n. 2, p. 42-9, 2015.

PRADO, E.V; SARMENTO, D.S; COSTA, L.J.A. **O diálogo como estratégia de promoção de participação popular no SUS.** Revista Atenção Primária à Saúde, v. 18, n. 4, p. 424 – 429, 2015.

MERHY, E.E. **Educação Permanente em Movimento – uma política de reconhecimento e cooperação, ativando os encontros do cotidiano no mundo do trabalho em saúde, questões para os gestores, trabalhadores e quem mais quiser se ver nisso.** Saúde em Redes. v. 1, n. 1, p. 07-14. 2015

SANTOS, D.A. **Potencialidades e dificuldades nas práticas de acolhimento na rede de atenção básica conforme a Política Nacional de Humanização.**

Saúde e Transformação Social, Florianópolis, v. 6, n. 2, p. 54.-69, 2016.

SILVA, A.A; TERRA, M.G; GONÇALVES, M.O; SOUTO, V.T. **O Cuidado de si entre Profissionais de Enfermagem: Revisão das Dissertações e Teses Brasileiras.** Revista Brasileira de ciências da Saúde, v. 18, n. 4, p. 346-352, 2014.

SOBRE A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL: UM DIÁLOGO ENTRE PRECEPTOR E RESIDENTE

Esther de Sena Ferreira

Universidade de Fortaleza – UNIFOR, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Fortaleza-CE

Deborah Natacha Ferreira Figueiredo

Escola de Saúde Pública do Ceará – ESP, Departamento de Residência Multiprofissional, Fortaleza-CE.

RESUMO: O presente relato de experiência trata-se de um diálogo sobre a *práxis* do psicólogo durante o processo de residência multiprofissional. Os desafios da formação acadêmica para prática do psicólogo na atenção primária marcaram a (re)descoberta desse saber durante todo o transcurso de ensino-aprendizagem no cenário em questão. Dessa maneira, as experiências cotidianas entre preceptor e residente em saúde da família geraram reflexões acerca desse saber-fazer a partir das atividades propostas pela Escola de Saúde Pública, instituição formadora, e demais espaços de trocas. A vivência aqui relatada ocorreu no período de Março de 2015 a Agosto de 2016, no município de Maranguape, localizado a 27 km de Fortaleza, Ceará. Foram elaborados diários de campo a partir das observações realizadas. Os resultados mostraram a percepção do saber do outro na sua prática através da articulação de núcleo; orientações acerca do fazer em psicologia; elaboração

de intervenções no campo de atuação; e a promoção de atividades inovadoras em saúde. Assim, a interlocução entre preceptor e residente durante o processo formativo da residência multiprofissional apresentou-se como uma importante ferramenta para o desenvolvimento de novas possibilidades interventivas.

PALAVRAS-CHAVE: Internato não Médico, Preceptoria, Psicologia, Saúde da Família.

ABSTRACT: The present report of experience is about a dialogue about the praxis of the psychologist during the multiprofessional residency process. The challenges of the academic formation to practice of the psychologist in primary care marked the (re-) discovery of this knowledge throughout the teaching- the scenario in question. In this way, the daily experiences between preceptor and resident in family health generated reflections on this know-how from the activities proposed by the School of Public Health, a training institution, and other spaces for exchanges. The experience here reported occurred in the period from March 2015 to August 2016, in the municipality of Maranguape, located 27 km from Fortaleza, Ceará. Field diaries were elaborated from the observations made. The results showed the perception of the knowledge of the other in their practice through the core articulation; guidelines about doing in psychology; elaboration of interventions in the

field of action; and the promotion of innovative health activities. Thus, the interlocution between tutor and resident during the training process of multiprofessional residency was an important tool for the development of new intervention possibilities.

KEYWORDS: Non-Medical Internship, Preceptory, Psychology, Family Health.

1 | INTRODUÇÃO

A residência multiprofissional em saúde visa ampliar o processo de educação permanente produzindo saberes que dialogam com a prática. De acordo com Tófoli e Fortes (2007), a residência multiprofissional em Saúde da Família surgiu na cidade de Sobral no estado do Ceara em 1998, na Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia, com o intuito de fazer uma inversão do modelo de saúde previamente estabelecido.

A atuação ocorre de forma interdisciplinar e integral possibilitando o desenvolvimento de novos conhecimentos e a troca de saberes com a equipe. Quando se fala na atuação do psicólogo e na vivência da residência articulada ao Sistema Único de Saúde (SUS), dialoga-se especialmente com os desafios dessa prática que avançam através da construção e ampliação do conhecimento na área de saúde coletiva e na definição de políticas públicas.

Tais desafios favorecem trocas entre profissionais com a finalidade de promover o saber-fazer, gerando questionamentos coletivos quanto à atuação profissional e propondo discussões que ampliam o processo de aprendizagem mútua. Em concordância, como parte do Programa de Interiorização da Formação Interprofissional em Saúde, a Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE) inicia em 2013 a Residência Integrada em Saúde (RIS), tomando a Saúde da Família e Comunidade como um de seus programas ampliando oportunidades de profissionais “viverem” o SUS.

A ênfase em Saúde da Família e Comunidade está inserida na Atenção Primária à Saúde (APS) através dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). O profissional residente, ao concluir tal formação, deve estar preparado para atuar no SUS (Sistema Único de Saúde) dando continuidade aos processos de troca de saberes exercitados durante a Residência. Entretanto, de forma geral, a formação acadêmica dos profissionais de saúde, aqui, em especial os da Psicologia, ainda está fortemente marcada pelo modelo biomédico, clínico, o que acaba aparecendo como um dos grandes desafios nesse cenário de atuação.

A necessidade de ampliação do olhar e das práticas em saúde demonstra uma pressa quanto à inovação dos serviços prestados e consequentes quebras de paradigmas na formação acadêmica. Há ainda a necessidade de serem aprofundados os conhecimentos em outras áreas profissionais com foco na temática da saúde mental, desenvolvimento de práticas da Psicologia em saúde mental no contexto da APS, bem como a importância do diálogo interprofissional no cotidiano dos serviços.

Preceptores são profissionais de saúde que atuam na Estratégia de Saúde da Família (ESF) das Unidades Básicas de Saúde (UBS), que foram escolhidos pela gestão municipal para serem capacitados pela instituição formadora e acompanharem os profissionais residentes. Os residentes são profissionais bolsistas da ESP-CE pertencentes a diversos cursos da área da saúde. Os encontros entre preceptor de núcleo e residente permitem, portanto, ricos espaços de discussão, uma vez que dois profissionais são oportunizados a perceberem a sua prática com um olhar ampliado em saúde, rompendo as barreiras da visão da clínica (psicológica) clássica.

Contudo, esse relato foi produzido com o intuito de discutir sobre a *práxis* do psicólogo durante o processo de residência multiprofissional através de relato de experiência. Traçaremos a seguir parte do percurso percorrido entre preceptora e residente do núcleo da Psicologia em saúde da família.

2 | MÉTODOS

A vivência aqui relatada ocorreu no período de março de 2015 a agosto de 2016, no município de Maranguape, localizado a 27 km de Fortaleza, tendo a produção se dado a partir de reflexões geradas acerca das experiências cotidianas entre preceptor e residente em saúde da família. O relato de experiência é a descrição que um autor ou uma equipe fazem de uma vivência profissional tida como exitosa ou não, mas que contribua com a discussão, a troca e a proposição de ideias para a melhoria do cuidado na saúde (COMUNIDADES DE PRÁTICAS, 2018).

As atividades aconteceram tanto em salas de reuniões disponibilizadas pela Secretaria Municipal de Saúde, como no território das unidades de saúde apoiadas pela equipe do NASF residente, localizadas na região rural do município.

Ambas psicólogas, preceptora e residente somaram cerca de 40 encontros, dois por semana, distribuídos entre as seguintes atividades: discussões de núcleo e planejamento (rodas de núcleo), atendimento compartilhado (tenda invertida), condução de grupos e ações de educação em saúde. Foram elaborados diários de campo a partir das observações realizadas. As atividades eram direcionadas pela ESP-CE, registradas em relatórios pelo preceptor e posteriormente, enviadas à instituição.

As rodas de núcleo foram momentos destinados a cada núcleo profissional, com duração de três horas, onde cada residente encontrava-se com seu preceptor para estudarem e discutirem textos específicos relacionados à prática, além de também proporcionar a avaliação semestral do residente no cenário de prática.

As tendas invertidas foram momentos em que preceptora e residente atenderam ou realizaram algum outro tipo de ação conjunta em alguma unidade de saúde apoiada. Esses momentos constaram como possibilidades de trocas de experiências assistidas.

A condução de grupos e ações de educação em saúde também somaram possibilidades de atuação e transformação do fazer da Psicologia em saúde da família.

3 | RESULTADOS E ANÁLISE CRÍTICA

Os resultados mostraram alguns pontos importantes para a condução da residência, dentre eles: a percepção do saber do outro na sua prática através da articulação de núcleo; orientações acerca do fazer em psicologia; elaboração de intervenções no campo de atuação; e a promoção de atividades inovadoras em saúde.

De acordo com Medeiros et al.(2005, p. 263-269, apud Graeschi et al., 2016, p.179), é fundamental, para as práticas psicológicas, compreender a importância da saúde como dispositivo na produção de modos de subjetivação a partir do novo conceito de saúde proposto pelo SUS(Sistema Único de Saúde). Contudo, as teorias e práticas da Psicologia nem sempre atuaram no campo em questão; a inserção dessa categoria profissional nas políticas públicas de saúde se deu por meados da década de 80 com as transformações do campo da saúde pública no Brasil, porém não foi uma tarefa simples de alcançar, haja vista o modelo clínico-elitista arraigado em nossas práxis.

Atualmente, as práticas psicológicas dentro do campo da saúde coletiva, especialmente no que tange o processo de ensino-aprendizagem no campo da residência multiprofissional, apontam para formatos inovadores e se reinventam a partir das inúmeras possibilidades, dentre elas a troca entre preceptor ou docente de campo com o residente. O primeiro atua como mentor das práticas do segundo, dialogando sobre os principais instrumentos utilizados no território e as inúmeras possibilidades de articulação, inclusive com a equipe interprofissional. As orientações nas práticas em saúde se dão nas trocas de experiências por meio de uma técnica denominada “tenda invertida”, a qual o residente atua como protagonista e, o preceptor, assume uma postura de distanciamento. Ao final, aquele traz sua percepção e experiência no intuito de somar com as observações feitas a partir das intervenções do profissional em especialização.

Partindo disso, percebemos que a nossa experiência em Maranguape/CE nos fez alçar vôos, principalmente porque as práticas psicológicas possibilitam caminhar junto a um campo de múltiplas possibilidades e recriação, a exemplo disso fizemos uma sala de espera com temáticas relativas às problemáticas do território, envolvendo os usuários da Unidade Básica de Saúde, bem como os profissionais de diversas categorias. Os resultados apontaram para um maior envolvimento da comunidade, no sentido de promover melhorias e direitos a eles devidos.

Diante disso, percebemos que o *modus operandi* classicista das práticas psi aos poucos vem sendo substituído por uma perspectiva de atuação interdisciplinar no campo da saúde, ou seja, os múltiplos saberes passam a versar dentro de uma proposta horizontalizada de intervenção e convergem a favor da qualidade de vida do sujeito, essa prática intitula-se clínica ampliada.

A clínica ampliada considera fundamental ampliar o “objeto de trabalho” da clínica. Em geral, o objeto de trabalho indica o encargo, aquilo sobre o que aquela

prática se responsabiliza. A Medicina tradicional se encarrega do tratamento de doenças; para a clínica ampliada, haveria necessidade de se ampliar esse objeto, agregando a ele, além das doenças, também problemas de saúde (situações que ampliam o risco ou vulnerabilidade das pessoas). A ampliação mais importante, contudo, seria a consideração de que, em concreto, não há problema de saúde ou doença sem que estejam encarnadas em sujeitos, em pessoas (CAMPOS E AMARAL, 2007,p.850).

Portanto, compreendemos que a atuação em conjunto é um aparato fundamental para desenvolvermos ações na comunidade. Contudo, existem outras ferramentas que facilitam a compreensão do cuidado em saúde, a roda de núcleo é uma delas. Nestas práticas os diálogos multiprofissionais se dividem por categorias, sendo a Psicologia uma delas. Ao longo da residência, facilitamos as trocas entre preceptor e residente através de artigos indicados previamente, mas também por saberes em comum; o docente de campo tem o papel de provocar um distanciamento com o propósito de questionar o saber-fazer do outro. Em contrapartida, o residente amplia o seu olhar mediante as discussões com o preceptor e ambos acabam produzindo e multiplicando um saber-fazer ativo em saúde.

As tarefas desenvolvidas ao longo da residência não são fáceis de apreender, ou seja, existem inúmeros desafios a serem enfrentados ao longo da jornada de dois anos, período de especialização. As dificuldades encontradas, muitas vezes, limitam as nossas práticas, mas é necessário refletirmos a respeito das possibilidades oferecidas no campo interventivo e, também, descolonizar determinado saberes e reconstruir novas leituras das formas de atuação do psicólogo.

4 | CONCLUSÃO

A interlocução entre preceptor e residente durante o processo formativo da residência multiprofissional apresentou-se como uma importante ferramenta para o desenvolvimento de novas possibilidades interventivas, promovendo canais de discussão contínuos sobre a integralidade dos saberes.

O diálogo entre preceptor e residente nos possibilitou reinventar nosso campo de atuação, não somente no que tange as práticas psi, mas também na ampliação do nosso saber-fazer dentro da proposta de uma clínica ampliada nas políticas públicas de saúde. É oportuno concluir que, através da busca constante pela coerência e a articulação junto ao trabalho multiprofissional, podemos vislumbrar um novo fazer que transcenda as práticas classicistas da clínica em Psicologia.

Apesar de termos nos deparado com inúmeras dificuldades no campo, o anseio em desbravar a saúde coletiva nos mobilizou enfrentar as impossibilidades apresentadas e, através de novos olhares, reconstruímos outras possibilidades no território de atuação.

A representatividade dos psicólogos na saúde tem crescido consideravelmente,

denotando o quanto as novas práticas psicológicas tem causado impacto positivo frente às limitações do campo; o uso da dinamicidade e o trabalho em equipe ultrapassam essas barreiras e promove as desconstruções das práticas engessadas, abrindo espaço para o novo emergir.

REFERÊNCIAS

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; AMARAL, Márcia Aparecida do. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, p. 849-859, 2007.

COMUNIDADE DE PRÁTICAS. **O que é um relato de experiência?**. Disponível em: <https://ajuda.atencaobasica.org.br/central-de-ajuda/o-que-e-um-relato-de-experiencia/> Acesso: 15 de out de 2018.

DE FÁTIMA GUARESCHI, Neuza Maria et al. A avaliação psicológica, psicopatologia e as psicoterapias na formação do profissional de saúde para o SUS: um estudo dos currículos dos cursos de Psicologia. **Revista Subjetividades**, v. 11, n. 1, p. 171-204, 2016.

TÓFOLI, Luís Fernando; FORTES, Sandra. Apoio matricial de saúde mental na atenção primária no município de Sobral, CE: o relato de uma experiência. **SANARE-Revista de Políticas Públicas**, v. 6, n. 2, 2007.

VISITA DOMICILIAR COMPARTILHADA E CUIDADO INTEGRAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA/ ATENÇÃO BÁSICA

Maísa Ravenna Beleza Lino

Universidade Federal do Piauí, Teresina- PI;

Káren Maria Rodrigues da Costa

Universidade Federal do Piauí, Teresina- PI;

Rebeca Barbosa da Rocha

Universidade Federal do Piauí, Parnaíba- PI;

João Janilson da Silva Sousa

Universidade Federal do Piauí, Parnaíba- PI;

Marianne Lira de Oliveira

Universidade Federal do Piauí, Teresina- PI;

Viviane Pinheiro Alves de Almeida

Universidade Federal do Piauí, Parnaíba- PI;

Marília de Sousa Santos

Universidade Federal do Piauí, Parnaíba- PI.

“É necessário se espantar, se indignar e se contagiar, só assim é possível mudar a realidade.”

(Nise da Silveira).

RESUMO: A visita domiciliar constitui-se como uma importante ferramenta utilizada pelas equipes de saúde com objetivo de promover atenção às famílias e a comunidade. Neste contexto, este capítulo tem por objetivo relatar a experiência de residentes em saúde da família, frente à visita domiciliar compartilhada (VDC). Os atores envolvidos foram: um profissional residente de cada categoria da Residência Multiprofissional em Saúde da

Família (Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia e Psicologia) e profissionais de saúde das estratégias de saúde da família. Deste modo, as visitas ocorreram de forma mensal, porém de acordo com as necessidades de saúde dos sujeitos, estas poderiam ocorrer com maior frequência. Por meio da vivência, observou-se que a VDC proporcionou melhor conhecimento das condições de vida dos usuários, favorecendo a compreensão de aspectos importantes na dinâmica familiar. Esta é uma ferramenta que possibilita aproximação às necessidades de saúde dos usuários, fortalecimento de vínculo, assim como oportuniza a ampliação do cuidado. Pôde-se constatar maior adesão às orientações repassadas aos pacientes e cuidadores, assim como troca de experiências entre profissional e usuários resultando em maior empoderamento dos sujeitos envolvidos. Por fim, conclui-se que as visitas domiciliares são ferramentas potencializadoras para a reorganização do modelo de cuidado na Atenção Básica. As práticas compartilhadas entre profissionais propiciam o fortalecimento da interdisciplinaridade das ações e integralidade do cuidado.

PALAVRAS-CHAVE: Visita Domiciliar; Integralidade em Saúde; Estratégia de Saúde da Família.

ABSTRACT: Home visits constitute an important

tool used by health teams to promote care for families and the community. In this context, this chapter aims to report the experience of residents in family health, in view of the shared home visit (VDC). The actors involved were a resident professional of each category of the Multiprofessional Residency in Family Health (Nursing, Pharmacy, Physiotherapy and Psychology) and health professionals of the family health strategies. Thus, the visits occurred monthly, but according to the health needs of the subjects, these could occur more frequently. Through the experience, it was observed that the VDC provided better knowledge of the users' living conditions, favoring the understanding of important aspects in the family dynamics. This is a tool that makes it possible to approach the health needs of users, strengthening the bond, as well as opportunizing the expansion of care. Greater adherence to the guidelines passed on to patients and caregivers could be observed, as well as the exchange of experiences between professionals and users, resulting in greater empowerment of the individuals involved. Finally, it is concluded that home visits are potential tools for the reorganization of the care model in Primary Care. The shared practices among professionals favor the strengthening of the interdisciplinarity of the actions and integrality of the care.

KEYWORDS: Home visit; Integrality in Health; Family Health Strategy.

1 | INTRODUÇÃO

A visita domiciliar (VD) se caracteriza como o deslocamento do profissional até o domicílio do usuário, com a intenção de proporcionar uma atenção à saúde, aprendizagem ou investigação, podendo ser considerada como um método, uma tecnologia e um instrumento (LOPES; SAUPE; MASSAROLI, 2008). Deste modo, é utilizada pelas equipes de saúde para assegurar o cuidado das pessoas com algum nível de dependência física ou emocional e com dificuldades de sair do seu domicílio (BRASIL, 2012). É ratificada pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), onde estabelece como uma das responsabilidades das equipes de saúde da família, a atenção domiciliar destinada a indivíduos e famílias que tenham dificuldades para acessar os serviços (BRASIL, 2012).

Neste sentido, a visita domiciliar é considerada como uma estratégia promotora de acesso às políticas públicas, através da relação que se estabelece entre os diferentes sujeitos do processo, como um dos instrumentos fundamentais para a atenção integral (BRASIL, 2012). No entanto, o que se verifica em muitos casos, são os entraves existentes para a consolidação da visita e atendimento domiciliar.

A equipe multiprofissional dentro da Atenção Primária a Saúde tem a oportunidade de colocar em prática essa forma de trabalho, bem como processos formativos dos profissionais pautados nesses aspectos. Nesse sentido, os Programas de Residência Multiprofissionais atuam no fortalecimento das ações do trabalho em equipe de modo a formar profissionais para uma atuação que faça a diferença dentro do Sistema Único de Saúde (SILVA et al., 2016).

Pioneira no município de Parnaíba-PI o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PRMSF) teve sua origem no ano de 2016, sendo resultado da parceria entre a Universidade Federal do Piauí com a Prefeitura Municipal de Parnaíba/Secretaria Municipal de Saúde, no qual ofertou na primeira etapa um total de doze vagas para profissionais das áreas de enfermagem, farmácia, fisioterapia e psicologia. Um de seus principais objetivos é contemplar a formação de um profissional de saúde crítico-reflexivo, capaz de atuar no processo saúde-doença no nível individual e coletivo.

Deste modo, é desenvolvido por meio de equipes de residentes em Saúde da Família inseridas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). O programa garante uma certificação em nível de especialização, com duração de 24 meses, o que corresponde uma carga horária semanal de 60 horas totalizando ao final 5.760 horas de atividades teóricas e práticas em regime de tempo integral. O PRMSF se constituiu como um espaço privilegiado de construção e de reflexão acerca do trabalho em saúde no contexto da atenção Primária à Saúde.

Neste contexto, este capítulo tem por objetivo relatar a experiência de residentes em saúde da família, frente à visita domiciliar compartilhada (VDC).

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência transversal e descritivo com abordagem qualitativa, realizado durante o mês de março de 2016 a fevereiro de 2018, por uma equipe de Residência Multiprofissional em Saúde da Família/Atenção Básica, da Universidade Federal do Piauí-PRMSF/UFPI.

Atores

Os principais atores envolvidos foram: um profissional residente de cada categoria do PRMSF (Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia e Psicologia) e profissionais de saúde de 03 estratégias de saúde da família (ESF), na qual a equipe de residência atuava. Destaca-se aqui o papel essencial do agente comunitário de saúde (ACS) que representou o principal elo entre residentes e as famílias da comunidade.

Cenário

O cenário das práticas das visitas domiciliares compartilhadas está situado na cidade de Parnaíba-PI, cuja população é de aproximadamente 150. 200 habitantes. As

VDC foram realizadas em três territórios (território 1; território 2; território 3), a saber:

Território 1

O bairro no qual a UBS está localizada apresenta uma população estimada de 2.361 habitantes. A população em sua maioria é constituída por pessoas na faixa etária de 15 a 64 anos (69 %), seguida da faixa etária de 0 a 14 anos (16, 9%) e com mais de 65 anos (14,1 %). O índice de envelhecimento dos moradores do bairro é de 83% (IBGE, 2010). Além disso, foi identificada uma população, em sua maioria, pertencente a classe média. Observou-se que uma parcela significativa da população fazia uso de psicofármacos, tais como: benzodiazepínicos e antidepressivos.

Território 2

O bairro no qual a UBS está localizada apresenta uma população estimada de 10.177 habitantes. A população em sua maioria é constituída por pessoas na faixa etária de 15 a 64 anos (68, 4%), seguida da faixa etária de 0 a 14 anos (22, 5%) e com mais de 65 anos (9,2 %). O índice de envelhecimento da população do bairro é de 40,7% (IBGE, 2010). Na área que foi possível percorrer foi identificado uma população de classe baixa, em sua maioria desempregados, assalariados, aposentados ou donos do próprio negócio (bares, salão de beleza, quitandas). Neste território, a equipe realizou grande parte das VDC, tendo em vista, a distância das micro áreas em relação a UBS. Verificou-se graves problemas relacionados a saúde mental e de pessoas acamadas.

Território 3

O bairro no qual a UBS está localizada possui uma população de aproximadamente 7.457 habitantes, composto por 3.641 homens e 3.816 mulheres. A população em sua maioria é constituída por pessoas na faixa etária de 0 a 14 anos (28%), seguida da faixa etária de 15 a 24 anos (21%). Observa-se nesta área graves problemas de vulnerabilidades, tanto sociais como de saúde tais como: abuso de drogas, precariedade em serviços de saneamento básico, alto índice de gravidez na adolescência, abuso de medicações psicotrópicas, entre outros.

Coleta dos dados

Como instrumento de coleta das informações, utilizou-se de diários de campo de cada residente, atas, relatórios sobre as visitas domiciliares compartilhadas, além de outros registros, tais como fotos.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

A proposta de VDC foi estruturada tomando como base o diagnóstico situacional realizado pela equipe. Assim, por meio de análises sobre a situação de algumas pessoas dentro do território, tais como: a existência de pacientes acamados e de seus cuidadores, que não tinham como se deslocar até a UBS, a localização de algumas micro áreas que eram distantes da UBS, a dificuldades de algumas pessoas em sofrimento psíquico em sair de casa para serem atendidas em dispositivos de saúde mental de base territorial, além da existência de entraves estruturais, tais como: a ausência de carro para a realização de visitas domiciliares e a inexistência de um programa de atenção domiciliar no município, criou-se esta proposta.

É importante enfatizar que esta estratégia, estava além de uma visita realizada mensalmente a uma determinada família, se constituíam, portanto, em uma ferramenta de cuidado integral e contínuo. Desse modo o ACS foi peça chave para o desenvolvimento desta atividade. Estes atores auxiliaram na identificação dos usuários para realização do cuidado, assim como participavam das visitas junto com os residentes. Dessa forma, o ACS é o profissional que favorece o acesso aos serviços de saúde. Este entra em contato primeiro com as vulnerabilidades e necessidades da população e transmite à equipe para que sejam implementadas ações (BONIFÁCIO; MARQUES; VIEIRA, 2018).

Após identificar a população alvo, foram realizadas visitas para conhecer as necessidades de saúde dos indivíduos. Com essa finalidade, foi utilizada uma ficha para o preenchimento das principais informações do usuário e caso presente, as informações sobre o cuidador. Esses dados contemplavam as características clínicas, atividades de vida diária e principais percepções da equipe. Após o primeiro contato, reuniões foram conduzidas para discussão dos casos e estabelecimento de uma rotina de cuidado de acordo com o que foi identificado.

Dessa forma, cada profissional tinha a oportunidade de contribuir, de modo a vislumbrar o princípio da integralidade. Geralmente, a maioria das VDC eram com pacientes idosos, estes, por sua vez necessitavam de um olhar holístico, em sua maioria precisavam de apoio psicológico e clínico ao mesmo tempo, além das dificuldades de locomoção e os cuidados relacionados a tomada de medicação. Com isso, as VDC se mostravam como uma estratégia eficiente diante desses casos.

As principais demandas encontradas nas visitas são consequências da transição demográfica e epidemiológica do país que refletem portanto, no envelhecimento da população e por conseguinte na prevalência de doenças crônicas não transmissíveis. É nesse cenário que os estudos corroboram com o exposto, pois apontam como idosos acamados, pacientes com transtornos mentais dentre outros, as demandas mais encontradas, e sendo a VDC uma alternativa de assistência para as necessidades dessas demandas (MEDEIROS; CHINBIDA, 2016).

As visitas posteriores, marcadas em um intervalo mensal, podendo este ser

reduzido ou aumentado de acordo com as demandas, se destinavam a colocar em prática os cuidados planejados pelos profissionais. Dentre eles: avaliação clínica, bem como os exames realizados; avaliação e organização quanto a tomada das medicações; orientações quanto a locomoção, mudanças de decúbito, fortalecimento motor; ações que favorecessem o apoio psicológico dos usuários e seus cuidadores dentre outras, além disso, oportunizar o momento para o estreitamento de vínculo com os usuários e propiciar um momento de escuta diante de cada realidade. Todas as ações sempre foram realizadas em equipe e de acordo com as necessidades de cada usuário.

Diante disso, se faz necessário ressaltar a importância do trabalho em equipe em todo o processo, pois este foi fundamental na construção dos planos de cuidados a serem executados pelos próprios profissionais, usuários e cuidadores. De acordo com Santos et al. (2016), o trabalho em equipe multiprofissional tem como objetivos centrais a prestação de assistência integral, com enfoque na família, dessa forma, requer uma abordagem multidisciplinar, diagnósticos das necessidades e planejamento das ações de uma forma horizontal, onde há um compartilhamento no processo decisório com os profissionais e usuários.

Assim, por meio da vivência, observou-se que a VDC proporcionou melhor conhecimento das condições de vida dos usuários, favorecendo a compreensão de aspectos importantes na dinâmica familiar. Esta é uma ferramenta que possibilita aproximação às necessidades de saúde dos usuários, fortalecimento de vínculo, assim como oportuniza a ampliação do cuidado (ROCHA et al., 2017; BORGES et al., 2017).

Por conseguinte, a VD é um fator de melhora do cuidado prestado, pois integra as ações de saúde as que ocorrem no ambiente domiciliar (JOAQUIM et al., 2017). Nesse contexto, pode-se constatar maior adesão às orientações repassadas aos pacientes e cuidadores, assim como troca de experiências entre profissional e usuários resultando em maior empoderamento dos sujeitos envolvidos.

A VDC implica a reflexão das práticas assistenciais, permitindo a construção de saberes de forma permanente. Este tipo de abordagem implica uma maior sensibilização por parte dos profissionais para a troca de conhecimentos e ampliação da clínica. O conhecimento a respeito das condições de vida dos moradores, oportuniza a construção de processos que façam sentido e aumentem a capacidade de resposta as necessidades de saúde a população.

Nesse contexto, a equipe multiprofissional e o trabalho interdisciplinar foram a base para a organização deste trabalho. O acompanhamento e a interdisciplinaridade mostram-se essenciais no âmbito da saúde, uma vez que permitem uma avaliação abrangente e precisa.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

As visitas domiciliares compartilhadas permitiram um acompanhamento multidisciplinar, uma vez que envolveram atores (profissionais), até então distantes da realidade das pessoas da comunidade. Assim, observou-se a melhora de alguns casos clínicos dentro dos territórios, favoreceu ainda a educação dos cuidadores no que se refere a procedimentos mais indicados para aquela situação, orientações sobre medicações, redução de estresse por parte dos familiares envolvidos, garantindo assim, a melhora na qualidade de vida dos acamados, das pessoas em sofrimento psíquicos, dos cuidadores, assim automaticamente proporcionando a melhora da qualidade do cuidado prestado as pessoas da comunidade.

REFERÊNCIAS

- BONIFÁCIO, L.P.; MARQUE, J.M.A.; VIEIRA, E.M. Assessment of the knowledge of Brazilian Community Health Workers regarding prenatal care. **Primary Health Care Research & Development**, 2018.
- BORGES, F. R. Ensino sobre visita domiciliar a estudantes universitários. **Revista Rene**, v. 18, n. 1, p. 129-138, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de atenção domiciliar. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e estatística. **Censo Demográfico 2010**. [online] Disponível em: <<http://censo2010.ibge.gov.br/>> . Acesso em: 12 de outubro de 2018.
- JOAQUIM, F.L. et al. Repercussão da visita domiciliar na capacidade funcional de pacientes com úlceras venosas. **Rev. Bras. Enferm**, v.70, n.2, p. 304-11, 2017.
- LOPES, Wanda de Oliveira; SAUPE, Rosita; MASSAROLI, Aline. Visita domiciliar: tecnologia para o cuidado, o ensino e a pesquisa. **Rev. Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 7, n. 2, p. 241-247, abr.-jun. 2008.
- MEDEIROS, V.A; CHIMBIDA, G.N. A visita domiciliar na Atenção Primária à Saúde na perspectiva dos profissionais de saúde de uma UAPS de Betim. **Rev. Sinapse Múltipla**, v. 5, n.2, p. 73-86, 2016
- ROCHA, K. M. et al. A visita domiciliar no contexto da saúde: uma revisão de literatura. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 18, n.1, p. 170-185, 2017.
- SANTOS, R.R. et al. A influência do trabalho em equipe na Atenção Primária à Saúde. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**. v.18 ,n.1,p. 130-139, 2016
- SILVA, C.T et al. Residência multiprofissional como espaço intercessor para a educação permanente em saúde. **Rev.Texto Contexto Enferm**, v.5, n.1, 2016.

EFEITOS COLATERAIS PREVALENTES EM PACIENTES EM TRATAMENTO COM QUIMIOTERÁPICOS

Ananda Milena Martins Vasconcelos

Pós-graduada em Saúde Pública e Saúde da Família pelo Instituto de Teologia Aplicada – INTA

Michele Maria Martins Vasconcelos

Graduanda em Medicina pelo Instituto de Teologia Aplicada – INTA

Marília Dias Costa

Matheus Magno da Silva Néo

Graduanda em Medicina pelo Instituto de Teologia Aplicada – INTA

Milla Christie Martins Vasconcelos Pinheiro

Pós-graduada em Farmácia Clínica, Farmacologia e Prescrição Farmacêutica pelo Instituto de Teologia Aplicada – INTA

Danielle Rocha do Val

Docente pelo Instituto de Teologia Aplicada – INTA

INTRODUÇÃO: O câncer é um problema de saúde pública, principalmente nos países em desenvolvimento. No Brasil, nos anos 2016 a 2017 estima-se que surgirão 600 mil novos casos de câncer. O tratamento de escolha para os pacientes diagnosticados com câncer geralmente é a quimioterapia, que se utiliza de medicamentos administrados continuamente ou em intervalos de acordo com o esquema de cada tratamento. A quimioterapia destrói as células tumorais interferindo no crescimento e na divisão celular, mas também afeta as

células saudáveis. Contudo, vale salientar que a quimioterapia pode acarretar diversos efeitos colaterais aos pacientes que são submetidos a esse tipo de tratamento. **OBJETIVO:** Identificar os principais efeitos colaterais em pacientes em tratamento com quimioterapia. **MÉTODOS:** Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa e quantitativa do tipo estudo documental, que buscou apresentar os principais efeitos colaterais sentidos por pacientes em tratamento com quimioterápicos. Foi realizado no setor de quimioterapia em um hospital de referência de Sobral-CE, durante o período de janeiro a junho de 2016. A coleta de dados foi realizada por meio de busca nos prontuários de todos os pacientes em tratamento neste setor durante o período do estudo. O estudo seguiu os princípios éticos da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde que trata sobre pesquisas que envolvem seres humanos. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Dentre os efeitos colaterais observados, obteve-se a prevalência de náuseas e vômitos, com 28 pacientes apresentando tal reação, seguido de fadiga com 19, falta de apetite com 15, diarreia e mal estar, ambos com 9. Porém, observou-se, em menor quantidade, a presença de vários outros efeitos, tais como dormência, tontura, perda de peso, alteração nas unhas, sono, calafrio, tremores no corpo, dispepsia,

desconforto abdominal entre outros. Além desses, foram observados também efeitos colaterais psicossociais, bem como irritabilidade, ansiedade, nervosismo e insônia. **CONCLUSÃO:** Apesar dos avanços no tratamento do câncer, a doença ainda é vista como um desafio e requer muita atenção dos profissionais da saúde, pois pode causar sofrimento físico, psicológico e social. Por meio deste estudo percebeu-se a diversidade dos efeitos colaterais da quimioterapia, o que dificulta diversas vezes o tratamento, contribuindo para o abandono, levando a morte do paciente.

PALAVRAS-CHAVE: Neoplasia, Oncologia, Terapêutica

REFERÊNCIAS

FREITAS, B.N.; NEVES, J.B. Efeitos colaterais da quimioterapia: os sentimentos apresentados pelos homens em tratamento. **Revista Enfermagem Integrada**, v.6, n.1, Ipatinga: Jul./Ago. 2013.

INCA- Instituto Nacional do Câncer. Incidência do Câncer no Brasil 2016. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/index.asp?ID=1>>.

PERFIL DO CONSUMO DE MEDICAMENTOS POR FREQUENTADORES DE CENTROS DE CONVIVÊNCIA DE IDOSOS

Francisco das Chagas Araújo Sousa

Universidade Estadual do Piauí/Teresina – PI

Halmisson D'arley Santos Siqueira

UniFacema/Caxias – MA

Raimundo Nonato Cardoso Miranda Júnior

UniFacema/Caxias – MA

Luana de Moura Monteiro

Universidade Federal de Pernambuco/Recife - PE

José Mário Nunes da Silva

Universidade de São Paulo/São Paulo – SP

Mágno César Araújo de Souza Rodrigues

UniFacema/Caxias - MA

Natália Monteiro Pessoa

UniFacema/Caxias - MA

Eduardo Henrique Barros Ferreira

UniFacema/Caxias - MA

Ingrid Beatriz Lima Pinheiro

UniFacema/Caxias - MA

Érika Vicência Monteiro Pessoa

UniFacema/Caxias – MA

Sionnarah Silva Oliveira

UniFacema/Caxias - MA

Joelson da Silva Medeiros

UniFacema/Caxias – MA

Weryk Manoel Araújo Leite

UniFacema/Caxias – MA

Karla Rakel Gonçalves Luz

UniFacema/Caxias - MA

Carlos Antonio da Luz Filho

UniFacema/Caxias - MA

RESUMO: A população brasileira vem aumentando gradativamente a sua expectativa de vida, refletindo um aumento significativo que, segundo a PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios) realizada pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) em 2013, dos 201,5 milhões de habitantes no país, 13% são idosos, ou seja, têm mais de 60 anos. O objetivo desta pesquisa foi traçar o perfil do consumo de medicamentos por frequentadores dos centros de convivência de idosos de uma cidade do Maranhão. Tratou-se de um estudo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa mediante aplicação de formulário, numa amostra estratificada de 102 idosos. Foi observado que a maioria dos entrevistados (82,4%) teve algum problema devido ao medicamento usado, dos quais 66,7% apontaram como principal problema relativo ao fármaco usado, tonturas. O coeficiente de prevalência do uso de medicamentos sem prescrição médica foi de 33,3%; e destes, 76,5% apontaram como principal medicamento utilizado, a dipirona. A administração de medicamentos é realizada, em sua maioria (80,4%), pelos próprios idosos. A principal morbidade que os participantes da pesquisa relataram apresentar através de diagnóstico médico foi a hipertensão arterial (36%), o que concorda com a classe medicamentosa mais utilizada, anti-hipertensivo (23%), e o princípio

ativo mais usado, losartana potássica (32%). Concluiu-se que a renda familiar influenciou na prática de obtenção de medicamentos pelo SUS. O processo de acompanhamento farmacoterapêutico do paciente idoso é fundamental para o alcance do uso racional de medicamentos e para contribuir no processo educativo desses usuários, realizando uma avaliação dos fármacos empregados por estes, quanto à complexidade de regime posológico, custo e aderência ao tratamento.

PALAVRAS-CHAVE: Idoso; Perfil; Medicamento; Enfermagem.

ABSTRACT: The Brazilian population has gradually increased its life expectancy, reflecting a significant increase that, according to the National Household Sample Survey (PNAD) conducted by the IBGE (Brazilian Institute of Geography and Statistics) in 2013, of the 201.5 million inhabitants in the country, 13% are elderly, that is, they are over 60 years old. This research had as objective to outline the profile of drug consumption by patrons of community centers for the elderly in a city in Maranhão. This is a descriptive, cross-sectional study with a quantitative approach through the application form, a stratified sample of 102 elderly. Showed that the majority of respondents (82.4 %) had a problem due to the drug used, of which 66.7 % identified as the main problem for the drug used, dizziness. The prevalence rate of use of non-prescription drugs was 33.3 %; and of these, 76.5 % identified as main drug used dipyrone. The administration of drugs is carried out mostly (80.4 %), the elderly themselves. The main morbidity that research participants reported having through medical diagnosis was hypertension (36%), which supports the most widely used drug class, anti-hypertensive (23%), and the active ingredient most used, losartan potassium (32%). Family income influenced the practice of obtaining drugs by SUS. The pharmacotherapeutic monitoring process of the elderly patient is fundamental to the achievement of rational use of medicines and to contribute to the educational process of these users, carrying out an assessment of the drugs used by them, as the complexity of regimen, cost and compliance.

KEYWORDS: elderly; Profile; medicine; Nursing.

INTRODUÇÃO

A população brasileira vem aumentando gradativamente a sua expectativa de vida, refletindo um aumento significativo que, segundo a PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios) realizada pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) em 2013, dos 201,5 milhões de habitantes no país, 13% são idosos, ou seja, têm mais de 60 anos.

O aumento constatado dos idosos reflete uma maior prevalência de variadas patologias, cujos tratamentos em geral incluem recursos farmacológicos, que levam a prática de polifarmácia, definida como uso de cinco ou mais medicamentos simultaneamente (SECOLI, 2010), fator esse que tem grande impacto na segurança do paciente idoso, tendo em vista que a polifarmácia é a grande responsável pelas

reações adversas a medicamentos e interações medicamentosas.

Estudos apontam que em torno de 80,0% dos brasileiros com idade maior que 60 anos toma no mínimo um medicamento diariamente, o que revela a necessidade de avaliar os determinantes dessa utilização, bem como os fatores associados (FLORES; BENVENÚ, 2008; SILVA et al., 2012; NEVES et al., 2013; SANTOS et al., 2013). Nas prescrições médicas de idosos, são encontradas dosagens inadequadas, interações medicamentosas e medicamentos sem valor terapêutico mostrando que a atenção a este público precisa ser repensada (SANTOS et al., 2013; CUENTRO et al., 2014).

O tratamento simultâneo de diversas condições de saúde, comum em idosos, pode resultar em um regime complexo de medicação. Um trabalho de nível nacional que avaliou a utilização de medicamentos por idosos brasileiros de acordo a faixa etária constatou que a prática da polimedicação aumenta de acordo a idade, ou seja, quanto maior a idade mais medicamentos utilizados (SANTOS et al., 2013). A automedicação é comum neste grupo etário e coloca em risco a saúde destes. Essa prática pode acentuar os riscos relacionados aos medicamentos prescritos, retardar o diagnóstico adequado e mascarar uma doença (OLIVEIRA et al., 2012).

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa, com o objetivo de avaliar o perfil do consumo de medicamentos por frequentadores de centros de convivência de idosos. A pesquisa se deu nos centros de convivência de idosos (CCI's) do município de Caxias-MA. Os participantes da pesquisa foram os frequentadores dos centros de convivência de idosos de Caxias-MA, com idade acima de 60 anos. A amostra da pesquisa foi composta por 102 idosos, e foi definida com base em cálculo de amostragem para população finita, com grau de confiança de 95% e margem de erro de 5%.

Os critérios de inclusão foram: idosos cadastrados e frequentadores dos centros de convivência, usuários de medicamentos alopáticos e que aceitaram participar da pesquisa, assinando o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Os critérios de exclusão foram: idosos não cadastrados e/ou que não sejam frequentadores dos centros de convivência, que não faziam uso de pelo menos 01 medicamento alopático, usuários de medicamentos homeopáticos, fitoterápicos e manipulados; além dos idosos e/ou seus cuidadores que não tiveram condição de prestar todas as informações necessárias à coleta de dados e de assinar o TCLE.

Os dados da pesquisa foram coletados no mês de maio de 2016, através de um formulário contendo questões pré-elaboradas sobre o tema em pauta, além de indagações que abordaram dados sociodemográficos dos participantes, num total de 28 perguntas fechadas, aplicado aos idosos no momento em que estiveram usufruindo do ambiente ou mesmo desenvolvendo atividades no âmbito dos centros de convivência.

Os dados foram organizados e tabulados utilizando o Microsoft Excel versão

2010 para Windows e as análises estatísticas foram feitas por meio do SPSS versão 18.0 para Windows (SPSS Inc. Chicago, IL 60606, EUA). Para verificar associação entre as variáveis foi utilizado o teste exato de qui-quadrado de Pearson considerando em todas as análises realizadas um nível de significância de 5%.

A pesquisa foi permitida pelo município de Caxias - MA (ANEXO II). O projeto (CAAE: 55428616.3.0000.8007) foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Ciências e Tecnologia do Maranhão – FACEMA com o número do parecer: 1.523.084 (ANEXO I).

RESULTADOS

De acordo a tabela 1, constatou-se que 89,2% (n=91) dos entrevistados eram do sexo feminino e que houve o predomínio de pessoas idosas na faixa etária entre 60 e 64 anos de idade, que corresponderam a 26,5% (n=27) participantes. Quanto ao estado civil, 68,6% (n=70) vivem sem companheiro (a) e 31,4% (n=32) com companheiro(a). Quanto à escolaridade, 46,1% (n=47), não estudaram. Em relação à cor/raça, 55,9% (n=57) eram pardos. E quanto à renda, 80 idosos recebiam até um salário mínimo, o que representa 78,4% da população entrevistada.

Ainda com relação aos dados socioeconômicos, no que diz respeito ao número de filhos, 46,1% (n=57) tinham cinco ou mais filhos. Referiram ser aposentados 85,3% (n=87) participantes, dos quais 52,9% (n=46) tinham dez ou mais anos de aposentadoria. A maior parte dos idosos, 85,3% (n=87), não tinha ocupação remunerada. Quanto aos hábitos de vida, 90,2% (n=92) dos participantes afirmaram não tabagismo e 69,6% (n=71) não consumo de bebida alcoólica (Tabela 1).

Variáveis sociodemográficas		N	%
Sexo			
	Masculino	11	10,8
	Feminino	91	89,2
Faixa etária			
	60-64 anos	27	26,5
	65-69 anos	26	25,5
	70-74 anos	21	20,6
	75-79 anos	16	15,7
	80-84 anos	09	8,8
	85-89 anos	03	2,9
Estado civil			
	Sem companheiro (a)	70	68,6
	Com companheiro (a)	32	31,4
Escolaridade			
	Sem escolaridade	47	46,1
	Fundamental incompleto	44	43,1
	Fundamental completo	06	5,9

	Médio incompleto	03	2,9
	Médio completo	02	2,0
Cor/Raça			
	Branca	11	10,8
	Amarela	08	7,8
	Parda	57	55,9
	Negra	26	25,5
Renda familiar mensal *			
	Até 1 SM	80	78,4
	2-4 SM	22	21,6
Número de filhos			
	Até 2	27	26,5
	3-4	28	27,5
	≥5	47	46,1
Aposentadoria			
	Sim	87	85,3
	Não	15	14,7
Tempo aposentadoria**			
	1-3 anos	07	8,0
	4-6 anos	16	18,4
	7-9 anos	18	20,7
	≥10 anos	46	52,9
Ocupação remunerada			
	Sim	15	14,7
	Não	87	85,3
Tabagismo			
	Sim	10	9,8
	Não	92	90,2
Consumo bebida alcóolica			
	Sim	31	30,4
	Não	71	69,6
Total		102	100,0

Tabela 1. Perfil sociodemográfico, estilo de vida e de saúde dos idosos participantes da pesquisa. Caxias - MA, 2016.

Legenda: SM – salário mínimo

Conclusão

*Salário mínimo vigente à época da pesquisa: abril a maio/2016 = R\$ 880

**percentuais referentes aos aposentados (n=87)

Fonte: pesquisa direta, 2016.

A tabela 2 mostra que teve maior prevalência de idosos (82,4%) que não tem ou tiveram algum problema devido ao medicamento utilizado. Porém, 17,6% dos participantes referiram o contrário; dos quais, 66,7% apontaram como principal problema relativo ao medicamento usado, tonturas. Em relação à prática de automedicação, 66,7% dos participantes afirmaram não fazer uso de medicamento não prescrito pelo médico. Todavia, 33,3% faziam uso; e, destes, 76,5% apontaram como principal

medicamento utilizado a dipirona. Quanto ao desejo de receber informações sobre os medicamentos que utilizaram, 71,4% não expressaram anelo.

Variáveis	N	%
Tem ou teve algum problema devido ao medicamento		
Sim	18	17,6
Não	84	82,4
Problema relativo ao medicamento*		
Tonturas	12	66,7
Dor de cabeça	07	38,9
Náuseas	03	16,7
Fraqueza muscular	05	27,8
Vômito	02	11,1
Insônia	02	11,1
Cansaço	02	11,1
Perda do apetite	01	5,6
Azia	01	5,6
Sonolência	01	5,6
Faz uso de medicamento não prescrito pelo médico		
Sim	34	33,3
Não	68	66,7
Quais medicamentos?*		
Diclofenaco	03	8,8
Paracetamol	05	14,7
Salbutamol	01	2,9
Nimesulida	03	8,8
Carisopodrol	02	5,9
Ciclobenzapina	01	2,9
Dipirona sódica	26	76,5
Vitamina C	01	2,9
Ácido acetilsalicílico	02	5,9
Buscopam	01	2,9
Você gostaria de receber informações sobre seus medicamentos?		
Sim	29	28,4
Variáveis	N	%
Você gostaria de receber informações sobre seus medicamentos?		
Não	73	71,4
Total	102	100,0

Tabela 2. Informações sobre o uso e consumo de medicamentos dos idosos participantes da pesquisa. Caxias - MA, 2016.

Fonte: pesquisa direta, 2016.

*percentuais referentes a quem teve problema devido ao medicamento (n=18).

** percentuais referentes à quantidade de idosos que tomam medicamento sem prescrição médica (n=34).

A tabela 3 demonstra que 98% dos participantes da pesquisa ingerem comprimido com água. A maioria dos entrevistados (80,4%) administra o próprio medicamento. No que concerne à maneira como adquirem os medicamentos, 84,3% compram e 48% recebem do SUS. Quanto ao local onde são armazenados os medicamentos, 47,1% armazenam em armário. Com relação à quantidade de medicamentos sem a caixa original, 42,2% apresentaram duas ou mais medicações sem a embalagem. No tocante à quantidade de medicamentos sem bula, 53,9% apresentaram os remédios sem o impresso citado. Tendo em consideração a quantidade de fármacos fora do prazo de validade, 7,8% dos idosos tinham um remédio nesta condição. Em referência ao conhecimento da finalidade do medicamento, 70,6% demonstraram saber para que serve a droga utilizada. Sobre a administração do medicamento em intervalo correto, 59,8% respeitam o intervalo preconizado.

Variáveis	N	%
Caso consome comprimido, como ingere?		
Água	100	98,0
Suco	09	8,8
Outros	02	2,0
Quem administra o medicamento?		
Filhos (as)	05	4,9
Netos (as)	03	2,9
Cônjuge	04	3,9
Por parentes	13	12,7
Própria pessoa	82	80,4
Como adquire o medicamento?		
SUS	49	48,0
Compra	86	84,3
Parentes	06	5,9
Local onde armazena os medicamentos?		
Armário	48	47,1
Geladeira	14	13,7
Sacola	20	19,6
Outros lugares	25	24,5
Quantidade de medicamentos sem a caixa original		
Nenhum	36	35,3
1	23	22,5
2 ou +	43	42,2
Quantidade de medicamentos sem bula		
Nenhum	29	28,4
1	18	17,6
2 ou +	55	53,9
		(continua)
		(conclusão)
Variáveis	N	%
Quantidade de medicamentos fora do prazo de validade		

Nenhum	88	86,3
1	08	7,8
2 ou +	06	5,9
Sabe a finalidade dos medicamentos		
Sim	72	70,6
Não	30	29,4
Administra os medicamentos no intervalo correto		
Sim	61	59,8
Não	41	40,2
Total	102	100,0

Tabela 3. Informações sobre o uso de medicamentos e seu consumo por idosos participantes da pesquisa. Caxias-MA, 2016.

Fonte: pesquisa direta, 2016.

A figura 1 mostra as principais morbidades que os idosos participantes da pesquisa relataram apresentar através de diagnóstico médico. Ocorreu prevalência de hipertensão arterial (36 %), seguida por osteoporose, artrose e diabetes, todos com 12%.

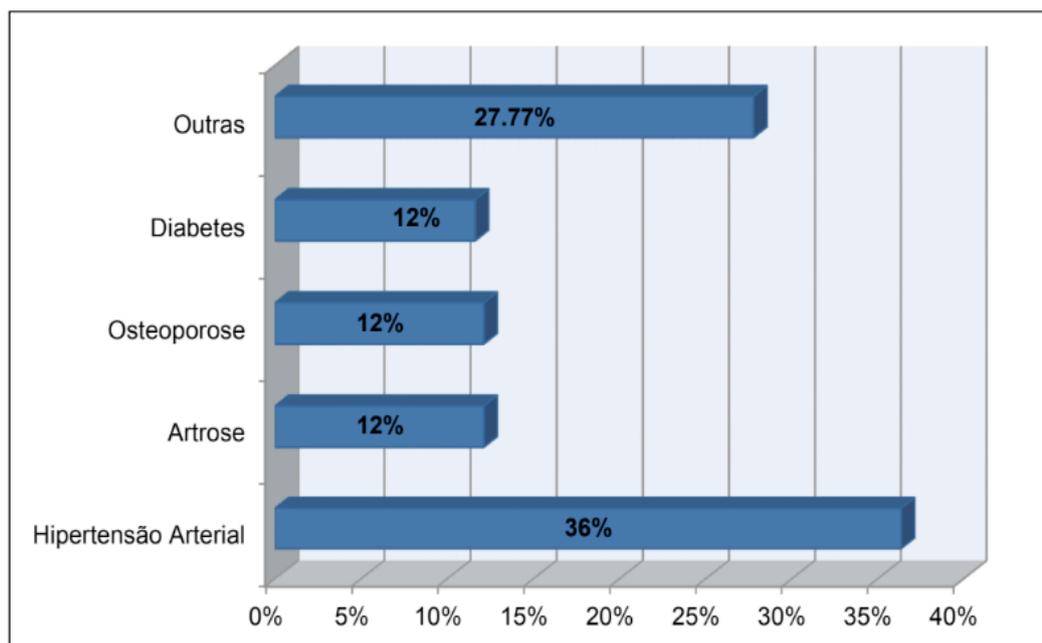


Figura 1. Morbidades presentes em pessoas com mais de 60 anos partícipes da pesquisa. Caxias-MA, 2016.

Fonte: pesquisa direta, 2016.

Na figura 2, encontram-se as principais classes de medicamentos utilizados pelos idosos. A classe anti-hipertensivo predominou (23%), seguida das classes suplemento mineral/vitamínico (13%), diurético (9%) e analgésico (7%).

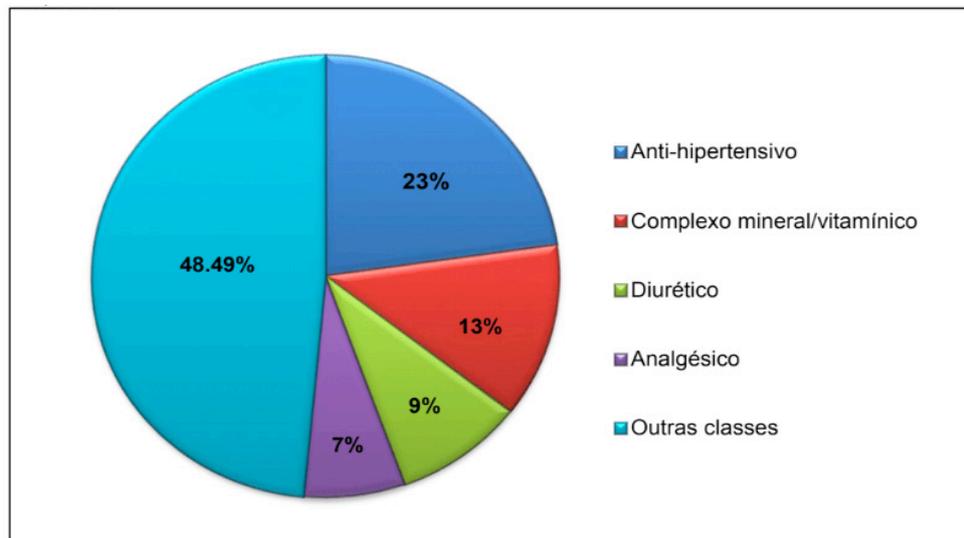


Figura 2. Classes de medicamentos utilizados pelos idosos participantes da pesquisa. Caxias-MA, 2016.

Fonte: pesquisa direta, 2016.

A tabela 4 mostra que o princípio ativo losartana potássica (32%) foi o mais utilizado, seguido de hidroclorotizida (24,2%), cálcio+colecalfiferol (18,4%), captopril (13,5%) e paracetamol (11,6%).

Princípio ativo	Subgrupos	N	%
Losartana potássica	Antagonista do receptor da angiotensina II	33	32,0
Hidroclorotiazida	Diurético tiazídico	25	24,2
Cálcio + colecalfiferol	Complemento vitamínico	19	18,4
Captopril	Inibidor da enzima conversora de angiotensina	14	13,5
Paracetamol	Analgésico e antipirético	12	11,6
Total		103	100,0

Tabela 4: Princípios ativos e subgrupos mais frequentes utilizados pelos participantes da pesquisa. Caxias – MA, 2016.

Fonte: pesquisa direta, 2016.

A tabela 5 buscou evidenciar alguma associação entre o perfil sociodemográfico, estilo de vida e de saúde dos idosos participantes da pesquisa em relação à automedicação. De acordo com os resultados obtidos, pôde-se verificar que, dentre as variáveis socioeconômicas aqui analisadas, nenhuma interferiu na prática da automedicação pelos entrevistados.

	Automedicação				Total		P
	Sim		Não		N	%	
	N	%	N	%			
Sexo							0,259
Masculino	02	18,2	09	81,8	11	100,0	

Feminino	32	35,2	59	64,8	91	100,0	
Faixa etária							0,591
60-69 anos	20	37,7	33	62,3	53	100,0	
70-79 anos	11	29,7	26	70,3	37	100,0	
80-89 anos	03	25,0	09	75,0	12	100,0	
Estado civil							0,546
Sem companheiro (a)	22	31,4	48	68,6	70	100,0	
Com companheiro (a)	12	37,5	20	62,5	32	100,0	
Escolaridade							0,122
Sem escolaridade	12	25,5	35	74,5	47	100,0	
Com escolaridade	22	40,0	33	60,0	55	100,0	
Renda familiar*							0,395
Até 1 SM	25	31,2	55	68,8	80	100,0	
2-4 SM	09	40,9	13	59,1	22	100,0	

Tabela 6. Prática da automedicação segundo o perfil sociodemográfico, dos idosos participantes da pesquisa. Caxias - MA, 2016.

Fonte: pesquisa direta, 2016.

Legenda: P - Teste qui-quadrado de Pearson/

*Salário mínimo vigente à época da pesquisa: abril a maio/2016 = R\$ 880

A Tabela 6 destaca a correlação entre a forma como os idosos adquirem o medicamento e uma variável econômica destes. Renda familiar mensal apresentou relevância, quando o entrevistado usa o SUS como forma de obtenção de medicamentos ($p < 0,05$). Quando a mesma variável econômica foi correlacionada com a compra do medicamento como forma de obtenção, observou-se significância desconsiderável ($p > 0,05$).

	Renda familiar mensal*				Total		P
	Até 1 SM		2-4 SM		N	%	
	N	%	N	%			
Adquire medicamento							
SUS	40	81,6	09	18,4	49	100,0	0,003
Compra	68	79,1	18	20,9	86	100,0	0,716

Tabela 6. Como adquire medicamentos segundo renda familiar dos idosos participantes da pesquisa. Caxias-MA, 2016.

Fonte: pesquisa direta, 2016.

Legenda: P - Teste qui-quadrado de Pearson

*Salário mínimo vigente à época da pesquisa: abril a maio/2016 = R\$ 880

A tabela 7 intencionou evidenciar uma possível interdependência entre as variáveis socioeconômicas e o uso de medicamentos no que diz respeito à administração no intervalo correto e o conhecimento da finalidade do medicamento. De acordo com os resultados obtidos, não houve significância considerável ($p < 0,05$) para as variáveis aqui correlacionadas.

	Toma medicamento intervalo correto				Total		P
	Sim		Não		N	%	
	N	%	N	%			
Sexo							0,115
Masculino	09	81,8	02	18,2	11	100,0	
Feminino	52	57,1	39	42,9	91	100,0	
Faixa etária							0,134
60-69 anos	33	62,3	20	37,7	53	100,0	
70-79 anos	24	64,9	13	35,1	37	100,0	
80-89 anos	04	33,3	08	66,7	12	100,0	
Estado civil							0,352
Sem companheiro (a)	44	62,9	26	37,1	70	100,0	
Com companheiro (a)	17	53,1	15	46,9	32	100,0	
Escolaridade							0,952
Sem escolaridade	28	59,6	19	40,4	47	100,0	
Com escolaridade	33	60,0	22	40,0	55	100,0	
Renda familiar*							0,365
Até 1 SM	46	57,5	34	42,5	80	100,0	
2-4 SM	15	68,2	07	31,8	22	100,0	

	Sabe a finalidade do medicamento				Total		P
	Sim		Não		N	%	
	N	%	N	%			
Sexo							0,117 (continua) (conclusão)

	Sabe a finalidade do medicamento				Total		P
	Sim		Não		N	%	
	N	%	N	%			
Sexo							0,117
Masculino	10	90,9	01	9,1	11	100,0	
Feminino	62	68,1	29	31,9	91	100,0	
Faixa etária							0,170
60-69 anos	37	69,8	16	30,2	53	100,0	
70-79 anos	29	78,4	08	21,6	37	100,0	
80-89 anos	06	50,0	06	50,0	12	100,0	
Estado civil							0,847
Sem companheiro (a)	49	70,0	21	30,0	70	100,0	
Com companheiro (a)	23	71,9	09	28,1	32	100,0	
Escolaridade							0,427
Sem escolaridade	35	74,5	12	25,5	47	100,0	
Com escolaridade	37	67,3	18	32,7	55	100,0	
Renda familiar*							0,067
Até 1 SM	53	66,2	27	33,8	80	100,0	
2-4 SM	19	86,4	03	13,6	22	100,0	

Tabela 7. Uso de medicamento segundo o perfil sociodemográfico dos idosos participantes da pesquisa. Caxias-MA, 2016.

Fonte: pesquisa direta, 2016.

Teste qui-quadrado de Pearson

*Salário mínimo vigente à época da pesquisa: abril a maio/2016 = R\$ 880

DISCUSSÃO

Concordando com outros estudos que abordavam a mesma temática (tabela 2) (SILVA et al., 2014; TAVARES et al., 2013; CRUZ et al., 2014), ocorreu predominância do sexo feminino. Dentre as hipóteses que explicam essa diferença destaca-se a que sustenta que os homens têm altas taxas de mortalidade precoce relacionadas à violência, acidentes de trânsito e doenças crônicas no Brasil, como divulgado no censo de 2010 realizado pelo IBGE. Outra consideração é o maior cuidado da mulher com sua saúde do que os homens com a deles e a ampla atenção direcionada à mulher por parte do SUS em detrimento do homem (COSTA-JUNIOR; MAIA, 2009).

A tontura pode acometer todas as faixas etárias, principalmente os idosos (MARTINS; FRAGOSO, 2014). Um artigo dos autores POST e DICKERSON, publicado no ano de 2010 na *American Family Physician*, afirmou que a tontura é responsável por cerca de 5% das visitas na atenção básica.

Ainda segundo os autores acima, muitos medicamentos podem causar tonturas, e regimes posológicos devem ser avaliados em pacientes que os usam, pois este é um efeito adverso bem conhecido de muitas drogas. Entre esses remédios encontram-se: metildopa, bloqueadores alfa / beta, inibidores da enzima de conversão da angiotensina e diuréticos (POST; DICKERSON, 2010); o que pode explicar a maior prevalência do relato dos partícipes que tiveram problema devido ao medicamento, tendo em vista que a classe anti-hipertensiva foi a mais utilizada pelos entrevistados (FIGURA 2).

A presença de automedicação em idosos constatada neste trabalho, também foi evidenciada em Campinas – SP em um estudo que objetivou estimar a prevalência e fatores associados à automedicação entre idosos, bem como identificar os principais fármacos consumidos sem prescrição para essa população. No mesmo trabalho, em relação aos medicamentos consumidos sem prescrição pelos idosos, os mais utilizados foram os medicamentos que atuam sobre o sistema nervoso central, com destaque para dipirona, com prevalência de 25,7%, resultado que também foi encontrado nesta pesquisa no tocante ao uso do fármaco citado (OLIVEIRA, 2012).

No que diz respeito ao desejo de receber informações sobre os medicamentos que utiliza, o resultado encontrado neste trabalho mostra que a grande maioria (71%) dos idosos não expressa essa vontade, o que pode ser explicado por Araújo (2011) ao concluir em seus resultados que 83,3% dos idosos consideram a sua própria saúde regular, não precisando de mais informações sobre os medicamentos que usa. A autora destaca ainda a importância dos conhecimentos, esclarecimentos e orientações

adequadas sobre os fármacos como indispensáveis para que não ocorra interação medicamentosa e conseqüente prejuízo na qualidade de vida dos idosos.

A maioria dos participantes desta pesquisa tem renda de até um salário mínimo (TABELA 2), o que contrasta com a realidade aqui evidenciada de que a compra ainda é o meio mais utilizado pelos idosos para obtenção de medicamentos (TABELA 4).

O número alto de medicamentos anti-hipertensivos condiz com o fato de a hipertensão ser a condição crônica mais presente entre os idosos estudados (FIGURA 1). O uso de anti-hipertensivos associados a outros fármacos, como os diuréticos, é classificado como preferencial por eficácia comprovada para redução dos níveis da pressão arterial com menos ocorrência de efeitos adversos (BARROSO et al., 2014).

A automedicação é um assunto grave, que deve ser discutido e avaliado de forma ampla em todas as sociedades. Os idosos são provavelmente o grupo mais exposto à polifarmácia na sociedade, e por isso podem ser as maiores vítimas das conseqüências da automedicação. Os medicamentos que não precisam de receita para serem vendidos, os mais consumidos por automedicação, não estão isentos de reações adversas e complicações, e há critérios que devem ser seguidos pelos usuários, por quem os fabrica e pelos profissionais de saúde (SANTELLO et al., 2013).

A pesquisa evidenciou que a prática da automedicação foi mais comum entre idosos do sexo feminino. Além disso, a maior prevalência deste ato deu-se na faixa etária de 60 a 69 anos e nos participantes que viviam sem companheiro. Em relação à escolaridade, a maior incidência se deu em idosos sem escolaridade, assim como em quem tinha renda de até um salário mínimo. Pesquisa realizada na capital do estado do Maranhão, São Luís, também encontrou os mesmos dados relacionados às variáveis sexo, faixa etária e escolaridade e concluiu que apesar de ser um risco à saúde, a automedicação tem alta preponderância entre os idosos (MONTEIRO; AZEVEDO; BELFORT, 2014).

Em relação à administração de medicamentos no intervalo correto pôde-se constatar que, da população entrevistada, a maior parte respeitava o intervalo preconizado, e as mulheres se sobressaíram (81,8%), o que pode ser explicado pelo fato de a maioria da amostra ser constituída por este sexo. Tratando-se da faixa etária, idosos com idade entre 60 e 79 anos tomavam os remédios no intervalo correto (62,2%), e os que tinham idade entre 80 e 89 (33,3%) anos não seguiam o que era preestabelecido. A maior parte dos participantes que viviam sem companheiro (62,9%), que tinham escolaridade (60%) e renda de até um salário mínimo (57,5%), também tomavam os fármacos em intervalo correto.

No tocante ao conhecimento da finalidade do medicamento, a maioria dos partícipes tinha este conhecimento, e o sexo feminino se sobressaiu (90,9%), assim como a faixa etária de 60 a 69 anos (69,8%). A maioria dos idosos que viviam sem companheiro (70%), que tinham escolaridade (67,3%) e que tinham renda de até um salário mínimo (66,2%) também sabia a indicação correta do fármaco que usava.

CONCLUSÃO

O processo de acompanhamento farmacoterapêutico do paciente idoso é fundamental para o alcance do uso racional de medicamentos e para contribuir no processo educativo desses usuários, realizando uma avaliação dos fármacos empregados por estes, quanto à complexidade de regime posológico, custo e aderência ao tratamento. Neste sentido, novos estudos são necessários para permitir uma compreensão de toda a complexidade do tema. Estudos como este são importantes, pois podem ser utilizados como ferramenta para reorientação da assistência prestada ao grupo etário em questão pela equipe multiprofissional de saúde.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, Claudia Lysia. Conhecimento de idosos sobre o uso de medicamentos e interação medicamentosa. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, Rio Grande do Sul, v. 8, n. 2, p. 188-195, maio/ago. 2011.
- COSTA-JUNIOR, Florêncio Mariano da; MAIA, Ana Cláudia Bortolozzi. Concepções de homens hospitalizados sobre a relação entre gênero e saúde. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 25, n. 1, p. 55-63, 2009.
- CRUZ, Hellen Lilliane et al. Caracterização do uso de medicamentos entre idosos cadastrados em uma unidade de atenção primária à saúde de diamantina, minas gerais, brasil, 2011. **Infarma - Ciências Farmacêuticas**, v. 26, n. 3, p. 157-165, set. 2014.
- CUENTRO, Vanessa da Silva et al. Prescrições medicamentosas de pacientes atendidos no ambulatório de geriatria de um hospital universitário: estudo transversal descritivo. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n.8, p. 3355-3364, jan./ago. 2014.
- MARTINS, Erika Scaffide; FRAGOSO, Yara Dadalti. Vertigem: como deve ser a abordagem inicial para distinguir suas causas. **Revista Brasileira de Medicina**, São Paulo, v. 72, n. 7, p. 320-324, jul. 2014.
- POST, Robert E; DICKERSON, Lori M. Dizziness: A Diagnostic Approach. **American Family Physician**, v. 82, n. 4, ago. 2010.
- NEVES, Sabrina Joany Felizardo et al. Epidemiologia do uso de medicamentos entre idosos em área urbana do Nordeste do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.47, n.4, p. 759-768, ago. 2013.
- OLIVEIRA, Marcelo Antunes de et al. Automedicação em idosos residentes em Campinas, São Paulo, Brasil: prevalência e fatores associados. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, n.2, p. 335-345, fev. 2012.
- SANTELLO, Fabricia Helena et al. Perfil da automedicação em idosos no Município de Barretos/ São Paulo/ Brasil. **Infarma - Ciências farmacêuticas**, v. 25, n. 1, p. 32-36, abril, 2013.
- SANTOS, Thalyta Renata Araújo et al. Consumo de medicamentos por idosos, Goiânia, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.47, n.1, p. 94-103, fev. 2013.
- SILVA, Anderson Lourenço da et al. Utilização de medicamentos por idosos brasileiros, de acordo com a faixa etária: um inquérito postal. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro v.28, n.6, p. 1033-1045, jun. 2012.

SILVA, Kelle Oliveira et al. Perfil da adesão à terapêutica medicamentosa por pacientes geriátricos participantes de um grupo de convivência na cidade de vitória da conquista, BA. **InterScientia**, João Pessoa, v.2, n.2, p.77-95, maio/ago. 2014.

SECOLI, Silvia Regina. Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.63, n.1, p. 136-140, jan./fev. 2010

TAVARES, Noemia Urruth Leão et al . Fatores associados à baixa adesão ao tratamento medicamentoso em idosos. **Reista de Saúde Pública**, São Paulo , v. 47, n. 6, p. 1092-1101, Dec. 2013.

REAÇÕES ADVERSAS AO MEDICAMENTO: NOTIFICAR PARA CUIDAR

Renan Rhonalty Rocha

Universidade Federal Do Ceará – UFC
Sobral-Ceará

Maria Vitória Laurindo

Centro Universitário Uninta
Sobral-Ceará

Camilla Rodrigues Pinho

Centro Universitário Uninta
Sobral-Ceará

Jessika Cruz Linhares Frota

Centro Universitário Uninta
Sobral-Ceará

Francisca Aila De Farias

Centro Universitário Uninta
Sobral-Ceará

Rafaela Linhares Ponte Rangel

Universidade De Fortaleza – Unifor
Fortaleza-Ce

Izabelly Linhares Ponte Brito

Universidade Federal Do Ceará – Ufc
Sobral-Ceará

Sara De Araújo Do Nascimento

Centro Universitário Uninta
Sobral-Ceará

Fábio Frota De Vasconcelos

Universidade Federal Do Ceará – Ufc
Fortaleza-Ce

como a ciência que se relacionam com o processo de detecção, avaliação, compreensão e prevenção de reações adversas a medicamentos e outros problemas relacionados com o intuito de aumentar a segurança do uso de fármacos e melhorar a qualidade do tratamento. Contudo, em contrapartida, o problema com a subnotificação é crescente e impede que seja feito um trabalho de cuidado e prevenção adequado, sendo o profissional farmacêutico mais capacitado e melhor para exercer tal função. Este estudo tem como objetivo avaliar estatisticamente o perfil das notificações de reações adversas realizadas pela equipe de farmacovigilância de um hospital sentinela de referência da região norte do Ceará. Trata-se de um estudo de carácter documental, descritivo, retrospectivo de abordagem quantitativa sobre as notificações de reações adversas a medicamentos em um hospital sentinela da região norte do Ceará no período de janeiro a dezembro de 2016, baseados em dados dos relatórios mensais emitidos pela comissão de farmacovigilância do hospital. A amostra foi composta por 291 notificações, todas de reações adversas a medicamentos. Os medicamentos que mais causaram reações foram morfina 0,2% (39,52%), vancomicina (5,50%) e dipirona (5,50%), enquanto as reações mais prevalentes foram prurido (40,21%), hiperemia (13,74%) e náuseas e vômitos (13,06%). A busca ativa

RESUMO: Farmacovigilância é denominada

se mostrou a mais utilizada pela equipe. A subnotificação apesar de crescente, se mostra controlada neste estudo graças a equipe de farmacovigilância coordenada por farmacêuticos. A busca ativa tem importante valor neste resultado, uma vez que apresenta diversas vantagens sobre a notificação espontânea.

PALAVRAS-CHAVE: Farmacovigilância. Subnotificação. Reação Adversa.

ABSTRACT: Pharmacovigilance is referred to as the science that relates to the process of detection, evaluation, understanding and prevention of adverse drug reactions and other related problems, in order to increase the safety of drug use and improve the quality of treatment. However, the problem with underreporting is growing and prevents adequate care and prevention work being done, and the pharmaceutical professional is better able to perform this function. This study aims to statistically evaluate the profile of reports of adverse reactions performed by the pharmacovigilance team of a referential hospital in the northern region of Ceará. This is a descriptive, retrospective and documentary study of a quantitative approach on reports of adverse drug reactions in a hospital in the northern region of Ceará from January to December 2016, based on data from the monthly reports issued by the pharmacovigilance commission of the referred hospital. The sample consisted of 291 notifications; all of them from adverse drug reactions. The drugs that caused the most reactions were morphine 0.2% (39.52%), vancomycin (5.5%) and dipyron (5.5%), whereas the most prevalent reactions were pruritus (40.21%), hyperemia (13.74%), nausea and vomiting (13.06%). The active search proved to be the most used by the team. Underreporting, although increasing, is controlled in this study thanks to the pharmacovigilance team coordinated by pharmacists. Active search has important value in this result, since it presents several advantages over spontaneous report.

KEYWORDS: Pharmacovigilance; Underreporting; Adverse reaction

1 | INTRODUÇÃO

Os medicamentos são insumos indispensáveis na assistência farmacêutica, ferramentas com finalidade profilática, paliativa, curativa ou de diagnóstico, essências para garantir e melhorar a saúde, e a resolubilidade dos serviços de saúde (PINHEIRO; PEPE, 2008).

O uso de medicamentos mesmo de maneira correta não está isento de riscos, podendo trazer para o usuário alguns efeitos indesejados, ou até inesperados, podendo acarretar em complicações e causar danos que podem ser leves, prolongar o tempo de internação, ou até levar a mesmo óbito (ALOMAR, 2014).

Desta forma, de acordo com a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) (2010) e a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2004), Reação Adversa a Medicamento trata-se de qualquer resposta prejudicial ou indesejável e não intencional, que ocorre com medicamentos em doses empregadas usualmente em seres humanos,

para profilaxia, diagnóstico, tratamento de doença, ou para modificação de função fisiológica. Portanto, a ocorrência de RAM constitui-se um fator intrínseco do próprio fármaco (MARIN et al., 2003).

Desta maneira, entende-se que a Farmacovigilância é a ciência que surgiu da necessidade de uma maior monitorização de medicamentos depois de seu lançamento, tem como maior ferramenta a notificação espontânea que é realizada pelos profissionais que lidam diretamente com a prescrição, e administração de medicamentos. É um sistema efetivo que gera sinais de alerta para os órgãos regulatórios, porém tem um grande obstáculo a ser vencido, que é a subnotificação. Estima-se que apenas 6% de todas as reações adversas sejam notificadas (HERDEIRO et al., 2012).

Estudos afirmam que a união prática da farmacovigilância e da atenção farmacêutica, tanto no Brasil, quanto nos países europeus, puderam trazer resultados mais que satisfatórios em relação à qualidade, custos, adesão e segurança ao tratamento que se propõe, tornando o profissional farmacêutico o mais bem capacitado e próximo do paciente, sendo o mais determinado a acabar com a prática de subnotificação e aumentar a segurança do tratamento medicamentoso do paciente internado (BRADÃO, 2002; BISSON, 2003).

Por se tratarem de características relacionadas aos medicamentos, desta forma envolvendo diversas áreas de farmacologia, farmacoepidemiologia e outras ciências na área farmacêutica, os farmacêuticos em diversos estudos vem se mostrando como o profissional mais eficiente, capacitado, determinado e disposto a notificar e exercer as funções da farmacovigilância (SOBRAL; MELO; TAVARES, 2003).

Desta maneira, é por meio do estímulo das notificações e da educação permanente que todos os profissionais se tornam capacitados e competentes para evitar a subnotificação. Por ser um dos profissionais mais bem engajados nas comissões de farmacovigilância, os farmacêuticos, geralmente são os responsáveis e estão a frente dos treinamentos para todos os funcionários de qualquer estabelecimento de saúde (SOBRAL; MELO; TAVARES, 2003; MENDES et al., 2008).

A subnotificação trata-se de um fenômeno comum para todos os países do globo. Porém, extinguir a subnotificação, é um trabalho difícil porque sua extensão é muito variável e desconhecida. Diversos países que participam do Programa de Monitorização de Medicamentos criado pela Organização Mundial de Saúde, possuem altos índices de subnotificação, isso demonstra que até mesmo em centros estabelecidos, a porcentagem de notificações é reduzida. Isso se torna um problema grave, pois a subnotificação causa a subestimação do tamanho de um problema e retarda a identificação de sinais (OPAS, 2010; DESAI et al., 2011).

Várias são as questões que requerem atenção, às vezes, os profissionais da saúde têm medo que o reconhecimento de reações adversas possa afetar negativamente na sua competência ou até colocá-los sob risco de responder a um processo legal (GRANAS et al., 2007). Outros relutam em notificar devido a dúvidas quanto à relação causal entre essas reações e o uso do medicamento. Subnotificar é uma questão tanto

psicológica, quanto técnica. Desta forma, a clareza de critérios para notificar, a prática motivacional e a adoção de procedimentos simples, são poderosos aspectos para melhorar este problema (VESSAL; MARDANI; MOLLAI, 2008).

Considerando a importância e a necessidade de se evitar a subnotificação e identificar de reações adversas, é de extrema importância a criação de um sistema efetivo de farmacovigilância, que torna possível a identificação efetiva do perfil de reações adversas e identificação de RAM notadamente graves e raras. Analisando o exposto, o presente estudo busca avaliar estatisticamente o perfil das notificações de reações adversas realizadas pela equipe de farmacovigilância de um hospital sentinela de referência da região norte do Ceará.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de carácter documental, descritivo, retrospectivo de abordagem quantitativa sobre as notificações de reações adversas a medicamentos em um hospital sentinela da região norte do Ceará no período de janeiro a dezembro de 2016, baseados em dados dos relatórios mensais emitidos pela comissão de farmacovigilância do hospital.

O hospital em estudo está localizado na cidade de Sobral, um hospital de grande porte, filantrópico e de carácter regional. Atualmente é referência para uma população de 1,6 milhões de habitantes, prestando serviços a mais de 55 municípios na região. São destinados ao Sistema Único de Saúde (SUS) 92% de sua área instalada. Tornou-se oficialmente um hospital de ensino no dia 10 de outubro no ano de 2007, desde então vem sendo campo de prática profissional para aproximadamente 800 estudantes por ano de diversos cursos superiores da área da saúde. O hospital possui aproximadamente 329 leitos operacionais distribuídos em vários setores. Faz parte do projeto Sentinela e atua nas áreas de Farmacovigilância, Hemovigilância e Tecnovigilância sob a supervisão de um gerente de risco, profissional capacitado pela ANVISA. O serviço recebe estagiários que desenvolvem atividades de farmacovigilância juntamente com farmacêuticos responsáveis.

A amostra foi composta por 291 notificações, todas de reações adversas a medicamentos. Foram incluídas todas as notificações de reações adversas a medicamentos e excluídas todas as notificações de queixas técnicas e erros de medicação no referido período de estudo. As variáveis estudadas nos dados dos relatórios de notificação de RAM foram: números de notificações mensais, os medicamentos suspeitos de causar reações e o tipo de reação mais prevalente, sexo mais acometido pela RAM, forma de obtenção da informação, se ocorreu por busca ativa ou notificação espontânea.

Os dados foram coletados dos relatórios emitidos mensalmente, contendo as suspeitas de RAM registradas pela comissão de farmacovigilância no período do

estudo. Para formar o corpo de análise os dados foram digitados, estruturados e processados no Programa Microsoft Office Excel® versão 2010.

Foi realizada uma análise estatística com utilização das frequências absolutas e relativas, sendo os resultados expressos em análise percentual na forma de gráficos e tabelas.

O estudo não apresenta nenhum risco aos participantes, pois não há envolvimento direto com os pacientes, visto que é um estudo de pesquisa com dados secundários. O estudo trouxe como benefício, a criação de dados que poderão servir para traçar um perfil epidemiológico da população acometida para que medidas preventivas sejam realizadas.

Portanto, por se tratar de um estudo em que os dados são secundários, neste caso, relatórios do grupo farmacovigilância, não há envolvimento direto de pacientes, não se faz necessária a submissão e consequentemente aprovação por comitê de ética ou comitê de pesquisa local.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram enviadas para o Sistema Nacional de Notificações da Vigilância Sanitária (NOTIVISA) 291 notificações distribuídas em 12 meses. O mês com o maior número de notificações foi agosto com 21,3% (n = 62) das notificações figura 1. Trata-se de um resultado bem significativo quando comparado com a pesquisa de Romeu et al. (2011) que realiza 116 notificações no período de 1 ano em um hospital sentinela na cidade de Fortaleza-CE.

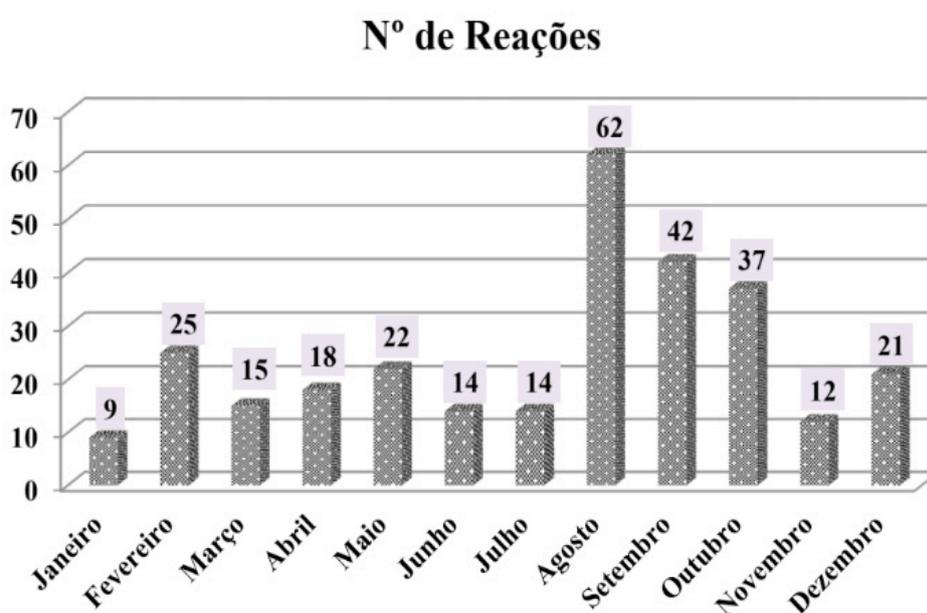


Figura 1 – Número de reações distribuídas pelos meses do ano.

De acordo com a OMS (2005) a farmacovigilância está sendo, cada vez mais, vista como mais que uma atividade que regulamenta, pois desempenha também um papel importante na prática clínica e no desenvolvimento de políticas de saúde pública. O risco de danos é menor quando os medicamentos são usados por profissionais da saúde informados. Quando efeitos adversos e toxicidade aparecem é essencial que eles sejam analisados e comunicados efetivamente a uma audiência que tenha o conhecimento para interpretar a informação. Esse é o papel da farmacovigilância.

A Tabela 1 apresenta os fármacos com maior número de notificações. Percebe-se que a Morfina 0,2%, dipirona e bromoprida correspondem aos três medicamentos com maior número de notificações, totalizando 50,5% dos medicamentos notificados.

MEDICAMENTO (WHO – ATC)	CLASSE TERAPÊUTICA	FREQ. ABS.	FREQ. RELATIVA (%)
Morfina 0,2% (N02AA01)	Analgésico	115	39,52
Vancomicina (J01XA01)	Antibiótico	16	5,50
Dipirona*	Analgésico/ Antitérmico	16	5,50
Bromoprida (A03FA04)	Anti-emético	15	5,18
Ciprofloxacino (J01MA02)	Antibiótico	14	4,81
Difenidramina (D04AA32)	Anti-histamínico	08	2,75
Oxacilina (J01CF04)	Antibiótico	07	2,40
Paclitaxel (L01CD01)	Antineoplásico	07	2,40
Cefalotina (J01DB03)	Antibiótico	07	2,40
Vinorelbin (L01CA04)	Antineoplásico	07	2,40
Outros**	-	79	27,14

Tabela 1 – Principais medicamentos notificados.

* Este medicamento não possui classificação ATC.

**tramadol, fenitoína, sulfato de magnésio, taxilan, polimixina b, cetoprofeno, cefepime, tenoxicam, metronidazol, plasil, oxaliplatina, carboplatina, gencitabina, meropenem, clindamicina, xeloda, buscopam composto, prometazina, ranitidina, methotrexate, imipenem, ampicilina, fluoracila, piperacilina + tazobactan, nifedipina, dexametasona, doxorubicina, fauldflour, ondasetrona, diclofenaco, cisplatina, amicacina, anfotericina b, hidrocortisona, codein.

Assim, das 319 notificações enviadas para o Sistema Nacional de Notificações para a Vigilância Sanitária (NOTIVISA) no ano de 2016 em um hospital sentinela de ensino da cidade de Sobral - CE, um total de 39,52% (n=115) são referentes às reações adversas causadas pela morfina (Tabela 1), convergindo com o a análise de registros de um centro de farmacovigilância realizado por Fonteles et al. (2009), que encontrou na morfina o analgésico com maior número de notificações. A vancomicina possui 5,50% (n=16) das notificações estando em segundo lugar e concordando com o estudo realizado por Noblat et al. (2011) realizado em quatro hospitais sentinelas da capital baiana, verificando que as reações causadas por antibióticos são a segunda

mais prevalente. Por fim, a dipirona com a terceira maior quantidade de notificações 5,50% (n=16) o que diverge com a pesquisa realizada em um hospital de Picos – PI, por Pereira et al. (2012), que no período de janeiro de 2009 a setembro de 2011, foram notificadas apenas duas vezes com a dipirona como medicamento suspeito.

Em relação às reações adversas notificadas percebe-se que prurido, rubor, náuseas e vômitos, retenção urinária e dispneia foram observados com maior frequência, assim expostos na Tabela 2.

ÓRGÃO E SISTEMAS AFETADOS	REAÇÃO ADVERAS	FREQ. ABS.	FREQ. RELATIVA (%)
Distúrbios Epiteliais	Prurido	117	40,21
	Rash Cutâneo	04	1,37
	Lesões*	13	4,47
	Edema	11	3,78
	Pigmentação Das Unhas	01	0,34
Distúrbios Gastrointestinais	Náuseas E Vômitos	38	13,06
	Dor Epigástrica	02	0,69
	Diarreia	09	3,09
Distúrbio Urinário	Retenção Urinária	10	3,44
Estado Geral	Mal Estar Geral**	20	6,87
	Febre	01	0,34
Distúrbio Vascular Extra Cardíaco	Hiperemia	40	13,74
Distúrbios Respiratórios	Dispneia	5	1,72
Sistema Nervoso Central E Periférico	Dormência	7	2,40
	Confusão Mental	3	1,05
	Cefaleia	1	0,34
	Disestesia	1	0,34
	Agitação***	3	1,03
	Dor Local	3	1,03
	Efeitos Extrapiramidais	2	0,69

Tabela 2 – Classificação das reações adversas de acordo com os órgãos e sistemas acometidos em pacientes.

*Erupções, descamação e pigmentação cutânea, exantema.

** Calafrios, tremor, tontura, hipotensão, palidez, taquicardia, sonolência.

*** Inquietação, irritabilidade.

Em se tratando de reações adversas e órgãos e sistemas acometidos, por serem facilmente detectáveis, as reações dermatológicas foram as mais predominantes (Tabela 2). Prurido foi a reação mais prevalente com 40,21% (n = 117) das notificações, seguido de hiperemia com 13,74% (n = 40), náuseas e vômitos com 13,06% (n = 38), convergindo com estudos realizados por Fonteles et al. (2009), que obteve um maior número de notificações por prurido e náuseas e vômitos. Outros estudos concordam

que os sistemas mais afetados são o dermatológico, gastrointestinal, cardiovascular e respiratório (CAMARGO et al., 2006; POURSEYED et al., 2009; MASTROIANNI et al., 2009). Por fim, Pinto et al. (2013), em pesquisa realizada em hospital universitário de Belém – PA, encontraram nos sistemas gastrointestinal, dermatológico, neurológico e dermatológico um maior número de reações que levaram a notificações, corroborando os resultados deste estudo.

No que se refere ao sexo mais acometido, o feminino apresentou o maior número de reações 65% (n = 188) em relação ao sexo masculino 35% (n = 103) conforme a figura 2:

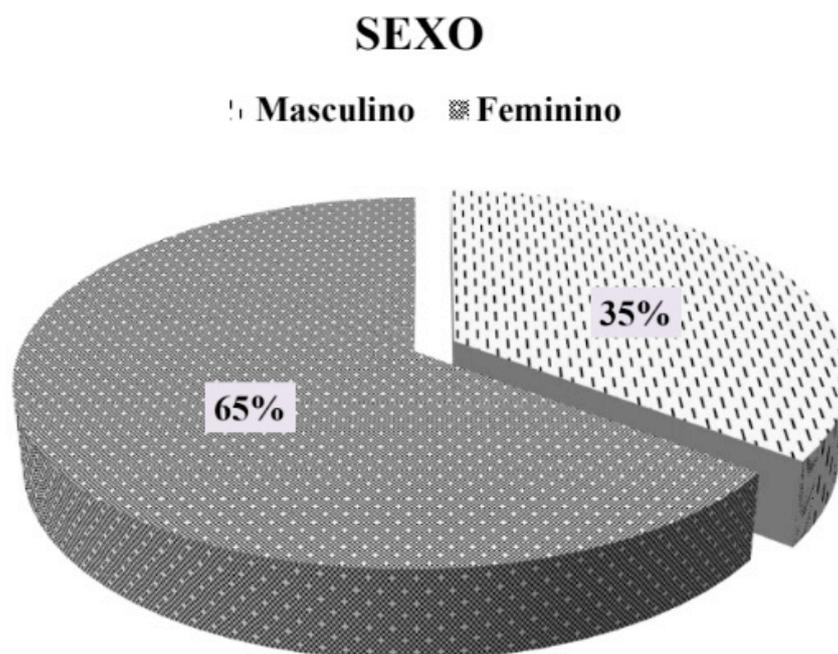


Figura 2 – Número de reações distribuído por sexos.

Este dado diverge com o estudo de Loução, Sanche e Carraro (2015), que obtiveram um número masculino (55%) e feminino (45%) divergindo também do resultado encontrado por Lobo e colaboradores (2013), em que 55,7% das reações adversas ocorreram em homens, enquanto 44,3% ocorreram em mulheres. Porém, alguns autores relatam que as mulheres são mais suscetíveis a terem RAM devido aos níveis hormonais, maior consumo de medicamentos e uma maior concentração de tecido adiposo maior frequência às consultas médicas e maior cumprimento/adesão às prescrições médicas (MAGALHÃES; CARVALHO, 2001; FRANCELENO, 2007; FONTELES et al., 2009).

De acordo com o tipo de busca, sua obtenção foi classificada como Busca Ativa, quando um membro da comissão de farmacovigilância visitava os setores do hospital sentinela e detectava a reação e notificava e Notificação Espontânea, quando o profissional do próprio setor do hospital sentinela detectava a reação e ele mesmo fazia a notificação, comunicando a comissão de farmacovigilância posteriormente,

sendo seus resultados expressos no gráfico 1:

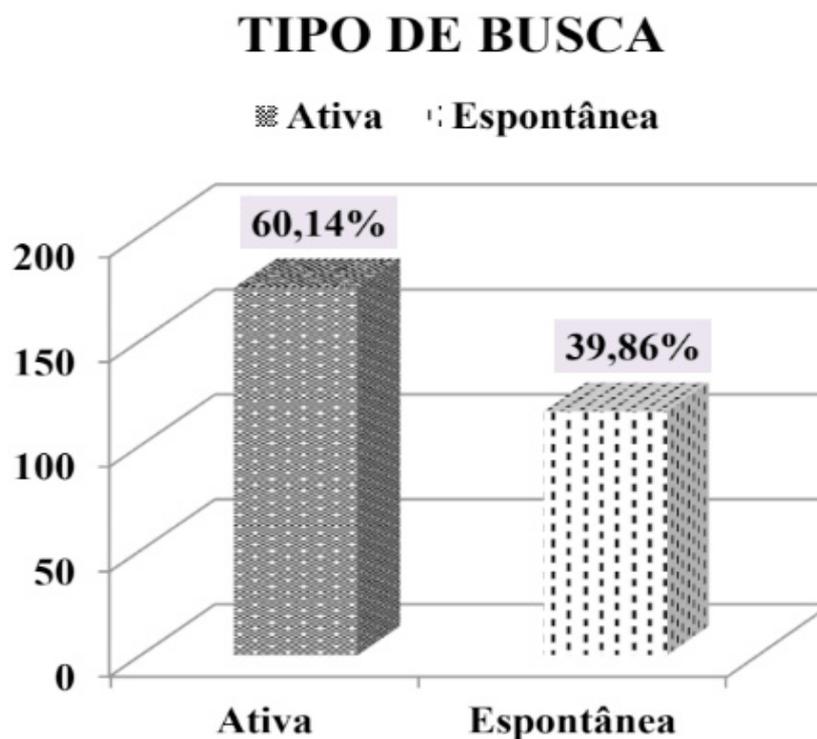


Figura 3: Tipos de buscas realizadas em um hospital sentinela da cidade de Sobral-CE no ano de 2016.

Mesmo com uma diferença pequena, o presente estudo apresenta uma maior quantidade de notificações realizadas através de busca ativa (60,14%), este método apresenta vantagens como: possibilidade de acompanhamento e observação da evolução clínica do paciente; possibilidade de se obter informações mais completas sobre os medicamentos administrado diminuindo a probabilidade de erros e/ou omissão; possibilidade de identificação de RAM agudas; possibilidade de identificação de populações com alta probabilidade de apresentar RAM; possibilidade de identificação de RAM não descritas na literatura; (FIGUEIRAS et al., 2002).

As notificações por busca ativa foram realizadas principalmente por bolsistas acadêmicos de farmácia da comissão de farmacovigilância, tratando-se de um hospital pertencente à Rede de Hospitais sentinela da ANVISA (figura 3), concordando com o estudo de Romeu et al. (2011), no qual 99,1% das notificações de sua pesquisa foram por busca ativa realizada também acadêmicos de farmácia.

As notificações espontâneas da pesquisa de Romeu et al. (2011) totalizaram apenas 0,9% e foram realizadas por médicos, no presente estudo os enfermeiros possuem maior adesão ao que preconiza à farmacovigilância, pois todos os 41% das notificações espontâneas foram realizadas por esta classe, demonstrando maior contato e uma boa relação entre a comissão de farmacovigilância e esses profissionais.

4 | CONCLUSÃO

Muito embora os produtos farmacêuticos sejam formulados para curar, aliviar e prevenir enfermidades, eles podem produzir efeitos indesejáveis, sendo desta forma, de total importância que haja um monitoramento a fim de controlar evitar tais danos causados por medicamentos. A farmacovigilância é o mecanismo mais utilizado e mais seguro para se evitar reações adversas ao medicamento e assim aumentar a segurança e qualidade do tratamento dos pacientes hospitalizados.

Contudo, existe um problema crescente, por ser silencioso e difícil de medir. A subnotificação, ainda possui grandes proporções, devendo-se, a árduo trabalho, ser minimizada. É exatamente aí que se encaixa o profissional farmacêutico, por se tratar do profissional mais bem capacitado e especialista, quando se trata de medicamentos, se torna essencial para coordenar a equipe no controle da subnotificação, na qualidade e execução das notificações e na melhoria da qualidade de vida e tratamento hospitalar.

Portanto, apesar da crescente subnotificação no Brasil, o trabalho realizado pela equipe da farmacovigilância traz elevada contribuição para minimizá-la, apresentando os principais medicamentos envolvidos e quais reações adversas apresentadas em notificações realizadas, em sua maioria por meio de busca ativa, e não mediante notificação espontânea como preconiza a ANVISA. Salienta-se a importância deste dado, pois a busca ativa é a principal ferramenta utilizada para reduzir a subnotificação, necessitando da participação e integração de outros profissionais de saúde do hospital, a fim de planejar, ampliar e divulgar as ações farmacovigilância, com o objetivo de prevenir/minimizar os efeitos nocivos dos medicamentos aos pacientes.

REFERÊNCIAS

ALOMAR, M.J. **Factors affecting the development of adverse drug reactions.** *Saudi Pharmaceutical Journal*, v. 22, n. 2, p. 83–94, 2014.

BISSON, M. P. **Farmácia Clínica e Atenção Farmacêutica.** São Paulo: Medfarma, 2003. cap. 2, p. 7-9.

BRANDAO, A. **Sim**, nós já temos farmacovigilância. *Pharmacia Brasileira*. São Paulo. Out/nov. 2002.p.18-20.

CAMARGO, A. L.; FERREIRA, M. B. C.; HEINECK, I. **Adverse Drug reactions: a cohort study in internal medicine units at a university hospital.** *The European Journal of Clinical Pharmacology*, v.62, n. 2, p.143-149, 2006.

DESAI, C. K. et al. **An evaluation of knowledge, attitude, and practice of adverse drug reaction reporting among prescribers at a tertiary care hospital.** *Perspectives in clinical research*, v. 2, n. 4, p. 129-36, 2011.

FIGUEIRAS, A.; NAPCHAN, B. M.; MENDES, G. B. **Farmacovigilância: Ação na Reação.** São Paulo. Centro de Vigilância Sanitária, 2002.

FONTELES, M. M. F. et al. **Reações adversas causadas por fármacos que atuam no sistema nervoso: análise de registros de um centro de farmacovigilância do Brasil.** *Revista de Psiquiatria*

Clínica, v. 36, n. 4, p.137-44, 2009.

FRANCELINO, E. V. **Centro de Farmacovigilância do Ceará: análise do perfil de reação adversa a medicamentos e queixa técnica.** [Dissertação]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2007.

GRANAS, A. G. et al. **Pharmacists' attitudes towards the reporting of suspected adverse drug reactions in Norway.** *Pharmacoepidemiology Drug Safe*, v. 16, n. 4, p. 429-34, 2007.

HERDEIRO, M. T. et al. **O Sistema Português de Farmacovigilância.** *Acta Medica Portuguesa*, v. 25, n. 4, p. 241–249, 2012.

LOBO, M. G. A. A. et al. **Adverse drug reaction monitoring: support for pharmacovigilance at a tertiary care hospital in Northern Brazil.** *BMC Pharmacology and Toxicology*, v. 14, n. 5, p.1-7, 2013.

LOUÇÃO, A. S.; SANCHES, A. C. C.; CARRARO, C. B. **Perfil das reações adversas a medicamentos notificadas em um Hospital Universitário.** *Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde*, v.6 n.3, p.12-17, 2015.

MAGALHÃES, S. M. S.; CARVALHO, W. S. **Reações adversas a medicamentos. In Uma abordagem em Farmácia Hospitalar**, 1ª edição. Editora Atheneu, 2001: 125-145.

MARIN, N. et al. **Uso racional de medicamentos.** Assistência farmacêutica para gerentes municipais. 2003. 40p.

MASTROIANNI, P. C. **Contribuição do uso de medicamentos para internação hospitalar.** *Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences*, v. 45, n. 1, p. 163-170, 2009.

MENDES, M. C. P. et al. **História da farmaco- vigilância no Brasil.** *Revista Brasileira de Farmácia*, v. 89, n. 3, p. 246-251, 2008.

NOBLAT, A. C. B. et al. **Prevalência de admissão hospitalar por reação adversa a medicamentos em Salvador, BA.** *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 57, n. 1, 42-45, 2011.

OMUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **A Importância da farmacovigilância.** 2005. Organização Mundial de Saúde. 48p.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPAS). Grupo de Trabajo en Farmacovigilancia. **Buenas prácticas de farmacovigilancia para las Américas.** Washington; 2010.

PEREIRA, S. T. et al. **Avaliação das notificações de eventos adversos a medicamentos de um hospital de Picos – Piauí.** *Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde*, v. 3, n. 3, p.18-22, 2012.

PINHEIRO, H. C. G.; PEPE, V. L. E. **Reações adversas a medicamentos: conhecimento e atitudes dos profissionais de saúde em um hospital sentinela de ensino do Ceará-Brasil.** *Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 20, n. 1, p. 57-64, 2008.

PINTO, A. C. G. et al. **Reações adversas a medicamentos como causa de admissão em um hospital universitário de Belém – Pará.** *Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde*, v. 5, n. 2, p. 30-33. 2013.

POURSEYED, S. et al. **Adverse drug reaction in patients in Iranian department of internal medicine.** *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, v. 18, n. 2, p.104-10, 2009.

ROMEU, G. A.; TÁVORA, M. R. F.; COSTA, A. K. M. **Notificação de reações adversas em um hospital sentinela de Fortaleza-Ceará.** *Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços*

de Saúde, v. 2, n. 1, p. 5-9, 2011.

SOBRAL, C.; MELO M.; TAVARES, I. **Subnotificação em farmacovigilância: falta de interesse ou simplesmente desconhecimento processual?** Boletim de farmacovigilância, v. 7, n. 1, p. 1-9, 2003.

VESSAL, G.; MARDANI, Z.; MOLLAI, M. **Knowledge, attitudes, and perceptions of pharmacists to adverse drug reaction reporting in Iran.** *Pharmacy World & Science*, v. 31, n. 2, p.183-7, 2008.

SOBRE A ORGANIZADORA

Christiane Trevisan Slivinski - Possui Graduação em Licenciatura em Ciências Biológicas pela Universidade Estadual de Ponta Grossa (2000), Mestrado em Ciência e Tecnologia de Alimentos pela Universidade Estadual de Ponta Grossa (2007) e Doutorado em Ciências - Bioquímica pela Universidade Federal do Paraná (2012). Tem experiência na área de Bioquímica, com ênfase em Biotecnologia, atuando principalmente nos seguintes temas: inibição enzimática; fermentação em estado sólido; produção, caracterização bioquímica e purificação de proteínas (enzimas); e uso de resíduo agroindustrial para produção de biomoléculas (biossurfactantes). É professora na Universidade Estadual de Ponta Grossa nas disciplinas de Bioquímica e Química Geral desde 2006, lecionando para os cursos de Bacharelado e Licenciatura em Ciências Biológicas, Farmácia, Educação Física, Enfermagem, Odontologia, Química, Zootecnia, Agronomia, Engenharia de Alimentos. Também leciona no Centro de Ensino Superior dos Campos Gerais – CESCAGE desde 2012 para os cursos de Fisioterapia, Odontologia, Farmácia, Nutrição, Enfermagem e Agronomia, nas disciplinas de Bioquímica, Fisiologia, Biomorfologia, Genética, Metodologia Científica, Microbiologia de Alimentos, Nutrição Normal, Trabalho de Conclusão de Curso e Tecnologia de Produtos Agropecuários. Atuou ativamente nas pesquisas realizadas pelos acadêmicos e pesquisadores dos cursos de Fisioterapia e Enfermagem, estando inserida em todo o processo dentro da construção do conhecimento em saúde pública e coletivo. Também leciona nas Faculdades UNOPAR desde 2015 para o curso de Enfermagem nas disciplinas de Ciências Celulares e Moleculares, Microbiologia e Imunologia.

Agência Brasileira do ISBN
ISBN 978-85-7247-161-9

