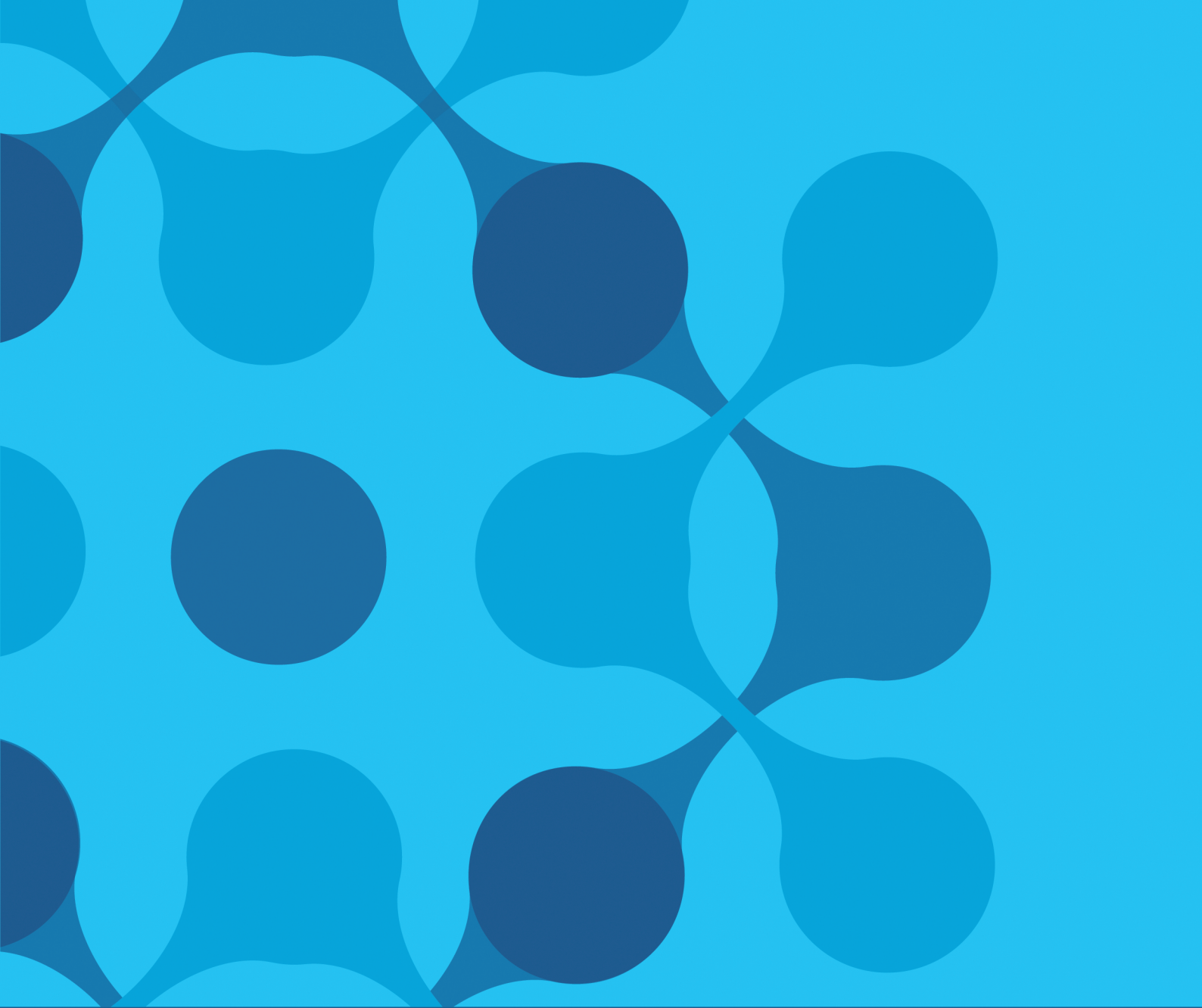




Academus

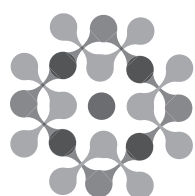
Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

Revista
Científica
da Saúde

Volume 1 - número 1
jan. / abr. 2016



Trabalhos do II Congresso Científico da SMS-Rio, 2015



Academus

Revista
Científica
da Saúde

Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

Volume 1 – Número 1 – jan./abr. 2016

Editorial

No momento em que nossa Secretaria busca a qualidade nos serviços de assistência à população, destacamos a importância da edição de um periódico que retrate a experiência e o conhecimento técnico-científico dos profissionais e acadêmicos integrantes da Rede Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

Focados na assistência, ainda temos muito que evoluir e aprender neste processo de organização de conhecimento em saúde, mas se não investirmos não superaremos as dificuldades. Tivemos muitas questões que foram registradas para que possamos saná-las no decorrer deste aprendizado de produzir conhecimento com as nossas próprias fontes.

Editada de 2002 até 2004, no modo eletrônico, a Academus Revista Científica da Saúde tem retomada a sua periodicidade para promover e divulgar as investigações científicas realizadas pelos profissionais e acadêmicos. Esta é uma forma de utilizar nossos dados e dar visibilidade à nossa instituição.

Importante destacar que a Academus se coloca como um veículo fomentador de aprendizado da escrita científica, uma vez que temos um celeiro de informações inexploradas e um grande contingente de futuros profissionais em formação.

Neste volume 1, número 1, trazemos textos que foram apresentados na modalidade oral no II Congresso Científico da SMS, realizado de 24 a 26 de novembro de 2015, no Centro de Convenções Sulamerica. Estes textos não passaram por uma avaliação científica rigorosa por parte da revista, sendo avaliado apenas pela comissão do congresso, cuja proposta é incentivar e estimular a produção de conhecimento na instituição.

Neste contexto, a revista se propõe a promover discussão contínua no sentido de contribuir para o aprofundamento desse aprendizado, possibilitando o aperfeiçoamento da pesquisa científica.

Esperamos que a Academus Revista Científica da Saúde tenha alcance real na sua proposta de ampliar os horizontes de pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, fomentando e estimulando a capacidade de produção de conhecimento de seus atuais e futuros profissionais.

Vamos buscar aprimoramento a cada edição! Aguardem a de agosto!

Boa leitura a todos e todas!

Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro

Eduardo Paes

Secretaria Municipal de Saúde

Daniel Soranz

Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da saúde

Betina Durovni

Superintendência de Promoção da Saúde

Cristina Boaretto

Núcleo de Publicações e Memória

Ercília Mendonça

Academus Revista Científica da Saúde é uma publicação da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, que tem por objetivo publicar trabalhos realizados pelos profissionais e acadêmicos da Rede SMS-Rio. A proposta é incentivar o desenvolvimento de pesquisa científica nas Unidades de Saúde. Neste contexto, a revista se propõe a divulgar trabalhos e promover discussão contínua no sentido de contribuir para o aprofundamento desse aprendizado.

Endereço para correspondência

Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.
Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde. Superintendência de Promoção da Saúde. Núcleo de Publicações e Memória. Rua Afonso Cavalcanti, 455, Sl. 805.
Cidade Nova. Rio de Janeiro. CEP 20.211.901.

Endereço eletrônico Revista Academus

<http://smsrio.org/revista>

E-mail contato Revista Academus

academussms.rio15@yahoo.com.br

Edição impressa em abril 2016

Comitê Editorial desta Edição

Editor Executivo

Ercília Mendonça

Conselho Editorial

Ercília Mendonça

Rosane Valéria Viana Fonseca Rito

Germana Périssé

Érick Igor dos Santos

Assessoria Especial para o SEER

Ramón Martins Sodoma da Fonseca

Participaram da avaliação dos trabalhos submetidos ao II Congresso Científico SMS 2015

Alessandra Teixeira Marques Pinto. Psicologia
Mestre Saúde Coletiva

Ana Brum. Enfermagem
Especialista Gestão de Saúde

João Paulo de Almeida Cardoso. Odontologia
Especialista Saúde da Família

Jucema Fabricio Vieira. Psicologia
Mestre Educação

Patrícia dos Santos da Costa. Odontologia
Especialista Saúde da Família

Sandra Regina de Oliveira. Enfermagem
Especialista em Promoção da Saúde

Periodicidade

Quadrimestral

Tiragem desta edição 150 exemplares

Academus Revista Científica da Saúde. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro/SMS-Rio
– vol. 1, n. 1, jan. /mar. (2002) - Rio de Janeiro: SMS-Rio, 2002 -

Quadrimestral

ISSN 1806-9495

De 2002 a 2004, foi publicada trimestralmente e apenas online.

1. Atenção Primária. 2. Atenção Hospitalar. 3. Vigilância em Saúde. 4. Promoção da saúde. 5. Periódicos. I. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

CDU 61(05)

Sumário / *Summary*

Artigos / *Articles*

- 5 Investigação farmaco-epidemiológica em prescrições médicas da atenção básica: o caso do idoso
Pharmacoepidemiology investigation on primary health care prescriptions: elderly's case
Sabrina Alves de Souza Pereira
- 20 As práticas docentes nos cursos técnicos de Radiologia: uma análise empírica
The teaching practices in Radiology technician schools: an empirical analysis
Raphael de Oliveira Santos e Sergio Ricardo de Oliveira
- 28 Duplicidades em marcações de consultas pelo Sistema Nacional de Regulação – SISREG
Duplications in consultations schedule by the National Regulatory System – SISREG
Tiago Magalhães Ceciliano, Pedro Henrique Cunha Duque e Gabrielle Evangelista do Nascimento
- 36 Programa Cegonha Carioca: dilemas conceituais, programáticos e expectativas na atenção pré-natal
Program Carioca Stork: conceptual, programmatic, dilemma and expectations at attention prenatal
Ana Carolina Mendes Soares Benevenuto Maia, Maria Antonieta Rubio Tyrrell, Tayná Leonardo da Silva e Zuleide Alzira de Santana Aguiar
- 49 Prevalência e severidade da cárie dentária no atendimento de odontopediatria do Centro Municipal de Saúde Américo Velloso e Hamilton Land
Prevalence and severity of dental caries in pediatric dentistry attendance of Municipal Health Care Center Américo Velloso and Hamilton Land.
Laís Rocha Fernandes e Camila Coutinho Miranda
- 61 O acompanhamento terapêutico na questão do uso de crack: uma narrativa acerca da potência das Visitas Domiciliares
The therapeutic monitoring regarding crack cocaine: a narrative about home visiting potential
Ian Orselli e Mariane Oselame
- 70 Perfil da demanda espontânea no Centro Municipal de Saúde Rodolpho Rocco
Profile of Spontaneous demand in the Rodolpho Rocco Municipal Health Center
Gabrielle Evangelista do Nascimento, Pedro Henrique Cunha Duque e Tiago Magalhães Ceciliano
- 81 Credenciamento de uma maternidade do município do Rio de Janeiro para solicitação e fornecimento do Palivizumabe a crianças internadas na Unidade Neonatal
Accreditation of a maternity in the city of Rio de Janeiro for the supply of Palivizumab to children hospitalized in neonatal care units
Gisele Lopes de Oliveira de Mello e Carla Joelma Villares Guimarães Maciel

90 Segurança do paciente em uma grande emergência do SUS: como assegurar a prática?

Patient safety in a great SUS emergency: how to ensure the practice?

Thais de Rezende Bessa Guerra, Marcelo da Silva Dehoul e Maria Claudia Guerra Souto Maior

95 Saúde do trabalhador na AP 3.2: o olhar das práticas integrativas e complementares através do Reiki

Occupational health in Primary Health Care 3.2: the perspective of integrative and complementary practices through Reiki

Fernanda da Motta Afonso, Glória Maria Lenine do Couto Ribeiro da Motta Afonso, Roulien Jorge Camargo de Souza, Renata Lameira Barros, Sandra Solange de Moraes Alves Carolina Cardoso Manso, Silvana dos Santos Barreto e Naraiana de Castro Pinheiro

Relato de Experiência / *Experience Report*

101 Relato de experiência vivenciado na Clínica da Família Santa Marta

Experience report experienced in Santa Marta's Family Clinic

Rainer Lopes

105 Um olhar sobre o dispositivo da Convivência no CAPSad III Raul Seixas

A look at the Interaction Area Device at the Raul Seixas CAPSad III

Renata do Carmo Chiquetto e Mariane N. Oselame

118 Relato de experiência de uma prática educativa em um grupo de tratamento ao tabagismo

Experience report of an educational practice in a group of treatment with smoking

Luiz Henrique Chad Pellon, Marianna Abreu Lucchesi, Roberta Brandão da Cunha e Tayane Fraga Tinoco Leão

127 Recolhimento Não, Acolhimento Sim. Centro de Atenção Psicossocial CAPS III – João Ferreira da Silva Filho. Complexo do Alemão. Rio de Janeiro. Brasil.

Gathering No Home In. Psychosocial Care Center CAPS III - João Ferreira da Silva Filho. Complexo do Alemão. Rio de Janeiro. Brazil.

Andréa Toledo Farnettane

Revisão / *Review*

135 O teste de triagem neonatal de cardiopatias congênitas: uma tecnologia de cuidado de enfermagem

The neonatal screening test for congenital heart defects: a nursing care technology

Márcio Luis Ferreira, Juliana Maria Machado Reis, Mariana da Silva Castro e Marcelo da Silva Costa

Investigação farmaco-epidemiológica em prescrições médicas da atenção básica: o caso do idoso

Pharmacoepidemiology investigation on primary health care prescriptions: elderly's case

Sabrina Alves de Souza Pereira
Graduanda. Faculdade Farmácia. UFRJ
E-mail: sa.alsope@gmail.com

Resumo

Ultimamente, torna-se cada vez mais notável o crescimento da população idosa no Brasil, levando ao aumento de doenças crônicas e outras enfermidades prevalentes nesta faixa etária. Isto pode gerar um grande impacto financeiro na saúde pública, devido à medicalização desta população e aos riscos que esta pode gerar à saúde destes usuários. Este trabalho teve como objetivo analisar prescrições médicas de pacientes acima de 60 anos de uma unidade de atenção primária, buscando a ocorrência de polifarmácia, duplicidade terapêutica, interações medicamentosas potenciais (IMPs) e medicamentos potencialmente inapropriados (MPIs) para idosos. Foram utilizadas como instrumento de estudo prescrições médicas. Os dados dos pacientes foram obtidos pelo sistema Vitacare. A polifarmácia foi analisada pela quantidade de medicamentos por prescrição e a duplicidade terapêutica a partir da classificação terapêutica dos mesmos. Pela plataforma Micromedex®, foram verificadas interações medicamentosas. Segundo critérios de Beers-Fick, foi avaliada a existência de MPIs. Observou-se uma população predominantemente feminina, residindo com companheiro (a) e/ou familiares e com baixo nível de escolaridade. A polifarmácia foi encontrada em 36,3% dos idosos. Três quartos dos idosos apresentavam IMPs em sua farmacoterapia, sendo estas em sua grande maioria classificadas como moderadas. MPIs foram encontrados 14,2% das prescrições analisadas. As duplicidades terapêuticas estavam contidas em 23,6% das prescrições. Devido ao aumento da população idosa e elevada demanda de serviços de saúde e utilização de medicamentos, devem-se buscar melhorias no que diz respeito à prescrição médica, evitando assim possíveis gastos com internações evitáveis e outras intercorrências. Desta maneira, garante-se uma melhor qualidade de vida destes indivíduos.

Palavras-chave

Farmaco-epidemiologia, idoso, atenção básica, interações medicamentosas, polifarmácia

Abstract

Currently, it is notable the increasing of elderly people among Brazilian population, leading to an increase of chronic diseases and other prevalent illness affecting this age range. It might financially affect health care budget, due to the necessary medicalization and probable risks, which can be generated then. The present work aims to analyze medical prescriptions of elderly patients (more than 60 years old) in a primary care unit, seeking polypharmacy occurrence, redundant drugs, potential drug-drug interaction (PDDI) and potentially inappropriate medication (PIM). Medical prescriptions were used as tool approach. Patient data was obtained from Vitacare system. Polypharmacy was analyzed by counting the number of drugs on each prescription. Redundant drugs were analyzed from therapeutic classification data of each prescribed drug. Medical interactions were analyzed using Micromedex® platform. Potentially inappropriate medication were analyzed following Beers-Fick criteria. We observed a predominance of females, living with respective partners/family, with low educational levels. Our data has shown that 36,3% of the patients were subjected to polypharmacy event. Three quarters presented PIMs on their pharmacotherapy, most of them classified as moderate. PDDIs and redundant drugs were found in 14,2% and 23,6% of patients, respectively. Due to the increase of elderly population in Brazil, higher demand of health care practice and legal drug consumption, improvements in medical prescription in order to avoid unnecessary spending money with avoidable health issues. Therefore, a better life can be guaranteed.

Keywords

Pharmacoepidemiology, elderly, primary care, drug-drug interactions, polypharmacy

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população mundial é um fenômeno que vem sendo observado no decorrer da história da humanidade, e que passou a ser mais evidente a partir do início do século XX¹. Este cenário se deu início entre as décadas de 1940 e 1970², embora o envelhecimento da população brasileira já pudesse ser prenunciado no início do século XX³. Este quadro foi resultado de dois principais fatores: a redução das taxas de fecundidade, fenômeno que se estendeu tanto nas áreas urbanas quanto nas rurais, que faz com que a proporção entre o número de crianças e idosos favoreça quantitativamente a terceira idade, e o aumento de ações de saúde pública, como a vacinação, higiene pública e outras campanhas sanitárias, que levam ao aumento da expectativa de vida da população^{2,4}.

As alterações demográficas decorrentes do aumento da proporção de indivíduos idosos em uma população resultam em um quadro chamado de transição epidemiológica. Em um país considerado jovem, as doenças prevalentes são causadas por moléstias infecto-contagiosas, que resultam no dualismo cura e morte⁵. Em uma população envelhecida, ocorre uma substituição das principais causas de morte de doenças transmissíveis para doenças não transmissíveis e causas externas. Além disso, ocorre uma modificação dos padrões de morbimortalidade, transferindo-se dos jovens para indivíduos mais idosos, sendo a morbidade predominante sobre a mortalidade⁴.

Este quadro traz à tona um grande desafio para o Brasil, visto que este processo repercute nas

esferas da estrutura social, econômica, política e cultural da sociedade⁶. Diferente de países desenvolvidos, a evolução socioeconômica não se dá na mesma velocidade que o aumento da longevidade da população. Com a elevação no número de idosos, também aumenta o número de portadores de doenças crônicas não transmissíveis, o que leva a uma maior demanda de assistência médica de qualidade e utilização de medicamentos^{5,7,8}. Desta maneira, conclui-se que o processo de envelhecimento populacional constitui também um problema social que requer medidas urgentes tanto por parte do governo como da sociedade de forma geral⁶.

O estudo SABE (Saúde, Bem-estar e Envelhecimento), realizado em 2007 por Carvalho *et al*⁸, mostra que em São Paulo 84,3% dos idosos utilizam medicamentos. Em Porto Alegre, Flores e Mengue⁹ observaram que 91% dos idosos entrevistados faziam uso de algum fármaco. Em Londrina, Paraná, este valor foi ainda mais assustador: 97% dos idosos institucionalizados utilizavam algum medicamento¹⁰. Em outras cidades brasileiras, o número de idosos utilizando medicamentos variou entre 69,1% a 85%¹¹⁻¹⁴. Possivelmente, a terceira idade pode ser considerada o grupo etário mais medicalizado da sociedade¹⁵.

Dentre as classes de medicamentos mais utilizadas, de acordo com *Anatomical-Therapeutic-Chemical Classification System (ATC)*, sistema adotado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que classifica os fármacos de acordo com o órgão o sistema sobre o qual atua e suas propriedades terapêuticas e farmacológicas, destacam-se os que atuam no sistema cardiovascular, seguido pelos que atuam no

sistema nervoso, trato alimentar e metabolismo^{12-14,16,17}.

Portanto, torna-se importante conhecer o panorama geral do consumo de medicamentos pela terceira idade, para que seja realizado um melhor planejamento de promoção do uso racional de medicamentos, garantindo uma melhor qualidade de vida para os usuários e reduzir gastos dispensáveis pelo sistema de saúde^{12,18}.

OBJETIVO

Este trabalho tem como objetivo investigar a ocorrência de Problemas Relacionados à Medicamentos (PRMs) em prescrições médicas destinadas à idosos atendidos em uma Unidade de Atenção Básica localizado no Rio de Janeiro.

METODOLOGIA

Estudo epidemiológico descritivo e exploratório, realizado durante o mês de setembro de 2015, que teve como população de estudo pacientes idosos atendidos na farmácia de uma unidade de atenção primária à saúde. Diferentemente da Organização Mundial de Saúde (OMS), que considera idoso aquele com 65 anos de idade ou mais, o governo brasileiro considera o início da terceira idade a partir dos 60 anos de idade¹⁹. O Centro Municipal de Saúde Rodolpho Rocco, pertencente à Área Programática 3.2, localiza-se no bairro de Del Castilho, cidade do Rio de Janeiro - RJ, e é composto por seis equipes de saúde da família programadas para atendimento de cerca de 24 mil pessoas, residentes dos bairros de Del Castilho e parte de Inhaúma²⁰.

O contato inicial com os dados do paciente se deu a partir de prescrições médicas atendidas na referida unidade. O critério de inclusão nesta etapa foi idade igual ou superior a 60 anos, dado que pôde ser facilmente acessado pela data de nascimento contida na prescrição. Outro critério de inclusão foi a presença de medicamentos prescritos para uso contínuo, ou seja, aqueles cujo tempo de tratamento indicado tratava-se de um mês ou mais. A partir do nome do paciente, foram obtidos seus dados socioeconômicos (gênero, situação familiar e escolaridade), que foram consultados no sistema de prontuários eletrônicos Vitacare RJ-2.3.9.1.1. Esta etapa foi realizada com o auxílio de um dos farmacêuticos atuantes na unidade de saúde, a partir do seu cadastro no sistema citado. Os medicamentos contidos na prescrição e aqueles que constavam no sistema Vitacare registrados como “medicação crônica” foram então armazenados em uma planilha estruturada no programa Microsoft Excel 2010, considerando o fármaco com sua Denominação Comum Brasileira (DCB), forma farmacêutica, concentração e posologia. Os fármacos presentes em associações foram considerados individualmente. Os medicamentos prescritos para uso agudo, assim como os para uso tópico, fitoterápicos, vitaminas e componentes da dieta foram excluídos desta análise²¹.

A polifarmácia foi analisada quantitativamente, considerando aqueles casos em que são prescritos cinco ou mais medicamentos concomitantemente para o mesmo paciente.

Seguindo os critérios propostos por Beers *et al*^{22,23} e atualizados por Fick e outros pesquisadores²⁴, foram identificados os medicamentos

potencialmente inapropriados para idosos. A lista apresenta 48 medicamentos ou classes de medicamentos considerados inadequados para idosos, independente do diagnóstico ou de sua condição¹⁶, considerando: a ausência de eficácia comprovada, a exposição desnecessária ao risco e existência de alternativas mais seguras²⁵.

As interações medicamentosas potenciais foram identificadas a partir da base de dados online Micromedex®. Os medicamentos que não constavam na ferramenta de interações medicamentosas desta plataforma foram consultados diretamente na busca da página Micromedex®. As prescrições contendo apenas um medicamento foram excluídas desta análise^{26,27}. Nos casos de combinações fixas de dois ou mais fármacos, os mesmos foram tratados individualmente²⁷. As interações potenciais foram classificadas de acordo com sua gravidade (grave, moderada ou leve).

Os medicamentos foram classificados de acordo com o *Anatomical-Therapeutic-Chemical Classification System (ATC)*²⁸. A duplicidade terapêutica foi determinada a partir da utilização de dois ou mais medicamentos da mesma classe terapêutica prescritos para a mesma indicação clínica²⁹.

Para processamento das informações obtidas, foi construído um banco de dados em uma planilha eletrônica. Os dados obtidos foram analisados estatisticamente a partir do programa Microsoft Excel 2010. Foi realizada uma análise estatística descritiva, apresentando os seguintes resultados: frequência (relativa e absoluta), média, mediana e desvio padrão.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro, sob parecer nº 1.256.565.

RESULTADO

A coleta de dados foi realizada durante o mês de setembro de 2015. Foram analisadas prescrições médicas de 438 pacientes. Destes, 66,4% eram no sexo feminino e 33,6% do sexo masculino. A média de idade foi de 70,6 anos (DP = 7,86), sendo 70,8 anos para as mulheres e 70,2 anos para os homens. A amplitude de idade variou entre 60 e 93 anos, com mediana nos 69 anos de idade. Com relação à escolaridade, 73,7% dos idosos estudaram apenas até o ensino fundamental, sendo o grau de analfabetismo maior entre as mulheres. No que tange à situação familiar, 88,7% dos anciãos residiam acompanhados, com o(a) cônjuge e/ou familiares. Apenas 11,3% moravam só. Foi observada uma grande discrepância entre o arranjo familiar dos homens e das mulheres: enquanto 75,3% dos homens residiam com companheira(o), apenas 36,6% das mulheres moravam com seus cônjuges. A situação familiar não foi informada por 39,5% dos prontuários analisados. Os dados sobre faixa etária, nível de escolaridade e situação familiar estão representados nas tabelas 1, 2 e 3, respectivamente, separados de acordo com o gênero dos indivíduos.

Tabela 1. Distribuição de frequência da idade por faixa etária, estratificada por sexo.

FAIXA ETÁRIA	Feminino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
60 - 64 anos	75	25,8%	37	25,2%	112	25,6%
65 - 69 anos	75	25,8%	45	30,6%	120	27,4%
70 - 74 anos	52	17,9%	23	15,6%	75	17,1%
75 - 79 anos	42	14,4%	21	14,3%	63	14,4%
80 - 84 anos	25	8,6%	14	9,5%	39	8,9%
85 - 89 anos	18	6,2%	5	3,4%	23	5,3%
90 - 94 anos	4	1,4%	2	1,4%	6	1,4%
Total	291	66,4%	147	33,6%	438	100,0%

Neste estudo, foram prescritos um total de 1754 medicamentos para os idosos, com média de 4,0 medicamentos por paciente (DP = 2,20), sendo 3,9 para as mulheres e 4,2 para os homens. A amplitude de medicamentos por pessoa variou entre 1 e 13, com mediana em 4 medicamentos. Dos 92 fármacos distintos encontrados nas prescrições, 23 deles (25,0%) não pertencem nem à Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), nem à Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME). Estes foram prescritos 56 vezes, o que corresponde à 3,2% de todos os medicamentos encontrados nas prescrições.

A classe de medicamentos mais prescrita foi a dos que atuam no Sistema Cardiovascular, correspondendo a 57,9% de todos os fármacos prescritos, seguido dos que atuam no Trato Alimentar e Metabolismo (18,5%), no Sangue e Órgãos Formadores de Sangue (8,8%) e no Sistema Nervoso (8,0%). As subclasses foram

detalhadas na tabela 4. Os principais medicamentos utilizados foram a hidroclorotiazida, a losartana e a sinvastatina (Tabela 5).

Tabela 2. Nível de escolaridade por gênero.

ESCOLARIDADE	Feminino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Analfabeto	17	5,9%	2	1,4%	19	4,4%
Alfabetizado	25	8,7%	7	4,8%	32	7,4%
Fundamental Incompleto	118	40,8%	55	37,7%	173	39,8%
Fundamental Completo	60	20,8%	36	24,7%	96	22,1%
Médio Incompleto	13	4,5%	10	6,8%	23	5,3%
Médio Completo	47	16,3%	29	19,9%	76	17,5%
Superior Incompleto	3	1,0%	1	0,7%	4	0,9%
Superior Completo	6	2,1%	6	4,1%	12	2,8%
Total	289	100,0%	146	100,0%	435	100,0%
Não informado	2	-	1	-	3	-

Tabela 3. Arranjo familiar por gênero.

MORA COM	Feminino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Companheiro(a)	29	16,1%	20	23,5%	49	18,5%
Companheiro(a) e filhos	24	13,3%	31	36,5%	55	20,8%
Companheiro(a) e familiares	13	7,2%	13	15,3%	26	9,8%
Familiares	90	50,0%	15	17,6%	105	39,6%
Só	24	13,3%	6	7,1%	30	11,3%
Total	180	100,0%	85	100,0%	265	100,0%
Não informado	111	-	62	-	173	-

Foi encontrado um total de 602 PRMs, com média de 1,37 problemas por idoso (DP = 1,11), sendo 1,34 para o sexo feminino e 1,45 para o masculino. Destes, 26,4% estavam relacionados à polifarmácia, 10,3% ao uso de MPIs, 48,3% à presença de interações medicamento-

sas potenciais e 15,0% à prescrição de dois fármacos da mesma classe terapêutica. Dos 438 pacientes, 25,3% não apresentaram nenhum PRM analisado, enquanto 3,7% apresentaram os quatro PRMs analisados simultaneamente (Tabela 6).

Um total de 159 pacientes (36,3%) estava sujeito à polifarmácia, sendo 35,4% entre as mulheres e 38,1% entre os homens. Dentre estes, 94,3% faziam uso de 5 a 9 medicamentos e 5,7% utilizavam 10 ou mais. A razão de chances de ocorrência de polifarmácia em relação ao gênero foi de 0,70 (0,44 – 1,13) para as mulheres. Quanto aos MPIs, estes foram prescritos 68 vezes, onde 62 idosos (14,2%) faziam uso dos mesmos, 16,2% das mulheres e 12,2% dos homens, com média de 0,16 medicamentos impróprios por paciente (DP = 0,40).

Tabela 4. Classes de medicamentos prescritas segundo a ATC.

PRINCIPAIS CLASSES E SUBGRUPOS DE MEDICAMENTOS	Código ATC	N	%
Sistema Cardiovascular	C	1016	57,9%
Cardioterápicos	C01	21	1,2%
Anti-hipertensivos	C02	30	1,7%
Diuréticos	C03	221	12,6%
Vasodilatadores	C04	3	0,2%
Vasoprotetores	C05	5	0,3%
β-bloqueadores	C07	143	8,2%
Bloqueadores dos canais de cálcio	C08	126	7,2%
Atuantes no Sistema Renina-Angiotensina	C09	309	17,6%
Hipolipemiantes	C10	158	9,0%
Trato Alimentar e Metabolismo	A	325	18,5%
Antiácidos	A02	93	5,3%
Desordens gastrointestinais funcionais	A03	3	0,2%

Constipação	A06	1	0,1%
Antidiabéticos	A10	198	11,3%
Suplementos minerais	A12	30	1,7%
Sangue e Órgãos Formadores de Sangue	B	154	8,8%
Antitrombóticos	B01	136	7,8%
Antianêmicos	B03	18	1,0%
Sistema Nervoso	N	141	8,0%
Analgésicos	N02	19	1,1%
Anti-epiléticos	N03	52	3,0%
Anti-parkinsonianos	N04	4	0,2%
Psicolépticos	N05	30	1,7%
Psicoanalépticos	N06	32	1,8%
Outros	N07	4	0,2%
Outras Classes	-	118	6,7%
TOTAL	-	1754	100,0%

Deste montante, 90,3% utilizavam apenas um MPI enquanto 9,7% faziam uso de dois MPIs. O Diazepan foi o MPI mais prescrito para os idosos, encontrado em 30,9% das prescrições contendo MPIs, seguido da fluoxetina (25,0%) e da amitriptilina (14,7%). Os principais MPIs prescritos podem ser vistos na tabela 8.

Tabela 5. Principais medicamentos prescritos.

PRINCIPAIS MEDICAMENTOS PRESCRITOS	N	%
Hidroclorotiazida	176	10,0%
Losartana	157	9,0%
Sinvastatina	155	8,8%
Enalapril	131	7,5%
Metformina	130	7,4%
Ácido Acetilsalicílico	125	7,1%
Anlodipina	111	6,3%
Atenolol	109	6,2%
Omeprazol	76	4,3%
Glibenclamida	61	3,5%
Outros medicamentos	523	29,8%
TOTAL	1754	100,0%

Tabela 6. Frequência de PRMs por paciente.

PRM/ Paciente	Feminino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
0	80	27,5%	31	21,1%	111	25,3%
1	93	32,0%	52	35,4%	145	33,1%
2	69	23,7%	36	24,5%	105	24,0%
3	38	13,1%	23	15,6%	61	13,9%
4	11	3,8%	5	3,4%	16	3,7%
TOTAL	291	100,0%	147	100,0%	438	100,0%

Duplicidades terapêuticas foram encontradas em 23,6% dos pacientes, com média de 0,26 redundâncias por idoso (DP = 0,50). Entre as mulheres, este valor foi de 22,8%, e entre os homens, 25,0%. A prescrição simultânea dos medicamentos hipoglicemiantes metformina e glibenclamida correspondiam a 50,5% das 101 duplicidades presentes (tabela 9), seguido do par losartana e enalapril (7,9%) e ácido acetilsalicílico e clopidogrel (4,0%).

As interações medicamentosas potenciais foram os PRMs mais encontrados entre as prescrições medicamentosas analisadas. Foram encontradas 991 possíveis interações atingindo 291 idosos do estudo, o que corresponde a 76,2% de todos aqueles que apresentavam dois ou mais medicamentos em sua terapia (73,2% das mulheres e 81,8% dos homens). A média de interações por paciente foi de 2,59 (DP = 3,04), sendo 2,36 para as mulheres e 3,03 para os homens. A amplitude de interações presentes variou de zero a 21. Destas, 13,8% são classificadas como graves, 81,6% como moderadas e 4,5% como leves. O principal medicamento envolvido nas interações potenciais foi o ácido acetilsalicílico, presente em 326 interações, o que corresponde a 32,9% do total. Dentre as

137 interações classificadas como graves, 47 (34,3%) correspondiam a associação entre o bloqueador de canal de cálcio anlodipina e o hipolipemiante sinvastatina (tabela 10). Já entre as 809 interações potenciais considerados moderados, a principal delas (8,0%) resultava da associação entre o Inibidor da Enzima Conversora de Angiotensina enalapril e o diurético hidroclorotiazida (tabela 11).

Tabela 7. Principais medicamentos potencialmente inapropriados prescritos.

MPI	Efeito	Gravidade	N	%
Diazepam	Sedação prolongada e aumentar o risco de quedas e fraturas.	Alta	21	30,9%
Fluoxetina (uso diário)	Estimulação excessiva do SNC, distúrbios de sono e agitação excessiva.	Alta	17	25,0%
Amitriptilina	Apresenta propriedades anticolinérgicas fortes e sedativas.	Alta	10	14,7%
Clonidina	Risco potencial de hipotensão ortostática e efeitos adversos no SNC.	Baixa	5	7,4%
Amiodarona	Associado com problemas no intervalo QT e risco de provocar <i>Torsades de Pointes</i> .	Alta	4	5,9%
Digoxina* (>0,125 mg/dia)	Diminuição do <i>clearance</i> renal, podendo aumentar sua toxicidade.	Baixa	4	5,9%

Prometazina	Propriedades anticolinérgicas potentes	Alta	4	5,9%
Doxasozina	Risco de hipotensão, boca seca e problemas urinários.	Baixa	1	1,5%
Ticlopidina	Mais tóxico que o AAS na prevenção de eventos trombóticos.	Alta	1	1,5%
Ciclobenzaprina	Efeitos anticolinérgicos, sedação e fraqueza.	Alta	1	1,5%
TOTAL	-	-	68	100,0%

*Exceto no tratamento de arritmias atriais.

Tabela 8. Principais duplicidades terapêuticas encontradas.

DUPLICIDADES TERAPÊUTICAS	Classe	N	%
Metformina e Glibenclamida	A10	51	50,5%
Losartana e Enalapril	C09	8	7,9%
Ácido Acetilsalicílico e Clopidogrel	B01	4	4,0%
Sinvastatina e Ciprofibrato	C10	3	3,0%
Glicosamina e Condroitina	M01	2	2,0%
Outras duplicidades	-	33	32,7%
TOTAL	-	101	100,0%

Tabela 9. Principais interações medicamentosas potenciais graves encontrados

INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS POTENCIAIS GRAVES	Efeito	N	%
Anlodipina + Sinvastatina	Aumento do risco de miopatias, incluindo rabdomiólise.	47	34,3%
Alopurinol + Enalapril	Síndrome de Stevens-Johnson, erupções cutâneas, espasmo coronário anafilático.	12	8,8%

Enalapril + Losartana	Aumento do risco de hipotensão, síncope, hipercalemia, mudanças na função renal e falência renal aguda.	8	5,8%
AAS + Clopidogrel	Aumento do risco de sangramento.	4	2,9%
AAS + Fluoxetina	Aumento do risco de sangramento.	4	2,9%
Digoxina + Espironolactona	Aumento da exposição à digoxina.	3	2,2%
Amiodarona + Sinvastatina	Aumento do risco de miopatias, incluindo rabdomiólise.	3	2,2%
Diltiazem + Sinvastatina	Aumento do risco de miopatias, incluindo rabdomiólise.	3	2,2%
Fluoxetina + Propranolol	Aumento da toxicidade do propranolol, incluindo bloqueio cardíaco completo.	3	2,2%
Outras interações	-	50	36,5%
TOTAL	-	137	100,0%

DISCUSSÃO

Trata-se de um grupo de pacientes de idade pouco avançada (média = 70,6 anos). A grande população feminina encontrada neste trabalho se repete em diversos outros estudos^{10,17,18,25,30}. Este fator e o arranjo familiar encontrado podem ser explicados pelo perfil cultural da nossa sociedade, onde é mais comum encontrar casais onde a mulher é mais jovem e o índice de casamento do homem após viuvez é bem mais alto que o da mulher^{1,3}, bem como o fato de a mulher apresentar diferenças fisiológicas vantajosas para a manutenção da sua saúde,

ter se exposto menos à riscos de trabalho, consumir menos álcool e tabaco e estar mais atenta ao seu estado de saúde³¹. Além disso, o baixo acesso da mulher de antigamente à educação também contribui para os baixos níveis de escolaridade encontrados¹. O fato de um número considerável (39,5%) resultado encontrado possa não retratar fielmente a real situação em que residem.

A grande maioria dos idosos está submetida a pelo menos um dos problemas investigados no presente trabalho. A frequência de polifarmácia apresentou-se similar às encontradas em outros estudos da literatura^{8,11} e superior a outros^{9,14,25,32}. Índices elevados do uso de cinco ou mais medicamentos simultaneamente podem estar associados ao aumento de doenças crônicas não transmissíveis, comum em idades mais avançadas^{8,11}. Também podem ser explicados pelo possível equívoco na interpretação de Reações Adversas a Medicamentos (RAMs), levando à prescrição de novos medicamentos, construindo assim uma cascata iatrogênica³³.

Tabela 10. Principais interações medicamentosas potenciais moderadas encontradas

INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS POTENCIAIS MODERADAS	Efeito	N	%
Enalapril + Hidroclorotiazida	Hipotensão postural (primeira dose)	65	8,0%
AAS + Losartana	Efeito anti- hipertensivo reduzido e aumento do risco de dano renal.	58	7,2%
Hidroclorotiazida + Metformina	Aumento do risco de hipoglicemia.	54	6,7%

AAS + Hidroclorotiazida	Diminuição do efeito diurético e eficácia anti-hipertensiva.	47	5,8%
AAS + Atenolol	Redução do efeito anti-hipertensivo.	42	5,2%
AAS + Anlodipina	Aumento no risco de hemorragia gastrointestinal e/ ou antagonismo do efeito hipotensor.	41	5,1%
AAS + Enalapril	Redução da efetividade do enalapril.	38	4,7%
Enalapril + Metformina	Aumento do risco de hipoglicemia.	36	4,4%
Anlodipina + Atenolol	Hipotensão e/ou bradicardia.	33	4,1%
Glibenclamida + Hidroclorotiazida	Aumento do risco de hipoglicemia.	31	3,8%
Outras Interações	-	364	45,0%
TOTAL	-	809	100,0%

Além disso, o uso elevado de medicamentos pode levar a uma menor adesão terapêutica por parte do paciente, assim como aumentar as chances de RAMs, interações medicamentosas, redundâncias terapêuticas e uso inadequado³⁴. O acompanhamento do profissional farmacêutico na farmacoterapia dos pacientes é de grande importância, para se possível evitar prescrições desnecessárias e garantir o uso e prescrição racional de medicamentos.

Diferentemente de outros estudos, que associam a ocorrência de polifarmácia ao sexo feminino^{8,11,13}, no presente trabalho, a população masculina foi a que apresentou a maior parcela de polifarmácia (38,1% *versus* 35,4%) e maior média de medicamentos por indivíduo (4,2 *versus* 3,9). Este resultado indica que as mulheres estiveram menos expostas a polifarmácia quando comparada aos homens (OR: 0,70; 0,44 – 1,13), entretanto, tal resultado

não apresentou significância estatística. Este fato pode ser explicado por diferenças entre os diagnósticos de homens e mulheres, bem como de padrões distintos de comorbidades.

A prevalência no uso de medicamentos inapropriados foi menor do que a observada em outros estudos brasileiros^{25,35,36}, e semelhante à encontrada no estudo realizado por Rodrigues em Manaus³⁴. Assim como em outros estudos^{25,36}, o Diazepan e a fluoxetina se apresentaram entre os principais MPIs prescritos, conhecidos por estarem associados à sedação excessiva e a um maior risco de quedas³⁷. Uma explicação para a prescrição de MPIs para a população idosa é o elenco de medicamentos limitado existente na rede pública, onde nem sempre existem alternativas terapêuticas mais seguras disponíveis gratuitamente ao paciente idoso.

Poucos estudos relatam a ocorrência de redundância medicamentosa, que neste trabalho foi encontrada em 23,6% das prescrições, ligeiramente acima de outros estudos apresentados por Mosegui *et al*¹⁵ e Gontijo *et al*³⁸. A duplicidade encontrada em mais da metade das prescrições que apresentava este evento era referente à prescrição concomitante dos hipoglicemiantes metformina e glibenclamida. Porém, segundo as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes³⁹, esta associação é benéfica no tratamento da diabetes, sendo sua eficácia terapêutica superior à monoterapia. Por outro lado, a utilização simultânea de fármacos que atuam no Sistema Renina-Angiotensina é contraindicada, segundo as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial⁴⁰, por aumentar os riscos de eventos adversos e não apresentar melhorias na eficácia terapêutica. Além disso,

não é recomendada a utilização de fármacos anti-hipertensivos com mecanismos de ação similares⁴⁰. A prescrição de dois medicamentos da mesma classe terapêutica pode ser sinônimo de má qualidade na escolha da terapia medicamentosa, ressaltando a necessidade de um acompanhamento mais próximo da equipe de saúde aos serviços prestados à população³⁸.

A alta frequência de interações medicamentosas potenciais também foi encontrada em outros trabalhos realizados^{17,30,41}. Este resultado condiz com o perfil de utilização de medicamentos pelos idosos, além do fato de a idade ser um fator de risco para a ocorrência deste tipo de PRM, por apresentarem alterações fisiológicas importantes^{42,43,44}.

A maioria do universo de fármacos utilizados pela terceira idade apresenta potencial interativo⁴³. Porém, há controvérsias em relação às interações encontradas envolvendo o medicamento AAS. Como a maioria das plataformas, inclusive a utilizada no presente estudo, não leva em consideração a dose utilizada pelos pacientes, muitas vezes estas interações podem ser superestimadas, se for considerada a concentração utilizada para efeito analgésico, diferente daquela usada para ação antiagregante plaquetária pelos idosos⁴¹. A interação entre anlodipina e sinvastatina, comum entre a terceira idade, apresenta risco para a saúde do paciente pelo fato de a anlodipina aumentar significativamente a exposição à sinvastatina e aos seus metabólitos, elevando assim o risco de o paciente desenvolver miopatias, dentre elas a rabdomiólise, que consiste em uma necrose muscular que resulta em mialgia e/ou liberação de enzimas musculares na circulação⁴⁵.

Por ser uma doença considerada de alta severidade, deve-se evitar essa associação, optando por estatinas mais seguras, que apresentem menos chances de efeitos colaterais.

Pacientes que apresentam interações potenciais em suas prescrições apresentam uma taxa maior de hospitalização do que aqueles que não estão submetidos às mesmas³⁰. Além disso, 15% de todas as RAMs observadas em idosos de um estudo realizado em hospital público brasileiro estavam relacionadas à ocorrência de interações medicamentosas potenciais⁴⁶. Frente a isto, torna-se de extrema importância que os profissionais de saúde tenham conhecimento das possíveis interações que podem acontecer entre o elenco de medicamentos disponibilizado em atenções primárias de saúde, bem como os processos de monitorização, para que assim possam garantir a segurança do paciente⁴¹.

CONCLUSÃO

O presente estudo detectou que grande parte dos idosos da amostra estava submetida a pelo menos um dos PRMs investigados. Isto mostra a importância e urgência de que se conheça o universo de medicamentos com que se trabalha, entendendo as peculiaridades do paciente idoso. Também é essencial que haja sempre uma integração entre os profissionais de saúde, para promover o uso e prescrição racional de medicamentos, garantindo assim a segurança e qualidade de vida da terceira idade.

AGRADECIMENTOS

À Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro pela concessão do estágio que deu origem a este trabalho. Ao Rodrigo dos Santos Almeida e à Prof.^a Dra. Márcia Maria Barros dos Passos, pela revisão do artigo.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Garcia YM. Epidemiologia do Envelhecimento. In: J. Filho W, Kikuchi EL. Geriatria e Gerontologia Básicas. Rio de Janeiro: Elsevier; 2012. Cap. 1. p. 3-8.
2. Nóbrega OT, Karnikowski MGO. A terapia medicamentosa no idoso: cuidados na medicação. *Ciência & Saúde Coletiva* 2005;10(4):309-13.
3. Lebrão ML. O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica. *Saúde Coletiva* 2007;4(17):135-40.
4. Chaimowicz F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Rev. Saúde Pública* 1997 Abr;8(31):184-200.
5. Nasri F. O envelhecimento populacional no Brasil. 2008;6(supl. 1): S4-S6.
6. Siqueira RL, Botelho MIV, Coelho FMG. A velhice: algumas considerações teóricas e conceituais. *Ciência & Saúde Coletiva* 2002; 7(4):899-906.

7. Karnikowski MGO, Nóbrega OT, Naves JOS, Silver LD. Access to Essential Drugs in 11 Brazilian Cities: A community-based Evaluation and Action Method. *Journal of Public Health Policy*, 2004 Feb;288-298.
8. Carvalho MFC, Romano-Lieber NS, Bergsten-Mendes G, Secoli SR, Ribeiro E, Lebrão ML, et al. Polifarmácia entre idosos do Município de São Paulo – Estudo SABE. *Ver Bras Epidemiol* 2012;14(4):817-27.
9. Flores LM, Mengue SS. Uso de medicamentos por idosos em região do sul do Brasil. *Rev Saúde Pública* 2005;39(6):924-29.
10. Smanioto FN, Haddad, MCL. Avaliação da farmacoterapia prescrita a idosos institucionalizados. *Ver Bras Enferm* 2013 Jul-Ago;66(4):523-27.
11. Rozenfeld S, Fonseca MJM, Acurcio F. A. Drugutilization and polypharmacy among the elderly: a survey in Rio de Janeiro City, Brazil. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 2008; 23(1):34-43.
12. Castellar JI, Karnikowski MGO, Vianna LG, Nóbrega OT. Estudo da Farmacoterapia Prescrita a Idosos em Instituição Brasileira de Longa Permanência. *Acta Med Port* 2007; 20:97-105.
13. Loyola Filho AI, Uchoa E, Lima-Costa MF. Estudo epidemiológico de base populacional sobre uso de medicamentos entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2006 Dez;22(12):2657-67.
14. Celho Filho MJ, Marcopito LF, Castelo A. Perfil de utilização de medicamentos por idosos em área urbana do Nordeste do Brasil. *Revista Da Associação Médica Brasileira* 2004;38(4):557-64.
15. Mosegui GB, Rozenfeld S, Veras RP, Vianna CMM. Avaliação da qualidade do uso de medicamentos em idosos. *Rev. Saúde Pública* 1999; 33(5):437-44.
16. Aguiar PM, Lyra Júnior DP, Silva DT, Marques TC. Avaliação da farmacoterapia de idosos residentes em instituições asilares do Nordeste do Brasil. *Latin American Journal of Pharmacy* 2008 Mar; 27(3):454-459.
17. Bueno CS, Oliveira KR, Belerzi EM, Eickhoff HM, Dallepiane LB, Girardon-Perlini NMO, et al. Utilização de medicamentos e risco de interações medicamentosas em idosos atendidos pelo Programa de Atenção ao Idoso da Unijuí. *Rev Ciênc Farm Básica Apl* 2009; 30(3):331-8.
18. Silva AL, Ribeiro AQ, Klein CH, Acurcio FA. Utilização de medicamentos por idosos brasileiros, de acordo com a faixa etária: um inquérito postal. *Cad. Saúde Pública* 2012 Jun; 28(6):1033-45.
19. Brasil. Lei nº 10741, de 01 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências [acesso em 2 set 2015]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm.

20. Rio de Janeiro. Policlínica Rodolpho Rocco e CMS Rodolpho Rocco: regimento interno. Out. 2003 [acesso em 15 set 2015]. Disponível em: <http://smsdc-policlinicarodolphorocco.blogspot.com.br/p/missao.html>.
21. Medeiros-Souza P, Santos-Neto LL, Kusano LTE, Pereira MG. Diagnosis and control of polypharmacy in the elderly. *Rev Saúde Pública* 2007;41(6):1049-53.
22. Beers MH, Ouslander JG, Rollinger I, Reuben DB, Brooks K, Beck JC. Explicit criteria for determining inappropriate medication use in nursing home residents. *Arch Intern Med* 1991 Feb; 151:1825-32.
23. Beers MH. Explicit criteria for determining potentially inappropriate medication use by the elderly: An update. *Arch Intern Med* 1997 Jul; 157:1531-6.
24. Fick DM, Cooper JW, Wade WE, Waller JL, Maclean JR, Beers MH. Updating the Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. *ArchInternMed* 2003; 163:2716-24.
25. Araújo CMC, Magalhães SMS, Chaimowicz F. Uso de Medicamentos Inadequados e Polifarmácia entre Idosos do Programa Saúde da Família. *Lat. Am. J. Pharm* 2010;29(2):178-84.
26. Leão DFL, Moura CS, Medeiros DS. Avaliação de interações medicamentosas potenciais em prescrições da atenção primária de Vitória da Conquista (BA), Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* 2014;19(1):311-18.
27. Moura C, Acurcio F, Belo N. Drug-drug interactions associated with length of stay and cost of hospitalization. *J Pharm Pharmaceut Sci* 2009 ;12(3) :266-72.
28. World Health Organization (WHO). Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. Guideline for ATC Classification and DDD assignment. Oslo, 2000.
29. Bobb A, Gleason K, Husch M, Feinglass J, Yarnold PR, Noskin GA. The Epidemiology of Prescribing Errors: The Potential Impact of Computerized Prescriber Order Entry. *Arch Intern Med* 2004 Abr; 164:785-92.
30. Mibielli P, Rozenfeld S, Matos GC, Acurcio FA. Interações medicamentosas potenciais entre idosos em uso dos anti-hipertensivos da Relação nacional de Medicamentos Essenciais do Ministério da Saúde do Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2014 Set;30(9):1947-56.
31. Veras RP, Ramos LR, Kalache A. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e consequências na sociedade. *Rev. Saúde Públ.* 1987;21:225-33.

32. Cuentro VS, Andrade MA, Gerlack LF, Bós AJG, Silva MVS, Oliveira AF. Prescrições medicamentosas de pacientes atendidos no ambulatório de geriatria de um hospital universitário: estudo transversal descritivo. *Ciência & Saúde Coletiva* 2014;19(8):355-64.
33. Rochon PA, Gurwitz JH. Optimizing drug treatment for elderly people: the prescriber in cascade. *BMJ* 1997 Oct; 315:1096-9.
34. Rodrigues BM. Avaliação do Uso de Medicamentos Entre Idosos Atendidos em Centros de Referência em Manaus – AM. Manaus. Dissertação [Mestrado em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia] – UFAM/Fiocruz/UFPA; 2013.
35. Cassoni, TCJ, Corona LP, Romano-Lieber NSR, Secoli SR, Duarte YAO, Lebrão ML. Uso de medicamentos potencialmente inapropriados por idosos do Município de São Paulo, Brasil: Estudo SABE. *Cad. Saúde Pública* 2014 Ago;30(8):1708-20.
36. Hufenbächer P, Varallo FR, Mastroianni PC. Medicamentos inadequados para idosos na estratégia da saúde da família. *Rev. Ciênc. Ext.* 2012;8(3):56-7.
37. Chaimowicz F, Ferreira TJXM, Miguel DFA. Use of psychoactive drugs and related falls among older people living in a community in Brazil. *Rev. Saúde Pública* 2000 Dez;34(6):631-5.
38. Gontijo MF, Ribeiro AQ, Klein CH, Rozenfeld S, Acurcio FA. Uso de anti-hipertensivos e antidiabéticos por idosos: inquérito em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2012 Jul;28(7):1337-46.
39. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2013/2014. São Paulo: AC Farmacêutica, 2014.
40. Sociedade Brasileira de Cardiologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão – DBH VI. Ver *Bras Hipertens*, v. 17, n. 1, p. 31-43, jan-mar. 2010.
41. Pinto NBF, Vieira LB, Pereira FMV, Reis AMM, Cassiani SHB. Interações medicamentosas em prescrições de idosos hipertensos: prevalência e significância clínica. *Rev Enferm UERJ* 2014Nov-Dez;22(6):735-41.
42. Lima REF, Cassiani SHB. Interações medicamentosas potenciais em pacientes de unidade de terapia intensiva de um hospital universitário. *Rev Latino-am Enfermagem* 2009 Mar-Abr;17(2).
43. Secoli SR. Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. *Rev Bras Enferm* 2010 Jan-Fev;63(1):136-140.
44. Gomes HO, Caldas CP. Uso Inapropriado de Medicamentos pelo Idoso: Polifarmácia e seus Efeitos. *Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto: UERJ* 2008 Jan-Jun;ano 7:88-99.

45. Prendergast BD, George CF. Drug-induced rhabdomyolysis – mechanisms and management. Post grad Med J 1993; 69:333-6.
46. Passarelli MCG, Jacob Filho W, Figueiras A. Adverse drug reactions in elderly hospitalized population – inappropriate prescription is a leading cause. Drug Aging 2005; 22:767-77.

As práticas docentes nos cursos técnicos de Radiologia: uma análise empírica

The teaching practices in Radiology technician schools: an empirical analysis

Raphael de Oliveira Santos
Mestrando. Educação Profissional em Saúde. EPSJV/
Fiocruz
E-mail: rosantos.radiologia@gmail.com

Sergio Ricardo de Oliveira
Doutor. Biociências e Saúde. Fiocruz
Laboratório de Educação Profissional em
Manutenção de Equipamentos de Saúde (Labman)
E-mail: oliveirasr@fiocruz.br

Resumo

Do surgimento dos cursos para habilitação do operador de raios X, em 1957, à regulamentação profissional, em 1985, os cursos técnicos expandiram-se e a demanda por docentes aumentou. Porquanto os programas de licenciatura não absorverem a demanda, a experiência em serviço tornou-se requisito à prática docente. É nessa conjuntura o trabalho docente em Radiologia está inserido. Sendo assim, como conceber uma educação que valorize a formação integral e uma prática pedagógica com um olhar mais reflexivo sobre o trabalho, que ofereça o aporte teórico-metodológico necessário a uma prática mais crítica na educação profissional? Essa pesquisa apresenta os resultados preliminares da análise empírica sobre as práticas pedagógicas dos docentes nos cursos técnicos em Radiologia. A ausência de pesquisas sobre a prática docente na Radiologia e as lacunas encontradas em trabalhos anteriores de Ferreira Filho (2010) e Lopes (2013) balizam nossos objetivos, haja vista o processo formativo deficitário na visão do técnico em Radiologia. Constatamos, inicialmente, a existência de quatro perfis de docentes, a saber: o recém-formado dos cursos técnicos ou tecnólogos; o instrutor-técnico, o bacharel/tecnólogo e os licenciados nas áreas da saúde e afins. Observa-se que as múltiplas características de suas práticas, associadas à falta de uma política efetiva de formação docente para a EPT corroboram a falta de consenso quanto aos objetivos educacionais do ensino técnico.

Palavras-chave

Educação profissional, práticas pedagógicas, radiologia, formação docente

Abstract

From arising of trainings for licensing X-ray operators in 1957, until professional regulation in 1985, technical schools expanded itself and demand for teachers has increased. Although the degree programs do not engross the demand, the technical experience at work has become an only requirement to teaching practice. It is in this context that teaching in Radiology is placed. Therefore, how to think an education that considers the whole formation and a teaching practice with a more reflexive view about the work which provides the theoretical and methodological support necessary for a more critical practice in technical education? This paper presents the preliminary results of the empirical analysis of the pedagogical practices of teachers in Radiology technician schools. The lack of research on teaching practice in Radiology and gaps found in previous work of Ferreira Filho (2010) and Lopes (2013) underlie our goals considering the weak training process in the Radiology technician approach. Initially, we find the existence of four teacher profiles, as follows: the just-formed of technical courses/technologists; the instructor-coach; the bachelor/technologist and the licensed to teach in health courses or similar. It is observed that multiple characteristics of their practices associated with the lack of an effective policy for teacher training in technical education attest to the lack of agreement regarding the educational goals of technical education.

Keywords

Technical education, pedagogical practices, radiology, teacher training

INTRODUÇÃO

Dos primeiros estudos com raios catódicos à descoberta dos raios X – realizada pelo físico alemão Wilhelm Conrad Roentgen, em 1895, – muitos estudos foram desenvolvidos para fins de adequação dessa nova radiação ao diagnós-

tico médico. Da mesma forma, após a disseminação das práticas médicas com raios X, foi necessário organizar os primeiros processos formativos para sistematizar a qualificação dos trabalhadores.

Inicialmente, os cursos de Radiologia eram ministrados por médicos e “eram ofertados de forma pontual, predominando a formação em serviço” (OLIVEIRA et al., 2013, p. 210), que não caracterizava um processo educativo formal. Além disso, eram desenvolvidos tanto em universidades quanto nas próprias instituições hospitalares. O “avanço das técnicas em Radiologia médica diagnóstica e terapêutica, e a crescente expansão de médicos especializados ocasionaram aumento na demanda por auxiliares” (OLIVEIRA et al., 2013, p.211), tornando o treinamento de recursos humanos para operar com raios X cada vez mais necessário. Nesse sentido, foi concebida a ocupação de auxiliar de raios X, em que trabalhadores assistiam os médicos durante a realização de procedimentos diagnósticos. No entanto, segundo Ferreira Filho, a “formação dos realizadores de tal tarefa (realizar radiografias) tinha como suporte o aprender fazendo por meio do método mestre-aprendiz” (2010, p.31), ou seja, o mestre de ofícios era quem possibilitava ao trabalhador o desenvolvimento e o domínio do ofício, caracterizando ainda a chamada capacitação em serviço.

Após a sanção da primeira lei que trata sobre os trabalhadores dos raios X (BRASIL, 1950), foi determinado o cargo de operador de raios X para os auxiliares médicos. O Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia (BRASIL, 1957) foi criado, por meio do decreto

n. 41.904/57, em que tinha por competência fiscalizar o trabalho em saúde e certificar os trabalhadores. Assim, o exercício do ofício de operador de raios X passa a ser condicionado a uma habilitação obrigatória, por meio de uma avaliação certificativa, em que eram realizadas provas orais, práticas e escritas com os trabalhadores para fins de habilitação e registro profissional. A partir desse momento, observa-se a necessidade de uma estrutura educacional mínima, para controle da aprovação nessas avaliações.

Paralelamente, surgem os primeiros cursos de iniciativa privada, preparatórios para a esse exame, pré-requisito para obter o registro profissional. Esse tipo de procedimento ainda não caracterizava uma capacitação formal, visando mais à fiscalização do exercício profissional do que, de fato, à formação (FERREIRA FILHO, 2010). As primeiras escolas voltadas efetivamente para a formação do operador de raios X surgem entre as décadas 1950 e 1960, em quantidades reduzidas, em sua maioria no estado do Rio de Janeiro, e exigia uma formação com nível de escolaridade muito baixo, o que desfavorecia o ensino de conceitos teóricos e priorizava os treinamentos em serviço (FERREIRA FILHO). Esse processo de capacitação e regulamentação do exercício da profissão do técnico em Radiologia passa a ser oficial a partir da elaboração da lei n. 7.394, em 1985 (BRASIL, 1985).

Com a regulamentação da lei n. 9.394/96 (LDB), os cursos técnicos expandiram-se sobremaneira. Esses documentos autorizam os cursos técnicos subsequentes ao ensino médio (Brasil, 1996), regulamentando a Educação

Profissional Técnica e Nível Médio (EPTMN), permitindo a expansão das escolas-curso para formação técnica isolada, que passa a alcançar não somente os egressos do ensino médio, mas também todos os trabalhadores que necessitavam de requalificação para se adequarem ao mercado, cada vez mais flexível e instável. Desde então é que a procura por docentes aumentou, fazendo com que os programas de licenciatura não suprissem a demanda. A experiência em serviço, portanto, passa a ser o único requisito à prática docente no âmbito da educação profissional.

Como consequência dessa falta de critérios para a admissão, os professores que se inseriam nos cursos não eram (e ainda não são) devidamente qualificados para exercer a atividade pedagógica. De uma maneira geral, na formação técnica dos professores da educação profissional, identifica-se, entre outros problemas, a dificuldade de se atualizarem em suas áreas profissionais, o que aponta para a necessidade de uma formação não só inicial – e pedagógica –, mas contínua, em serviço (PETROSSI, 1994). Isso também ocorre especificamente no campo da Radiologia.

Diante disso, era frequente o emprego da “concepção bancária” de educação, tão criticada por Paulo Freire: aulas caracterizadas por longas exposições orais, típicas de uma educação de “cuspe e giz”, pelo uso exagerado de apostilas e questionários, estudos dirigidos para a memorização dos conteúdos, avaliações repetitivas e uso de recursos midiáticos sem objetivos práticos (FREIRE, 2011). Com relação às disciplinas práticas, os docentes reproduziam em sala as técnicas e protocolos realiza-

dos no ambiente hospitalar, condicionando o ambiente educativo às necessidades do posto de trabalho.

Considerando os aspectos até aqui mencionados, levanto as seguintes questões: como conceber uma educação que valorize a formação integral do trabalhador e uma prática pedagógica com um olhar mais crítico e reflexivo sobre o trabalho, que ofereça o aporte teórico-metodológico necessário a uma prática mais crítica na educação profissional? Essas indagações nortearão a nossa busca por compreender quem é esse professor e de que forma sua prática docente se construiu nesse percurso histórico. Apesar das duras condições de trabalho impostas pelas políticas econômicas, educacionais e pelo sistema capitalista, esse professor pode desempenhar um papel importante na formação de trabalhadores para os ambientes de saúde e tem condições, conforme os pressupostos teóricos de Bernstein (apud CUNHA, 2013) de recontextualizar o seu discurso pedagógico diante às políticas correntes.

A PRÁTICA PEDAGÓGICA EM RADIOLOGIA

Na perspectiva do trabalho docente e das práticas pedagógicas, o saber e a prática docente são compostos por vários níveis de complexidade, pois estão envoltos em valores e aspectos distintos. O trabalho do professor em sala de aula abrange aspectos culturais, sociais e históricos, caracterizando-se como um ato essencialmente político (FREIRE, 2011). A ação educativa pode ser sistematizada em

razão da interação desses fatores, de modo que ocorra tanto em espaços formais quanto informais, portanto reconheço que não somente a escola seja o espaço adequado para desenvolver o ato educativo, mas também o ambiente de trabalho, embora não ocorra com a mesma sistematização.

A grande questão, portanto, é entender se existe alguma especificidade na formação dos professores para a educação profissional. É importante, antes de tudo, admitir que esse profissional também é professor e, como tal, precisa de uma formação avançada e não somente uma perspectiva especializada (SANTOS e FURTADO, 2011), que alude às questões de fragmentação/complementação do conhecimento. De acordo com Schön (2000), a formação do professor para a educação profissional, assim como para toda formação docente, deve priorizar o domínio do trabalho e desenvolvimento intelectuais favorecendo a capacidade de criação de novos conhecimentos e conceitos relacionados a uma determinada prática.

RESULTADO

No caso da Radiologia, o que se observa é que existem, em tese, quatro perfis de professores nos cursos técnicos, a saber: o recém-formado dos cursos técnicos ou superiores de tecnologia (CST); o instrutor oriundo dos postos de trabalho, bacharel/tecnólogo e os licenciados nas áreas da saúde e afins, que atuam na Radiologia.

Quanto aos profissionais recém-formados, sua prática docente tende a se pautar na trans-

missão de seus conhecimentos teóricos, por meio de aulas expositivas e preleção, visando a articular o conteúdo apreendido em sua formação com o material técnico (livros e outras ferramentas) selecionado para a ministração das aulas. Além disso, predomina o modelo bancário (FREIRE, 2011), no qual se transfere ou deposita os conteúdos na “conta” de seus alunos, para que sejam devolvidos nas avaliações e o método imitativo (PETEROSS, 1994) em que se reproduz a prática dos colegas mais experientes ou dos professores que carrega como referência de sua própria formação. Esta forma de atuação não atenderia, efetivamente, às necessidades dos alunos por dois motivos específicos. O primeiro aponta à ausência de fundamentos pedagógicos na formação desse professor. Nesse caso, a falta de uma formação docente não permite uma prática didático-pedagógica mais ampla, o que contribuiria para o aprendizado dos alunos. O segundo se refere à falta de experiência do professor com a prática em serviço, prejudicando a associação da teoria ensinada com a prática efetiva no campo profissional. Consequentemente, os alunos tendem a aprender em serviço, com treinamento e acompanhamento de técnicos mais experientes (LOPES, 2013).

Por sua vez, no que se refere aos instrutores provenientes dos postos de trabalho, é possível observar que, em suas aulas, volta-se a reproduzir os protocolos e rotinas desenvolvidas nos serviços de imagem. Isso se dá, muitas vezes por esse técnico dispor apenas de sua experiência acumulada ao longo dos anos. Essa lógica desencadeia em sala uma proposta pedagógica que pretende apenas “ensinar

a trabalhar”, reduzindo o conhecimento técnico-científico às necessidades do posto de trabalho e conformando o ensino ao processo produtivo. Assim, ao que tudo indica a próxima geração de técnicos em Radiologia, oriunda desse sistema de formação aligeirada, tenderá a reduzir cada vez mais o que se aprende para se adequar a educação às demandas do mercado, e assim sucessivamente. Em suma, esse tipo de prática docente, como alerta Ferreira Filho (2010), pode desqualificar tanto o processo de formação quanto, consequentemente, o próprio trabalhador.

Já o docente com formação para a pesquisa (bacharel) ou tecnológica se caracteriza pelo aprofundamento teórico dos conhecimentos em saúde e tecnologia. Geralmente, são físicos, biomédicos, biólogos, enfermeiros ou tecnólogos em Radiologia, com experiência no campo de saúde. Todavia, nesse perfil ainda não é possível identificar uma formação pedagógica para o ensino. Poucos são os bacharéis que fazem complementação pedagógica, para obterem a segunda titulação de licenciado, justamente pelo fato de também se envolverem com pesquisa. Outro ponto a considerar é a ausência de conhecimentos específicos do campo da Radiologia. Como Ferreira Filho (2010) aponta, é comum encontrarmos

um pedagogo que ministra disciplina de legislação profissional, ética e noções de psicologia aplicada; enquanto o psicólogo se encarregava das aulas de legislação e ética profissional; assim como o fisioterapeuta atuava em protocolos de técnica radiológica; e, o técnico em Radiologia ensinava noções de física e de proteção radiológica (p. 70).

Dessa forma, entendemos que essa ausência de conhecimentos específicos dificulta o ensino em disciplinas gerais (comuns ao campo da saúde) e específicas (técnicas radiológicas).

Já profissional graduado com licenciatura em outro campo da saúde ou em outra área parece desenvolver uma prática docente módica, pela falta de conhecimentos específicos da área. É comum encontrarmos, por exemplo, professores com licenciatura em Enfermagem ou Biologia, por exemplo, com dificuldades em conduzir suas aulas por falta de conhecimentos de ordem teórica e prática do trabalho com técnicas radiológicas, mesmo com todo o aporte de sua formação acadêmica. Portanto, a falta de uma formação básica em Radiologia – seja em nível técnico ou superior –, dificulta sua habilitação para lecionar nos cursos da área, tanto em disciplinas gerais como em disciplinas específicas.

Entendo, nesse sentido, que não bastaria uma capacitação pedagógica, que apenas se comprometesse em complementar a formação do profissional das técnicas radiológicas e habilitá-lo ao ensino. Considero necessária uma nova concepção de formação docente, cujos princípios fossem a recontextualização de sua formação inicial e o aprofundamento teórico-metodológico dos conhecimentos em sua formação profissional para além da aquisição de conhecimentos pedagógicos, abrangendo dimensões sociais e culturais.

DISCUSSÃO

As atuais políticas de formação docente para a educação profissional, a prática pedagógica, bem como as condições de trabalho oferecidas ao professor podem ser os principais fatores de enfrentamento no processo de formação profissional. Para discutir essas questões, pareceu-me interessante traçar o perfil dos docentes dos cursos técnicos de Radiologia e estabelecer relações entre as características desses professores no desenvolvimento de minha pesquisa, com as questões já discutidas em trabalhos anteriores da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz. Por meio dos resultados das pesquisas de Ferreira Filho (2010), é possível estabelecer relação do trabalho docente com os aspectos da formação profissional; e com os resultados de Lopes (2013), com a percepção dos técnicos quanto à sua formação e a prática no posto de ocupação.

Lopes (2013) aponta que a formação técnica não é satisfatória, pois as atividades “priorizam os procedimentos técnicos, deixando a desejar no que se refere à abordagem sobre relações humanas no trabalho” (LOPES, 2013, p.72). Afirma, também, que a formação deve valorizar uma visão integral do trabalhador, para que o profissional reconheça o paciente como um ser completo, com limitações e anseios, reconhecendo seus saberes e necessidades.

Além disso, a autora afirma a necessidade do estreitamento de relações entre o curso técnico e os serviços de saúde: é importante que as práticas educativas “se aproximem da realidade das práticas em saúde” (LOPES, 2013, p.72) por meio da valorização do período de

estágio. Assevera ainda que o estágio “carece de acompanhamento e supervisão por parte da escola” (LOPES, 2013, p.72), o que raramente é feito por causa da falta de docentes qualificados. Assim, conclui que a formação e a prática docente estão aquém das necessidades reais do serviço de saúde. O profissional aprende no posto de trabalho, com treinamentos e capacitação em serviço, e alega que o processo formativo pouco contribuiu para o exercício da profissão (LOPES, 2013). Nesse âmbito, quais têm sido as contribuições do professor no processo ensino-aprendizagem?

Sobre o processo formativo, Ferreira Filho (2010) aponta que a educação profissional na área deve ter “o entendimento da educação enquanto prática social que incluem dimensões políticas e éticas na busca da formação de um ser humano integral” (FERREIRA FILHO, 2010, p.87). Isto é, o técnico no seu campo de trabalho não pode representar “apenas uma subordinação ao avanço tecnológico” (FERREIRA FILHO, 2010, p.87, p.83), mas deve ir além do manuseio de equipamentos para que haja uma posição crítica diante da realidade. O atual processo de formação, portanto, não atende às reais necessidades da prática profissional em Radiologia.

De forma preliminar e muito incipiente, sobre os docentes dos cursos de Radiologia, Ferreira-Filho (2010) aponta, entre outras práticas, o ensino de múltiplas disciplinas pelo mesmo professor, muitas vezes sem bagagem teórica suficiente para isso. Observou-se ainda “uma inexistência de critérios para o exercício docente nas instituições, o que deprecia especificidades no aporte do conhecimento

direcionado aos alunos” (FERREIRA FILHO, 2010, p.70). Em razão dessa “multiplicidade de disciplinas”, ministradas pelo mesmo professor, as ferramentas pedagógicas e a abordagem teórico-prática insuficiente “podem ser impróprios, inadequados, inespecíficos [...] e, isso incide de modo direto ou indireto” sobre a formação do aluno (FERREIRA FILHO, 2010, p.70). Por fim, o autor ressalta que “existe uma carência nesse profissional técnico de ter conhecimento e domínio do componente pedagógico, para assim melhor conduzir o processo ensino/aprendizagem” (FERREIRA FILHO, 2010, p.84). Esses aspectos reforçam a necessidade de uma pesquisa mais aprofundada e específica sobre o assunto, corroborando minha tese de que os docentes precisam ser analisados e inseridos em uma nova lógica pedagógica.

Até aqui, buscamos compreender como se dá o trabalho do docente dos cursos técnicos em Radiologia dentro da atual conjuntura, de uma educação aligeirada e utilitarista, voltada às demandas emergências de um mercado cada vez mais instável e exigente. As múltiplas características pessoais dos docentes e de suas práticas, atreladas à falta de uma política efetiva para a formação docente para a educação profissional corroboram para a falta de consenso quanto aos reais objetivos educacionais do ensino técnico e, conseqüentemente, quanto à qualificação do técnico formado.

A falta de um aprofundamento teórico dos conhecimentos específicos, a base deficitária de conhecimentos gerais do Ensino Médio, a ausência de conhecimentos pedagógicos, científicos e metodológicos em sua prática docente,

assim como a baixa remuneração oferecida pelos cursos e as múltiplas jornadas de trabalho – nos serviços de saúde e em outras escolas – podem ser elencadas como possíveis entraves na formação profissional e no desenvolvimento de uma prática docente mais crítica e reflexiva.

Por ora, apresentamos apenas a análise empírica, integrante da pesquisa maior para a dissertação de mestrado do autor. Por estar em andamento, não se obtiveram resultados mais contundentes. Muito ainda há de se investigar, todavia, não temos pretensão – nem aqui nem ao final da dissertação – de esgotar a complexidade da questão. Entretanto, importa-nos o compromisso com a mudança de um grupo de trabalhadores que está à margem, sem esperança e a tomar posse de um posto de trabalho considerado não qualificante. Mesmo assim, entendo que é possível, por meio da recontextualização do discurso pedagógico da educação profissional, transformar a realidade mediante a luta e a resistência da classe trabalhadora. Apesar disso, supomos que se deva pensar em uma formação docente mais específica para o professor da educação profissional.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Oliveira SR, Azevedo AM, Morel CMTM, Coutinho IP, Feitosa AEF, Ferreira-Filho, JL. Qualificação dos Técnicos em Radiologia: história e questões atuais. In: Morosini MVGC, Lopes MCR, Chagas DC, Chinelli F, Vieira M, organizadores. Trabalhadores Técnicos da Saúde: aspectos da qualificação profissional no SUS. Rio de Janeiro: EPSJV; 2013. p. 207–34.

2. Ferreira-Filho JL. Formação do profissional de Radiologia em nível técnico na região metropolitana do Rio de Janeiro: um estudo exploratório. Rio de Janeiro. Dissertação [Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde] – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fundação Oswaldo Cruz; 2010.
3. Brasil. Lei 1.234 de 14 de novembro de 1950. Confere direitos e vantagens a servidores que operam com Raios X e substâncias radioativas [lei na internet]. Diário Oficial da União 17 nov 1950 [acesso em 06 set 2015]. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/11234.htm
4. Brasil. Decreto nº 41.904, de 29 de julho de 1957. Aprova o Regimento de Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia, do Ministério da Saúde [decreto na internet]. Diário Oficial da União 7 ago 1957 [acesso em 06 set 2015]. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1950-1959/decreto-41904-29-julho-1957-380811-norma-pe.html>
5. Brasil. Lei nº 7.394 de 29 de outubro de 1985. Regula o Exercício da Profissão de Técnico em Radiologia [lei na internet]. Diário Oficial da União [s.d] [acesso em 06 set 2015]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/17394.htm
6. Brasil. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional [lei na internet]. Diário Oficial da União 23 dez 1996 [acesso em 06 set 2015]. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19394.htm
7. Peterossi HG. Formação do professor para o ensino técnico. São Paulo: Loyola; 1994.
8. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 43. ed. São Paulo: Paz e Terra; 2011.
9. Cunha VGP. Teoria de Basil Bernstein. In: CUNHA, VGP. Trajetória da política de ciclos na Rede Municipal de Educação de Niterói-RJ (1999– 2012): análise do processo de recontextualização do discurso pedagógico nos textos oficiais. Rio de Janeiro. Tese [Doutorado em Educação] – Pontifícia Universidade Católica; 2013. p. 31–48.
10. Santos SFR, Furtado EDP. O professor da educação profissional: desafios nas práticas pedagógicas. B Téc. Senac 2011 jan-abr; 37(1). p. 61–71.
11. Schön DA. Educando o profissional reflexivo: um novo design para o ensino e a aprendizagem. Porto Alegre: Artmed; 2000.
12. Lopes SOF. Formação e trabalho em saúde: uma análise a partir da percepção de Técnicos em Radiologia. Rio de Janeiro. Dissertação [Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde] – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fundação Oswaldo Cruz; 2013.

Duplicidades em marcações de consultas pelo Sistema Nacional de Regulação – SISREG

Duplications in consultations schedule by the National Regulatory System – SISREG

Tiago Magalhães Ceciliano
Enfermeiro. Residência Multiprofissional Saúde Coletiva. Instituto Estudos Saúde Coletiva. UFRJ
E-mail: ceciliano.tiago@gmail.com

Pedro Henrique Cunha Duque
Psicólogo. Residência Multiprofissional Saúde Coletiva. Instituto Estudos Saúde Coletiva. UFRJ
E-mail: phcduque@gmail.com

Gabrielle Evangelista do Nascimento
Educadora Física. Residência Multiprofissional Saúde Coletiva. Instituto Estudos Saúde Coletiva. UFRJ
E-mail: gabrielleevangelista@hotmail.com

Resumo

O estudo é focado nas consultas ambulatoriais agendadas pelo o Sistema Nacional de Regulação (SISREG) aos serviços de saúde especializados, tendo como principal objetivo identificar duplicidades nas consultas de retorno nos serviços de uma unidade de atenção secundária de saúde do município do Rio de Janeiro, durante o 1º semestre de 2015. A pesquisa foi realizada por meio de buscas pelo SISREG com investigação das marcações nas agendas dos profissionais. Como resultado, foram identificadas 324 (trezentas e vinte e quatro) duplicidades. Foi observado que algumas marcações duplicadas foram realizadas em breves períodos de tempo, possivelmente por falhas no sistema ou oscilação na transmissão de dados pela rede de Internet, e em outros casos com intervalos de tempo maiores, talvez por erro de manuseio dos operadores. Conclui-se que, nas circunstâncias atuais, as duplicidades nas consultas de retorno são inevitáveis por possuir diversos fatores envolvidos nas etapas de agendamento, no entanto a criação de um mecanismo de alerta e/ou bloqueio pelo SISREG mudaria esse cenário. Diante disso, sugerimos que as unidades executantes realizem checagem diária das agendas a fim de identificar e cancelar as duplicidades antes da data de execução da consulta, disponibilizando as vagas para novos agendamentos. Com isso, conseguiremos ampliar o acesso, reduzir o tempo de espera, aumentar a oferta de vagas, otimizar

os indicadores e melhorar a qualidade do serviço de regulação em saúde.

Palavras-chave

Duplicidade-agendamento, marcação-consulta, SISREG, regulação-saúde, regulação assistencial

Abstract

The study is focused on outpatient visits scheduled by the National Regulatory System (SISREG) for specialized health services, with the main objective of identifying duplications in return visits in the services of a health secondary care unit in the city of Rio de Janeiro, during the 1st half of 2015. The survey was conducted by searching the SISREG database for scheduled appointments on professional's agendas. As a result, they identified 324 (three hundred twenty-four) duplications. It was observed that some duplicated tags were performed in short periods of time, possibly due to system failure or fluctuation in the data transmission over the network, and in other cases with greater time intervals, perhaps for error handling by operators. We conclude that, under current circumstances, duplications in return visits are inevitable because there was many factors involved in scheduling steps, nevertheless the creation of an early warning system and/or blocking the SISREG could change this scenario. Therefore, we suggest that the performers units complete daily checks of the agendas in order to identify and cancel the duplicates before scheduled appointments, allowing vacancies for new schedules. Thus, we can increase access, reduce waiting time, increase job offers, optimize indicators and improve the quality of health service regulation.

Keywords

Duplicity scheduling, consultation appointment, SISREG, health regulation, regulatory assistance

INTRODUÇÃO

O Sistema Nacional de Regulação (SISREG) é um sistema criado pelo DATASUS (Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde), fornecido pelo Ministério da Saúde de forma gratuita sendo sua utilização não compulsória, que possibilita administrar as vagas de atendimento ambulatorial e internação hospitalar através de fila única, permitindo o monitoramento do tempo de espera dos usuários para o atendimento e a quantidade e distribuição das vagas. De acordo com as informações contidas no site do DATASUS, atualmente “o sistema atua em 1600 municípios em todo o Brasil com 204 Centrais de Regulação Ambulatorial e 19 Centrais de Regulação Hospitalar”¹.

O SISREG tem por objetivo regular as solicitações de serviços ambulatoriais e hospitalares. A regulação de vagas desempenha o papel de agilizar o acesso dos usuários aos serviços de saúde, contribuindo para a melhoria do fluxo de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Desta forma, torna-se essencial um funcionamento eficiente e eficaz do sistema, assim como sua operação, buscando otimizar as demandas do serviço e reduzir os erros possíveis e evitáveis.

O SISREG funciona no sistema de Referência e Contra-Referência “entendido como mecanismo de encaminhamento mútuo de pacientes entre os diferentes níveis de complexidade dos serviços”², nesse caso, o usuário entra no SUS através das Unidades Básicas de Saúde (UBS) que são responsáveis pelo seu cuidado, onde é assistido por Médicos de Família ou por Clínicos Gerais que, quando julgarem necessário,

encaminham o usuário para um procedimento especializado inserindo-o no SISREG Módulo Ambulatorial.

Conforme o documento “SISREG – PROTOCOLO PARA REGULADOR”³ o paciente é inserido no sistema pela UNIDADE SOLICITANTE (Atenção Primária) através do requerimento para solicitações de exames ou consultas especializadas.

Uma vez solicitada a consulta, o usuário aguarda até que sua solicitação seja autorizada pelo médico REGULADOR, que poderá estar na UNIDADE SOLICITANTE ou nas instâncias superiores, para a unidade que prestará o serviço especializado, chamada de UNIDADE EXECUTANTE (Atenção Secundária ou Terciária). Configura-se assim a “Consulta de 1ª vez”.

Após o usuário ser atendido na especialidade e existir a necessidade da continuidade/acompanhamento de seu tratamento o profissional de saúde que prestou o serviço especializado (PROFISSIONAL EXECUTANTE), e somente ele, poderá solicitar quantas vezes forem necessárias o retorno do paciente até que o tratamento seja finalizado. Com isso o usuário é reinserido no sistema como “Consulta de Retorno” por meio de agenda própria disponibilizada no sistema, sem necessidade de autorização da vaga pelo regulador.

A pesquisa foi realizada em uma Unidade Executante de atenção secundária de saúde localizada no município do Rio de Janeiro. A unidade de atenção secundária oferece serviços e ações especializadas em suporte à Atenção Primária quando necessário, obedecendo ao princípio

da integralidade de assistência do SUS, entendido como “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”⁴.

Como dito anteriormente, os usuários seguem o fluxo da Atenção Primária para os serviços especializados da Atenção Secundária ou Atenção Terciária, e isso se dá pelas solicitações de marcações de consultas, via SISREG. Desse modo, os usuários são acompanhados pelos serviços especializados por meio de agendamento das consultas de retorno. No entanto, ao realizar as marcações pelo sistema, algumas delas são registradas repetidas vezes, ocasionando a duplicidade e ocupando mais de uma vaga na agenda dos profissionais para o mesmo paciente.

Consideramos duplicidades de marcações: os agendamentos realizados para o mesmo paciente com as informações idênticas sobre “Data de Agendamento”, “Procedimento”, “Profissional Executante”, “Data de Execução” e “Status Aprovado”, existentes nas solicitações, como apresentado na Figura 1.

Esta pesquisa torna-se relevante por colaborar com a Secretaria Municipal de Saúde na criação de estratégias, junto à Central de Regulação, para impedir as duplicidades de marcações. E por gerar informações pertinentes para que o DATASUS trabalhe no aprimoramento do SISREG, fim de desenvolver um mecanismo de aviso ou bloqueio ao identificar uma duplicidade.

O objetivo principal do estudo foi identificar duplicidades em marcações de consultas de retorno nos serviços especializados de uma

unidade de atenção secundária de saúde do município do Rio de Janeiro, durante o 1º semestre de 2015.

METODOLOGIA

Pelo pouco tempo disponibilizado para a realização da pesquisa, foram escolhidos alguns serviços especializados (médicos e não-médicos), doravante denominados especialidades, para serem alvos do estudo. São elas: Angiologia, Cardiologia, Dermatologia, Fonoaudiologia, Geriatria, Neurologia, Nutrição, Oftalmologia, Ortopedia e Otorrinolaringologia.

Durante a pesquisa foi confeccionado o Termo de Conhecimento e Autorização para a Realização da Pesquisa, assinado pela Diretora da Unidade, no qual autoriza a busca dos agendamentos em duplicidade das consultas de retorno marcadas pelo SISREG. Sendo assim, foi criado e disponibilizado pela diretora o login e senha para acesso com objetivo somente à realização da pesquisa.

Todos os dados de identificação dos usuários apresentados nas figuras no corpo deste trabalho foram omitidos para garantir o sigilo e a privacidade das informações pessoais, deixando assim apresentados, somente, os dados de identificação da marcação de consulta contidos no sistema de regulação.

Há diversas maneiras de identificar duplicidades no SISREG, entretanto foi utilizado somente um método de busca, no qual investigava os agendamentos de consultas de retorno, nas agendas dos profissionais executantes, realiza-

Figura 1. Imagem da plataforma SISREG contendo duplicidades.

A interface do SISREG apresenta o menu superior com opções: CONSULTA GERAL, CADASTRO, CONSULTA AMB, BPA, LOGOFF VIDEOFONISTA e TROCA DE SENHA. O título principal é SOLICITAÇÕES RANKING. Abaixo, há um formulário de filtro com o período selecionado de 04/02/2015 a 04/02/2015, com botões Ok e Limpar. Os filtros aplicados são: PROFISSIONAL: [vazio], PROCEDIMENTO: CONSULTA EM CARDIOLOGIA CÓDIGO: 0301010072, DATA DE AGENDAMENTO: 04/02/2015 e DATA DE EXECUÇÃO: 01/04/2015. A tabela resultante contém 3 linhas de dados, todas com o mesmo usuário (75), endereço (ARAUJO RAMIRO NTO) e horário (08:30:00), demonstrando duplicidade.

CNS	Usuario CNS	Endereço	Bairro	Município	Telefone	Nascimento	Hora de Execução	Hora de Marcação
75	ARAUJO RAMIRO NTO	ARAUJO RAMIRO NTO	RAMIRO NTO	RIO DE JANEIRO		925	08:30:00	10:58:14
75	ARAUJO RAMIRO NTO	ARAUJO RAMIRO NTO	RAMIRO NTO	RIO DE JANEIRO		925	08:30:00	10:59:49
75	ARAUJO RAMIRO NTO	ARAUJO RAMIRO NTO	RAMIRO NTO	RIO DE JANEIRO		925	08:30:00	10:59:59

Fonte: SISREG

dos diariamente por cada login de operador da unidade. Dessa forma, a plataforma do sistema apresentava as marcações de consultas, conforme mostra a figura acima:

Na Figura 1 observa-se que existem 3 (três) marcações de consultas para o mesmo usuário (sendo uma marcação original e duas duplicidades), todas agendadas em 04/02/2015 para serem realizadas no dia 01/04/2015, tendo o mesmo profissional executante e mesmo procedimento solicitado.

Para certificar se as marcações se tratavam de solicitações diferentes, foram observados os Números Chaves e Códigos de Solicitações, assim puderam ser confirmadas como duplicidades a partir das numerações distintas entre elas.

RESULTADO

Foram identificadas 324 marcações duplicadas durante o 1º semestre de 2015 possuindo uma média mensal de 56 duplicidades. Todos os meses pesquisados apresentaram duplicidades nas marcações de consultas de retorno nas agendas de serviços especializados da unidade.

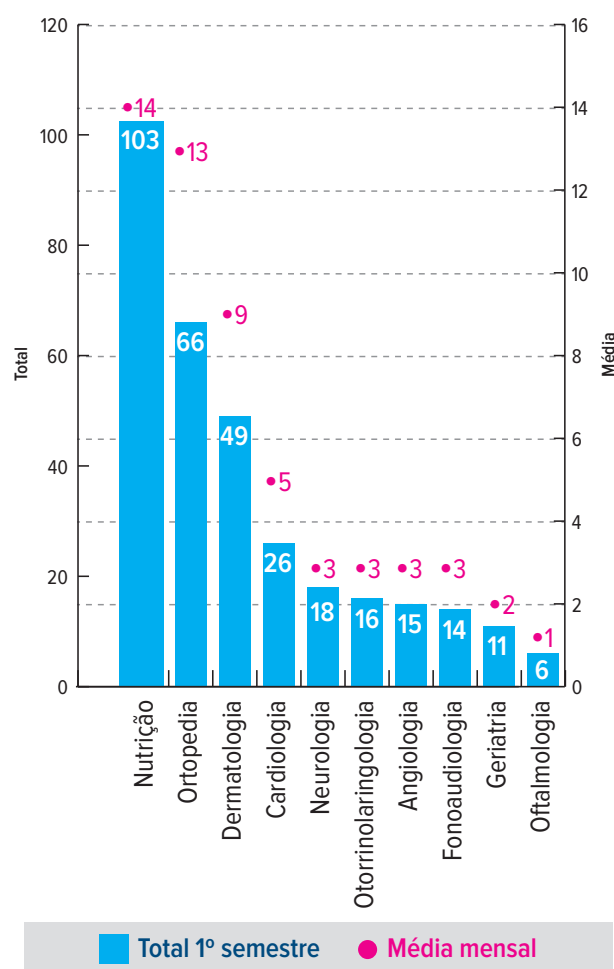
Após a análise por especialidade, foi constatado que alguns serviços especializados se destacaram por possuírem alto número de marcações duplicadas.

No gráfico 1 é apresentado as frequências e a médias mensal das duplicidades para cada especialidade, onde destacaram-se os serviços de nutrição com média de 14 duplicidades por mês, ortopedia e dermatologia, com média de 13 e 9, respectivamente. As marcações duplicadas dessas três especialidades são responsá-

veis por 67% do total das duplicidades identificadas no estudo.

Destacamos as especialidades de cardiologia, dermatologia e neurologia por apresentarem frequentemente, na unidade, vagas indisponíveis nos próximos três meses, impossibilitando a marcação da consulta de retorno nas agendas virtuais, visto que o SISREG só disponibiliza o agendamento dentro dos próximos três 3 meses.

Gráfico 1. Distribuição e média mensal das duplicidades em marcações de consultas de retorno, via SISREG, por especialidades de uma unidade de saúde do município do Rio de Janeiro – 1º semestre/2015. (n=324).



Fonte: SISREG

Entretanto, todas as outras especialidades apresentaram duplicidades em suas agendas, evidenciando que os demais serviços não pesquisados também estão sujeitos a essa deficiência.

DISCUSSÃO

No decorrer da pesquisa, foi observado o registro pelo sistema do exato momento que as marcações foram realizadas, sendo disponibilizado pela plataforma com a denominação de “*Hora de Marcação*”.

Por meio dessas informações, pudemos perceber que os agendamentos foram realizados com breves intervalos de tempo entre eles. Alguns com poucos segundos de intervalos, outros com intervalo somente de 01 (um) segundo e poucos com a hora de marcação exatamente no mesmo horário.

Na Figura 2 existem sete marcações de consultas, no entanto somente três usuários diferentes, onde dois deles possuem três consultas agendadas (uma original e duas duplicadas) cada. Para ambos, percebe-se que as marcações foram efetuadas em horários muito próximos uma das outras.

Figura 2. Imagem da plataforma SISREG contendo a hora das marcações.

CNS	Usuario CNS	Endereço	Bairro	Município	Telefone	Nascimento	Hora de Execução	Hora de Marcação
25	DE LIMA	RI	NA	RIO DE JANEIRO	2425	957	16:00:00	10:50:08
25	DE LIMA	RI	NA	RIO DE JANEIRO	2425	957	16:00:00	10:50:09
25	DE LIMA	RI	NA	RIO DE JANEIRO	2425	957	16:00:00	10:50:11
98	PESSOA	COS	HOS	RIO DE JANEIRO	8445	977	15:00:00	09:35:49
98	PESSOA	COS	HOS	RIO DE JANEIRO	8445	977	15:00:00	09:36:25
98	PESSOA	COS	HOS	RIO DE JANEIRO	8445	977	15:00:00	09:36:43

Voltar

Controle de Sistemas

Fonte: SISREG

Portanto, suspeitamos que nesses casos as duplicações acontecem, possivelmente, por falha do sistema ou falha da transmissão de dados pela rede de internet. Nas duplicidades que foram observados intervalos de tempo maiores, de alguns minutos, acreditamos que, possivelmente, aconteceram por falha humana, relacionada ao erro de manuseio dos operadores.

Ainda durante a análise, observamos que, após os usuários serem atendidos nos serviços especializados, as consultas devem ser confirmadas pela unidade executante mediante o lançamento dos N° CHAVE (existentes nas solicitações) nos campos “Confirmação de Con-

sulta”, localizados dentro das agendas de cada profissional disponibilizadas no sistema, para que contabilizem nos indicadores de produção da unidade. Caso a confirmação não seja realizada, a situação da consulta permanece pendente, alterando o indicador de absenteísmo e registrando automaticamente a falta do usuário na consulta em seu histórico pessoal existente no SISREG.

No entanto, verificamos que diversas duplicidades na agenda são confirmadas juntamente com as consultas originais, conforme apresenta a figura abaixo:

Figura 3. Imagem da plataforma SISREG contendo a situação das consultas confirmadas.

664	CNS: 75 Paciente: ARAUJO Nascimento: 925 Idade: 90 Origem: RIO DE JANEIRO - RJ Telefone(s): Exibir Lista	Unidade Solicitante: ORIGINAL Vaga Solicitada: RETORNO Vaga Consumida: RETORNO CID-10: 01/04/2015 - QUA - 08:30	Situação: CONFIRMADO
186	CNS: 75 Paciente: ARAUJO Nascimento: 925 Idade: 90 Origem: RIO DE JANEIRO - RJ Telefone(s): Exibir Lista	Unidade Solicitante: DUPLICIDADE Vaga Solicitada: RETORNO Vaga Consumida: RETORNO CID-10: 01/04/2015 - QUA - 08:30	Situação: CONFIRMADO
240	CNS: 75 Paciente: ARAUJO Nascimento: 925 Idade: 90 Origem: RIO DE JANEIRO - RJ Telefone(s): Exibir Lista	Unidade Solicitante: DUPLICIDADE Vaga Solicitada: RETORNO Vaga Consumida: RETORNO CID-10: 01/04/2015 - QUA - 08:30	Situação: CONFIRMADO

Fonte: SISREG

Na Figura 3 observa-se que todas as consultas (original e duplicadas) foram confirmadas. Ou seja, um único atendimento foi contabilizado como três atendimentos diferentes, superestimando o indicador de produção.

Em alguns casos, as marcações duplicadas não são confirmadas, deixando-as como pendentes. Como acontece na Figura 4, quando somente a situação da marcação original foi confirmada.

Nessas situações, o usuário é visto, erroneamente, pelo sistema como faltoso e sua ausência é registrada automaticamente em seu histórico, ainda que estivesse presente na unidade no dia marcado para sua consulta agendada. Com isso o indicador de absenteísmo da unidade também é superestimado.

Nas circunstâncias atuais, concluímos que as duplicidades nas marcações de consultas de retorno são inevitáveis por possuir diversos fatores estruturais, tecnológicos e humanos envolvidos nas etapas de agendamento. No entanto é possível modificar esse cenário com a criação de um mecanismo de alerta e/ou bloqueio no SISREG para evitar marcações

para usuários já agendados para o mesmo dia e mesmo procedimento.

Portanto, até que esta situação seja apreciada pelo DATASUS, sugerimos que as Secretarias Municipais de Saúde, junto às Centrais de Regulação, incluam no processo de trabalho como atribuição rotineira das unidades executantes a realização de conferências diárias de suas agendas a fim de identificar e cancelar as duplicidades antes da data de execução da consulta, pois ao realizar o cancelamento das duplicidades, o sistema, automaticamente e instantaneamente, volta a disponibilizar as vagas para novos agendamentos.

Com isso, conseguiremos ampliar o acesso dos usuários aos serviços especializados, reduzir o tempo de espera desses usuários, aumentar a oferta de vagas de consultas de retorno, otimizar os indicadores de produção e absenteísmo e melhorar a qualidade do serviço de regulação em saúde.

Figura 4. Imagem da plataforma SISREG contendo a situação da consulta pendente:

64	CNS: 205	Paciente: DE SOUSA	Nascimento: 951	Idade: 63	Origem: RIO DE JANEIRO - RJ	Telefone(s): Exibir Lista
	Unidade Solicitante: ORIGINAL	Vaga Solicitada: RETORNO	Vaga Consumida: RETORNO	CID-10:	Data/Hora: 23/01/2015 - SEX - 10:00	Situação: CONFIRMADO
86	CNS: 700007976144205	Paciente: DE SOUSA	Nascimento: 951	Idade: 63	Origem: RIO DE JANEIRO - RJ	Telefone(s): Exibir Lista
	Unidade Solicitante: DUPLICIDADE	Vaga Solicitada: RETORNO	Vaga Consumida: RETORNO	CID-10:	Data/Hora: 23/01/2015 - SEX - 10:00	Situação: PENDENTE

Fonte: SISREG

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. DATASUS. Sistema Nacional de Regulação. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?acao=11&id=30430>
2. Serra, C. G.; Rodrigues, P. H. A. – Avaliação da referência e contra referência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro. Ciência e Saúde coletiva. Rio de Janeiro, Vol. 15, Sup. 3, Nov. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000900033&lang=pt
3. Rio de Janeiro. SISREG: Protocolo para regulador. Secretaria Municipal de Saúde. Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção de Saúde. Rio de Janeiro, 2014. Atualizado em 13/03/2015.
4. Rio de Janeiro. Carteira de Serviços: Atenção Secundária – Policlínicas. Secretaria Municipal de Saúde. Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção de Saúde. Rio de Janeiro, 2015.

Programa Cegonha Carioca: dilemas conceituais, programáticos e expectativas na atenção pré-natal

Program Carioca Stork: conceptual, programmatic, dilemma and expectations at attention prenatal

Ana Carolina Mendes Soares Benevenuto Maia
Doutoranda. Enfermagem. Escola Enfermagem Anna
Nery. UFRJ. Enfermeira Programa Cegonha Carioca
SMS/RJ
E-mail: anacarolinamendes.s@hotmail.com

Maria Antonieta Rubio Tyrrell
Doutora. Enfermagem. Escola Enfermagem Anna
Nery. UFRJ
E-mail: tyrrell2004@hotmail.com

Tayná Leonardo da Silva
Graduanda. Enfermagem. Escola Enfermagem Anna
Nery. UFRJ
E-mail: tayna.leonardo@gmail.com

Zuleide Alzira de Santana Aguiar
Especialista. Enfermagem Obstétrica. Gerente
Enfermagem Programa Cegonha Carioca.
E-mail: zuleide.aguiar@cep28.org.br

Resumo

A necessidade de diminuição das taxas de mortalidade materna, assim como a peregrinação de gestantes culminou na implantação do Programa Cegonha Carioca (PCC) em 2011, este possui três módulos de ação, a saber: vinculação do pré-natal às maternidades do município, transporte da gestante por ambulância no trabalho de parto, acolhimento e classificação de risco por enfermeiro nas maternidades. Objetivo: Analisar, nas narrativas dos enfermeiros e gestores, os dilemas conceituais e programáticos do PCC na Atenção Pré-natal, bem como suas expectativas. Metodologia: Método de narrativa de vida, com o recolhimento dos relatos através de uma entrevista aberta com 15 depoentes, 5 enfermeiros da atenção pré-natal, 5 enfermeiros do módulo transporte e 5 gestores de nível local e central do PCC. As entrevistas foram gravadas e transcritas, sendo estas analisadas e categorizadas. O estudo foi aprovado pelo CEP da SMS/RJ sob protocolo nº284/11. Resultados: Foram construídas duas categorias: 1. Programa Cegonha Carioca: Dilemas Conceituais e Programáticos na Atenção Pré-natal; 2. Expectativas do Programa Cegonha Carioca na Atenção Pré-natal: Narrativas dos Enfermeiros e Gestores. Conclusão: A atenção pré-natal enquanto parte do

PCC, é limitada à estratégia de apoio aos módulos de transporte e acolhimento. Há a necessidade de capacitação dos enfermeiros que atuam no pré-natal e sua integração com os profissionais das maternidades.

Palavras-chave

Enfermagem obstétrica, cuidado pré-natal, política de saúde

Abstract

The need for reduction of maternal mortality, as well as Pilgrimage of pregnant women in the city of Rio de Janeiro resulted in the deployment of Stork Carioca Program in 2011, this is characterized by three modules of action, namely the binding of prenatal maternity hospitals of the city, the transportation by ambulance pregnant during labor, and the host and risk classification by a nurse at the gateway of motherhood. Objective: Analyzing, in the narratives of nurses and managers, the conceptual and programmatic dilemmas of the Stork Carioca Program in Care Prenatal and their expectations in the implementation phase. Methodology: Narrative of lifemethod, with the collection of reports through an open interview with 15 deponents, 5 nurses in prenatal care, 5 nurses transport module and 5 managers of local and central level of the Stork Carioca Program. The interviews were recorded and transcribed, and analyzed from these thematic units, after categorized. The study was approved by the Ethics Committee SMS/RJ nº284/11. Results: Two categories were constructed: 1) Stork Carioca Program: Conceptual and Programmatic Dilemmas in Prenatal Care; 2) Expectations Stork Carioca Program in Prenatal Care: Narratives of Nurses and Managers. Conclusion: The prenatal care as part of PCC, is limited to instrumental strategy to support transport modules and host. There is need for training and integration of nurses working in prenatal care professionals from hospitals.

Keywords

Obstetrical nursing, prenatal care, health policy

INTRODUÇÃO

No cenário nacional da atenção à saúde da mulher, podemos notar recorrentes situações de risco às mulheres brasileiras, sendo descrito na maioria dos documentos societários e nas propostas do Estado enquanto políticas, programas e manuais técnicos. A Rede Cegonha é construída nesse âmbito, a partir dos avanços do Sistema Único de Saúde (SUS), que toma como base o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento¹, o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, o Pacto pela Vida, a organização das Redes de Atenção à Saúde e o cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.

A principal necessidade na atenção à mulher em seu ciclo gravídico-puerperal, descrita também na Rede Cegonha, é a adoção de medidas que assegurem a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, ao parto e puerpério prezando pela humanização. Embora a qualidade da atenção venha sendo destacada no discurso oficial, na realidade atual dos serviços de saúde, a quantidade a sobrepõe a partir da necessidade de se cumprir metas e números de atendimento por dia/mês.

Nessa proposta governamental a atenção ao pré-natal definida é no mínimo de seis consultas, o que pode ser empregado como um indicador de qualidade na assistência prestada². E quando correlacionadas à desigualdade social, como a taxa de pobreza e cobertura pré-natal, estudos afirmam que esta é inversamente proporcional, embora ocorra interferência de outros fatores³.

Ainda há indicação que a maioria dos estados com cobertura pré-natal de pelo menos seis consultas apresenta um nível econômico compatível com o esperado para a realização dessas consultas e que, a cada redução de 10% na taxa de pobreza, há o aumento de 7% na cobertura pré-natal, o que demonstra a relação entre a assistência e as condições socioeconômicas da população, embora ainda não existam evidências desta concepção no caso do Rio de Janeiro³.

Nesse sentido, o acesso se torna um pilar fundamental para uma estratégia de qualificação da assistência em uma sociedade desigual, onde fatores como região, localização e escolaridade potencializam a *exclusão da mulher*. Este ponto traz à luz conceitos e bases programáticas da Rede Cegonha em cenário nacional, e do Programa Cegonha Carioca no Município do Rio de Janeiro como reflexões para contribuir aos estudos sobre o acesso com qualidade às gestantes e diminuir os altos índices de morbimortalidade materna e perinatal, conforme consta na proposta governamental.

Mesmo presente no escopo das ações praticadas pelos serviços de saúde, ainda persistem questões a serem discutidas na atenção pré-natal, como o acesso em algumas regiões do país, a qualidade da atenção, o vínculo entre o pré-natal e o parto, a humanização da atenção e as inaceitáveis taxas de mortalidade materna e perinatal⁴.

Portanto, é necessário que, dentre as modificações ocorridas na atenção à mulher, possamos analisar, nas narrativas dos enfermeiros e gestores, os dilemas conceituais e programáticos, na fase de implantação do Programa

Cegonha Carioca, na Atenção Pré-natal, bem como suas expectativas, objetivo deste estudo.

METODOLOGIA

O método utilizado foi a narrativa de vida, que advém da pesquisa social, sendo constituído por sociólogos na Escola de Chicago, a expressão “história de vida” utilizada pelas ciências sociais é a tradução do inglês *life history*⁵.

Bertaux⁶ define narrativas de vida como um procedimento que utiliza a história de uma vida, narrada ao entrevistador tal qual foi vivenciada pelo participante, levando o pesquisador a focar o ponto de convergência ou divergência dos seres humanos, em suas condições sociais, da cultura e das práticas, assim como as relações sócio estruturais e da dinâmica histórica. Associando esse método ao Programa Cegonha Carioca, podemos inferir que o mesmo facilitou, a partir do vivido individual, a compreensão da realidade coletiva acerca da implantação do Programa, e a identificação dos dilemas vividos, pelos profissionais que se encontravam na atuação direta com o usuário, ou gestores de nível central e local dos serviços de saúde.

Os depoentes foram 15 profissionais ligados ao Programa Cegonha Carioca, dentre estes, 5 foram enfermeiros que atuam na atenção pré-natal em uma Clínica da Família, 5 enfermeiros do módulo transporte, divididos em três maternidades municipais, e 5 gestores do PCC (3 médicos e 2 enfermeiros), compreendendo a gerência local de uma Clínica da Família, a direção e coordenação do programa por parte

da Organização Social em Saúde, e a gestão da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Os critérios para seleção dos participantes foram: enfermeiros que atuem no Programa Cegonha Carioca, e gestores de qualquer categoria profissional, ligados ao Programa Cegonha Carioca.

Como o método de narrativas de vida atenta para o estabelecimento de vínculo entre pesquisador e pesquisado no contexto em que se desenvolve a relação, a seleção das unidades de saúde e participantes se deu a partir do desenvolvimento da pesquisa de iniciação científica.

A coleta de dados foi realizada de janeiro a março de 2014, a partir do planejamento e desenvolvimento de uma entrevista aberta, com a seguinte pergunta norteadora “Fale-me a respeito de sua história como enfermeiro/gestor na implantação do Programa Cegonha Carioca (PCC)”. Como auxílio à coleta de dados⁷, as entrevistas foram gravadas e simultaneamente transcritas, iniciando sua análise desde o momento de sua compilação, sendo complementado com as anotações feitas em um diário de campo. A análise iniciou desde as primeiras entrevistas, e finalizou quando as entrevistas não revelaram mais valores ao conhecimento sociológico do objeto social, visto que é pela comparação entre as narrativas de vida que obtemos a consolidação de um modelo.

Foi realizada leitura das entrevistas na íntegra, comparando unidades temáticas, buscando a descoberta de novos temas e a maneira de construir os agrupamentos das unidades temáticas que emergiram, nos quais deram origem a duas categorias: 1. Programa Cegonha

Carioca: Dilemas Conceituais e Programáticos na Atenção Pré-natal; 2. Expectativas do Programa Cegonha Carioca na Atenção Pré-natal: Narrativas dos Enfermeiros e Gestores. Sendo assim, seguindo os determinados por Bertaux⁶, se chegou a resultados tendo as categorias formuladas, analisadas e fundamentadas de acordo com as diretrizes da instituição e execução do Programa Cegonha Carioca.

Esta pesquisa foi aprovada pelo CEP/SMSDC/RJ, sob parecer 284/2011, intitulada “Capacitação Profissional em Saúde da Mulher: Integração de Estudo ao Trabalho”, realizada nos cenários da pesquisa.

RESULTADO

Foram formadas duas categorias, e cada uma dividida em mais duas subcategorias, a saber:

1. Programa Cegonha Carioca: Dilemas Conceituais e Programáticos na Atenção Pré-natal

Os profissionais atuantes no PCC afirmam conhecê-lo sem ter tido treinamento específico, o que advém de dois fatores: o entendimento do Programa na realidade da execução das ações e papel que lhe é assegurado nele e, desta forma garantir a assistência prestada, seja ela no pré-natal nas Unidades Básicas de Saúde, no transporte da ambulância ou na maternidade. O outro fator se relaciona ao encaminhamento de orientações, por correio eletrônico, de como as gestantes devem participar do Programa sem ter tido prévio treinamento.

A capacitação desses profissionais também permeia o conhecimento adquirido sobre o Pro-

grama Cegonha Carioca, dentre esses aspectos observa-se as enfermeiras desconhecem os aspectos conceituais do PCC, se atendo ao programático, através da vinculação da gestante à maternidade, que se traduz pela segurança do transporte por ambulância, propiciando a garantia do acesso ao leito obstétrico. Segundo as narrativas abaixo descritas, isto marca a diferença entre o pré-natal realizado antes e depois da implantação do Programa Cegonha Carioca:

A gente se deparou com alguns profissionais, que estavam entrando e não era falta de experiência, mas não tinha noção do que era gestante, do que era obstetrícia, ficou meio perdido, mas agora tudo já se encontrou. Enf. Transporte 1

Nós não fomos capacitados, nem com relação ao programa, tivemos algumas capacitações sobre o protocolo de enfermagem no pré-natal. Foi logo que eu entrei. Porque a gente não aprende as coisas no manual, a gente aprende na prática. Então pra fazer uma palpação, uma manobra de Leopold, dar um toque de colo do útero, colher um preventivo. Enf. Pré-natal 4

O Cegonha pra mim é importante, mas só veio a acrescentar na questão do transporte, da conversa, de conhecer a maternidade antes, de dar o kit pra quem precisa, mas na nossa assistência não mudou nada, nem melhorou, nem piorou. Enf. Pré-natal 2

O pré-natal é feito com base no protocolo que é utilizado no Brasil, eu acho que o Cegonha veio só complementar, é um item a mais nas consultas de pré-natal. Enf. Pré-natal 3

Tem mulheres que não querem fazer o pré-natal, aí você diz poxa, mas tem uma ambulância, ela pega

você onde quiser. Isso, às vezes ajuda com que ela passe a ter adesão, pra que ela veja algo diferente, porque são pessoas que não tem, às vezes, nem o que comer, e que ela não tem às vezes expectativas de nada de bom. Enf. Pré-natal 1

Na atenção à mulher no período gravídico o pré-natal provavelmente foi o que menos sofreu influência do Programa no que tange a mudanças técnico-assistenciais de práticas e procedimentos, as modificações se apresentaram de forma programática e operacional com a inserção da vinculação (pelo transporte) do pré-natal ao parto numa maternidade de referência (local assegurado para o parto) o que indica a diferença, pelo PCC.

Outro aspecto observado com a implantação do Programa Cegonha Carioca foi o destaque para inserção das enfermeiras no campo obstétrico, as participantes do estudo assinalaram que realizam o pré-natal de risco habitual, na maioria das vezes por preferência das próprias gestantes, mesmo sendo uma rotina as consultas intercaladas com o médico, seguindo o roteiro proposto nos manuais do Ministério da Saúde.

Elas adoram fazer o pré-natal com a enfermeira, parece que a gente é mais humana, tem a humanização entranhada, conversa mais, ouve. Eu acho que poderiam colocar a questão do parto humanizado, elas se questionam muito do atendimento. Eu acho que falta mais a humanização do atendimento deles (maternidade). Enf. Pré-natal 2

Eu não deixo o médico fazer a primeira, às vezes ele não tem muita técnica para isso, então a gente agente tem implantado assim, é rotina, primeiro é com o enfermeiro, depois o médico, enfermeiro, médico, e no final só com o médico. Enf. Pré-natal 1

Todas as gestantes que eu atendi não queriam ser atendidas pelo médico. O médico que sabe fazer o pré-natal é o obstetra, então as gestantes reclamam, dizem: “eu quero fazer com você”, se elas puderem fazer o pré-natal todo comigo elas fazem, eu acho que a gente dá mais atenção. Enf. Pré-natal 4

Eu acho que isso parte muito da mulher, não valoriza esse estado de gravidez, eu não sei se é por causa do público que a gente pega, que são pessoas carentes, e muita das vezes eu pego um cartão muito incompleto e eu pergunto por que não está completo e ela fala “ah eu não fui na consulta, só fui em duas”, ou então, “ah eu descobri tarde que estava grávida”, “ah eu não consegui vaga no posto”, “os exames demoram muito”, ainda tem muitos problemas da rede que complicam a equipe do pré-natal, para fazerem um bom acompanhamento. Enf. Transporte 2

Com a implantação do PCC o preenchimento do cartão da gestante se tornou imprescindível, em que pese as dificuldades no procedimento correto, este é denominado de “Passaporte da Cegonha Carioca”, e há um espaço exclusivo para anotação da Maternidade de referência daquela área programática assegurando-se o local do parto.

A visita à maternidade de referência zela pela continuidade do atendimento ao pré-natal, e o conhecimento físico e de funcionalidade hospitalar, e é marcada a partir das vinte e oito semanas de gestação, sendo a trigésima semana colocada como período ideal, onde a gestante está se aproximando do momento do nascimento, porém ainda há um distanciamento daquela mulher que já apresenta, na sua avaliação, os sinais do processo da parturição.

Mas qual é o objetivo que a gente tem com a visita Cegonha? É mostrar que a maternidade não é um local de dor, agonia e cheiro esquisito, embora tenha mulher gritando e cheiro esquisito. É apenas o nascimento.... Com a visita Cegonha a mulher é convidada a conhecer fisicamente a maternidade, os profissionais, e os processos de trabalho da maternidade antes do parto. Gestor 2

É a própria ambiência, o cheiro, como são os profissionais, como eles estão vestidos, como que eles se movimentam nessa unidade, o que tem ali dentro, por mais que eu não conheça, mas eu vou ver um equipamento que parece de última geração, isso traz um nível de segurança grande pra mulher, ela sabe o que é o local onde ela vai buscar no curso dela do trabalho de parto tem uma ambiência adequada ao processo no qual ela vai passar logo mais". Gestor 1

Tem umas que perguntam, "ah, quando é que eu posso fazer a visita? " Às vezes elas estão na segunda consulta, que aí ela cria um pouco mais de intimidade, aí que perguntam, "quando é que eu vou fazer a visita ao hospital"? Enf. Pré-natal 1

A visita a gente organiza a data de acordo com o nosso livro de visitas, a partir de 28 semanas, a gente tem alguns problemas com as gestantes que faltam, chegam atrasadas e precisam ser remarcadas, muitas vezes começam o pré-natal tardiamente, a gente consegue inserir. Algumas pacientes chegam lá e querem só ganhar o kit, elas não entendem que tem que passar pelo acolhimento, assistir uma palestra, mesmo a gente explicando no pré-natal que não é isso. Enf. Pré-natal 4

Nesses relatos verificamos que a visita à maternidade antes do parto é determinada pelo programa, permitindo que através da vincu-

lação se possibilite o conhecimento físico do local do parto com sua logística e equipamentos bem como a relação entre a gestante e os profissionais.

2. Expectativas do Programa Cegonha Carioca na Atenção Pré-natal: Narrativas dos Enfermeiros e Gestores

A principal expectativa dos depoentes correspondeu à necessidade de uma relação mais estreita entre a atenção pré-natal nas UBS e o Programa Cegonha Carioca, existindo dois eixos importantes a serem trabalhados, são eles: a) a comunicação entre os serviços das Unidades Básicas de Saúde com as Maternidades, sendo esta institucionalizada, não ficando mais no campo da informalidade e das relações interpessoais de trabalho; b) a capacitação no Programa Cegonha Carioca dos profissionais da Atenção Básica, sendo esta frente das demandas que oportuniza a avaliação dos resultados estatísticos do atendimento, e como direito à qualificação do serviço no SUS.

Primeiramente que todos os profissionais sejam informados, porque não adianta só um lugar ser informado. Porque aí, você sabe que a gestante tem direito, você encaminha ela, e chega lá ela volta triste porque não conseguiu o que você disse pra ela, e você perde até a credibilidade. E a proposta se tornou nacional, então que nós, profissionais de Atenção Básica de Saúde, que estamos prestando essa assistência, que sejamos capacitados, que tenhamos mais informação, por mais que a gente leia, que tenha informação, sempre tem uma coisa nova, precisamos saber o que elas tem direito (gestantes), que a gente possa ser capacitado. Enf. Pré-natal 1

Eles investem na capacitação profissional, tem um cronograma em que são planejados alguns assuntos e a cada pelo menos seis meses a gente tem uma temática pra que a equipe se atualize frente as demandas que aparecem durante o ano, esse momento da educação permanente é um momento de interação e é o momento em que a nossa supervisão expõe pra gente nossas estatísticas. Enf. Transporte 2

Hoje há nesse momento no PCC a diminuição do atendimento nas unidades Federais e Universitárias. A minha outra expectativa é de aumentar mais ainda a segurança das gestantes que são usuárias no SUS, no seguinte sentido, eu acho que hoje a gente tem a gestante de classe média, que são usuárias de planos privados de saúde, reivindicando o parto normal, e algumas delas tem vindo a rede pública para ter o parto normal garantido. Eu tenho também por outro lado as gestantes usuárias do SUS com pouca apropriação dos princípios da fisiologia do parto, então eu tenho uma expectativa de cada vez mais trabalhar isso precocemente na atenção básica e também com outras estratégias de comunicação para tranquilizar a gestante. O desfecho na maternidade depende visceralmente da atenção pré-natal. Gestor 5

É possível apontar nas narrativas a clara necessidade de capacitação dos profissionais da Atenção Básica, já que estes foram incorporados à proposta como suporte operacional do PCC, o que os leva a restringir sua atuação na inscrição da gestante no Programa, e a marcação de visitas à maternidade para o recebimento do Kit enxoval e a garantia da ambulância no trabalho de parto.

DISCUSSÃO

As primeiras narrativas apresentadas nos resultados apontam para um dilema caracterizado por controvérsias entre gestores e enfermeiros assistenciais quanto ao processo de capacitação e qualificação dos profissionais das Unidades Básicas de Saúde e das maternidades. Mesmo a qualificação do pré-natal sendo o primeiro componente da Rede Cegonha, tais relatos notoriamente que o Programa Cegonha Carioca ainda não conseguiu ampliar sua estratégia enquanto qualificação do pré-natal, para a Atenção Básica de Saúde, pois esta atenção no pré-natal ainda continua limitada a instrumentalização do controle de consultas realizadas pela gestante, marcação da visita e vinculação à maternidade.

A Rede Cegonha prevê a qualificação de todas as equipes de atenção básica dos municípios que aderirem à proposta, onde se ofertam os Kits UBS, Kit Gestante, cursos de educação à distância (EAD) e instrumentos de apoio à qualificação do processo de trabalho⁸. Contudo nos relatos das enfermeiras da Atenção Básica de Saúde, como referido anteriormente, evidenciam afirmações contrárias com as definições sobre a matéria na proposta, o que representa uma fragilidade da Rede com relação à necessidade de qualificação da atuação à mulher no ciclo gravídico-puerperal como conclamado oficialmente na Política de Recursos Humanos para o SUS e na Política Nacional de Educação Permanente (2002 e 2009 respectivamente) e nos próprios programas governamentais.

Na Política de Recursos Humanos para o SUS⁹, já se apontava para as Tecnologias Educacio-

nais como um importante desafio na viabilização das propostas de capacitação e formação de Recursos Humanos para a saúde. E fica evidenciado a necessidade de formação, de requalificação, e de educação permanente das pessoas que já estão inseridas no trabalho da saúde, aliando-se ao desenvolvimento de tecnologias de ensino, tanto presenciais quanto à distância que, garantindo a observância das características e necessidades da clientela, promova, de um lado, acesso dos trabalhadores aos processos – em especial aqueles que nunca têm essa oportunidade – e de outro lado, além de não diminuir o acesso da população, possibilite que ela seja atendida por profissionais qualificados.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde¹⁰ nos remete à Constituição Federal de 1988, em seu artigo 200, inciso III, que atribui ao SUS a competência de ordenar a formação na área da Saúde, levando as questões da educação na saúde a fazer parte do rol de atribuições finalísticas do sistema.

Nos documentos disponíveis sobre a Programação da Cegonha Carioca não se encontram registradas propostas de capacitação e qualificação dos profissionais, ao contrário do que relatam neste estudo os gestores e enfermeiros assistenciais, de que os profissionais atuantes no módulo transporte e acolhimento são treinados frequentemente, recebem qualificação (técnica e moral) necessária a seu funcionamento e ao preenchimento de desconhecimento de noções básicas sobre a especificidade da área, para se obter o funcionamento do serviço.

Na perspectiva de fortalecer a Atenção Básica de Saúde à mulher gestante – como uma rede

de atenção integrada – há necessidade de ter capacidade cada vez mais ampliada de cuidar da gestante de forma integral, para isto o Ministério da Saúde definiu as principais ações a serem observadas para se considerar o pré-natal qualificado. São três (03) as principais ações que se complementam e representam marcadores de qualidade: a) captação precoce da gestante; b) acolhimento com avaliação de risco e vulnerabilidade; e, c) a vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto⁸.

As enfermeiras assistenciais assinalaram que realizam o pré-natal de risco habitual, na maioria das vezes por preferência das próprias gestantes, mesmo sendo uma rotina as consultas intercaladas com o médico, seguindo o roteiro proposto nos manuais do Ministério da Saúde. Este modelo já se evidenciava nos anos 80 do século XX, quando se discutia a melhoria do modelo de atenção integral definido no PAISM e referendado na PNAISM¹¹. Observando-se, talvez, no Programa Cegonha Carioca, alguns avanços, também já discutidos a época e fortalecidos em 2000 com o Programa de Humanização ao Pré-Natal e Nascimento referente ao acolhimento e humanização do atendimento¹.

Para estudiosos da temática, as gestantes que realizam o pré-natal com enfermeiros, se declaram satisfeitas de serem atendidas por eles como nas consultas, devido à forma como se estabelecem as relações de comunicação, na qual o acolhimento e a escuta são privilegiados na Consulta de Enfermagem, que tem base legal, e neste caso no Pré-natal¹².

O estudo de Santos¹³ que traz a satisfação e as expectativas das gestantes quanto à atenção pré-natal prestada pelo Enfermeiro, aponta que as gestantes se demonstraram satisfeitas com o serviço, porém foi identificado que as informações sobre mudanças fisiológicas advindas da gestação, autocuidado e cuidados com o filho são parcialmente suficientes, demonstrando existir uma lacuna importante a ser preenchida e que é de responsabilidade do setor saúde.

Em outro estudo que tratou da satisfação das gestantes no pré-natal destaca-se a relevância do papel do enfermeiro na ESF, onde este deve mostrar à população a importância do acompanhamento da gestação na promoção da saúde, prevenção e tratamento, durante e após a gravidez, bem como informá-la dos serviços disponíveis. O estudo também ressalta a necessidade de se atender às expectativas da clientela, com particular atenção aos padrões de serviços e resolutividade dos problemas, quando se refere à satisfação da cliente¹⁴.

Em nosso entendimento podemos inferir que fica uma lacuna de argumentação, na afirmação dos enfermeiros do pré-natal e do gestor de que a mulher ganha “segurança” (?) ao visitar o local onde vai ter o neném. Esta questão poderá ser tratada em investigações a partir das narrativas das gestantes em futuros trabalhos nesta linha de pesquisa.

A preparação da gestante para a hora do nascimento é fundamental para que esse acontecimento ocorra de forma saudável, e possibilita que as mulheres trabalhem suas ansiedades, de forma que a confiança e a compreensão subs-

tituam o medo. Esse pode ser vencido pela desmistificação da hora do parto, por meio da troca de experiências e esclarecimento sobre o conhecimento do processo de gestação e parto¹⁵. Em nosso entendimento desde antes ou durante o pré-natal e não no processo do parto.

Embora a importância da visita à maternidade seja evidenciada, como descrita, existe também outro fator que pode incentivar as gestantes a participar dessa atividade, é o recebimento do kit enxoval. O kit do enxoval é composto por uma bolsa, com a marca do Programa Cegonha Carioca, contendo trocador, manta, toalha e roupas para o bebê, todas também personalizadas. O que é fundamental para mães pobres, que não contam com recursos financeiros para dispor deste tipo de recurso, em algumas mulheres este chega até ser o único enxoval do bebê, outras encaram como uma complementação do que já foi adquirido, e existem aquelas que não utilizam a bolsa por se sentirem envergonhadas, já que têm o símbolo do programa da prefeitura.

A assistência prestada pelo enfermeiro no pré-natal de risco habitual ganhou espaço com a Estratégia de Saúde da Família e hoje já é reconhecida pelas gestantes. Contudo é importante registrar que não aparecem evidências de ter aumentado o número de Enfermeiros por concurso público e parece ter um aumento deste contingente por contrato nas OSs, os efeitos desse fenômeno podem ser estudados a rigor em outras investigações específicas¹⁶.

A atenção pré-natal, enquanto parte do programa de governo, se apresentou como o ponto mais frágil do Programa Cegonha Carioca,

necessitando de expansão, com enfoque na qualificação dos enfermeiros generalistas e inserção de enfermeiros obstetras nas Unidades Básicas de Saúde especialmente para a atenção ao ciclo gravídico-puerperal. O que poderia ser assegurado com concursos públicos para especialistas na área, fato que se contrapõe ao contrato de pessoal profissional por OSs.

É possível apontar nas narrativas a clara necessidade de capacitação dos profissionais da Atenção Básica, já que estes foram incorporados à proposta como suporte operacional do PCC, o que os leva a restringir sua atuação na inscrição da gestante no Programa, e a marcação de visitas à maternidade para o recebimento do Kit enxoval e a garantia da ambulância no trabalho de parto.

Nessa perspectiva, trazemos à discussão a Constituição Federal que avançou, sobretudo, no campo do direito à saúde, uma vez que substituiu o caráter meritocrático pelo princípio da cidadania. Porém, ao mesmo tempo em que se tem um ganho com a Constituição Federal, há nas últimas décadas o fortalecimento do fenômeno da globalização que leva, a partir da década de 90, ao processo de “mundialização do capital” e a quebra das fronteiras nacionais globalização que leva, a partir da década de 90, ao processo de “mundialização do capital” e a quebra das fronteiras nacionais¹⁷.

Neste processo, o SUS e os recursos humanos nele padecem com a crescente precarização das relações de trabalho, reflexo da política de corte neoliberal que assombra os países do chamado terceiro mundo, tanto no setor público como no setor privado. Tais mudanças

nas relações de trabalho, fruto do processo de reforma do estado possibilitaram a multiplicação de experiências no setor saúde, como exemplo deste fato, podemos citar a ausência de concursos públicos, o aumento do número de servidores contratados, o que é a realidade do Programa Cegonha Carioca e do serviço de Atenção Básica de Saúde no Rio de Janeiro.

Vale destacar que os módulos do PCC são gerenciados por uma OS, que não é a mesma que atua nos serviços de ABS das Áreas de Planejamento em Saúde do Rio de Janeiro. Embora a Secretaria Municipal de Saúde como gestão central seja a mesma, a predominância de contratos de gestão com múltiplas organizações privadas dificulta a integração e capacitação dos profissionais contratados, já que cada uma segue uma agenda e um planejamento de ação.

A capacitação desses profissionais, como ato ou efeito de tornar capaz, têm como missão, de acordo com a Política Nacional de Educação Permanente¹⁰, fortalecer conhecimentos, habilidades, atitudes e práticas que a dinâmica das organizações não oferece por outros meios, e reconhecer as limitações para o desenvolvimento da capacitação em serviço é o primeiro passo.

De acordo com o obtido nas narrativas, podemos constatar como limitações e para a capacitação, descritas a partir da Política, na atenção pré-natal no PCC a visão instrumental da educação, que pensam os processos educativos apenas enquanto meio de alcançar um objetivo pontual e não como parte substancial de uma estratégia de mudança institucional, como o treinamento ocorrido no PCC com ape-

nas um funcionário da Unidade Básica de Saúde, de forma a descrever a operacionalidade do Programa na inclusão de gestantes e marcação de visitas; a baixa discriminação de problemas a superar, cuja solução não depende de capacitação, e sim outros fatores, e aqui destacamos a forma com que os profissionais da ABS conheceram o PCC, através de correio eletrônico e não um programa de capacitação e; por último, a tendência em atuar por meio de programas e projetos, cuja lógica é de começo e fim, além de sua dependência de fontes específicas de financiamento, ao invés de fortalecer a sustentabilidade e a permanência das estratégias educativas ao longo do tempo, onde mesmo o PCC não tendo prazo para um término, sabemos que não há uma garantia de sua permanência em governos municipais posteriores.

Os recursos humanos no SUS constituem a base para a viabilização e implementação dos projetos, das ações e dos serviços de saúde disponíveis para a população, de forma que os investimentos nesses profissionais irão influenciar decisivamente na melhoria da qualidade do sistema de saúde brasileiro.

CONCLUSÃO

O estudo possibilitou a interlocução entre a prática assistencial e a pesquisa científica abrangendo também órgãos e entidades para uma discussão programática e conceitual de um Programa, sendo esta pautada na voz dos atuantes no mesmo, enfermeiros e gestores. Se faz necessário resgatar a força e o protagonis-

mo da mulher, sendo esta sustentada pela formação de uma rede unificada entre os níveis de atenção e serviços de saúde.

A limitação da atenção pré-natal enquanto parte do PCC, à estratégia instrumental de apoio aos módulos de transporte e acolhimento à maternidade se caracterizou como um dilema programático, além da exclusão no PCC de mulheres-gestantes que não cumprem os critérios de inserção no cronograma das consultas negando os benefícios que caracterizam o PCC na atenção ao parto e ao nascimento.

O kit enxoval entregue as gestantes, atende as mulheres que estão enquadradas e não a todas as gestantes, o que marca, como mencionado acima, a exclusão de mulheres. A vinculação não pode ser somente ofertada pelo transporte da mulher à maternidade, pois o transporte garante que ela não vai parir no ônibus ou no carro do vizinho, mas ela pode parir em um transporte oficial público. Portanto é necessário fortalecer a vinculação do pré-natal a maternidade, com a oferta de um serviço integral, que forneça a gestante a continuidade do serviço e a apropriação de seu processo parturitivo. O disparo de uma ambulância para dar assistência a queixas que poderiam ser sanadas no pré-natal é um fato que demonstra a falta de subsídios para uma atenção pré-natal qualificada.

A vinculação qualificada entre a atenção pré-natal e as maternidades surge na expectativa de um aumento no número de ambulâncias, a ampliação das viaturas mostra um estudo em movimento, a necessidade de maior articulação com a qualificação e a melhoria da infra-

estrutura no transporte, além disso, dá luz à peregrinação, porém não resolve a mesma.

As narrativas demonstram que a humanização está presente nos discursos, mas de forma política sem que este ecoe na prática. O modelo de humanização não está posto, ele é mencionado pelos profissionais, porém ainda se tem uma prática tecnocrática protocolar.

O atendimento humanizado reflete na obtenção de uma gestação saudável com devido esclarecimento da gestante, acompanhamento do desenvolvimento fetal, além de contribuir para a satisfação da mulher para com o atendimento que ela recebeu dos profissionais de saúde. Tudo isso reflete na eficiência do serviço e na resolutividade da assistência pré-natal, resultando em redução da mortalidade e melhor participação materna no processo gestacional.

Sendo assim, a pesquisa abre a possibilidade da ampliação de uma discussão necessária para a continuidade e desenvolvimento do Programa Cegonha Carioca e consequentemente a obtenção de resultados positivos no mesmo. Além de fortalecer a inquietação para posteriores estudos dos demais módulos do PCC, assim como a visão e o compromisso de todos os envolvidos no processo do mesmo.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Programa Humanização do Parto: humanização no pré-natal e nascimento/ Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
2. Anversa, E.T.R.; Bastos G.A.N.; Nunes, L.N.; Pizzol, T.S.D.P. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 28(4):789- 800, abr, 2012.
3. Vianna, SM; Nunes, A; Santos JR, Barata R.B. Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2001.
4. Goncalves, R.; Urasaki, M.B.M; Merighi, M.A.B; D'Avila, C.G. Avaliação da efetividade da assistência pré-natal de uma Unidade de Saúde da Família em um município da Grande São Paulo. *Rev. bras. Enferm.*, Brasília , v. 61, n. 3, June 2008 . Available-from. accesson 03 Apr. 2014.
5. Goldenberg, M. A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais. 3ª edição. Rio de Janeiro: Record, 2000.
6. Bertaux, D. Narrativas de vida: a pesquisa e seus métodos. São Paulo: Paulus, 2010.
7. Santos e Santos. A Etapa de Análise no Método História de Vida – uma Experiência de Pesquisadores de Enfermagem. *Rev. Texto e Contexto Enfermagem*, Florianópolis, 2008 Out-Dez; 17(4): 714-9.

8. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Diretrizes gerais e operacionais da Rede Cegonha. 2011. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=37082 Acesso em: 22 de maio de 2014.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Geral da Política de Recursos Humanos. Política de Recursos Humanos para o SUS: balanço e perspectivas / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Coordenação Geral da Política de Recursos Humanos. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
12. Shimizu, H. E; Lima, M.G. As dimensões do cuidado pré-natal na consulta de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, maio-jun; 62(3): 387-92. 2009. Acesso em: 02 abris de 2014.
13. Santos, A.L; Radovanovic, C.A.T; Marcon, S.S. Assistência Pré-natal: satisfação e expectativas. *Revista RENE*, vol. 11, Número Especial. p. 61-71. 2010. Acesso em: 04 abril 2014.
14. Barbosa, T.L.A; Gomes, L.M.X; Dias, O.V. O pré-natal realizado pelo Enfermeiro: a satisfação das gestantes. *Revista Cogitare Enfermagem*. Jan/Mar; 16(1):29-35. 2011. Acesso em: 02 de abril de 2014.
15. Souza, T.G; Gaíva, M.A.M.; Modes, P.S.SA. A humanização do nascimento: percepção dos profissionais de saúde que atuam na atenção ao parto. *Revista Gaúcha de Enfermagem (Online)* vol.32 no.3 Porto Alegre Sept. 2011. Acesso em 15 de maio de 2014.
16. Barreto, C.N; Ressel, L.B; Santos, C.C; Wilhelm, L.A.; Silva, S.C.; Alves, C.N. Atenção pré-natal na voz das gestantes. *Revista de Enfermagem UFPE online*. Recife, 7(5):4354-63, jun., 2013
17. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, Senado, 1998.

Prevalência e severidade da cárie dentária no atendimento de odontopediatria do Centro Municipal de Saúde Américo Velloso e Hamilton Land

Prevalence and severity of dental caries in pediatric dentistry attendance of Municipal Health Care Center Américo Velloso and Hamilton Land.

Laís Rocha Fernandes
Acadêmica. Odontologia. UFF
E-mail: laisroocha@gmail.com

Camila Coutinho Miranda
Acadêmica. Odontologia. UFF
E-mail: camiranda@id.uff.br

Resumo

A cárie dentária é considerada uma doença infecciosa, crônica e multifatorial, que tende a alcançar sua maior atividade durante a infância e a adolescência. Nas últimas décadas, a condição social tem sido enfatizada como importante determinante da situação de saúde bucal. Estudos têm demonstrado que o declínio da cárie dentária vem sendo acompanhado pela polarização da doença nos grupos menos privilegiados. O presente trabalho tem como objetivo conhecer a condição de saúde bucal e obter dados de prevalência e severidade da cárie dentária, em crianças que recebem atendimento odontológico no CMS Américo Velloso em Ramos e CMS Hamilton Land na Cidade de Deus, ambos no Rio de Janeiro/RJ. Trata-se de uma pesquisa de campo para delinear o perfil epidemiológico da cárie dentária em crianças, de 3 a 12 anos, utilizando o critério de diagnóstico do ICDAS para análise da prevalência e severidade da doença. Foi detectada maior prevalência de cárie na dentição decídua e maior severidade entre as crianças de 11 anos. Não houve associação direta entre severidade e frequência da procura por atendimento odontológico. Os achados sugerem intervenção nos determinantes da doença cárie o mais precoce possível, principalmente através de medidas preventivas junto às pessoas envolvidas com o cuidado da criança.

Palavras-Chave

Cárie dentária, saúde bucal, epidemiologia, ICDAS, criança

Abstract

The dental caries is considered a infectious, chronic and multifactorial disease, that tends to reach its highest activity during childhood and adolescence. In recent decades, the social condition has been emphasized as important determinant of oral health situation. Studies have demonstrated that decline of dental caries has been accompanied by polarization of the disease in less privileged groups. This study aims to evaluate the oral health status and obtain prevalence data and severity of dental caries in children receiving dental care in CMS Américo Velloso in Ramos and CMS Hamilton Land in Cidade de Deus, both in Rio de Janeiro/RJ. This is a field research to delineate the epidemiological profile of dental caries in children 3-12 years using the ICDAS diagnostic criteria for analysis of the prevalence and severity of the disease. It was detected higher prevalence of caries in the primary dentition and greater severity among children aged 11 years. It was no direct association between the severity and frequency of demand for odontologic care. The findings suggests intervention on the determinants of caries as early as possible, especially through preventive measures with those that is involved in childcare.

Keywords

Dental caries, oral health, epidemiology, ICDAS, child

INTRODUÇÃO

Morfologia dentária do hospedeiro, dieta cariogênica, microorganismos da cavidade bucal, período de tempo, fatores socioeconômicos, aspectos comportamentais, essas expressões não só explicitam os fatores determinantes que influenciam no desenvolvimen-

to da doença cárie, mas também demonstra a multifatorialidade da doença crônica infecciosa que alcança a maior atividade durante a infância e a adolescência.¹

A cárie dentária raramente é auto limitante, progredindo lentamente na maioria dos indivíduos. Na ausência de tratamento, pode destruir totalmente a estrutura do dente, visto que é uma doença resultante do desequilíbrio do binômio saúde-doença, podendo apresentar lesões-sinais na população. Essas lesões podem se apresentar em estágios iniciais visíveis clinicamente, como lesões de mancha branca ativa em esmalte, ou em estágios mais avançados, como as cavitações dentárias.²

Nas últimas décadas, ocorreram mudanças não só na prevalência, mas também na distribuição e padrão da doença. Desigualdades na saúde bucal têm emergido como uma importante questão de saúde pública como em regiões de população de baixa renda, como em comunidades carentes, e grupos socialmente desfavorecidos experimentar níveis mais complexos da cárie. Detecção precoce de lesões é um desafio importante no processo de diagnóstico, já que é possível controlar a progressão da doença através da remineralização de lesões.³

O conhecimento da epidemiologia da doença cárie é essencial para que possa determinar ações preventivas, curativa, de proteção à saúde, e também para o planejamento dos serviços odontológicos. Então, devem se inserir na estratégia planejada pela equipe de saúde numa inter-relação permanente com as demais ações da Unidade de Saúde.⁴

Portanto, estratégias preventivas devem ser aplicadas de acordo com critérios diagnósticos atuais, tais como o *International Caries Detection and Assessment System*⁵, que analisa desde lesões iniciais de mancha branca ativa em esmalte à cavidades cariadas profundas em dentina.

Diante do exposto, tem-se como questão de pesquisa: As crianças das comunidades carentes da Praia de Ramos e Cidade de Deus que recebem atendimento nos Centros Municipais de Saúde, respectivamente Américo Velloso e Hamilton Land, possuem alta prevalência de cárie dentária e índice de ICDAS elevado na dentição decídua e permanente? O atendimento oferecido nestas unidades de saúde envolve medidas de prevenção e tratamento odontológico. Sendo assim, é extremamente importante avaliar a prevalência e a severidade de cárie desses pacientes para nortear novas medidas de promoção de saúde bucal.

OBJETIVO GERAL

Avaliar através do ICDAS a prevalência e severidade de cárie em crianças de 3 a 12 anos que recebem atendimento odontológico no CMS Américo Velloso e no CMS Hamilton Land, respectivamente em Ramos e na Cidade de Deus, no Rio de Janeiro/RJ.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar clinicamente dados de prevalência e sua gravidade na dentição decídua, mista e permanente mediante a análise do índice ICDAS.

- Verificar o percentual de dentes livres de cárie.
- Correlacionar índice de cárie e idade do paciente.
- Correlacionar índice de cárie e a frequência da procura do atendimento.

METODOLOGIA

A pesquisa se trata de um estudo observacional transversal, descritivo e analítico, baseado em análise clínica de lesões de cárie dentária. Os participantes foram selecionados aleatoriamente, sendo o critério de inclusão eleito para a pesquisa, era a criança ter entre 3 a 12 anos e ter buscado espontaneamente atendimento no CMS Américo Velloso e CMS Hamilton Land, localizados na cidade do Rio de Janeiro/RJ. Somente as crianças cujos pais/responsáveis assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo 1) e as crianças o Termo de Assentimento Livre e esclarecido foram incluídas no estudo (anexo 2).

As 50 crianças foram examinadas individualmente, em cadeira odontológica auxiliada por refletor odontológico, tendo o auxílio de seringa tríplice para melhor observação da estrutura dentária. Os dentes foram limpos com gaze molhada e, quando foi necessário, escova dental, além de fio dental para as superfícies proximais. Primeiro foi examinado o dente úmido com o espelho odontológico. Depois o dente era seco por 5 segundos com a seringa tríplice. Para diagnóstico, foi utilizado o aplicador de hidróxido de cálcio, no lugar da son-

da periodontal “ball-point” porque era o que melhor desempenharia a função desse já que no kit clínico encontrado nos CMS não há esse tipo de sonda periodontal.

A avaliação das lesões de cárie foi realizada em todos os dentes decíduos e permanentes utilizando como ferramenta metodológica, o *International Caries Detection and Assessment System* (ICDAS). Es se critério avalia o dente segundo um escore de 0 a 6 e também qualifica a atividade das lesões da cárie, baseada nas características descritas previamente no manual publicado pelo comitê do ICDAS.

Cada pesquisador examinou crianças do seu CMS, sendo o mesmo anotou o escore e os dados observados após retirarem as luvas. Foi preenchido um roteiro com dados pessoais, elemento dentário segundo o escore ICDAS, além de duas perguntas fechadas (anexo 3). Os dados coletados foram transferidos para uma planilha do Excel onde foi feito um estudo estatístico depois da análise dos resultados coletados.

A pesquisa foi submetida à Plataforma Brasil que teve como instituição preponente SMS Rio de Janeiro e foi aprovada pelo Comitê de Ética sob o número do parecer 1.269.607, em 8 de outubro de 2015.

RESULTADO

O município do Rio de Janeiro divide-se geograficamente em quatro regiões: Centro, zonas Norte, Sul e Oeste. Atualmente existem 33 Regiões administrativas, 160 bairros e cinco áreas de planejamento. As regiões adminis-

trativas se subdividem em áreas que atendem a necessidade de coordenação e planejamento dos bairros, constituindo as áreas de planejamento (AP).

O CMS Américo Velloso está localizado no complexo da Maré, na comunidade da praia de Ramos, pertencente à Área de Planejamento (AP) 3.1, subsistema Leopoldina Sul, que abrange Complexo da Maré, Complexo do Alemão, Complexo de Manguinhos, Bonsucesso e Ramos. Enquanto o CMS Hamilton Land está localizado na Cidade de Deus e faz parte da AP 4.0, cujos bairros de abrangência são Barra da Tijuca, Cidade de Deus e Jacarepaguá.

A pesquisa foi realizada com vinte e cinco crianças entre 3 e 12 anos de idade que procuraram atendimento em seus respectivos CMS, totalizando uma amostra de cinquenta crianças, como mostra o quadro 1. A distribuição quantitativa e por gênero das crianças avaliadas, aponta que a porcentagem do sexo feminino foi maior que a do sexo masculino no CMS Américo Velloso e no CMS Hamilton Land, sendo 68% e 56% respectivamente, portanto, 62% do total de crianças avaliadas são meninas.

Além disso, a maioria das crianças avaliadas residem nas proximidades do Centro Municipal de saúde em questão, 88% em Ramos e 96% na Cidade de Deus.

Na amostra do CMS Américo Velloso, a distribuição por faixa etária indica que 12% das crianças tem 3 anos de idade. A distribuição das crianças com 4 anos e 7 anos foi igual, contabilizando 20% cada uma, as com 6 anos somam 12%, as com 9 e 10 anos somam 4%

cada, e de 11 e 12 anos 8% cada uma. Nenhuma criança de 5 anos foi avaliada.

Ao passo que no CMS Hamilton Land (tabela 1) a distribuição por faixa etária não apontou nenhuma criança com 7, 8 e 12 anos. As crianças de 3, 9 e 10 anos responderam por 8% da amostra cada uma. As de 4 e 6 anos totalizam 28% cada. 16% tem 5 anos e as crianças de 11 anos representam 4% do total.

Além desse fato, o número de dentes livres de cárie no CMS Américo Velloso e CMS Hamilton Land de acordo com a idade. Pode-se inferir que as crianças de 10 e 11 anos apresentaram maior percentual de dentes isentos de cárie no CMS Hamilton Land, já no CMS Américo Velloso o maior percentual foi atribuído às crianças com 9 e 11 anos de idade.

Quadro 1: Faixa etária das crianças analisadas no CMS Américo Velloso e CMS Hamilton Land.

Idade	CMS Américo Velloso		CMS Hamilton Land	
	Número	Porcentagem	Número	Porcentagem
3	3	12%	2	8%
4	5	20%	7	28%
5	0	0%	4	16%
6	3	12%	7	28%
7	5	20%	0	0%
8	3	12%	0	0%
9	1	4%	2	8%
10	1	4%	2	8%
11	2	8%	1	4%
12	2	8%	0	0%

A prevalência das lesões cariosas, com escore de 1 a 6, de acordo com o percentual da mesma nas diferentes fases da dentição das crianças atendidas no CMS Américo Velloso foi de 23,5% na dentição decídua, 15% na dentição mista e 17,90% na dentição permanente. No CMS Hamilton Land o percentual de cárie foi de 30,80%; 20,40% e 7,10%, nas dentições decídua, mista e permanente, respectivamente.

Quando se avaliou a severidade da cárie, os escores atribuídos aos dentes cariados foram somados e divididos, chegando-se a um valor médio de ICDAS para cada faixa etária. No Américo Velloso o valor médio foi 3,76 para as crianças com 3 anos de idade, 3,57 para as crianças de 4 anos, 2,86 para as crianças de 6 anos, 3,11 para as crianças de 7 anos, 1,92 para as crianças de 8 anos, 4,5 para as crianças de 9 anos, 3 para as crianças de 10 anos, 5,5 para as crianças de 11 anos e 3,12 para as crianças de 12 anos. No Hamilton Land, a média da severidade foi de 2,4 entre as crianças de 3 anos de idade, 4,3 entre as crianças de 4 anos, 3,3 para as crianças de 5 anos, 2,9 para as crianças de 6 anos, 2,85 para as crianças de 9 anos, 2 para as crianças de 10 anos e 5 para as crianças de 11 anos.

A quadro 2 mostra a distribuição da frequência dos avaliados de acordo com a severidade da cárie por tipo de dentição. No CMS Américo Velloso, na dentição decídua, a frequência foi de 10% para os indivíduos sem lesões iniciais ou sem cavidade, 10% para os indivíduos sem cavidade ou com lesões iniciais e 80% foi o percentual de indivíduos com lesões cavitadas.

Na dentição mista o percentual foi de 7,6% para os indivíduos sem lesões iniciais ou sem

cavidade, 38,4% para os indivíduos sem cavidade ou com lesões iniciais e 53,8% para os indivíduos com lesões cavitadas. Na dentição permanente 50 % foram indivíduos sem cavidade ou com lesões iniciais de cárie e 50% para os indivíduos com cavidade.

Quadro 2: Distribuição da frequência de indivíduos segundo a severidade da cárie nas dentições decídua, mista e permanente nas crianças atendidas no CMS Américo Velloso.

CMS Américo Velloso	Dentição Decídua		Dentição Mista		Dentição Permanente	
	N	%	N	%	N	%
Indivíduos sem cavidade ou lesão inicial de cárie (Escore 0)	1	10%	1	7,6%	0	0%
Indivíduos sem cavidade ou com lesão inicial de cárie (Escore 1 e 2)	1	10%	5	38,4%	1	50%
Indivíduos com cavidade (Escore 3, 4, 5 e 6)	8	80%	7	53,8%	1	50%
Total	10	100%	13	100%	2	100%

Conforme mostra a quadro 3, no CMS Hamilton Land, na dentição decídua, 8,3% não tinham lesões iniciais e nem cavitadas e 91,7% apresentaram lesões cavitadas. Na dentição mista a distribuição foi de 25% para os indivíduos sem lesões iniciais ou sem cavidade e 75% para os indivíduos com cavidade. Na dentição permanente o percentual de indivíduos com cavidade foi de 100%.

Quadro 3: Distribuição da frequência de indivíduos segundo a severidade da cárie nas dentições decídua, mista e permanente nas crianças atendidas no CMS Hamilton Land.

CMS Hamilton Land	Dentição Decídua		Dentição Mista		Dentição Permanente	
	N	%	N	%	N	%
Indivíduos sem cavidade ou lesão inicial de cárie (Escore 0)	1	8,3%	3	25%	0	0%
Indivíduos sem cavidade ou com lesão inicial de cárie (Escore 1 e 2)	0	0%	0	0%	0	0%
Indivíduos com cavidade (Escore 3, 4, 5 e 6)	11	91,7%	9	75%	1	100%
Total	12	100%	12	100%	1	100%

O quadro 4 mostra a distribuição da frequência da procura por atendimento odontológico por CMS segundo os escores do ICDAS. No CMS Américo Velloso o escore 0 foi associado a procura por atendimento uma única vez por dois responsáveis, no Hamilton Land um responsável respondeu que procurou pelo atendimento três vezes e três responsáveis responderam que procuraram uma vez. No Américo Velloso o escore 1 foi associado a procura por atendimento uma vez por três responsáveis, três vezes por um responsável e um não soube informar. Para o mesmo escore, no Hamilton Land um responsável respondeu que procurou uma vez. No escore 2, dois responsáveis do Américo Velloso responderam que procuraram uma vez e um respondeu que três vezes.

No Américo Velloso, para o escore 3, um responsável respondeu que procurou atendimento uma vez, um procurou três vezes e quatro não souberam informar. No Hamilton Land três responderam que uma vez e um duas vezes.

Para o escore 4, no Américo Velloso um responsável respondeu que procurou uma vez por atendimento e dois não souberam informar. No Hamilton Land três responsáveis responderam que procuraram uma vez por atendimento e três responsáveis procuraram três vezes. Para o escore 5, dois responsáveis do Américo Velloso procuraram atendimento uma vez e um responsável não soube informar, no Hamilton Land seis responsáveis procuraram uma vez e apenas um procurou três vezes.

Finalmente, no Américo Velloso para o escore 6, dois responsáveis procuraram por atendimento três vezes e no Hamilton Land três procuraram uma vez e um procurou atendimento três vezes.

Quadro 4: Distribuição da frequência da procura do atendimento odontológico no CMS Américo Velloso e CMS Hamilton Land segundo os escores do ICDAS.

CMS Américo Velloso				CMS Hamilton Land		
Duas vezes	Três vezes	Não sei informar	Uma vez	Duas vezes	Três vezes	Não sei informar
1	0	0	3	0	1	0
0	1	1	1	0	0	0
0	1	1	0	0	0	0
0	1	4	3	1	0	0
0	0	2	3	0	3	0
0	0	1	6	0	1	0
0	2	0	3	0	1	0

DISCUSSÃO

Nesse estudo, foram analisadas clinicamente 50 crianças que eram atendidas em dois Centros Municipais de Saúde localizados em áreas de comunidades do Rio de Janeiro, onde a população tem condição socioeconômica predominantemente baixa.

O perfil das crianças que aceitaram participar da pesquisa é de gênero feminino, residentes em sua maioria dos bairros Cidade de Deus e Ramos, a faixa etária predominante do estudo é de 4 a 6 anos, idade predominante da dentição decídua, a qual foi a dentição apontada com menos dentes livres de cárie dentária.

Segundo Garbin et al¹, pode-se considerar um grau severo de cárie para crianças nessa faixa etária, a presença de aproximadamente 2 dentes decíduos com experiência de cárie por criança. Observou-se que o número de dentes hígidos, tanto na dentição decídua, mista quanto na permanente, foi maior em relação aos dentes que apresentavam alguma lesão da doença cárie, entretanto, isto não é indicativo de uma boa condição de saúde bucal.

A baixa idade presente nas crianças desse estudo confere a elas pouco tempo de exposição aos fatores de risco da cárie dentária, porém, mesmo assim a maior prevalência da cárie foi na dentição decídua nos dois Centros Municipais de Saúde.

Já que o desenvolvimento dos dentes decíduos tem seu início no período intrauterino, é importante o controle de doenças infecciosas e estar atento à dieta materna. Dessa forma, a

prevenção da cárie precoce e severa da infância deve ter início na gestação. A consulta odontológica da mãe durante a gravidez é primordial, para a motivação dos cuidados bucais, a fim de controlar os níveis de *S. mutans* e, dessa forma, diminuir a transmissão de bactérias cariogênicas para seus bebês. De acordo com Losso et al⁶, verificou-se que um programa motivacional iniciado no período gestacional e reforçado aos 6 e 12 meses de vida do bebê apresentou redução de cárie nos bebês que participaram da pesquisa. O programa motivacional com vários contatos para reforço, iniciados no período gestacional, foi um sucesso na redução de cáries nas crianças, demonstrando a importância das orientações e trabalho de promoção de saúde bucal à gestante.

Além disso, o elevado índice de cárie encontrado pode estar relacionado, às condições socioeconômicas. A alta prevalência observada da doença pode ser proveniente de deficiência ou ausência dos procedimentos de higienização oral. Crianças de 4 a 6 anos de idade necessitam do ensino, monitoramento e auxílio dos pais na realização da higienização bucal. Logo, a saúde bucal das crianças é associada com a de seus pais, estando diretamente ligada aos conhecimentos odontológicos de seus familiares e, também, de todos os que influenciam na educação, como professores e profissionais da saúde envolvidos no cuidado, os quais são essenciais ao proporcionar motivação e educação em saúde bucal às crianças.

Dentro deste contexto, de acordo com Cortella-zzi et al⁷, depara-se ainda com a visão antiga da doença sendo tratada em serviços públicos apenas através de sua sequela, a cavidade, em

detrimento do entendimento da cárie como doença multifatorial, com seus sinais precoces evidentes clinicamente através da desmineralização em esmalte com o surgimento da lesão de mancha branca. Pesquisas têm demonstrado que a adoção de critérios de diagnóstico de cárie dentária mais sensíveis é viável, originando um retrato mais fiel da condição de saúde bucal de determinada população.

Cadavid et al³ em um estudo realizado na Colômbia para detecção de cárie em crianças entre 2,5 e 4 anos utilizando os critérios do ICDAS, apontou que 25% dos examinados não apresentaram nenhum sinal clínico de cárie, bem como prevalência de 19,7% dos escores 5 e 6, também não houve diferença estatística significativa entre os sexos.

A presente pesquisa apontou uma elevada prevalência de cárie entre as crianças atendidas pelos CMS, quando considerou como cariado o elemento dentário com escore maior ou igual a 1. Utilizando-se esse mesmo parâmetro, também foi constatado por Cook et al⁸, prevalência de 65,6 a 100% na dentição decídua em cinco comunidades rurais do México.

Ademais, a Organização Mundial de Saúde previa como meta para o ano de 2000 uma prevalência de 50% de crianças livres de cárie na faixa etária de 5-6 anos. Pôde-se observar que as crianças pertencentes desse estudo evidenciam o não cumprimento dessa meta, visto que nesse estudo a maioria apresentava algum dente com lesão de cárie, principalmente acometida aos 3 anos e 5 anos, respectivamente CMS Américo Velloso e CMS Hamilton Land e menos acometida aos 10 e 11 anos.⁹

CONCLUSÃO

Através dos resultados obtidos, conseguiu-se atingir o objetivo principal, que foi avaliar através do ICDAS a prevalência e severidade de cárie em crianças de 3 a 12 anos que recebem atendimento odontológico no CMS Américo Velloso e no CMS Hamilton Land. Com isso, observou-se que a maior prevalência de cárie dentária está na dentição decídua, que a gravidade da cárie está mais prevalente aos 11 anos com escore 5 do ICDAS.

Além disso, as crianças que tinham os dentes livres de cárie tinham idade de 10 e 11 anos, respectivamente CMS Hamilton Land e CMS Américo Velloso. Analisando os gráficos, apenas quatro crianças apresentaram o escore 0 em todos os elementos dentários, correspondendo a 12% do universo avaliado. O maior percentual de dentes livres de cárie foi entre as crianças de 10 anos (95,7%) no Hamilton Land e entre as crianças de 11 anos (96,8%) no Américo Velloso. Não houve uma relação direta entre maior prevalência e severidade e a frequência de procura por atendimento odontológico. Embora a prevalência dos dentes livres de cárie seja atribuída às crianças entre 10 e 11 anos, essas crianças possuem um ICDAS mais severos. A distribuição dos escores e o número de vezes em que se procurou por atendimento foi bem distribuída e não houve relação com o código ICDAS, quando se considerou apenas o grau mais severo. Esse resultado pode ser explicado devido ao fato de que para ser atendido no Centro Municipal de Saúde, em geral, através de uma única procura ao setor de odontologia é possível marcar uma consulta inicial e em seguida prosseguir com o tratamento.

Portanto, diante dos resultados obtidos no presente estudo, justifica-se a necessidade de implantação de programas de atenção odontológica aos pais e às gestantes, envolvendo também, professores, pois ambos exercem importante influência sobre esta população.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Garbin CAS, Chiba FY, Garbin AJI, Arcieri RM. Prevalência de cárie dentária em pré-escolares de escolas de educação infantil de Araçatuba, São Paulo. *Revista Odontológica de Araçatuba* 2011; 32(2):28-32. [acessado 2016 mar 15]. Disponível em: <http://apcdaracatuba.com.br/revista/v322jd2011/5-.pdf>
2. Fejerkov O, Kidd E. *Cárie Dentária: a doença e seu tratamento clínico*. São Paulo: Santos; 2005.
3. Cadavid AS, Lince CMA, Jaramillo MC. Dental caries in the primary dentition of a Colombian population according to the ICDAS criteria. *Braz oral res* 2010; 24(2): 211-216. [acessado 2016 mar 15]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/bor/v24n2/14.pdf>
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal, Brasília: MS-CNSB, 2004. [acessado 2016 mar 15]. Disponível em: http://bvs.ms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf
5. International Caries Detection and Assessment System. [homepage na internet] [acessado 2016 mar 15]. Disponível em: <https://www.icdas.org/>
6. Losso EM, Tavares MCR, Silva JYB, Urban CA. Cárie precoce e severa na infância: uma abordagem integral. *J Pediatr (Rio J)* 2009; 85(4): 295-300. [acessado 2016 mar 15]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v85n4/v85n4a05.pdf>
7. Cortellazzi KL, Tagliaferro EPS, Assaf AV, Tafner APMF, Ambrosano GMB, Bittar TO, Meneghim MC, Pereira AC. Influência de variáveis socioeconômicas, clínicas e demográfica na experiência de cárie dentária em pré-escolares de Piracicaba. *Revi Bras de Epidemiol* 2009; 12(3): 490-500. [acessado 2016 mar 15]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v12n3/en_17.pdf
8. Cook SL, Martinez-Mier EA, Dean JA, Weddell JA, Sanders BJ, Eggertsson H, Ofner S, Yoder K. Dental caries experience and association to risk indicators of remote rural populations. *Int J of Pediatr Dent* 2008; 18(4): 275-283. [acessado 2016 mar 15]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-263X.2007.00889.x/abstract>
9. Granville-Garcia AF, Menezes VA. Experiência de cárie em pré-escolares da rede pública e privada da cidade do Recife-PE. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada* 2005;5(2):103-109. [acessado 2016 mar 15]. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/637/63750203.pdf>

ANEXO 1

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

A criança sob sua responsabilidade está sendo convidado a participar da pesquisa “Prevalência e severidade da cárie dentária no atendimento de odontopediatria do Centro Municipal de Saúde Américo Velloso e do Centro Municipal de Saúde Hamilton Land” porque o objetivo dessa pesquisa é utilizar um índice internacional para detecção da doença cárie em crianças atendidas nesse centro municipal de saúde. A criança vai ser submetida a um exame para detecção e/ou avaliação das lesões de cárie e não existem riscos para sua saúde. A opção por participar não traz prejuízo para o seu atendimento, bem como não acarreta nenhum tipo de discriminação ou preconceito. Um dos possíveis benefícios dessa pesquisa é facilitar a detecção de cárie em estágios iniciais, fornecendo ao cirurgião-dentista fundamentos para a melhor opção de tratamento e além disso, comparar a realidade da saúde dentária das crianças entre esses dois centros municipais de saúde. Como esta pesquisa se trata apenas de um exame odontológico, o risco previsto pela participação da criança é que ela pode ficar cansada quando estiver sendo examinado.

Não haverá ajuda de custo ou remuneração pela participação e nem despesas adicionais pelo senhor (a). Ao assinar esse termo de consentimento, o (a) senhor (a) não está abdicando de seus direitos e também não isenta os pesquisadores de suas responsabilidades legais e profissionais caso ocorra alguma situação que prejudique a criança. Uma vez que aceite participar dessa pesquisa o (a) senhor (a) é livre para solicitar que a criança não mais participe. Os pesquisadores também podem retirá-lo deste estudo se julgar necessário para o seu bem-estar. Não será publicado nenhum dado pessoal que permita a identificação da criança. Caso surja alguma dúvida quanto à ética do estudo, o (a) Sr. (a) deverá se reportar ao Comitê de Ética em Pesquisas envolvendo seres humanos – subordinado ao Conselho Nacional de Ética em Pesquisa, órgão do Ministério da Saúde, através de solicitação ao representante de pesquisa, que estará sob contato permanente, ou contactando o Comitê de Ética em Pesquisa desta instituição, no telefone (21) 3971-1463. É assegurado o completo sigilo de sua identidade quanto a sua participação neste estudo, incluindo a eventualidade da apresentação dos resultados deste estudo em congressos e periódicos científicos.

Diante do exposto, eu _____,
responsável por _____, residente à _____,
_____ concordo em participar da pesquisa “Prevalência e severidade da cárie dentária no atendimento de odontopediatria do Centro Municipal de Saúde Américo Velloso e do Centro Municipal de Saúde Hamilton Land”.

Eu fui completamente orientado (a) pelas acadêmicas Laís Rocha Fernandes e Camila Coutinho Miranda que estão realizando o estudo, de acordo com sua natureza, propósito e duração. Eu pude questioná-las sobre todos os aspectos do estudo. Além disto, me foi entregue uma cópia da folha de informações para os participantes, a qual li, compreendi e me deu plena liberdade para decidir acerca da participação da criança nesta pesquisa.

Depois de tal consideração, concordo em cooperar com este estudo e estou ciente que estou livre para solicitar a saída da criança a qualquer momento, se assim desejar. Minha identidade jamais será publicada. Os dados colhidos poderão ser examinados por pessoas envolvidas no estudo com autorização delegada do investigador e por pessoas delegadas pelo patrocinador. Estou recebendo uma cópia assinada deste Termo.

Pesquisadoras

Nome: _____

Nome: _____

Data: _____

Data: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Responsável

Nome: _____

Data: _____

Assinatura: _____

ANEXO 2

Termo de Assentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado para participar da pesquisa sobre “PREVALÊNCIA E SEVERIDADE DA CÁRIE DENTÁRIA NO ATENDIMENTO DE ODONTOPEDIATRIA DO CENTRO MUNICIPAL DE SAÚDE AMÉRICO VELLOSO E HAMILTON LAND”. Seus pais permitiram que você participasse. Queremos saber se você possui cárie e se possuir, avaliar essas lesões. As crianças que irão participar dessa pesquisa têm de 3 (três) a 12(doze) anos de idade. Você não precisa participar da pesquisa se não quiser, é um direito seu e não terá nenhum problema se você desistir. A pesquisa será feita nesse Centro Municipal em que você costuma ser atendido. As crianças terão os dentes avaliados para pesquisa de lesões de cárie. Para isso, serão usados um espelho e um instrumento simples chamado aplicador de hidróxido de cálcio. A superfície do dente vai ser molhada com gaze e depois vai ser seca com jato de ar. O uso desses materiais é considerado seguro. É possível que durante esse exame você fique um pouco cansado, mas você pode desistir, mas há coisas boas que podem acontecer como detecção precoce de cáries que tenham passado despercebidas durante os procedimentos de rotina. Ninguém saberá que você está participando da pesquisa, não daremos a estranhos as informações que você nos der. Os resultados vão ser publicados, mas sem a identificação das crianças participantes. Se você tiver alguma dúvida, você pode me perguntar.

Eu _____ aceito participar da pesquisa intitulada “PREVALÊNCIA E SEVERIDADE DA CÁRIE DENTÁRIA NO ATENDIMENTO DE ODONTOPEDIATRIA DO CENTRO MUNICIPAL DE SAÚDE AMÉRICO VELLOSO E HAMILTON LAND”. Declaro que a pesquisadora Laís Rocha/Camila Coutinho me explicou todas as questões sobre o estudo que vai acontecer, terei meus dentes examinados com um espelho e um instrumento para saber se tenho cárie e se tiver como as lesões se apresentam. Compreendi que não sou obrigado (a) a participar da pesquisa, eu decido se quero participar ou não. A pesquisadora me explicou também que o meu nome não aparecerá na pesquisa. Dessa forma, concordo livremente em participar do estudo, sabendo que posso desistir a qualquer momento, se assim desejar.

Pesquisadoras

Nome: _____

Data: _____

Assinatura: _____

Nome: _____

Data: _____

Assinatura: _____

Responsável

Nome: _____

Data: _____

Assinatura: _____

ANEXO 3

Roteiro de coleta de dados

Nome da criança: _____

Endereço: _____

Número: _____ Bairro: _____

Telefone: _____

Data de nascimento: __/__/__

Sexo: F () M ()

I Quantas vezes no último ano você procurou atendimento odontológico?

() Uma vez () Duas vezes () Três vezes () Não sei informar

II Por qual motivo você procurou o atendimento odontológico?

() Dor () Prevenção () Trauma () Não sei informar

Dente	Escore		Dente	Escore		Dente	Escore		Dente	Escore	
51			61			71			81		
52			62			72			82		
53			63			73			83		
54			64			74			84		
55			65			75			85		

Dente	Escore		Dente	Escore		Dente	Escore		Dente	Escore	
11			21			31			41		
12			22			32			42		
13			23			33			43		
14			24			34			44		
15			25			35			45		
16			26			36			46		
17			27			37			47		
18			28			38			48		

O acompanhamento terapêutico na questão do uso de crack: uma narrativa acerca da potência das Visitas Domiciliares

The therapeutic monitoring regarding crack cocaine: a narrative about home visiting potential

Ian Orselli
Graduando. Psicologia. UFRJ
E-mail: ian.orselli@gmail.com

Mariane Oselame
Mestre. Psicossociologia de Comunidades
e Ecologia Social. UFRJ. Especialista. Saúde
Comunitária. UFRGS
E-mail: mari.oselame@hotmail.com

novice in the clinic; the peripatetic clinic walks and autonomy in the territory; the stigma of crackeiros in hygienist society; the common sense and relapses on the issue of abuse of crack cocaine use.

Keywords

Crack cocaine use, clinic, therapeutical accompaniment

Resumo

O presente artigo visa discorrer sobre a experiência de um estagiário de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) no Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras drogas III (CAPSad) Raul Seixas, localizado no bairro do Engenho de Dentro, Zona Norte da cidade do Rio de Janeiro. A partir do Método Cartográfico de Pesquisa, o artigo discorre sobre a estratégia das Visitas Domiciliares no Acompanhamento Terapêutico a uma paciente usuária compulsiva de Crack. Neste contexto, algumas questões se mostraram pertinentes a serem trabalhadas e problematizadas neste artigo. São elas: as dúvidas e inseguranças de um iniciante na clínica; a clínica peripatética das caminhadas e a autonomia no território; o estigma dos crackeiros na sociedade higienista; o senso-comum e as recaídas na questão do uso abusivo de crack.

Palavras-chave

Uso de crack, clínica, acompanhamento terapêutico

Abstract

This article aims to discuss the experience of a psychology student at the Federal University of Rio de Janeiro (UFRJ) in Psychosocial Care Center for Alcohol and Other III drugs (CAPSad Raul Seixas), located in the Engenho de Dentro neighborhood, North Zone of Rio de Janeiro. Using the Cartographic Research Method, the article discusses the strategy of home visiting on Therapeutic Accompaniment to a compulsive Crack cocaine user patient. In this context, some Questions were pertinent to be worked and problematize in this article. They are: the doubts and insecurities of a

INTRODUÇÃO

O presente artigo visa discorrer sobre a experiência de um estagiário no oitavo período de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) no Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras drogas III (CAPSad) Raul Seixas, localizado no bairro do Engenho de Dentro, Zona Norte da cidade do Rio de Janeiro. Dessa forma, em parceria com o Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil (IPUB) e através do Projeto “PET-Saúde/Rede de Atenção Psicossocial: Priorizando o enfrentamento do Álcool, crack e outras drogas”, vivenciei por cerca de três meses um trabalho em saúde mental norteado pela Política de Redução de Danos prevista pela Política Nacional de Saúde Mental e diretamente influenciada pela Reforma Psiquiátrica. A título de esclarecimento, segundo o Ministério da Saúde (2007) o programa PET-Saúde visa promover a integração ensino-serviço-pesquisa no campo da saúde mental, por meio da análise do percurso de construção das ações de cuidado orientadas a atenção psicossocial para usuários da saúde mental.

A metodologia de pesquisa utilizada tanto em campo quanto na escrita deste artigo denomina-se Cartografia. “A cartografia é um método proposto por Deleuze e Guattari, utilizado em pesquisas de campo voltadas para o estudo da subjetividade” (KASTRUP, 2007, p.15). Tal método critica uma suposta imparcialidade perante o campo. Logo, não caberia, aqui, uma escrita em terceira pessoa impondo uma distância entre o pesquisador e o objeto de estudo. Assim, o leitor não deve estranhar as narrativas em primeira pessoa. E ainda,

a cartografia se apresenta como valiosa ferramenta de investigação, exatamente para abarcar a complexidade, zona de indeterminação que a acompanha, colocando problemas, investigando o coletivo de forças em cada situação, esforçando-se para não se curvar aos dogmas reducionistas. Contudo, mais do que procedimentos metodológicos delimitados, a cartografia é um modo de conceber a pesquisa e o encontro do pesquisador com seu campo (ROMANGNOLI, 2009, p. 169).

O estágio contava com doze horas semanais, distribuídas em: uma supervisão de equipe do CAPSad III Raul Seixas às quartas-feiras, no turno da tarde; e na quinta-feira, o dia era composto pelos seguintes dispositivos clínicos: Visita Domiciliar à paciente F., oficinas de artesanato e de música no CAPSad, área de convivência no CAPSad e supervisão da Equipe PET- composta por uma preceptora musicoterapeuta, eu e outra Estagiária de Psicologia.

Dentre os diversos espaços e dispositivos clínicos em que atuei no serviço, escolhi abordar o Acompanhamento Terapêutico através de Visitas Domiciliares a uma paciente usuária

compulsiva de crack. Neste contexto, algumas questões se mostraram pertinentes a serem trabalhadas e problematizadas neste artigo. São elas: as dúvidas e inseguranças de um iniciante na clínica; a clínica peripatética das caminhadas e a autonomia no território; o estigma dos crackeiros na sociedade higienista; o senso-comum e as recaídas na questão do uso abusivo de crack.

Uma breve apresentação do caso

Para apresentar este caso, optei por não introduzir a história toda de uma vez. Preferi começar por uma breve introdução nesta parte e, ao longo do artigo, acrescentarei algumas narrativas em paralelo com as problematizações trabalhadas. Lembro-me que bem no início do caso optei por não ler o prontuário da paciente. Preferi conhecê-la pessoalmente e ouvir o que ela escolheria me dizer em vez de ler sua história em um documento protocolar. Em consonância com a minha aposta, encontrei em Lancetti (2014, p.100) o seguinte: “O professor Antônio Carlos Gomes da Costa, [...] diz que Anton Semiónovitch acreditava que o futuro tinha mais força que o passado. Nos cortes e na obra pedagógica de Makarenko há uma aposta no esquecimento”. Não obstante, marcou-me o fato de que a F. que conheci era bem diferente da descrita no prontuário. Inclusive, durante algumas sessões, a própria F. percebia como havia mudado sua forma de lidar com alguns conflitos e situações angustiantes.

F. é uma mulher de quarenta anos, loira de cabelos pintados com um semblante tranquilo – que segundo ela era efeito dos remédios – e sorriso suave. Nascida e criada no bairro do Lins

residiu por algum tempo perto de sua mãe, na Ilha de Paquetá – bairro do Rio de Janeiro com uma característica um tanto interiorana cujo acesso se dá através do transporte aquaviário. A paciente em questão foi por muitos anos enfermeira do estado do Rio de Janeiro em vínculo estatutário. Era sequencialmente transferida de hospitais devido a problemas com seus supervisores. Possui um casal de filhos de pais diferentes, uma moça de dezenove anos e um menino de oito anos de idade.

Após a morte de seu pai, começa a sua trajetória com uso do crack. Conta que por três anos esteve “morta”. Tentou se suicidar jogando-se na linha do trem, porém obteve graves ferimentos na perna. Durante este período, procurou o CAPSad algumas vezes. Recorria ao serviço quando “*sentia que iria morrer*” (sic). Ao se recuperar fisicamente, retornava às ruas e ao uso abusivo da substância. Um ciclo vicioso onde após várias problematizações do caso em supervisão, surgiram novas propostas/apostas. Decidimos apostar no recurso de um acompanhamento terapêutico permeado por visitas domiciliares e idas da paciente ao CAPSad para atendimento clínico. Dessa maneira, eu e duas residentes nos revezávamos fazendo visitas pontuais que duravam cerca de uma hora. Cada um ia à casa de F. uma vez por semana. Além disso, também fazia parte do Projeto Terapêutico inicial uma visita ao CAPSad uma vez por semana para uma consulta com suas Técnicas de Referência – uma delas era minha supervisora no estágio.

Quando comecei a fazer parte deste trabalho, F. se encontrava medicada devido ao diagnóstico de transtorno bipolar e se sustentava com

um benefício (auxílio-doença) advindo desta condição. O dinheiro que recebia não era gerido por ela, mas sim por seu primeiro ex-marido – com quem mantinha uma relação amistosa. Até mesmo seu trânsito pelo território ficava sujeito à disponibilidade de uma amiga levá-la de carro. No início de meu trabalho, ela mesma preocupava-se com o fato de que qualquer dinheiro em sua mão seria uma possível investida ao uso do crack. Então, como pensar sua autonomia em relação ao território em que vivia? E ainda, em relação a sua própria vida? F. vivia um período de afastamento da droga marcado por espaçadas recaídas onde ela própria havia estabelecido uma relação diferente com o consumo. Se antes este era compulsivo e destrutivo, nas recaídas F. fumava cerca de duas pedras e sentia-se culpada após o uso da substância. Gradativamente, uso de crack vinha perdendo o papel de protagonista, dando lugar ao restabelecimento de vínculos com o CAPSad, com sua família e, principalmente, com seus filhos.

Dúvidas e inseguranças de um iniciante na clínica

Interessei-me pelo caso por conta da perspectiva de um trabalho clínico permeado pela visita domiciliar – algo que até então eu nunca tinha feito. Após uma visita da equipe a sua casa, apresentamos o Projeto e F. concordou, sem fazer quaisquer observações. Antes dessa visita eu nunca havia trocado nem uma palavra com a paciente e sabia bem pouco da sua história. Por isso, confesso que nas primeiras visitas me sentia desconfortável. Durante as sessões, por vezes meu corpo ia dando alguns sinais – não achava uma posição na cadeira, ficava pre-

ocupado com o que ia falar, achava o silêncio insuportável. Este desconforto também estava ligado à clínica em si. Eu me sentia inseguro em relação ao que falar, como intervir, etc., no entanto, com o tempo fui trabalhando essas questões em supervisão. Percebi que não adiantava ficar tão preocupado com o que iria dizer, ou com os efeitos que minhas intervenções teriam, ou em fazer “boas intervenções”.

Além disso, sentia que os encontros com F. aconteciam sob outro regime de tempo e atenção. E que o momento para analisar e racionalizar aquela experiência caberia à supervisão. Se pudéssemos expandir o conceito de tempo valendo-se de *Cronos* (tempo cronometrado), *Aiôn* (tempo subjetivo) e *Kairós*, poderia dizer que o espaço da sessão estaria subordinado a *Kairós* e *Aion*. Em grego, a palavra *Kairós* significa o “momento certo”. “Perceber o momento oportuno em relação a determinado objeto, contexto ou processo significa estar atento ao instante singular que se apresenta” (POHLMANN, 2006, p.2). E ainda, *Kairós* pode ser definido como “deus das encruzilhadas (das bifurcações que se abrem para diferentes futuros) pode fazer surgir uma idéia nova, que, como um raio, nos prenuncia algo inesperado que pode se apresentar através de uma intuição e de nossas próprias escolhas e decisões” (ibidem, p. 1). Quanto a *Aion*, Deleuze nos indica que:

Aion é o lugar dos acontecimentos incorporais e dos atributos distintos das qualidades. Enquanto *Cronos* era inseparável dos corpos que o preenchiam com causas e matérias, *Aion* é povoado de efeitos que o habitam sem nunca o preencher. Enquanto *Cronos* é limitado e infinito, *Aion* é ilimitado como futuro e passado, mas finito como instante (1969/1974, p. 170).

Por exemplo: se estipulamos que o tempo de uma sessão será de cinquenta minutos, esta marcação diz respeito a *Cronos*. No entanto, se temos a impressão que uma sessão de cinquenta minutos “passou voando”, esta noção de tempo diz respeito a *Aion* – um tempo em suspenso, tempo subjetivo.

Em algumas sessões eu percebia como estava me conectando afetuosamente com F. Ficava feliz quando percebia seu movimento de se conectar com a vida, com as pessoas ao seu redor. Ela fazia planos de começar a dançar, de querer conhecer pessoas novas, de apostar em uma nova vida. Não obstante, até mesmo nas recaídas eu via potência, via uma nova relação com o uso da droga. Como cartógrafo, eu não me preocupava em separar-me do caso, em distanciar-me. Sustentamos uma parcialidade na pesquisa e sabemos que assim que adentramos o campo somos parte dele. Ou seja, a Cartografia vai de encontro a uma idéia de “cientista desinteressado que deixa entidades completamente mudas e não interferidas percorrerem automaticamente sequências de comportamento” Latour (2007 apud KASTRUP e PASSOS, 2013, p. 392).

No entanto, por vezes me peguei criando alternativas para as questões de F. e idealizando um modelo bem-sucedido aos meus olhos por querer vê-la bem. Eu criava expectativas acerca do trabalho em desenvolvimento com a paciente. Poderíamos problematizar essa noção de felicidade e bem-estar. Poderíamos questionar, por exemplo, o que é estar bem. Será que nossas intervenções deveriam pretender, necessariamente, um apaziguamento do sofrimento do paciente? “A nossa ação não é necessariamente

terapêutica, construtiva ou libertária. Ela pode ativar aspectos dissolventes da subjetividade e linhas duras, paranoicas e de intensificação da morte”. (Lancetti, 2014, p.120).

A partir dessa experiência eu poderia dizer que uma das potências da clínica reside em encontrar formas de produzir e instigar autonomia e protagonismo em relação à própria vida. Talvez seja essa a potência de uma clínica ético-estético-política.

Ético porque não se trata do rigor de um conjunto de regras tomadas como um valor em si (um método), nem de um sistema de verdades tomadas como valor em si (um campo de saber): ambos são de ordem moral. (...). Estético porque este não é o rigor do domínio de um campo já dado (campo de saber), mas sim o da criação de um campo, (...) como numa obra de arte. Político porque este rigor é o de uma luta contra as forças em nós que obscurecem as nascentes do devir. (ROLNIK, 1993, p. 6)

A clínica peripatética das caminhadas

Segundo Lancetti (2014), o termo peripatético se inspira no costume de Aristóteles e sua escola. Conta-se que o filósofo tinha o hábito de ensinar andando pelos jardins de Apolo. E ainda, “em algumas biografias de Freud, pode ser encontrada a expressão *terapia peripatética*, para referir-se às sessões acontecidas caminhando”. Rodrigué (1995 apud Lancetti 2014, p. 15). Valendo-se da caminhada como um dispositivo, o autor defende seu potencial clínico e explora diversos modos de intervenção no território. Notamos que, muitas vezes, torna-se paradoxal esperar que sujeitos tão marginalizados e excluídos da sociedade – como os

crackeiros – procurem os CAPSad, ferramentas do Estado, para pedir ajuda. Dessa forma, Lancetti narra diversas experiências onde, junto à sua equipe, faz intervenções diretas em crackolândia e territórios marginalizados – visando aproximar-se do usuário para, através de uma parceria, construir estratégias baseadas na Política de Redução de Danos. Além disso, o autor também explora a potência das visitas domiciliares como dispositivo clínico.

Como mencionado anteriormente, F. havia estabelecido uma nova relação com o uso da droga – se antes era compulsivo, agora as recaídas eram marcadas por uma culpa e medo de retornar ao cotidiano do uso de crack. O consumo de crack a havia deixado muito magra. Porém, ela reparava um ganho de peso para além do esperado. Além disso, dizia que dependia do carro e da disponibilidade de uma amiga para ir aos bairros próximos. Lembro-me que em um dos encontros sugeri o uso de uma bicicleta e ela subitamente descartou. Contudo, após umas semanas me contou entusiasmada que tinha começado a fazer caminhadas, e que não dependia de mais ninguém para ter acesso ao CAPSad – visto que morava relativamente perto. Mencionou, inclusive, que as caminhadas estavam sendo uma importante ferramenta para lidar com o desejo de usar o crack. O que começou como uma simples solução para lidar com um problema inesperado de ganho de peso me parecia uma tomada de autonomia da própria F., tornando-se protagonista de sua vida e criando alternativas para as questões que apareciam.

Após uma das visitas, voltamos juntos para o CAPS e o trajeto interferiu diretamente em nossa conversa. O território funcionou como um analisador para assuntos que normalmente não aconteceriam em sua casa. Por analisador entendemos o

instrumento por meio do qual emerge a análise (LOURAU, 1996). Ou seja, analisador é um dispositivo que, uma vez vislumbrado, possibilita uma análise, um pensar sobre a instituição da qual ele surge. (CEDRAZ; DIMENSTEIN 2005, p. 312)

Por exemplo, por duas vezes passamos por moradores de rua. F. os conhecia, e me contou que eles tinham onde morar, mas preferiam as ruas devido a conflitos em casa. Na primeira vez, as pessoas estavam deitadas dormindo. No segundo grupo, até cumprimentaram F. Ela respondeu de volta e mostrou-se um pouco desconfortável. Ao conversarmos sobre, me disse que não tinha vergonha de sua história como usuária de crack, mas que tinha muito medo de subitamente voltar a este universo, de voltar ao cotidiano casa-morro que por alguns anos viveu. Contou de abusos e discriminações que sofreu, mencionou também uma tentativa de estupro: – “*As pessoas te tratam pior que um animal, é horrível*”, disse certa vez.

O estigma dos crackeiros na sociedade higienista

A proximidade com moradores de rua no trabalho do CAPSad e a experiência da caminhada com F. trouxe-me uma nova perspectiva quanto à rua. Eu a imaginava como um lugar desconfortável e perigoso para se viver. No entanto, começava a entendê-la como um local

acolhedor dependendo da relação que se estabelecia com a família em casa. Além disso, também poderia ser um lugar pulsante e cheio de vida, exposto ao imprevisto e ao imprevisível, destituído de certas instituições como aluguel, contas para pagar, trânsito no deslocamento pela cidade, e etc., porém, não podemos deixar de mencionar a perspectiva imposta pela Sociedade Higienista que trata de institucionalizar o mendigo e o usuário de crack como alguém que deve ser destituído de qualquer política de direitos humanos ou assistência quanto a iniciativas na saúde pública. Em consonância, Ramos conceitua o higienismo como

um movimento que adaptou um novo funcionamento da medicina para uma nova forma de dominação de classe. Que resultou numa intensificação dos dispositivos de poder criados pelo capitalismo como condição para criação de uma sociedade normalizada, menos perigosa para a mão de obra que se formava (Ferreira, 2012, p. 35)

Penso que na sociedade do espetáculo (DEBORD, 1967) na qual vivemos o delinquente é rapidamente totalizado no grupo ao qual pertence – ou, em alguns casos é até mesmo encaixado em um grupo no qual não pertence. Por exemplo, se um morador de rua comete um assalto, vira crackudo mesmo que não tenha nenhuma relação com a droga – e passa a carregar todo estigma da palavra. E, além disso, percebemos uma ideologia de vingança em relação àqueles que oferecem risco ao ideal de pessoa trabalhadora e honesta disseminada pelo biopoder. Podemos entendê-lo como “um conjunto complexo de saberes que aciona um conjunto de intervenções sociais centradas nas articulações decisivas entre a ordem jurídica, as instituições e as práticas médicas”. Foucault (apud FERREIRA, 2012, p. 40)

F., por exemplo, sustentava seu vício através do auxílio doença por conta do diagnóstico de Transtorno Bipolar. Tal ideologia de vingança moralmente mascarada por um ideal de justiça só contribui para agravar a exclusão social a qual usuários e pessoa em situação de rua estão expostos. Por fim, encerro ilustrando um pouco mais da hipocrisia contida na busca por justiça:

Por isso rasgo a vossa teia, a fim de que a raiva vos atraia para fora da mentirosa toca e que a vingança que ocultais jorre da vossa palavra “justiça”. Pois que o homem seja redimido da vingança: é esta, para mim, a ponte que conduz à mais elevada esperança e um arco-íris após longos temporais (NIETZSCHE, 1844-1900, p.113)

A relação entre o uso dessa droga e a sociedade nos remete a uma segunda questão: O senso-comum e as recaídas.

O senso-comum e as recaídas

Refiro-me ao senso-comum como a produção e disseminação de um saber que institui opiniões pouco problematizadas e, na maioria das vezes, muito generalistas – sempre acompanhadas de certo determinismo e de uma relação causalidade-efeito um tanto simplista que deixa de levar em consideração a complexidade de algumas questões. Em seguida, utilizo-me do termo recaída para problematizá-lo dentro dessa concepção do senso-comum, muitas vezes propagada pela sociedade em geral e por grupos de ajuda mútua em relação a álcool e outras drogas – grupos que prezam pela abstinência como condição para o tratamento. Por muitas vezes, tais grupos colocam a droga no lugar da causa do que poderíamos chamar de

uma vida suicidária – termo usado por Lancetti. No entanto, prefiro pensar que a droga seria o efeito, o instrumento de tal prática suicidária, uma pista que nos evidencia um desvinculamento com a própria vida. Além disso, nesta parte do artigo pretendo explorar a multiplicidade do conceito de recaída ao deslocá-lo dessa concepção entendida no senso-comum.

No caso de F. observávamos que a família possuía um movimento repetitivo quanto à paciente. Se esta se encontrava em um período de abstinência, a família se aproximava e também deixava que ela se aproximasse. Caso contrário, a família logo se afastava. Podemos notar que a lógica social do “crackudo” se repetia na família de F. Em um momento de vulnerabilidade e exposição o abandono era um forte incentivo para a imersão no uso das drogas.

A paciente sentia-se mal por mentir à família quanto à abstinência, mas colocava que era importante – visto que tinha medo do abandono. Logo nas primeiras sessões, F. deixava clara a importância de conversar conosco sobre o desejo latente de voltar a usar a droga, sobre as eventuais recaídas. Tinha medo desse desejo de usar a droga ser uma constante, ser para sempre. Lembro-me que a questioneei sobre este mesmo desejo nos últimos meses, se ele estava igual. Ela afirmou que não. Ainda aproveitei para problematizar esse “pra sempre”, uma noção de eternidade que, algumas vezes, aparece na clínica. Respondi a F. com o que mais tarde veio a se tornar este poema: “O que é o pra sempre agora/ senão o agora pra sempre”.

Durante um encontro, ela havia elaborado que as duas últimas recaídas tinham sido no domingo e que este era um dia perigoso. Ressaltei como era importante perceber isso, e tentei com ela, esmiuçar melhor a questão. Ela disse que os momentos de solidão eram os piores, e que era importante ter alguém para conversar. Em seguida, começamos a planejar seu próximo domingo a fim de evitar uma possível recaída. Ela teve a idéia de visitar sua mãe em Paquetá.

Poderíamos nos questionar: será que todas as recaídas são iguais? Em qual momento poderíamos diferenciá-las? Apesar de um retorno ao uso da droga após um tempo de abstinência ser considerado uma recaída, eu percebia que F. já tinha outra relação com o uso da droga, e principalmente, com a vida. Assim, segundo a cartografia entendemos que “não se trata da busca de uma origem, mas de uma avaliação dos *deslocamentos*” (Deleuze, 1992, p. 95).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Finalizo o meu trabalho no CAPSad com muita vontade de retornar. Todo o contato com a rede, com os usuários e suas histórias, com a possibilidade de produzir diferença, me faz pensar em tentar uma residência. E ainda, concordo que:

Ao final de um trabalho de pesquisa, a sensação de que avançamos no conhecimento daquele território passa, mais uma vez, pela sensação de partilha de uma semiótica e de um maior pertencimento àquele território (KASTRUP; PASSOS, 2013, p.277).

É impressionante perceber como meu olhar perante as ruas mudou. O acesso a essa população no cotidiano do CAPSad III Raul Seixas e através do caso F. transformou minha forma de enxergar a cidade. Como mencionado anteriormente, pude entender que a rua pode ser um lugar potente, cheio de vida, pulsante. Pude entender que muita gente prefere morar na rua, mesmo tendo uma casa. Pude entender que um modelo de vida – despertador, trabalho, casa, redes sociais, cama, despertador – não cabe a muitas pessoas. Aliás, é imprescindível notar o paradoxo de enunciar “rua” perante toda sua multiplicidade.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE): objetivos, implementação e desenvolvimento potencial. Brasília, DF: O Ministério; 2007.
2. Romagnoli RCA Cartografia e a relação pesquisa e vida. Psicol. Soc., Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 166–173, Aug. 2009.
3. Lancetti A. Clínica Peripatética. São Paulo: Hucitec; 2014.
4. Pohlmann AR, Intuições sobre o tempo na criação em artes visuais. Rev Educação 2006 jul; v.31: 92–106
5. Deleuze G Conversações. 34 e. éd. rev. Rio de Janeiro; 1992.
6. Deleuze G (1969). Lógica do sentido. 2 e. éd. rev. São Paulo: Perspectiva, 1998.

7. Kastrup V. O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. Ver Psicol Soc 2007 abr; v. 19: 15-22.
8. Kastrup V, Passos E. Cartografar é traçar um plano comum. Fractal: Rev Psicol 2013 ago; v. 25: 263-380.
9. Rolnik S. Pensamento Corpo e Devir: Uma perspectiva ético/estético/política no trabalho acadêmico. Cadernos de Subjetividade, 1993 set; v.1: 241-251.
10. Cedraz A, Dimenstein M. Oficinas Terapêuticas no cenário da Reforma Psiquiátrica: modalidades desinstitucionalizantes ou não? Rev Mal-Estar Subj 2005 set; v.5: 300-327.
11. Lourau R. A análise institucional. Rio de Janeiro: Vozes; 1996.
12. Ferreira, RM. O Sujeito da Psicanálise: um obstáculo à naturalização do mal-estar. Rio de Janeiro. Dissertação [Mestrado em Psicanálise] – UERJ, 2012.
13. Debord G. La société du spectacle, 3 e. éd. rev. Paris: Gallimard; 1992.
14. Nietzsche F. Assim Falou Zaratustra: um livro para todos e para ninguém. 4. Aufl. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1986.

Perfil da demanda espontânea do Centro Municipal de Saúde Rodolpho Rocco

Profile of Spontaneous demand in the Rodolpho Rocco Municipal Health Center

Gabrielle Evangelista do Nascimento.
Educadora Física. Residência Multiprofissional
Saúde Coletiva. UFRJ
E-mail: gabrielleevangelista@hotmail.com

Pedro Henrique Cunha Duque.
Psicólogo. Residência Multiprofissional Saúde
Coletiva. UFRJ
E-mail: phcduque@gmail.com

Tiago Magalhães Ceciliano.
Enfermeiro. Residência Multiprofissional Saúde
Coletiva. UFRJ
E-mail: ceciliano.tiago@gmail.com

Resumo

A experiência se deu a partir do estudo baseado na percentagem das consultas de demanda espontânea em relação as programadas. Este estudo mostra-se importante por contribuir com a unidade para o planejamento eficaz de ações, visando a reorganização do serviço de atendimento em demanda espontânea e do cuidado para a população. A experiência foi vivência no Centro Municipal de Saúde Rodolpho Rocco, no Rio de Janeiro-RJ. Como métodos foi utilizado a revisão de prontuários a partir do Prontuário Eletrônico do Paciente, traçando o perfil do usuário da demanda espontânea dos meses de janeiro a maio/2015. Em seguida, foram reexaminados 2516 prontuários de usuários atendidos no mês de maio, a fim de identificar os motivos que os levaram a buscar atendimento. Como resultados foi identificado aumento na procura de atendimento sem agendamentos prévio. Aproximadamente, 70% eram do sexo feminino e 30% pelo sexo masculino. Os principais motivos dos atendimentos no mês de maio/2015 foram situações de queixa aguda, com 41,73%, seguidas de motivos não relatados nos prontuários, com 18,12% e transcrições de prescrições, com 16,73%. Diante disso, concluímos que a experiência colaborou para ratificar que a unidade está preparada, sabendo oportunizar as situações em prol da saúde de seus usuários. Entretanto a gerência da unidade, junto aos seus profissionais, necessita elaborar ações e estratégias para melhorar a qualidade dos registros no Prontuário Eletrônico do Paciente.

Palavras-chave

Demanda espontânea - acesso, estratégia saúde da família, atenção primária

Abstract

The experiment occurred based on study of the percentage of spontaneous consultation demand against scheduled visits. This study is important for contributing to drive effective action planning towards the reorganization of the service in spontaneous consultation demand and for the population care. The experiment was observed in Municipal Health Center Rodolpho Rocco, in Rio de Janeiro-RJ. The method used was used chart review from the Electronic Patient Record, including tracing of the user profile of spontaneous consultation demand from January to May / 2015. Subsequently, 2516 medical records from patients seen in May were re-examined in order to identify the reasons leading these patients to seek care. As result, it has been identified a increase in demand for service without prior appointments. Approximately 70% were female and 30% for males. The main reasons for the visits in May / 2015 were situations of acute complaints (41.73%), followed by reasons not reported in the medical records (18.12%) and transcriptions of prescriptions (16.73%). Therefore, we conclude that the experiment helped to confirm that the unit is prepared, and conscious on how to create opportunities for the health of its members. However, unit's management, along with their professional, needs to implement initiatives and strategies to improve the quality of the records in the Electronic Patient Record.

Keywords

Profile of Spontaneous demand, access, family health strategy, health primary care

INTRODUÇÃO

O presente trabalho trata-se de uma análise do perfil dos usuários que procuraram atendimento no Centro Municipal de Saúde (CMS) Rodolpho Rocco através da demanda espontânea nos meses de janeiro a maio do ano de 2015 e os motivos que os levaram a procurar esse atendimento no mês de maio. A pesquisa foi realizada através das informações contidas no sistema de Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP).

O CMS Rodolpho Rocco pertence a Área Programática 3.2 no município do Rio de Janeiro. Foi fundado no ano de 2011 no bairro de Del Castilho. A unidade compartilha o mesmo endereço da Policlínica Rodolpho Rocco, antigo PAM de Del Castilho, que está situado na Estrada Ademar Bebiano nº 339.

Os CMS oferecem serviços de atenção primária, assim como as Clínicas da Família (CF). Desta forma, a unidade funciona no modelo da Estratégia de Saúde da Família (ESF), conforme a Política Nacional de Atenção Básica, aprovada pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.¹

O CMS Rodolpho Rocco é composto por seis equipes (Amaro Hamati, Lago Verde, Itaóca, Periantã, Santa Luzia e Timbó). As equipes são formadas por enfermeiros, médicos, técnicos de enfermagem, dentistas, técnico de saúde bucal, auxiliar de saúde bucal, agentes comunitários de saúde e agentes de vigilância de saúde. Os profissionais de saúde atuam junto à população local, para que recebam orientações e atendimentos, afim de desenvolver uma atenção integral, visando impacto na situação

de saúde e autonomia dos usuários e nos determinantes e condicionantes de saúde.

Para induzir a melhora do desempenho das unidades funcionais, através da atribuição de incentivos financeiros e da criação de instrumentos de monitorização, permitindo uma gestão rigorosa e equilibrada, consciente das necessidades das populações e visando a melhoria no acesso aos cuidados de saúde foi confeccionado um Contrato de Gestão por parte da Secretaria Municipal de Saúde, constando, em seu Anexo Técnico II, o indicador A2 do Monitoramento de Indicadores (Parte Variável 02), que será alvo desta pesquisa.

Segundo o Anexo Técnico II do Contrato de Gestão, o indicador A2, mede o acesso da população por meio da percentagem da demanda espontânea (acolhimento da demanda não programada ou encaminhadas por outras unidades) em relação a programada (médicos, enfermeiros e dentistas) por meio do PEP, tendo como meta: mínimo de 40%.

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica, faz parte dos princípios e diretrizes gerais da Atenção Básica, a coordenação de integração das ações programáticas e **demanda espontânea/ livre demanda**.¹

Ainda no Anexo Técnico II², conceitua-se a demanda espontânea como:

Considera-se demanda espontânea aquela consulta que é realizada no mesmo dia, sem agendamento prévio. Não estão contemplados atendimentos coletivos, grupos ou outras atividades que não consultas. (ANEXO TÉCNICO II DO CONTRATO DE GESTÃO, 2015, p 13).

No entanto, observamos que o CMS Rodolpho Rocco, apresenta no Vitacare (programa de Prontuário Eletrônico utilizado no CMS), no mês de maio do vigente ano, o indicador A2 em 64.59%. Evidenciando, em um primeiro momento, elevado número de usuários que procuraram a unidade sem agendamento prévio, ou seja, por demanda espontânea.

A unidade possui o sistema de prontuário desde 2012, que permite aos profissionais cadastrar, registrar e acessar o histórico dos usuários através da rede intranet, com o objetivo de agilizar e otimizar o atendimento.

Por ser um sistema de informação orientado para o gerenciamento integrado do prontuário eletrônico, o Vitacare apresenta-se como uma ferramenta de atividade administrativa para gestão, contribuindo para o desenvolvimento, planejamento e avaliação de ações e resultados por meio de indicadores fornecidos pelo sistema, garantindo a efetivação das diretrizes e monitoramento das metas preconizadas no Contrato de Gestão.

Assim, este trabalho justifica-se pelo fato de contribuir com o serviço, facilitando para a compreensão do perfil e o motivo que leva a população buscar a unidade por atendimento em demanda espontânea.

Com isso, o presente estudo torna-se relevante à medida que fornece discussões pertinentes no campo da gestão em saúde, favorecendo o planejamento de ações eficiente e eficaz, além de, possibilitar a criação de estratégias para adequar os atendimentos sem agendamentos prévios, contribuindo para o

desdobramento das relações existentes entre usuários, serviço e gestão.

O presente relato tem como objetivo principal contribuir com a unidade para o planejamento eficaz de ações, visando a reorganização do serviço de atendimento em demanda espontânea e do cuidado para a população. Como objetivos específicos: conhecer o padrão da procura dos usuários por atendimento através da demanda espontânea da unidade nos meses de janeiro a maio/2015; definir o perfil do usuário da demanda espontânea dos meses de janeiro a maio; e identificar os motivos das consultas por demanda espontânea do mês de maio.

METODOLOGIA

Primeiramente, realizou-se o download das planilhas do indicador A2, que se tratava da demanda espontânea, disponibilizado pelo Vitacare, dos meses de janeiro a maio do ano vigente. Ao manusear as planilhas, criou-se um banco de dados no Excel com o intuito de traçar o perfil dos usuários e categorizá-los por sexo e faixa etária.

Por fim, foi realizado uma busca no Vitacare, no qual foram examinados 2516 prontuários de usuários que foram atendidos por livre demanda no mês de maio, a fim de identificar os motivos que os levaram a buscar atendimento na unidade sem agendamento prévio. Ressalta-se que foi considerado como sendo motivo do atendimento as informações descritas, pelos profissionais de saúde de nível superior, no campo “motivos” e/ou “notas”, das consultas existentes nos prontuários.

Para otimizar o estudo foram criadas 14 categorias para agrupar os motivos da demanda espontânea. No entanto um número relevante de consultas estava sem relato do profissional que realizou a consulta informando o motivo que levou o usuário a procurar atendimento. Portanto, houve a necessidade de criar uma categoria chamada “Não Relatado” que agrupa as consultas por demanda espontânea sem motivo registrado no prontuário eletrônico.

Durante a pesquisa foi confeccionado o Termo de Conhecimento e Autorização para Realização da Pesquisa (Anexo), assinado pela gerente da unidade, no qual autoriza a busca da demanda espontânea e os motivos dos atendimentos, por meio de acesso dos prontuários eletrônicos disponibilizados no Vitacare.

Após finalizar a construção do banco de dados, buscou-se junto a gerente orientações sobre questões referentes à organização e funcionamento da unidade, para então darmos início a análise e discussões dos dados obtidos.

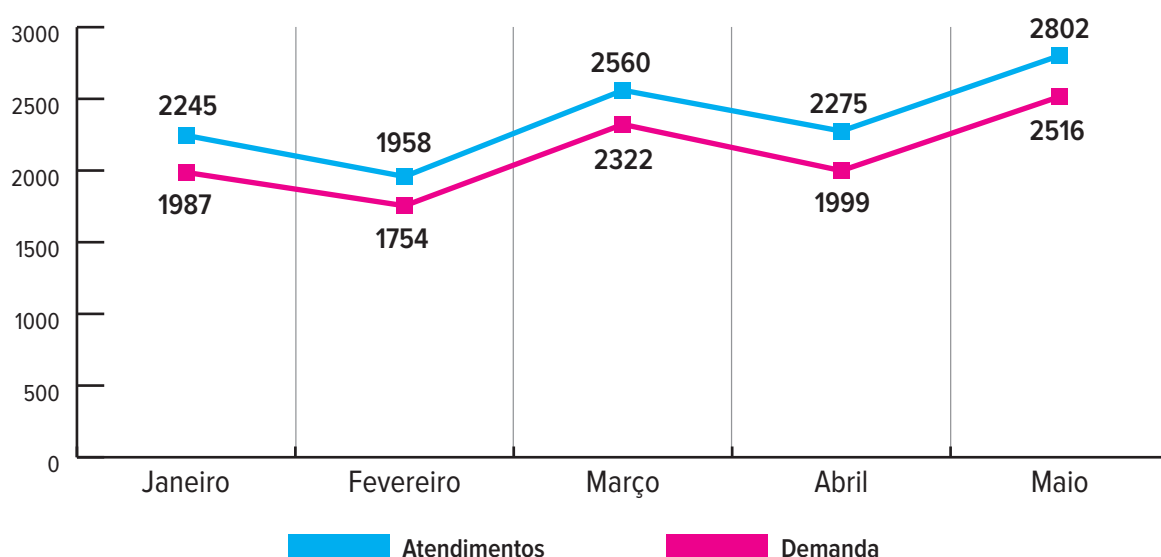
RESULTADO

Inicialmente, identificou-se que o Vitacare registra como demanda espontânea todos os atendimentos, realizados por profissionais de nível superior, sem agendamento prévio, mesmo se o paciente for atendido mais de uma vez no mesmo dia pela mesma queixa. Por exemplo, quando um usuário é consultado pelo enfermeiro e há necessidade do mesmo ser consultado pelo médico o sistema registra um novo atendimento para o usuário, duplicando o registro da demanda e elevando o indicador A2.

Portanto, para este estudo, entende-se como uma demanda, um único paciente que procura o serviço sem estar agendado, e não o número de atendimentos que o usuário recebeu.

Diante do Gráfico 1, observa-se que o real número da demanda nos meses de janeiro a maio de 2015 é de aproximadamente 10% a menos do que está registrado no Vitacare. Desta forma, 2516 usuários buscaram a unidade para atendimento por demanda espontânea.

Gráfico 1. Número de Atendimento X Demanda Espontânea - 2015



No Gráfico 1, observa-se também que durante os meses de janeiro a maio de 2015, mesmo com oscilações mensais, houve um aumento na procura de atendimento sem agendamentos prévio com tendência a aumentar nos próximos meses.

A demanda espontânea foi categorizada por faixas etárias: crianças menores de 3 anos, crianças de 3 a 10 anos, jovens de 11 a 19 anos, mulheres de 20 a 35 anos, mulheres de 36 a 64 anos, homens de 20 a 35 anos, homens de 36 a 64 anos, idosos de 65 a 80 anos e idosos maiores de 80 anos.

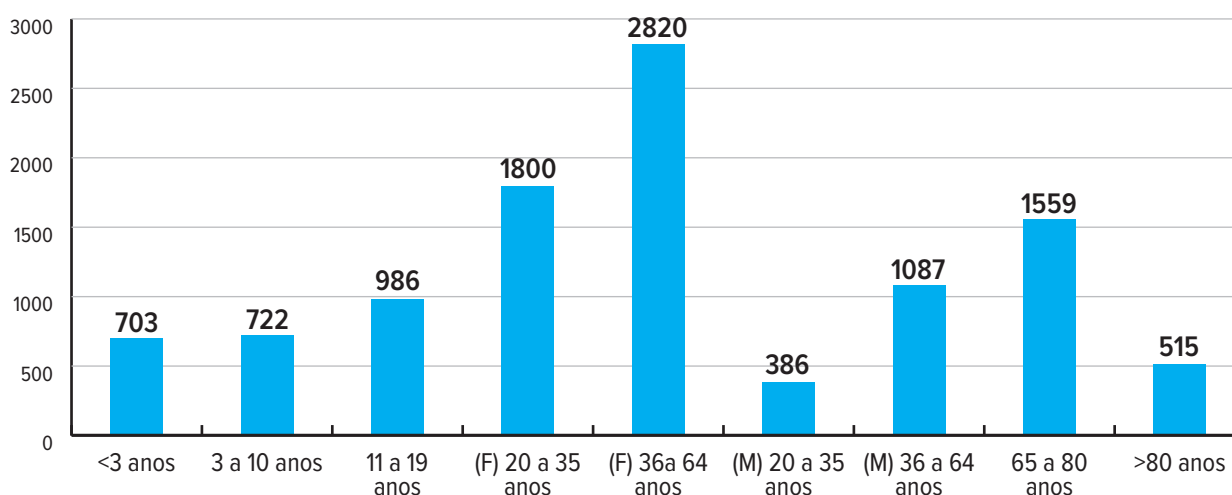
Ao analisar o Gráfico 2, percebe-se que o maior número da demanda espontânea dos meses de janeiro a maio de 2015 se concentra no público de faixa etária de 36 a 64 anos do sexo feminino, representando um total de 2820 usuárias, seguido da faixa etária de 20 a 35 anos do sexo feminino, no qual representa 1800 usuárias. Destacando que apenas 386 usuários do sexo masculino com a faixa etária de 20 a 35 anos buscam a unidade por demanda espontânea.

Isso representa que cerca de 6,5% dos usuários que buscam a unidade são crianças menores que 3 anos e 6,5% crianças entre 3 a 10 anos. Aproximadamente 9,5% são adolescentes de 11 a 19 anos. 17% representa a faixa etária de 20 a 35 anos e 26,5% de 36 a 64 anos, do sexo feminino. 3,6% e 10,6% das faixas etárias de 20 a 35 anos e 36 a 64 anos, respectivamente, todos do sexo masculino. Cerca de 15% de idosos com a faixa etária de 65 a 80 anos e 5% maior que 80 anos.

Do total de usuários que foram atendidos por demanda espontânea no 1º semestre de 2015, aproximadamente, 70% é representado pelo sexo feminino e 30% pelo sexo masculino.

Esses números apontam que cerca de 44% do público atendido por demanda espontânea no período de janeiro a maio/2015 é do sexo feminino adulto, entre 20 a 64 anos. Corroborando a afirmação de Bird e Rieker³, no qual afirmam que as mulheres relatam mais morbidade e problemas psicológicos, além de utilizarem mais serviços de saúde que os homens. Cabe

Gráfico 2. Demanda por Faixa Etária dos meses de janeiro a maio de 2015



destacar, ainda de acordo com os referidos autores, que frequentemente as mulheres tendem a apresentar doenças de curta duração, sintomas habituais, doenças agudas e transitórias e doenças crônicas não fatais.

Para identificar os motivos das consultas por demanda espontânea, optamos por selecionar o mês de maio, devido ao pouco tempo para realizar o estudo.

O Quadro 1 descreve em categorias os motivos relatados pelos profissionais conforme o PEP.

Quadro 1. Organização dos motivos que levaram o usuário a buscar atendimento nas categorias consideradas para este trabalho

Categorias	Descrição dos Motivos conforme o PEP
Acolhimento Mãe-bebe	Primeira consulta de puericultura
Encaminhamento	Solicitação de urgência para um especialista
Interconsulta	Interconsulta com um profissional da mesma equipe ou com um, ou mais, profissional do NASF
Não relatado	Consultas não registradas pelo profissional no PEP - Vitacare no local de preenchimento "motivo" e/ou "notas"
Pedido de Atestado	Solicitação de atestado para atividade física, licença maternidade, declaração de comparecimento e outros;
Planejamento Familiar	"Aconselhamento sobre o uso de anticoncepcional"; "Desejo de inserção de DIU"; "Esclarecimento sobre vasectomia"; outros
Pré natal	"Primeira consulta de pré-natal"; "Consulta de rotina"
Preventivo	Coleta de preventivo

Situação Aguda	Foi considerada situação aguda, em consonância com o quadro de classificação geral dos casos de demanda espontânea na atenção básica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013, p.19), motivos relatados nos prontuários como: "Febre"; "Crise hipertensiva"; "Vômito"; "Diarreia"; "Picada de abelha"; "Conjuntivite"; "Suspeita de caxumba"; "Exantema"; "Prurido vaginal"; "Revisão para tratamento de tuberculose"; "Furúnculo"; "Suspeita de HIV"; entre outras.
Resultado de Exame	Mostrar resultado de exame solicitado pelo médico ou enfermeiro
Rotina	Consultas de rotina
Solicitação de exame	Solicitação de exame (Risco cirúrgico; Ultrassonografia; Outros)
Transcrição	Transcrição de medicamentos/ insumos/exames
Visita Domiciliar	Visita domiciliar de urgência ou oportuna

A Tabela 1 e o Gráfico 3 mostram o motivo da demanda dos usuários que procuraram atendimento no mês de maio/2015, distribuídos em faixas etárias. Sendo possível a observação de alguns aspectos relevantes a serem discutidos.

Do total da demanda espontânea no mês de maio/2015, cerca de 41,73% são usuários atendidos com alguma queixa característica de situação aguda.

Conforme o Caderno de Atenção Básica – volume II⁴, a queixa aguda deve ser acolhida pela unidade pois, diferentemente do pronto-atendimento, a atenção básica possui um conhecimento prévio do usuário, possibilitando uma conduta e acompanhamento efetivo por parte dos profissionais.

Um aspecto observado foi que a categoria de “Não Relatado” surge com, aproximadamente, 18,72% da demanda.

Uma outra categoria que surge com grande frequência é Transcrição (de medicamentos, exames ou insumos) com 16,73%. Sabe-se que para requerer alguns destes se faz necessário a atualização do documento pelo profissional para que o paciente possa continuar seu tratamento, ainda que este paciente faça uso regular dos medicamentos.

Nesse mesmo gráfico, destaca-se a realização do exame de preventivo com 8,34% do valor total da demanda espontânea. Ou seja, foram

oportunizados na unidade 210 exames de preventivos para mulheres com idade superior a 20 anos.

Na categoria de “Resultado de Exame” identificou que 4,23% da demanda foi para interpretar e fornecer o resultado de algum exame ao usuário.

Por fim, 10,85% apresenta-se como categoria “Outros”, tendo agrupado outras categorias que tiveram demanda reduzida, como: “Acolhimento Mãe-bebe”; “Encaminhamento”; “Interconsulta”; “Pedido de atestado”; “Planejamento familiar”; “Rotina”; “Solicitação de exame” e “Visita domiciliar”.

Gráfico 3. Percentual dos motivos distribuídos por Faixa Etária - Maio/2015

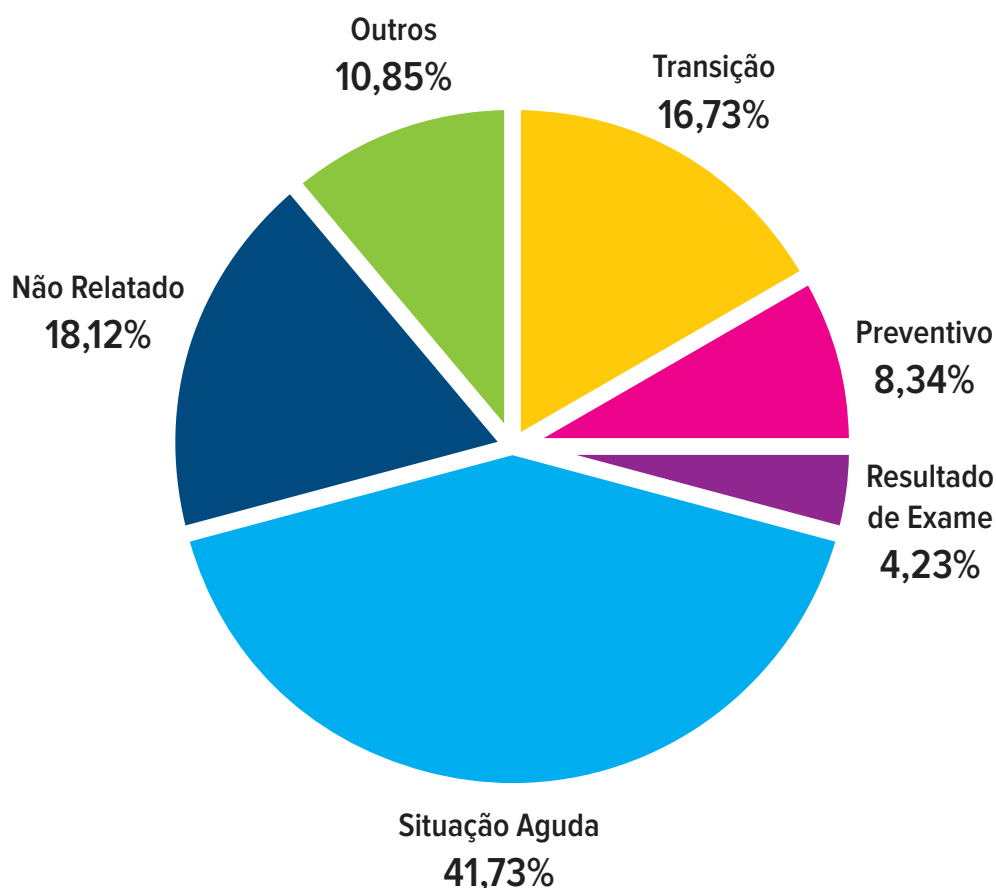


Tabela 1. Total dos motivos categorizados da demanda espontânea do mês de maio/2015 distribuído por faixa etária. *No item “outros” estão as categorias da demanda que obtiveram um número de atendimento inferior a 4%.

Faixa etária	Motivo cat. da demanda	N	(%)
> 3 anos	Situação Aguda	112	69,61
	Não relatado	16	9,54
	Rotina	15	9,37
	Transcrição	8	4,97
	Acolhimento Mãe-bebe	6	3,82
	Outros	4	2,69
	Total	161	100
3 a 10 anos	Situação Aguda	119	69,59
	Não relatado	34	19,88
	Outros	11	6,42
	Transcrição	7	4,09
	Total	171	100
11 a 19 anos	Situação Aguda	162	59,55
	Não relatado	54	19,85
	Outros	40	14,7
	Transcrição	16	5,88
	Total	272	100
(F) 20 a 35 anos	Situação Aguda	196	43,75
	Não relatado	68	15,17
	Preventivo	66	12,5
	Outros	48	10,71
	Transcrição	41	9,15
	Resultado de Exame	20	4,48
	Solicitação de exame	19	4,24
	Total	448	100
(F) 36 a 64 anos	Situação Aguda	187	28,11
	Preventivo	139	20,93
	Transcrição	128	19,27
	Não relatado	104	15,66
	Outros	54	8,13
	Resultado de Exame	52	7,85
	Total	664	100
(M) 20 a 35 anos	Situação Aguda	53	23,23
	Não relatado	19	19,19
	Transcrição	17	17,17
	Outros	10	10,1
	Total	99	100

(M) 36 a 64 anos	Situação Aguda	100	40,16
	Transcrição	72	28,91
	Não relatado	49	19,68
	Outros	17	6,83
	Resultado de Exame	11	4,42
	Total	249	100
65 a 80 anos	Transcrição	99	28,69
	Não relatado	94	27,24
	Situação Aguda	94	27,24
	Outros	42	12,17
	Visita Domiciliar	16	4,63
	Total	345	100
> 80 anos	Transcrição	33	30,84
	Visita Domiciliar	27	25,23
	Não relatado	20	18,69
	Situação Aguda	18	16,82
	Solicitação de exame	6	5,6
	Outros	3	2,82
	Total	107	100
Total	Acolhimento Mãe-bebe	11	0,4
	Encaminhamento	16	0,6
	Interconsulta	5	0,2
	Não relatado	456	18,1
	Pedido de Atestado	13	0,5
	Planejamento Familiar	22	0,9
	Pré natal	13	0,5
	Preventivo	210	8,3
	Situação Aguda	1050	41,7
	Resultado de Exame	106	4,2
	Rotina	61	2,4
	Solicitação de exame	76	3,0
	Total	2516	100

A seguir apresentam-se os motivos que levaram os usuários a procurarem atendimento na unidade em maio/2015 distribuídos por faixas etárias.

Nas faixas etárias de crianças com idade inferior a 3 anos e crianças de 3 a 10 anos, em um total de 161 e 171 demandas, identifica-se

que 69,61% e 69,59% dos usuários, respectivamente, procuraram a unidade para atendimento através de situações de queixa aguda. Foram encontradas redigidos no PEP situações como “febre”, “diarreia”, “vômito”, “suspeita de pneumonia”, “alergia”, “suspeita de caxumba”, “disúria”, entre outros.

Na faixa etária de 11 a 19 anos a procura com situação aguda aparece com 59,55% da demanda em um total de 272 usuários. As queixas de situação aguda mais frequentes são: “desconforto abdominal”, “febre”, “prurido vaginal”, “dor de garganta”, entre outros.

A Tabela 1 mostra a faixa etária de mulheres de 20 a 35 anos que procuraram a unidade por demanda espontânea no mês de maio/2015. Destacando-se com 43,75% da demanda as situações de queixa aguda.

A seguir apresenta a demanda espontânea de mulheres na faixa etária de 36 a 64 anos. Com 28,16% revela que o motivo da procura à unidade se dá por situações de queixa aguda, tais como: “febre”; “prurido vaginal”; “amigdalite”; “dor no corpo”; “lombalgia”; “resfriado”; entre outras. Cabe destacar que surge com 20,93% a coleta de preventivo.

Em homens com a faixa etária de 20 a 35 anos, 53,53% das demandas são por motivos de situação aguda. Como, “febre”, “lesões pelo corpo”, “suspeita de tuberculose”, “corrimento uretral”, entre outros.

A Faixa etária de homens de 36 a 64 anos, que procuraram a unidade por demanda espontânea, 40,16% se dá por motivos de queixa

aguda. Surge nesta faixa etária motivos como: “crise hipertensiva”, “disúria”, “febre”, “mialgia”, entre outros.

Em idosos com 65 a 80 anos e acima de 80 anos, demonstra com 28,69% e 30,84%, respectivamente, que o motivo pelo qual eles procuram a unidade por demanda espontânea é a transcrição de medicamento, insumos e ou exames.

DISCUSSÃO

O CMS Rodolpho Rocco caracteriza-se por ser uma unidade de atenção básica e que realiza um número relevante de atendimentos de demanda espontânea. Torna-se um desafio para o gestor da unidade a organização das demandas, tanto programadas quanto espontânea, em busca da garantia do acesso integral a saúde dos seus usuários.

É necessário que a demanda espontânea seja acolhida pela unidade de atenção básica para que esta possa, primeiramente, ser problematizada junto aos profissionais de saúde da unidade no qual é cadastrada. Desta forma, a atenção básica precisa absorver e resolver os problemas de saúde do seu território, contribuindo para a criação e o fortalecimento de vínculos com os seus usuários. Logo, permitindo a oportunidade de intervenções de novas estratégias de reorganização do serviço e do cuidado para a população.⁴

O presente trabalho revela características significativas sobre o perfil atual da demanda espontânea do CMS Rodolpho Rocco. Ao considerar que a Estratégia de Saúde da Família

possui como um dos principais desafios o processo de trabalho embasado em planejamento de ações, torna-se pertinente tecer considerações sobre o que foi diagnosticado.

É expressivo a quantidade de transcrições digitadas no PEP através da demanda espontânea. Estruturalmente o serviço farmacêutico fica a parte da unidade, dessa forma o controle do fornecimento de medicação não é realizado no sistema. Corriqueiramente devido à perda da receita pelos usuários, principalmente referente aos pacientes de doenças crônicas como hipertensão arterial e diabetes que apresentam validade de 06 meses, sendo necessário nova prescrição pelo profissional. Tal particularidade, promove o aumento numérico da demanda espontânea. Sendo pertinente um cuidado ao avaliar esta questão sob perspectiva de que é necessário a transcrição destes medicamentos/insumos.

Outro fator determinante para este elevado número de transcrições, é a permanência de equipes incompletas, dificultando o acompanhamento e controle dos usuários que necessitam de renovação regularmente de prescrições.

Um dos obstáculos encontrados para a realização deste trabalho foi a quantidade de prontuários sem informações (456) sobre o motivo pelo qual o paciente buscou atendimento na unidade. Tornando-se um fator de extrema relevância para a conclusão deste trabalho, uma vez que gerou dados significativos em todas as análises realizadas.

Contudo é necessário um trabalho de orientação e aprimoramento constante com os profissio-

nais para o preenchimento do PEP, uma vez que o registro de qualidade contribui não só para o planejamento de ações, como também, se constitui de um instrumento de respaldo ético e legal para os profissionais de saúde responsáveis.

Tendo em vista os aspectos citados acima, o CMS Rodolpho Rocco apresenta um bom indicador de atendimento a demanda espontânea com situação de queixa aguda. Isso representa que a unidade está aberta e preparada para acolher o que não pode ser programado, como as eventualidades e imprevistos. Desta forma, é nesses momentos de consultas à demanda espontânea que se oportuniza a criação de vínculo com os usuários. Além de, o usuário ter o poder de determinar o que é saúde para ele, dando-o subsídios para recorrer a unidade através da demanda espontânea. Sendo fundamental que a demanda seja acolhida, escutada e problematizada pelo profissional e reconhecendo-a como legítima.⁴

Consequentemente ressalta-se que é expressivo o número de consultas de coleta de preventivo realizadas à demanda espontânea de mulheres acima de 20 anos. Considerando que as equipes possuem territórios de grande vulnerabilidade social, predispor de possibilidades da realização do exame de preventivo de forma oportuna, empreende uma das formas de garantir o acesso à saúde.

Afim de contribuir para o processo de planejamento e organização das ações programadas diante das demandas espontâneas da unidade, sugere-se o levantamento trimestral da planilha de demanda espontânea disponibilizada pelo Vitacare, visando a monitoramento

do perfil da demanda. E de forma oportuna, realizar uma busca aleatória de 30% a 50% da demanda espontânea nos meses subsequentes.

Por fim, diagnosticar o perfil da demanda e investigar os motivos que levaram os usuários a procurar o atendimento por livre demanda, torna-se um instrumento para o planejamento de ações e organização do processo de trabalho da unidade, pois acaba por refletir as necessidades em saúde através da perspectiva dos usuários.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
2. Anexo Técnico II do Contrato de Gestão. Disponível em: <http://subpav.org/index.php?p=dow>
3. Bird, C.E. & Rieker PP. Gender matters: an integrated model for understanding men's and women's. Social Science and Medicine. 1999. p.745-755
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed.; 1. reimp. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Credenciamento de uma maternidade do município do Rio de Janeiro para solicitação e fornecimento do Palivizumabe a crianças internadas na Unidade Neonatal

Accreditation of a maternity in the city of Rio de Janeiro for the supply of Palivizumab to children hospitalized in neonatal care units

Gisele Lopes de Oliveira de Mello
Especialista. Neonatologia. Chefe Enfermagem
Unidade Neonatal. Hospital Maternidade
Carmela Dutra
E-mail: giselelom@bol.com.br

Carla Joelma Villares Guimarães Maciel
Especialista. Saúde Coletiva. Enfermeira. Núcleo
Vigilância Hospitalar Hospital Maternidade
Carmela Dutra
E-mail: villarescarla@gmail.com

Resumo

O Vírus Sincicial Respiratório é responsável pelas principais infecções respiratórias agudas em recém-nascidos, especialmente pneumonias (40%) e bronquiolites (75%). A prematuridade associada ou não a doença pulmonar crônica e cardiopatias são condições que aumentam a suscetibilidade. A OMS estima 60 milhões de infecções com 160.000 mortes anuais em todo o mundo. Estudos de prevalência e circulação de Vírus Sincicial Respiratório em crianças com doenças respiratórias agudas em diferentes estados brasileiros apontam maior circulação do vírus nos meses de abril a maio. Apesar desse cenário epidemiológico, constatou-se baixa oferta do Palivizumabe para crianças na Unidade Neonatal de uma maternidade do município do Rio de Janeiro e inadequação no transporte desse medicamento, sendo realizado pelos próprios pais ou responsáveis. Esse estudo descreve a experiência de credenciamento da maternidade como unidade responsável pelo cadastro de crianças elegíveis para uso do medicamento, assim como a retirada e o transporte. Foi realizada articulação com a Superintendência de Assistência Farmacêutica, SES-RJ, visando o acerto do fluxo de solicitação e fornecimento do Palivizumabe e uso em crianças internadas. A etapa seguinte foi a organização de rotina administrativa e assistencial, elaboração do procedimento operacional padrão e de instrumentos de sistematização das crianças elegíveis na unidade neonatal. Foram cadastradas 28 crianças,

sendo 15 imunizadas. A estratégia utilizada possibilitou o aumento do número de crianças imunizadas em relação a anos anteriores e melhorias na qualidade do transporte desse medicamento. Outro aspecto positivo foi a confecção do cartão SUS das crianças em seu nome, que era um dos requisitos para o recebimento da Palivizumabe.

Palavras-chave

Vírus sinciciais respiratórios, anticorpos monoclonais, enfermagem neonatal

Abstract

The respiratory syncytial virus (RSV) is responsible for the main acute respiratory infections in newborns, especially pneumonias (40%) and bronchiolitis (75%). The prematurity, associated or not to the chronic lung disease and heart disease are conditions that increase the susceptibility. The WHO estimates 60 million infections with 160,000 annual deaths worldwide. Prevalence studies and RSV circulation in children with acute respiratory diseases in different Brazilian states indicate a higher circulation of the virus in the months from April to May. Despite this epidemiological scenario, it was found low supply of Palivizumab for children in the neonatal care unit of a municipal maternity in Rio de Janeiro and inadequacy in transportation of the product, being held by parents or guardians. This study describes the experience of maternity being accredited as a responsible unit for the registration of children eligible for use of the drug, as well as the removal and transportation. It was performed an articulation with the Office of Pharmaceutical Services, SES-RJ aiming the improvement of the request and supply flow of the Palivizumab and the use in hospitalized children. The next step was the organization of administrative and assistance routine, preparation of standard operating procedure and systematization of instruments for eligible children in the neonatal

care unit. They were registered 28 children, 15 being immunized. The strategy used made it possible to increase the number of immunized children over previous years and improvements in the quality of the drug transportation. Another positive aspect was the confection of the SUS card in the children's name, which was one of the requirements for receiving the Palivizumab.

Keywords

Respiratory syncytial virus, monoclonal antibodies, neonatal nursing

INTRODUÇÃO

O Vírus Sincicial Respiratório (VSR) é responsável pelas principais infecções respiratórias agudas em recém-nascidos, especialmente pneumonias (40%) e bronquiolites (75%)¹. A prematuridade associada ou não a doença pulmonar crônica e cardiopatias são condições que aumentam a suscetibilidade.

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

O VSR é um RNA vírus, não segmentado, envelopado, da família Paramyxoviridae. É responsável pelas infecções agudas do trato respiratório em indivíduos de todas as idades. Sabe-se que a maioria das crianças é infectada no primeiro ano de vida e se estima que todas as crianças serão expostas a ele até o segundo ano de idade².

A transmissão ocorre pelo contato com secreções respiratórias absorvidas pelas membranas dos olhos, nariz e boca. O período de incubação leva em média 4 a 5 dias e a transmissibilidade varia de 3 a 8 dias, podendo levar até 3 ou 4 semanas em recém-nascidos.

As infecções causadas pelo VSR têm distribuição universal. A Organização Mundial da Saúde estima 60 milhões de infecções com 160.000 mortes anuais em todo o mundo. Nos Estados Unidos estima-se 55.000 a 125.000 hospitalizações e 250 a 500 mortes associadas ao VSR por ano. Dados desse país apontam que nos últimos 20 anos houve uma duplicação nas taxas de hospitalização de lactentes por VSR; no Reino Unido essas taxas triplicaram nos últimos 25 anos e em São Paulo observou-se um aumento de 70% nas últimas duas décadas².

No Hemisfério Sul, o período de sazonalidade normalmente começa em maio e dura até setembro, mas a atividade do vírus pode começar antes ou persistir por mais tempo. No Brasil, apesar de não haver a vigilância epidemiológica do VSR, os dados do Sivep-Gripe mostram picos de circulação do vírus entre os meses de janeiro a junho nos últimos cinco anos², vistos nos resultados das amostras de secreção oro e nasofaríngea, coletadas para os casos suspeitos de Síndrome Respiratória Aguda Grave.

Estudos de prevalência e circulação de VSR em crianças com doenças respiratórias agudas em diferentes estados brasileiros apontam uma maior circulação desse vírus nos meses de abril a maio nas regiões Sudeste, Nordeste e Centro-Oeste.

PREVENINDO INFECÇÕES PELO VÍRUS SINCICIAL RESPIRATÓRIO: PALIVIZUMABE

O Palivizumabe (PVZM) é um anticorpo monoclonal produzido por engenharia genética e

teve seu registro liberado na Agência Nacional de Vigilância Sanitária em 1999. É dispensado pela Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo desde 2007³. O medicamento é administrado por via intramuscular mensalmente, com início das aplicações no mês anterior ao período de sazonalidade.

Como medida preventiva das infecções respiratórias pelo VSR, o Ministério da Saúde incorporou o PVZM ao Sistema Único de Saúde em 2012 para crianças prematuras nascidas de até 32 semanas e crianças até dois anos de idade com doença pulmonar crônica ou doença cardíaca congênita com repercussão hemodinâmica demonstrada^{3,4}. A Portaria nº 522, de 13 de maio de 2013 aprova o protocolo de uso do Palivizumabe⁵.

Uma coorte com 198 crianças menores de um ano nascidas antes de 29 semanas de idade gestacional e crianças menores de dois anos com cardiopatia instável ou doença pulmonar crônica que receberam PVZM, em 2008, mostrou que 59,1% apresentaram infecções agudas de trato respiratório. De 76 aspirados de nasofaringe coletados durante as infecções, o VSR respondeu por 18,9% das amostras positivas (37), caracterizando-se por baixa frequência viral, concluiu o estudo⁶.

No estado do Rio de Janeiro, em 2015, os critérios de elegibilidade que nortearam a realização desse trabalho incluíam: (a) menores de 1 ano de idade cujo nascimento tenha se dado com idade gestacional menor ou igual a 28 semanas; (b) menores de 6 meses de idade cujo nascimento tenha se dado com idade gestacional entre 29 e 31 semanas; (c) me-

nores de 2 anos de idade, portadoras de cardiopatia congênita com repercussão hemodinâmica importante que estejam utilizando medicamentos para controlar a insuficiência cardíaca congestiva ou apresentem hipertensão pulmonar de grau moderado ou severo ou apresentem cardiopatia congênita cianótica; (d) menores de 2 anos de idade, com doença pulmonar crônica, que tenham necessitado de oxigênio suplementar ou terapêutica com esteroide, broncodilatador ou diurético nos 6 meses anteriores ao período de sazonalidade de circulação do VSR, segundo Norma Técnica Estadual de utilização do Palivizumabe⁷.

CONTEXTO DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Até 2015 no município do Rio de Janeiro havia apenas duas unidades hospitalares credenciadas para o fornecimento do PVZM: o Instituto Fernandes Figueira/Fiocruz e a Maternidade Perinatal, de esfera privada. Embora o Hospital Maternidade Carmela Dutra (HMCD), de gestão municipal, ofertasse o PVZM aos recém-nascidos internados na Unidade Neonatal (UNN), não havia o reconhecimento da unidade devido a oferta irregular e não sistemática. Além disso, o Núcleo de Vigilância Hospitalar observou a inadequação no transporte do medicamento, sendo realizado pelos próprios pais ou responsáveis. A participação recente da Chefia de Enfermagem Neonatal da maternidade em seminários onde se discutia a administração do PVZM alertou para a possibilidade de se fazer melhorias e criar uma sistematização das rotinas de oferta do medicamento, propiciando a realização desse estudo.

METODOLOGIA

Em março de 2015 foi realizada uma reunião de articulação com a Superintendência de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos, vinculado a Secretaria Estadual de Saúde do RJ (SES), visando o acerto do fluxo de solicitação e fornecimento do PVZM aos recém-nascidos internados na UNN. Nessa reunião foram definidos os documentos necessários ao credenciamento da maternidade, os documentos de cadastro dos recém-nascidos elegíveis e o dia da semana para retirada do medicamento na Rio Farnes. Esta, uma Farmácia Estadual de Medicamentos Especiais, incluindo-se a PVZM.

Acertou-se com a Superintendência de Assistência Farmacêutica a retirada do medicamento às sextas-feiras, confirmado posteriormente em contato com a Rio Farnes, além do fluxo de cadastro de recém-nascidos: seriam necessárias idas semanais a Rio Farnes, apresentando-se os documentos de cadastro com a listagem de recém-nascidos e na semana seguinte, após aprovação da Rio Farnes, a retirada do PVZM e o recebimento das pendências dos recém-nascidos, caso houvesse.

A etapa seguinte a articulação com a rede estadual foi a apresentação da proposta a Direção Geral da HMCD, incluindo-se a demanda por disponibilizar um profissional administrativo para retirar a PVZM na Rio Farnes. Mediante aprovação da Direção, deu-se início ao processo de credenciamento. Essa etapa foi simultânea a organização de rotina administrativa e assistencial, através da elaboração do procedimento operacional padrão e de instrumentos de sistematização dos recém-nascidos

elegíveis na unidade neonatal. Dentre os instrumentos, foi instituída uma planilha de controle de recém-nascidos cadastrados e um aviso para os pais na caderneta de vacinação para orientação após alta.

IDENTIFICAÇÃO DE RECÉM-NASCIDOS E DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA

Considerando os critérios de elegibilidade estabelecidos na Norma Técnica Estadual, iniciou-se a captação de recém-nascidos internados na UNN da maternidade. Na planilha de controle eram registrados os casos elegíveis com as seguintes informações: nome (ou Filho de), setor de internação (Unidade Intermediária ou Unidade de Tratamento Intensivo), leito, número de prontuário, critérios para recebimento da PVZM, meses de aplicação, evolução (alta, transferência, óbito) e data.

Os recém-nascidos que atendiam aos critérios eram informados a equipe de pediatria, que deveria preencher a documentação necessária: o laudo VSR (duas vias), receituários com a prescrição da PVZM (duas vias), laudos de internação e justificativas (uma via) referentes às condições. Para cada recém-nascido identificado, a enfermeira da UNN responsável por esse processo abordava os pais ou responsáveis falando da importância da PVZM e solicitava os documentos necessários para cadastro na Rio Farnes.

Dentre os documentos de cada recém-nascido, exigia-se a apresentação do cartão SUS em seu nome, não sendo aceito o “Filho de” ado-

tado usualmente na prática assistencial. Para atender à exigência foi necessário antecipar o registro em cartório desses recém-nascidos para gerar um cartão SUS em seu nome. Em razão disso, alguns casos tiveram o cadastro menos ágil que o desejado, já que esse registro dependia de os pais apresentarem a documentação no cartório, dentro da maternidade, para efetuar o registro civil.

Todos os documentos necessários ao cadastro do recém-nascido e a retirada da PVZM após aprovação são relacionados na figura a seguir:

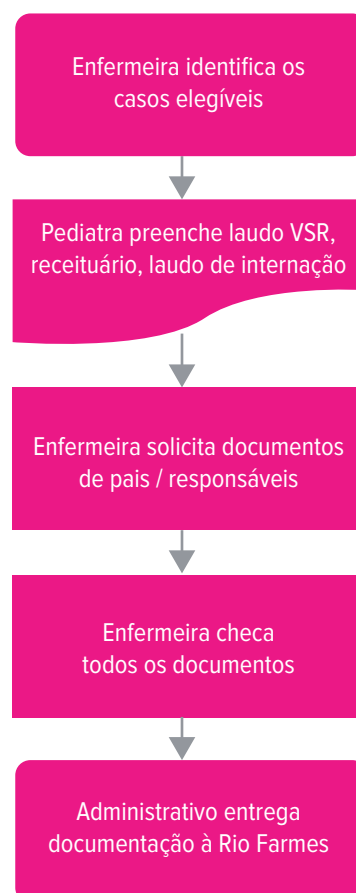
Quadro 1: Relação de documentos exigidos pela Rio Farnes para cadastro e retirada de PVZM. Adaptado da Norma técnica estadual de utilização do anticorpo monoclonal para profilaxia da infecção pelo vírus sincicial respiratório – Palivizumabe. SES/RJ, 2015.

Documentos preenchidos pelo pediatra para cadastro do recém-nascido	Documentos solicitados aos pais/responsáveis para cadastro do recém-nascido	Documentos apresentados no dia de retirada do PVZM
Laudo VSR (duas vias); Receituário padronizado (Palivizumabe 15mg/Kg), incluindo peso e estatura do RN (duas vias); Laudo médico informando internação e com a indicação da PVZM (uma via)	RG e CPF; Comprovante de residência; Certidão de nascimento do recém-nascido; Cartão do SUS do recém-nascido com o nome de registro em cartório	Receituário padronizado (Palivizumabe 15mg/Kg), incluindo peso e estatura do RN (duas vias); Laudo médico informando internação e com a indicação da PVZM (uma via);
Observações		
Validade dos documentos de 30 dias	Se pais menores de idade, documentação é dos responsáveis (avós)	Validade dos documentos de três dias

Após a conferência do preenchimento dos laudos pela equipe de pediatria, juntamente com receituários, justificativas e documentos trazidos pelos pais/responsáveis, semanalmente, encaminhava-se a Rio Farnes para cadastro dos recém-nascidos. Uma semana depois, o administrativo da HMCD retornava a Rio Farnes para retirada das doses de PVZM. Era necessário apresentar, no entanto, receituários médicos atualizados quanto ao peso do recém-nascido, laudo justificando a internação e autorização dos pais para a retirada (Quadro 2)

Quadro 2: Sistematização dos fluxos de cadastro dos recém-nascidos e de retirada do PVZM.

Fluxo de cadastro dos recém-nascidos na Rio Farnes



Fonte: HMCD, 2015.



Fonte: HMCD, 2015.

ADMINISTRAÇÃO DA PVZM E ORIENTAÇÕES

As doses de PVZM eram administradas segundo o Procedimento Operacional Padrão elaborado na HMCD. Após a aplicação, as doses eram registradas na caderneta de vacinação da criança, juntamente com o aviso de alta aos pais, orientando-os a realizar contato com a Superintendência de Assistência Farmacêutica para a continuidade da imunização numa Unidade de Pronto Atendimento (UPA) próxima a residência.

Para os recém-nascidos que recebiam alta hospitalar antes da administração das doses de

PVZM, era realizada busca telefônica para agendar a dose em uma UPA próxima a residência.

Ao fim do período sazonal e de cadastro e imunização, foram contabilizados os recém-nascidos cadastrados e imunizados, bem como avaliado todo o processo implantado.

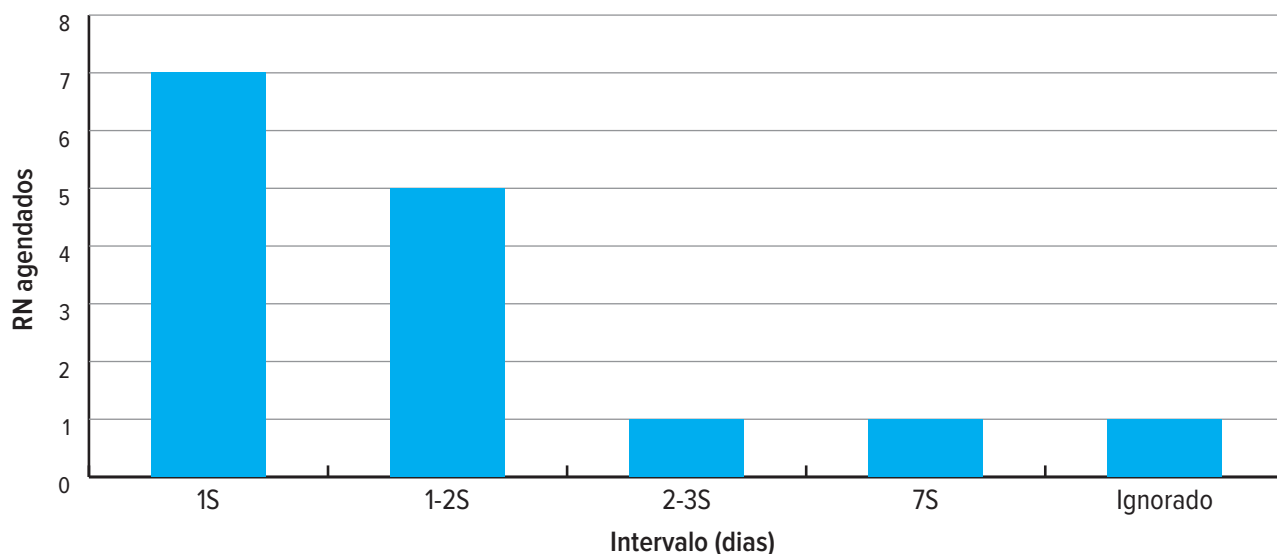
RESULTADO

O credenciamento para solicitação e fornecimento do PVZM junto a SES RJ impulsionou a organização e sistematização da oferta do referido medicamento na HMCD. No período de abril a agosto foram cadastrados 28 recém-nascidos, segundo os critérios de elegibilidade, no entanto apenas 15 foram imunizados.

Como medida de avaliação da qualidade do processo de credenciamento e oferta da PVZM, foram eleitos dois indicadores: (a) o intervalo de tempo entre as datas de cadastro do recém-nascido e sua imunização e (b) o intervalo de tempo entre as datas de 1ª dose de PVZM e de agendamento na UPA para seguimento da imunização. (Gráfico 1)

A variação de tempo, em semanas, entre a data do cadastramento e a data de recebimento da PVZM (Gráfico 2), aponta as dificuldades surgidas no processo: preenchimento inadequado dos laudos e receituários para o cadastramento por parte dos pediatras e a morosidade na entrega por parte dos pais/responsáveis dos documentos necessários. Para melhorar a qualidade de preenchimento dos impressos pela pediatria, foi realizada uma reunião com a equipe médica esclarecendo dúvidas sobre o

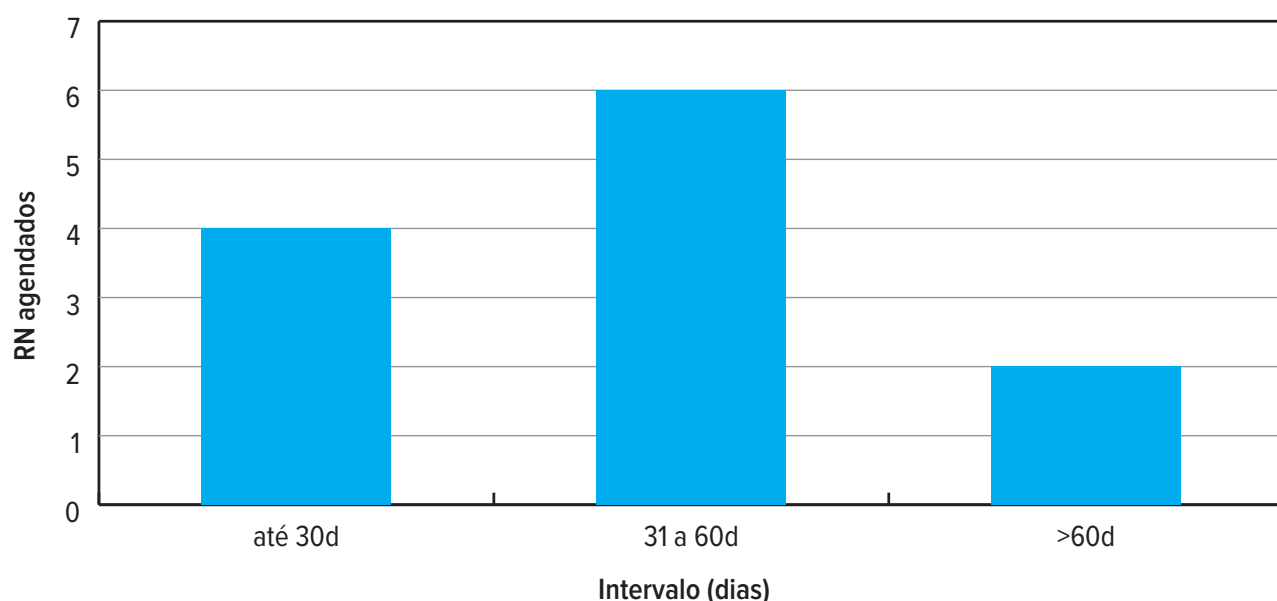
Gráfico 1: Intervalo de tempo entre as datas de cadastro dos recém-nascidos e administração da 1ª dose da PVZM, HMCD, abril a agosto/2015 (n=15)



processo e reforçando a importância da PVZM para o público elegível. Para minimizar o tempo de demora entre a solicitação de documentos aos pais, a enfermeira da UNN responsável pela PVZM os abordava pessoalmente, enfatizando a necessidade da PVZ e os benefícios da prevenção. Ainda na figura anterior, observase que um dos recém-nascidos teve o inter-

valo de tempo ignorado, que se justifica pela perda do registro da data definitiva do cadastramento. Ele foi um dos primeiros casos elegíveis para o recebimento do PVZM, no entanto, houve dificuldades em relação a documentação para o cadastro junto a Rio Farmes e nas diferentes tentativas, perdeu-se o registro, enfim, da data de cadastramento definitiva.

Gráfico 2: Intervalo de tempo entre as datas de alta e agendamento da 1ª dose em Unidade de Pronto Atendimento, HMCD, abril a agosto/2015 (n=12)



Entre os 13 recém-nascidos que não receberam a PVZM durante a internação, apenas um não teve sua dose agendada numa UPA em função da desistência do familiar em retornar a HMCD para retirar a documentação necessária. Dos que receberam alta e foram agendados (12), metade deles teve o agendamento da 1ª dose na UPA com tempo médio de 30 a 60 dias (Gráfico 2).

DISCUSSÃO

O credenciamento do Hospital Maternidade Carmela Dutra para solicitação e fornecimento do PVZM junto a SES RJ impulsionou a organização e sistematização da oferta do referido medicamento. A partir da experiência de 2015 é possível quantificar o número de recém-nascidos elegíveis, cadastrados e imunizados com o PVZM, iniciando-se um marco histórico na instituição. Isso se contrapõe ao cenário anterior em que não se podia estimar o número de recém-nascidos imunizados e se todos os elegíveis tiveram acesso ao medicamento.

O olhar da enfermagem, sobretudo da epidemiologia, para a qualidade do transporte do PVZM, realizado anteriormente pelos pais ou responsáveis em meios próprios, institucionalizou a responsabilidade desse transporte, sendo então realizado por um profissional da maternidade.

Outro aspecto positivo foi a confecção do cartão SUS dos recém-nascidos em seu nome, que era um dos requisitos para o recebimento do PVZM. Essa experiência possibilitou que eles tivessem seu registro civil antes da alta, fato que ainda não é realidade para outros recém-nascidos internados.

Apesar dos bons resultados com a iniciativa, o processo trouxe algumas dificuldades para a equipe da HMCD envolvida diretamente com o credenciamento. O não preenchimento de forma adequada e completa dos laudos e receitas e a demora dos pais em providenciar a documentação necessária para o cadastramento retardou em alguns casos o recebimento do PVZM. Propõe-se, a partir deste trabalho, a captação precoce dos recém-nascidos elegíveis ainda na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) para que haja tempo hábil para cadastro e resolução de possíveis pendências, aumentando as chances de administração do PVZM.

Durante a execução desse trabalho, observou-se que o tempo ideal entre a data de cadastro do recém-nascido e a administração do PVZM é de uma semana, compreendida entre as idas do administrativo a Rio Farnes para cadastramento e retorno para retirada do medicamento. No entanto, só se tinha ciência das pendências no momento da retirada, postergando a resolução dos casos, possibilitando a alta do recém-nascido sem a imunização indicada. Como recurso, a continuidade ou mesmo início do esquema com a PVZM poderia ser feito numa UPA indicada pela Superintendência de Assistência Farmacêutica/SES RJ, mas esse recurso implica num intervalo ainda maior, de 30 dias.

Para seguimento dos recém-nascidos no Núcleo de Atenção Integral ao Recém-nato de Risco, que acompanha os prematuros internados na UNN após alta, propõe-se envolver as enfermeiras desse ambulatório em relação a orientação aos pais e captação dos RNs com indicação de PVZM até o segundo ano de vida.

Conclui-se que a estratégia adotada configura acesso a uma tecnologia de alto custo disponibilizada no SUS, que possibilita a prevenção de infecção pelo VSR em recém-nascidos de maior vulnerabilidade. Em longo prazo, estima-se que a redução de chances de infecção aumente a qualidade de vida desses sujeitos.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Uso profilático do Palivizumabe em crianças com alto risco para doença por vírus sincicial respiratório. Bol Bras Aval Tecnol Saúde [periódico na internet]; Jun 2011.
2. Sociedade Brasileira de Pediatria. Diretrizes para o manejo da infecção causada pelo vírus sincicial respiratório (VSR). São Paulo: SBP; Jun 2014. http://www.sbp.com.br/pdfs/diretrizes_manejo_infec_vsr_versao_final1.pdf
3. Toma, TS, Venâncio, SI, Martins, PN, Sato, HK. Uso profilático de palivizumabe na prevenção de infecção pelo vírus sincicial respiratório em crianças de alto risco. BIS. 2013; 14 (2): 213-220.
4. Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. Atualização sobre situação do medicamento Palivizumabe, incorporado no SUS para profilaxia do Vírus Sincicial Respiratório (VSR). Brasília: CONASS, junho de 2013. Atualizada em 18 de julho de 2013. Nota Técnica nº20.
5. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 522, de 13 de maio de 2013. Aprova o protocolo de uso do palivizumabe. Brasília: Diário Oficial da União, 15 mai 2013.
6. Monteiro, AIMP, Bellei, NCJ, Sousa, AR, Santos, AMN, Weckx, LY. Infecções respiratórias em crianças menores de dois anos de idade submetidas a profilaxia com palivizumabe. Rev Paul Pediatr 2014; 32(2):152-158.
7. Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro. Subsecretaria de Atenção a Saúde. Norma técnica estadual de utilização do anticorpo monoclonal para profilaxia da infecção pelo vírus sincicial respiratório – Palivizumabe. Rio de Janeiro: 2015.

Segurança do paciente em uma grande emergência do SUS: como assegurar a prática?

Patient safety in a great SUS emergency: how to ensure the practice?

Cintia Nunes Fonseca
Graduanda. Enfermagem. UFF. Acadêmica Bolsista de Enfermagem. SMS
E-mail: cintiafn@id.uff.br

Thais de Rezende Bessa Guerra.
Doutoranda. Ciências Cardiovasculares. UFF.
Diretora Científica HMSA/SMS
E-mail: thaisbessa@id.uff.br

Marcelo da Silva Dehoul
Enfermeiro. Especialista. Segurança do Paciente. FIOCRUZ
E-mail: msdehoul@gmail.com

Maria Claudia Guerra Souto Maior
Enfermeira. Especialista Hemoterapia. Diretora do Departamento de Enfermagem
E-mail: mcgsoutomaior@yahoo.com.br

Resumo

A segurança do paciente assumiu uma das dimensões da qualidade mais abordadas nos níveis de cuidado à saúde no Brasil e no mundo. O Brasil alinhou esforços com a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente com a implantação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), do qual destaca-se para as diretrizes, dentre elas a identificação do paciente. O estudo tem por objetivo relatar a experiência observacional acerca da pulseira de identificação dos pacientes admitidos nas salas de emergência em uma grande emergência de um hospital público do município do Rio de Janeiro. Para tal, utilizou-se como métodos um estudo observacional, transversal, no formato de relato de experiência. No período de agosto a setembro de 2015. Inicialmente, foram selecionados os setores da emergência e em seguida foram realizadas visitas observacionais, consecutivas e em dias alternados. Buscou-se no censo diário os registros de admissões dos pacientes e imediata identificação da pulseira de identificação nos respectivos pacientes. A amostra foi aleatória e consecutiva. Os dados foram organizados em programa Excel 2010 e a análise estatística foi realizada em programa graphpad. Resultados: Foram registrados no censo diário de admissão $n = 115$ pacientes e com pulseira de identificação $n = 72$ pacientes. Conclusão: Considera-se que a identificação do paciente não é um ele-

mento primordial de rotina realizada pela equipe multiprofissional dos cuidados em saúde, e ainda assim a equipe de enfermagem são os profissionais que mais se envolvem com o protocolo correto de identificação dos pacientes. Observa-se que há necessidade de intensificar a sensibilização da segurança do paciente na equipe multiprofissional.

Palavras-chave

Segurança, paciente, qualidade, saúde.

Abstract

Patient safety has taken on a dimension of quality more addressed in the health care levels in Brazil and worldwide. Brazil has aligned efforts with the World Alliance for Patient Safety with the implementation of the National Patient Safety Program (PNSP), which stands out for the guidelines, among them the identification of the patient. The study aims to report the observational experience on the identification bracelet of the patients admitted to emergency rooms in a large emergency of a public hospital in the city of Rio de Janeiro. For this, we used methods as an observational, cross-sectional, the experience-reporting format. From August to September 2015. Initially, the emergency sectors and then were conducted observational visits, consecutive and on alternate days were selected. Sought in the daily census records of admissions of patients and immediate identification of the identification bracelet on their patients. The sample was random and consecutive. Data were organized in Excel 2010 program and statistical analysis was performed in GraphPad. Results: We recorded in the daily census of admission $n = 115$ patients and identification bracelet $n = 72$ patients. Conclusion: It is considered that the identification of the patient is not a key element routine performed by the multidisciplinary team of health care, yet the nursing staff are professionals more involving with the correct protocol for identifying patients. It is observed that there is need to increase awareness of patient safety in the multidisciplinary team.

Keywords

Safety, patient, quality, health

INTRODUÇÃO

A segurança do paciente encontra-se relacionada à qualidade nos serviços de saúde e vem se tornando assunto prioritário na área. Embora o cuidado em saúde traga enormes benefícios a todos os envolvidos, no entanto a ocorrência de erros é possível, e os pacientes podem sofrer graves consequências. Sendo assim, a segurança do paciente pode ser definida sucintamente, como o ato de evitar, prevenir ou melhorar os resultados adversos ou as lesões originadas no processo de atendimento médico-hospitalar¹.

No Brasil, dois marcos importantes que mostram o avanço dessa temática são: o primeiro em 2004, quando o país se torna um dos Estados signatários da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, criado pela OMS, visando a socialização dos conhecimentos e das soluções encontradas, por meio de programas e iniciativas internacionais com recomendações destinadas a garantir a segurança dos pacientes ao redor do mundo² e o segundo em 2013 com o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), instituído pela ANVISA, contendo ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e outras providências, bem como os 6 protocolos básicos de segurança do paciente³.

Os seis protocolos básicos do PNSP para a assistência de qualidade são:

1. Identificar corretamente o paciente;
2. Melhorar a comunicação entre profissionais de Saúde;
3. Melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos;
4. Assegurar cirurgia em local de intervenção, procedimento e paciente corretos;
5. Higienizar as mãos para evitar infecções;
6. Reduzir o risco de quedas e úlceras por pressão.

Das diretrizes apresentadas destaca-se a identificação do paciente, que realizada corretamente previne erros relacionados ao cuidado prestado pela equipe de profissionais de saúde, nos diferentes níveis de atenção à saúde³.

A identificação do paciente é abrangente e de responsabilidade multidisciplinar, uma vez que envolve aspectos de estrutura, desenhos dos processos de trabalho, cultura organizacional, prática profissional e participação do usuário².

As não conformidades na identificação do paciente vêm sendo apontadas como um fator preocupante na assistência à saúde, evidenciando que a identificação incorreta induz a uma série de eventos adversos ou erros.

Atualmente, os erros de identificação do paciente mais comuns descritos são: troca de dígitos no número do registro hospitalar, o uso de etiquetas erradas ou com dados incorretos, incompletos, ilegíveis e os indivíduos homônimos. O uso das pulseiras de identificação de paciente reduz a taxa de erro, mas a falta de exatidão dos dados contidos nas mesmas pode causar confusão e aumentar o risco da ocorrência de eventos adversos.

Portanto, este estudo tem por objetivo relatar a experiência observacional sobre a utilização da pulseira de identificação no Hospital Municipal Souza Aguiar.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional, transversal, no modelo relato de experiência. Realizado no período da abordagem foi realizado de agosto a setembro de 2015.

O cenário foi o Hospital Municipal Souza Aguiar (HMSA), situado no município do Rio de Janeiro – Brasil. Essa instituição hospitalar pertence a rede municipal do Sistema Único de Saúde (SUS), com referência de grande emergência (média de 500 leitos) e maior número de atendimentos da América Latina.

Para tal, foi realizado o protocolo do estudo:

- Primeira fase: Seleção dos setores da emergência (acolhimento, sala verde, amarela e vermelha)
- Segunda fase: duas visitas observacionais e consulta ao censo diário para observar os registros de admissão dos pacientes, em seguida foi realizada a visita à beira do leito para verificar a identificação do paciente pelo uso da pulseira.

RESULTADO

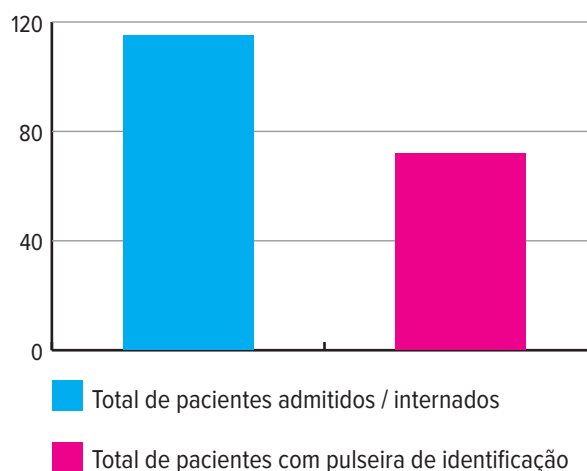
Foram realizadas visitas observacionais nos setores de emergência do HMSA, sob acompanhamento do Núcleo de Segurança do Paciente

e orientações da direção científica do Centro de Estudos.

Os enfermeiros dos setores foram comunicados sobre a visita observacional com a finalidade para observação do uso das pulseiras de identificação, porém não houve comunicação previa, evitando assim qualquer viés.

Nos dias das visitas observacionais, que ocorreram no turno da manhã e da tarde, foram registrados no censo diário de admissão um total de $n = 115$ pacientes. Foram encontrados $n = 72$ pacientes com pulseira de identificação corretamente preenchida (Gráfico 1).

Gráfico 1- Pacientes admitidos com pulseira de identificação HMSA-Rio de Janeiro –Brasil.



No setor do acolhimento nota-se que o número de pacientes atendidos com o número de pacientes com a pulseira representa o resultado de 100%.

No setor sala verde, verifica-se menor número de pacientes com pulseira em relação ao número total de pacientes internados. Na primeira visita $n = 8$ (72,72%) dos pacientes internados estavam com pulseira, já na segunda visita $n = 4$ (40%) estavam com pulseira.

Na sala amarela houve uma diminuição do número de pacientes internados no setor com uso de pulseira. Na primeira visita foram registrados n=18 (54,54%) pacientes com pulseira, na segunda visita foram n= 6 (30%) pacientes com pulseira do total de pacientes internados.

Na sala vermelha os pacientes internados com pulseira na primeira visita n= 3 (60%) e na segunda visita n= 7 (87.5%).

No que tange a responsabilidade para realização da identificação do paciente por meio da pulseira 100% dos profissionais de enfermagem realizaram a identificação.

DISCUSSÃO

Este relato de experiência retrata uma reflexão para prática assistencial, pois a identificação do paciente, ainda, não tem o reconhecimento como elemento essencial no campo do cuidado seguro pela equipe multidisciplinar, somente uma classe de profissionais, no caso da equipe de enfermagem, são os envolvidos no processo de identificação do paciente.

Nos dias em que ocorreram as visitas, os profissionais de enfermagem dos setores não criaram resistência, o que facilitou para que ela pudesse ocorrer. Alguns, porém, relataram ter algumas dúvidas sobre o uso correto da pulseira, como, por exemplo, “todos os pacientes necessitam da pulseira?”, dificuldade para colação em alguns pacientes lúcidos e orientados, e devido a rotina do profissional no setor, a conferência/colocação da pulseira no paciente era realizada, mas no final das atividades rotineiras, este

pode ser a causa da diferença de pacientes com pulseira do total de pacientes.

Um ponto negativo que vale ressaltar foi a presença de duas pulseiras em um mesmo paciente, fato este observado em mais de um setor e em mais de um paciente. Uma das dificuldades encontradas foi a localização da pulseira no paciente, pois não há padronização do local.

A OMS sugere que as instituições de saúde desenvolvam e executem programas e protocolos com ênfase na responsabilidade dos trabalhadores de saúde para a identificação correta do paciente, padronizem o uso de pulseiras de identificação e que estas contenham ao menos dois elementos qualificadores e os números de quarto ou leito. Fomenta, também, a incorporação de educação continuada dos profissionais de saúde na conferência no processo de identificação dos pacientes e a participação efetiva dos usuários e familiares no processo^{6,7,8}.

CONCLUSÃO

Embora as discussões e as iniciativas no sentido de assistir com segurança o paciente estejam se desenvolvendo e conquistando dimensões significativas ainda percebemos lacunas, no que se refere à implementação efetiva da identificação do paciente por parte dos profissionais de saúde, gestores de serviços, e do próprio usuário.

Assim, há de se pensar no envolvimento e na responsabilidade do profissional de saúde e do usuário como elementos essenciais para a eficácia do processo de identificação nos estabelecimentos de saúde.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Rigobello, Mayara Carvalho Godinho et al. Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. Actapaul. Enferm, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 728-735, 2012. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-1002012000500013&lng=en&nrm=iso . Access on 29 Sept. 2015.
2. Tase, Terezinha Hideco et al. Identificação do paciente nas organizações de saúde: uma reflexão emergente. Rev. GaúchaEnferm., Porto Alegre, v. 34, n. 3, p. 196-200, Sept. 2013. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000300025&lng=en&nrm=iso . Access on 29 Sept. 2015.
3. Cararro, Telma Elisa et al. A biossegurança e segurança do paciente na visão de acadêmicos de enfermagem. Rev. GaúchaEnferm., Porto Alegre, v. 33, n. 3, p. 14-19, Sept. 2012. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000300002&lng=en&nrm=iso . Access on 29 Sept. 2015.
4. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Segurança do Paciente – ANVISA – PORT. Nº 529 e 941/2013. Disponível em <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/25dbe40043ec3e18ac1cee6b7f09096f/Programa+Nacional+de+Seguran%C3%A7a+do+Paciente+ra+Doriane+Patrician+F+de+Souza.pdf?MOD=AJPERES>> (acesso em 29.09.15)
5. Paiva, Miriam Cristina Marques da Silva et.al. Motivos da equipe de enfermagem para a notificação de eventos adversos. Rev. Latino-Am. Enfermagem Artigo Original set.-out. 2014; v.22, n.5, p.747-754. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n5/pt_0104-1169-rlae-22-05-00747.pdf> (acesso em 20.09.15)
6. Urbanetto, Janete de Souza; GERHARDT, Luiza Maria. Segurança do paciente na tríade assistência ensino pesquisa. Rev. Gaúcha Enferm, Porto Alegre, v.34, n.3, p.8-9, Sept. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000300001&lng=en&nrm=iso (acesso em 20.09.15)
7. Françolin, Lucilena et. al. Gerenciamento da segurança do paciente sob a ótica dos enfermeiros. Ver Esc Enferm USP. Ribeirão Preto. v.49, n.2, p.277-283. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n2/pt_0080-6234-reeusp-49-02-0277.pdf> (Acesso em 20.09.15)
8. Oliveira, Roberta Meneses et al. Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v.18, n.1, p.122-129, Mar. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452014000100122&lng=en&nrm=iso> (acesso em 20.09.15).

Saúde do trabalhador na AP 3.2: o olhar das práticas integrativas e complementares através do Reiki

Occupational health in Primary Health Care 3.2: the perspective of integrative and complementary practices through Reiki

Fernanda da Motta Afonso
Nutrição. Mestre Saúde Coletiva. UERJ. Doutor
Ciências. UERJ Sanitarista. Coordenadoria Geral
Atenção Primária AP 3.2. Terapeuta Reiki. Professora
Instituto de Nutrição UERJ
E-mail: fmafonso@gmail.com

Glória Maria Lenine do Couto Ribeiro
da Motta Afonso
Graduação. Marketing. UESA. Mestre Profissional
Espaço Luz do Oriente. Terapeuta Reiki
E-mail: glomafonso@gmail.com

Roulien Jorge Camargo de Souza
Graduação. Física. Agente Administração CAP 3.2
Terapeuta Reiki
E-mail: roulienjorge@gmail.com

Renata Lameira Barros
Mestre. Terapeuta Reiki. Estúdio Reiki Sagrado
E-mail: renata_lameira@hotmail.com

Sandra Solange de Moraes Alves
Graduação. Enfermagem. UNIGRANRIO.
Especialista Prevenção Controle Infecção Hospitalar
UGF. Mestre. UNIRIO. Terapeuta Reiki
Centro de Estudos CAP 3.2. Professora UESA
E-mail: enfsandrasolange@hotmail.com

Carolina Cardoso Manso
Doutor. Psicologia. UFF. Assistente Técnica Núcleo
Apoio Saúde Família. CAP 3.2
E-mail: carolina.mansorj@spdm-pais.org.br

Silvana dos Santos Barreto
Graduação. Enfermagem. Residência Enfermagem
Oncológica. Especialista Enfermagem Cardiológica
Supervisora Educação Permanente AP 3.2
E-mail: silvana.barretorj@spdm-pais.org.br

Naraiana de Castro Pinheiro
Graduação. Nutrição. CAP 3.2. Especialista Saúde
Pública. FIOCRUZ. Terapeuta Reiki
E-mail: naraiana.pinheiro@gmail.com

Resumo

Incorporar e implementar as práticas integrativas e complementares (PIC) no SUS, com ênfase na atenção básica, tem o intuito de focar o cuidado continuado, humanizado e integral em saúde (PNPIC, 2006). O objetivo deste projeto é oferecer atendimentos de Reiki para profissionais da CAP 3.2 e da Maternidade Carmela Dutra (HMCD) e consequentemente diminuir sua carga de estresse. O atendimento de Reiki acontece 1 x semana no ambulatório do HMCD por terapeutas voluntários. A técnica Reiki é aplicada com a imposição de mãos pelo corpo em pontos energéticos, apresenta baixo custo, é sutil, sem precisar de equipamentos. Os efeitos são percebidos já ao fim da primeira sessão e tem muito boa aceitação pelos profissionais. O Reiki é uma prática integrativa e complementar, reconhecida pela Organização Mundial de Saúde que tem como objetivo manter e recuperar a saúde física, emocional, mental; melhorar o sistema imunológico; ampliar a energia, a concentração; liberar tensões e intensificar habilidades do corpo, promovendo calma e bem-estar aos profissionais. Desde setembro de 2014 já foram realizados 180 atendimentos, contemplando 70 funcionários. Incluir a PIC no dia a dia dos profissionais de saúde, dentro do seu local de trabalho, pode auxiliá-los a obter resultados concretos na prevenção de doenças e com isto favorecer a melhoria do seu estilo de vida.

Palavras-chave

Práticas integrativas, Reiki, saúde do trabalhador

Abstract

The incorporation and implementation of integrative and complementary practices (ICP) in Brazil's Unified Public Health System (SUS), with emphasis on primary health care, are addressed to the continued, humanized and integral health care policies (PNPIC, 2006). The goal of this project is to offer Reiki assistance to professionals at CAP 3.2 and at Maternity Hospital Carmela Dutra (HMCD) and consequently reduce their stress load. Reiki assistance is provided

by volunteer therapists at the Outpatient Care Center of HMCD once a week. Reiki technique is applied with the laying on of hands on the body of the recipient on his/her energy centers, offers low cost, is subtle, and needs no equipment. Its effects are already perceived at the end of the first session and this technique has been received favorably by professionals. Reiki is an integrative and complementary practice, recognized by the World Health Organization that aims to maintain and recover physical, emotional and mental health; improve the immune system; expand energy and concentration; release tension and enhance abilities of the body, promoting calm and well-being among professionals. Since September 2014, 180 sessions to 70 employees have been carried out. The inclusion of integrative and complementary practices to health professionals within their workplace, on a daily basis, can help them achieve concrete results in the prevention of diseases, thus promoting the improvement of their lifestyles.

Keywords

Reiki, occupational health, stress.

INTRODUÇÃO

Reiki é uma técnica de origem japonesa em que Rei significa universal e refere-se ao aspecto espiritual, à Essência Energética Cósmica que permeia todas as coisas e circunda tudo que existe. Ki é a energia vital individual que flui em todos os organismos vivos e os mantém. O método Reiki é um sistema terapêutico natural de harmonização e reposição energética transmitida do terapeuta treinado em Reiki sobre o corpo do paciente através da imposição de mãos¹.

O tratamento de Reiki tem duração média de 40 a 60 minutos, pode ser aplicado por um ou mais terapeutas e a imposição de mãos deve ser realizada no corpo do paciente em determinadas posições (chacras), que de modo geral

representam a localização de órgãos que compõem o sistema endócrino e linfático¹.

A proposta terapêutica do Reiki é cuidar integralmente da pessoa e não apenas proporcionar o alívio de sintomas decorrentes de agravos de natureza diversa. A prática Reiki é considerada uma prática integrativa e complementar, pois mantém e recupera a saúde física, emocional, mental; melhora o sistema imunológico; amplia a energia, a concentração; desintoxica, intensifica habilidades do corpo e reduz o estresse, promovendo calma e bem-estar aos praticantes e pacientes^{2,1}.

O Reiki é classificado como modalidade de medicina energética pelo National Center Complementary and Alternative Medicine (NCCAM) 166, sendo oficialmente recomendado pelo Nacional Health Service Trusts pelo The Prince of Wales's Foundation for Integrated Health. Embora seja uma prática integrativa, ainda não faz parte da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC)³.

Pesquisas sobre Reiki têm sido realizadas na USP em conjunto com a UNIFESP desde 2000 com a iniciativa em investigar quais seriam os possíveis efeitos da prática de imposição de mãos após uma vivência própria.

Falcão et al ⁴ destaca que essa prática proporciona sensações como a redução da percepção de tensão, do estresse e de sintomas relacionados à ansiedade e depressão. “O interessante é que este tipo de imposição oferece a sensação de relaxamento e plenitude, além de garantir mais energia e disposição” ⁵

As pesquisas continuam, em vários países, assim como o número de adeptos. Escolas públicas em Portugal, no PES (Projeto Educação para Saúde) já estão iniciando a introdução do Reiki nas escolas. Hospitais (principalmente na área de oncologia) estão levando a terapia para o alívio da dor dos pacientes e outros já estão estendendo ao quadro de funcionários, visando reduzir o estresse, a fadiga, melhorar o sistema imunológico e a qualidade de vida em geral.

JUSTIFICATIVA

Em 2013 foi realizada uma avaliação pontual do estado nutricional de 229 funcionários da Coordenadoria de Atenção Primária da AP 3.2 (região norte do município do Rio de Janeiro), em que 37,1% apresentaram sobrepeso e 23,3%, obesidade, dados bem próximos dos achados nacionais⁶. A partir desses achados fez-se um trabalho de acompanhamento mensal pelas equipes do NASF (Nutrição, Psicologia e Atividade Física) junto aos profissionais de saúde que apresentaram este risco nutricional. Através desse acompanhamento, os profissionais relataram terem dificuldade de prática de atividade física e a na preparação de uma alimentação mais saudável; fatores de risco principais na determinação do sobrepeso e obesidade. Através de um olhar mais subjetivo, os psicólogos do NASF constataram traços de estresse, ansiedade e conflito no ambiente de trabalho dos profissionais de saúde, principalmente entre os que trabalham na rua (agentes de controle de endemia e de vigilância em saúde).

De acordo com Hans Selye o “estresse” é o desvio da homeostase numa condição normal de repouso.

Os estudos de Hall sugerem que estados de relaxamento induzidos, podem ser eficazes e influenciar sensivelmente um dos mais importantes sistemas fisiológicos do ser humano, sua imunidade, podendo ser específico a ponto de ativar uma função bem distinta, entre as muitas que este sistema executa. Qualquer mudança que afeta a vida de um organismo é um agente estressor, podendo ser desencadeado por fatores psicossociais e comportamentais (como frustração, ansiedade e sobrecarga) e também fatores de origem bioecológicas e físicas (poluição, temperatura, nutrição). Os agentes estressores afetam os sentidos da percepção, equilíbrio hormonal, função respiratória, a pele, o trato urogenital, e os sistemas cardiovascular e digestório^{7,8,9}.

Nesse sentido, elegeu-se a prática integrativa Reiki com o objetivo de diminuir a carga de estresse dos profissionais de saúde da CAP 3.2.

METODOLOGIA

O início do Projeto foi conquistado pela definição de parcerias importantes. O Hospital Maternidade Carmela Dutra cedeu uma sala do ambulatório, equipada com lavatório, macas, cadeiras e ar condicionado; a CAP 3.2 participou da compra de materiais como almofadas, lençóis descartáveis, caixa organizadora, garrafa d'água e cópias de impressos; além da disponibilidade de duas terapeutas Mestres em Reiki, do Espaço Luz e Oriente (ELO) e Estúdio Reiki Sagrado. A partir dessas parcerias, tem acontecido atendimentos de Reiki desde setembro de 2014 para os funcionários da CAP 3.2, órgão de gestão composto por pro-

fissionais técnicos de nível superior, agentes administrativos, de controle de endemias e de vigilância em saúde e também da Maternidade Carmela Dutra (HMCD). Os atendimentos de Reiki acontecem uma vez por semana, às quartas-feiras à tarde por terapeutas voluntários no ambulatório do HMCD.

A técnica Reiki é aplicada com a imposição de mãos com toques suaves pelo corpo em pontos energéticos (chacras) dos pacientes (figuras 1 e 2) e cada sessão dura em média de 40 a 60 minutos podendo ser aplicado por um ou mais terapeutas.

Como vantagens apresenta baixo custo, é sutil, não compromete a produtividade do profissional visto que a sessão e o deslocamento para o ambulatório são rápidos. Também não é necessário que o indivíduo retire roupas ou sapatos para receber o tratamento de Reiki, dando ainda mais praticidade ao atendimento.

Para entrar no Projeto o paciente/profissional de saúde, inicialmente mostra o desejo de realizar o tratamento, dirige-se a sala de atendimento, dá o nome e telefone de contato. A partir da primeira sessão de Reiki este preenche uma ficha de identificação e de principais sinais e sintomas do ponto de vista físico e emocional. São oferecidas quatro sessões, de preferência com intervalo de 7 a 15 dias para cada paciente², dependendo da necessidade ou disponibilidade de horário do profissional de saúde. Ao final das quatro sessões configura-se o encerramento do tratamento e é solicitado ao paciente preencher uma ficha de avaliação do tratamento.

Desde o ano passado foi criado um grupo de WhatsApp para otimizar a marcação dos aten-

dimentos, oferecer horários mais compatíveis com as agendas dos profissionais e estreitar o contato dos profissionais com os terapeutas em Reiki, para tirar dúvidas ou até mesmo conhecer mais sobre a técnica terapêutica que está sendo utilizada.

RESULTADOS

Em um ano e seis meses de projeto já foram realizados 180 atendimentos, contemplando 70 funcionários, em que sua maioria (98%) não conheciam e nem havia experimentado a técnica do Reiki em suas vidas. Os efeitos foram percebidos já ao fim da primeira sessão e tem apresentado muito boa aceitação pelos profissionais de saúde.

Através da ficha de avaliação de tratamento, todos os profissionais relataram se sentirem melhores tanto do ponto de vista emocional quanto físico, se sentem aptos a indicar Reiki para outros colegas e gostariam de receber mais sessões. Do ponto de vista mais subjetivo percebeu-se diminuição de conflitos em alguns setores da CAP 3.2.

Interessante relatar que a partir dessa experiência, dois pacientes de Reiki, demonstraram interesse em iniciar o aprendizado na prática do Reiki e a partir de 2015 ingressaram como terapeutas favorecendo no aumento do número de atendimentos.

A inclusão do projeto de Reiki na saúde do trabalhador ofereceu possibilidade de se pensar em ampliar as práticas integrativas tanto no cuidado do cuidador como junto aos nossos usuários das unidades básicas de saúde da área,

despertou nos profissionais a importância da busca da integralidade da saúde do indivíduo e a CAP 3.2 conquistou maior integração com área Técnica de Práticas Integrativas e Complementares, gerando os seguintes resultados:

- Ampliação dos cursos de capacitação em auriculoterapia e reflexologia podal para 60 profissionais de saúde na Atenção Básica;
- Definição de um representante da CAP 3.2 na área das práticas integrativas e complementares;
- Convite da equipe de terapeutas em Reiki para participar no II Congresso Científico da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro para atendimentos dos congressistas.

Acredita-se que incluir as Práticas Integrativas e Complementares no dia a dia dos profissionais de saúde, dentro do seu local de trabalho, pode auxiliá-los a obter resultados concretos na prevenção de doenças e favorecer a melhoria do seu estilo de vida.

AGRADECIMENTOS

À Direção do Hospital Maternidade Carmela Dutra, à Jeanne Carvalho Aveiro e Claudia Nastari da Coordenadoria de Atenção Primária CAP 3.2, aos terapeutas voluntárias em Reiki, do Espaço Luz e Oriente, do Estúdio Reiki Sagrado, da CAP 3.2, ao OTICS – Lins, à Maria Cristina Barros e equipe da Área técnica de Práticas Integrativas e Complementares (SMS/RJ) e a todos os profissionais pacientes que confiaram no trabalho do grupo de terapeutas em Reiki.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Oliveira, RMJ. Efeitos da prática do Reiki sobre aspectos psicofisiológicos e de qualidade de vida em idosos com sintomas de estresse: estudo placebo e randomizado. *Tese de Doutorado*. Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Psicobiologia. São Paulo. 2013.
2. De'Carli, J. REIKI *Apostilas Oficiais*. Ed. Madras, 2007.
3. PNPIC. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS – PNPIC-SUS /Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 92 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnpic.pdf>.
4. Falcão F, Motta P, Monezi R, Filice NB. Academic Leagues – an introduction to integrative medicine. *European Journal of Integrative Medicine*. 2012;4S
5. Instituto brasileiro de pesquisas e difusão do Reiki. *Trabalhos Científicos Sobre o Reiki*. 2009.
6. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008–2009*. Antropometria e análise do estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Rio de Janeiro, 2010.

7. Cramer P. Defense mechanisms and physiological reactivity to stress. *Journal of personality*. 2003;71(2):221-44.
8. Noble RE. Diagnosis of stress. *Metabolism: clinical and experimental*. 2002;51(6 Suppl 1):37-9
9. Tavares ML, Soares-Fortunato JM, Leite-Moreira AF. Stress – Resposta fisiológicas e fisiopatológicas. *Revista portuguesa de Psicossomática*. 2000;2(002):51-65.

Relato de experiência vivenciado na Clínica da Família Santa Marta

Experience report experienced in Santa Marta's Family Clinic

Rainer Lopes
Graduado. Enfermagem. UNIGRANRIO
E-mail: rainer4work@gmail.com

Resumo

Em março de 2015 fui chamado para o preenchimento de vagas do concurso de Acadêmico Bolsista para a área de Enfermagem na Atenção Básica. Meu local de escolha foi a Clínica da Família Santa Marta, localizada na Rua São Clemente, 312, Botafogo, sendo um posto de saúde da atenção básica. Possuindo um Blog próprio que fala sobre a missão e visão da Unidade, almejando ser a referência em atenção básica no território, prestando serviços de promoção e prevenção em saúde de excelência e agregando mais qualidade de vida para todas as famílias, baseando todo trabalho em valores como a ética, respeito, transparência e educação. Este relato de experiência tem como objetivo principal servir de base e incentivo para que todos os alunos de diferentes graduações se interessem no programa de Acadêmico Bolsista, pois, é um grande diferencial na formação profissional.

Palavras-chave

Atenção básica, saúde da família, acadêmico bolsista

Abstract

In 2015 March, I was called to fill Academic Scholarship Contest vacancies for nursing area in primary care. My place of choice was the Santa Marta's Family Clinic, located at street São Clemente 312, Botafogo, a health center of primary care. Possessing its own blog that talks about the mission and vision of Unity, aiming to be the reference in primary care in the territory, providing promotion and prevention services in health excellence and adding more quality of life for all families, basing all work on values as ethics, respect, transparency and education. This experience report aims serve as a basis and incentive for all students of different grades are interested in Academic Scholarship program, therefore, it is a great advantage in training.

Keywords

Primary care, family health, academic scholarship

INTRODUÇÃO

Com o andamento da faculdade de enfermagem, percebi que meu perfil profissional estava voltado mais para a Atenção Básica. Identifiquei-me bastante com as propostas e protocolos de prevenção e promoção de saúde os quais tive contato nas aulas. Estava bastante interessado em adquirir mais conhecimentos, por isso decidi realizar a prova para o Acadêmico Bolsista para área de Enfermagem, onde teria contato direto com a Atenção Primária. Passei no concurso e em março de 2015 fui convocado para o preenchimento de vagas. Meu local de escolha foi a Clínica da Família Santa Marta (CAP 2.1), localizada na Rua São Clemente, 312, Botafogo.

Pesquisei um pouco sobre a Clínica e encontrei seu Blog onde diz que a missão da Unidade é prestar serviços de qualidade na atenção básica em saúde para todas as pessoas e famílias do território de abrangência. Tendo por visão que uma maior proximidade entre os profissionais de saúde da unidade e dos usuários gera um maior vínculo e a vigilância sobre possíveis situações de risco se torna maior. Portanto, almejam ser a referência em atenção básica no território, prestando serviços de promoção e prevenção em saúde de excelência e agregando mais qualidade de vida para todas as famílias, baseando todo trabalho em valores como a ética, respeito, transparência e educação. O que foi bastante interessante e esclarecedor, levando em conside-

ração que eu não conhecia nada sobre o local. Poder ver fotos e as ações que a Clínica promovia foi de grande ajuda e incentivo.

Segundo o Ministério da Saúde, a atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2012).

Fui direcionado para um Enfermeiro que me recebeu muito bem e me apresentou o espaço físico da clínica e para alguns dos funcionários, que reagiram positivamente ao saber que teriam um acadêmico com eles até o final de dezembro. A proposta era para além de aprender as funções do enfermeiro na área da atenção básica, ir além e aprender sobre todo o funcionamento e gerenciamento da clínica, onde eu estaria também com a parte administrativa, os técnicos de enfermagem, farmacêuticos, dentistas, médicos, agentes comunitários de saúde, visitas domiciliares, projetos, feiras, campanhas e reuniões de equipe. A clínica funciona de 08h até 20h, de segunda até sexta, e, a proposta do Acadêmico Bolsista é de prestar serviços de 12 horas semanais, onde estas deveriam ser divididas em no máximo 6 horas por dia, para que ficasse de acordo com a lei do estagiário.

Este relato de experiência tem como objetivo principal servir como base de dados e um grande incentivo para que todos os alunos de

diferentes graduações se interessem em prestar prova para o Acadêmico Bolsista, pois, é um diferencial na formação profissional. Muitas coisas que não tive contato na graduação, consegui ter aqui, muitas dúvidas tiradas, muita prática executada, o que acaba valendo muito a pena de se realizar.

DESENVOLVIMENTO

No decorrer do estágio, estive com os enfermeiros das três equipes: Zumbi dos Palmares, Pioneiros e Dedé, em consultas e visitas domiciliares. Os três estavam sempre muito bem-dispostos a passar todo conteúdo de uma consulta de enfermagem, onde aprendi muita coisa e percebi uma grande autonomia que o enfermeiro tem na Atenção Básica. As equipes dividiam o território igualmente em três, onde todos pudessem pegar desde o pico do morro até o asfalto, para que assim pudessem prestar todos os cuidados com visões diferentes.

Estive com os técnicos de enfermagem, que me ensinaram todos os protocolos da sala de vacinas e de procedimentos, como por exemplo, os dias de vacinas específicas por conta de vencimento, os locais de aplicação e o modelo de preenchimento das carteiras de vacinação que devem ser seguidos corretamente; conheci também o farmacêutico e a técnica de farmácia que me ajudaram bastante sobre algumas interações medicamentosas e como funcionava o sistema de dispensa de medicamentos. Tive contato com o dentista que me explicou o funcionamento e a importância da saúde bucal na rede de atenção básica. O sistema usado nesta Clínica da Família é o Vitacare, onde todos os

dados de registro e prontuários dos pacientes se encontram, sendo mais ecológico, pois diminui bastante o uso de folhas de papel.

A consulta de enfermagem é uma atividade utilizada por profissionais capacitados para fornecer parecer, instrução ou examinar determinada situação, a fim de decidir sobre um plano de ação sobre sua área de conhecimento em relação às necessidades apresentadas pelo cliente (GALPERIN E PORTELA, 1990). São identificados problemas de saúde, para assim serem prescritas e implementadas as medidas necessárias com o objetivo de promoção, proteção, recuperação ou reabilitação do paciente.

O estágio supervisionado em algumas instituições de Ensino Superior ainda peca muito na quantidade de alunos dispensados para os cenários de prática e na quantidade de horas. Normalmente são de 6 a 10 alunos para cada campo, uma vez por semana, onde ficam praticamente juntos em um setor sob supervisão de um enfermeiro local ou de um professor, na maior parte da graduação. Muda um pouco no final da graduação, onde a instituição dispensa uma quantidade menor de alunos nos locais para que atuem com mais individualidade, autonomia e com maior carga horária.

No Acadêmico Bolsista de 2015 o máximo de Bolsistas alocados nas Unidades foi de dois alunos, sendo aconselhados a não estarem juntos em um mesmo dia justamente para que cada um consiga realizar o máximo de técnicas e atividades individualmente. Os bolsistas ficam na Unidade sob supervisão dos Enfermeiros da mesma, onde cada um destes pertence a uma equipe e áreas físicas diferentes, umas com mais vulnerabilidade que outras.

Além desse contato, pude atuar em inúmeras campanhas, como: Semana do Pé Diabético – montamos tendas na praça e fizemos avaliação do pé diabético que deve ser realizada uma vez por ano e também orientamos quanto ao tratamento e alimentação; Curso de capacitação contra a violência doméstica – oferecida pela CAP 2.1, aprendemos como lidar com os tipos de violência e sobre o preenchimento dos formulários; Busca Ativa de Vacinação – onde fizemos diversas visitas domiciliares à procura de crianças que estavam com as carteiras de vacinação desatualizadas; Ciclo de Debates da SUBPAV – com a temática “Como fisgar o homem para o cuidado na área de saúde” com a participação do enfermeiro da Clínica Santa Marta; Festa do Dia das Crianças – foi um evento onde além da orientação sobre os cuidados com a alimentação saudável, alugamos brinquedos para que as crianças se divertissem na praça enquanto estavam aprendendo; Fórum do Idoso – onde a temática era sobre a saúde do Idoso; Campanha de vacinação contra o HPV, Poliomielite e H1N1 – foram três campanhas realizadas onde pude atuar na vacinação; Campanha de Amamentação – gestantes e puérperas foram orientadas quanto à importância da amamentação e também sobre a coleta e doação de leite.

CONCLUSÃO

Participar do Acadêmico Bolsista foi um enorme prazer e uma grande oportunidade de aprendizado. Os pontos positivos de um estágio na Unidade Básica de Saúde estão relacionados ao aprendizado de um modelo distinto de Enfermeiros, onde estes possuem uma

autonomia muito maior no cuidado dos pacientes. É muito gratificante ter contato com o paciente, criar vínculo e ganhar a confiança, pois é assim que se consegue a promoção da saúde e a prevenção de muitas doenças que levariam diretamente para a Atenção Secundária e Terciária por falta de cuidados básicos iniciais. Não tenho pontos negativos a apontar, apenas sugestões para maior divulgação desses programas por mídias como TV, rádio, internet e pelas próprias instituições de ensino. Uma proposta legal seria as Universidades criarem fóruns para os ex-acadêmicos bolsistas apresentarem seus relatos de experiência, servindo de inspiração aos outros alunos.

A grande vantagem do Acadêmico Bolsista é fazer o aluno pôr em prática tudo o que foi aprendido na graduação de uma forma mais integral, pois são 12 horas semanais. Este tipo de estágio é como se fosse um bônus e é de suma importância para formação de enfermeiros diferenciados com uma visão muito mais abrangente na área de saúde, pois como foi explicado anteriormente, a Universidade em si não consegue capacitar os alunos do jeito que gostaria por conta da quantidade de alunos.

3. Galperim, M.; Portela, V. *Consulta de Enfermagem*. Porto Alegre. Apostila EEUFR-GS, 1990.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. *Blog Clínica da Família Santa Marta*, acessado em 09/04/2015, disponível em: <http://psfsantamarta.blogspot.com.br/>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

Um olhar sobre o dispositivo da Convivência no CAPSad III Raul Seixas

A look at the Interaction Area Device at the Raul Seixas CAPSad III

Renata do Carmo Chiquetto
Graduanda. Psicologia. UFRJ
E-mail: recchiquetto@gmail.com

Mariane N. Oselame
Mestre. Psicossociologia de Comunidades e
Ecologia Social. UFRJ. Especialista em Saúde
Comunitária. UFRGS
E-mail: mari.oselame@hotmail.com

and affection, and especially with the unpredictable and unexpected that it necessarily contains.

Keywords

CAPSadIII, interaction area, clinic.

Resumo

Este artigo é fruto de um período de aproximadamente três meses de estágio em Psicologia no CAPSad III Raul Seixas, localizado no bairro de Encantado, no Rio de Janeiro. Ele visa discorrer sobre algumas questões que emergiram ao longo deste período, tais quais: quais são as possibilidades de trabalho clínico e/ou terapêutico dentro da área de convivência de um CAPS? Quais são as especificidades desse espaço? No que ele se diferencia do trabalho em um *setting* terapêutico tradicional? E quais são as potencialidades desta diferença? Através da metodologia da Cartografia, foi possível destacar os desafios e a importância da criação de uma nova prática clínica, que vai contar, dentre outros fatores, com a potência da troca e do afeto, e principalmente com o imprevisível e inesperado que necessariamente a atravessam e a compõem.

Palavras-chave

CAPSad III, convivência e clínica

Abstract

This article is the result of a period of about three months in Psychology Internship at the Raul Seixas CAPSadIII, located in Encantado, Rio de Janeiro. It aims to discuss some issues that have emerged over this period, as: what are the possibilities of clinical and / or therapeutic work within the Interaction area of a CAPS? What are the specifics of this space? What makes it different from working in a traditional therapeutic setting? And what is the potential of this difference? Through the Cartografia methodology, it was possible to highlight the challenges and the importance of creating a new clinic, which will feature, among other factors, with the potential of exchange

INTRODUÇÃO

O presente trabalho surge da minha inserção no CAPSad III Raul Seixas, localizado no bairro de Encantado, no Rio de Janeiro enquanto estagiária do sétimo semestre de Psicologia na Universidade Federal do Rio de Janeiro. O estágio se deu por um período de aproximadamente três meses, de abril a julho de 2015, através do programa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro chamado PET-SAÚDE/Rede de Atenção Psicossocial: Priorizando o Enfrentamento do Álcool, Crack e Outras Drogas/UFRJ.

Os CAPS (Centros de Atenção Psicossocial) surgem no Brasil como forma de implementação de uma nova rede de saúde mental, fruto da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que se inicia por volta dos anos 70 – e, na prática, continua acontecendo até hoje. São constituídos por equipes multiprofissionais que atuam sob a ótica interdisciplinar e realizam atendimento a pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (BRASIL, 2011). O CAPSad III Raul Seixas é um serviço voltado para usuários de álcool e outras drogas, e possui estrutura de CAPS III, ou

seja, tem funcionamento vinte e quatro horas, e oferece leitos para acolhimento noturno.

Ao longo da História, o “louco” sempre ocupou um espaço muito particular, sendo por vezes relacionado a algo divino, a sabedoria e transcendência, e por outras, ao delinquente, ao maligno e ao diabólico. Para Peter Paul Pelbart, é a partir de Hegel que a loucura sai dessa esfera do outro, do não-humano, do divino e adentra na própria condição humana, ou seja, entende-se que “algo próprio da razão humana se realiza através da loucura” (PELBART, 1989). E uma vez dentro da condição humana, a loucura torna-se então passível de ser *curável*. Segundo o autor,

essa novidade correspondeu a uma modificação decisiva do olhar que até então se reserva ao louco: já não era mônada fechada em si mesma, opaca em sua ipseidade e alheia em sua estranheza. Todo o contrário: a loucura passou a ser, como bem viu Hegel, subjetividade dilacerada e sofrida, conflito do homem consigo mesmo, ruptura interior. E apenas quando essa fissura constitutiva foi detectada como o âmago do louco, é que sua interioridade pôde abrir-se para o comércio terapêutico. A ciência psiquiátrica, através dessa brecha exposta para o interior do insano (brecha que Pinel abriu e que Hegel pensou), pôde então, a partir da intimidade mais recôndita do homem, agir e intervir sobre a totalidade de seu ser (Pelbart, 1989, p.53)

Cresce, portanto, a lógica da cura, da prática médica voltada para a loucura, a cultura dos manicômios, hospícios e de instituições em muito atravessadas pelas lógicas do aprisionamento e da exclusão. Para Erving Goffman (1961), essas instituições podem ser entendi-

das como Instituições Totais, onde, entre outras coisas, todas as atividades são realizadas em um único local, com horários fixos e iguais para todos, entre um mesmo grupo de pessoas, todas elas tratadas da mesma forma. Ou seja, são instituições fechadas em si mesmas, sem qualquer possibilidade de relação social com o mundo externo.

A Reforma Psiquiátrica entra nesse contexto com uma grande reviravolta, opondo-se diretamente a essa lógica das Instituições Totais. O trabalho com o “louco” deixa de dizer de uma institucionalização, de um corte abrupto de seus laços afetivos e vínculos territoriais para a proteção e bem-estar de uma sociedade na qual ele não pode se inserir. Se antes a proposta era de retirada completa desse indivíduo do corpo social, agora, pelo contrário, é de total aposta nos laços afetivos e vínculos territoriais enquanto dispositivos para a diminuição de seu próprio sofrimento psíquico, passando pela transformação da forma de inserção desse sujeito no corpo social, e da forma como esse corpo social se relaciona com ele.

Inicia-se um processo de construção de um novo olhar sobre o “louco”, onde se afirma não mais a ótica higienista e normativa, mas, ao contrário, a ótica do cuidado. Um olhar que busca não a exclusão, mas a inclusão, que busca não a tutela, mas a construção de autonomia, não a anulação, mas a afirmação de potências de vida, a partir da percepção do louco enquanto humano, enquanto ser desejante, vivo, transformador de si e do mundo.

No CAPS, a lógica de uniformização e massificação dos indivíduos, presente nas Institui-

ções Totais, é completamente recusada. Para cada usuário do serviço, é construído, coletivamente entre técnico de referência, a equipe do serviço e o *próprio usuário*, um Projeto Terapêutico singular, ou seja, que não parte de um modelo pronto e homogêneo de tratamento, mas sim da aposta nos limites, especificidades e desejos de cada um.

Dentro do CAPS, os usuários do serviço podem, de acordo com seu projeto terapêutico, ser atendidos individualmente, circular por oficinas como a de Artesanato e de Futebol, por diferentes Grupos Terapêuticos, atividades específicas de cada semana, ocupar – por um período pontual – um dos leitos do Acolhimento Noturno ou, ainda, passar o dia no CAPS através do dispositivo clínico da Convivência.

A Convivência abrange todo o espaço do CAPS, ou seja, no caso do CAPSad III Raul Seixas: varanda, corredores, sala de televisão e pátio, onde os usuários passam o dia conversando, jogando baralho, dominó, dormindo, ou quaisquer outras atividades que desejarem e que forem possíveis de serem realizadas naquele ambiente. Dependendo do projeto terapêutico, o usuário passa um dia, alguns dias ou todos os dias da semana na Convivência do CAPS.

Ao longo da minha experiência no serviço, participei semanalmente da Oficina de Música, e pude circular por muitos dos demais dispositivos clínicos oferecidos aos usuários pelo CAPSad. No entanto, a maior parte do tempo eu estive na Convivência. E dentro dela, muitas questões surgiram para mim. A primeira, e mais central de todas, foi em relação ao trabalho do terapeuta dentro do funcionamento da

Convivência. Ora, estando ali, conversando com os usuários, com frequência eu me perguntava: o que estou fazendo aqui? Qual é a importância de eu estar ocupando esse espaço? Como ele se caracteriza? É clínico? É terapêutico? É lazer?

Quais são as possibilidades de trabalho clínico e/ou terapêutico dentro da área de convivência de um CAPS, mais especificamente no CAPSad III Raul Seixas? Quais são as especificidades desse espaço? No que ele se diferencia do trabalho em um *setting* terapêutico tradicional, como um consultório?

Atravessando todas essas questões – e muitas outras – que surgiram, está a importância do *afeto*. Afeto, aqui, enquanto sensibilidade, tato, percepção e atenção. Deixar-se afetar, no sentido de estar aberto ao sentir e, principalmente, de estar *atento* a ele. Estar atento ao plano de forças formado pela instituição, pelos profissionais, pelos usuários do serviço e também por mim. Ao meu caminhar por entre os dispositivos e usuários, a como estes reverberavam em mim, em minhas próprias questões e desejos. Ao que era produzido, em cada encontro, de coletivo, de singular, de novo. Ou então de cíclico, adoecedor, mortificante. A partir do afeto, acessar o plano de forças que compõe determinado campo, pensar sobre ele, produzir a partir dele. Mapeá-lo. Cartografá-lo.

A Cartografia, que servirá de base para a produção deste trabalho, é um método de pesquisa-intervenção onde o pesquisador-cartógrafo não se distancia de seu objeto de pesquisa. Pelo contrário, se aposta no encontro do cartógrafo

com o campo enquanto acontecimento transformador de ambos. Transforma-se o pesquisador, e transforma-se o objeto. A intervenção não é unilateral. A cartografia, portanto,

é um método de investigação que não busca desvelar o que já estaria dado como natureza ou realidade preexistente. Partimos do pressuposto de que o ato de conhecer é criador de realidade, o que coloca em questão o paradigma da representação. Como já atestaram Maturana e Varela (1990, p.21), ‘todo ato de conhecer traz um mundo às mãos (...) todo fazer é conhecer, todo conhecer é fazer’. Ter um mundo às mãos é comprometer-se ética e politicamente no ato do conhecimento. É intervir sobre a realidade. É transformá-la para conhecê-la. (Kastrup; Passos 2013, p.264)

Dessa forma, este trabalho busca mapear e problematizar as questões que surgiram para mim ao longo desses três meses, partindo sempre dos meus relatos e percepções, em primeira pessoa, e entendendo que fazem também parte de um processo de construção e transformação do objeto sobre o qual escrevo.

METODOLOGIA

Todos os dias, ao chegar ao CAPS, eu realizava a mesma dinâmica: entrava, deixava minha bolsa, bebia um pouco de água e começava a caminhar pelo serviço. No início, eu realizava isso simplesmente por não ter nada mais o que fazer. No terceiro mês, no entanto, a proposta era essa mesmo. Ao longo desta andança sem rumo, eu ia encontrando os usuários, trocando algumas palavras, cumprimentando, sem interrogar ou pretender qualquer atividade clí-

nica ou terapêutica imediata. Apenas o caminhar e a abertura para a troca e a escuta.

Algumas vezes eu simplesmente dava a volta em todo o espaço e voltava para o mesmo lugar. Quando isso acontecia, eu me direcionava para os bancos do fundo do CAPS, onde a maioria dos usuários da Convivência ficava, e puxava assunto com alguém.

Na maior parte das vezes, no entanto, esse percorrer dos corredores do CAPS sofria diversas interrupções. Alguns encontros com os usuários se desdobravam em conversas, em longos períodos de tempo em pé do lado da porta, ou sentados no corredor. E então, nesse caso, a minha andança circular tornava-se tortuosa. A conversa nos levava para algum banco, para a porta de entrada, ou então, na maioria das vezes, para os bancos do fundo.

Essa dinâmica gerou uma grande questão para mim. Talvez a que mais atravessou a minha experiência no CAPSad: qual o sentido desses encontros? Qual a importância dessas conversas?

Esse incômodo esteve presente ao longo de todos os três meses de estágio, e é ele o disparador desse texto e dos questionamentos a seguir. A partir do momento em que pude construir essa pergunta para mim mesma, eu passei a ocupar o dispositivo clínico da Convivência com outro olhar. Eu queria entender o que era aquilo que efetivamente acontecia ali, que me deixava incomodada por achar que nada acontecia, mas ao mesmo tempo mexia comigo, suscitava em mim milhões de questões, me dava vontade de voltar, de estar. Por que algo acontecia, sim. Mas o quê?

A CONVIVÊNCIA

Esta questão foi incessantemente levada por mim para o espaço de preceptoria do estágio, cada vez de uma forma diferente, mas sempre dizendo de uma mesma coisa. E a partir das discussões geradas ali, eu pude perceber que a Convivência, por ser livre das estruturas básicas de um atendimento clínico tradicional, suscita outra clínica, que não a “tradicional”. Uma outra forma de se relacionar com o paciente/usuário, com a escuta e com a intervenção. Por exemplo: a principal peculiaridade da clínica da Convivência é que ela não parte de um setting clínico convencional. Não acontece em um consultório ou sala privativa. Essa característica, por mais simples que pareça, tem desdobramentos muito interessantes, pois ela quebra uma forma de relacionar-se já dada, já engessada, entre paciente e terapeuta. Dentro da sala privativa, usuário e técnico já partem de papéis pré-estabelecidos, em uma compreensão mútua e silenciosa, quase inconsciente. No corredor, na varanda, ou no pátio, a coisa se dá de outra forma. Ali, o encontro entre ambos ganha uma potência enorme de poder transformar-se em algo novo! Paciente e terapeuta se misturam de tal forma que cada encontro produz uma nova relação, um novo vínculo.

E assim como os papéis pré-estabelecidos de ambos caem por terra, também o assunto, o discurso esperado entre eles não mais está dado. Na Convivência, o usuário encontra a possibilidade, primeiro, de trocar com o terapeuta, em uma relação que não seja unilateral. E, segundo, trocar a partir de experiências

que não necessariamente dizem respeito, por exemplo, às suas questões com o uso de drogas. Ali, é possível falar-se de qualquer coisa. E há enorme potência nisto! Conforme Silva:

Na relação mais informal, às vezes, as potencialidades se expressam mais naturalmente, o que não acontece necessariamente durante uma atividade estruturada. (...). Esta convivência mais informal talvez proporcione um ambiente mais próximo ao do espaço de vida do usuário, de modo que ele expresse sua singularidade mais espontaneamente (2008, p.12).

Entretanto, o que essa mudança de estrutura parece mostrar é que o espaço clínico tradicional, justamente por toda essa estrutura pré-estabelecida, é muito mais confortável para o profissional. Ou seja,

o sentimento comum manifestado pelos profissionais sobre como se sentem durante esta convivência, pelo menos no início da experimentação da ambiência, é de insegurança. A ausência de um papel técnico a cumprir deixa o profissional sem instrumentos objetivos de trabalho, sem um setting definido, sem uma orientação a ser oferecida em um caso específico, ou seja, sem o controle da situação. O que a ambiência traz de novo é a exposição de características pessoais dos profissionais durante esta convivência; e esta inovação é motivo para o surgimento da insegurança (2008, p.17).

Dessa forma, o profissional, quando se utiliza do dispositivo clínico da Convivência, precisa se despir das máscaras já prontas do terapeuta, e jogar-se na insegurança de um espaço onde ele precisará construir um novo sentido para si mesmo. Precisarás experimentar, ten-

tar apostar, até encontrar um equilíbrio onde seja possível abrir-se para um encontro com o usuário que permita a troca e o afeto, sem perder de vista seu lugar ali enquanto profissional e terapeuta. Como apontou Lancetti (2014, p 116), “o terapeuta amigo transita em situação paradoxal – é ao mesmo tempo amigo e estrategista, dada a permanente avaliação passo a passo do percurso”.

A meu ver, a construção desse novo lugar do terapeuta passa pela noção do comum, tal como explicitado por Kastrup e Passos (2013, p 265), no sentido de ser preciso, no encontro com o paciente, acessar um plano que

é dito comum não por ser homogêneo ou por reunir atores (...) que manteriam entre si relações de identidade, mas porque opera comunicação entre singularidades heterogêneas, num plano que é pré-individual e coletivo.

Portanto, nem hierárquico, nem homogêneo. Um comum que parte da diferença enquanto potência e partilha.

A CONTAÇÃO DE HISTÓRIAS

Foi pensando nessa importância da escuta que se tornou inegável para mim a existência de um outro dispositivo clínico importante intrínseco à Convivência: a Contação de Histórias. Na maioria das vezes, na Convivência, os usuários não trazem “o” problema, “a” questão. Trazem algo que lhes aconteceu, ou acontece, trazem a si mesmos, da maneira que quiserem. Suas histórias, suas vidas, a partir do recorte que tiverem vontade de fazer. De forma es-

pontânea e livre. Por muito tempo fiquei me perguntando o que há de clínico no contar de uma história...

Penso que essas histórias vão muito além de um simples contar, transmitir de informações e fatos. Que histórias estão sendo contadas? Qual é a importância desses acontecimentos?

Há um usuário que conta sempre histórias de uma determinada época de sua vida. E, quando conta, seu rosto, seu corpo, se movimentam, vibram. Há também outro que conta sua vida sempre da mesma forma. Com a mesma emoção, com as mesmas expressões, a partir dos mesmos fatos. E de repente, outro, um dia, foge à repetição. Pode até contar a mesma história, mas de outra forma, com outros detalhes. E há ainda outro que sempre vejo com o rosto meio inexpressivo, dormindo, calado, quando algo em nossa conversa dispara um outro nele mesmo, e está agora imerso em lembranças, em coisas há muito esquecidas, em memórias cheias de vida.

O ato de contar histórias, portanto, é muito mais do que uma transmissão passiva de uma informação ou conteúdo. Há um prazer no contar, no compartilhar, no explicar. Há um trabalho de elaborar algo que provoca sofrimento, ou de evocar alguma coisa que aconteceu há muito tempo, mas ainda fere. Ou faz rir. Mesmo que a história seja a mesma, que se utilizem as mesmas palavras, mudando para quem se conta, quando se conta, aonde se conta, como se conta, muda a história. Quero trazer, aqui, a potência da Contação de Histórias enquanto algo que transforma a história que está sendo contada e o próprio sujeito que

a conta. De acordo com Rolnik (2014, p.66), “vê-se que linguagem (...) não é um veículo de mensagens-e-salvação. Ela é, em si mesma, criação de mundos. Tapete voador... Veículo que promove a transição para novos mundos; novas formas de História”.

A COMPOSIÇÃO COM O IMPREVISÍVEL

Outra característica importante da Convivência é que, nesse dispositivo, se está sempre lidando com o imprevisível. Por exemplo, como podemos pensar em “processos”, “efeitos”, ou ainda em projetos terapêuticos, quando a frequência de encontros é absolutamente imprevisível? Fora dos horários fixos e pré-estabelecidos das oficinas e atendimentos, e uma vez que é impossível estar ciente de todos os projetos terapêuticos, na Convivência pode-se encontrar um usuário novamente no dia seguinte, todos os dias ou nunca mais. Nesse sentido, quais as possibilidades de intervenção que essa dinâmica permite? Como explorá-las? A meu ver, é imprescindível não se afofar em querer produzir grandes intervenções/reflexões em um único encontro. Muitas vezes, um encontro permite apenas uma escuta, ou uma troca. E não necessariamente irá alcançar grandes transformações na história e relações daquele sujeito com o mundo, mas pode, sim, produzir talvez um momento pontual de faísca de vida ou uma maior vinculação ao CAPS. Acreditar no micro, no molecular, como potência de transformação do macro.

Além disso, há também o inesperado e o imprevisível que vem de fora, que é externo. Fora da bolha privada do consultório, terapeuta e

usuário estão diretamente em contato com o movimento do CAPS. O que acontece em volta atravessa, agencia, intervém, dispara, atrapa-lha. Inclusive há uma particularidade desse fator que é quando podemos falar de uma clínica com múltiplos agentes. Durante uma conversa na mesinha do pátio, outras pessoas podem chegar, ouvir, intervir, mudar o assunto. Em alguns momentos, eu pude perceber os próprios usuários provocando intervenções uns nos outros, por exemplo, ao estar fumando um cigarro ao lado de um banco onde eu estava conversando com alguém, ouvir a conversa, fazer algum comentário. Assim como também vivenciei usuários incomodando, interrompendo ou impedindo um momento de fala importante para o outro. Imprevisível.

E nessa imprevisibilidade há, também, uma espontaneidade. Ou seja, mais do que nunca, a forma como as relações terapeuta/usuário vão se dar depende diretamente do encontro. Há dezenas de usuários do serviço por dia, na convivência. Ninguém te diz quais são aqueles aos quais você deve atender, isso não é estabelecido. Como se dá o processo de construção de vínculos com alguns? Por que esses e não outros? Alguns passam por nós e não falamos nada, nunca. Outros nos chamam a atenção, nos fazem ir em sua direção, ou então vêm na nossa. Escolhemos nossos pacientes e eles escolhem a nós. É algo muito fluido, que diz do tato, do inconsciente e do sensível.

CLÍNICA DO ACONTECIMENTO

Dessa forma, a Convivência se colocou para mim como um enorme campo de forças, em constante movimento. As pessoas vão se mo-

vimentando por ele, se esbarrando, se encontrando e desencontrando. Estando sensível a ele, é possível perceber essas forças, perceber seus movimentos de tensão e relaxamento. Perceber as relações, perceber os encontros que trazem vida. Investir neles.

E quando falo em encontros que trazem vida, falo de experiências que provocam *algo*, que geram movimento, criação, que modificam a atenção. É como a experiência estética¹ (KASTRUP, 2011), que te suspende a atenção e a redireciona, que te retira de um lugar estabilizado para um não-lugar, para um não-saber, e que a partir desta mesma suspensão te transforma, te movimenta em função de outras formas, outras forças, novos agenciamentos, novas produções de si mesmo. Estes encontros também podem ser entendidos pela noção de Acontecimento, ou seja:

Dimensão real e temporal da existência. Menos como fato, ou acidente, como é costumeiramente empregada, e sim algo produtor de rupturas, que interrompe abruptamente o fluxo naturalizado da história, criando outro sentido, outras possibilidades de ser, outras problemáticas a serem enfrentadas. (Ministério da Saúde, 2002, p. 111)

Na minha trajetória no CAPSad, eu pude destacar alguns momentos que, ao meu ver, foram acontecimentos. Na Oficina de Música da qual eu participava, a frequência dos usuários era muito irregular. Alguns iam de vez em quando,

¹ Em uma aula inaugural do Programa de Pós-Graduação em Educação, Arte e História da Cultura da Universidade Presbiteriana Mackenzie (UPM), em fevereiro de 2011, Virginia Kastrup procura discutir alguns autores que falam sobre o funcionamento da atenção durante a experiência estética, entendendo esta como uma experiência que modifica a qualidade da atenção e produz subjetividade a partir do agenciamento, por exemplo, com a obra de arte. A autora destaca, de acordo com Depraz, Varela e Vermesch (2003,2006), a “suspensão”, “redireção” e o “deixar-vir” como três gestos básicos a esta modificação da atenção.

outros nunca, e alguns foram uma ou duas vezes apenas. Um pequeno número de usuários, no entanto, tinha uma frequência mais contínua. Dentre esses, havia um usuário, C., que estava aprendendo a tocar violão. Ele participava da oficina tocando instrumentos de percussão, cantando, e de vez em quando pegava o violão e começava a tocar alguns acordes em sequência, sempre a mesma sequência, sempre os mesmos acordes. Uma vez, depois da oficina, enquanto guardávamos os instrumentos, comentei com ele algo que eu pensei enquanto a via tocar: aquela sequência de acordes ficaria muito legal acompanhada de uma letra! Nem precisaria ser uma canção, mas talvez uma poesia, um texto, ou até mesmo um RAP, acompanhados pelo violão. Para a minha surpresa, o comentário ganhou corpo e vida. C. mudou sua expressão, sua forma de falar, até mesmo sua postura corporal. Ficamos um longo tempo conversando, ele me contou um pouco de toda a sua história com a música, com a arte. Ele contou dos cursos que quer fazer de fotografia, de cinema, de teatro. Que uma época chegou a tentar compor alguma coisa, mas que sentia que não foi para frente. Eu sempre o encontrava na Oficina, já havíamos conversado algumas vezes, mas eu não conhecia a relação dele com a música, com a arte. Por acaso, pude perceber como eram fatores importantes na sua vida, dentro de seus planos, carregados de desejo e potência.

Algumas semanas depois, enquanto eu conversava com outros usuários, C. senta-se à mesa conosco, e diz, num rompante, antes mesmo de terminar de sentar: “*como deve ser compor uma música?*”. Depois de um primeiro

momento de silêncio, de susto, pela pergunta inesperada e abrupta, começamos todos a conversar sobre isso, e minutos depois C. nos mostrava um caderno cheio de poesias, de letras, confusas, atiradas, grandes, pequenas, rasuradas, desenhadas. Cheias de vida. Ele conta que, desde aquele dia, está escrevendo, produzindo, criando! Diz que está tudo confuso, que ele ainda quer mudar, juntar, rearranjar o que escreveu. Que são como uma descarga, que sai tudo de uma vez, sobre vários assuntos diferentes, sobre o que ele tem vivido, sobre o que ele deseja.

Eu fiquei impressionada com a intensidade dele neste dia. Pareceu-me um turbilhão. Estávamos sentados, conversando com algo que nem me lembro mais, e C. chacoalha o grupo. Sua chegada ao grupo foi, a meu ver, um *acontecimento*. Foi uma intervenção – em todos nós.

Aquela dimensão imprevisível da convivência, onde os usuários participam da clínica uns dos outros.

Antes de C. chegar, eu estava conversando, principalmente, com P.. Estávamos conversando sobre o RAP dos Racionais que ele cantou na Oficina de Música um dia, sabendo a letra – longuíssima – inteira de cor. Ele sorri quando eu pergunto, conta um pouco de sua relação com o RAP. Canta um pedaço de outra música. Nesse meio tempo, chega C., intervém em todos nós e vai embora. Falando de composição, P. lembra de uma música que compôs há muitos anos. Este usuário me chamava atenção por estar sempre calado. Parecia-me sonolento, com a atenção desligada, inexpressivo. De repente, era outro. Estava mais vivo

do que nunca, contando histórias antigas, uma lembrando a outra, puxando um caminho entrecruzado de milhões de experiências a partir da relação dele com a música. Foi lá longe no tempo, para uma época em que sua vida era muito diferente, até chegar ao momento que está vivendo agora. Em como estas histórias se relacionam com sua relação com a droga, com seus desejos, suas expectativas. Naquele momento, eu senti P. extremamente vibrante!

Neste dia foi marcante para mim a potência que há no contar de histórias. Em alguns momentos as lembranças, as memórias, funcionam como injeções de afetos, de cor, que atualizam o presente em uma ebulição muito interna daquele que a conta, e que transborda para fora, para o externo, para o outro. Transforma o campo de forças no qual se insere e faz parte.

Algo parecido acontecia no meu encontro com R. Devagarinho, ao longo de várias idas minhas ao CAPS, fui construindo com esse usuário uma relação muito afetiva. Ele gostava de me contar suas histórias, e eu gostava de ouvi-las. Eram sempre sobre um mesmo período de sua vida, no qual era caminhoneiro e rodava o Brasil inteiro estrada afora. No decorrer de nossos encontros, eu fui percebendo a importância da escuta, de perceber (e sinalizarmos juntos) o lugar que tem para ele sua vida de caminhoneiro, seus apelidos, o lugar onde mora atualmente. A relação com a irmã, com a rua, com um grande amigo. Com a sobrinha, que o manda tomar banho (e ele obedece!) para deitar no seu peito e verem juntos algum desenho animado na televisão. O sorriso cheio de carinho ao contar isso – ele odeia televisão.

Um dia, R. sentou-se ao meu lado, em silêncio, enquanto eu conversava com outra pessoa. Faço algum comentário o incluindo na conversa e percebo nele algo diferente. Pergunto a ele se está bem, ao qual responde: não. Aos poucos, fomos conversando sobre aquilo que o incomodava, e daí partimos para outras histórias, que neste dia foram diferentes das que ele costuma contar. Sobre sua vida de ourives, sobre o filho que teve e que não conhece. Suas histórias, nesse dia, tiveram algo de triste e forte, misturado às costumeiras risadas e brincadeiras. Foi um dia diferente, com uma intensidade diferente. Foi um dia em que eu senti claramente a importância da clínica na Convivência. A importância do vínculo que eu tinha com ele, tanto para que ele viesse até mim quanto para que eu percebesse no jeito dele que algo não estava bem. A importância do contar histórias. Ele estava com raiva, neste dia, porque outro usuário havia bebido muito mais café do que o acordo implícito que há entre os usuários no CAPS (dois dedinhos de café para cada um), e que por isso o café havia acabado, e ele não pôde beber. No entanto, da questão do café houve um pulo para histórias mais antigas, mais difíceis, cheias de intensidades, alegrias e ressentimentos. Ora, ele me procurou para conversar sobre a questão do café. Mas, no fundo, havia milhões de outras coisas na sua cabeça naquele momento, sobre as quais eu senti que ele precisava falar. Fico me perguntando: será que isso seria possível sem a presença do terapeuta na convivência? Ele procuraria seu técnico de referência para um atendimento sobre sua indignação com o ocorrido do café?

Neste caso e nos dois anteriores, salta para mim a importância de estar atento, aberto à troca com o outro. Não só ouvir e anotar, receber e devolver, mas trocar, estar ali vivo, inteiro. Produzir diferença e movimento pela escuta, pela atenção e pelo cuidado. Perguntar sim, estranhar sim. Perceber tropeços e repetições, saltos e fugas. Mas não neutro, hierárquico, cheio de respostas prontas ou grandes intervenções. Será que precisa disso para ser clínico? Precisa do distanciamento, da máscara de especialista ou detentor de saber? Na minha experiência na Convivência, pude perceber uma clínica que pode se dar pelo afeto. Pela sutileza. Pelo micro que se transforma em macro, muitas vezes sem que nós mesmos possamos perceber ou prever.

A SUTILEZA DOS EFEITOS

Há, portanto, uma sutileza também nos efeitos da clínica. É difícil percebê-los, e isso pode ser frustrante e desafiador. É preciso entender que podem ser muito sutis. Pequenos, porém, enormes. Geralmente, pensamos na clínica a partir de intervenções e efeitos enunciados. Ditados, perceptíveis na dimensão da palavra.

Mas há intervenções e efeitos que dizem de algo mais sensível. Que dizem de possibilitar potências de vida, linhas de fuga, aparentemente singelas e, no entanto, bonitas e fortes.

Aos poucos você percebe que um usuário está mexendo naquilo que há muito estava paralisado. Que vai amolecendo os gessos, estalando os ossos, oxigenando. Que muda de um estado corporal inerte e para outro cheio de movi-

mento e som. É o tanto que se diz, em silêncio, com o brilhar dos olhos apenas, no encontro com as teclas do piano.

É a vida que surge ao contar histórias, ao ensinar baralho, ao tocar violão. Ao compartilhar uma criação, um desenho, uma música, uma ideia. Em um abraço, em um aperto de mãos. Ao perceber o colorido em relações que considerava cinzentas. Ou o cinzento em relações que considerava coloridas. Em sentir-se mal, sentir-se só, arrependido e triste. Sim, sentir a tristeza também produz vida, também produz diferença! Não a recusar, mas percebê-la, olhar para ela, falar dela, e ao fazer isso, transformá-la e a si mesmo.

No pátio dos fundos do CAPSad Raul Seixas, há uma mesinha aonde os usuários costumam jogar baralho. Mais especificamente, Sueca. Dentre esses usuários, há E., que sempre está no jogo, e que geralmente é quem pega o baralho e organiza a coisa toda. No geral, é bem calado, e se dá bem com todos. Participa muito da Oficina de Música, mas fica principalmente ouvindo. Uma vez, faltava um participante do jogo e sentei-me com eles para jogar sueca. Só que havia um, porém: eu não sabia jogar. Então E. começou a me ensinar. Com muita paciência, ele ia me dizendo as regras do jogo e me corrigindo quando eu errava. A partir desse dia, criou-se uma dinâmica na qual sempre que eu a via, perguntava da sueca, e o mesmo ele fazia comigo. Eu fui percebendo devagarinho os efeitos daquilo. De ensinar algo. Ser referência, tirar dúvidas. A sueca funcionou, com E., como dispositivo de construção de vínculos. A partir desse vínculo, foi possível conversar em outros espaços,

falar de suas questões, seus relacionamentos afetivos, suas dificuldades.

No meu último dia de estágio, eu estava conversando com ele e outro usuário sobre a minha saída, e de repente ele levanta e rapidinho volta. Começa a organizar as mesas e cadeiras e olha para mim com o baralho na mão, já sinalizando a cadeira onde eu deveria me sentar. “*Vamos jogar?*”.

Neste mesmo dia, eu encontrei R. na rua, quando eu estava indo para o CAPS. Na calçada, nos encontramos e eu fiquei feliz por poder encontrá-lo antes de ir embora, e então me despedir, avisar de minha saída. Ele me diz que irá ao CAPS mais tarde. Combino então de esperar por ele lá. No entanto, ele não vai. Arrependo-me amargamente de não ter aproveitado a oportunidade que tive para comunicar minha saída. Nunca encontrei nenhum usuário na rua, foi um momento de sorte que não se repetiria! Mas eis que, novamente na rua, no caminho do CAPS à estação do trem, encontro R.. Conversamos, digo que é meu último dia. Ele fica um tempinho em silêncio e me dá um beijo na testa, me deseja sorte, agradece pelo tempo em que estive no CAPS. Vamos conversando, ele mostra onde é a casa dele. Não estava bem. Estava falando de morte e suicídio. De não fazer falta a ninguém. Completamente alcoolizado. Fui resgatando com ele as relações dele com a irmã, com a sobrinha.... Com a equipe do CAPS, com o lugar onde mora. Nesse andar, pelas ruas, alguns quarteirões, eu senti novamente aquela intensidade diferente. Uma diferença no contar das histórias, na qualidade da escuta que eu estava oferecendo e que ele me demandava. Nesse dia, a clínica

aconteceu na rua, inesperada, em um encontro para nunca mais. E só se deu a partir de um vínculo que já existia, a partir do afeto e do carinho. Foi efeito e foi intervenção.

PARA CONCLUIR: OS EFEITOS EM NÓS...

Por fim, há uma dimensão final que deve ser dita quando falamos de afeto, de troca, de cartografia. A dimensão de que todo esse processo produziu, intensamente, transformação em mim mesma. Todos os vínculos, as dificuldades, as surpresas e, principalmente, as perguntas que o estágio no CAPSad Raul Seixas me suscitaram me transformaram muito. Entre outras questões, as minhas dificuldades e entraves com a clínica na Convivência abriram pela primeira vez uma porta dentro do meu processo de formação e graduação que sempre se manteve em segundo plano. Porta essa abarrotada de perguntas. E que bom!

O estágio no CAPSad III Raul Seixas, portanto, foi uma experiência que provocou muitas questões, muitas angústias, muitas incertezas. Mas completamente imersas em afeto e troca, curiosidade e criação. A imagem que ficou para mim é semelhante a bolsa do gato Felix²: parece mínima, mas tem um mundo infinito e imprevisível lá dentro. E não por acaso,

A ideia de composição no plano das forças e dos afetos busca apontar que não há jamais indiferença na escolha do tema e dos sujeitos da pesquisa. Cartografamos com afetos, abrindo nossa aten-

ção e nossa sensibilidade a diversos e imprevisíveis atravessamentos. Ao final de um trabalho de pesquisa, a sensação de que avançamos no conhecimento daquele território passa, mais uma vez, pela sensação de partilha de uma semiótica e de um maior pertencimento àquele território. (KASTRUP; PASSOS 2013, p.277)

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF.
2. Pelbart, PP. *Da Clausura do Fora ao Fora da Clausura: Loucura e Desrazão*. Editora Brasileira, 1989.
3. Goffman, E. *Manicômios, Prisões e conventos*. São Paulo, Editora Perspectiva S.A., 1961.
4. Kastrup, V. *A Atenção na Experiência Estética: Cognição, Arte e Produção de Subjetividade*. Aula inaugural do Programa de Pós-Graduação em Educação, Arte e História da Cultura, Universidade Presbiteriana Mackenzie (UPM), em fevereiro de 2011. Revista Trama Interdisciplinar (periódicos na Internet). Acesso em 20/09/2015. Disponível em: <http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/tint/article/view/5000/3817>

2 Gato Felix é um personagem de desenho animado criado nos Estados Unidos na década de 1920. Ele possui uma bolsa mágica da qual retira todo o tipo de objetos dos mais variados tipos e tamanhos.

5. Silva, L. *Ambiência: Conviver produz saúde? Trabalho de Conclusão como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde Mental da Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição*, 2008, MG. Acesso em: 20/09/2015. Disponível em: <http://colecciona-sus.bvs.br/lildbi/docsonline/2/4/142-TRCAmbi%EAncia.pdf>
6. Lancetti, A. *Clínica Peripatética*. São Paulo: Hucitec, 2014
7. Rolnik, S. *Cartografia Sentimental: transformações contemporâneas do desejo*. 2ª edição, Porto Alegre: Sulina; Editora da UFRGS, 2014.
8. Kastrup, V; Passos, E. *Cartografar é Traçar um Plano Comum*. Fractal, Revista de Psicologia, v. 25, n. 2, 2013, p.263-280.
9. Brasil, V. *Uma Experiência de Desnaturalização da Morte no Contexto da Aids: a clínica do acontecimento*. In: Artigo.fm p.128, October 17, 2002. Acesso em 20/09/2015. Disponível em: <http://www.unimep.br/phpg/editora/revistaspdf/imp32art07.pdf>

Relato de experiência de uma prática educativa em um grupo de tratamento ao tabagismo

Experience report of an educational practice in a group of treatment with smoking

Luiz Henrique Chad Pellon
Mestre. Professor Adjunto Departamento
Enfermagem Saúde Pública
E-mail: lhpellon@globomail.com

Marianna Abreu Lucchesi.
Enfermeira
E-mail: mariannalucchesi@gmail.com

Roberta Brandão da Cunha
Acadêmica. Nutrição
E-mail: bebetabcunha@hotmail.com

Tayane Fraga Tinoco Leão
Enfermeira
E-mail: tayanetinoco@hotmail.com

Resumo

O projeto Pró-Saúde e Pet-Saúde visa a consolidação da integração ensino-serviço-comunidade, incentivando a qualificação da atenção e a inserção das necessidades dos serviços e pesquisa nas universidades. As atividades são desenvolvidas por bolsistas em uma Clínica da Família na Zona Sul do Rio de Janeiro e esta tem como objetivo identificar as vulnerabilidades de membros de um grupo de tratamento ao tabagismo e apresentar práticas educativas que possam ser inseridas no âmbito da comunidade. O tabagismo consiste em uma doença que leva a dependência da nicotina e está associada à causa de inúmeras outras doenças. O presente estudo se trata de um relato de experiência e traz à tona a importância da relação ensino-serviço para potencializar o processo ensino-aprendizagem, sem a qual não seria possível se constatar a necessidade de levantamento de dados para o planejamento de atividades educativas voltadas à promoção da saúde.

Palavras-chave

Tabagismo, vulnerabilidade ao tabaco, relato de experiência, promoção da saúde

Abstract

The project Pro-Pet-Health aims to consolidate the integration of teaching-community-service, encouraging improve care and the inclusion of the needs of services and research in universities. The activities are developed by fellows in a Clinic of Family of Rio de Janeiro and aims to identify the vulnerabilities of members of a treatment group to smoking and present educational practices that can be inserted within the community. The smoking consists of a disease which leads to nicotine addiction causes and is associated with numerous other disorders. The experience brings to the fore the importance of the relationship between teaching and service to enhance the teaching-learning process, without which it would not be possible to identify the need for data collection for planning aimed at promoting health education activities.

Keywords

Smoking, vulnerability to tobacco, experience report, promotionhealth

INTRODUÇÃO

O presente artigo traz a construção e o desenvolvimento do projeto PROPET-Saúde UNIRIO SMS-RJ, denominado “Tabagismo e Vulnerabilidade da População: contribuições das ações de promoção da saúde” em que usuários da Unidade Básica de Saúde e acadêmicas de nutrição e enfermagem trabalharam juntos. O projeto Pró-Saúde e Pet-Saúde visa a consolidação da integração ensino-serviço-comunidade, incentivando a qualificação da atenção e a inserção das necessidades dos serviços e pesquisa nas universidades. O projeto Pet, do

qual se trata este artigo, ocorre em uma Clínica da Família localizada na Zona Sul do Rio de Janeiro e possui dez alunos bolsistas dos cursos de enfermagem, nutrição e medicina e cinco preceptores da equipe multidisciplinar que desenvolvem atividades educativas com enfoque nas vulnerabilidades identificadas na relação usuários-território.

Após as etapas de imersão em conteúdo teórico, capacitação dos bolsistas em tabagismo pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e ambientação no cenário de pesquisa, o grupo de alunos foi dividido em duplas que ficaram responsáveis por planejar e desenvolver práticas educativas dialógicas e participativas, visando dinamizar o processo de ensino-aprendizagem da abordagem protocolar do tratamento do tabagismo. O presente estudo refere-se a uma das atividades desenvolvidas, que teve como objetivo identificar as vulnerabilidades e desenvolver uma prática educativa no grupo, utilizando a educação como um instrumento de conscientização, libertação e transformação. Dessa forma, a partir da situação problema, o próprio educando desenvolve uma análise crítica e atua para resolvê-la. Essa estratégia substitui o modelo tradicional vertical e orientado para as doenças, já que valorizou do conhecimento local e uma relação dialógica entre o educador e o educando.¹

Sabe-se que o tabagismo consiste em uma doença epidêmica que leva a dependência de nicotina e a exposição de cerca de 4.720 substâncias tóxicas além de ser considerado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) a principal causa evitável de morte em todo o mundo, provocando grandes perdas para o indiví-

duo e a sociedade.² A OMS estima que um terço da população mundial adulta, isto é, 1 bilhão e 200 milhões de pessoas sejam fumantes, aproximadamente 47% de toda a população masculina e 12% da população feminina. Nos países em desenvolvimento, 48% da população masculina e 7% da população feminina são fumantes e nos países desenvolvidos, a participação das mulheres mais do que triplica: 42% dos homens e 24% das mulheres possuem o comportamento de fumar.³

Além disso, a expectativa de vida de um indivíduo que fuma é 25% menor que a de um não-fumante. Quando comparadas às pessoas que continuam a fumar, as que deixam de fumar antes dos 50 anos de idade apresentam uma redução de 50% no risco de morte por doenças relacionadas ao tabagismo.⁴ Embora 70% dos fumantes afirmem que gostariam de parar de fumar, menos de 10% conseguem esse objetivo por conta própria.⁵

Nesse contexto, o Ministério da Saúde, organizou o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), que age com ações educativas, legislativas e econômicas. Essas ações objetivam a diminuição da aceitação social do tabagismo, a prevenção do surgimento de novos fumantes; e o aumento do desejo dos atuais fumantes em parar de fumar. O programa coloca em evidência o papel das instituições de saúde e de seus profissionais nas ações de abordagem ao tabagismo.⁶

Para tanto, os grupos de tratamento de tabagismo são ofertados mensalmente (4 encontros semanais), seguindo a proposta de abordagem cognitivo-comportamental do Ministério da Saúde (MS), que propõe a realização de sessões

individuais ou em grupos de apoio, conduzidos por dois profissionais de saúde de nível superior capacitados.⁹ Estes, por sua vez, devem fornecer informações sobre os riscos do tabagismo e todos os benefícios de parar de fumar, estimulando o autocontrole para que o fumante interrompa o ciclo de dependências e seja capaz de mudar o seu próprio comportamento.

Contudo, verificou-se na unidade de saúde em que ocorreu o projeto que, apesar da oferta periódica de grupos de tratamento inseridos numa proposta de adscrição de clientela e territorialidade, há um elevado número de usuários cadastrados nos grupos que não completam as sessões programadas. Tal constatação despertou o interesse de todos envolvidos no projeto em concentrar esforços para ampliação da abordagem educativa, tomando como base a identificação das vulnerabilidades dos usuários cadastrados no grupo e considerando a influência na determinação não só ao tabagismo, mas a outros agravos à saúde.

OBJETIVO

Relatar a experiência de acadêmicos do curso de enfermagem e nutrição da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, vinculados ao PET- Saúde/SMS-RJ junto ao grupo de tabagismo inserido no contexto de uma Equipe de Saúde da Família na zona sul da cidade do Rio de Janeiro/RJ.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência de abordagem qualitativa descritiva, com o objetivo

de descrever a identificação de vulnerabilidades de usuários de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) e o desenvolvimento de uma prática educativa em um grupo de tabagismo da UBS.

Na abordagem qualitativa, o pesquisador deve participar e compreender o contexto social, considerando o sujeito do estudo e suas crenças, valores, condição e classe sociais, interpretando-os⁷.

O estudo de natureza descritiva busca o conhecimento de situações e relações que ocorrem na vida sócio-política-econômica e nos demais aspectos do comportamento humano, como de grupos e comunidades, descrevendo suas características, propriedades e relações existentes⁸.

A princípio, os acadêmicos do projeto PET/ Saúde tiveram a possibilidade de realizar o curso para atuação no grupo de tabagismo ofertado pelo MS e também foram participantes ativos junto aos seus preceptores de duas oficinas: uma voltada para a identificação de vulnerabilidades e outra acerca do funcionamento do prontuário eletrônico, com o intuito de extrair dados que auxiliassem no desenvolvimento do projeto.

A primeira etapa de coleta de dados foi realizada através de um levantamento de dados dos usuários que abandonaram o seguimento das sessões do grupo de tabagismo durante o ano de 2013. Posteriormente, foram realizadas entrevistas com esses usuários em seus domicílios, visando captar aspectos relacionados ao estilo de vida, meio ambiente, condições sociais e acesso aos serviços essenciais de

qualidade de vida. No decorrer da análise das entrevistas, ficou evidenciado que a maioria dos usuários se enquadrou no plano da vulnerabilidade individual, apresentando distúrbios alimentares a partir da cessação do tabagismo.

Com base nesses dados, os acadêmicos de Enfermagem e Nutrição acompanharam e guiaram o grupo de tabagismo no período de jun-jul/2014. Foram realizadas 8 entrevistas com os usuários que compareceram à primeira sessão. No decorrer das sessões somente 6 compareceram na segunda, 3 na terceira e outros 3 na última. Ao final das quatro sessões foi realizada uma prática educativa voltada à promoção da autonomia e reflexão crítica dos usuários sobre o aumento da vontade e da compulsividade de comer a partir da melhora do paladar e a vontade urgente de fumar relacionada à cessação de fumar.

Essa prática educativa foi denominada “linha do tempo”, que teve como objetivo correlacionar a abstinência do cigarro com os hábitos alimentares rotineiros, visando despertar uma dimensão crítica sobre a responsabilidade individual na escolha dos alimentos. Foi proposta aos participantes do grupo uma avaliação de suas rotinas, em que cada um deveria citar em qual momento do dia o cigarro era inserido. Com essa reflexão, chegamos ao termo de que o uso do tabaco era sempre associado às refeições, como antes do café da manhã e logo após o almoço.

Após essa etapa, criou-se juntamente com os participantes, possíveis mudanças na rotina alimentar, para distinguir a ideia de que o hábito de fumar é acompanhado de suas refei-

ções. O contexto de formulação dessa prática educativa, sua caracterização, bem como os resultados encontrados são descritos a seguir.

RESULTADO E DISCUSSÃO

Entende-se que *Habitus* é um sistema de disposição, representações e práticas sociais, resultado da interiorização das estruturas objetivas, caracterizando-se por um sistema comum a um grupo ou classe. Logo, percebe-se que o hábito alimentar é influenciando pelo meio em que a pessoa está inserida.¹⁰ Com isso, foi priorizado o planejamento de uma prática educativa que contemplasse a autonomia dos sujeitos diante da necessidade de escolhas saudáveis dos produtos disponíveis no território, valorizando a alimentação saudável como forma de prevenir a iminência de obesidade após a interrupção do ato de fumar diante do deslocamento do foco psicológico do consumo do tabaco para os alimentos.

Para tanto, é importante trazer que o modelo de atenção pautado no reconhecimento das vulnerabilidades coletivas está conformado por três planos interdependentes de determinação: a) a vulnerabilidade individual que compreende os aspectos biológicos, emocionais, cognitivos, atitudinais e referentes às relações sociais; b) a vulnerabilidade social, que é caracterizada por aspectos culturais, sociais e econômicos que determinam as oportunidades de acesso a bens e serviços e c) a vulnerabilidade programática que se refere aos recursos sociais necessários para a proteção do indivíduo a riscos à integridade e ao bem-estar físico, psicológico e social.¹¹

A partir do conhecimento de suas dimensões e das relações entre elas, há possibilidade de orientar a adequação das práticas e da linguagem utilizada pelos profissionais à realidade de vida dos sujeitos, permitindo eleger métodos e técnicas que, associados ao conhecimento da influência ambiental na determinação dos agravos à saúde, contrapõem-se às estratégias intervencionistas e culpabilizadoras, que tem se mostrado insuficientes para promover mudanças sustentáveis na realidade de vida dos indivíduos e coletividades.¹²

O cruzamento dos dados entre si evidenciou uma alta vulnerabilidade dos usuários cadastrados no grupo de tratamento do tabagismo em relação aos distúrbios nutricionais, pois a segurança alimentar das famílias depende da capacidade de obtenção dos alimentos em quantidade suficiente para garantir uma ingestão dietética adequada e permanente¹⁰. No entanto, os participantes possuem uma baixa oferta de espaços de comercialização de alimentos diversificados no território e além disso, cerca de 50% dos usuários relatam que a renda familiar por pessoa é menor ou igual a duzentos reais, o que pode levar a preferência e aquisição de produtos supérfluos, mais baratos e sem qualidade nutricional, em detrimento da aquisição de alimentos saudáveis necessários para a promoção e manutenção da saúde.

Dessa forma, percebeu-se que a família em segurança alimentar não está, necessariamente, em segurança nutricional. Segurança nutricional compõe o resultado de uma boa saúde, de acesso regular a serviços de saúde e educação, de acesso a outros bens e serviços públicos e acima de tudo ter segurança alimentar

na esfera domiciliar. Assim, uma família pode ser considerada em segurança alimentar, mas possuir membros em insegurança nutricional constituída por escassez/ inadequação no consumo de alimentos (desnutrição) ou por excesso/inadequação no consumo (obesidade). É importante ponderar que a segurança alimentar é condição necessária, mas não suficiente para a segurança nutricional¹³.

Além disso, há de se considerar a ação inibidora que a nicotina exerce sobre o apetite dos fumantes. As mudanças psicológicas sofridas devido à ausência do cigarro, aliadas às respostas fisiológicas das papilas gustativas à privação de nicotina quando se inicia um processo de cessação do ato de fumar, torna-se um dos fatores de maior preocupação manifestada dentre aqueles que optam para a mudança de hábito devido à ameaça real da obesidade.¹⁴ Os usuários presentes nas sessões referiam que o sabor dos alimentos ficava mais evidente após a cessação do tabaco e aumentava seu apetite.

Portanto, a construção dessa prática possibilitou aos usuários uma reflexão de como o cigarro é algo ligado ao comportamento de pequenas atividades diárias e se pequenas mudanças forem tomadas, principalmente na alimentação, o uso do tabaco pode começar a ser evitado.

CONCLUSÃO

A experiência traz à tona a importância durante a formação acadêmica-profissional, sem a qual não seria possível se constatar a necessidade de levantamento de dados para o planejamento de atividades educativas voltadas

à promoção da saúde. A presença de preceptores orientando e auxiliando os bolsistas foi essencial para que o projeto alcançasse seu objetivo. Ademais, possibilitou a ampliação do escopo da formação na graduação para o reconhecimento da multidisciplinaridade como uma dimensão positiva da prática profissional, por ser capaz de traduzir de forma equilibrada os limites e as potencialidades de cada campo disciplinar ao permitir que acadêmicos de áreas da saúde diferentes trabalhassem juntos com um objetivo comum.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Freire, P. Educação como Prática a Liberdade. Manual de Educação Popular em Saúde. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1989.
2. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer – INCA. Estimativas da Incidência e Mortalidade por Câncer. Rio de Janeiro: INCA; 2002.
3. Azevedo RCS, Higa CMH, Assumpção ISAM, Fernandes RF, Boscolo MM, Frazatto CRG, et al. Atenção aos tabagistas pela capacitação de profissionais da rede pública. Rev Saúde Pública. 2008; 42:353–5.
4. Azevedo RCS, Higa CMH, Assumpção ISMA, Frazatto CRG, Fernandes RF, Goulart W, et al. Grupo terapêutico para tabagistas: resultados após seguimento de dois anos. Ver Assoc Med Bras 2009; 55(5):593–6.
5. Balbani APS, Montovani JC. Métodos para abandono do tabagismo e tratamento da dependência de nicotina. Rev Bras Otorrinolaringol. 2005; 71:82–7.
6. Ministério da Saúde. Coordenação de prevenção e vigilância do câncer. Instituto Nacional de Câncer. Relatório preliminar da implantação do tratamento do fumante no Sistema Único de Saúde – SUS. Brasil, Rio de Janeiro; 2007.
7. Minayo, MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.
8. Cervo, AL; Bervian, PA. Metodologia científica. 5. ed. São Paulo: Prentice Hall: 2002.
9. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer – INCA. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Consenso sobre Abordagem e Tratamento do Fumante. Rio de Janeiro: INCA; 2001.
10. FAO/OMS. Conferência Internacional sobre Nutrición: Nutrición y desarrollo – una evaluación mundial. Roma: FAO/OMS. 1992, 133p.
11. Ayres JRCM, França Junior I, Calazans G, Salletti H. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In: Barbosa R, Parker R, organizadores. Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder. Rio de Janeiro: Relume Dumará. 1999, 50–71.

12. Engell. G. Pesquisa-ação. Editora da UFPR. Educar (Curitiba). 2000, (16):181-191.
13. Brasil. Decreto nº2.272, de 23 de novembro de 2007. Dispõe sobre as competências, a composição e o funcionamento do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – CONSEA [Internet]. Brasília, DF; 2007. [Acesso em 2015 dez 9]. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/Decreto/D6272.htm>
14. Silva RMVG, Santos MGL, Botelho C. Influência do tabagismo no ganho ponderal, crescimento corporal, consumo alimentar e hídrico de ratos. Jornal Brasileiro de Pneumologia. 1997; 23(3): 124-130.

ANEXOS

Questionário Grupo Tabagismo

Nome: _____

Grupo _____

1.HORÁRIO:

- Adequação do horário das reuniões à sua rotina de estudo, trabalho e demais atividades: ____
(1-péssimo; 5 -excelente)

2.CONTEÚDO ABORDADO:

Qualidade das informações. ____ (1-péssimo; 5 -excelente)

- A maneira como as informações foram apresentadas influenciaram na sua decisão a respeito de parar de fumar?
____ (1- péssimo; 5- sim, em todos os sentidos)
- Abordagem em grupo utilizada ____ (1- péssima; 5- excelente)

3.APRESENTAÇÃO VISUAL:

- Capacidade do material apresentado em despertar seu interesse ____ (1- nenhuma; 5 – totalmente)

4.EQUIPE PROFISSIONAL:

- Acesso aos profissionais do grupo de tabagismo dentro da unidade ____ (1-nenhum; 5- fácil)
- Apoio profissional para se expressar ____ (1- nenhum; 5-bastante)
- Linguagem utilizada pelos profissionais relacionados ao grupo de tratamento do tabagismo ____
(1-péssima; 5 -excelente)

5.TRATAMENTO PROPOSTO:

- Adequação do método proposto para o abandono do tabagismo na sua rotina: ____ (1-nenhuma; 5- total)
- Seu grau de segurança em relação a manter o propósito de não fumar sem o acompanhamento das reuniões: ____ (1 –nenhum; 5- alto)
- Quer fazer alguma consideração a respeito do grupo?

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Caro (a) Sr (a),

Você está sendo convidado (a) a participar como voluntário (a) de um estudo cujo título é **TABAGISMO E VULNERABILIDADE DA POPULAÇÃO - CONTRIBUIÇÕES DAS AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE**. Esta pesquisa tem como objetivos: 1. Identificar as vulnerabilidades da população tabagista adscrita à ESF Pavão-Pavãozinho-Cantagalo; 2. Implementar ações educativas de promoção da saúde visando minimizar as vulnerabilidades da população tabagista; 3. Analisar a resposta da população quanto à demanda de práticas educativas de promoção da saúde ao tabagismo.

O presente estudo será coordenado pelo professor Luiz Henrique C. Pellon da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Não há **riscos** que afetem diretamente sua saúde. Os dados coletados servirão para avaliarmos como as práticas educativas utilizadas no grupo respondem aos problemas ambientais, sociais, de estilo de vida e de disponibilidade de serviços que são comuns à população tabagista do território de abrangência da Clínica da Família Cantagalo-Pavão-Pavãozinho.

Portanto, os **benefícios** dessa pesquisa estarão diretamente ligados à capacidade de responder, através de práticas educativas, aos problemas identificados. A todo o momento em que ela estará sendo realizada na Clínica da Família você poderá usufruir de seus avanços, participando do grupo e propondo medidas voltadas à melhoria das práticas educativas junto aos seus responsáveis. Os questionários ficarão guardados nos arquivos do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública da Unidade Federal do Estado do Rio de Janeiro no período de 5 anos, após o que, serão digitalizados para armazenamento digital e descartados em lixo comum.

As informações obtidas no questionário de cadastramento do grupo serão quantificadas, avaliadas e publicadas. Você não será identificado em nenhum momento deste estudo sendo garantido o seu **anonimato**. É dado a você também o **direito de desistir** de participar deste trabalho a qualquer momento.

No caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final do documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa, você não será penalizado (a) de forma alguma. Estaremos à disposição para esclarecer quaisquer dúvidas na própria Clínica de Saúde da Família.

Agradecemos sua atenção.

Respeitosamente

Equipe do Pro-Pet Saúde UNIRIO-SMSDC/CAP 2.1

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA

Eu, _____, RG _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo "TABAGISMO E VULNERABILIDADE DA POPULAÇÃO - CONTRIBUIÇÕES DAS AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE". Fui devidamente informado e esclarecido pelos pesquisadores sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes da minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve à qualquer penalidade.

Rio de Janeiro, __ de _____ de 2014.

*

Luiz Henrique Chad Pellon (pesquisador responsável)
DESP/UNIRIO: 2542 71 42. E-mail: lhpellon@unirio.br
CEP UNIRIO: 2542 7796. E-mail: cep.unirio09@gmail.com

Recolhimento Não, Acolhimento Sim. Centro de Atenção Psicossocial CAPS III – João Ferreira da Silva Filho. Complexo do Alemão. Rio de Janeiro. Brasil.

*Gathering No Home In. Psychosocial Care Center CAPS III – João Ferreira da Silva Filho.
Complexo do Alemão. Rio de Janeiro. Brazil.*

Andréa Toledo Farnettane
Musicoterapeuta. Especialista em Psicossomática.
Universidade Gama Filho. Coordenadora Técnica
CAPS III João Ferreira da Silva Filho
E-mail: farnettane_andrea@hotmail.com

Resumo

Este trabalho relata a experiência da profissional de saúde mental Musicoterapeuta e Coordenadora Técnica do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS III – João Ferreira da Silva Filho na área programática 3.1 que contempla também o Complexo do Alemão no Município do Rio de Janeiro - Brasil. Abordando a importância deste serviço num território violento, mas também muito promissor. Com funcionamento 24 horas e composto por uma equipe multiprofissional - (profissionais da área da saúde, com experiência em saúde mental e experiência em ações interdisciplinares) o CAPS III João Ferreira da Silva Filho surge através da parceria entre a Organização Social (O.S.) – Viva Rio e a Superintendência (Coordenação de Saúde Mental) do Município do Rio de Janeiro. A Organização Social (O.S.) tem como objetivo desenvolver ações em áreas de elevados níveis de conflito e violência urbana favorecendo a promoção da saúde, a articulação comunitária, o fortalecimento das redes sociais. O CAPS III é um serviço que vem se apresentando neste território como parceiro nestes objetivos e parceiro para com outros serviços em função das ações intersetoriais favorecendo a integração de projetos sociais e setores afins.

Palavras-chave

CAPS III, recolhimento não - acolhimento sim

Abstract

This paper describes the experience of the mental health professional musictherapist and Technical Coordinator of the Center for Psychosocial Care - CAPS III - João Ferreira da Silva Filho in the program

area 3.1 which also includes the Complexo do Alemão in the city of Rio de Janeiro - Brazil. Addressing the importance of this service in a violent territory, but also very promising. Operating 24 hours and consists of a multidisciplinary team - (health professionals, with experience in mental health and experiences in interdisciplinary actions) CAPS III João Ferreira da Silva Filho comes through a partnership between the Social Organization (OS) - Live Rio and the Superintendency (Mental Health Coordination) of the Municipality of Rio de Janeiro. The Social Organization (O.S.) aims to develop actions in areas of high levels of conflict and urban violence favoring health promotion, community coordination, strengthening of social network. The CAPS III is a service that has been presented in this territory as a partner in these goals and to partner with other services on the basis of intersectoral actions promoting the integration of social projects and related sectors.

Keywords

CAPS III, gathering no - home in

INTRODUÇÃO

Em fevereiro de 2010, ocorre o processo seletivo a vaga de Musicoterapeuta pela Organização Social (O.S.) Viva Rio em comum acordo e parceria com a Superintendência (Coordenação de Saúde Mental) do Município do Rio de Janeiro / Brasil. Processo seletivo direcionado para profissionais da área da saúde com o objetivo de criar e compor a equipe multiprofissional de mais um novo dispositivo de saúde mental: CAPS III João Ferreira da Silva Filho, o

segundo CAPS – (Centro de Atenção Psicossocial) no Município do Rio de Janeiro com funcionamento 24 horas, com 6 (seis) leitos para acolhimento noturno, na área do Complexo do Alemão, para atender pacientes com transtornos mentais graves, dividindo sua estrutura física junto à Atenção Básica: Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e a Estratégias de Saúde da Família (ESF) – Zilda Arns. Um dos objetivos, a criação deste CAPS III neste território, é através deste, oferecer e realizar o trabalho de apoio matricial às equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), incluindo discutir os casos, potencializar atendimentos em conjunto com os profissionais da Atenção Básica, realizando visitas domiciliares, fomentar a intersetorialidade através da construção das redes locais, participar das reuniões de equipe na Atenção Básica, ou seja, auxiliando na gestão dos recursos especializados em saúde mental e criando assim caminhos para dispositivos de reinserção social no território.

Os CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi, CAPS AD, CAPS III AD, são serviços de saúde mental abertos e comunitários, compostos por equipes multiprofissionais de saúde, orientados pelos princípios e diretrizes do SUS (Sistema Único de Saúde) e da Reforma Psiquiátrica articulados à rede de saúde e intersetorial para garantir o tratamento e promover qualidade na inserção social das pessoas com sofrimento mental ou uso abusivo de crack, álcool e outras drogas. Busca-se garantir acesso aos direitos de acordo com a necessidade de cada usuário e / ou paciente.

A Organização Social (O.S.) Viva Rio tem como um de seus objetivos desenvolver ações em

áreas de elevados níveis de conflitos e violência urbana na cidade do Rio de Janeiro, vem testando e desenvolvendo metodologias de trabalho que atendam as especificidades sociais e epidemiológicas locais, favorecendo a promoção da saúde, a articulação comunitária, o fortalecimento das redes sociais, a identificação e potencialização de atividades e recursos disponíveis nestes locais. Dispara ações com base territorial que se ajustam aos princípios gerais da Política Nacional de Atenção Básica, incluindo ações intersetoriais com as Estratégias de Saúde da Família (ESF) que favoreçam a integração de projetos sociais e setores afins, que visam gerar melhoria não somente dos indicadores de saúde, mas promover também a melhoria da qualidade de vida da população local. O CAPS III João Ferreira da Silva Filho, é o serviço que se apresenta neste território como parceiro nestes objetivos e como parceiro para com os serviços já existentes como os ambulatorios, a emergência psiquiátrica PAM Del Castilho, CAPS II de Olaria, CAPS II da Ilha do Governador, CAPSi, CAPS III AD, Consultório na Rua e aos serviços já citados como a UPA e a ESF e para a própria população também vem se apresentar como um novo serviço para acolhimento, atendimento e direcionamentos para com os casos de saúde mental.

Desde a inauguração em 03/05/2010, objetivos foram traçados e sempre reavaliados na construção do CAPSIII como: a interdisciplinaridade, porta de entrada e porta de saída (encaminhamentos), acolhimento à crise, implantação do matriciamento, projetos terapêuticos dos usuários, visitas domiciliares, reconhecimento da área e da rede de assistência já existente,

acolhimentos noturnos, servir de apoio para outros serviços com relação ao acolhimento noturno, participação no Fórum de Área e nas reuniões do Conselho Distrital, participar e desenhar a divisão da Área Programática – AP 3.1 para cobertura de atendimento e tantos outros desafios e enfrentamentos na construção do mesmo dentro e fora da clínica como também a passagem, tão histórica, da invasão do exército e consequentemente a instalação das Unidades de Polícia Pacificadoras – UPPs e as consequências positivas e negativas enfrentadas no dia-a-dia com relação a esta ação no território que hoje em dia não causam o efeito necessário a população local como alcançar uma maior e melhor segurança.

CAPS III – RECOLHIMENTO NÃO, ACOLHIMENTO SIM

A loucura diz respeito à própria cultura humana. É dela constitutiva e dela cuidar é a grande loucura da idade moderna. Todos nós, profissionais da saúde mental, cuidadores, familiares e os próprios pacientes, amamos além do nosso bom senso.

Prof. João Ferreira da Silva Filho

É o primeiro CAPS III da Área Programática 3.1 e o segundo do município do Rio de Janeiro. Funciona integrado aos trabalhos já desenvolvidos pela rede de saúde – CAPS II Fernando Diniz e Ernesto Nazaré, CAPSi Visconde de Sabugosa, CAPSad III Miriam Makeba, Ambulatórios, Hospitais, Emergência do território, Estratégia da Saúde da Família, Unidade de Pronto Atendimento e afins – equipamentos imprescindíveis na atenção psicossocial dos usuários de saúde mental.

Oferecemos atendimento diário e noturno à população de sua área de abrangência (cliente adulta), com transtornos mentais severos e persistentes, realizando o acompanhamento psicossocial e interdisciplinar para a reinserção social dos usuários, com acesso a trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários, sendo um dispositivo potente à redução das internações em hospitais psiquiátricos e clínicas conveniadas.

Nosso trabalho, e assim como o objetivo de todos os CAPS, além de toda a assistência a população local, citado anteriormente, também é voltado a política/trabalho de desinstitucionalização para a usuários/pacientes em situação de longa permanência em hospitais psiquiátricos, que graças a força tarefa intensa de anos, estão cada vez mais instintos.

Atualmente acompanhamos um total de 33 usuários de longa permanência institucional, sendo que entre esses pacientes são: 21 acompanhados nas residências terapêuticas; 01 no IPUB – Instituto de Psiquiatria da UFRJ, 01 na Clínica Jardim América; 08 no Instituto Nise da Silveira; 01 na Clínica Nossa Senhora das Graças e 01 no Instituto Municipal Juliano Moreira – antiga Colônia.

Oferecemos Recepção em acolhimento diário, realizado por duplas de profissionais de diferentes categorias profissionais, nos turnos da manhã, tarde e noite. Em caso de inserção no serviço – realizamos a Construção do Projeto Terapêutico Singular, com ações de cuidado no CAPS e no território, como instrumento terapêutico para o tratamento do sofrimento psí-

quico. Nas situações de crise envolvendo usuários novos realizamos parcerias de atendimento com a UPA e a Policlínica Rodolpho Rocco (referência para emergência psiquiátrica).

Utilizamos o acolhimento noturno e a permanência nos fins de semana como mais um recurso terapêutico, visando proporcionar atenção integral aos usuários do CAPS e evitar internações psiquiátricas. Ele poderá ser utilizado nas situações de grave comprometimento psíquico ou como um recurso necessário para evitar que crises emergjam ou se aprofundem.

O CAPS recorre a internação hospitalar em poucos casos, pois o acolhimento à crise – com a possibilidade de cuidado intensivo e acolhimento noturno – é realizado pelo CAPS III.

Mantemos contato permanente com a Emergência Psiquiátrica da Policlínica Rodolpho Rocco, polo regulador de internação do território, com o objetivo de manejar o cuidado dos nossos pacientes em crise que acessarem esta unidade.

Nos casos onde ocorre a internação hospitalar, em hospital psiquiátrico ou leito integral de saúde mental em hospital geral, mantemos a assistência continuada da equipe de referência do CAPS ao usuário, através de visitas institucionais, acompanhamento de familiares e discussão da direção clínica com a equipe da unidade hospitalar.

Elementos do processo de trabalho

- Atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, musicoterápico, orientação, entre outros);

- atendimentos em grupos (psicoterapia, musicoterapia, atividades de suporte social, entre outros);
- atendimentos em oficinas terapêuticas;
- Visitas e atendimentos domiciliares e hospitalares;
- Atendimento aos familiares;
- Atividades comunitárias – Participação em eventos;
- Matriciamento – Os profissionais do CAPS possuem 1 turno reservado para o apoio matricial e estão organizados em duplas para referência de duas equipes de saúde da família, cada, totalizando uma média de vinte equipes da atenção básica (ESF) sendo matriciados;
- Atividades coletivas no território – lazer (cinema, teatro, praia, passeios, etc.);
- Acolhimento diário – aos usuários que chegam ao serviço pela primeira vez. É realizado por uma dupla de profissionais organizados por turnos;
- Acolhimento noturno – Para eventual repouso e/ou observação no acompanhamento à crise.

MUSICOTERAPEUTA E COORDENADORA TÉCNICA

Procuo ver o paciente como um todo, uma pessoa que sofre, ri, chora, se coloca ou se cala, grita, tem

raiva, se controla ou se descontrola, desanima, escuta vozes, não se lembra se recusa, se agride ou agride ao outro e que pode aderir a tudo ou a nada. Acredito nos benefícios da Musicoterapia assim como no trabalho Interdisciplinar e na Clínica de CAPS para esta pessoa. Este é um trabalho Humanizado que Promove Saúde!

Andréa T. Farnettane

Faço parte desta história como profissional musicoterapeuta, o que destaco é que depois de seis meses de enfrentamentos na criação deste serviço, assumo também a função de Coordenadora Técnica. O CAPS III apresenta em sua forma de estrutura para funcionamento os cargos de: Direção, Coordenação Técnica, Administração, auxiliares administrativos, equipe Multiprofissional (Assistente Social, Psicólogos, Psiquiatras, Terapeuta Ocupacional, Musicoterapeuta, Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem, Cooperas, Equipe de segurança e de limpeza). Todos fazem parte do funcionamento e da clínica sem deixar de exercer suas especialidades. O trabalho interdisciplinar está no contar com o outro e na troca de saberes em função de realizar um bom funcionamento e desenvolver uma clínica ampliada com cada usuário. Um turno é mantido com a nossa reunião de equipe com a presença do supervisor clínico, profissional com um olhar de fora que vem somar junto a Direção, a Coordenação Técnica, a Administração e a equipe no pensar na clínica ampliada para cada usuário suas ações e manejos. O CAPS como referência para o usuário, muitas vezes, pode ser a participação deste nas oficinas terapêuticas, conversar com as cooperas, frequentar a convivência, almoçar, lanche, além das atividades da clínica habituais como o atendimento

individual, atendimento em grupo, trabalhar e fortalecer laços sociais e familiares.

Percebi que me fazer disponível para não só pensar os casos clínicos como também agir e atuar na clínica facilitou a minha inserção na função como coordenadora técnica. Ações como assumir casos clínicos, realizar o grupo de musicoterapia, realizar atendimento de primeira vez, visitas domiciliares, visitas institucionais, ser referência para os casos de desinstitucionalização, são demandas do serviço, que mesmo estando na função de coordenadora técnica, não deixei de realizar, e ser profissional musicoterapeuta atuante na equipe o que faz total diferença. É ter respeito através das ações em conjunto e em separado, é olhar o colega e perceber junto formas de ação funcionais na clínica respeitando seus próprios limites para com o outro e atuar como Musicoterapeuta é ter o grupo de musicoterapia lotado, é ser o diferencial por ter e usar como ferramenta de trabalho com os pacientes/ usuários a música e seus elementos. Estar disponível me aproxima da equipe, que também demanda e tem suas complicações no funcionamento do CAPS III como um todo e me aproxima também dos usuários. É somar na ação do cuidado junto aos profissionais favorecendo uma melhor qualidade de escuta, de acolhimento, diversificado e de qualidade.

FALA DOS USUÁRIOS COM RELAÇÃO AO GRUPO DE MUSICOTERAPIA:

V. – “Faz espalhar, relaxar, gosto muito de música”;

E. – “Amo a música, a música representa muito, muito pra mim; meus familiares são músicos e aqui me faz recordar e me traz paz”

Z. – “Aqui o corpo dança, fica leve”

C. – “A música ajuda a restabelecer a minha saúde”

A. – “Pra mim a música é importante, o profissional de música é da saúde”

L. – “É Bom”

S. – “O grupo é alegria, é prazer de viver, cantar com o profissional da saúde, é tudo e me acalma”

D. – “A alegria é a melhor terapia”

F. – “O grupo é bom pra mim, todos me tratam bem!”

O. – “Distrai a mente”

R. – “Faz ficar feliz”

N. – “O grupo é harmonia, me sinto liberto, a mente é preenchida pelas músicas e afasta as vozes”

TERRITÓRIO

O Complexo do Alemão faz parte de uma área programática a 3.1 do Município do Rio de Janeiro, uma área extensa tendo como histórico a violência onde os moradores foram acostumados a morar se calando e obedecendo a regras de traficantes. São usuários que necessitam de estímulos e de orientação. Desde o início,

temos como uma das diretrizes de funcionamento para com o nosso trabalho, a porta de entrada, onde toda e qualquer demanda que nos chegam será acolhida e escutada e desta escuta detalhada, trabalhamos seu projeto terapêutico no CAPS III ou encaminhamos este para outros serviços da rede para que possa ser acompanhado e assistido.

Um território novo e desconhecido, com a demanda de construir frentes de trabalho em parceria com a Atenção Básica: Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e a Estratégia da Saúde de Família (ESF). A UPA tem como funcionamento o atendimento 24hs, lançada como parte da Política Nacional de Urgência e Emergência, unidades intermediárias entre as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e os Hospitais, ajudam a desafogar os prontos socorros ampliando e melhorando o acesso aos serviços de emergências do SUS – Sistema Único de Saúde. As Estratégias de Saúde da Família (ESF) funcionam como estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade. São serviços que, desde o início, tivemos a iniciativa de nos apresentarmos como parceiros e que estes também se colocaram como parceiros para melhor darmos cobertura à assistência em saúde e saúde mental no território. Ações como discussões de

casos clínicos e cuidados a estes junto à equipe de profissionais da UPA e o apoio matricial com as equipes das Estratégias da Saúde da Família (ESF), ou seja, discutir os casos, potencializar atendimentos em conjunto com os profissionais da ESF – agentes comunitários, enfermeiros, médicos, realizar visitas domiciliares, fomentar a intersetorialidade através da construção das redes locais, participar das reuniões de equipe da ESF, auxiliar na gestão dos recursos especializados em saúde mental e criar dispositivos de reinserção social no território, esta parceria e trabalho, facilitou em muito nossa inclusão e aceitação com os serviços e com a própria população local.

Durante o primeiro ano de implantação do CAPS III, passamos pela invasão no território, a polícia e o exército entraram para pacificar e espalhar as Unidades de Polícia Pacificadoras – as UPPs na área para manter a pacificação. Na entrevista, no processo seletivo, nos foi colocado se esta ação teria problema caso este fosse selecionado, todos disseram que não, e durante o processo de invasão como até hoje, realizamos o que tem que ser realizado, trabalhamos tomando o cuidado de não nos tornarmos heróis. Foram quatro dias de operação no morro, voltamos a trabalhar e tivemos que dar conta de demandas como os casos de estresse pós-traumático. Estávamos craques, assim posso dizer, pois o estresse e os casos de desorientações mentais, antes da invasão, já existiam. Pessoas, por exemplo, que devido à violência não conseguiam sair de suas casas há mais de 20 anos, nós já estávamos tratando. Hoje em dia, as violências, mesmo com as UPPs, nunca deixaram de existir e só pioraram. Criamos

Projetos novos como a oficina – “a gente se cuida” – onde participo como musicoterapeuta contribuindo ao cuidado de quem cuida. Um espaço oferecido para falar sobre a violência no território aos profissionais de saúde como os agentes comunitários das estratégias de saúde da família – ESF visando o cuidado compartilhado acolhendo o sofrimento também de quem cuida.

CONCLUSÃO

Em 5 anos de existência, posso dizer que nós nos tornamos um Centro de Atenção Psicossocial – CAPS III, um serviço com funcionamento 24hs, de referência, importante e de maior visibilidade para com o território, a população local, a Superintendência – Coordenação de Saúde Mental e para a própria Organização Social (O.S.) Viva Rio e para os outros serviços da área também. Trabalho! Não falta. Deparamo-nos com nossos acertos, nossos erros, desafios e enfrentamentos, mas sempre com o compromisso de reavaliar e partir para as ações buscando um melhor acolhimento, evitando o recolhimento em emergências psiquiátricas e consequentemente em hospitais psiquiátricos alcançando tratamento, alcançando saúde mental, metas e objetivos de atender as demandas deste território tão sofrido, mas como afirmei anteriormente, muito promissor. A música faz parte deste contexto de tratamento e acolhimento através do profissional Musicoterapeuta.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Chiaverini, Dulce Helena (Organizadora) ... [et al.]. Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental. Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. Brasília [DF], 2011.
2. Costa, Clarice M; Figueiredo, Ana C. Oficinas Terapêuticas em Saúde Mental: sujeito, produção e cidadania. Rio de Janeiro: Contracapa Livraria, 2004.
3. Leinig, Clotilde E. A Música e a Ciência se Encontram: um estudo integrado entre a música, a ciência e a musicoterapia. Curitiba: Juruá, 2009.
4. Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

O teste de triagem neonatal de cardiopatias congênitas: uma tecnologia de cuidado de enfermagem

The neonatal screening test for congenital heart defects: a nursing care technology

Márcio Luis Ferreira
Especialista. Enfermagem Neonatal. UNIRIO.
Enfermeiro Serviço Educação Permanente
Hospital Maternidade Carmela Dutra. Preceptor
em enfermagem
E-mail: marcioferreiramlf@hotmail.com

Juliana Maria Machado Reis
Graduação. Enfermagem. UESA
E-mail: juliana-mmr@hotmail.com

Mariana da Silva Castro
Acadêmica. Enfermagem. UFF
E-mail: marisc3@gmail.com

Marcelo da Silva Costa
Graduação. Enfermagem e Obstetrícia. Escola
Enfermagem Anna Nery. UFRJ. Gerente Enfermagem
Seção Pacientes Internos. Hospital Maternidade
Carmela Dutra. Preceptor enfermagem
E-mail: celomarpajumar@gmail.com

Resumo

Trata-se de uma revisão integrativa^{9,10}, que toma como o objeto o teste de triagem neonatal de cardiopatias congênitas como uma tecnologia de cuidado de enfermagem. Objetivo: analisar as produções científicas sobre o Teste de Triagem de Cardiopatias Congênitas. Metodologia: Realizou-se a verificação dos Descritores em Ciências da Saúde, com posterior investigação das publicações nas bases de dados. Foram encontradas 110 produções, das quais, apenas 56 apresentaram aderência ao objeto. Realizaram-se exaustivas leituras, discussões e as resenhas críticas de 28 produções. Resultados: a análise mostrou que a Triagem Neonatal é um componente da política de saúde pública consolidada em vários países^{6,7}. No Brasil, a implantação do Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN)^{2,5,6,7,8} é um marco na investigação dos erros inatos do metabolismo e outras patologias. As malformações congênitas apresentam maior prevalência em meninos, com bom peso e a termo²⁴. Estudos apontam que dentre os recém-nascidos com cardiopatia congênita grave, 30% recebem alta hospitalar sem diagnóstico, suscitando a inclusão de uma estratégia para a triagem neonatal de cardiopatias congênitas graves¹⁹.

Para universalizar este processo, incorporou-se o Teste do Coraçãozinho de rotina ao hall de investigação do PNTN, para a detecção precoce cardiopatias congênitas graves, em neonatos hígidos, com IG > 34 semanas, através da verificação das condições clínicas e da análise das saturações pré-ductal e pós-ductal, no período de 24 a 48 horas pós-parto, se caracterizando como uma nova tecnologia do cuidado de enfermagem ao recém-nascido sadio¹⁷.

Palavras-chave

Oximetria, triagem neonatal, enfermagem neonatal, neonatologia

Abstract

This is an integrative review^{9,10}, which takes as its object the newborn screening test for congenital heart defects as a nursing care technology. Objective: To analyze the scientific production on the Cardiac Screening Test for Congenital. Methods: We conducted verification of Descriptors of Health Sciences, with further investigation of the publications in the databases. 110 productions were found, of which only 56 showed adherence to the object. There were extensive readings, discussions and critical reviews of 28 productions. Results: The analysis showed that neonatal screening is a component of consolidated public health policy in various countries^{6,7}. In Brazil, the implementation of the National Neonatal Screening Program (PNTN)^{2,5,6,7,8} is a milestone in the investigation of inborn errors of metabolism and other diseases. Congenital malformations have a higher prevalence boy with good weight and termo²⁴. Studies show that among infants with severe congenital heart disease, 30% receive hospital undiagnosed, posing the inclusion of a strategy for neonatal screening for congenital heart defects graves¹⁹. To universalize this process, incorporated into the routine little heart test to the PNTN research hall, for early detection severe congenital heart disease in healthy neonates with GA > 34 weeks, by checking the clinical conditions and analysis of saturations pre-ductal and post-ductal in the period 24-48 hours after delivery, is characterized

as a new technology of nursing care to the healthy newborn¹⁷.

Keywords

Oximetry, neonatal screening, neonatal nursing, neonatology

INTRODUÇÃO

A enfermagem é uma ciência humana, de pessoas e de experiências, voltada ao cuidado com os seres humanos, cujo campo de conhecimento, fundamentações e práticas abrange desde o estado de saúde até os estados de doença e é mediado por transações pessoais, profissionais, científicas, estéticas, éticas e políticas (LIMA¹, 2005). Os cuidados de enfermagem alcançam os indivíduos e as famílias em todos os seus ciclos de vida, da gestação ao óbito.

Os principais indicadores sobre qualidade de vida de uma população são os que mensuram os níveis e as características da mortalidade, tais como, taxa de mortalidade infantil, a razão da morte materna e a esperança de vida ao nascer. Neste sentido, a Política de Atenção Integral à Saúde da Criança prevê entre seus eixos a vigilância da mortalidade infantil e a atenção à saúde do recém-nascido (BRASIL², 2015).

Segundo o Ministério da Saúde³ (2012), no período neonatal concentram-se riscos biológicos, ambientais, socioeconômicos e culturais, havendo necessidade de cuidados especiais; com atuação oportuna, integral e qualificada de proteção social e de saúde, direitos esses reconhecidos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL⁴, 1990).

Desde a década de 60, a Organização Mundial

da Saúde (OMS) preconizou a importância dos programas populacionais de Triagem Neonatal – para a prevenção de deficiência mental e agravos à saúde do recém-nascido – e recomenda sua implementação, especialmente nos países em desenvolvimento (BRASIL⁵, 2002).

O termo triagem, que se origina do vocábulo francês *triage*, significa seleção, separação de um grupo, ou mesmo, escolha entre inúmeros elementos e define, em Saúde Pública, a ação primária dos programas de Triagem, ou seja, a detecção – através de testes aplicados numa população – de um grupo de indivíduos com probabilidade elevada de apresentarem determinadas patologias (BRASIL⁵, 2002).

Segundo o Relatório 115 da CONITEC, o componente neonatal da mortalidade infantil está estreitamente vinculado aos cuidados no período da gestação e nascimento. Implica, portanto, a atenção adequada no momento do nascimento e os cuidados destinados aos recém-nascidos, com práticas simples, baratas e baseadas em evidências científicas que aumentam os índices de sobrevivência dos recém-nascidos. Exatamente, como na Triagem Neonatal, que além das doenças metabólicas, pode conduzir a possíveis diagnósticos de patologias hematológicas, infecciosas, genéticas, metabólicas (Brasil⁶, 2002).

Neste sentido, institui-se a Portaria número 20 que dispõe sobre a introdução do Teste de Triagem de Cardiopatias Congênitas Neonatais (Teste do Coraçãozinho), objetivando ampliar o hall de investigação de entidades patológicas passíveis de detecção a partir do período neonatal (BRASIL⁷, 2014).

O Teste do Coraçãozinho consiste na averiguação das saturações pré e pós-ductais, no recém-nato com mais de 34 semanas de idade gestacional e tempo de vida entre 24 e 48 horas. A oximetria de pulso é um teste não-invasivo, não doloroso, fácil de executar, com grande fiabilidade na avaliação da hipoxemia (MORAIS et al⁸, 2013).

A aferição da oximetria de pulso de forma rotineira em recém-nascidos, antes da alta hospitalar, tem mostrado uma elevada sensibilidade e especificidade para detecção precoce de cardiopatias. Resultando na recomendação de sua incorporação, de forma universal, nas ações para a Triagem Neonatal (BRASIL⁷, 2014).

O cuidado de enfermagem ao recém-nato hígido objetiva garantir uma assistência integral, universal e acessível a todas as tecnologias de cuidado. Sob esta ótica, a realização do Teste de Triagem de Cardiopatias Congênitas Neonatais se caracteriza como uma nova tecnologia do cuidado de enfermagem ao neonato, podendo assim mudar o curso da história natural do processo saúde-doença dos recém-nascidos.

Desta forma, o presente estudo toma por objeto o teste de triagem neonatal de cardiopatias congênitas como uma tecnologia de cuidado de enfermagem.

Levando em consideração que a equipe de Enfermagem é responsável pela realização do teste, foi identificado como problemática a seguinte questão: Qual o escopo de conhecimento disponível sobre a tecnologia do cuidado para a triagem de cardiopatias congênitas no neonato?

Para responder a esta questão norteadora, adotou-se como objetivo analisar as produções científicas sobre o teste de triagem de cardiopatias congênitas.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de literatura integrativa, a qual é definida como a mais ampla abordagem metodológica referente às revisões, permitindo a inclusão de estudos experimentais e não-experimentais para uma compreensão completa do fenômeno analisado. Combina também dados da literatura teórica e empírica, além de incorporar um vasto leque de propósitos: definição de conceitos, revisão de teorias e evidências, e análise de problemas metodológicos de um tópico particular (SOUZA⁹, 2010; CROSSETT¹⁰, 2014).

Para a elaboração da presente revisão foi percorrido o seguinte caminho metodológico: a verificação dos Descritores em Ciência da Saúde (triagem neonatal, oximetria, enfermagem neonatal e neonatologia), o levantamento das produções científicas que versam sobre o teste de triagem neonatal para cardiopatias congênitas, nas mais diversas bases (BVS, Medline, Lillacs, BDENF, DOAJ, Scielo); bem como, a busca por manuais técnicos e publicações de grande relevância sobre o assunto, com posterior leitura e resenha crítica dos artigos selecionados, para a aproximação ao tema e construção da revisão de literatura. Foram escolhidos os títulos publicados, em textos completos, nos idiomas português, espanhol e inglês.

RESULTADO E DISCUSSÃO

Durante a vida intrauterina, o feto experimenta uma circulação dependente do estado hemodinâmico materno. Na vida intrauterina o feto depende totalmente da placenta, pois é por esta que ele realiza funções como o *shunting* respiratório, permite o fornecimento de eletrólitos e outros nutrientes ao feto (TAMEZ¹¹, 2013).

Durante o desenvolvimento embrionário, o coração e os vasos sanguíneos são os primeiros sistemas a se tornarem funcionais. O sistema cardiovascular começa a ser desenvolvido no início da terceira semana gestacional, no 21º ou 22º dia o sangue passa a circular e o coração já começa a bater. A partir da quinta semana é possível auscultar os batimentos cardíacos fetais (BCF) utilizando a ultrassonografia com Doppler. Faz-se possível auscultar os BCF com sonares a partir da 12ª semana de gestação ou com o estetoscópio de Pinard, a partir da 17ª semana, durante as consultas de pré-natal (MORE¹², 2013; MINISTÉRIO DA SAÚDE¹³, 2006).

Durante essa fase os pulmões do feto estão cheios de líquidos alveolares, o sangue oxigenado utilizado pelo feto é proveniente da mãe e uma pequena porção de sangue fetal passa pelos pulmões. Consequentemente, os vasos sanguíneos que realizam a drenagem e perfusão sanguínea dos pulmões do feto são marcadamente constringidos, sendo a maior parte do sangue direcionada para o coração através do ducto arterioso, e seguindo a aorta e posteriormente distribuído para todo o corpo (TAMEZ¹¹, 2013).

A circulação fetal se inicia com a chegada do sangue oxigenado através da veia umbilical, proveniente da placenta. Esse sangue é direcionado para o fígado, com uma parte do sangue irrigando este, e outra parte sendo desviada, através do ducto venoso, para a veia cava inferior, havendo a mistura desse sangue com o sangue venoso da veia porta, que ganhará o átrio direito através da veia cava inferior. Sendo, parcialmente dirigido para o átrio esquerdo através do forame oval, que está localizado no septo interatrial.

Isso ocorre porque o ventrículo direito recebe o sangue das coronárias e das veias cavas inferior e superior tornando a pressão do átrio direito maior que do átrio esquerdo. Parte do sangue do átrio direito passa pela valva tricúspide para o ventrículo direito sendo direcionado através da artéria pulmonar para os pulmões, onde ocorre a troca de gases e a irrigação do parênquima pulmonar. Posteriormente, o sangue retorna à cavidade atrial esquerda, através das quatro veias pulmonares e chega ao ventrículo esquerdo após a passagem pela valva mitral. Posteriormente o sangue retorna para a placenta através de duas artérias umbilicais (LIBBY¹⁴, 2010).

Parte do sangue oxigenado proveniente da troca de gases na placenta realiza um desvio direito-esquerdo em três momentos, devido a existência dos Canais intra-atrial, intraventricular e do ducto arterioso, poupando os pulmões do aumento da pós-carga cardíaca. Esta autora lembra que cerca de 90% dos recém-nascidos passam pela transição da vida intrauterina para a extrauterina sem dificuldade. Apenas 9% necessitam de alguma assistência para iniciar a

respiração e 1% necessita de medidas extensivas de reanimação (TAMEZ¹¹, 2013).

Durante a passagem da vida intrauterina para a extrauterina é necessário que ocorra a respiração espontânea e as devidas mudanças cardiopulmonares, com o fechamento fisiológico dos canais intra-atrial, intraventricular e do ducto arterioso até 72 horas pós-parto. Sendo que o fechamento anatômico se dará em até 14 dias pós-parto (TAMEZ¹¹, 2013).

Durante o nascimento, mais precisamente na passagem do neonato pelo canal vaginal, ocorre uma compressão do tórax no neonato fazendo com que o líquido alveolar seja expulso dos pulmões, mantendo-o em hipóxia por um curto período de tempo. Período este em que o neonato se mantém com alta concentração de gás carbônico (período de acidose) promovendo assim os primeiros movimentos respiratórios, modificando a pressão intrapulmonar.

Segundo Ramachandrappa (2008 apud FURZÁN¹⁵ 2008), sabe-se que o fluido alveolar diminui progressivamente em quantidade em medida que o feto se aproxima do final da gestação. O líquido alveolar restante é absorvido pelo tecido dos pulmões, possibilitando a entrada de oxigênio nos alvéolos, que por sua vez se difunde nos vasos sanguíneos pulmonares em torno dos alvéolos, promovendo assim a vasodilatação dos vasos sanguíneos pulmonares, aumentando pressões parciais de Oxigênio (O₂) na circulação sanguínea. Ocorre então a vasoconstricção do ducto arterioso permitindo que o sangue flua diretamente para os pulmões do neonato (TAMEZ¹¹, 2013).

Outras modificações anatomo-fisiológicas da circulação sanguínea ocorrem no neonato, dentre as quais: a vasoconstricção da veia umbilical e sua transformação no ligamento redondo do fígado, o fechamento do ducto venoso e sua transformação no ligamento venoso do fígado e o surgimento do ligamento arterial após a vasoconstricção do ducto arterial (MOORE¹², 2013).

A pressão do átrio esquerdo se torna maior do que do átrio direito quando o sangue volta dos pulmões, pois agora estes estão funcionando, fazendo com que o *septum primum* seja comprimido contra o *septum secundum* se aderindo a este e fechando assim o forame oval e formando a fossa oval. Posteriormente também ocorre a vasoconstricção das artérias umbilicais devido a perda da função destas, transformando-as em ligamentos umbilicais mediais (MOORE¹², 2013).

Entretanto, nem todos os recém-natos apresentarão uma boa adaptação à vida extrauterina. Alguns dos quais por problemas relacionados às afecções perinatais, infecções de origem materna ou problemas cardíacos congênitos (MINISTÉRIO DA SAÚDE¹³, 2006).

É possível também que a via de nascimento possa influenciar os valores da saturação no período pós-natal imediato. Em neonatos nascidos por cesáreas o ajuste pulmonar é mais lento. Porém é pouco precisa a informação sobre a diferença da saturação de oxigênio dos neonatos nascidos por via vaginal ou cesárea. Em algumas publicações foram encontrados níveis menores de saturação de oxigênio (SO₂) em recém-nascidos por cesárea, e em outras análises não foi notificado nenhum tipo de divergência.

O tempo para a adaptação extrauterina do recém-nascido por via vaginal é menor que nos nascidos por cesariana (FURZÁN¹⁵, 2008).

A estabilização mais rápida da saturação dos recém-nascidos por via vaginal pode estar relacionada com a retirada mais rápida do fluido alveolar que ocorre durante a passagem do neonato (FURZÁN¹⁵, 2008).

Aproximadamente de 2 a 3 de cada 100 recém-nascidos são portadores de alguma anomalia congênita. Dentro dessas, as cardiopatias são as mais frequentes e responsáveis pela metade da mortalidade por malformações na infância (VIÑALS¹⁶, 2002).

Segundo o Ministério da Saúde a mortalidade neonatal precoce representa cerca de 60 a 70% da mortalidade infantil, sendo que 25% das mortes acontecem no primeiro dia de vida (BRASIL⁴, 2012).

As cardiopatias congênitas representam cerca de 10% dos óbitos infantis e cerca de 20 a 40% dos óbitos decorrentes de malformações (SOCIIDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA¹⁷, 2011).

Muitos dos neonatos portadores de alguma cardiopatia não apresentam manifestações clínicas durante os primeiros dias de vida. Para a confirmação do diagnóstico é necessário a avaliação do cardiologista pediátrico e a realização do ecocardiograma (VIÑALS¹⁶, 2002).

Os defeitos congênitos vêm apresentando relevância crescente como causa de sofrimento e prejuízos à saúde da população. Define-se como malformação congênita a anomalia estrutural presente ao nascimento (LYNDBERG¹⁸, 1995).

A realidade da malformação está presente e merece um olhar criterioso e multiprofissional, pois causam sofrimento e prejuízos à saúde da população. Conhecer a epidemiologia dos casos de crianças portadoras de malformações e suas famílias é de suma importância para a enfermagem neonatal e obstétrica, pois constitui uma clientela com necessidades específicas de saúde (HOROVITZ¹⁹, 2005).

As malformações são tratadas como um tipo de distúrbio congênito e, apesar de avanços da genética médica e molecular, sua etiologia ainda permanece parcialmente obscura. Podem ter origem genética (distúrbio em um único gene, aberrações cromossômicas), ambiental (exposição a teratógenos) ou multifatorial. Podem ser distúrbios esporádicos, de causa desconhecida (RICCI²⁰, 2008).

Estes distúrbios podem causar praticamente metade de todas as mortes em neonatos a termo e provocar sequelas múltiplas para muitos. Podem ser neurais, cardíacas, intratorácicas, gastrointestinais, geniturinárias, esqueléticas e cromossômicas (BOXWELL²¹, 2006).

Segundo Organização Pan-Americana da Saúde (1984 apud Horovitz¹⁹ 2008), uma definição mais ampla seria

a expressão ‘defeito congênito’ (tradução do inglês “*birth defect*”), incluindo toda anomalia funcional ou estrutural do desenvolvimento do feto decorrente de fator originado antes do nascimento, seja genético, ambiental ou desconhecido, mesmo quando o defeito não for aparente no recém-nascido e só manifestar-se mais tarde.

Em seus resultados, Viñals¹⁶ (2002) demonstrou a incidência de 2,4 % de malformações congênitas em uma população de 5.757 recém-nascidos, dos quais, 49 recém-nascidos (0,85%) apresentaram cardiopatias congênitas. O que determina uma incidência de 8,5 por 1000 nascidos vivos e corresponde a um total de 34,7% de anomalias congênitas diagnosticadas ao nascer.

Dos 49 neonatos portadores de cardiopatias congênitas, 26 eram do sexo feminino e 23 do sexo masculino. Foi destacado na pesquisa de Viñals¹⁶ (2002) alta frequência de comunicações interventriculares (CIV), principalmente de localização muscular.

No Brasil, o departamento de cardiologia neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria¹⁷ (2011) afirma que cerca de 1 a 2 de cada 1000 neonatos vivos apresentam cardiopatia congênita crítica. Informam também que aproximadamente 30% destes recém-nascidos recebem alta hospitalar sem terem sido diagnosticados, evoluindo assim para choque, hipóxia ou até mesmo óbito precoce, antes de receberem o tratamento adequado que eles têm o direito.

As cardiopatias congênitas podem ser classificadas em cianóticas e acianóticas. Nas cardiopatias congênitas cianóticas ocorre uma interferência no fluxo sanguíneo através dos pulmões, ocasionando assim uma redução da saturação de oxigênio na circulação, gerando uma cianose generalizada. Já nas Cardiopatias congênitas acianóticas o sangue oxigenado é encaminhado para a circulação sistêmica através do *shunting*, que acontece do lado do coração esquerdo para o lado do coração direito.

Sendo essa cardiopatia mais prevalente do que as cianóticas (TAMEZ¹¹, 2013).

Torna-se fundamental a manutenção da resistência vascular pulmonar reduzida já que algumas cardiopatias congênitas dependem do ducto arterioso patente. Os neonatos com cardiopatias dependentes do ducto arterial patente podem favorecer-se da administração da Prostaglandina E₁ para a manutenção do Canal Arterial aberto. Esta autora cita como exemplos a estenose aórtica, a Tetralogia de Fallot com atresia pulmonar, a transposição de grandes vasos, a estenose da artéria pulmonar grave ou atresia da artéria pulmonar, a síndrome do coração esquerdo hipoplásico e a Coarctação da aorta grave e arco aórtico interrompido (TAMEZ¹¹, 2013).

Em 2001, o Ministério da Saúde lançou a Portaria nº 822, que instituiu, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN), com o objetivo de atender a todos os recém-nascidos em território nacional (BRASIL²², 2001).

Em saúde pública, triar significa identificar, em uma população assintomática, os indivíduos que estão sob risco de desenvolver determinada doença e que se beneficiariam de investigação adicional, ação preventiva ou terapêutica imediatas (WALD²³, 2001).

Segundo Holland²⁴ (2006) e Peckham²⁵ (1998), o procedimento de triagem deve ser capaz de alterar a história natural da doença em uma parcela significativa da população elegível.

A triagem neonatal (TN) se baseia na realização de testes laboratoriais nos primeiros dias

de vida do recém-nato; esses testes, se feitos no momento e da forma adequados, permitem que o início do tratamento ocorra dentro de uma janela de tempo em que é possível evitar sequelas no desenvolvimento da criança (THERRELL²⁶, 2001).

A Sociedade Brasileira de Pediatria¹⁷ (2011) define cardiopatias congênicas críticas como aquelas que a apresentação clínica é decorrente do fechamento ou restrição do canal arterial (cardiopatias dependentes do ducto arterial), sendo essas separadas em cardiopatias com fluxo pulmonar dependente do canal arterial, cardiopatias com fluxo sistêmico dependente do canal arterial, e cardiopatias com circulação em paralelo.

Os neonatos recebem a alta hospitalar entre 36 a 48 horas na maioria das unidades neonatais, sendo que durante esse período a ausculta cardíaca pode ser normal e os sinais e sintomas das cardiopatias críticas podem ainda não ter aparecido, principalmente as cardiopatias com fluxo sistêmico dependentes do ducto arterial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA¹⁷, 2011).

Com isso é fundamental que esses recém-nascidos sejam diagnosticados precocemente, evitando possíveis agravos como acidose, choque, parada cardíaca ou até mesmo comprometimento neurológico, antes que o tratamento da cardiopatia seja iniciado. Para tanto, torna-se necessário melhorar os métodos de investigação e diagnóstico. Neste sentido, o ecocardiograma com mapeamento de fluxo em cores seja fetal ou pós-natal é a forma ideal para diagnosticar a cardiopatia congênita. Entretanto, é inviável sua utilização para realizar

a triagem neonatal devido ao alto custo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA¹⁷, 2011).

Nas cardiopatias congênicas críticas ocorre uma anastomose das circulações sistêmica e pulmonar, ocasionando a redução da saturação periférica de oxigênio. Tendo isso em vista, a aferição rotineira da oximetria em neonatos aparentemente saudáveis, com idade gestacional > 34 semanas, tem demonstrado uma alta sensibilidade e especificidade para a detecção precoce destas cardiopatias (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA¹⁷, 2011).

Desta forma, esta instituição indica a realização do teste de oximetria (Teste do coraçãozinho), em todos os neonatos aparentemente saudáveis, com a idade gestacional > 34 semanas, entre 24 a 48 horas de vida, antes que recebam a alta hospitalar. Este teste deverá ser realizado no membro superior direito (pré-ductal) e em um dos membros inferiores (pós-ductal). Para a efetividade do mesmo, o neonato necessita estar com as extremidades aquecidas e o monitor de oximetria de pulso evidenciando uma onda de traçado homogêneo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA¹⁷, 2011).

Para que o resultado de teste seja considerado normal a saturação de oxigênio periférica deve ser maior ou igual a 95% em ambos os sítios de aferição (pré-ductal e pós ductal) e a diferença entre estes valores, menor que 3%. O resultado é considerado anormal quando qualquer medida da saturação oxigênio periférica é menor que 95% ou houver uma diferença igual ou maior que 3% entre as medidas pré e pós ductal. Neste caso, o teste deverá ser realizado novamente após 1 hora. Caso o resultado se

confirme, deverá ser realizado um ecocardiograma dentro de 24 horas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA¹⁷, 2011).

É importante ressaltar que não deve ser descartado a realização do exame físico detalhado e minucioso do neonato antes da alta hospitalar, mesmo que seja realizado o Teste do Coraçãozinho (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA¹⁷, 2011).

A oximetria de pulso é um método não invasivo que permite a estimação da saturação de oxigênio da hemoglobina arterial e também permite a monitorização da frequência cardíaca e a amplitude do pulso. O oxímetro de pulso usa a espectrofotometria baseada em que a oxihemoglobina (HbO₂) e a desoxihemoglobina (Hb) absorvem e transmitem determinadas amplitudes de ondas de aspecto luminoso para a luz vermelha (640–660nm) e a luz infravermelha (910–940nm) (DÍAZ-GONZÁLEZ et al²⁷/ 2014).

A HbO₂ absorve mais a luz infravermelha e permite a passagem da luz vermelha, por outro lado, a Hb absorve mais a luz vermelha e permite a passagem da luz infravermelha. O raio de absorção da luz vermelha e da infravermelha medem o grau de oxigenação da hemoglobina.

Tendo em vista essas informações, os oxímetros de pulso possuem sensores para captar essas luzes, sendo indicado assim que esses sensores sejam colocados em pontos opostos, deixando o tecido translúcido no meio (polpa do dedo, lóbulo da orelha, etc.). Em neonatos e lactentes menores são utilizadas as palmas da mão e as plantas do pé. Outros lugares menos

utilizados são a língua, asas do nariz e bochecha. O mecanismo que permite a leitura da oxigenação é que em cada pulsação do sangue arterial se transmite valores luminosos, detectando ao mesmo tempo a frequência cardíaca (DÍAZ-GONZÁLEZ et al²⁷/ 2014).

O Teste do Coraçãozinho possui sensibilidade de 75% e especificidade de 99%. Com isso, algumas cardiopatias críticas podem não ser detectadas através do teste (principalmente as do tipo coarctação da aorta) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA¹⁷, 2011).

Dois estudos internacionais para estimar o impacto no orçamento que a realização da oximetria de pulso ocasiona e seu valor predito apresentaram valores significativos. Na Suécia, foram analisados 38.429 recém-nascidos, que realizaram a oximetria de pulso. Dentre esses, 87 (0,23%) precisaram realizar o ecocardiograma para confirmar a cardiopatia, dos quais, 18 foram confirmados através do ecocardiograma (MINISTÉRIO DA SAÚDE⁶, 2014).

Já em um estudo realizado no Reino Unido, 19.860 recém-nascidos realizaram a oximetria de pulso. Destes 195 (0,98%) necessitaram realizar o ecocardiograma. Ao final, 26 recém-nascidos que realizaram o exame confirmaram cardiopatia moderado ou grave (MINISTÉRIO DA SAÚDE⁶, 2014).

No Brasil, de acordo com o IBGE, em 2012 a população brasileira era estimada em 201.032.714 habitantes. A taxa de natalidade é de 15,77/1.000 habitantes, estimando-se que ao ano ocorra 3.170.286 nascimentos em todo o território brasileiro (BRASIL²⁸, 2013).

Considerando os resultados dos estudos supracitados, o valor de R\$ 165 para a ecocardiografia de estresse na tabela do SIGTAP, estima-se que seria necessário um investimento anual entre R\$ 1.184.28,00 e R\$ 5.136.151,00 para realizar o ecocardiograma, caso este fosse estabelecido como o método de triagem (Sociedade Brasileira de Pediatria¹⁷/ 2013).

Desta forma, levando-se em conta os estudos de impacto financeiro, os estudos que demonstram o valor preditivo positivo do Teste do Coraçãozinho e o seguimento com a realização de ecocardiografia, recomendou-se a incorporação da oximetria de pulso- Teste do Coraçãozinho, no hall da Política Nacional de Triagem Neonatal, a ser realizado de forma universal, no Sistema Único de Saúde (BRASIL⁷, 2014).

Considerando a importância da realização do teste do coraçãozinho para a vida do recém-nascido e o impacto que a morbimortalidade neonatal causa na família e na sociedade de modo geral, verifica-se a necessidade de sua oferta universal e gratuita nos pontos de atenção do Sistema Único de Saúde.

Sendo a equipe de Enfermagem responsável por avaliar e cuidar do cliente como um todo, é completamente viável que essa tecnologia seja implementada em toda a rede pública e privada, onde ocorram os processos de parto e nascimento, tornando-se assim uma rotina obrigatória, já que a mesma é capaz de alterar drasticamente o curso de uma vida. Faz-se necessário que as universidades também abordem o tema com maior rigor, face à ampliação do hall de Triagem Neonatal no Brasil, orien-

tando e qualificando os futuros profissionais da área de enfermagem.

Complementarmente, faz-se necessário estimular as ações de Educação Permanente em Enfermagem, seja na qualificação dos profissionais ou no aprimoramento das tecnologias de cuidados que devem ser empregadas nas ações de enfermagem, de forma a garantir que o julgamento clínico oriente os enfermeiros e técnicos de enfermagem no emprego desta tecnologia de triagem.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Lima MJ. O que é enfermagem- Pr- Brasil. *Cogitare Enferm* [periódico na internet]. 2005[acessado em 2015 Out 20];10(1):[cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=12225&indexSearch=ID>
2. Brasil. Portaria nº 1.130 de 5 de Ago 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [portaria na internet]. Diário Oficial da União 5 Ago 2015 [acessado 2015 Nov]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html
3. Brasil. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. 1 v: il. - (Brasil-Manual técnico).

4. Brasil. Lei 8069 de 13 de julho de 1990. Dispõem sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. [Lei na internet]. Diário Oficial da União 16 Jun 1990 [acessado em 2015 Out 20]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069Compilado.htm
5. Brasil. Manual de Normas Técnicas e Rotinas Operacionais do Programa Nacional de Triagem Neonatal. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. 90 p.: il. – (MS- Manual técnico).
6. Brasil. Relatório 115 da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Dispõe sobre a inclusão da oximetria de pulso – teste do coraçãozinho, a ser realizado de forma universal, fazendo parte da triagem Neonatal no Sistema Único de Saúde. [relatório na internet]. Diário Oficial da União 11 Jun 2014.[Acessado 2015 Nov 3]. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Incorporados/TesteCoracaozinho-FINAL.pdf>
7. Brasil. Portaria n 20 de 10 de junho de 2014. Incorpora a oximetria de pulso, o teste do coraçãozinho a ser realizado de forma universal, fazendo parte da Triagem Neonatal do SUS. [portaria na internet]. Diário Oficial da União 11 Jun 2014 [acessado 2015 Nov 3]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ctie/2014/prt0020_10_06_2014.html
8. Moraes S, Mimoso G. Oximetria de pulso no diagnóstico de cardiopatia congênita: sugestões para a implementação de uma estratégia de rastreio. Lisboa-Portugal. *Acta Pediatr Port* [periódico disponível na internet]. 2013 [acessado 2015 Out 20]; 44(6): [cerca de 5 p.]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.4/1830>
9. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer- SP – Brasil. *Rev Einstein*. [periódico na internet]. 2010 [acessado 2015 Set 10]; 8(1 Pt 1): [cerca de 5 p.]. Disponível em: www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf
10. Crossett MGO. Revisão integrativa de pesquisa na enfermagem: o rigor científico que lhe é exigido- RS – Brasil. *Rev Gaucha Enferm*. [periódico na internet]. 2012 Jun [Acessado 2015 10 30];33(2):[cerca de 2 p.]. Disponível em: www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n2/01.pdf
11. Tamez RN. Enfermagem na UTI neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco. 5ª Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2013.
12. Moore KL, Persaud, TVN, Torchia, MG. Embriologia clínica. 8ª Edição. Rio de Janeiro: Elsevier; 2013.
13. Brasil. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 163 p. – (MS- Manual técnico)

14. Libby, P et al. Braunwald: tratado de doenças cardiovasculares. 8ª Edição. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010.
15. Furzán JA, Luchón C. Saturación de Oxígeno em el Período Posnatal Inmediato en Neonatos Nacidos por Parto Vaginal e Intervención Cesárea. *Arch Venez Pue-ric Pediatr* [periódico na internet]. 2008 [acessado 2015 Nov 3]; 71 (3): [cerca de 5 p.]. Disponível em: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06492008000300005
16. Viñals F, Giuliano A. Cardiopatias congê-nitas: incidência pós-natal. Est- Chile. *Rev Chil Obstet ginecol.* [periódico na internet]. 2002 [acessado 2015 Out 15]; 67 (3): [cerca de 4 p.]. Disponível em: www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=...
17. Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Diagnóstico precoce de cardiopatia congênita crítica: oximetria de pulso como ferramenta de triagem neonatal. [disponível na internet]. 2011 [acessado 2015 Ago 12]. [cerca de 5 p.] Disponível em: http://www.sbp.com.br/publicacoes/publicacoes_categoria/cientificas.
18. Lynberg MC, Edmonds LD. State use of birth defects surveillance. In: Wilcox LS, Marks JS, editors. From data to action. CDC's public health surveillance for women, infants and children. Atlanta: U.S; 1995. p. 217-29. Disponível em: stacks.cdc.gov/view/cdc/11354/cdc_11354_DS1.pdf
19. Horovitz DDG, Llerena Jr JC, Mattos, RA. Atenção aos defeitos congênitos no Brasil: panorama atual. *Cad Saude Publica* [periódico na internet]. 2005 [acessado 2015 Out 29]; 21: [cerca de 9 p.]. Disponível em: www.scielo.br/pdf/csp/v21n4/08.pdf
20. Ricci SS. Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.
21. Boxwell G, editor. Neonatal intensive care nursing. London (UK): Taylor & Francis Group; 2006 [acessado em 2015 Out 25]. Disponível em: samples.sainsburysebooks.co.uk/9781135154615
22. Brasil. Portaria n 822 de 06 de junho 2001. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Triagem Neonatal / PNTN. [portaria na internet]. Diário Oficial da União 06 Jun 2001 [acessada em 2015 Out 20]. Disponível em: www.jusbrasil.com.br/diarios/69990080/dou-secao-1-08-05-2014-pg-50
23. Wald N. The definition of screening- Est. - País. *J Med Screening* [editorial na internet]. 2001 [acessado 2015 Out 15]; 8:1: [cerca de 1 p.]. Disponível em: https://www.researchgate.net/.../11964188_The_definition_of_screening
24. Holland WW, Stewart, S, Masseria, C. Screening for disease - considerations for policy. *Euro Observer* [periódico na internet]. 2006 [acessado 2015 Out 30]; 8(3): [cerca de 72 p.]. Disponível: www.euro.who.int/_data/assets/pdf.../E88698.pdf

25. Peckham C, Dezateux C. Issues underlying the evaluation of screening programmes- Est - Brasil. *Br Med Bull* [periódico em internet]. 1998 [acessado 2015 Nov 15]; 54(4):[cerca de 12 p.]. Disponível em: www.researchgate.net/profile/Catherine-Peckham/publication/...
26. Therrell Junior, BL. Newborn screening policy dilemmas for the twenty-first century- Texas- USA. *Mol Gen Metab* [periódico na internet] 2001 [acessado 2015 Out 15]; 74 (1-2):[cerca de 11 p.]. Disponível em: [http://www.mgmjournal.com/article/S1096-7192\(01\)93238-X/abstract?cc=y](http://www.mgmjournal.com/article/S1096-7192(01)93238-X/abstract?cc=y)
27. Díaz-González CM, Hormiga, MR, López, JMR, Rivero, YD, Morales, MSM. Concordance among measurements obtained by three pulse oximeters currently used by health professionals. *Jou Clin Diagn Res* [periódico na internet]. 2014 [acessado 2015 Nov 3]; 8 (8): [cerca de 8 telas]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4190750/>
28. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Projeção da população do Brasil e das unidades da federação 2013. [acessado em 2015 Out 20]. Disponível em: <http://teen.ibge.gov.br/noticias-teen.html>

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO NA **REVISTA ACADEMUS**

OBJETIVO

A **Revista ACADEMUS** é uma publicação quadrimestral da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, que tem por objetivo publicar trabalhos dos profissionais, bem como dos acadêmicos bolsistas, residentes e estagiários da rede municipal.

NORMAS EDITORIAIS

Os artigos serão submetidos a avaliadores e deverão ser enviados sem a identificação de autoria. A data de aceite do artigo estará indicada no final de cada artigo.

Os artigos serão publicados em língua portuguesa. A revisão ortográfica é de responsabilidade do (s) autor (es). A revista se reserva o direito de efetuar alterações de ordem normativa com vistas a manter o padrão culto da língua, respeitando, porém, o estilo do autor.

Os artigos submetidos não devem ser propostos simultaneamente para outros periódicos.

As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com o **Comitê de Ética em Pesquisa***. Os trabalhos publicados passam a ser de propriedade da Revista Academus, ficando sua produção total ou parcial, em qualquer meio de divulgação impressa, digital ou eletrônica sujeita à autorização da Revista.

As opiniões emitidas pelos autores dos artigos são de sua exclusiva responsabilidade.

A revista classifica as colaborações da seguinte forma:

1. Artigo: pesquisa concluída, com no máximo 40.000 caracteres.
2. Relato de experiência: descrição de atividades realizada no âmbito da saúde pública, com no máximo 30.000 caracteres.
3. Revisão de literatura e estado da arte, com no máximo 30.000 caracteres.

APRESENTAÇÃO DOS TRABALHOS

Formato

As colaborações devem estar no formato/extensão Word, devendo ser observado o padrão da língua culta. O texto deve apresentar: resumo, introdução, metodologia, resultado, discussão e referência bibliográfica. Outros subtítulos podem ser acrescentados como forma de seção do artigo. Títulos e subtítulos não devem estar numerados, mas com recurso de negrito em caixa baixa.

Tamanho

Cada colaboração tem seu tamanho especificado acima, devendo constar na primeira lauda do artigo, o título do trabalho em português e em inglês, nome completo do (s) autor (es), último grau acadêmico, vínculo institucional, endereço postal, número de telefone e e-mail. A primeira lauda não será encaminhada aos avaliadores, apenas o texto. O trabalho deverá ser digitado em Times New Roman, fonte 12, espaço simples, margem direita, esquerda, superior, inferior 2,5cm.

Título do Trabalho

O título deve ser breve, específico e descritivo em relação ao assunto, contendo as palavras-chave que representam o conteúdo pesquisado, com tradução para o inglês. Para os artigos com autoria múltipla é necessário informar a ordem de apresentação dos autores e declaração de cada um autorizando a publicação, bem como indicação do responsável pela correspondência com a revista. Para os artigos com mais de 06 autores, deve-se mencionar os 06 primeiros seguidos de expressão “et al”.

Excepcionalmente, serão aceitos trabalhos que já tenham sido publicados em outros periódicos. Nesse caso, serão sujeitos ao mesmo processo de submissão e avaliação. O autor deverá apresentar autorização por escrito do editor da revista em que seu texto tenha sido originalmente publicado. Deverá se cadastrar no SEER na revista autorizada e submeter o referido artigo, que será avaliado e aceito para publicação na próxima edição da revista

Resumo/Abstract

Deve ser claro e objetivo, aproximadamente 1.400 caracteres acompanhado de palavras-chave, máximo 5, mínimo 3, devendo estar com tradução para o inglês. Deve explicitar o objeto, objetivos, metodologia, abordagem teórica e resultado do estudo.

Pesquisa Seres Humanos*

O autor deve apresentar no último parágrafo da Metodologia, o número e data de aprovação do projeto de pesquisa submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, CEP-SMS/RJ.

Agradecimentos

Auxílio recebido para elaboração do trabalho deverá ser mencionado no final do artigo, antes da referência bibliográfica.

Referência Bibliográfica

Deve ser elaborada segundo o estilo Vancouver (ver modelo abaixo), devendo estar ordenada na ordem em que aparece no texto e numerada sequencialmente em lista única no final do artigo. Informações oriundas de *comunicação pessoal, trabalhos em andamento e trabalhos ainda não publicados* não devem ser utilizados e incluídos na lista de referência bibliográfica.

Ilustrações

Quadros e tabelas; gráficos e fotos com alta definição, todos em preto e branco e estritamente indispensáveis à clareza do texto, no máximo 5 por artigo. Devem ter títulos breves e serem numeradas na ordem sequencial do texto. Devem ser identificadas de acordo com sua natureza, com os títulos colocados acima. Mencionar a fonte e autorização para reprodução, caso já tenham sido publicados. Estas ilustrações devem vir inseridas em seu lugar no texto. Notas e outras informações devem vir em fonte 8 abaixo da ilustração.

Revisão

Os autores serão notificados da aceitação ou recusa dos trabalhos, sendo-lhes enviados os pareceres. Quando for solicitada revisão no artigo, o autor será notificado e encarregado de realizá-la, devolvendo o trabalho reformulado no prazo de dez (10) dias. Caso o autor decida não realizar as modificações sugeridas, deve justificar esta decisão. A decisão final acerca da publicação ou não do trabalho será do Conselho Editorial.

Recomendações

Utilizar para as palavras-chave e keywords o DECS - Descritores das Ciências da Saúde <http://decs.bvs.br/>. Para apresentação de citações em documento usar a NBR 10.520/2002, utilizando o sistema autor e data para as citações no texto. Para resumo usar a NBR 6028/2003.

Os trabalhos devem ser submetidos à Revista **ACADEMUS** pelo **SEER – Sistema Eletrônico de Editoração de Revista**, após se cadastrar como autor e seguindo os 5 passos de submissão no **Portal de Periódicos da SMS** – Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro.

Normas para elaborar um Relato de Experiência

Gênero do domínio social das experiências humanas situado no tempo, tais como, tipos de diários, crônicas jornalísticas, relatos históricos, biografias, testemunhos, etc.

1. Deve ser apresentado com clareza e de forma envolvente e cativante.
2. A pertinência da problemática e seus objetivos são pontos na elaboração deste tipo de texto.
3. Fazer uso de outros trabalhos de intervenção sobre o mesmo tipo de problemática com objetivo similar.
4. Características de autoria são reveladas quando o autor se coloca como sujeito de uma experiência.

Marcas de autoria no Relato de Experiência

- Adjetivos que aproximam o leitor dos sentimentos vividos por ele
- Pronomes pessoais e de tratamento que o autor usa, para dialogar com o leitor
- Formas de expressões pessoais
- Expressões típicas de uma região

Expressões que identificam o autor e revelam sentimentos pessoais

“Desde que me senti responsável por ...”

“Dou-me conta de meus sentimentos de ...”

“Foi o que me trouxe esta experiência. ”

“...senti-me confusa...”.

“Sentia insegurança...”.

Vejo-me, gosto, estou... etc.

Conteúdo do diálogo

O autor de relato de experiência também revela em seu texto o diálogo com outros sujeitos que dela participaram:

- Rememorar situações vividas com outros sujeitos
- Trazer vozes desses sujeitos para seu texto, citando direta ou indiretamente o que eles disseram
- Marcar a introdução direta dessas vozes com dois pontos, aspas ou travessões
- Marcar a introdução indireta das vozes com o uso de verbos de dizer: “como ele disse...”, “na hora em que ele falou que...”, “o pai da criança contou...”, “a diretora da escola observou...”.

Presença do tempo no diálogo

Quem relata qualquer fato necessita memória dos registros.

Recordar uma experiência vivida recentemente e escrever sobre ela

Gênero textual entre o passado recente e o presente de quem relembra

No uso da memória fazer o jogo do “agora” com o “ontem”, do “aqui” com o “lá”.

O modo fazer um Relato de Experiência

- 1ª pessoa
- Forma subjetiva, detalhada, com linguagem coloquial
- Destaque de ponto de vista sobre fato ocorrido no passado
- Tempo verbal pretérito perfeito

Escrevendo o Relato de Experiência

- Refletir sobre a situação de comunicação em que a escrita será produzida
- Pensar qual o tema do relato e o que leva a escrevê-lo
- Elaborar o que deseja ser comunicado

Produção conjunta do relato de experiência

- Rever cada parágrafo escrito
- Discutir previamente o tema do relato
- Decidir como será o registro e quem dá o aval final
- Organizar as ideias do relato e seu fechamento
- Fazer revisão gramatical e usar um corretor ortográfico

Estruturando o Relato de Experiência

- Quem e quantos são os envolvidos
- Qual o período de realização da ação
- Como foi o processo de desenvolvimento
- Desdobramentos não previstos, mas constatados durante a ação
- Aprendizagens observadas durante o processo de desenvolvimento da ação
- Motivação inicial da proposta de ação
- Objetivos traçados
- Impressões e sentimentos vividos durante as ações
- Repercussão da ação na comunidade local

Aspectos formais do Relato de Experiência

- Organização e estrutura do trabalho
- Redação e estilo
- Apresentação dos resultados, tabelas e gráficos, se forem citados
- Correspondência entre as referências citadas no texto e as referências bibliográficas do final do texto, se houver
- Observar as REGRAS DE SUBMISSÃO DA REVISTA ACADEMUS

COMO CITAR REFERÊNCIA NO ESTILO VANCOUVER

1. Referencia-se autor/ autores pelo seu sobrenome, sendo que apenas a letra inicial é em MAIÚSCULA, seguida do nome abreviado e sem o ponto.
2. Na lista de referências, elas deverão ser numeradas consecutivamente, conforme a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto.
3. Na citação transcrita no texto coloca-se o número de página entre parênteses no fim da transcrição com o número sobrescrito da referência.

AUTOR/AUTORES PESSOA FÍSICA – DE UM ATÉ SEIS AUTORES

Quando o documento possui de uns até seis autores, citar todos os autores, separados por vírgula.

Exemplo:

Halpern SD, Ubel PA, Caplan AL. Solid-organ transplantation in HIV-infected patients. N Engl J Med. 2002 Jul 25;347(4):284-7.

AUTOR/AUTORES PESSOA FÍSICA – MAIS DE SEIS AUTORES

Quando o documento possui mais de seis autores, citar os seis primeiros autores seguidos da expressão latina “et al”.

Exemplo:

Rose ME, Huerbin MB, Melick J, Marion DW, Palmer AM, Schiding JK, et al. Regulation of interstitial excitatory amino acid concentrations after cortical contusion injury. Brain Res. 2002;935(1-2):40-6.

ORGANIZAÇÃO/ORGANIZAÇÕES COMO AUTOR/AUTORES

- Indicar o nome/nomes da organização/organizações quando esta/estas assume/assumem a autoria do documento consultado.
- Quando a autoria for de duas ou mais organizações, separe-as por ponto-e-vírgula. Para identificar a hierarquização dentro da organização, separar por vírgula.

Exemplo de uma organização:

Diabetes Prevention Program Research Group. Hypertension, insulin, and proinsulin in participants with impaired glucose tolerance. *Hypertension*. 2002;40(5):679-86.

Exemplo de duas organizações:

Royal Adelaide Hospital; University of Adelaide, Department of Clinical Nursing.

Compendium of nursing research and practice development, 1999-2000. Adelaide

(Australia): Adelaide University; 2001.

AUTOR PESSOA FÍSICA E ORGANIZAÇÃO COMO AUTORES

Indicar o autor / autores pessoa física e a organização, separando-os por ponto e vírgula.

Exemplo:

Valance G, Emberton M, Harving N, van Moorselaar JH; Alf-One Study Group. Sexual dysfunction in 1,274 European men suffering from lower urinary tract symptoms. *J Urol*. 2003;169(6):2257-61.

AUSÊNCIA DE AUTORIA

Quando o documento consultado não possui autoria, iniciar a referência bibliográfica pelo título.

Exemplo:

21st century heart solution may have a sting in the tail. *BMJ*. 2002;325(7357):184.

EDITOR/EDITORES, COMPILADOR/COMPILADORES COMO AUTOR/AUTORES

Quando o documento consultado possui apenas editor, compilador, fazer a indicação após o último nome indicado. Geralmente, aparece em publicações monográficas (livros, guias, manuais...).

Exemplo:

Gilstrap LC 3rd, Cunningham FG, VanDorsten JP, editores. *Operative obstetrics*. 2ª ed. New York: McGraw-Hill; 2002.

AUTOR/AUTORES E EDITOR/EDITORES

Indicar o nome autor/editor quando, em conjunto, assumem a autoria. O nome do editor deverá constar após a edição.

Exemplo:

Breedlove GK, Schorfheide AM. Adolescent pregnancy. 2^a ed. Wieczorek RR, editor. White Plains (NY): March of Dimes Education Services; 2001.

AUTOR/AUTORES PESSOA FÍSICA – DE UM ATÉ SEIS AUTORES

Autor/autores do artigo. Título do artigo. Título do periódico abreviado. Data de publicação; volume (número): página inicial-final do artigo.

Exemplo:

Halpern SD, Ubel PA, Caplan AL. Solid-organ transplantation in HIV-infected patients. N Engl J Med. 2002 Jul 25;347(4):284-7.

AUTOR/AUTORES PESSOA FÍSICA – MAIS DE SEIS AUTORES

Seis primeiros autores do artigo, colocar a expressão “et al”. Título do artigo. Título do periódico abreviado. Data de publicação; volume (número): página inicial-final do artigo.

Exemplo:

Rose ME, Huerbin MB, Melick J, Marion DW, Palmer AM, Schiding JK, et al. Regulation of interstitial excitatory amino acid concentrations after cortical contusion injury. Brain Res. 2002;935 (1-2):40-6.

ORGANIZAÇÃO/ORGANIZAÇÕES COMO AUTOR/AUTORAS

Organização/Organizações. Título do artigo. Título do periódico abreviado. Ano de publicação; volume (número): página inicial-final do artigo.

Exemplo:

Diabetes Prevention Program Research Group. Hypertension, insulin, and proinsulin in participants with impaired glucose tolerance. Hypertension. 2002;40(5):679-86.

AUTOR/AUTORES PESSOA FÍSICA E ORGANIZAÇÃO/ORGANIZAÇÕES COMO AUTORES

Autor/ autores pessoa física; Organização/ organizações. Título do artigo. Título do periódico abreviado. Ano de publicação; volume (número): página inicial-final do artigo.

Exemplo:

Vallancien G, Emberton M, Harving N, van Moorselaar RJ; Alf-One Study Group. Sexual dysfunction in 1,274 European men suffering from lower urinary tract symptoms. J Urol. 2003;169(6):2257-61.

AUSÊNCIA DE AUTORIA

Título do artigo. Título do periódico abreviado. Ano de publicação; volume (número): página inicial-final do artigo.

Exemplo:

21st century heart solution may have a sting in the tail. BMJ. 2002;325(7357):184.

VOLUME COM SUPLEMENTO

Autor/ autores do artigo. Título do artigo. Título do periódico abreviado. Ano de publicação; volume seguido do número do suplemento: página inicial-final do artigo.

Exemplo:

Geraud G, Spierings EL, Keywood C. Tolerability and safety of frovatriptan with short- and long-term use for treatment of migraine and in comparison with sumatriptan. Headache. 2002;42 Suppl2:S93-9.

NÚMERO COM SUPLEMENTO

Autor/ autores do artigo. Título do artigo. Título do periódico abreviado. Ano de publicação; volume (número e número do suplemento): página inicial-final do artigo.

Exemplo:

Glauser TA. Integrating clinical trial data into clinical practice. Neurology. 2002;58(12 Suppl 7):S6-12.

VOLUME COM PARTES

Autor/ autores do artigo. Título do artigo. Título do periódico abreviado. Ano de publicação; volume (parte do volume): página inicial-final do artigo.

Exemplo:

Abend SM, Kulish N. The psychoanalytic method from an epistemological viewpoint. *Int J Psychoanal.* 2002;83(Pt 2):491-5.

NÚMERO COM PARTES

Autor/ autores do artigo. Título do artigo. Título do periódico abreviado. Ano de publicação; volume (número da parte): página inicial-final do artigo.

Exemplo:

Ahrar K, Madoff DC, Gupta S, Wallace MJ, Price RE, Wright KC. Development of a large animal model for lung tumors. *J Vasc Interv Radiol.* 2002;13(9 Pt 1):923-8.

NÚMERO SEM VOLUME

Autor/ autores do artigo. Título do artigo. Título do periódico abreviado. Ano de publicação; (número): página inicial-final do artigo.

Exemplo:

Banit DM, Kaufer H, Hartford JM. Intraoperative frozen section analysis in revision total joint arthroplasty. *Clin Orthop.* 2002;(401):230-8.

SEM NÚMERO E SEM VOLUME

Autor/ autores do artigo. Título do artigo. Título do periódico abreviado. Data de publicação: página inicial-final do artigo.

Exemplo:

Outreach: bringing HIV-positive individuals into care. *HRSA Careaction.* 2002 Jun:1-6.

PAGINAÇÃO EM NUMERAIS ROMANOS

Autor/ autores do artigo. Título do artigo. Título do periódico abreviado. Ano de publicação; Volume (número): página inicial-final do artigo em numerais romanos.

Exemplo:

Chadwick R, Schuklenk U. The politics of ethical consensus finding. *Bioethics*. 2002;16(2):iii-v.

TIPO DE ARTIGO INDICADO, SE NECESSÁRIO

Autor/autores do artigo. Título do artigo [tipo do artigo]. Título do periódico abreviado. Ano de publicação; volume (número): página inicial-final do artigo.

Exemplo:

Tor M, Turker H. International approaches to the prescription of long-term oxygen therapy [carta]. *Eur Respir J*. 2002;20(1):242.

Exemplo:

Lofwall MR, Strain EC, Brooner RK, Kindbom KA, Bigelow GE. Characteristics of older methadone maintenance (MM) patients [resumo]. *Drug Alcohol Depend*. 2002;66 Suppl1:S105.

ARTIGO CONTENDO RETRATAÇÃO

Autor/autores do artigo. Título do artigo. Título do periódico abreviado. Data de publicação; Volume (número): página (s) inicial-final do artigo. Retratação de: Autor (es) do artigo. Título do periódico abreviado. Ano de publicação; volume (número): página (s) da retratação.

Exemplo:

Feifel D, Moutier CY, Perry W. Safety and tolerability of a rapidly escalating dose-loading regimen for risperidone. *J Clin Psychiatry*. 2002;63(2):169. Retratação de: Feifel D, Moutier CY, Perry W. *J Clin Psychiatry*. 2000;61(12):909-11.

ARTIGO RETRATADO

Autor/autores do artigo. Título do artigo. Título do periódico abreviado. Ano de publicação; Volume (número): página (s) do artigo. Retratação em: Autor (es) do artigo. Título do periódico abreviado. Ano de publicação; volume (número): página (s) retratadas.

Exemplo:

Feifel D, Moutier CY, Perry W. Safety and tolerability of a rapidly escalating dose-loading regimen for risperidone. *J Clin Psychiatry*. 2000;61(12):909-11. Retratação em: Feifel D, Moutier CY, Perry W. *J Clin Psychiatry*. 2002;63(2):169.

ARTIGO REPUBLICADO COM CORREÇÕES

Autor/ autores do artigo. Título do artigo. Título do periódico abreviado. Ano de publicação; Volume (número): página (s) do artigo. Corrigido e republicado do: Título do periódico abreviado. Ano de publicação; volume (número): página inicial-final do artigo.

Exemplo:

Mansharamani M, Chilton BS. The reproductive importance of P-type ATPases. Mol Cell Endocrinol. 2002;188(1-2):22-5. Corrigido e republicado do: Mol Cell Endocrinol. 2001;183(1-2):123-6.

ARTIGO COM PUBLICAÇÃO DE ERRATA

Autor/ autores do artigo. Título do artigo. Título do periódico abreviado. Ano de publicação; Volume (número): página (s) inicial-final do artigo. Errata em: Título do periódico. Ano de publicação; volume (número): página (s) da errata.

Exemplo:

Malinowski JM, Bolesta S. Rosiglitazone in the treatment of type 2 diabetes mellitus: a critical-review. Clin Ther. 2000;22(10):1151-68; discussion 1149-50. Errata em: Clin Ther. 2001;23(2):309.

LIVROS E OUTRAS MONOGRAFIAS

ALGUMAS ORIENTAÇÕES

- Na identificação da cidade da publicação, a sigla do estado ou província pode ser também acrescentada entre parênteses.

Ex.: Berkeley (CA)

- Quando se tratar de país pode ser acrescentado por extenso.

Ex.: Adelaide (Austrália)

- Quando for a primeira edição do livro, não há necessidade de identificá-la;
- A indicação do número da edição será de acordo com a abreviatura em língua portuguesa.
Ex.: 4^a ed.
- “Editor” é um termo em inglês que se refere ao editor literário.

AUTOR/AUTORES – PESSOAL

Autor/autores do livro. Título do livro. Edição (Editora). Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação.

Exemplo:

Murray PR, Rosenthal KS, Kobayashi GS, Pfaller MA. Medical microbiology. 4^a ed. St. Louis: Mosby; 2002.

EDITOR/EDITORES, COMPILADOR/COMPILADORES COMO AUTOR/AUTORES

Autor/autores do livro, indicação correspondente. Título do livro. Edição (Editora). Cidade: Editora; Ano de publicação.

Exemplo:

Gilstrap LC 3rd, Cunningham FG, VanDorsten JP, editores. Operative obstetrics. 2^a ed. New York: McGraw-Hill; 2002.

AUTOR/AUTORES E EDITOR/EDITORES

Autor/autores do livro. Título do livro. Edição (Editora). Nome dos editor/editores com a indicação correspondente. Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação.

Exemplo:

Breedlove GK, Schorfheide AM. Adolescent pregnancy. 2^a ed. Wiecezorek RR, editor. White Plains (NY): March of Dimes Education Services; 2001.

ORGANIZAÇÃO/ORGANIZAÇÕES COMO AUTOR

Organização/organizações. Título do livro. Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação.

Exemplo:

Royal Adelaide Hospital; University of Adelaide, Department of Clinical Nursing. Compendium of nursing research and practice development, 1999-2000. Adelaide (Australia): Adelaide University; 2001.

CAPÍTULO DE LIVRO

Autor/ autores do capítulo. Título do capítulo. “In”: nome do autor/ autores ou editor/ editores. Título do livro. Edição (Editora). Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação. Página inicial-final do capítulo.

Exemplo:

Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editors. The genetic basis of human cancer. New York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113.

ANAIS DE CONGRESSO

Autor/ autores do trabalho. Título do trabalho. Título do evento; data do evento; local do evento. Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação.

Exemplo:

Harnden P, Joffe JK, Jones WG, editores. Germ cell tumours V. Proceedings of the 5th Germ Cell Tumour Conference; 2001 Sep 13-15; Leeds, UK. New York: Springer; 2002.

APRESENTAÇÃO EM CONGRESSO

Autor/ autores do trabalho. Título do trabalho apresentado. “In”: Título do evento: Proceedings ou Anais do ... título do evento; data do evento; local do evento. Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação. Página inicial final do trabalho.

Exemplo:

Christensen S, Oppacher F. An analysis of Koza's computational effort statistic for genetic programming. In: Foster JA, Lutton E, Miller J, Ryan C, Tettamanzi AG, editores. Genetic programming. EuroGP 2002: Proceedings of the 5th European Conference on Genetic Programming; 2002 Apr 3-5; Kinsdale, Ireland. Berlin: Springer; 2002. p. 182-91.

RELATÓRIO TÉCNICO-CIENTÍFICO

Editado por fundação/agência patrocinadora:

Autor/ autores do relatório. Título do relatório. Dados do relatório (se houver). Cidade de publicação: fundação ou agência patrocinadora; Data de publicação. Número e série de identificação do relatório.

Exemplo:

Yen GG (Oklahoma State University, School of Electrical and Computer Engineering, Stillwater, OK). Health monitoring on vibrations signatures. Final report. Arlington (VA): Air Force Office of Scientific Research (US), Air Force Research Laboratory; 2002 Feb. Report No.: AFRLSRBL-TR020123. Contract No.: F496209810049.

EDITADO POR AGÊNCIA ORGANIZADORA:

Autor/autores do relatório. Título do relatório. Dados do relatório (se houver). Cidade de publicação: agência organizadora; Data de publicação. Número e série de identificação do relatório. Agência patrocinadora.

Exemplo:

Russell ML, Goth-Goldstein R, Apte MG, Fisk WJ. Method for measuring the size distribution of airborne Rhinovirus. Berkeley (CA): Lawrence Berkeley National Laboratory, Environmental Energy Technologies Division; 2002 Jan. Report No.: LBNL49574. Contract No.: DEAC0376SF00098. Patrocinado pelo Department of Energy.

DISSERTAÇÃO, TESE E TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Autor. Título do trabalho [tipo do documento]. Cidade de publicação: Editora; Ano de defesa do trabalho.

Exemplo:

Dissertação e tese

Gomes WA. *Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana – BA* [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

Carvalho GCM. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988–2001* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2002.

TCC

TANNOURI, A.J.R.; SILVEIRA, P. G. Campanha de prevenção do AVC”: doença carotídea extra cerebral na população da grande Florianópolis [trabalho de conclusão de curso]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Medicina. Departamento de Clínica Médica, 2005.

PATENTE

Nome do inventor e do cessionário e indicação (ões). Título da invenção. País e número do depósito. Data (do período de registros).

Exemplo:

Pagedas AC, inventor; AncelSurgical R&D Inc., cessionário. Flexibleendoscopicgrasping and cuttingdevice and positioning tool assembly. United Statespatent US 20020103498. 2002 Aug 1.

BÍBLIA (*)

Título da obra. Tradução ou versão. Local de publicação: Editora; data de publicação. Notas (se houver).

Exemplo:

The HolyBible. King James version. Grand Rapids (MI): ZondervanPublishingHouse; 1995. Ruth 3:1-18.

(*) Este exemplo foi publicado na edição de 1997. Na atual (2006) não é apresentado modelo de bíblia.

ARTIGO DE JORNAL

Autor do artigo. Título do artigo. Nome do jornal. Data; Seção: página (coluna).

Exemplo:

Tynan T. Medical improvements lower homicide rate: studyseesdrop in assault rate. The Washington Post. 2002 Aug12;Sect. A:2 (col. 4).

MATERIAL AUDIOVISUAL

Autor/autores. Título do material [tipo do material]. Cidade de publicação: Editora; ano.

Exemplo:

Chason KW, Sallustio S. Hospital preparedness for bioterrorism [vídeo cassete]. Secaucus (NJ): Network for Continuing Medical Education; 2002.

MATÉRIA DE LEGISLAÇÃO

Título da lei (ou projeto, ou código...), dados da publicação (data da publicação).

LEI

Exemplo:

VeteransHearingLossCompensationAct of 2002, Pub. L. No. 107-9, 115 Stat. 11 (May 24, 2001).

PROJETO DE LEI

Exemplo:

HealthyChildrenLearnAct, S. 1012, 107th Cong., 1st Sess. (2001). 20

CÓDIGO DE REGULAÇÃO FEDERAL

Exemplo:

CardiopulmonaryBypassIntracardiacSuctionControl, 21 C.F.R. Sect. 870.4430 (2002).

AUDIÊNCIA

Exemplo:

Arsenic in DrinkingWater: An Update on the Science, Benefits and Cost: HearingBefore the Sub-comm. onEnvironment, Technology and Standards of the HouseComm. On Science, 107th Cong., 1st Sess. (Oct. 4, 2001).

MAPA

Autor/ autores, Nome do mapa [tipo de material]. Cidade de publicação: Editora; ano de publicação.

Exemplo:

Pratt B, Flick P, Vynne C, cartógrafos. Biodiversityhotspots [mapa]. Washington:

Conservation International; 2000.

DICIONÁRIO E OBRAS DE REFERÊNCIAS SIMILARES

Autor (se houver). Título da obra. Edição (se houver). Cidade de publicação: Editora; ano de publicação. Termo pesquisado (se houver); número da página (se houver).

Exemplo:

Dorland's illustrated medical dictionary. 29th ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 2000.

Filamin; p. 675.

MATERIAL ELETRÔNICO

CD-ROM, DVD, DISQUETE...

Autor/ autores. Título [tipo do material]. Cidade de publicação: Produtora; ano.

Exemplo:

Anderson SC, Poulsen KB. Anderson's electronic atlas of hematology [CD-ROM].

Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.

ARTIGO DE PERIÓDICO EM FORMATO ELETRÔNICO

Autor do artigo. Título do artigo. Título do periódico abreviado [periódico na Internet]. Data da publicação [data de acesso com a expressão "acesso em"]; volume (número): [número de páginas aproximado]. Disponível em: "...".

Exemplo:

Aboud S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. Am J Nurs [periódico na Internet]. 2002 Jun [acesso em 2002 Aug 12];102(6):[aproximadamente 3 p.]. Disponível em: <http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htm>

MONOGRAFIA NA INTERNET

Autor/ autores. Título [monografia na Internet]. Cidade de publicação: Editora; data da publicação [data de acesso com a expressão "acesso em"]. Endereço do site com a expressão "Disponível em:".

Exemplo:

Foley KM, Gelband H, editores. Improving palliative care for cancer [monografia na Internet]. Washington: National Academy Press; 2001 [acesso em 2002 Jul 9]. Disponível em: <http://www.nap.edu/books/0309074029/html/>

HOMEPAGE

Autor (es) da homepage (se houver). Título da homepage [homepage na Internet]. Cidade: instituição; data (s) de registro* [data da última atualização com a expressão “atualizada em”; data de acesso com a expressão “acesso em“]. “Disponível em:”.

* a data de registro pode vir acompanhada da data inicial-final ou com a data inicial seguida de um hífen (-) indicando continuidade.

Exemplo:

Cancer-Pain.org [homepage na Internet]. New York: Association of Cancer Online Resources, Inc.; c2000-01 [atualizada em 2002 May 16; acesso em 2002 Jul 9]. Disponível em: <http://www.cancer-pain.org/>

PARTE DE UMA HOMEPAGE

Autor/ autores da homepage (se houver). Título [homepage na Internet]. Cidade: instituição; data (s) de registro [data da última atualização com a expressão “atualizada em”; data de acesso com a expressão “acesso em“]. Título da parte da homepage; [número aproximado de telas]. “Disponível em:”.

Exemplo:

American Medical Association [homepage na Internet]. Chicago: The Association; c1995-2002 [atualizada em 2001 Aug 23; acesso em 2002 Aug 12]. AMA Office of Group Practice Liaison; [aproximadamente 2 telas]. Disponível em: <http://www.amaassn.org/ama/pub/category/1736.html>

BASE DE DADOS NA INTERNET

Autor/ autores da base de dados (se houver). Título [base de dados na Internet]. Cidade: Instituição. Data (s) de registro [data da última atualização com a expressão “atualizada em” (se houver); data de acesso com a expressão “acesso em“]. “Disponível em:”.

Exemplo:

Who'sCertified [base de dados na Internet]. Evanston (IL): The American Board of Medical Specialists. c2000 – [acesso em 2001 Mar 8]. Disponível em: <http://www.abms.org/newsearch.asp>

Exemplo:

Jablonski S. Online MultipleCongenitalAnomaly/Mental Retardation (MCA/MR) Syndromes [base de dados na Internet]. Bethesda (MD): National Library of Medicine (US). c1999 [atualizada em 2001 Nov 20; acesso em 2002 Aug 12]. Disponível em: http://www.nlm.nih.gov/mesh/jablonski/syndrome_title.html

PARTE DE UMA BASE DE DADOS NA INTERNET

Autor/ autores da base de dados (se houver). Título [base de dados na Internet]. Cidade:Instituição. Data (s) de registro [data da última atualização com a expressão “atualizada em” (se houver); data de acesso com a expressão “acesso em“]. Título da parte da base de dados; [número aproximado de páginas]. Endereço do site com a expressão “Disponível em:”. Nota explicativa (se houver).

Exemplo:

MeSH Browser [base de dados na Internet]. Bethesda (MD): National Library of Medicine (US); 2002– [acesso em 2003 Jun 10]. Meta-analysis; unique ID: D015201; [aproximadamente 3 p.]. Disponível em: <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>

Arquivo atualizado semanalmente.

ARQUIVO DE COMPUTADOR (*)

Título [programa de computador]. Versão. Local de publicação: Produtora; data de publicação. (*). Este exemplo foi publicado na edição de 1997. Na atual (2006) não é apresentado modelo de arquivo de computador.

Exemplo:

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [programa de computador]. Versão 2.2. Orlando (FL): ComputerizedEducational Systems; 1993.

