

Vol.19 | n.1 | 2017
ISSN 2175-3946

RBPS

Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde

RBPS

Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde
Brazilian Journal of Health Research

REVISTA BRASILEIRA DE PESQUISA EM SAÚDE

ORGANIZADORES

EDITOR-CHEFE|

Edson Theodoro dos Santos Neto, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória - ES

EDITORA-EXECUTIVA|

Carolina Fiorin Anhoque, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória - ES

EDITORAS-CIENTÍFICAS|

Blima Fux, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória - ES

Josemberg da Silva Batista, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória - ES

CONSELHO EDITORIAL

EDITORES ASSOCIADOS| 2017|

Aline Guio Cavaca, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória - ES

Beatriz Cardoso Lobato, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba - MG

Daniel Ferreira Moreira Lobato, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba - MG

Carolina Dutra Degli Esposti, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória - ES

Chiara Samele, University of London, Institute of Psychiatry, Reino Unido

Crispim Cerutti Junior, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória - ES

Daniela Feu Rosa Kroeff de Souza Laignier, Universidade Vila Velha - ES

Deborah Garbee, LSU Health Sciences Center New Orleans, EUA

Diogo Henrique Constantino Coledam, Instituto Federal de São Paulo - SP

Dulciane Medeiros de Azevedo, Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, Caicó - RN

Elaine Cristina Vargas Dadalto, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória - ES

Erin Symonds, University of South Florida, Saint Petersburg, Florida - EUA

Fabiana Vargas Ferreira, Universidade Luterana do Brasil, Canoas - RS

Gabriela Maria Cavalcante Costa, Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande - PB

Günter Fröschl, Ludwig-Maximilians-University of Munich - Alemanha

Gustavo Rocha Leite, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória - ES

Kurt Varner, LSU Health Sciences Center New Orleans, EUA

Lea Tenenholz Grinberg, University of California, San Francisco, Estados Unidos da América

Luciane Peter Grillo, Universidade do Vale do Itajaí - SC

Maria del Pilar Montero López, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, Espanha

Mauro Niskier Sanchez, Universidade de Brasília - DF

Mirian Carmo Rodrigues Barbosa, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória - ES

Renata Junqueira Pereira, Universidade Federal do Tocantins, Palmas - TO

Rodrigo Cappato de Araújo, Universidade de Pernambuco, Petrolina - PE

Rodrigo Pratte Santos, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória - ES

Silvia Cristina de Paiva Almeida, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória - ES

Silvia Cristina de Paiva Almeida, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória - ES

Silvia Cristina de Paiva Almeida, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória - ES

Silvia Cristina de Paiva Almeida, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória - ES

Silvia Cristina de Paiva Almeida, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória - ES

Silvia Cristina de Paiva Almeida, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória - ES

CORPO TÉCNICO| 2016|

BIBLIOTECÁRIO| Francisco Felipe Coelho

ESTAGIÁRIOS| Camila Costa Rocha | Douglas Peres | Nágila Motte | Yuri Demuner

EDITORAÇÃO ELETRÔNICA| João Carlos Furlani

REVISÃO DE LÍNGUA PORTUGUESA| José Carlos de Araújo | Reescritas

REVISÃO DE LÍNGUA INGLESA | Tito Cunha

Revisores *ad hoc* especialistas em diferentes áreas de conhecimento

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO - UFES

REITOR| Reinaldo Centoducatte

VICE-REITORA| Ethel Leonor Noia Maciel

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

DIRETORA| Gláucia Rodrigues Abreu

VICE-DIRETOR| Alfredo Rodrigues Feitosa

Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde / Instituto de Odontologia. -

R454 v. 1, n.1 (jan/jun. 1999) - .- Vitória : O Instituto, 1999-

v. : il.

Trimestral

ISSN 2175-3946 (Impresso)

ISSN: 2446-5410 (Online)

Constituição no Título UFES Revista de Odontologia

(ISSN 1516-6228)

1. Saúde - Periódicos. 2. Saúde - Pesquisa. 1. Universidade Federal do Espírito Santo. Instituto de Odontologia.

CDU 61(05)

CDD 610.05

INDEXAÇÃO NA SEGUINTE BASE DE DADOS:

Literatura Científica e Técnica da América Latina e Caribe (LILACS)

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA:

Universidade Federal do Espírito Santo

Centro de Ciências da Saúde

Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde

Av. Marechal Campos 1468, Maruípe - Vitória, ES, Brasil

CEP 29040-090 | Tel: (27) 3335-7225

E-mail: rbps.ccs@ufes.br

Site: www.periodicos.ufes.br/RBPS

Sumário

EDITORIAL | EDITORIAL

- 4| Gestão em Saúde no ensino a distância**
Health management in distance learning
Leila Massaroni e Cândida Caniçali Primo

ARTIGOS ORIGINAIS | ORIGINAL ARTICLES

- 6| Os processos para a implantação de uma oficina terapêutica dentro do Centro de Atenção Psicossocial**
Implementation of a therapeutic workshop at a Psychosocial Attention Center
Evelin Penha da Silva Steill, Rafaela das Mercês Batista e Thiago Nascimento do Prado
- 11| A integralidade no trabalho em grupo em saúde mental**
Integrality in a mental health group work
Jeanie da Silva Barreiro de Almeida, Rafaela Das Mercês Batista e Thiago Nascimento do Prado
- 16| Incentivo ao desenvolvimento das ações do sistema de vigilância alimentar e nutricional para os agentes comunitários de saúde**
Strategies for effective engagement of community health workers in the food and nutritional surveillance system
Marina Junger Delógo Dardengo, Carlos Eduardo Dilen da Silva e Paulete Maria Ambrósio Maciel
- 21| Organização do fluxo de atendimento aos usuários abusivos ou dependentes de álcool e outras drogas**
Designing a health care work flow for alcohol and drug addiction
Alexsandra Martins Pacheco, Renata Danielle Moreira Silva e Maria Cristina Ramos
- 28| Acompanhamento nutricional por meio da avaliação antropométrica de crianças e adolescentes em uma unidade básica de saúde**
Nutritional follow-up using anthropometric measurements of children and adolescents at a primary health care unit
Vanessa da Silva Rosa, Carolina Maia Martins Sales e Maria Angélica Carvalho Andrade
- 34| O direito de inclusão dos professores da educação infantil para vacinação contra A H1N1**
The right of inclusion of kindergarten teachers in H1N1 vaccination campaigns
Kellen Nascimento Mendes, Márcia Valéria de Souza Almeida e Jhuli Keli Angeli
- 39| A importância do papel do farmacêutico na Atenção Básica**
The key role of pharmacists in the Basic Health Care
Vitor Barbosa dos Santos, Priscila Santos da Rosa e Franciele Marabotti Costa Leite
- 44| Capacitação permanente em boas práticas de manipulação de alimento para vendedores ambulantes**
Continuing education training in safe food handling for street vendors
Carlos Hemilio Fontana Gomes, Welington Serra Lazarini e Renata Madureira
- 52| O serviço social no atendimento às pessoas em situação de violência**
Social workers and violence-related care at an emergency care unit
Stéfanie da Penha Silva, Rebeca Caldeira Machado Berger, Rita de Cássia Ribeiro Gonçalves e Franciele Marabotti Costa Leite

59| Implantação do sistema de informação do Programa Nacional de Imunizações Desktop
The Brazilian Immunization Program and the implementation of the Immunization Information System

Werton dos Santos Cardoso, Luciana de Cassia Nunes Nascimento e Fernanda Moura Vargas Dias

65| O processo de facilitação da comunicação com pacientes pomeranos
Facilitating communication with Pomeran patients

Elry Cristine Nickel Valerio, Fernanda Moura Vargas Dias e Luciana de Cassia Nunes Nascimento

70| O uso de protocolos de segurança do paciente nas instituições hospitalares
The use of patient safety protocols in the hospitals

Lucinete de Oliveira Souza, Marina Coelho de Pinho, Laís Rubert Machado e Alfred Jacques

78| Análise da conformidade das prescrições medicamentosas dos setores públicos e privados
Conformity assessment of medical prescriptions in public and private sectors

Diégo Padua Silva, Flávia Batista Portugal e Geraldo Mendes Gutian Júnior

85| Terapia nutricional mais adequada para pacientes com pancreatite aguda
Optimal nutritional therapy for patients with acute pancreatitis

Priscila Scalzer, Renata Danielle Moreira Silva e Maria Cristina Ramos

92| Ações de controle da tuberculose na atenção primária brasileira
Tuberculosis control in primary care in Brazil

Bruna Lúcia Ferreira de Almeida Barbosa, Eliane de Fátima Almeida Lima, Elissa Orlandi e Rita de Cássia Duarte Lima

101| Saúde mental e o processo de gestão de serviços residenciais terapêuticos
Mental health and therapeutic residential services management process

Danieli Simoni, Welington Serra Lazarini e Renata Madureira

108| Fatores que interferem na amamentação exclusiva
Factors affecting exclusive breastfeeding

Lorena Bassi Capucho, Ludmila Forechi, Rita de Cassia Duarte Lima, Leila Massaroni e Cândida Caniçali Primo

114| INSTRUÇÕES AOS AUTORES

Gestão em Saúde no ensino a distância

Health management in distance learning

*Leila Massaroni¹
Cândida Caniçali Primo¹*

¹Universidade Federal Espírito Santo, Vitória/ES, Brasil.

É como muita satisfação que vimos apresentar a produção científica dos especializandos do Curso de Gestão em Saúde, modalidade educação a distância, da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES).

A educação a distância (EaD) é uma modalidade de ensino que vem se consolidando no Brasil. Apresenta como característica a separação física (espaço-temporal) entre aluno e professor e o uso de tecnologias de informação e comunicação (TIC) como mediadoras da relação ensino-aprendizagem, e que tem se mostrado uma estratégia eficiente para transmissão de conhecimentos e formação de pessoas¹.

Um exemplo de consolidação da EaD no País se deu com a criação do sistema de Universidade Aberta no Brasil (UAB). O Sistema UAB foi lançado pelo Ministério da Educação em dezembro de 2005, com o objetivo de democratizar, expandir e interiorizar a oferta de ensino superior público e gratuito no País. É um programa do Governo Federal que prevê a oferta de formação superior pela modalidade de Educação a Distância em parceria com instituições de ensino superior e governos municipais e estaduais.

O Programa Nacional de Formação em Administração Pública (PNAP) foi criado pelo governo federal objetivando a formação geral e a capacitação profissional. É mantido pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e tem a missão de ofertar cursos superiores (bacharelado) e de especialização a distância, exclusivamente na área de Gestão Pública. Para isso, foi estruturada uma rede, envolvendo a UAB e diversas instituições públicas de Ensino superior (IPES).

O PNAP nasceu em 2009 com a oferta gratuita de curso de Bacharelado em Administração Pública e três cursos de Especialização: em Gestão Pública, Gestão Pública Municipal e Gestão em Saúde. Estrutura-se de forma inovadora, descentralizando oportunidades de qualificação de gestores públicos via modalidade EAD, mantendo um padrão nacional, com a adoção de grade curricular e material didático produzido nacionalmente.

A UAB oferece a estrutura adequada, enquanto que as instituições federais de ensino se responsabilizam pelo fornecimento de recursos humanos e pela execução pedagógica dos cursos do PNAP.

A Universidade Federal do Espírito Santo, por meio da Secretaria de Ensino a Distância (SEAD), ingressou no PNAP em 2010 com a oferta da primeira turma, em 2012; e, da segunda, em 2015. Essa adesão foi somente para o curso de Especialização Gestão em Saúde, que estava vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde. Na primeira turma foram ofertadas 650 vagas, distribuídas em vinte e seis polos, localizados nos municípios do Estado; enquanto que, na segunda turma, foram ofertadas 360 vagas para 12 polos.

Este número especial da Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde (RBPS) publicará artigos produzidos pelos alunos do Curso de Especialização Gestão em Saúde, segunda turma, por meio dos Trabalhos de Conclusão de Curso. A proposta da coordenação do curso foi qualificar, científica e metodologicamente, os profissionais da área de saúde dos municípios/polos e incentivá-los a registrar e a discutir suas práticas cotidianas de trabalho nos seus espaços de trabalho.

Finalizamos, deixando registrada nossa gratidão a todos que participaram/contribuíram para o sucesso desse projeto e a qualificação da assistência desenvolvida pelos gestores que atuam na área da saúde do Estado do Espírito Santo. Entre eles: A UFES, a equipe da SEAD e dos Polos, Tutores e Professores e especializandos que acreditaram, avaliaram a proposta do ensino a distância e participaram dele.

REFERÊNCIA |

1. Silva DSG, Mendes GHS. O papel do PNAP na qualificação do gestor público: o caso da UFSCar. In: Anais do Simpósio Internacional de Educação a Distância e Encontro de Pesquisadores em Educação a Distância (SIED:EnPED:2014); 2014 set 15-26; São Carlos, Brasil. São Carlos: Secretaria Geral de Educação a Distância; Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Inovação em Educação, Tecnologias e Linguagens (Horizonte); 2014.

**Implementation of a
therapeutic workshop at a
Psychosocial Attention Center**

**| Os processos para a implantação de
uma oficina terapêutica dentro do
Centro de Atenção Psicossocial**

Abstract | Introduction: *In the Psychosocial Rehabilitation scenario, therapeutic workshops play an important role at Psychosocial Attention Centers (CAPS), and are considered one of the main treatment methods offered by the substitutive services. Objective: This article aims to describe the implementation of a new therapeutic workshop at a CAPS, based on strategic planning. Methods: The proposed activity complied with the principles of Psychosocial Rehabilitation, aiming to reinsert individuals with psychological disorders into their daily activities and promote the interaction with their family and the community in general. Conclusion: Thus, the cooking workshop provided several moments of real engagement and interaction, and opportunities for collecting oral history, raising personal hygiene and environmental awareness, promoting a closer relationship with the professionals, and improving the quality of life to the participants.*

Keywords | *Mental Health; Occupational Therapy; Public Health Policy.*

RESUMO | Introdução: Diante do cenário nacional da Reabilitação Psicossocial, as oficinas terapêuticas desempenham um importante papel dentro dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), sendo consideradas um dos principais métodos de tratamento oferecidos pelos serviços substitutivos. **Objetivo:** Descrever a implementação de uma nova oficina terapêutica dentro do CAPS, embasada no planejamento estratégico. **Métodos:** Estudo do tipo relato de experiência. Compreendeu-se que a atividade proposta cumpriu com os preceitos da Reabilitação Psicossocial, almejando reinserir as pessoas com transtorno psíquico em suas atividades diárias, tornando possível a interação com a família e comunidade em geral. **Conclusão:** Sendo assim, a oficina de culinária propiciou inúmeros momentos de trocas, resgate da história oral, pautas direcionadas à higiene pessoal e ambiental, aproximação com os profissionais do equipamento e qualidade de vida aos participantes.

Palavras-chave | Saúde Mental; Terapia Ocupacional; Políticas Públicas de Saúde.

¹Universidade Federal Espírito Santo, Vitória/ES, Brasil.

INTRODUÇÃO |

Partindo do modelo de saúde vigente, dentro de uma atual proposição advinda da Reforma Sanitária Brasileira e da construção do Sistema Único de Saúde, baseado na Lei 8.080 da Constituição Federal, garante-se que “a saúde é um direito de todos e dever do Estado”¹. Para tanto, foi preciso repensar o modo com que se fazia saúde, rompendo com os antigos paradigmas e focando na centralidade do sujeito, a fim de legitimar a necessidade de construção de novos fazeres, utilizando-se da criatividade dos atores na saúde pública brasileira².

Nesse cenário nacional, as políticas voltadas para a Saúde Mental também passaram por modificações. Com o advento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, precedida pelos questionamentos dos profissionais e movimentos sociais que repudiavam a forma de tratamento oriunda dos manicômios, compreende-se a busca por tratamentos mais humanizados e menos excludentes³.

Salienta-se a Reabilitação Psicossocial, que sai em defesa da inclusão e responsabilização do Estado no atendimento por meio da promoção, prevenção e reabilitação, resultando no surgimento de serviços territoriais que substituem o antigo modelo manicomial descrito por Goffman⁴, em que a desinstitucionalização emerge com a lógica da circulação além dos muros institucionais⁴.

Desse modo surgem os serviços substitutivos ao modelo manicomial hospitalocêntrico, amparados pela Lei 10.216, conhecida como Lei Paulo Delgado, sendo estes o Núcleo de Assistência Psicossocial (NAPS), o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), entre outros. Tais transformações das políticas de saúde mental, da clínica e ainda transformações socioculturais, possuem como pressuposto e critério ético a inclusão das pessoas com transtornos mentais na sociedade, bem como o seu tratamento em serviços de base comunitária⁵.

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), de acordo com o Ministério da Saúde⁶, objetiva oferecer atendimento à população, realizando acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis, além do fortalecimento de vínculos, laços familiares e comunitários, minimizando as internações psiquiátricas.

Este equipamento é regulamentado pela Portaria Ministerial n.º. 336/GM/2002, e encontra-se na média complexidade

dos níveis de atenção em saúde, sendo composto por uma equipe multiprofissional; entre eles o terapeuta ocupacional, que busca a potência e o empoderamento tanto do sujeito quanto do coletivo por intermédio das atividades como meio para alcance dos objetivos.

Destaca-se que a Terapia Ocupacional, como uma profissão de nível superior portadora de atuações que se desdobram nos campos da (re)habilitação física, mental, social, educacional, entre outros, atende a diferentes populações e realidades⁷. Suas nuances se transformam à medida que adentra contextos biopsicossociais. Ressalta-se ainda que as intervenções terapêuticas ocupacionais dentro do CAPS decorrem de atendimentos individuais ou coletivos, na formulação do Projeto de Tratamento Singular (PTS), condução de grupos abertos ou fechados, oficinas terapêuticas, matriciamento, orientações a familiares, visitas domiciliares, entre outras atividades.

Insta frisar que, de acordo com o Ministério da Saúde⁶, as oficinas desempenham um importante papel dentro dos CAPS, sendo considerado um dos principais métodos de tratamento oferecidos pelos serviços substitutivos. Ainda reitera-se que essas novas estratégias de intervenção sobre o campo social e clínico dão ensejo à recuperação do uso da atividade como um valioso recurso no tratamento clínico⁸, uma vez que as oficinas podem ser consideradas terapêuticas quando possibilitarem aos usuários um espaço de trocas, fala, expressão e acolhimento, avançando no caminho da reabilitação, afinal exercem o papel de um dispositivo construtor do paradigma psicossocial⁹.

Nessa perspectiva, compreendendo a atuação do terapeuta ocupacional diante das demandas dos usuários no serviço, o presente artigo, por meio do relato de experiência, objetiva descrever a implementação de uma nova oficina terapêutica a fim de maximizar a participação social, o empoderamento pessoal, a assiduidade no tratamento, o fortalecimento de vínculos e a qualidade de vida.

RELATO DA EXPERIÊNCIA |

Configura-se como um relato de experiência, de natureza descritiva, acerca da elaboração e efetivação de uma oficina terapêutica dentro de um serviço substitutivo localizado em um município da Grande Vitória, no Estado do Espírito Santo.

Inicialmente, o projeto emergiu em 2014 durante a realização de atendimentos individuais e coletivos com os usuários do CAPS no setor de Terapia Ocupacional, aos quais, por meio de relatos, traziam experiências ou queixas acerca da sua situação no contexto domiciliar, dos quais alguns não detinham autonomia para cozinhar ou até mesmo decidir qual alimento ingerir. Nesse sentido, na primeira etapa, identificou-se a possibilidade de implantação da oficina de culinária a fim de promover um espaço de tratamento, perpassando pelas trocas, fortalecimento de vínculos, realização de Atividades de Vida Diária (AVD's) e Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD's), além da promoção da autonomia.

Em seguida, após o levantamento da proposta, foi necessário realizar um aprofundamento teórico. Para isso, a pesquisa embasou-se em artigos que detinham a temática “culinária e saúde mental”, todavia notou-se a escassez de materiais. Dando continuidade, já na terceira etapa, foi elaborado um projeto piloto descrevendo os objetivos, bem como a metodologia, contemplando número de encontros, a obtenção de materiais e outros pontos.

Com o projeto piloto em mãos, foi agendada uma reunião com a coordenadora local do CAPS a fim de apresentar a oficina. Após aprovação, o mesmo projeto foi exposto aos demais profissionais durante a reunião de equipe semanal, sendo aprovado sem objeções.

Com a permissão do gestor local, foi agendada uma reunião com os usuários com a finalidade de expor a proposta, identificar os participantes e definir um nome para a oficina que ocorreria na cozinha do equipamento. Dessa forma, após a elaboração do grupo formado por 07 pacientes, foi necessária uma identificação do quadro clínico de cada participante, objetivando identificar possíveis doenças, tais como: diabetes mellitus, hipertensão e possíveis restrições alimentares.

Acordou-se que a compra de alimentos seria custeada pelo lucro de um bazar – projeto existente no CAPS. Os encontros seriam mensais, devido aos custos, com duração de duas horas. Ademais, o cardápio contemplaria sugestões de pratos sendo submetido a uma votação entre os usuários para definir a proposta semanal. Destaca-se que a compra de alimentos era efetuada em conjunto com os pacientes em um supermercado próximo ao equipamento. No local, eram os próprios pacientes que escolhiam os produtos e realizavam o pagamento propriamente dito.

Feito isso, o grupo direcionava-se até a cozinha da instituição, onde se realizava a divisão de funções mediante volição e aptidão dos pacientes. Nesse sentido, formavam-se pequenos subgrupos para corte dos alimentos, cozimento, organização e limpeza do espaço. Enquanto se aguardava a finalização dos procedimentos (seja para congelar, seja para resfriar), era possível conversar acerca dos mais diversos assuntos, cumprindo a finalidade terapêutica. Por fim, com a conclusão do prato do dia, os pacientes se organizavam para distribuir o alimento entre os participantes da oficina, demais usuários do CAPS e para os profissionais do equipamento, proporcionando um momento de interação e reconhecimento.

DISCUSSÃO |

Observa-se que, para a implantação e a posterior efetivação de nova oficina dentro do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), é necessária a execução de etapas prévias, desde o desejo dos pacientes, bem como os objetivos a serem alcançados diante do procedimento.

Além de identificar a demanda dos usuários do CAPS, o terapeuta ocupacional necessita apresentar entre suas atribuições uma escuta ampliada a fim de compreender as situações que o permeiam. Logo, por meio de uma análise situacional associada à realidade, foi possível sugerir a implantação da oficina de culinária no espaço.

Como a proposta da nova atividade dependia dos recursos advindos do projeto paralelo do CAPS ao qual objetivava custear a obtenção dos alimentos e demais materiais que se fizessem necessários, salienta-se a importância do Planejamento Estratégico, definida como:

Uma atividade técnica-administrativa que, através da análise do ambiente de uma organização, cria a consciência das suas oportunidades e ameaças dos seus pontos fortes e fracos para o comprometimento da sua missão e, através desta consciência, estabelece o propósito de direção que a empresa deverá seguir para aproveitar as oportunidades e evitar os riscos¹⁰.

Baseando-se no conceito teórico, identificou-se o cumprimento de etapas, vide Mintzberg¹¹, uma vez que se executou o planejamento resultando na articulação, coordenação de atividades e resultados propriamente ditos.

A proposta cumpriu com os preceitos da Reabilitação Psicossocial, almejando reinserir as pessoas com transtorno psíquico em suas atividades diárias, tornando possível a interação com a família e comunidade em geral¹². Fato obtido por meio do acompanhamento terapêutico realizado no território, seja para a avaliação dos preços, seja para a compra de alimentos e materiais.

Nesse contexto, salienta-se que a oficina de culinária se desenvolvia baseada no desejo e volição dos pacientes, fator este que endossava o poder de decisão e do fazer deles, legitimando a criação de um espaço propício para o coletivo, que facilitou a escuta e o respeito ao outro.

Outro fator importante verificado refere-se à horizontalização das relações entre profissionais e pacientes no que tange à definição do cardápio e das divisões de funções dentro do *modus operandi* da oficina. A minimização da forma hierárquica de tratamento aproximou os envolvidos e facilitou o diálogo entre as partes.

Os pacientes puderam recuperar papéis sociais que há tempos não desempenhavam, assim como tiveram seus desejos e anseios valorizados. Destaca-se que alguns relatavam ter reproduzido a receita em seus domicílios ou que puderam compartilhar a experiência do fazer com seus familiares. Sendo assim, a oficina de culinária propiciou inúmeros momentos de trocas, resgate da história oral, pautas direcionadas à higiene pessoal e ambiental, aproximação com os profissionais do equipamento e qualidade de vida aos participantes.

O retorno ocorria conforme eram obtidos os resultados – nesse sentido, os pratos –, seja pela satisfação do paciente que participou diretamente, seja pelo paciente que recebia o alimento, seja pelo profissional que se aproximava para auxiliar e degustar a atividade.

No que se refere às dificuldades, o custeio dos alimentos mostrou-se como um grande dificultador. Endossa-se que, diante da disponibilidade do produto final, observou-se que o número de pessoas que se alimentavam era sempre superior à quantidade de participantes. Sendo assim, verificou-se um entrave referente à realização de pratos mais caros e elaborados. Nesse sentido, solicitávamos contribuições dos pacientes acerca dos produtos a serem utilizados, entretanto estes não aderiam ou não apresentavam condições financeiras suficientes para colaborar.

É necessário expor acerca do espaço físico estrutural ao qual era pequeno e de uso coletivo, fato que, por vezes, terceiros adentravam o local durante a execução da atividade, interrompendo o processo terapêutico. Para tanto, acordamos com os demais a redução de utilização do espaço e/ou inserção dos usuários na própria oficina.

Compreende-se ainda que a atividade permitiu novas vivências dentro do equipamento, mostrando-se como uma intervenção inovadora. Tais experiências fazem alusão a experimentos sensoriais, até afetivos, que reproduziam emoções e facilitam a interlocução entre o terapeuta ocupacional e o usuário.

Verifica-se, portanto, que as oficinas terapêuticas, desde que planejadas, exercem um papel facilitador no que tange ao tratamento psiquiátrico. Esse dispositivo pode intervir com ferramentas, desde as mais heterogêneas, que concorrem para a produção das subjetividades – “ambiente, cotidiano, exposições de arte, cinema, música, esporte -, e que podem funcionar como catalisadores, criando possibilidades diversificadas de recomposição de uma corporeidade existencial”¹³.

Compreendendo a valia da oficina de culinária dentro dos serviços substitutivos, como o Centro de Atenção Psicossocial, verifica-se que esse processo corrobora com a intervenção do terapeuta ocupacional a fim alcançar os objetivos que envolvem a autonomia, inclusão e participação social, além de promover o autocuidado, a escuta, o convívio grupal e familiar.

A oficina foi considerada pelos participantes como uma ação importante que resgatou uma atividade diária, por vezes esquecida ou até impedida, dentro de seus domicílios. Destaca-se que as interações que emergiram durante o processo mostraram-se favoráveis no que se refere ao contato com os demais usuários e profissionais do equipamento. O produto final - o alimento – ganhava a forma e significado de interlocutor entre o paciente e o terceiro, que se fazia beneficiado.

Em contraproposta, identificou-se que a cozinha, espaço de ocorrência das oficinas, apresentava baixa condição estrutural, como um local apertado e, por vezes, com grande circulação de usuários. Ainda, o alto custo financeiro que os alimentos demandavam versus a quantidade de pessoas que se beneficiavam do produto final foi um fator dificultador, visto que o projeto não se limitou apenas aos participantes.

Neste estudo, pode-se concluir que a implantação da oficina terapêutica cumpriu com os objetivos iniciais expostos. Compreende-se a importância de uma análise prévia seguida de um planejamento condizente com a realidade apresentada, uma vez que a oficina demandou etapas prévias e póstumas ao ato de cozinhar. O projeto apresentou-se como um fortalecedor na troca de experiências e, a partir dessa percepção, permitiu-se a consolidação de práticas direcionadas à qualidade de vida envolvendo os pacientes, os profissionais e a oficina terapêutica.

REFERÊNCIAS |

1. Brasil. Constituição. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal. 1988;
2. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
3. Amarante P. Novos sujeitos, novos direitos: o debate sobre a reforma psiquiátrica no Brasil. Cad. Saúde Públ. 1995; 11(3):491-4.
4. Goffman E. Manicômios, prisões e conventos. São Paulo: Perspectiva; 1992. p. 15-23.
5. Keusen A, Carvalho AL. A construção de um serviço de base territorial: a experiência do Centro Psiquiátrico Rio de Janeiro. Saúde em Debate. 2008; 32(78/79/80):161-71.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. p. 13-21.
7. Cavalcanti A, Galvão C. Terapia ocupacional: fundamentação e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007.
8. Guerra, AMC. Oficinas em saúde mental: percurso de uma história, fundamentos de uma prática. In: Figueiredo AC, Costa CM, organizadoras. Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania. Rio de Janeiro: Contracapa; 2004. p. 23-54.
9. Lappann-Botti NC, Labate RC. Oficinas em saúde mental: a representação dos usuários dos serviços de saúde mental. Texto Contexto Enferm. 2004; 13(4):521.
10. Fischmann A, Almeida MIR. Planejamento estratégico na prática. São Paulo: Atlas; 1991.
11. Mintzberg H. O processo da estratégia: conceitos, contextos e casos selecionados. Porto Alegre: Bookman; 2003.
12. Costa-Rosa A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: Amarante P, organizador. Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000. p. 141-68.
13. Guattari F. Caosmose: um novo paradigma estético. São Paulo: 34; 1992.

Correspondência para/Reprint request to:

Evelin Penha da Silva Steill

Rua Hannibal Barca, 510,

Praia de Carapebus, Serra/ES, Brasil

CEP: 29164-449

Tel.: (27) 99899-0913

E-mail: evelin.steilk@hotmail.com

Data de submissão: 02/01/2017

Data de aceite: 10/02/2017

Integrality in a mental health group work

| A integralidade no trabalho em grupo em saúde mental

ABSTRACT | Introduction: *This article describes the admission experience of patients with symptoms of psychosocial disorders. Objective: Demonstrate the strategies used to build spaces for changes in approaches and practices associated with mental health. Methods: The study was undertaken between 2013 and 2014. Weekly meetings with the participants and their families were organized to discuss the mental health of the patients and the implications for family and social life. The meetings were held on Thursdays, interspersing exposition and dialogue, and each participant and their family members were encouraged to describe their experiences, express the concerns and voice their feelings and opinions. Results: The group was directed by a Social Worker and a psychologist, with the collaboration of a psychiatrist when the topic dealt with the use of drugs. Daily field records were registered throughout the meetings, and the status and data of each participant were collected: users of The Brazilian National Health System, family members of the users, and the technical team. Conclusion: The main role of the group work was to strengthen the links between all participants, which would in turn contribute to the treatment of the mental disorders. Re-signifying the value of life, the identity and the diversity of the participants may contribute to empower the patients and reinforce the importance of strong family and community ties.*

Keywords | *Mental Health; Health Integrality; Admission; SUS; Psychosocial disorders; Personal Autonomy.*

RESUMO | Introdução: A fim de relatar a experiência e vivência da acolhida em saúde mental, o presente artigo sintetiza o trabalho realizado em um município do Espírito Santo, Brasil, durante o período de 2013 a 2014. **Objetivo:** Demonstrar a construção de um espaço potencializador para mudanças de práticas e abordagens em saúde mental. **Métodos:** Foram realizados encontros semanais com pacientes e seus familiares, abordando a temática da saúde mental e seus desdobramentos. Tais reuniões ocorriam às quintas-feiras, de forma expositiva e dialogada, estimulando a participação de cada usuário e familiar acerca da sua inquietação, relato de vivência e/ou contribuição sobre o assunto exposto naquele instante. **Resultados:** O grupo era conduzido pela Assistente Social e pelo Psicólogo rotineiramente na temática voltada para discussão do uso mínimo da medicação, em especial, contou com a presença do médico Psiquiatra. Foram utilizados registros em diário de campo em todos os encontros, onde eram relatadas as observações e colocações de cada participante: usuários do Sistema Único de Saúde, familiares dos usuários e equipe técnica. **Conclusão:** O trabalho de grupo aqui relatado tem como foco a aproximação com os usuários e o surgimento de vínculos que favoreçam e beneficie o tratamento em saúde mental, enaltecendo a valorização da vida, respeito à multiplicidade, a convivência comunitária e o empoderamento do sujeito e dos laços comunitários, visto que atua no território de uma Unidade Básica de Saúde.

Palavras-chave | Saúde Mental; Integralidade em Saúde; Acolhimento; SUS; Psicossocial; Autonomia Pessoal.

¹Prefeitura Municipal de Afonso Cláudio/ES, Brasil.

²Prefeitura Municipal de Vitória/ES, Brasil.

³Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória/ES, Brasil.

INTRODUÇÃO |

O movimento da Reforma Psiquiátrica (Lei nº 10.216/2001)², que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, estabelece um novo processo de trabalho, consolidando uma verdadeira ruptura com a lógica de atendimento e abordagem manicomial. Apresenta novas possibilidades de pensar e lidar com o adoecimento mental, amplia a participação dos usuários e seus familiares, que estão diretamente envolvidos com questões relacionadas à saúde mental no Brasil. Essa participação movimenta o indivíduo, retirando-o da situação de inércia e da condição de objeto de trabalho somente, e o impulsiona como agente transformador da sua realidade. A partir da Reforma psiquiátrica, a segregação e a institucionalização pretendem ser extintas dando espaço a uma proposta terapêutica e humanizada, baseada na valorização da vida e dos direitos.

Essa nova perspectiva adota como norteador o modelo psicossocial, com intervenções que favoreçam transformações significativas na vida das pessoas, por meio do fortalecimento de suas habilidades e diminuição de suas deficiências³. Portanto, o trabalho em saúde mental passa a adotar um cuidado que prioriza a autonomia do indivíduo.

Nessa concepção, a conquista da autonomia propõe a superação das relações autoritárias e paternalistas no processo saúde-doença por meio do fortalecimento das relações entre pacientes e profissionais da saúde, entre pacientes e familiares⁴, que, dessa forma, tendem a contribuir para a formação de redes de autonomia, fundamentais para o cuidado e promoção da saúde.

As ações norteadas pela idealização antimanicomial preveem o rompimento com o caráter disciplinador, estigmatizante e punitivo que direcionava o tratamento em saúde mental na época. Os trilhos da nova forma de atendimento baseada na Reforma Psiquiátrica evidenciam a valorização da vida em sua pluralidade, reconhecimento da singularidade, respeito pelas diferenças, incentivo à autonomia e cidadania, inclusão social, resgate do coletivo e a valorização da ação no espaço público⁵.

As ações pautadas na lógica da Reforma Psiquiátrica têm como base intervenções sobre o sujeito e sua rede solidária de apoio e não apenas no indivíduo como exclusividade da atuação do profissional, que deve envolver e compreender sua condição no universo.

Após a evolução das políticas de saúde pública, o tema voltado para o acolhimento ganhou visibilidade e se tornou ponto de debate. É fundamental que o profissional de saúde compreenda que acolher é dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito, agasalhar, receber, atender, admitir⁶. O acolhimento expressa uma ação de aproximação, uma atitude de inclusão⁷.

O acolhimento implica postura profissional diante da vivência do outro, reformula seu posicionamento e atuação diante da adversidade exposta pelo sujeito. A conduta em abordar o caso propiciará o surgimento de vínculos e aproximação⁷, expondo que a vida não é o que se passa apenas em cada um dos sujeitos, mas principalmente o que se passa entre os sujeitos, nos vínculos que constroem e que os constroem como potência de afetar e ser afetado.

Uma postura acolhedora valoriza a abertura do usuário, ao sentir-se de forma confortável e amistosa ao diálogo, essa conduta aproxima e humaniza o cuidado e estabelece conexão entre os envolvidos.

A fim de relatar a experiência e vivência da acolhida em saúde mental, o presente artigo sintetiza o trabalho realizado em um município do Espírito Santo, Brasil, durante o período de 2013 a 2014, demonstrando a construção de um espaço potencializador para mudanças de práticas e abordagens em saúde mental.

RELATO DA EXPERIÊNCIA |

Este artigo revela a vivência dos profissionais que trabalham no Programa de Saúde Mental em um bairro de um município do Espírito Santo, Brasil, que realizavam encontros semanais com pacientes e seus familiares, abordando a temática da saúde mental e seus desdobramentos. Tais reuniões ocorriam às quintas-feiras, de forma expositiva e dialogada estimulando a participação de cada usuário e familiar acerca da sua inquietação, relato de vivência e/ou contribuição sobre o assunto exposto naquele instante. O grupo era conduzido pela Assistente Social e pelo Psicólogo rotineiramente e na temática voltada para discussão do uso mínimo da medicação, em especial, contou com a presença do médico Psiquiatra.

Alguns dos principais temas abordados foram a medicalização, o movimento da luta antimanicomial,

estigmas e exclusão que permeiam a rotina da pessoa com sofrimento mental, acesso ao tratamento em saúde mental, entre outros. Os temas amplamente discutidos ora eram expostos pela equipe, ora pelos pacientes e/ou familiares. Havia pouca utilização de materiais audiovisuais em virtude da ausência de recursos disponibilizados pela prefeitura.

Os encontros eram abertos, de livre demanda e participação. Alguns integrantes eram convidados a participar dos grupos pelas Agentes Comunitárias de Saúde da Equipe de Estratégia de Saúde da Família, a fim de, esclarecer dúvidas acerca do tratamento de saúde, de fortalecer sua rede social de apoio e promover a convivência comunitária. Esses mecanismos eram utilizados como alternativa de enfrentamento ao isolamento social e a pouca visibilidade vivenciados por muitos pacientes.

A cada quinta-feira os dados e assuntos discutidos e compartilhados eram registrados em diário de campo e também no prontuário único de saúde de cada paciente presente. Nos prontuários eram armazenadas principalmente as informações voltadas para a participação de maior relevância, aspectos e pontos de evolução percebidos e analisados no decorrer dos encontros. Todo encontro buscava ressaltar questões e indagações pertinentes ao cotidiano dos participantes (familiares e usuários). A cada reunião, novos participantes se aproximavam e outros deixavam de frequentar.

DISCUSSÃO |

Cada participante relata suas vivências, inquietações e motivações de acordo com a proposta do encontro. O foco principal dos grupos era proporcionar a aproximação da equipe técnica aos usuários do serviço de saúde mental e seus familiares, bem como esclarecer os serviços de saúde voltados à pessoa com sofrimento mental. Pode-se perceber claramente que o ambiente amistoso e acolhedor fez com que todos os participantes se sentissem confortáveis em comparecer e expor suas questões para todo o grupo, o que favoreceu atingir a meta de aproximação. Do início ao fim, todos os encontros mantiveram basicamente o número de participantes, cerca de 18.

Nos relatos colhidos em cada encontro e sintetizados por meio do Diário de Campo, destaca-se o incômodo generalizado acerca dos conceitos historicamente

produzidos voltados às pessoas em sofrimento mental, que envolvem situações de estigma, menos valia, apontamentos e rebaixamento. Todas as intervenções nesse sentido tinham como norte a promoção da cidadania, o fortalecimento dos direitos e ênfase na autonomia e emancipação. Uma das intervenções técnicas fez menção a Foucault⁸, ao estabelecer que a loucura só existe em uma sociedade, ou seja, é preciso a convivência coletiva para que haja classificações e rótulos, assim como o estabelecimento de padrões ditos normais, onde há a exaltação da razão. Refletindo acerca da construção histórico-cultural de situações sofridas pelos pacientes, foi evidenciado o ideal de racionalidade e os desvios desse ideal, vistos como ameaça à razão.

A temática que envolve a medicalização também foi amplamente discutida, muitos participantes reforçaram vislumbrar o uso da medicação como único e isolado caminho para promoção da saúde e qualidade de vida dos enfermos mentais. As abordagens da equipe técnica, nesse sentido, eram voltadas para a perspectiva do uso mínimo da medicação e corretamente de acordo com a prescrição médica. Assim como alternativas aliadas ao tratamento farmacológico que contribuem para o empoderamento e enfrentamento da realidade de cada paciente. Tais alternativas indicadas incluem a interação social, a confrontação de estigmas e exclusão, prática regular de atividades e exercícios físicos, fortalecimento e empenho para retomada e busca de desejos adormecidos. A exclusão do louco/doente mental se perpetuou no tempo, de tal modo que, ainda hoje, o tratamento se faz sobremaneira pela rotulação, pelo tratamento dos sintomas à base de medicamentos, retirando-o da família, do mercado de trabalho, dos vínculos sociais, excluindo-o da vida em sociedade⁹. A família, em muitos casos, faz parte deste processo de exclusão. Muitas vezes por medo, desconhecimento, ou simplesmente pelo estigma de ter em seu convívio familiar um indivíduo visto pela sociedade como alguém sem capacidades⁹. Nossa proposta de intervenção é exatamente a ruptura com essa realidade e esse olhar da sociedade em relação à pessoa com algum transtorno mental.

A precarização dos serviços de saúde e os tratamentos substitutivos aos manicômios foram discutidos. Os pacientes e seus familiares relataram sofrimentos com tratamentos desumanos e cruéis praticados em um passado recente pela política de saúde adotada na época. Ressaltaram os avanços adquiridos, os direitos conquistados com prazer e emoção e reconhece o tratamento humanizado, atendimento

acolhedor e escuta técnica capacitada. Neste sentido que Saraceno³ propõe que o cuidado em Saúde Mental seja orientado por um modelo complexo de intervenção, com enfoque no fortalecimento da autonomia e na produção de resultados significativos para a vida das pessoas. Mesmo ressaltando diversos pontos positivos no atendimento público, os pacientes ratificaram que esses pontos não são unânimes em todos os serviços públicos de saúde.

A participação familiar na vida, rotina e tratamento também foi ponto de pauta trazido pelos integrantes, uns ressaltam como ponto de apoio e rede solidária de sustentação, outros revelam ser motivo de desequilíbrio e conflito. Os familiares são essenciais no processo de tratamento, no entanto necessitam saber como lidar com as situações adversas, evitando comentários críticos ao paciente ou se tornando exageradamente superprotetores, dois fatores que reconhecidamente provocam recaídas¹⁰. Diante das queixas e relatos de satisfação, foram lançadas reflexões e propostas de ações que favoreçam e beneficiem o convívio familiar, bem como a evolução no tratamento de cada paciente. Cuidar representa muito mais que um ato ou atitude¹¹. A própria essência humana se encontra no cuidado, sendo a base que sustenta a existência humana. Portanto, é característica singular do ser humano colocar o cuidado em tudo que projeta e faz.

Os grupos, de forma geral, extrapolaram as expectativas profissionais de forma muito positiva. Evidentemente, as limitações surgiram. Muitos pacientes e familiares exigiam respostas prontas para suas inquietações e, nesse momento, as orientações profissionais dispensadas pareciam ser insuficientes diante do imediatismo esperado. Outro ponto de possível melhoria para os grupos futuros é cativar a participação e adesão do público masculino. Em todos os encontros houve a predominância feminina. Destacamos a aproximação dos pacientes uns com os outros, fortalecida encontro a encontro, motivando a presença nos grupos, cobrando para que não houvesse falta, encorajando uns aos outros nas ações propostas e nas atividades realizadas.

Foram evidenciados os temas de maior destaque por serem estes os mais recorrentes durante os encontros, pois os participantes apresentaram alto índice de inquietação e desejo de compartilhar, uns com os outros, essas temáticas durante os encontros. Como estratégia de aproximação, o primeiro aspecto a ser considerado pela equipe responsável pelo cuidado foi estabelecer um ambiente favorável à quebra de preconceitos, sugerindo construção coletiva de

ações e práticas em saúde, principalmente na erradicação do atendimento manicomial.

O envolvimento de pacientes e de familiares implicados na organização dos encontros fez com que os seus sintomas depressivos e a dependência medicamentosa fossem claramente diminuídos. Alguns passaram a falar mais alto e serem mais participativos; outros, a disputar e exigir seu momento de fala e participação. O autocuidado e a vaidade também se tornaram mais presentes na vida de algumas participantes, que passaram a se produzir e maquiarse para os encontros na Unidade Básica de Saúde.

Por meio dessas mudanças de rotina e alterações comportamentais, pode-se perceber que os encontros suscitaram transformações na vida dos atores envolvidos, pelo fato de garantir um espaço de valorização da vida, dos desejos, das experiências e também por acolher os anseios e angústias.

Verificou-se um aprendizado acerca da saúde mental e uso correto da medicação. A prática de atividade física também foi percebida como fator empoderador e mediador da convivência comunitária. À medida que aumentava o número de encontros, alguns pacientes já se sentiam tão empoderados a ponto de recomendar e instruir aos demais. Ouvimos um deles dizer ao outro: “ - olha, essa sua insônia e a ansiedade durante o dia pode diminuir bastante se você caminhar. Eu melhorei?”. Foi fantástico e gratificante perceber o nível de esclarecimento e capacitação promovido por meio desse trabalho em grupo. Surgiram verdadeiras redes de solidariedade antes inexistentes; redes que, além de produzirem o cuidado à saúde, serviram de suporte emocional, ultrapassando o espaço dos encontros.

Acredita-se que os resultados obtidos por meio dos encontros, a aproximação entre profissionais de saúde e paciente, bem como com seus familiares, deu-se em virtude do estabelecimento de uma relação horizontal e de validação de saber e poder, legitimando o espaço como acolhedor, sem rotular ou estigmatizar os sujeitos envolvidos, proporcionando um ambiente agradável ao ganho de conhecimento e propício para compartilhar saberes.

Verificou-se que, mesmo de forma micro, as intervenções realizadas nos grupos puderam produzir mudanças significativas na vida das pessoas assistidas, na gestão do cuidado, no compromisso com o tratamento, na convivência

comunitária, no zelo e respeito ao próximo, entre outros ganhos. Consideramos ainda a necessidade de, no futuro, aprofundarmos-nos no que se refere ao acolhimento e ao trabalho em grupo voltado para saúde mental.

REFERÊNCIAS |

1. Brasil. Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União; 20 set 1990.
2. Brasil. Lei nº. 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União; 09 abr 2001.
3. Saraceno, B. Libertando identidades: da reabilitação psicossocial a cidadania possível. Rio de Janeiro: Te Cora; 1999.
4. Ferreira MSC, Pereira MAO, Pereira Junior A. Auto-organização, autonomia e o cuidado em saúde mental. Rev Simbio-Logias [Internet]. 2013 [acesso em 18 ago 2016]; 6(8):41-52. Disponível em: URL: <http://www.ibb.unesp.br/Home/Departamentos/Educacao/Simbio-Logias/auto_organizacao_autonomia_cuidado_saude.pdf>.
5. Bezerra Júnior B. Desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. PHYSIS: Rev Saúde Coletiva [Internet]. 2007 [acesso em 19 ago 2016]; 17(2):243-50. Disponível em: URL: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n2/v17n2a02.pdf>>.
6. Ferreira ABH. Novo Dicionário Aurélio. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1975.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
8. Foucault M. Ditos e escritos: problematização do sujeito: psicologia, psiquiatria e psicanálise. 3. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2010.
9. Maciel SC, Maciel CMC, Barros DR, Sá RCN, Camino LF. Exclusão social do doente mental: discursos e representações no contexto da reforma psiquiátrica. Psico-USF [Internet]. 2008 [acesso em 16 ago 2016]; 13(1):115-24. Disponível em: URL: <<http://www.scielo.br/pdf/pusf/v13n1/v13n1a14.pdf>>.
10. Vieira RQ, Silva LX. A família como ponto chave no tratamento terapêutico de pacientes portadores de transtornos psiquiátricos e dependentes químicos. UNIICA [Internet]. 2016 [acesso em 17 ago 2016]. Disponível em: URL: <<http://www.uniica.com.br/artigo/a-familia-como-ponto-chave-no-tratamento-terapeutico-de-pacientes-portadores-de-transtornos-psiquiatricos-e-dependentes-quimicos/>>.
11. Boff L. Saber cuidar: ética do humano-compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes; 1999.

Correspondência para/Reprint request to:

Thiago Nascimento do Prado

An. Marechal Campos, 1468, Departamento de Enfermagem,

Centro de Ciências da Saúde,

Universidade Federal do Espírito Santo

CEP: 29041-295

Tel. (27) 3335 7285

Data de submissão: 02/01/2017

Data de aceite: 09/02/2017

Strategies for effective engagement of community health workers in the food and nutritional surveillance system

| Incentivo ao desenvolvimento das ações do sistema de vigilância alimentar e nutricional para os agentes comunitários de saúde

ABSTRACT | Introduction: *The Brazilian Food and Nutrition Surveillance System (SISVAN) offers an analytical diagnosis of the food and nutritional status of the Brazilian population, helping to fight the nutritional problems of the country. Objective: The objective of this study was to report the experience of this nutrition service carried out by Community Health Workers (ACS), in a city of rural area, Espírito Santo, involving children under five years of age. Methods: The research was undertaken between March 2012 and March 2016 and was based on case study methodology, with observation and evaluation of the activities previously implemented. At first, it was found that SISVAN follow-up maps were not properly fed and measurements and weighing of the children were inconsistent. Results: A re-training program for ACS was then set up to address these issues, as well as the provision of adequate equipment (portable digital scale and scale) to collect data for SISVAN database. These strategies promoted a significant improvement in the ACS services, and in the quality of the data collected, together with a heightened awareness about the importance of their work and commitment to compliance. Conclusion: We found that Community Health Workers need routine guidance, and training should be part of the municipality's continuing education program to further engagement and compliance with SISVAN principles and guidelines.*

Keywords | *Health Management; Food and Nutrition Security; Community Health Workers.*

RESUMO | Introdução: O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) é utilizado na identificação do diagnóstico descritivo e analítico da situação alimentar e nutricional da população brasileira, auxiliando no combate aos problemas nutricionais do País. **Objetivo:** Relatar a experiência desenvolvida pelo serviço de nutrição com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), num município de área rural do Espírito Santo, sobre o incentivo das ações do SISVAN, com crianças menores de cinco anos. **Métodos:** O trabalho foi realizado no período de março de 2012 a março de 2016 e baseou-se no uso da metodologia de relato de experiência, com observação e avaliação das atividades já implantadas. No primeiro momento, verificou-se que havia falha no preenchimento dos mapas de acompanhamento do SISVAN e que as medidas e pesagens das crianças estavam inconsistentes. **Resultados:** Assim, foram realizadas capacitações dos ACS de acordo com os problemas verificados, como também oferta de equipamentos adequados (balança de digital portátil e trena) para coleta de dados destinados ao abastecimento do SISVAN. As ações promoveram melhoria significativa no serviço dos ACS, e na qualidade dos dados coletados, além da compreensão por esses profissionais sobre a importância deste trabalho e maior empenho para sua realização. **Conclusão:** Os ACS necessitam de orientações rotineiras e que as capacitações devem ser parte do programa de educação permanente do município para mantê-los incentivados à prática do SISVAN.

Palavras-chave | Gestão em Saúde; Segurança Alimentar e Nutricional; Agentes Comunitários de Saúde.

¹Prefeitura Municipal de Jerônimo Monteiro/ES, Brasil.

²Prefeitura Municipal de Cachoeiro do Itapemirim/ES, Brasil.

³Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória/ES, Brasil.

INTRODUÇÃO |

A Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) refere-se à “descrição contínua e à predição de tendências das condições de alimentação e nutrição da população, assim como seus fatores determinantes”¹. Iniciou-se, no âmbito da vigilância em saúde na década de 1990, no Sistema Único de Saúde (SUS), com a Lei nº 8.080², de 19 de setembro de 1990, em seu artigo 6º.

Para o desenvolvimento das ações da VAN, necessita-se de coleta de dados adequada para elaboração do diagnóstico nutricional. Apesar das experiências no Brasil serem realizadas desde a década de 1970³, foi criado o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) pela portaria nº 1.156, de 31 de agosto de 1990⁴, visando organizar e gerir os cuidados da VAN nas Atenção Básica⁵.

A implantação do SISVAN objetivou manter o diagnóstico atualizado da situação alimentar e nutricional no Brasil, verificando as áreas geográficas em risco e, com isso, obter um esboço dos problemas, para assim traçar as ações de melhoria da situação alimentar e nutricional no País^{2,5}.

Dessa forma, este Sistema veio para incentivar os programas de combate às carências nutricionais, por meio do envio mensal em um sistema informatizado, criado em 2008: SISVAN WEB, onde são lançadas informações pelos municípios sobre a situação nutricional da sua população: dados antropométricos e de consumo alimentar de todas as fases de vida - crianças, adolescentes, adultos, idosos e gestantes, por meio de formulário padrão⁶.

Assim, são realizadas coleta, processamento e análise das informações, atualizando o diagnóstico nutricional da população, pois este Sistema já fornece o resultado dos dados lançados logo após o registro, o que permite uma ação imediata ao resultado¹.

As ferramentas do SISVAN WEB, quando utilizadas de forma correta, trazem informações importantes da situação nutricional da população avaliada, dados estes que podem ser relevantes para o desenvolvimento de indicadores de saúde, produção científica, implementação de diretrizes, além de mostrar à equipe de saúde do município qual deve ser a tomada de decisão para o problema encontrado⁶.

O município define qual a faixa etária será acompanhada. Geralmente, menores de cinco anos de idade são os

indicados, pois são as que mais frequentam as unidades de saúde, tanto para consultas quanto para receber vacinação⁵. Assim, esse acompanhamento deve se possível ser realizado mensalmente, pois traz um registro do desenvolvimento nesse ciclo de vida, fazendo necessária a captação desses dados.

De acordo com a Portaria N° 2.246, de 18 de outubro de 2004⁷, ações do SISVAN devem ser ofertadas pela equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF), por Agentes Comunitários de Saúde (ACS) ou por estabelecimentos de assistência à saúde. Mas, infelizmente, percebe-se pouco interesse das autoridades para o estímulo do desenvolvimento das ações do SISVAN, sendo esta uma limitação importante para a dificuldade de desenvolvimento deste nos serviços de saúde.

Diante do exposto, o presente estudo teve por objetivo relatar a experiência desenvolvida pelo serviço de nutrição com os ACS, num município de área rural do Espírito Santo, sobre o incentivo das ações do SISVAN, com crianças menores de cinco anos.

RELATO DA EXPERIÊNCIA |

O trabalho foi desenvolvido pelo serviço de nutrição na gestão do SISVAN em um município do estado do Espírito Santo, no período de março de 2012 a março de 2016.

O município é localizado no Sul do Estado, possui 10.879 habitantes⁸, apresenta quatro unidades de ESF, com cobertura de 100% e 28 ACS. O critério definido pelo município para o SISVAN foi de crianças menores que cinco anos de idade, sendo este um indicador de saúde, no qual os ACS são responsáveis pela coleta desses dados, nas áreas de atuação de sua responsabilidade.

A metodologia adotada foi o relato de experiência com observação e avaliação das atividades já implantadas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Em 2012, os ACS tinham uma rotina mensal para entrega, ao responsável pela digitação das informações no mapa de acompanhamento do SISVAN, dos dados coletados em crianças menores de cinco anos de idade referentes ao peso, altura, data de acompanhamento e se apresentavam alguma doença e/ou intercorrência e o tipo de alimentação recebida.

Na avaliação das informações contidas nos mapas de acompanhamento do SISVAN preenchidos pelos ACS, foi observado pouco interesse e capricho desses funcionários, além da inconsistência das medidas e pesagens das crianças, como também não compreendiam porque desenvolviam esse trabalho.

Como incentivo ao desenvolvimento de ações do SISVAN, foram realizadas duas capacitações dos ACS com duração máxima de uma hora (1h), treinamento individual e aquisição de equipamento para pesagem (balança digital portátil) e medida de crescimento (trena) das crianças. A partir daí, a coordenação do SISVAN passou a fiscalizar os mapas de acompanhamento quanto ao preenchimento, variação exagerada das aferições, ausência de informações, entre outros serviços.

DISCUSSÃO |

A partir da experiência do trabalho desenvolvido com os ACS, foram verificados alguns resultados relevantes. Antes de realização desde, já existia uma rotina a ser seguida na entrega dos mapas de acompanhamento de criança menores de cinco anos para a digitação no SISVAN WEB, porém, percebeu-se que os ACS não apresentavam um interesse necessário no desenvolvimento das atividades. Eles faziam pela obrigatoriedade, não por entender a importância das aferições antropométricas do público-alvo, além de não ter conhecimento sobre o uso do SISVAN, e o que este trabalho poderia gerar.

Alguns autores demonstraram que o SISVAN não é utilizado em seu potencial no Estado de Minas Gerais e que os dados produzidos não eram utilizados no planejamento pela gestão⁹, fato este identificado também no trabalho no município em estudo, onde os dados coletados eram simplesmente digitados sem avaliação posterior, e, com isso, refletia em uma ação de intervenção perdida.

A variação elevada nas aferições de peso e altura das crianças de um mês para o outro foi avaliada. Devido à entrega mensal dos mapas de acompanhamento dos ACS, conseguiu-se analisar individualmente cada criança, sempre verificando as aferições do mês anterior, para comparação e análise do desenvolvimento, mas percebeu-se que estes dados não eram confiáveis. Essa observação foi vista na análise mensal durante seis meses, período de março a

agosto de 2012, e em setembro de 2012, montado uma reunião educativa, com duração de 1 hora, com os 28 ACS, visando capacitá-los sobre o conceito e objetivos do SISVAN, e o porquê da importância de sua realização com qualidade, com dados fidedignos.

A maior limitação relatada pelos ACS foi a falta de equipamento adequado para coleta de dados, e, assim, foi elaborado pela coordenação, o processo de compra de balança portátil digital e trena, visando adequar este trabalho. Os equipamentos só chegaram em fevereiro de 2013.

A ausência de equipamentos adequados também foi relatada pelos ACS, quando estes profissionais afirmaram não realizar as aferições, e sim anotar o valor informado pelos pais e/ou cuidadores. O que desqualificava muitas vezes a qualidade das informações¹⁰.

Além disso, todos reclamaram da dificuldade de encontrar a criança acordada, ou no horário, em casa. Então, nesta primeira reunião educativa, foram orientados a questionar os pais e/ou cuidadores qual momento seria mais oportuno para a visita domiciliar, e, com isso, iniciaram adequação a partir da chegada da balança portátil digital e trena.

Essa primeira balança portátil digital não foi de qualidade adequada e apresentou problemas no início de 2014. Foi montado então outro processo de compra. O novo equipamento só foi entregue em junho de 2015, pois ocorreram algumas intercorrências no processo de compra.

Em março de 2015, a coordenação do SISVAN, em conjunto com a do Materno Infantil, elaboraram uma Oficina da Estratégia Alimentar Brasil, com duração de 4 horas, em que os ACS foram orientados sobre alimentação adequada para menores de dois anos de idade. Passo esse importante, pois, além das aferições antropométricas, eles passaram a ter embasamento na orientação da alimentação saudável.

Em julho de 2015, com a chegada da nova balança, foi montado um lanche da tarde na Secretária de Saúde Municipal. Foram entregues a balança a todos ACS e os certificados da Oficina realizada em março. Essa ação foi feita visando motivar estes funcionários, com valorização do trabalho, não oferecendo apenas cobrança, mas também uma conversa informal, retirando-os do ambiente de trabalho rotineiro, para também momento de descontração.

Em agosto de 2015 foi observado ainda que os ACS não estavam se importando muito com o preenchimento dos dados no mapa de acompanhamento, e, assim, realizou-se outra reunião educativa com os ACS, com duração de 1 hora, estipulando a data de entrega para os mapas de acompanhamento, para dia cinco de cada mês. A coordenação, por sua vez, digitava os dados recebidos no SISVAN WEB e relatava, na frente de cada criança avaliada, seu resultado de estado nutricional, com a conduta a ser tomada: encaminhar ao nutricionista e/ou pediatra, e convite para atividades educativas. Além de constar no mapa de acompanhamento os dados que estavam ausentes, os ACS foram orientados individualmente, com reunião educativa, sem duração específica, no qual foram tratadas as dificuldades particulares apresentadas pelo profissional selecionado. O processo mudou de orientação coletiva para individual, visto que nem todos ACS apresentavam descaso e dificuldade com este trabalho.

A partir desta atitude, de setembro de 2015 a março de 2016, a coordenação do SISVAN constatou maior comprometimento com este trabalho, com mapas de acompanhamento entregues com mais capricho, no prazo correto, e qualquer intercorrência ocorrida era anotada no mapa de acompanhamento, além das variações nas aferições antropométricas não serem tão frequentes como antes.

A gestão municipal do SISVAN entendeu que anteriormente os ACS não tinham conhecimento da importância deste trabalho, achavam que era “mais um papel” a ser preenchido, frase esta relatada por todos na primeira reunião educativa. Com o desenvolver do trabalho, a coordenação averiguou que o olhar e motivação deles ao SISVAN modificaram e a orientação sobre o Sistema e o que ele pode gerar foi de grande relevância. Ter o conhecimento para praticar, fez com que eles compreendessem o quanto eram essenciais para os cuidados em saúde das crianças avaliadas e que podiam gerar dados importantes, contribuindo no processo de modificação dos problemas encontrados.

Além disso, alguns autores sugerem que as capacitações devem ser frequentes, para assim gerar aprendizado e estímulo constante ao serviço, o que corrobora com o presente estudo, que as capacitações foram mantidas durante todo o período de do trabalho¹⁰.

Apesar da experiência positiva averiguada, a coordenação reconhece que tem um longo caminho pela frente, porque

os ACS precisam de estímulo contínuo para manter uma boa produção mensal de mapas de acompanhamento. Para isso, reuniões educativas devem fazer parte da rotina de trabalho, com capacitações diversas e encontros informais, além da valorização dos servidores no desempenho de suas funções.

Apesar da insatisfação encontrada inicialmente no trabalho pelos ACS, gerada principalmente pela escassez de equipamentos adequados e a falta de interesse na coleta dos dados; as ações resultaram em melhorias significativas no conhecimento e atuação no SISVAN, auxiliando no fortalecimento das atividades na VAN com crianças menores de cinco anos, com possibilidade na produção de indicadores de saúde fidedignos e aperfeiçoamento no conhecimento dos profissionais. Entretanto, é necessário que o estímulo à prática do trabalho, com capacitações desses profissionais, seja realizado frequentemente, e fazendo parte da educação permanente, visando a um bom desempenho das tarefas.

Com isso, é necessário que este trabalho seja mantido como parte da rotina da gestão do SISVAN, para que a coleta de dados e abastecimento no SISVAN WEB, seja de forma adequada e confiável, gerando indicadores positivos, além de melhoria no quadro das crianças com desvio da normalidade no estado nutricional.

REFERÊNCIAS |

1. Coutinho JG, Cardoso AJC, Toral N, Silva ACF, Ubarana JA, Aquino KKNC, et al. A organização da Vigilância Alimentar e Nutricional no Sistema Único de Saúde: histórico e desafios atuais. *Rev Bras Epidemiol.* 2009; 12(4):688-99.
2. Brasil. Lei nº 8.080, 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 20 set 1990.
3. Venâncio SI, Levy RB, Saldiva SRDM, Mondini L, Stefanini MLR. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional no Estado de São Paulo, Brasil: experiência da implementação e avaliação do estado nutricional de crianças. *Rev Bras Saúde Mater Infant.* 2007; 7(2):213-20.

4. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 1.156, de 31 de agosto de 1990. Fica instituído, no Ministério da Saúde, o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN). Diário Oficial da União 05 set 1990;Seção 1.

5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Marco de referência da vigilância alimentar e nutricional na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.

6. Pereira SMPD, Brito LAMH, Palácio MAV, Monteiro MPA. Relato de experiência: Operacionalização do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional em Juazeiro do Norte, Ceará. Rev Baiana de Saúde Pública. 2012; 36(2):577-86.

7. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 2.246, de 18 de outubro de 2004. Institui e divulga orientações básicas para a implementação das Ações de Vigilância Alimentar e Nutricional, no âmbito das ações básicas de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, em todo o território nacional. Diário Oficial da União; 2004.

8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2010. Brasília: Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão; 2010.

9. Rolim MD, Lima SML, Barros DC, Andrade CLT. Avaliação do SISVAN na gestão de ações de alimentação e nutrição em Minas Gerais, Brasil. Ciênc Saúde Coletiva. 2015; 20(8):2359-69.

10. Silva LBA, Silva CA, Rezende FAC. Fragilidades da atuação do agente comunitário de saúde na vigilância alimentar e nutricional de crianças. Rev Enferm Atenção Saúde. 2015; 4(1):10916.

Correspondência para/ Reprint request to:

Marina Junger Delôgo Dardengo

Secretaria Municipal de Saúde,

Avenida Dr. José Farab, 8,

Centro, Jerônimo Monteiro/ES, Brasil

CEP: 29550-000

Tel.: (28) 3558-1726

E-mail: marinadardengo@botmail.com

Data de submissão: 03/01/2017

Data de aceite: 13/02/2017

Designing a health care work flow for alcohol and drug addiction

Organização do fluxo de atendimento aos usuários abusivos ou dependentes de álcool e outras drogas

ABSTRACT | Introduction: *This research is a case study resulting from the practical application of guidelines and lessons taught in the specialization course in Health Management offered by the Federal University of Espírito Santo in partnership with the Open University of Brazil and the Education and Distance Learning Center. Objective: This paper reports the experience of a comprehensive care offered to alcohol dependency and other drug addictions. Methods: A sequenced guidance program to assist this population was designed and performed by a well-qualified group of multidisciplinary professionals. Results: This proposal was based on the need to contribute to the fight the challenges posed by the fast-growing phenomenon of chemical dependency and the complexity involved in health-promoting interventions focused on the empowerment of the individuals. Conclusion: The main contribution of this study lies in the construction of a work flow which may enable the reorganization, study and evaluation of the services and care provided to this the target population, and as such may contribute to further research on health care planning for alcohol and drug addiction.*

Keywords | *Substance-Related Disorders; Alcoholism; Primary Health Care; Family Health Strategy; Work.*

RESUMO | Introdução: O presente trabalho trata-se de um relato de experiência resultado da aplicação prática das orientações e aprendizados ministrados no curso de especialização em Gestão em Saúde oferecido pela Universidade Federal do Espírito Santo em parceria com a Universidade aberta do Brasil e Núcleo de Educação e Ensino à Distância. **Objetivo:** Trata-se de uma proposta de cuidado integral à pessoa/ usuário abusivo ou dependente de álcool e outras drogas. **Métodos:** O estudo foi desenvolvido a partir da construção de um fluxo norteador das ações de um grupo de profissionais multidisciplinar qualificados para acolher e cuidar desta parcela da população. **Resultados:** Tal proposta foi baseada na necessidade de contribuir no enfrentamento dos desafios encontrados diante da complexidade envolvida nas intervenções de promoção à saúde com foco no empoderamento dos sujeitos e em estudos que apontam a questão da dependência química como um fenômeno preocupante na atualidade. **Conclusão:** A implantação do fluxo teve como principal resultado a construção de um trabalho que possibilitou a reorganização, estudo e avaliação do atendimento e cuidado a esta parcela da população em território adscrito, gerando conhecimento para abordagens mais qualificadas e integradas, de forma mais reflexiva e pactuada.

Palavras-chave | Abuso de drogas; Abuso de álcool; Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; Trabalho.

¹Secretaria de Municipal de Vila Velha/ES, Brasil

²Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória/ES, Brasil.

INTRODUÇÃO |

Dados históricos relatam que, a partir do século XX, o binômio saúde/doença tinha como referencial o modelo biomédico de intervenção. Nesse contexto histórico, a doença, como foco de interesse e dotada de objetividade, passou a ser entendida como tendo causa orgânica, reduzindo o processo de adoecer ao biológico e associando a saúde ao conhecimento disponível sobre a doença¹.

O aspecto puramente racional de se enxergar essa relação fica evidente também nos tratamentos de dependência química, uma vez que o modelo biomédico também se consolidou como

[...] diretamente ligado à assistência psiquiátrica. Os indivíduos que apresentassem problemas com álcool e outras drogas eram encaminhados para instituições psiquiátricas com a finalidade primordial de retirá-los do convívio social e promover o abandono do uso, utilizando, para tanto, as mesmas técnicas empregadas com outros internos¹.

Entretanto, ao longo do século, apesar da predominância do modelo biomédico nas áreas da saúde, muito se discutiu e evoluiu para se gerar uma nova reflexão da saúde em si e muito esforço aconteceu para tentar alcançar os aspectos subjetivos que permeiam o processo saúde/doença. Nessa perspectiva, a Organização Mundial da Saúde (OMS), ao adotar um novo conceito de saúde, realizou um passo importante para a compreensão dos fenômenos que permeiam a questão.

Em consonância com essas profundas reflexões e transformações no campo da saúde, a questão da dependência química não ficou de fora dos debates e questionamentos propostos no novo modelo psicossocial de cuidado à saúde. Isso porque a dependência química nos dias atuais corresponde a um fenômeno largamente divulgado e discutido, uma vez que o uso abusivo de substâncias psicoativas se tornou um problema social e de saúde pública¹. Ainda segundo os autores, trabalhar a questão da dependência química na atualidade exige um conjunto de ações específicas, que promovam a saúde e previnam a ocorrência de danos ligados ao uso de drogas, considerando sempre o indivíduo em sua totalidade.

Nessa perspectiva, o governo brasileiro divulgou, em 2004, “A política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a usuários de Álcool e outras Drogas”², baseada nos princípios da atenção integral, da comunidade, da territorialização, da

intersetorialidade e da lógica de redução de danos, dando legitimidade e significância às ações no âmbito municipal acerca das questões relacionadas à dependência química.

Quanto às políticas de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas, devemos ressaltar a importância do processo de estruturação, refinamento e reorganização do sistema e serviços de saúde no Brasil promovido na década de 1990. Foi a partir desse processo de reorganização do SUS que nasce a proposta de criação do PSF (Programa Saúde da Família), posteriormente modificado para ESF (Estratégia Saúde da Família). “Estratégia rumo à idealização e valorização da prestação de serviços públicos de saúde articulada à própria comunidade, não apenas enfocando ações curativas e centradas na doença, mas, em especial, pautado em ações que incidissem sobre determinantes de saúde e promoção da saúde”³. A ESF, como uma estratégia que possibilita a integração e organização dos serviços de saúde, tem na Unidade de Saúde da Família a base estrutural do seu programa. As Unidades de Saúde são o lugar apropriado para implementar trabalhos e programas de saúde especialmente os de prevenção ao uso de álcool e outras drogas, uma vez que suas características permitem realizar ações de educação em saúde e prevenção de agravos e por ser considerada porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado.

Segundo o relatório final da Oficina de Trabalho para Discussão do Plano Nacional de Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica (Brasil, 2001), a incorporação de ações de saúde mental à rede diversificada de serviços da ESF contribui para alavancar um novo modelo de atenção descentralizado e de base comunitária, oferecendo melhor cobertura assistencial dos agravos mentais e maior potencial de reabilitação psicossocial para os usuários do SUS⁴.

Essa reabilitação psicossocial perpassa toda a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e está presente na Atenção Básica (Unidades Básicas de Saúde, Consultórios de Rua, NASF, Centros de Convivência), na Atenção Psicossocial Estratégica (CAPS nas suas diferentes modalidades), na Atenção de Urgência e Emergência (SAMU, UPA), na Atenção Residencial de Caráter Transitório (Unidade de Acolhimento, Serviço de Atenção Residencial), na Atenção Hospitalar (Enfermaria Especializada, Serviço de Referência para transtorno mental e uso de álcool e outras drogas), na Estratégia de Desinstitucionalização (Serviços Residenciais Terapêuticos, Programa Volta para Casa) e nas Estratégias de Reabilitação Psicossocial (Geração de Trabalho e Renda, Empreendimentos Solidários, Cooperativas Sociais)⁵.

Neste contexto, em 1990, a declaração de Caracas indicou a inserção da atenção primária de saúde à atenção em saúde mental, pontuando a relevância da atuação da atenção primária para a reorganização de um cuidado integral à pessoa com transtorno mental na lógica da atenção psicossocial. Assim, este documento ressalta a necessidade de “constituição de redes de apoio social e serviços comunitários que possam dar suporte aos indivíduos em seus contextos de vida”^{6(p1679)}, para que assim se efetive a perspectiva da desinstitucionalização e reabilitação psicossocial trazida pela reforma psiquiátrica.

Cerca de 9% da população brasileira apresenta transtornos mentais leves; e, de 6% a 8%, apresenta transtornos decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas, pelos quais a Atenção Primária pode e deve responsabilizar-se⁷. Partindo dessa concepção, a saber, a Atenção Básica de Saúde tem um papel fundamental para a reinserção social da população usuária e para a desconstrução do estigma que os acompanha, prestando cuidados efetivos a estas pessoas, o presente relato de experiência discorre sobre a implementação de um fluxo de atendimento aos usuários abusivos ou dependentes de álcool e outras drogas, bem como a sistematização do acolhimento e o cuidado a esses usuários.

Tal proposta foi baseada na necessidade de contribuir no enfrentamento dos desafios encontrados diante da complexidade envolvida nas intervenções de promoção à saúde com foco no empoderamento dos sujeitos e em estudos que apontam a questão da dependência química como um fenômeno preocupante na atualidade. Também se pensou numa intervenção que possibilitasse mais que apenas a sistematização da atenção, mas sim a construção de práticas cotidianas voltadas para a mobilização da autonomia, da capacidade de reflexão e promoção da saúde dos sujeitos.

RELATO DA EXPERIÊNCIA |

De acordo com a Secretaria Municipal de Saúde⁸, o município dispõe de programas públicos de cuidados e prevenção à saúde, além de unidades básicas de saúde, centros de vigilância e pronto atendimento. As unidades básicas de saúde compõem a estrutura do sistema de saúde pública, entre elas está a USF (Unidade de Saúde da Família). Não há disponível o histórico desta unidade, o que se sabe, a partir de relatos populares, é que originalmente

a população era atendida por outra unidade de saúde e que posteriormente, por motivos políticos e eleitoreiros, abriu-se um ponto de apoio no bairro, contudo sua estrutura de atendimento foi e ainda é precarizada e insuficiente para o atendimento integral da população adscrita.

No entanto, ainda não está sistematizada a demanda do serviço de saúde mental nesse território. Assim, as equipes da USF e do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) estudaram a possibilidade de implementar um fluxo de atendimento para a demanda de saúde mental.

Tal implementação ocorreu no segundo semestre de 2015, de junho a outubro (4 meses), e foi desenvolvida da seguinte forma: Primeiramente, foram realizados alguns estudos, reuniões e estratégias para identificar e delimitar a situação-problema, qual seja, a alta prevalência de sofrimento mental que chega à Atenção Primária e que não está sendo adequadamente atendido na Unidade de Saúde da Família. Tais ações foram desenvolvidas com a equipe de saúde que compõe a unidade de saúde da família, a saber: Enfermeira coordenadora; Técnica de enfermagem; Auxiliar administrativo; Agentes comunitários de saúde e equipe Nasf (núcleo de apoio à saúde da família). Posteriormente, foi desenvolvido um trabalho intersetorial, em rede, chamando também para o debate e enriquecimento das ações o CAPS AD, que, com o Nasf, compõe a RAPS (Rede de Atenção Psicossocial) da saúde mental.

A seguir, vamos detalhar as ações e estratégias de intervenção com o objetivo geral de organizar o fluxo de atendimento aos usuários abusivos ou dependentes de álcool e outras drogas da USF.

A partir desse momento, o projeto chega à população usuária, foi iniciado primeiramente com o apoio dos agentes comunitários de saúde (ACS) que fizeram uma busca ativa na área do bairro para identificar, por meio de registros e acompanhamentos domiciliares, os pacientes com alguma questão de uso abusivo ou dependência de álcool e outras drogas. Foram identificados também aqueles com comorbidades diversas para avaliar a proporção delas e a disposição para o tratamento e acolhimento na USF.

Posteriormente, foi realizada pela equipe de saúde em reuniões a avaliação dos prontuários individuais, em que houve a caracterização dos usuários de acordo com os fatores de riscos, comorbidades e incidência de patologias decorrentes do uso abusivo de diversas substâncias ilícitas,

Tabela 1 - Ação 1: Grupo de trabalho para elaboração do fluxo de atendimento dos usuários na Unidade

AÇÕES	ATIVIDADES	RESPONSÁVEL	ATORES	PERÍODO
Criação de Grupo de trabalho (multidisciplinar), com representantes da USF e profissional de referência do apoio matricial do CAPS AD III	Identificar possíveis parceiros interessados no projeto proposto;	Assistente Social		
	Agendar reunião junto à Direção da USF e psicóloga para definir composição do GT;	Assistente Social	Profissionais da USF e do CAPS AD III	05/06/15 a 30/06/15
	Definir, junto à Direção da USF, a equipe multiprofissional que deverá compor o GT;			
Negociação da referência técnica do território no CAPS AD para participação do grupo;	Assistente Social e Psicóloga			
	Definir calendário de reuniões;			
	Definir coordenação do grupo			

Tabela 2 - Ação 2: Fluxo de atendimento aos pacientes, usuários abusivos ou dependentes de álcool e outras drogas

AÇÕES	ATIVIDADES	RESPONSÁVEL	ATORES	PERÍODO
Discussão de políticas atuais de saúde mental/ álcool e outras drogas	Levantar as percepções, conhecimentos, impressões e sentimentos sobre o atendimento a usuários de álcool e outras drogas na Unidade de Saúde	Coordenador do GT	Equipe de saúde da USF	01/07/15 a 15/07/15
	Apresentar, discussão e definição de possibilidades de implantação da rotina de detecção de uso de drogas- Orientação e intervenção breve em problemas relacionados entre os usuários da USF			
	Realizar ação de alinhamento conceitual sobre o tema			
AÇÕES	ATIVIDADES	RESPONSÁVEL	ATORES	PERÍODO
Definição do fluxo de atendimento aos pacientes usuários abusivos de álcool e outras drogas	Mapear os "fluxos" informais existentes na USF;	Coordenador do GT	Equipe de saúde da USF	15/07/15 a 30/07/15
	Mapear os equipamentos sociais do território e as ações realizadas por estes;			
	Elaborar proposta do fluxo de atendimento aos pacientes usuários abusivos e dependentes de álcool e outras drogas;			
	Organizar as propostas do Grupo em livro de ata			

Tabela 3 - Ação 3: Pactuação do fluxo

AÇÕES	ATIVIDADES	RESPONSÁVEL	ATORES	PERÍODO
Pactuação do fluxo de atendimento	Apresentar o fluxo de atendimento para aos técnicos da USF;	Membros do GT	Equipe de saúde	01/08/15 a 10/08/15
	Apresentar do fluxo de atendimento para o CAPS AD III;			
	Adequação dos fluxos após apresentações e discussões;			
	Pactuar do fluxo entre USF e CAPS AD III;			
	Apresentar do fluxo pactuado entre USF e CAPS AD III na Secretaria de Saúde			

além das complicações provocadas por essas mesmas substâncias.

Posterior a essa primeira triagem e avaliação, houve um encontro coletivo executado entre os membros da equipe e os pacientes, direcionado para abordar o tema e realizar uma roda de conversa, com intuito de entender as pertinências

do uso abusivo do álcool e outras drogas. Para alguns pacientes que foram identificados pelos ACS no território com o perfil para o acolhimento e mostraram interesse no cuidado, mas que apresentavam difícil locomoção e até mesmo se encontravam na condição de acamados, houve a necessidade de se oferecer acompanhamento por meio das visitas domiciliares.

A partir desse primeiro encontro e o entendimento da quantidade de pacientes dispostos a aderir ao tratamento é que se pode direcionar mais pontualmente as ações, mediante a implementação do fluxo de atendimento à saúde mental na unidade de saúde da família. Tal efetivação do fluxo iniciou-se pela abordagem clínica individual, seguindo, quando necessário, para encaminhamentos à equipe multidisciplinar (Assistente Social, Psicólogo, Educador Físico, Nutricionista, Farmacêutica). Foi só a partir desse acolhimento multidisciplinar que foi possível iniciar um diálogo intersetorial para além de estudos e reuniões, realizando, dessa forma, encaminhamentos responsáveis e qualificados à equipe especializada em saúde mental no tratamento do uso abusivo ou dependência de álcool e outras drogas, o CAPS AD. Vale ressaltar que todos os pacientes que necessitaram do acompanhamento especializado na rede de atenção psicossocial não perderam o vínculo e o acompanhamento na USF de origem, mantendo a equipe da saúde da atenção primária, um cuidado integral, territorial e contínuo a estes pacientes.

Dessa forma, o fluxograma na USF ficou organizado e pactuado da seguinte forma:

- 1) Busca ativa no território (Acs's)
- 2) Reunião e pactuações de equipe de saúde e GT
- 3) Avaliação Clínica (Identificação do uso abusivo)
- 4) Se diagnosticado, encaminhamento à equipe multidisciplinar
- 5) Se não for percebida a necessidade de encaminhamentos especializados (reuniões em equipe), o paciente é acompanhado na própria USF, se sim é encaminhado para especialidades.
- 6) Encaminhamentos qualificados ao Caps AD
- 7) Por fim, reuniões de discussão de caso e avaliação das intervenções realizadas, em rede.

DISCUSSÃO |

A organização do trabalho por meio do fluxo de atendimento aos usuários abusivos ou dependentes de álcool e outras

drogas da USF teve como objetivo específico, além de compor grupo de trabalho para elaboração do fluxo de atendimento dos usuários na unidade de saúde, criar e pactuar esse fluxo de atendimento, bem como acompanhar e avaliar suas ações.

Também teve como pretensão de resultados a adesão de 100% da equipe de USF nas ações da implementação do fluxo de atenção a usuários de álcool e outras drogas até do final de 2015. Essa participação aconteceu de maneira efetiva, potencializando a intervenção idealizada e fomentando novas pactuações em rede e intersetoriais. Contudo, apesar da disponibilidade e parceria dos agentes comunitários de saúde, a categoria aderiu ao movimento grevista municipal, dificultando um pouco o escopo das ações do projeto, mas não se eximindo, dentro das suas condições de luta e reivindicações por melhores condições de trabalho, de pactuar e apoiar o serviço proposto. Os demais profissionais de saúde, por estarem em uma condição terceirizada de contratação, não aderiram à greve, porém também questionaram, de maneira contundente, as precarizadas e desumanas condições de trabalho.

Outro resultado almejado foi o de estabelecer contato das equipes de saúde da família com 50% da população cadastrada na Unidade com a condição referida de usuário de álcool ou outras drogas visando à avaliação e oferta de cuidado integral, como já mencionado anteriormente, baseada nos princípios da atenção integral, da comunidade, da territorialização, da intersetorialidade e da lógica de redução de danos. Este propósito, não se efetivou como esperado devido às condições operacionais da unidade de saúde, visto que alguns gargalos, tais como, falta de transporte para visitas e a greve dos acs's, dificultaram a efetivação desse contato e, conseqüentemente, o estabelecimento da construção do vínculo sociofamiliar da população referida.

Visando também à adesão de 60% dos usuários cadastrados nas ações de atenção primária a pacientes de uso abusivo de álcool e outras drogas na USF e a redução das comorbidades associadas a esse hábito, obteve-se um resultado satisfatório, contudo ainda distante do apropriado e esperado. Isso porque, quando a parceria com a família do usuário por algum motivo fica prejudicada, conseqüentemente a própria adesão do paciente ao plano de cuidado proposto se torna comprometida, visto que a família é a maior incentivadora dessa adesão.

Também se esperou criar uma unidade de referência, multidisciplinar, capacitada, de abordagem cognitivo-comportamental aos usuários já citados, bem como grupos com apoio psicossocial, além de disponibilização de tratamento médico e farmacológico para os que tiverem indicação, visto que, como já citado, as Unidades de Saúde se caracterizam como lócus privilegiado para implementar trabalhos e programas de saúde especialmente os de prevenção ao uso de álcool e outras drogas, uma vez que suas características permitem realizar ações de prevenção de agravos e por ser considerada porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado. Essa ação teve como principal obstáculo a falta de capacitação dos profissionais envolvidos, exigindo, dessa forma, um amplo enfrentamento à gestão municipal de saúde do município quanto à liberação dos profissionais para cursos e capacitações.

A avaliação de todo esse processo se deu de forma continuada e concomitante com a implantação do fluxo de atendimento. Foram observados e debatidos, em reuniões, as dificuldades, desafios, progressos e enfrentamentos que foram notados durante todo o processo de implantação, onde se considerou a inserção da atenção primária de saúde à atenção em saúde mental, pontuando a relevância dessa inserção na reorganização do cuidado integral à pessoa com transtorno mental na lógica da atenção psicossocial. Efetivando-se, dessa forma, a perspectiva da desinstitucionalização. Nos meses posteriores à implementação; a renovação e a avaliação do fluxo continuaram tanto pela análise dos prontuários clínicos e das novas identificações dos pacientes que fazem parte do perfil de acolhimento do projeto quanto pelo estudo dos reflexos nos indicadores de saúde do município e no relato da melhoria da qualidade de vida da população referida.

A sistematização do fluxo também se deu de forma continuada, contudo, por condições já mencionadas, não menos dificultadas. Mas apesar dos grandes gargalos que perpassam o cotidiano gestor, administrativo, operacional, de recursos humanos, de informação, contratual e de verbas do sistema de saúde brasileiro; falando particularmente da atenção primária ainda obtivemos um resultado que nos instiga e impulsiona ao pensar estratégias e ações aos desafios apresentados. Tal impulso pode e deve ganhar força e contornos quando associamos a construção de práticas cotidianas voltadas para a mobilização da autonomia, da

capacidade de reflexão e promoção da saúde dos sujeitos em questão.

A implantação do presente fluxo de atendimento e sistematização da prática de atendimento aos usuários abusivos ou dependentes de álcool e outras drogas, para além das limitações apresentadas, possibilitou a reorganização, estudo e avaliação do atendimento e cuidado a esta parcela da população, gerando conhecimento para abordagens mais qualificadas e integradas, de forma mais reflexiva e pactuada.

Contudo, vários são os desafios para que a administração pública e os profissionais desta administração possam aprimorar suas práticas, considerando que são inúmeras as variáveis que confrontam os diversos tipos organizacionais da saúde pública. A própria dicotomia entre teoria e prática já nos remete a uma extensa seleção de categorias para melhor compreender as organizações públicas de saúde, visto que elas são consideradas um complexo sistema. Entretanto, toda vez que ampliamos conceitos e analisamos as práticas de intervenção pública, em uma perspectiva macro e multifatorial, estamos também e concomitantemente dialogando com diversos outros setores e políticas, direta ou indiretamente, e isso acarreta um ganho substancial para a população, pois, dessa forma, alcançamos metas e superamos desafios na complexidade de execução de um sistema que pretende promover proteção e qualidade de vida à população.

REFERÊNCIAS |

1. Pratta EMM, Santos MA. O processo saúde-doença e a dependência química: interfaces e evolução. *Psic: Teor e Pesq.* 2009; 25(2):203-11.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
3. Moretti-Pires RO. A pertinência da problemática do álcool para a estratégia de saúde da família. *Cad Bras Saúde Mental [Internet]*. 2009 [acesso em 2 out 2016]; 1(2):93-111. Disponível em: URL: <<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/1136>>.

4. Queiroz IS. Adoção de ações de redução de danos direcionadas aos usuários de drogas: concepções e valores de equipes do Programa de Saúde da Família. *Pesqui Prát Psicossociais*. 2007; 2(1):154-7.
5. Rodrigues ES, Moreira MIB. A interlocução da saúde mental com atenção básica no município de Vitória/ES. *Saúde Soc*. 2012; 21(3):599-611.
6. Dimenstein M, Santos YF, Brito M, Severo AK, Moraes C. Demanda em saúde mental em unidades de saúde da família. *Mental* [Internet]. 2005 [acesso em 20 jun 2016]; 3(5):33-42. Disponível em: URL: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272005000200003>.
7. Figueiredo MD, Campos RO. Saúde mental na Atenção Básica à saúde de Campinas, SP: Uma rede ou um emaranhado? *Ciênc Saúde Colet*. 2009; 14(1):129-38.
8. Prefeitura Municipal de Colatina [Internet]. Programas públicos de cuidado e prevenção à saúde [acesso em 20 jun 2016]. Disponível em: URL: <<http://www.colatina.es.gov.br/saude/index.php>>.

Correspondência para/ Reprint request to:

Alessandra Martins Pacheco

Rua Ignácio Pereira da Silva, 263, ap. 201,

Olaria, Vila Velha/ES, Brasil

CEP: 29100-527

Tel: (27) 99999-3389

E-mail: alessandramartins@livemail.com.br

Data de submissão: 08/01/2017

Data de aceite: 20/02/2017

Nutritional follow-up using anthropometric measurements of children and adolescents at a primary health care unit

| Acompanhamento nutricional por meio da avaliação antropométrica de crianças e adolescentes em uma unidade básica de saúde

ABSTRACT | Introduction: *Evaluation of nutritional status has become increasingly important in detecting health risks and in planning health promotion and prevention strategies. This assessment is a key element in Basic Care (AB), as it contributes to monitor the growth and health of children and adolescents and enables early detection of nutritional disorders, either malnutrition or obesity. Strategies for anthropometric control need to be expanded and improved, particularly in the AB context. Objective:* *To report an experience in the use of anthropometry in AB for the diagnosis and monitoring of the growth of children and adolescents. Methods:* *This study describes the activities carried out with 200 children and adolescents by the Nutritionist of the Family Health Support Center (NASF) along with the staff of the Basic Health Unit (UBS), between January 2015 and January 2016. Results:* *Increased awareness about health prevention among parents or guardians led them to reflect on their eating habits, particularly on the intake of foods with poor nutritional value. Conclusion:* *The establishment of nutritional assessment as a routine in the PHUs is an indispensable tool to monitor the health of children and adolescents and to ground the elaboration of health policies for the population, and it benefits from a positive environment springing from closer links between the team and parents or guardians of children and adolescents. Enhanced awareness of about the relationship between health and nutrition may mitigate health issues in this population*

Keywords | *Anthropometry; Nutrition assessment; Children; Adolescents.*

RESUMO | Introdução: A avaliação do estado nutricional tem se tornado um aspecto cada vez mais importante no estabelecimento de situações de risco, no diagnóstico nutricional e no planejamento de ações de promoção à saúde e prevenção de doenças. Sua importância é reconhecida tanto na Atenção Básica (AB), para acompanhar o crescimento e a saúde da criança e do adolescente, quanto na detecção precoce de distúrbios nutricionais, seja desnutrição ou obesidade. Estratégias para o controle antropométrico precisam ser intensificadas e qualificadas, em especial na AB. **Objetivo:** Apresentar o relato de experiência sobre a utilização da antropometria na AB para o diagnóstico e acompanhamento do crescimento de crianças e adolescentes. **Métodos:** Relato de experiência de natureza descritiva, que abrangeu atividades desenvolvidas, com 200 crianças e adolescentes, pela nutricionista do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) com a equipe da Unidade Básica de Saúde (UBS), no período de janeiro de 2015 a janeiro de 2016. **Resultados/Discussão:** Houve a sensibilização dos pais ou responsáveis quanto à prevenção da saúde, levando-os a refletir sobre seus hábitos alimentares, sobretudo, os prejudiciais, para assim corrigi-los. **Conclusão:** O estabelecimento da avaliação nutricional como rotina nas UBS's é ferramenta indispensável para monitorar a saúde de crianças e adolescente e subsidiar a elaboração de políticas de saúde para a população, e necessita de uma escuta sensível aos anseios do grupo e investimentos na formação de vínculos entre a equipe e os pais ou responsáveis das crianças e adolescentes. É necessário estimular a participação para a aquisição de conhecimentos, o que minimizará os agravos à saúde.

Palavras-chave | Antropometria; Avaliação nutricional; Crianças; Adolescentes.

¹Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória/ES, Brasil.

INTRODUÇÃO |

A avaliação do estado nutricional tem se tornado um aspecto cada vez mais importante no estabelecimento de situações de risco, no diagnóstico nutricional e no planejamento de ações de promoção à saúde e prevenção de doenças. Sua importância é reconhecida tanto na atenção primária, para acompanhar o crescimento e a saúde da criança e do adolescente, quanto na detecção precoce de distúrbios nutricionais, seja desnutrição, seja obesidade¹.

A antropometria é amplamente utilizada na avaliação do estado nutricional infantil por ser um método pouco invasivo, possuir procedimentos de fácil entendimento e baixo custo, além de estar se tornando o método, isolado, mais importante de diagnóstico nutricional de adultos e crianças^{2,3}.

O processo de crescimento é complexo e multifatorial, englobando a composição genética do indivíduo e fatores hormonais, nutricionais e psicossociais. Apesar disso, a criança geralmente cresce de maneira muito previsível. O desvio desse padrão normal de crescimento pode ser a primeira manifestação de uma grande variedade de doenças, tanto endócrinas como não endócrinas. Portanto, é de extrema importância a avaliação frequente e acurada do crescimento de uma criança¹, uma vez que crianças e adolescentes estão mudando seus hábitos alimentares, e essas mudanças se manifestam diretamente na composição corporal⁴.

No Brasil, com o advento de melhores condições de moradia, com o aumento da escolaridade dos pais, do saneamento básico e da prevalência do tempo total de aleitamento materno e com o sucesso das campanhas de vacinação, houve redução dos agravos nutricionais na infância, em especial a desnutrição, porém se verificou aumento da prevalência de sobrepeso e obesidade, sem redução da prevalência de carências de micronutrientes, como deficiência de ferro¹.

A alta prevalência de sobrepeso/obesidade vem se tornando um problema de saúde com grande destaque mundial. Em muitos países, os mais industrializados, o excesso de gordura corporal é considerado um dos maiores problemas de saúde pública⁵. No Brasil, estima-se que 33% das crianças entre 5 e 9 anos de idade estejam acima do peso; dessas, 14,3% são consideradas obesas, conforme Pesquisa de Orçamentos Familiares em 2008 e 2009⁶.

Mascarenhas e colaboradores destacam que o aumento da gordura corporal afeta diretamente vários componentes morfofuncionais, como: aumento da pressão arterial, resistência à insulina e diminuição da capacidade respiratória⁷. Na população pediátrica parece seguir o mesmo padrão de disfunção apresentada por adultos relacionada diretamente à obesidade, acarretando assim maior o risco de doenças relacionadas.

A avaliação nutricional tem sido preconizada como excelente indicador de qualidade de vida de populações, pois mede o crescimento e as proporções corporais de um indivíduo, de um grupo ou de uma comunidade trazendo informações que se relacionam fortemente com as condições nutricionais específicas como a desnutrição protéica calórica, hipovitaminoses, anemia, bócio endêmico e por outras, e também pelos excessos como na obesidade. Essa pode ser entendida como um problema de excesso de ingestão calórica e traz como consequência doenças crônicas não transmissíveis como a hipertensão arterial, diabetes mellito tipo 2, osteoporose, dislipidemia, neoplasias e acidentes vasculares⁸.

A detecção dos casos de crianças em risco e a intervenção nutricional precoce também são essenciais a fim de prevenir novos casos além de ser capaz de minimizar futuras complicações dos déficits de peso e estatura e da obesidade. Para tanto o contato regular com a equipe de saúde em nível de atenção primária para a prevenção e a promoção da saúde e em nível de atenção secundária e terciária para tratamento de complicações relativas a essas doenças são imprescindíveis⁹.

A qualidade de vida da criança e do adolescente é fortemente influenciada pelos ambientes doméstico, escolar e comunidade, pela estrutura familiar, por eventos nacionais e internacionais relacionados à cultura (modismos, música, esporte), política, pelas condições socioeconômicas e ainda pela saúde física⁸.

Assim, fortalecer e qualificar o cuidado nutricional no âmbito da atenção primária é uma forma mais econômica, ágil, sustentável e eficiente de prevenir a ocorrência de novos casos de obesidade e doenças associadas à má alimentação do que referenciá-los para o atendimento hospitalar, em um futuro próximo, em decorrência de suas complicações¹⁰

O objetivo deste trabalho é apresentar um relato de experiência profissional sobre a utilização da antropometria

na Atenção Básica para o diagnóstico e acompanhamento do crescimento de crianças e adolescentes, servindo de base para ações em saúde e mudanças do perfil nutricional da população infantojuvenil; e fortalecer as ações do SISVAN (Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional) em conjunto com a comunidade e os profissionais de saúde da UBS.

MÉTODOS |

Trata-se de um relato de experiência que emerge das atividades desenvolvidas pela nutricionista do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), com a equipe da Unidade Básica de Saúde de um município da região sudeste do Brasil, onde mensalmente foram avaliadas, em média, 200 crianças/adolescentes, no período compreendido de janeiro de 2015 a janeiro de 2016.

O município tem uma população em torno de 26.600 habitantes, possui 10 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 63 Equipes Saúde da Família (ESF). Entre essas, 4 UBS estão no perímetro urbano; as demais são rurais. A avaliação antropométrica acontece em todas as UBS, porém nem todas podem contar com a presença mensal do nutricionista para realizar este trabalho, ficando assim a ESF responsável pela coleta do peso e altura. Somente as UBS urbanas contam com a presença constante do nutricionista, sendo este o responsável pela antropometria.

Para a aferição do peso corporal, as crianças e adolescentes foram pesados descalços, em balança digital, com sensibilidade de 0,001 Kg. A estatura foi mensurada por meio de fita métrica inelástica fixada à balança, com sensibilidade de 0,1 cm. A partir dessas medidas foi calculado o índice de massa corpórea (IMC), pela equação: $\text{peso}/\text{estatura}^2$. Para a avaliação nutricional, utilizou-se os indicadores antropométricos: peso e idade, preconizados pelo Ministério da Saúde¹¹. Esses dados combinados formam os índices que nos dão informação sobre o estado nutricional do indivíduo.

Após a aferição do peso e altura, as crianças e adolescentes foram classificadas, utilizando os indicadores antropométricos e de acordo com o diagnóstico do estado nutricional (obesidade, sobrepeso, eutrofia, baixo peso, baixa estatura). Pais e/ou responsáveis ficavam cientes do diagnóstico e recebiam as orientações nutricionais que

eram pertinentes, a fim de melhorar o perfil nutricional e preservar a saúde, bem como os agravos futuros.

Incentivando a prática de ações educativas, realizavam-se também mensalmente palestras, atendimentos coletivos ou individuais de acordo com os casos e o Estado Nutricional. Para os casos mais simples, houve orientações nutricionais coletivas e/ou individuais no momento da antropometria; para os casos que exigiam mais empenho, consultas individuais e acompanhamento sistematizado. A nutricionista estava toda terceira e quarta sextas-feiras do mês disponível para a realização da antropometria na unidade. Isso se repetia mês a mês, como forma de acompanhamento e monitoramento, sempre instruindo e encorajando os pais a modificar os hábitos que, por ventura, não estavam de acordo, segundo o relato deles.

RESULTADOS/DISCUSSÃO |

No final de 2014, a nutricionista do NASF e equipe da Unidade Básica de Saúde reuniram-se para discutir ações a serem programadas para o ano de 2015. A equipe constatou que os pais/responsáveis só levavam seus filhos para realizar a avaliação antropométrica quando eles recebiam um comunicado do Programa Bolsa Família para atualizarem o peso e altura das crianças; e somente pesavam e mediam seus filhos, não sabendo o atual estado nutricional.

Diante disso, estabeleceu-se uma rotina mensal para a avaliação antropométrica, em que a população da unidade teria a sua disposição um profissional capacitado para avaliar o real estado nutricional das crianças e adolescentes e, com a equipe da unidade e os pais/responsáveis, realizar a promoção em saúde e melhorar a qualidade de vida, tanto desse público como também da família. E, assim, iniciaram-se mensalmente as avaliações antropométricas com boa adesão da população.

Com a presença do profissional capacitado, sentiram confiança e curiosidade em saber como estava o estado nutricional do seu(s) filho(s). Por meio deste acompanhamento com a nutricionista, eles mesmos começaram a estabelecer vínculo com o profissional, tendo a quem perguntar e tirar suas dúvidas. E todo mês traziam seus filhos e sempre ficavam curiosos para saber como evoluíram de um mês para outro, se haviam melhorado na

curva e quais ações deviam ser feitas. Pois a nutricionista, assim que obtinha o resultado, já orientava, ali mesmo na sala da antropometria. Muitas crianças e adolescentes no dia a dia melhoravam a alimentação e observavam os resultados no momento da avaliação antropométrica. As crianças e adolescentes que se encontram muito acima ou abaixo da avaliação esperada eram encaminhados para grupos de atendimento ou atendimento individual de acordo com a necessidade. Também eram encaminhados para outros profissionais de saúde, se necessário, como endocrinologista, pediatra, clínico geral, tornando o processo e o resultado mais ágeis, pois o próprio nutricionista encaminhava, não precisando agendar uma consulta com o médico da unidade só para pegar um encaminhamento ou solicitação de exames.

Nos primeiros três meses, muitos vinham à unidade achando que a antropometria estava vinculada somente ao Programa Bolsa Família, uma vez que a aferição do peso e da altura para a população estava condicionada ao Programa. O fato de um profissional capacitado realizar a antropometria e informar o diagnóstico nutricional no momento, fez com que aumentasse e fidelizasse o número de indivíduos avaliados, pois eles iam à UBS, pesavam e mediam as crianças/adolescentes, mas não sabiam o atual Estado Nutricional. A falta de informação e/ou entendimento, dificultam a realização de mudanças nos hábitos alimentares, nas atividades físicas ou na rotina diária. As práticas de educação alimentar e nutricionais desenvolvidas no âmbito local, em especial, no campo da nutrição clínica ambulatorial ou na atenção a grupos específicos se concebem em um complexo contexto da atenção à saúde. Atualmente, busca-se a organização de serviços e práticas voltados para a atenção primária à saúde com ênfase nas políticas de reestruturação da atenção básica no âmbito do Sistema Único de Saúde. Os novos cenários da atenção à saúde, tendo a Estratégia da Saúde da Família como expoente dessas políticas, certamente impactam na prática clínico nutricional. Entretanto, é notório que este contexto que se revela nem sempre é devidamente considerado no âmbito das ações e das práticas cotidianas¹².

As demandas de educação nutricional são diversas, e, de certa forma, claras aos olhos dos profissionais, que percebem a influência de aspectos sociais e psicológicos sobre a alimentação do indivíduo, bem como sugerem uma abordagem mais próxima da prática, na qual o nutricionista é o profissional reconhecido e capacitado para essas ações¹³.

O grande desafio dos profissionais de saúde é conduzir adequadamente esse processo, auxiliando a mãe e os cuidadores de forma adequada, e estarem atentos às necessidades da criança, da mãe e da família, acolhendo dúvidas, preocupações, dificuldades, conhecimentos prévios e também os êxitos, que são tão importantes quanto o conhecimento técnico para garantir o sucesso da alimentação, para tal, a empatia e a disponibilidade do profissional são decisivas para garantir o vínculo e a continuidade do cuidado¹⁴. Principalmente no contexto em que se considera a obesidade como resultado de profundas mudanças que vêm ocorrendo no estilo de vida das sociedades, aliados à industrialização dos alimentos e à política agrícola global.

Durante o período observado, muitos mudaram seu perfil nutricional e também contribuíram para mudanças na alimentação da família. Sentia-se que faltava um encorajamento para a mudança, pois os pais/responsáveis sabiam que alguém iria perceber a mudança realizada. Muitas crianças/adolescentes, somente com a orientação no momento da antropometria, obtiveram as mudanças. Destaca-se aqui a importância do profissional qualificado e específico para a realização dessas atividades, contribuindo assim para a realização de educação em saúde, mudança de hábitos, prevenção de doenças e, conseqüentemente, redução de gastos na atenção secundária e terciária.

A partir do momento que o profissional de saúde torna-se promotor da alimentação saudável, conseguindo traduzir os conceitos de forma prática à comunidade que assistem em linguagem simples e acessível¹⁴, há uma maior aceitação e interesse. A promoção da alimentação saudável, de modo geral, deve prever um escopo amplo de ações que contemplem a formação de hábitos alimentares saudáveis desde a infância, respeitando a identidade cultural e alimentar das diversas regiões brasileiras¹⁵. Isso tudo era levado em conta na hora da orientação.

Estudos observaram que as estratégias para a perda e manutenção de peso de adolescentes têm se mostrado pouco efetivas, mesmo quando há conscientização sobre o problema¹⁶. O envolvimento conjunto dos pais e da equipe da atenção primária nesse esforço é fundamental. Diversos fatores demográficos e percepções individuais estão associados à capacidade e disponibilidade de pais e profissionais de saúde em ajudar os adolescentes a perder peso. Conhecer esses fatores pode ser benéfico para provedores e gestores de saúde na abordagem

do sobrepeso e a obesidade e no planejamento de intervenções mais eficazes.

A infância é um período de desenvolvimento e crescimento rápidos, caracterizado por grandes mudanças no que diz respeito à composição corporal. Tendo em consideração que a composição corporal se relaciona intimamente com o estado nutricional e de saúde, sua avaliação assume maior importância nesse período da vida¹.

O excesso de peso predispõe as crianças a várias complicações, como problemas respiratórios, diabetes mellitus, hipertensão arterial, entre outros. A detecção do excesso de peso na infância é importante, pois permite intervenções precoces e prevenção de complicações. Quanto mais tempo esse quadro se mantiver, mais difícil será o tratamento e a incorporação de novos hábitos².

A detecção dos casos de crianças em risco e a intervenção nutricional precoce possibilitam prevenir novos casos, além de ser capaz de minimizar futuras complicações dos déficits de peso e estatura e da obesidade. Para tanto, o contato regular com a equipe de saúde em nível de atenção primária para a prevenção e a promoção da saúde e em nível de atenção secundária e terciária para tratamento de complicações relativas a estas doenças são imprescindíveis³.

É sabido que o Estado Nutricional é a condição de saúde de um indivíduo decorrente do acesso adequado a alimentos e ao processo de nutrição, que, por sua vez, é determinado pela ingestão, absorção, utilização e excreção de nutrientes. Pode ser avaliado individualmente ou em grupos populacionais e inclui: avaliação socioeconômica e das condições de vida; história de saúde e dietética; avaliação clínica; medidas antropométricas e avaliação laboratorial. Não existe um método de avaliação melhor que outro, devendo-se utilizar aquele mais adequado ao problema nutricional em estudo⁴.

Considerando o papel da alimentação como fator de proteção - ou de risco - para ocorrência de grande parte das doenças e das causas de morte atuais, considera-se que a inserção universal, sistemática e qualificada de ações de alimentação e nutrição na atenção primária à saúde, integrada às demais ações já garantidas pelo SUS, poderá ter um importante impacto na saúde das pessoas, famílias e comunidades. Sendo esse nível de atenção o primeiro contato da população dentro do sistema de saúde, os profissionais devem incorporar uma visão ampla que

considere as próprias condições de vida dos sujeitos e comunidades e, ainda, o contexto social de manifestação do processo saúde-doença¹⁰.

A identificação do risco nutricional e a garantia da monitoração contínua do crescimento fazem da avaliação nutricional um instrumento essencial para que os profissionais da área conheçam as condições de saúde dos pacientes pediátricos. Ao monitorá-los, é possível obter o conhecimento de seu padrão de crescimento, instrumento importante na prevenção e no diagnóstico de distúrbios nutricionais¹.

CONCLUSÃO |

A Atenção Primária à Saúde, por meio das Unidades Básicas de Saúde, é a porta de entrada do sistema, aproxima a população dos profissionais e visa buscar ações e intervenções precoces a fim de garantir melhor qualidade de vida e, conseqüentemente, de saúde. O estabelecimento da avaliação nutricional como rotina nas Unidades Básicas de Saúde é ferramenta indispensável para o monitoramento da saúde de crianças e adolescente. Ações de prevenção e acompanhamento podem ser feitas minimizando os agravos a saúde que o baixo peso, baixa estatura e obesidade trazem para a saúde das crianças e adolescentes, assim a valorização da avaliação do estado nutricional é atitude essencial ao aperfeiçoamento da assistência e da promoção à saúde.

Conclui-se que a avaliação do estado nutricional por meio da antropometria é de baixo custo e de fácil realização, tornando-se uma importante ferramenta para traçar políticas de saúde para a população. Para as crianças e adolescentes, a avaliação antropométrica é essencial na caracterização tanto do estado nutricional quanto no nível de desenvolvimento e crescimento desses indivíduos, sendo necessários o envolvimento e a participação dos responsáveis no acompanhamento do seu(s) filho(s).

REFERÊNCIAS |

1. Sociedade Brasileira de Pediatria. Avaliação nutricional da criança e do adolescente: manual de orientação. São Paulo: Sociedade Brasileira de Pediatria; 2009.

2. Sperandio N, Sant'Ana LFR, Castro FSC, Priore SE. Comparação do estado nutricional infantil com utilização de diferentes curvas de crescimento. Rev Nutr [Internet]. 2011; 24(4):565-74.
3. Teixeira JC, Heller L. Environmental factors related to child malnutrition in slums, Juiz de Fora, MG. Rev Bras de Epidemiol. 2004; 7(3):270-8.
4. Souza WC, Souza WB, Grzelczak MT, Mascarenhas LPG, Lima VA. Comparação de IMC em meninos e meninas de 5 e 6 anos de idade de uma escola do município de Três Barras-SC. Rev UNIANDRADE. 2013; 14(2):121-30.
5. Garibaldi F, Tornquist D, Tornquist L, Burgos MS. Prevalência de sobrepeso e obesidade em escolares de Santa Cruz do Sul: um comparativo entre zona urbana e rural. Rev Digital. 2014; 18(189).
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009: antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil [acesso em 1 set 2016]. Rio de Janeiro: IBGE; 2010. Disponível em: URL: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2008_2009_encaa/pof_20082009_encaa.pdf>
7. Mascarenhas LPG, Gomes EBG, Smolarek AC, Ulbrich AZ, Bozza R. Estado nutricional de meninos de 9 a 11 anos de idade da cidade de Curitiba. Rev Mackenzie de Educação Física e Esporte. 2007; 6(3):73-8.
8. Boccaletto EMA, Mendes RT, Vilarta R. Estratégias de promoção da saúde do escolar: atividade física e alimentação saudável. Campinas: IPES, 2010.
9. Torres AAL, Furumoto RAV, Alves ED. Avaliação antropométrica de pré-escolares - comparação entre os referenciais: NCHS 2000 e OMS 2005. Rev Eletr Enferm. 2007; 9(1):166-75.
10. Conselho Federal de Nutricionistas. O papel do nutricionista na atenção primária à saúde. Brasília: CFN; 2008.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: norma técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SisVAN). Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
12. Santos LAS. O fazer educação alimentar e nutricional: algumas contribuições para reflexão. Ciênc Saúde Coletiva. 2012; 17(2):453-62.
13. Neis M, Stollmaier A, Silveira JLGC, Bertin RL. A importância do nutricionista na atenção básica à saúde. Rev Ciênc Humanas. 2012; 46(2):399-414.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na atenção básica. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
16. Bello FPS, Chagas NB, Pinto VLM, Camargo LLAL, Demarzo MMP, Germano CMR. Parental awareness of overweight and obesity: an exploratory study addressing low-income adolescents in Brazil. J Human Growth Development. 2015; 25(3):287-91. Disponível em: URL: <<http://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/106000>>.

Correspondência para/Reprint request to:

Carolina Maia Martins Sales

Av Marechal Campos, 1468

Departamento de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde,

Universidade Federal do Espírito Santo

CEP: 29041-295

Tel. (27) 99986-4383

Email: carolina.sales@outlook.com

Data de submissão: 07/01/2017

Data de aceite: 19/02/2017

**The right of inclusion of
kindergarten teachers in H1N1
vaccination campaigns**

**| O direito de inclusão dos professores
da educação infantil para vacinação
contra A H1N1**

ABSTRACT | Introduction:

H1N1 Influenza is a highly contagious infectious respiratory disease characterized by yearly outbreaks. The virus is spread through droplets, sneezes, and the hands of carriers. The school environment, an educational space where the teacher is in direct and daily contact with students and, in the case of the day care, until the babies' sanitation. Objective: To report the experience of a group of kindergarten teachers of a city of rural area and their need to be included in the priority group for vaccination against H1N1. Methods:

Report of an experience of influenza vaccination of the city, where teachers dealing with children under 05 years old were initially not classified as a priority for vaccination. Results: In the city, strategies were developed to allow kindergarten teachers to receive the vaccine. Discussion: Children stay a full day in day care centers, and are in direct contact with several teachers, who also have to take care of their personal hygiene. Conclusion: For the next vaccination campaigns, the Ministry of Health should include the teachers in the priority group.

Keywords | *H1N1 Influenza; Teachers; Vaccination.*

RESUMO | Introdução: A Influenza H1N1 apresentou-se como uma doença infecciosa do sistema respiratório agudo com surtos anuais, altamente contagiosa. A contaminação acontece por gotículas, espirros, tosse. As mãos são grandes responsáveis pelo contágio. O ambiente escolhido para este estudo foi o escolar, por ser um espaço educativo onde o professor mantém contato direto e diário com alunos e, nos casos da creche, até faz a higienização dos bebês. **Objetivo:** relatar a experiência da inclusão dos professores da Educação Infantil de uma cidade da região rural do Espírito Santo, no grupo prioritário de vacinação contra H1N1. **Métodos:** Relato de experiência vivenciada no posto de vacinação em que os professores que atuam com crianças menores de 05 anos estavam fora do grupo considerado como prioritário à vacinação. **Resultados:** Foi realizada a vacinação dos professores das crianças menores de 5 anos de idade como estratégia municipal. **Discussão:** Quando se trata do ambiente escolar, principalmente as creches, as crianças ficam neste espaço em período integral e precisam estar em contato direto com vários professores, que cuidam também da sua higiene pessoal. **Conclusão:** Espera-se que para as próximas campanhas de vacinação o Ministério da Saúde possa rever e incluir os professores no grupo prioritário.

Palavras-chave | Gripe A (H1N1); Professores; Vacinação.

¹Prefeitura Municipal de Mantenópolis/ES, Brasil.

²Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória/ES, Brasil.

INTRODUÇÃO |

No ano de 2009, a Organização Mundial da Saúde (OMS) fez um comunicado ao mundo de uma nova ocorrência de emergência de saúde pública, ocorrido o primeiro caso registrado na cidade do México, com uma fiscal de censo, na cidade de Oaxaca. O surgimento do vírus influenza A foi denominado de H1N1, e estava associado à infecção respiratória febril. Esse comunicado ocorreu em março de 2009^{1,2}.

O vírus H1N1 se tornou uma pandemia, que é uma epidemia de qualquer doença infecciosa que se espalha pela população e se espalha pelo mundo, ultrapassando os limites geográficos, onde pode ocorrer em um ou mais continentes, até mesmo mundialmente.

O aparecimento de uma pandemia, segundo a Organização Mundial de Saúde, pode começar quando se reúnem três condições; O aparecimento de uma nova doença à população; A agente infecta aos humanos, causando uma doença séria; O agente espalha-se fácil e sustentavelmente entre humanos³ (p. 68).

O Ministério da Saúde iniciou a campanha de vacinação em 2010, que é realizada por etapas diante da classificação dos grupos de risco com o objetivo de diminuir a morbimortalidade e manter o funcionamento dos serviços de saúde pública¹.

A gripe influenza H1N1 é uma doença respiratória aguda conhecida como gripe causada pela infecção do vírus A (H1N1). É uma doença respiratória acompanhada de febre que acontece em surtos anuais e sua gravidade varia de pessoa para pessoa. O vírus afeta o sistema respiratório e é altamente contagioso, provocando sinais sistêmicos, provocando diversas síndromes clínicas em adultos, e inclui o resfriado, a faringite, traqueobronquite e a pneumonia⁴ (p. 38).

Esse subtipo de vírus da influenza é responsável pela nova gripe que pode ser transmitida de pessoa para outra pessoa por duas formas: a indireta e a direta. Na forma direta, a contaminação ocorre quando uma pessoa infectada pelo vírus transmite para outra pessoa saudável por meio do espirro e da tosse, pois as gotículas, com o H1N1, atingem quem está mais próximo⁵.

Na forma indireta, a contaminação ocorre quando uma pessoa saudável toca superfícies que estão contaminadas

por pessoas infectadas que colocaram a mão em contato com qualquer tipo de mucosa, seja de natureza oral, seja nasal, seja conjuntiva⁵.

Existem 03 tipos de vírus influenza: A, B e C. O vírus influenza C causa apenas infecções respiratórias brandas, não possui impacto na saúde pública e não está relacionado com epidemias. O vírus influenza A e B são responsáveis por epidemias sazonais, sendo o vírus influenza A responsável pelas grandes pandemias. Entre os subtipos de vírus influenza A, os subtipos A(H1N1) e A(H3N2) circulam atualmente em humanos. Alguns vírus influenza A de origem aviária também podem infectar humanos causando doença grave⁶.

Dados dos últimos boletins do Ministério da Saúde, datados de setembro de 2015, apontam alta na taxa da mortalidade. Subiu de 0,34% para 0,46%, o número de pessoas que vieram a óbito pela gripe Influenza H1N1. Esse aumento da mortalidade fez com que o Brasil passasse para a 6ª nação com a maior proporção de mortes por grupos de 100.000 habitantes para a 5ª posição. O boletim oficial de 12 de setembro de 2015 registrou-se 10.401 casos graves com confirmação laboratorial para algum tipo de influenza; desses, 9.249 (88,9%) foram positivos para a H1N1, com o número de 899 mortes em 2015^{7,8}.

Segundo estatísticas do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010), a imunização anual com vacinas inativas contra a influenza tem se mostrado eficiente e tem diminuído consideravelmente a morbimortalidade relacionada a essa doença. Sobre a vacinação e sua eficácia, Forleo Neto³ relata que:

Atualmente, entre 180-200 milhões de doses de vacina contra influenza são distribuídas e utilizadas anualmente no mundo. Mas o grande impacto causado em indivíduos considerados grupos de risco fortalece para que sempre haja o desenvolvimento de novas abordagens para sua prevenção e controle. Atualmente encontra-se em destaque, nos Estados Unidos, o desenvolvimento de uma vacina nasal de vírus atenuados, o surgimento de vacinas inativadas contendo adjuvantes, vacinas produzidas em culturas de células ao invés de ovos embrionados de 06 galinhas e estratégias de vacinação em trabalhadores sadios têm por objetivo redução dos prejuízos econômicos relacionados à doença, prejuízos os quais podem ser diretos ou indiretos causando absenteísmo no trabalho, gastos em serviços médicos (p. 19).

No ambiente escolar em que as crianças menores de 05 anos são imunizadas e se encontram no grupo com o direito à vacina, é importante que o professor desta modalidade também possa ser incluído no grupo de pessoas com direito à vacinação, pois, sendo infectado pelo vírus da influenza H1N1, ele poderá contaminar de forma direta ou indireta as crianças ou ser infectado. Entende-se que, para trabalhar com este grupo que tem direito à imunização, este profissional deve ser um cidadão saudável.

A ação desenvolvida para a prevenção contra a gripe, são as campanhas de vacinação ofertadas pelo governo federal. Mas também existem as vacinas que podem ser compradas. No caso das vacinas ofertadas na rede pública, essas são trivalentes, ou seja, imunizam contra três tipos de vírus diferentes. A composição da vacina é recomendada anualmente pela OMS, com base nas informações recebidas de todo o mundo sobre a prevalência das cepas circulantes. Dessa forma, a cada ano a vacina da gripe muda, para proteger contra os tipos mais comuns de vírus da gripe naquela época⁵.

Todos os anos o Ministério da Saúde organiza campanhas contra influenza, sendo assim existem os grupos prioritários considerados grupos de risco, como crianças de 06 meses e menores de 05 anos, profissionais de saúde, gestantes, puérperas (até 45 dias após o parto), idosos, pacientes portadores de doenças crônicas, profissionais do sistema prisional.

Diante deste grupo de pessoas consideradas prioritárias, como pessoas de risco, este trabalho propõe que os professores que trabalham diretamente com as crianças menores de 05 anos também façam parte deste grupo, pois estes profissionais atuam diretamente com este grupo e, por isso, podem ser considerados como pessoas suscetíveis e propensas a serem contaminadas pela gripe influenza H1N1⁵.

O objetivo deste trabalho é relatar a experiência da inclusão dos professores da Educação Infantil no grupo prioritário de vacinação contra H1N1, considerados grupos de risco, pois estão em contato direto e diariamente com essas crianças que foram imunizadas, dessa forma estes profissionais também devem ser imunizados.

RELATO DA EXPERIÊNCIA |

Trata-se de um relato de experiência que aborda o tema do direito de inclusão dos professores de crianças menores de 05 anos de idade no grupo de risco para vacinação contra a gripe influenza a H1N1. Este tema se torna relevante diante da reação destes profissionais por lidarem diretamente com um público considerado como um dos grupos prioritários e de risco, ou seja, as crianças de 06 meses e menores de 05 anos.

Também foi realizado um levantamento bibliográfico de documentos que relatam a história do surgimento do vírus H1N1, a campanha de vacinação, quem são as pessoas incluídas no grupo prioritário e por meio da observação da procura dos profissionais da educação que atuam nas salas de aula da modalidade da Educação Infantil. Esses estão muitos próximos às crianças que estão constantemente gripadas e em ambientes fechados e, por isso, buscam o direito de serem incluídos na campanha de vacinação.

A campanha de vacinação em um município da zona rural do estado do Espírito Santo inciou-se no período de 30 de abril a 20 de maio de 2016 para os grupos considerados de risco, porém a campanha se estendeu após essa data até que todos estivessem imunizados, principalmente os que se enquadravam no grupo de prioritários à vacina.

DISCUSSÃO |

É alta a procura pela vacina contra a gripe influenza H1N1 pelos professores que trabalham com as crianças com faixa etária de até 05 anos e que convivem diretamente, em seu ambiente de trabalho, principalmente na época onde é comum o aumento do índice da contaminação de diversos tipos de vírus gripais, em especial a H1N1. A escola pode ser considerada como um local de alta contaminação, sendo assim entende-se a reivindicação destes profissionais que buscam ter direito a vacinação. Podemos compreender que essa questão faz parte das políticas de saúde.

Os professores justificam a sua inclusão nos grupos considerados prioritários por manterem contato direto e permanente com várias crianças em salas de aulas consideradas ambientes fechados e com baixa ventilação. O risco de contaminação é mais propício no período em

que as temperaturas são mais baixas e a gripe acontece com maior frequência. Diante dessas afirmativas, é necessário que estes profissionais sejam imunizados com o objetivo de preservar a saúde tanto deles como da própria população com quem eles têm contato direto e diário.

Por mais que alguns estados do Brasil tenham realizado vacinação em professores, a classe de professores não foi priorizada pelo Ministério da Saúde como grupos de risco, e isso causa revolta a esses profissionais. Essa ação tem como minimizar o risco de contagiar e ser contagiado com o vírus influenza no ambiente da escola seja dentro ou fora da sala de aula.

Em um município do Espírito Santo, foi realizada a vacinação dos professores das crianças menores de 5 anos de idade como estratégia municipal. A Secretaria Municipal de Saúde recebeu do Estado 200 doses de vacina contra influenza além da cota esperada e, com essas doses, foi possível vacinar esse grupo, uma vez que já havíamos atingido a meta dos grupos de risco que o Ministério da Saúde prioriza.

Entende-se a necessidade de inclusão destes profissionais no grupo de prioridade, pois eles estão diariamente com as crianças menores de 05 anos de idade que são dependentes dos professores e auxiliares na escola, mantendo contato direto com cada uma. Em sala de aula esses profissionais estão diretamente expostos a diversos tipos de vírus e podem se tornar até transmissores, pois, em muitos casos, trabalham em mais de uma unidade escolar e com grupos de faixas etárias diferentes.

Nas creches, geralmente no inverno, janelas e portas se mantêm fechadas, colocando em circulação diversos tipos de vírus. As crianças têm imunidade baixa, adquirindo diversos tipos de vírus durante o inverno. Assim, uma vai transmitindo para outra. Quando a criança está às vezes melhorando de um resfriado ou gripe, logo já surge outra e, assim, sucessivamente. O que aumenta os casos de contágio da gripe.

Quando se trata do ambiente escolar, principalmente as creches, pode-se afirmar que este espaço é diferenciado⁹, pois, neste local, o professor tem a missão de educar e cuidar. As crianças ficam neste espaço em período integral e precisam estar em contato direto com vários professores que cuidam também da higiene pessoal¹⁰:

O cuidado com crianças na esfera das creches é perpassado pelos sentidos que os atores sociais atribuem às práticas de cuidados e por sua vez expressam os sentimentos que dão para a saúde e para a higiene (p. 34).

A higiene é realizada de forma direta e necessita que o professor dê banhos, troque fraldas. Isso torna esse ambiente como um local de fácil transmissão do vírus da gripe.

Diante da análise do presente estudo, pode-se observar que a imunização por meio das campanhas de vacinação oferecidas pelo programa Nacional de Imunização é segura e diminui a contaminação da doença.

Este trabalho mostrou a importância da imunização também dos professores que atuam diretamente com as crianças de até 05 anos de idade, para que possam ser também serem incluídos nos grupos prioritários, considerados grupos de risco.

A gripe é um vírus que sempre esteve presente na vida da sociedade. Todos os anos, crianças e idosos são os que mais sofrem, mas, em 2009, houve o agravamento da saúde pública com casos de óbitos registrados pela gripe influenza H1N1. O número de pessoas querendo ser imunizadas aumentou significadamente em 2016, porém o governo é que determina quem são os grupos que devem receber a dose da vacina. Isso revoltou os professores que, pelo seu trabalho direto com crianças, entendiam que também deveriam ter o mesmo direito, visto que muitos não aceitavam que os detentos tivessem este direito, e eles não.

Devido a essa grande procura e por ouvir muitos relatos de professores que diziam que todos os anos, na época do inverno, eram infectados pelo vírus da gripe, nasceu a vontade de trabalhar com este tema e defender que os professores também pudessem ter o direito de serem incluídos nos grupos que têm direito à imunização.

A pesquisa para realizar este relato não foi muito fácil devido à escassez de material que trata deste tema, por ser um desafio novo que o Ministério da Saúde deve enfrentar nas suas políticas de saúde pública. Foi possível perceber, em pesquisas realizadas na internet, que professores do Brasil são unânimes em reivindicar este direito à imunização e já existem até alguns projetos de lei, como na cidade de São Paulo, e no estado do Pará. Vereadores e deputados já fizeram projetos de lei para que os professores sejam também incluídos nesses grupos.

Pode-se observar então que existe um consenso que realmente os professores têm direito à vacina, pois estes profissionais estão em salas de aulas todos os dias trabalhando de forma direta com os alunos, seja na educação, seja durante o cuidado, em especial nas creches, onde é necessária a higienização. Isso torna os professores mais propícios ao contágio do vírus da gripe.

Espera-se que, para as próximas campanhas de vacinação, o Ministério da Saúde possa incluir estes profissionais, pois, como vemos, eles podem ser até um transmissor da doença. Em alguns casos, o professor trabalha com crianças de idades diferentes em diversas modalidades, convive com vários tipos de pessoas e, ao entrar no ambiente fechado da sala de aula, infectado, pode transmitir o vírus para as crianças menores de 05 anos, que são consideradas como grupo de prioridade.

REFERÊNCIAS |

1. Carmo EH, Oliveira WK. Risco de pandemia de influenza pelo vírus A (H1N1). *Cad Saúde Pública*. 2009; 25(6):1192-3.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Protocolo de manejo clínico da síndrome respiratória aguda grave. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
3. Forleo Neto E, Halker E, Santos VJ, Paiva TM, Toniolo Neto, J. Influenza. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2003; 36(2):267-74.
4. Carneiro M, Trench FJP, Waib LF, Pedro FL, Motta F. Influenza H1N1 2009: revisão da primeira pandemia do século XXI. *Revista da AMRIGS*. 2010; 54 (2): 206-213.
5. Brasil. Ministério da saúde. Fundação Nacional de Saúde. Guia de vigilância epidemiológica. 8. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
6. Machado AA. Infecção pelo vírus Influenza A (H1N1) de origem suína: como reconhecer, diagnosticar e prevenir. *J Bras Pneumol*. 2009; 35(5):464-9.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Agência Nacional em Vigilância Sanitária. Protocolo de vigilância epidemiológica de eventos adversos pós-vacinação: estratégia de vacinação contra o vírus Influenza Pandêmica (H1N1). Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
8. Brasil. Ministério da saúde [Internet]. Situação epidemiológica da nova Influenza Pandêmica (H1N1) 2015 no Brasil [acesso em 09 ago 2016]. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. Disponível em: URL: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/fevereiro/13/Boletim-Epidemiol--gico-Influenza-SE04-2015.pdf>>.
9. Neumann CR, Azambuja MIR, Oliveira FA, Falk JW. Pandemia de Influenza A (H1N1): o que aprender com ela? *Rev HCPA*. 2009; 29(2):92-9.
10. Maranhão DG. O processo saúde-doença e os cuidados com a saúde na perspectiva dos educadores infantis. *Cad Saúde Pública*. 2000; 16(40)1143-8.

Correspondência para/ Reprint request to:

Kellen Nascimento Mendes

Rua Juvenil Alves de Oliveira, 202,

Centro, Mantenópolis/ES, Brasil

CEP: 29770000

Tel.: (27) 99937-3116

E-mail: enfermeirakellen@gmail.com

Data de submissão: 12/01/2017

Data de aceite: 24/02/2017

The key role of pharmacists in the Basic Health Care

| A importância do papel do farmacêutico na Atenção Básica

ABSTRACT | Introduction: *This article reports the experience of the pharmacists in the context of basic health care and the pharmaceutical assistance of the municipality. Objective:* *The objective of the article is to present the importance of the pharmacist in the development of the activities associated with basic health care and basic pharmaceutical assistance. Methods:* *The description of the experience and the elaboration of an operative plan was carried out by the study participants during the workshops, along with a survey of the main problems faced by pharmaceutical care. Results:* *The results of this experiment contributed to strengthen pharmaceutical assistance in the county, with the hiring of another pharmacist and the restructuring of the facilities for municipal pharmaceutical assistance. Conclusion:* *The pharmacist is of fundamental importance in the organization in Primary Care, however, there is still an insufficient number of these professionals.*

Keywords | *Pharmaceutical services; Pharmaceutical care; Essential drugs; Pharmacists.*

RESUMO | Introdução: O presente artigo relata a experiência do profissional farmacêutico no âmbito da atenção básica, no contexto da Assistência Farmacêutica Municipal. **Objetivo:** O objetivo do artigo é apresentar a importância do papel do Farmacêutico no desenvolvimento das atividades da Assistência Farmacêutica Básica Municipal de uma Unidade Básica de Saúde num município da região norte do Espírito Santo. **Métodos:** Realizou-se a descrição da experiência vivenciada e a elaboração do Plano Operativo com o levantamento dos principais problemas enfrentados na assistência farmacêutica pelos atores do estudo durante as oficinas. **Resultados:** Os resultados desta experiência colaboraram para reforçar a assistência farmacêutica no município com a contratação de mais um profissional para compor o quadro municipal e a reestruturação física adequada para o desenvolvimento das atividades da assistência farmacêutica municipal. **Conclusão:** O profissional Farmacêutico é de fundamental importância na organização da Assistência na atenção Básica, todavia, ainda se observa um número insuficiente desses profissionais.

Palavras-chave | Assistência farmacêutica; Atenção farmacêutica; Medicamentos essenciais; Farmacêuticos.

¹Prefeitura Municipal de Vila Pavão, Vila Pavão/ES, Brasil.

²Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes, Vitória/ES, Brasil.

³Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória/ES, Brasil.

INTRODUÇÃO |

O sistema de saúde brasileiro vem passando por transformações importantes desde as décadas de 1980 e 1990, por meio da criação e regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS). Ele representou para os gestores, trabalhadores e usuários do sistema uma nova forma de pensar, de estruturar, de desenvolver, de produzir serviços e assistência em saúde, uma vez que a universalidade de acesso, a integralidade da atenção, a equidade, a participação das comunidades e a descentralização tornaram-se os princípios do novo sistema¹.

A Assistência Farmacêutica envolve um conjunto atividades/ações que são: a seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia de qualidade dos produtos e serviços, bem como a sua avaliação e acompanhamento de sua utilização, com o objetivo de obter resultados fidedignos e a melhoria na qualidade de vida da população².

Para organização e planejamento da assistência farmacêutica, é necessário que se disponha de recursos humanos qualificados na área da farmácia, aptos para lidar com diversos aspectos dos medicamentos. Esses profissionais devem ser qualificados e preparados para selecionar os medicamentos mais seguros, eficazes e custo efetivos, de acordo com as necessidades da população de seus territórios; programar adequadamente as aquisições; armazenar; distribuir e transportar adequadamente de forma a garantir a manutenção da qualidade do produto farmacêutico; gerenciar os estoques; favorecer a criação e atualização de protocolos e diretrizes de tratamento de forma a assegurar a qualidade e o uso adequado de medicamentos. Sendo assim, eles são imprescindíveis nos programas governamentais, nos serviços privados e nas farmácias públicas, em que a carência desses profissionais tem gerado diversos problemas de saúde pública³.

Nesse sentido, observou-se que a assistência farmacêutica representa um dos setores de maior impacto financeiro para as Secretarias de Saúde e, cada vez mais, as demandas por medicamento vêm crescendo. Justificando a importância da organização da Assistência Farmacêutica para um gerenciamento eficaz evitando enormes desperdícios de recursos⁴.

Este trabalho descreve a importância do papel do Farmacêutico na Atenção Básica, objetivando informar ao

gestor sobre a importância do profissional Farmacêutico na organização da Assistência Farmacêutica Básica do Município, com a finalidade de melhorar cada vez mais a organização de todo o Ciclo da Assistência Farmacêutica, assim, proporcionando aos usuários acesso aos medicamentos de qualidade e atendimento humanizado pelos profissionais qualificados.

No Brasil, a Assistência Farmacêutica é considerada como um conjunto de procedimentos necessários à promoção, prevenção e recuperação da saúde, individual e coletiva, centrado no medicamento, englobando as atividades de pesquisa, produção, distribuição, armazenamento, prescrição e dispensação, esta última entendida como o ato essencialmente de orientação quanto ao uso adequado dos medicamentos e sendo privativa do profissional farmacêutico⁵.

A Assistência Farmacêutica compõe um dos sistemas de apoio à atenção à saúde, com o sistema de apoio diagnóstico e terapêutico e os sistemas de informação em saúde, com o objetivo na garantia do acesso e do uso racional de medicamentos. Uma ferramenta importante que compõe a Assistência Farmacêutica é a gestão técnica da assistência farmacêutica. Ela se caracteriza como um conjunto de atividades farmacêuticas interdependentes e focadas na qualidade, no acesso e no uso racional de medicamentos, ou seja, na produção, seleção, programação, aquisição, distribuição, armazenamento e dispensação dos medicamentos⁶.

Dessa forma, a Assistência Farmacêutica constitui um componente da política de medicamentos, essencial no sistema de saúde, sendo prioritária e imperativa a sua definição, organização e estruturação nos diversos níveis de atenção à saúde, com ênfase no setor público, no marco da “transformação do novo modelo assistencial de vigilância à saúde”⁷.

O farmacêutico tem função importante na Assistência Farmacêutica, na medida em que é o único profissional da equipe de saúde que tem sua formação técnico-científica fundamentada na articulação de conhecimentos das áreas biológicas e exatas. Em relação à atividade do farmacêutico neste teatro de operações, a Organização Mundial de Saúde (OMS) reconheceu que esse é o profissional com melhor capacitação para conduzir as ações destinadas à melhoria do acesso e promoção do uso racional dos medicamentos, sendo ele indispensável para organizar os serviços de apoio necessários para o desenvolvimento pleno da assistência farmacêutica^{5,8}.

O perfil epidemiológico populacional é o ponto-chave para o planejamento da assistência farmacêutica. Por meio dele, é possível definir os tipos e a quantidades de medicamentos a serem dispensados e distribuídos em cada parte do território nacional³.

Dentro da Assistência Farmacêutica, é muito importante o papel do farmacêutico na promoção do uso racional dos medicamentos e na educação terapêutica. Assim o tratamento torna-se mais eficaz e com as orientações necessárias capacita o usuário para saber lidar com os possíveis efeitos colaterais e interações medicamentosas contribuindo assim para a adesão ao tratamento⁹.

MÉTODOS |

O município está localizado no norte do Espírito Santo, estando a 286 Km de Vitória, capital do Estado, possuindo população estimada de 8.672 habitantes¹⁰. A Secretaria Municipal de Saúde oferta diretamente serviços de Atenção Básica a Saúde à população, enquanto os serviços de média complexidade são terceirizados e/ou disponibilizados pela Secretaria Estadual de Saúde. A Assistência Farmacêutica está inserida na Atenção Básica a Saúde.

Este estudo consiste em um relato de experiência de aspectos vivenciados pelo autor, na Assistência Farmacêutica do Município. A experiência profissional que resultou na redação deste relato aconteceu a partir de fevereiro de 2011 na Farmácia Básica do município.

Para a elaboração deste trabalho, utilizou-se das seguintes estratégias de coleta de dados: descrição da experiência profissional do autor; análise da estrutura física da farmácia básica; verificação de recursos humanos atuantes na assistência farmacêutica do município; consulta aos registros de participação da equipe multiprofissional da secretaria municipal de saúde em oficinas para elaboração do planejamento estratégico situacional da assistência farmacêutica do município.

RESULTADOS |

Por meio de diagnóstico situacional realizado em fevereiro de 2011, notou-se que a Farmácia Básica não tinha

estrutura física e equipamentos adequados nem recursos humanos suficientes para o desenvolvimento e organização da Assistência Farmacêutica Básica. Diante disso, foi elaborado um relatório encaminhado ao Gestor Municipal da saúde sobre a realidade da assistência farmacêutica no período de 2011, solicitando intervenções, com o objetivo de organizar a Assistência Farmacêutica.

Em 2012, foi elaborado um planejamento estratégico situacional da assistência farmacêutica do município, por meio da construção do plano operativo no local de trabalho, com objetivo de priorizar os principais problemas enfrentados pela Assistência Farmacêutica. Para a realização do Plano Operativo, foi realizado um alinhamento temático com o secretário de saúde, sendo entregue a carta de apresentação do Plano Operativo e as etapas, apontando os benefícios para o Município.

Após aprovação do secretário, em conjunto com ele, foi selecionado para elaboração participativa do plano o possível público-alvo, composto por representantes da farmácia básica, central municipal de regulação, coordenadores da Estratégia da Saúde da Família, Unidade Básica de Saúde e suas equipes, Coordenação de enfermagem e da Atenção Básica do município, fisioterapeuta e o gestor municipal de saúde.

Esses atores foram selecionados para a oficina com o intuito de priorizar os problemas da Assistência Farmacêutica que envolvem e/ou afetam esses profissionais em seu cotidiano e distintas realidades.

Após identificar componentes da oficina, foi elaborada e encaminhada a estes uma carta convite contendo a data, local e horário da oficina, explicando a importância dela para a elaboração do plano operativo e o caráter indispensável da presença dos convidados. Foram realizadas duas oficinas com os profissionais da área da saúde, ambas em agosto de 2012.

No dia 09 de agosto de 2012 foi realizada, na Secretaria Municipal de Saúde, a primeira oficina para elaboração do PO. Nesse dia, estavam presentes 12 participantes e foi apresentado o objetivo da oficina. Foi disponibilizado para todos os participantes um material didático explicando todas as etapas do que seria realizado.

No primeiro momento foram apresentadas aos participantes todas as atribuições da assistência farmacêutica municipal;

como funciona o ciclo da assistência farmacêutica; as dificuldades e limitações encontradas no dia a dia, apontados no diagnóstico situacional. Em seguida foi apresentada a proposta de trabalho com cada etapa da oficina. Ressalta-se que, durante a apresentação, observou-se um desconhecimento do papel do farmacêutico na assistência farmacêutica por parte dos participantes.

Na sequência, foi solicitado que cada representante expusesse os problemas que lhe chamavam a atenção com relação à assistência farmacêutica em sua prática. Após todos realizarem os apontamentos, cada um selecionou o que julgava ser o principal e o registrou na matriz de priorização de problemas.

Entre eles, seguiu-se a escolha de um problema prioritário. Para isso, foram apresentados os critérios para a priorização do problema, de acordo com a magnitude, interesse, vulnerabilidade, urgência e factibilidade.

O problema priorizado foi recursos humanos insuficientes para atuar na assistência farmacêutica no município. Entretanto não foi possível concluir os trabalhos na primeira oficina, pois o tempo estipulado de 01h30min foi insuficiente. Dessa forma, foi realizada no dia 16 de agosto a segunda oficina, em que foram elencados os descritores. Os trabalhos foram finalizados com a construção da espinha de Peixe.

Posteriormente foram realizadas as demais etapas do plano, com a construção do momento normativo identificando a operação e ações de cada objetivo. Em seguida foi construído o momento estratégico e tático operacional finalizando o Plano Operativo.

A realização das oficinas foi de suma importância, ao permitir a exposição da opinião de diversos atores sobre a assistência farmacêutica municipal, com intuito de identificar e enfrentar os principais problemas enfrentados pela assistência farmacêutica.

Um desdobramento importante das oficinas foi a decisão da gestão de convocar um farmacêutico efetivo aprovado em concurso público para compor o quadro municipal ainda antes de finalizado o Plano Operativo.

Atualmente, a Assistência Farmacêutica é composta por três profissionais farmacêuticos e um auxiliar de Farmácia e, mediante os recursos humanos disponíveis, foi possível

reestruturar a organização de todo o ciclo da Assistência Farmacêutica Básica.

Mediante várias reuniões dos profissionais Farmacêuticos com o Secretário de Saúde, mostrou-se a necessidade da adequação do espaço físico da Farmácia Básica com o objetivo melhor organizar a assistência farmacêutica; proporcionar um atendimento Humanizado aos usuários; e dar melhores condições de trabalho para os profissionais de farmácia. Dessa forma, houve mudança do espaço físico da Farmácia Básica Municipal, concretizada em junho de 2016. O espaço possui estrutura física adequada para o desenvolvimento das atividades desenvolvidas pela Assistência Farmacêutica, contando com sala de atendimento do Farmacêutico, recepção com atendimento por meio de dois guichês, dispensário de medicamento e almoxarifado.

CONCLUSÃO |

Este estudo permitiu expor as realidades e as conquistas da Assistência Farmacêutica Municipal, possibilitando identificar os principais problemas enfrentados, sendo o de maior destaque o que se refere a recursos humanos insuficientes. Foi proposta uma solução viável, aprovada e executada pelo gestor municipal, assegurando a importância do profissional Farmacêutico na organização da Assistência Farmacêutica Básica.

REFERÊNCIAS |

1. Brasil. Conselho Federal de Farmácia. A assistência farmacêutica no SUS. Brasília: Conselho Federal de Farmácia; 2010.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
3. Centro de Gestão e Estudos Estratégicos [Internet]. Formação de recursos humanos para a área farmacêutica: documento síntese [acesso em 16 ago 2016]. Brasília:

CGEE; 2003. Disponível em: URL: <www.cgce.org.br/atividades/redirect/1684>.

4. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência Farmacêutica no SUS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília : CONASS; 2007. Disponível em: URL: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/collec_progestores_livro7.pdf>.

5. Araújo ALA, Pereira LRL, Ueta JM, Freitas O. Perfil da assistência farmacêutica na atenção primária do Sistema Único de Saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 2008; 13(Supl.):611-7.

6. Correr JC, Otuki MF, Soler O. Assistência farmacêutica integrada ao processo de cuidado em saúde: gestão clínica do medicamento. Rev Pan-Amaz Saúde. 2011; 2(3):41-9.

7. Araújo ALA, Freitas O. Concepções do profissional farmacêutico sobre a assistência farmacêutica na unidade básica de saúde: dificuldades e elementos para a mudança. Rev Bras Ciênc Farm. 2006; 42(1):137-46.

8. Araújo ALA, Ueta JM, Freitas O. Assistência farmacêutica como um modelo tecnológico em atenção primária à saúde. Rev Ciênc Farm Básica. 2005; 26(2):87-92.

9. Costa EM, Rabelo ARM, Lima, JG. Avaliação do papel do farmacêutico nas ações de promoção da saúde e prevenção de agravos na atenção primária. Rev Ciênc Farm Básica Apl. 2014; 25(1):81-8.

10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Infográficos: dados gerais do município [acesso em 16 ago 2016]. Disponível em: URL: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=320515>>.

Correspondência para/Reprint request to:

Franciele Marabotti Costa Leite

Departamento de Enfermagem, UFES,

Av. Marechal Campos, 1468,

Mariúpe, Vitória/ES, Brasil

CEP 29043-900

Tel.: (27) 99515-2805

E-mail: francielemarabotti@gmail.com

Data de submissão: 10/01/2017

Data de aceite: 17/02/2017

**Continuing education training
in safe food handling for
street vendors**

Capacitação permanente em boas práticas de manipulação de alimento para vendedores ambulantes

ABSTRACT | Introduction:

*This case report describes a training program in safe food handling for street vendors. **Objective:** The objective of the present study was to report a training experience designed for street food vendors. **Methods:** The training was carried out for one full month, covering every December between 2013 and 2015 and delivered in two ways: training for large groups and individual or small group training. The program was proposed and designed by the Municipal Health Surveillance agency in partnership with other relevant sectors of the city's administration. **Results:** This strategy favored a closer link between food vendors and the Health Surveillance agency, as the latter, after the training, was no longer seen as a mere enforcement sector, but as a reference for technical support and improvement of quality, equipment, techniques and the final product.*

Conclusion: *It is crucial to establish a continuing health education program delivered by an expert team, with a proper budget, in the Health Surveillance agency, with the objective of carrying out the planning and continuing training in safe food handling for street vendors*

Keywords | *Health education; Health surveillance; Healthy food.*

RESUMO | Introdução: Trata-se de um relato de experiência sobre a realização de capacitação em boas práticas de manipulação de alimentos para vendedores ambulantes do ramo de alimentação. **Objetivo:** Relatar a experiência de capacitação desenvolvida para vendedores ambulantes de alimentos. **Métodos:** Estudo do tipo relato de experiência. As capacitações foram desenvolvidas sempre no mês de dezembro dos anos de 2013 a 2015 e aplicadas de duas formas: capacitações para grandes grupos e capacitações individuais ou para pequenos grupos. A ação de capacitação foi proposta e elaborada pela Vigilância Sanitária municipal e desenvolvida em parceria com a Gerência de Fiscalização de Obras e Posturas do município. **Resultados:** O desenvolvimento dessa estratégia favoreceu um estreitamento de vínculo entre os vendedores ambulantes do ramo de alimentação e o setor de Vigilância Sanitária, pois, com a aproximação, o setor deixou de ser visto apenas como um órgão fiscalizador e passou a ser referência e apoio técnico na busca da melhoria da qualidade, dos equipamentos, das técnicas e do produto final. **Conclusão:** É fundamental a instituição de um programa que preveja a existência de uma equipe permanente de educação em saúde, com orçamento específico, no setor de Vigilância Sanitária, com o objetivo de realizar o planejamento e o desenvolvimento constante de ações educativas para as áreas que objeto de fiscalização.

Palavras-chave | Educação em saúde; Vigilância sanitária; Alimento saudável.

¹Prefeitura Municipal de Anchieta/ES, Brasil.

²Prefeitura Municipal de Vitória/ES, Brasil.

INTRODUÇÃO |

A definição trazida por Brasil¹ destaca que a Vigilância Sanitária é um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde. Neste contexto, quando se propõe a interação de conhecimentos entre vigilância sanitária e os vendedores ambulantes de alimentos pretende-se que profissionais do ramo de alimentação e fiscais sanitários, mediante troca de experiências vivenciadas no seu cotidiano e informações técnicas, tenham entendimento e possam apropriar-se de saberes para proporcionar melhores condições na produção de alimentos seguros para o público consumidor.

Nesse sentido, vale destacar o conceito de Segurança Alimentar. Inicialmente, este era limitado ao abastecimento na quantidade apropriada, mas atualmente têm incorporado o acesso universal aos alimentos, os aspectos nutricionais e conseqüentemente, as questões relativas à composição, à qualidade e ao aproveitamento biológico². A segurança alimentar depende do controle exercido sobre os perigos químicos, físicos e biológicos, os quais permeiam todas as etapas da cadeia alimentar, iniciada na produção e finalizada no consumo. O trabalho a ser desenvolvido na cadeia alimentar é entendido como um processo. A qualidade do resultado corresponderá à qualidade dos elementos e fatores envolvidos³.

Os hábitos de consumo alimentar têm sofrido mudanças importantes em muitos países nas últimas décadas, em consequência disso têm-se aperfeiçoado novas técnicas de produção, preparação e distribuição de alimentos. Dessa forma é imprescindível um controle eficaz da higiene, a fim de evitar os prejuízos que derivam das enfermidades, dos danos provocados pelos alimentos e por sua deterioração. Os agricultores, fabricantes, manipuladores e consumidores têm a responsabilidade de assegurar que os alimentos sejam inócuos e aptos para o consumo⁴.

A partir dos anos 1950, a indústria de alimentos adotou as boas práticas da indústria farmacêutica, denominando-as Boas Práticas de Fabricação (BPF), melhorando e dinamizando a produção de alimentos seguros e de qualidade. Dentro dos ambientes de manipulação de produtos alimentícios, é essencial que boas práticas de higiene sejam levadas a sério por todas as pessoas que trabalham com alimentos, se a pretensão for a venda de

alimentos higiênicos⁵. As melhores formas para assegurar a qualidade da alimentação servida são a educação e o treinamento constante dos manipuladores, pois criam um conjunto de meios e processos mediante os quais o indivíduo é ensinado e aperfeiçoado a executar determinada tarefa⁶.

A ausência de controle da higiene no espaço de trabalho, bem como a falta de higiene pessoal dos ambulantes e o acondicionamento da matéria-prima utilizada na confecção do produto alimentício comercializado podem ser importantes fatores no processo de contaminação e proliferação de problemas de saúde, como infecções, verminoses, entre outros. Mecanismos de inspeção, controle e garantia da qualidade do processo de produção dos alimentos, obedecendo às normas de manuseio, às boas práticas de manipulação e higiene, poderão garantir a qualidade final ao consumidor⁷.

Doenças Transmitidas por Alimentos (DTA's) são originadas de contaminações microbianas em alimentos, geralmente caracterizadas por vômito e/ou diarreia e diversos distúrbios abdominais. No Brasil, quando doenças transmitidas por alimentos ocorrem, elas não são de notificação compulsória, o que é um problema, por prejudicar a avaliação da real situação na saúde pública⁷. Em 1989 a Organização Mundial da Saúde informou que mais de 60% das doenças de origem alimentar são DTA's, sendo que os agentes etiológicos se encontram entre as bactérias, vírus, fungos e parasitos, devido principalmente às práticas inadequadas de manipulação, ou mesmo matérias-primas contaminadas, falta de higiene na preparação, além de equipamentos e estrutura operacional deficiente e principalmente inadequação no processamento envolvendo controle de tempo e temperatura².

Em se tratando especificamente dos vendedores ambulantes de produtos comestíveis, pode-se afirmar que estes estão por todo o mundo. São em grande maioria autônomos que exercem sua atividade comercial em via pública. Essa cultura existe no Brasil, desde a escravidão em meados do século XIX, quando escravos chamados "escravos de ganho", aqueles que, para complementar o orçamento doméstico de seus senhores, produziam, vendiam ou prestavam serviços a terceiros, passaram a ter outras funções com o crescimento urbano e da economia⁷.

Deve-se reconhecer que estes comerciantes, muitas vezes, são pessoas de baixa renda e detentoras de

pouco conhecimento sobre manipulação de alimentos. Consequentemente, esses produtos são considerados um grande risco para a saúde pública. Os comerciantes ambulantes de alimentos estão sujeitos à legislação sanitária, que, em sua maior parte, não é cumprida devido à dificuldade de fiscais para o controle e a inspeção sanitária⁷.

No Brasil, estudos realizados com alimentos comercializados por ambulantes em diversas regiões demonstraram que este tipo de produto pode representar um risco para saúde pública⁸. Os riscos oferecidos pelos alimentos servidos por ambulantes nas cidades é um desafio à Vigilância Sanitária dos municípios, pois estes se disseminam a todo o momento, em determinadas situações o poder público não está preparado para fiscalizá-los adequadamente e consequentemente dar segurança ao consumidor⁹.

Como destaca Silva Jr¹⁰, este tipo de comércio pode constituir um risco à saúde da população, pois os alimentos podem ser facilmente contaminados com microrganismos patogênicos, devido às condições inadequadas do local de preparo e à falta de conhecimentos de técnicas de manipulação higiênica por parte dos comerciantes. Além disso, a grande maioria dos estabelecimentos de comércio ambulante não contam com sistema de abastecimento de água potável, o que dificulta a higienização correta dos utensílios utilizados no preparo das refeições. Utensílios, superfícies e equipamentos insuficientemente limpos representam um risco de contaminação, especialmente para alimentos cozidos que não serão consumidos imediatamente. Pesquisadores calculam que aproximadamente 100 milhões de indivíduos, considerando-se a população de todos os países industrializados, contraem doenças decorrentes de alimentação inadequada, por meio do consumo de refeições e água contaminadas. O que causa maior espanto é que, estatisticamente, 85% dos casos poderiam ser evitados, simplesmente se as pessoas manipulassem corretamente os alimentos¹¹.

O comércio ambulante de rua fornece rotineiramente alimentos para a população, urge buscar meios que garantam o seu acesso à informação, assegurando efetiva intervenção nos riscos inerentes ao consumo de alimentos de baixa qualidade higiênico-sanitária. A Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional da Vigilância Sanitária nº 216, de 15 de setembro de 2004, dispõe sobre o Regulamento Técnico de Boas Práticas para Serviços de Alimentação, incluindo os vendedores ambulantes de alimentos¹².

Trata-se de um município sul litorâneo do Espírito Santo, com uma população estimada de 28.091 habitantes¹³, localizado a 82 quilômetros da capital Vitória. Sua economia está baseada no turismo praiano e religioso, na agricultura, na pecuária e nas receitas provenientes das indústrias do petróleo, gás natural e do beneficiamento de minério de ferro.

Para a Vigilância Sanitária, a fiscalização da atividade de comércio ambulante de alimentos é dificultosa, pois em sua grande maioria não possui ponto fixo, estrutura mínima e condições necessárias para o seu funcionamento. Mediante este contexto, a Vigilância Sanitária municipal firmou parceria com a Gerência de Fiscalização de Obras e Posturas do município, objetivando a capacitação permanente e obrigatória em Boas Práticas na Manipulação de Alimento de todos os vendedores ambulantes que atuam no município, principalmente os que atuam nas praias. Essa parceria teve início no ano de 2012, entretanto, a partir do ano de 2013, tomou forma e passou a condicionar a atuação em sua atividade de comércio ambulante de alimentos à participação em ação de capacitação oferecida pela vigilância sanitária.

Relatar a experiência vivenciada durante a capacitação para vendedores ambulantes de alimentos, sua colaboração no processo de construção de conhecimento dos manipuladores de alimentos, e o importante auxílio na interlocução entre o conhecimento científico e a prática, no que diz respeito às técnicas adequadas para produção de alimentos saudáveis.

MÉTODOS |

Trata-se de um relato de experiência, de natureza descritiva, sobre o desenvolvimento de ação de capacitação em boas práticas de manipulação de alimentos para vendedores ambulantes, desenvolvido pela Vigilância Sanitária municipal, tendo como público-alvo vendedores ambulantes do ramo de alimentação do município. Segundo Cavalcante e Lima¹⁴, o relato de experiência é um instrumento de pesquisa descritiva que objetiva apresentar uma reflexão sobre uma ação ou um conjunto de ações que abordam uma situação vivenciada no âmbito profissional de relevância para a comunidade científica.

O setor de Vigilância Sanitária municipal foi instituído por meio da Lei Municipal 230/1997¹⁵. Esta lei, ainda em

vigor, encontra-se defasada e é uma das poucas bases legal municipal que podem ser utilizadas pelo fiscal. A equipe técnica do setor é composta por 10 (dez) agentes fiscais de nível médio e 03 (três) fiscais de controle sanitário de nível superior das seguintes áreas: Ciências Biológicas, Enfermagem e Farmácia.

Embora o setor de Vigilância Sanitária tenha dificuldades com sua base legal para a aplicação de sanções aos vendedores ambulantes em desacordo com as leis e normas, entendemos que, na grande maioria das vezes, esse tipo de ação repressiva não cumpre o seu papel pedagógico de mudança de comportamento. Em nossa compreensão, o que falta aos regulados deste tipo de atividade é o conhecimento sobre a área de manipulação de alimentos.

A necessidade de capacitação permanente em boas práticas de manipulação de alimentos surgiu da percepção dos fiscais de Vigilância Sanitária. Eles constatavam rotineiramente que grande parte das reclamações recebidas e dos desacordos observados nas inspeções era por falta de conhecimento em manipulação de alimentos.

Buscando agregar forças e firmar parcerias a Vigilância Sanitária municipal, reuniões foram realizadas com a Gerência da Fiscalização de Obras e Posturas municipal, pois todo ambulante a ser autorizado pelo município a exercer sua atividade, seja ela sazonal ou não, passa pela autorização prévia da fiscalização de obras e posturas para liberação do Alvará de Funcionamento ou credencial. Dessa parceria surgiu a estruturação necessária para a obrigatoriedade da participação em ações de capacitação em boas práticas de manipulação de alimentos para vendedores ambulantes de alimentos, uma vez que a Lei municipal nº 155 de 28 de junho de 1996¹⁶ determina a organização de concessão de alvarás para localização funcionamento de estabelecimentos comerciais sazonais e vendedores ambulantes no município e define que os vendedores ambulantes deverão antes de receber alvarás, conseguir credenciamento no órgão de Vigilância Sanitária municipal.

Nos meses que antecedem a temporada de festividades do fim de ano e verão, geralmente em outubro e novembro, o setor de Fiscalização de Obras e Posturas do município publica o edital para credenciamento de vendedores ambulantes. Neste edital já está previsto que o vendedor só receberá o crachá após a comprovação de participação em ação de capacitação da Vigilância Sanitária. Para atuar no

comércio ambulante de alimentos, o vendedor deve possuir em seu crachá, fornecido pela Fiscalização de Obras e Posturas, carimbo e assinatura de uma autoridade sanitária atestando sua participação em capacitação de boas práticas de manipulação de alimentos.

De acordo com a quantidade de inscritos no edital de credenciamento, o setor de Vigilância Sanitária organiza a turma, o agendamento da data, horário e local que comporte os alunos, vendedores ambulantes do ramo de alimentação, quando necessário são realizadas duas ou mais turmas para a adequada acomodação.

Os vendedores ambulantes que por motivo especial, devidamente justificado, não podem estar presentes no dia e local programado, ou os que executam suas atividades em regiões ou épocas não contempladas pelo edital, realizam o agendamento da ação de capacitação diretamente no setor de Vigilância Sanitária do município a qualquer tempo, onde é ministrada uma capacitação individual ou para um pequeno grupo de pessoas nas dependências do setor.

A ação de capacitação foi desenvolvida rigorosamente no mês de dezembro dos anos de 2013 a 2015 pelos facilitadores, Fiscais de Controle Sanitário da Vigilância Sanitária municipal, no auditório principal da Prefeitura, localizado na sede administrativa do município, popularmente conhecido como “antiga Câmara”, com a utilização de apresentação em Power Point elaborada pela equipe de fiscais de Vigilância Sanitária municipal para ser utilizada como ferramenta de suporte ao ensino, abordando temas como: perigo nos alimentos; microbiologia básica; higiene pessoal; lavagem das mãos; higiene do material de trabalho (utensílios, equipamentos e carrinhos); água potável; cuidados no armazenamento de alimentos; cuidado na compra de alimentos, tendo por base a Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional da Vigilância Sanitária nº 216, de 15 de setembro de 2004. Durante o processo de apresentação também são utilizados vídeos e dinâmicas para melhorar a fixação do aprendizado.

O objetivo da apresentação é de colaborar no processo de construção do conhecimento dos manipuladores de alimentos, sendo um mediador na interlocução entre o conhecimento científico e a prática dos vendedores ambulantes de alimentos.

A estratégia de ensino utilizada é a apresentação expositiva dialogada, na qual o público-alvo é estimulado pelos

facilitadores a participar e relatar suas experiências, realidade e vivenciar situações que os permitam a compreensão da importância da higiene na produção de alimentos seguros.

Acredita-se que proporcionar a oportunidade de participação em ações de capacitação, principalmente para um público que não possui alternativa de fácil de acesso a esse tipo de informação, pode ser um importante cenário de transformação cultural e de mudança de comportamento, pois por meio de técnicas de ensino e aprendizagem na educação em saúde pode-se proporcionar o desenvolvimento de atitudes de promoção de saúde.

RESULTADOS/DISCUSSÃO |

Como alternativa para possibilitar um melhor acesso aos vendedores ambulantes de alimento o setor de Vigilância Sanitária do município, buscou-se o estabelecimento de parceria com a Gerência de Fiscalização de Obras e Posturas, órgão vinculado à Secretaria de Infraestrutura Municipal. O início desta parceria se deu no mês de setembro de 2012 onde ocorreu uma reunião entre o Gerente de Fiscalização de Obras, Gerente de Vigilância em Saúde e o Coordenador de Vigilância Sanitária do município. Nesse encontro, ficou acordado que todos os vendedores ambulantes do ramo de alimentação seriam capacitados pela Vigilância Sanitária antes de receber o Alvará de Funcionamento, ou credencial para trabalhar.

Os resultados desta parceria firmada entre dois setores de diferentes secretarias da mesma municipalidade foram surpreendentes, pois daí em diante todos os vendedores ambulantes de alimentos que solicitaram o Alvará de Funcionamento ou credencial para atuar no município, foram direcionados ao setor de Vigilância Sanitária para capacitação.

Deve-se ressaltar que os vendedores ambulantes que trabalham regularmente durante o ano todo em qualquer parte do município recebem o Alvará de Funcionamento; e os que atuam em um local predeterminado por um período limitado, seja nas praias, seja em festividades, recebem a credencial para exercer suas atividades.

Dentro desta parceria, passou a ser uma exigência, principalmente para os vendedores ambulantes sazonais de verão, a participação nas capacitações em boas práticas

de manipulação de alimentos ministradas pela Vigilância Sanitária. No edital de credenciamento disponibilizado pela Gerência de Fiscalização de Obras e Posturas consta tal necessidade.

Por não ser ainda um processo institucionalizado no município, uma mudança no cenário político e, conseqüentemente, nos quadros de servidores e gestores poderá desmobilizar o desenvolvimento deste modelo de ação educação em saúde organizada entre dois setores de secretarias distintas.

A definição em edital da necessidade de participação na capacitação facilitou em muito as ações do setor Vigilância Sanitária, pois, no ato do credenciamento, o vendedor ambulante é informado que deverá participar do treinamento para poder exercer sua atividade, caso contrário, ele será impedido. Anteriormente, a estratégia utilizada pelo setor de Vigilância Sanitária era o convite, mas muitos vendedores residem em outros municípios ou trabalham em locais não informados e não eram contatados, dificultando assim a abrangência da grande maioria nas ações de capacitação.

Tornar a participação em ação de capacitação na área de boas práticas de manipulação de alimentos um requisito obrigatório, e não mais facultativo, foi uma estratégia típica de setor regulador. Entretanto usou-se fundamentos que buscaram diretamente resultados no campo da proteção à saúde pública, proporcionando condições de melhorias no processo de produção de alimentos seguros para serem servidos à população.

A educação e treinamento constante são as melhores formas para melhorar a qualidade da alimentação servida, pois criam um conjunto de meios e processos mediante os quais o indivíduo é ensinado e aperfeiçoado na execução de determinada tarefa⁶. Dentro desse contexto, a Vigilância Sanitária municipal estabeleceu como estratégia, na busca por melhorias na qualidade dos alimentos fornecidos à população por vendedores ambulantes, a capacitação em boas práticas de manipulação de alimentos para este público.

De acordo com os dados fornecidos pelo setor de Vigilância Sanitária municipal, podemos observar o crescimento da abrangência da capacitação para vendedores ambulantes desde o início da aplicação desta estratégia de capacitação. No ano de 2013 foram capacitados 185 vendedores

ambulantes do ramo de alimentação; no ano de 2014 foram 210; e, no ano de 2015, um total de 308 capacitados, dando um incremento de 66,48% do primeiro para o terceiro ano de trabalho.

O comércio de alimentos de rua representa verdadeiros desafios aos serviços de Vigilância Sanitária, uma vez que proliferam a cada momento, e o poder público muitas vezes não está preparado para fiscalizá-los adequadamente e dar segurança aos consumidores¹⁷. A estratégia de educação em saúde pode ser o cenário de transformação cultural e de mudanças de comportamento dos indivíduos que atuam nesta atividade, pois, por meio de aprendizagem significativas, pode-se proporcionar a melhoria da qualidade dos produtos fornecidos ao consumidor e, conseqüentemente, a promoção de saúde.

No momento do credenciamento para desempenharem suas atividades no comércio sazonal de verão, conforme edital, os vendedores ambulantes de áreas relacionadas com alimentos, ao saírem da Gerência de Fiscalização de Obras e Postura, levam em mãos o agendamento prévio da data, local e horário da capacitação em boas práticas de manipulação de alimentos.

As capacitações foram desenvolvidas de duas formas: capacitações para grandes grupos e capacitações individuais ou para pequenos grupos. As capacitações para grandes grupos foram realizadas nas seguintes datas: 11 de dezembro de 2013, 09 de dezembro de 2014 e nos dias 21 e 22 de dezembro de 2015, e desenvolvida em média para até 130 participantes, em auditório compatível para este público com o mínimo de conforto necessário e disponibilidade de equipamentos audiovisuais.

No ano de 2015, a capacitação para grande grupo foi dividida em duas turmas e em dias diferentes para acomodar melhor os alunos participantes e ampliar o acesso de todos, oportunizando, assim, datas diferenciadas para os vendedores ambulantes participarem.

As ações de capacitação para grandes grupos foram desenvolvidas por meio de quatro palestras, com utilização de técnica de exposição dialogada. Buscou-se mostrar toda importância das exigências feitas pela Vigilância Sanitária e os riscos que más práticas na manipulação podem causar, como um simples não lavar as mãos, sendo valorizado o conhecimento de cada indivíduo dentro de um processo dinâmico. Todos tiveram a oportunidade de falar e expor

seus saberes e suas dúvidas, não ficando este processo preso somente no conhecimento do palestrante, pois a atividade para ser significativa deve estar relacionada à experiência do indivíduo.

A todo instante os participantes foram estimulados a remeterem toda a teoria ali abordada para sua prática cotidiana em sua atividade e levados a compreender a importância da qualidade no seu trabalho para evitar o adoecimento e até mesmo a morte de pessoas por ingestão de alimentos contaminados.

As capacitações individualizadas ou em pequenos grupos foram desenvolvidas nos dias 18, 26 e 30 de dezembro de 2013, coincidentemente nos dias 18, 26 e 30 de dezembro de 2014 e dia 29 de dezembro de 2015, totalizando quatorze capacitações neste modelo, sendo realizada mais de uma por dia. Esse modelo foi estruturado para atingir os vendedores ambulantes que, por algum motivo, devidamente justificado, não puderam participar da capacitação para o grande grupo; e os vendedores ambulantes que atuam o ano todo no comércio ambulante e solicitam a qualquer tempo o alvará de funcionamento ou sua renovação à Gerência de Fiscalização de Obras e Posturas.

Este modelo de capacitação comporta em média até cinco participantes e acontece em uma sala do setor de Vigilância Sanitária. O técnico trabalha os mesmos assuntos abordados na capacitação para o grande grupo, mas em uma roda de conversa utilizando a tela do computador como recurso para a exposição do assunto de forma dialogada e interativa.

O estabelecimento das duas estratégias de capacitação objetivou atingir o máximo possível de vendedores ambulantes de alimentos, dando alternativas diferenciadas para a participação de pessoas de outras cidades ou que possuem outros afazeres.

O crescimento progressivo do número de participantes nas ações de capacitação foi estimulado pela definição em edital da necessidade de participação em capacitação de boas práticas de manipulação de alimentos, como requisito obrigatório para atuação no município, e pela ampliação do acesso às capacitações com as modalidades de grandes grupos e individuais ou para pequenos grupos. Deve-se ressaltar que existe uma tendência no aumento do número de vendedores ambulantes de alimentos, principalmente em períodos de recessão econômica e desemprego, em que a população busca uma alternativa para ampliar o rendimento

ou incrementar a renda da família. Cabe ao setor de Vigilância Sanitária buscar meios e formas para atingir esse público com informações que motivem o desenvolvimento de comportamentos saudáveis no processo de produção de alimentos.

CONCLUSÃO |

Por meio da realização de estratégias de capacitação em boas práticas de manipulação de alimentos, como alternativa para melhorar o acesso à informação por parte dos vendedores ambulantes de alimentos, visando minimizar os riscos dos alimentos fornecidos ao público consumidor, tivemos a oportunidade de refletir sobre a amplitude da responsabilidade do setor de Vigilância Sanitária. Ela vai além da histórica prática repressiva de fiscalização e punição, que está incutida na imagem do fiscal sanitário. Perpassa pelo âmbito do compartilhamento de conhecimentos, com o reconhecimento da importância de trabalhar a temática da educação em saúde na busca de evitar o adoecimento da população por ingestão de alimentos contaminados.

Identificou-se que o desenvolvimento dessa estratégia favoreceu um estreitamento de vínculo entre os vendedores ambulantes do ramo de alimentação e o setor de Vigilância Sanitária, pois, com a aproximação, o setor deixou de ser visto apenas como um órgão fiscalizador e passou a ser referência e apoio técnico na busca da melhoria de qualidade, dos equipamentos, das técnicas e do produto final.

É de fundamental importância que haja o envolvimento do profissional de saúde, fiscal sanitário, em ações de educação em saúde de maior amplitude, indo além dos limites da sua rotina de trabalho. Dessa forma, proporcionando condições para mudança de comportamento dos manipuladores de alimentos no processo incessante de aperfeiçoamento para produção de alimentos saudáveis.

Um fator dificultador na continuidade do desenvolvimento deste tipo de ação é o fato de não existir um programa permanente, intersetorial, institucionalizado e específico de educação em saúde dentro do setor de Vigilância Sanitária municipal e no âmbito estadual.

Sugere-se a instituição de um programa e uma equipe permanente de educação em saúde, com orçamento

específico, no setor de Vigilância Sanitária com o objetivo de realizar o planejamento e o desenvolvimento constante de ações educativas para as áreas objeto de fiscalização.

REFERÊNCIAS |

1. Brasil. Lei nº. 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União 20 de set 1990.
2. Silva Junior EA. Procedimentos para avaliação dos surtos de doenças transmitidas por alimentos. In: Manual de controle sanitário em serviços de alimentação. São Paulo: Varela; 2005.
3. Richards NSPS. Segurança Alimentar: como prevenir contaminações na indústria. Food Ingredients Brasil. 2002; 18:16-30.
4. Organização Pan-Americana de Saúde. Prevenção e controle de doenças transmissíveis. Brasília: OPAS; 2007.
5. Serviço Nacional da Indústria. Programa Alimento Seguro (PAS). Brasília: SENAI; 2011.
6. Oliveira AM, Gonçalves MO, Shinohara NKS, Stamford TLM. Manipuladores de alimentos: um fator de risco. Rev Hig Aliment. 2003; 17(114/115):12-8.
7. Christinelli GT, Putti LS, Martins AB, Simionato EMRS, Weckwerth PH. Condições higiênicas-sanitárias de lanches “cachorro-quente” do comércio ambulante. Rev Bras Pesq Saúde. 2013; 15(4):57-62.
8. Rodrigues KL, Gomes JP, Conceição RCS, Brod CS, Carvalhal JB, Aleixo JAG. Condições higiênicas-sanitárias no comércio ambulante de alimentos em Pelotas-RS. Ciênc Tecnol Aliment. 2003; 23(3):447-52.
9. Cardoso RCV, Loureiro ES, Neves DCS, Santos HTC. Comida de rua: um espaço para estudo na Universidade Federal da Bahia. Rev Hig Aliment. 2003; 17(111):12-7.
10. Silva-Junior EA. Manual de controle higiênico-sanitário em alimentos. São Paulo: Varela; 1995.

11. Figueiredo RM. Guia prático para evitar doenças veiculadas por alimentos (DVA): como não comer fungos, bactérias e outros bichos que fazem mal. Rio de Janeiro: Manole; 2002.

Tel.: (28) 99885-7033

E-mail: hemilio_fontana@hotmail.com

Data de submissão: 07/02/2017

Data de aceite: 21/02/2017

12. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil). Resolução nº. 216 de 15 de setembro de 2004. Dispõe sobre Regulamento Técnico de Boas Práticas para Serviços de Alimentação [Internet]. Diário Oficial da União 16 de set de 2004 [acesso em 16 jul 2016]. Disponível em: URL: <http://www.paulinia.sp.gov.br/downloads/RDC_N_216_DE_15_DE_SETEMBRO_DE_2004.pdf>.

13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades. São Paulo: IBGE; 2016.

14. Cavalcante BLL, Lima UTS. Relato de experiência de uma estudante de Enfermagem em um consultório especializado em tratamento de feridas. J Nurs Health. 2012; 2(1):94-103.

15. Espírito Santo (Estado). Lei nº. 230, de 22 de outubro de 1997. Institui o Código de Saúde do Município de Anchieta (E.S.), e dá outras providências [Internet]. Câmara Municipal de Anchieta 22 out 1997 [acesso em 16 jul 2016]. Disponível em: URL: <<http://www3.camaraanchieta.es.gov.br/Arquivo/Documents/legislacao/html/L2301997.html>>.

16. Espírito Santo (Estado). Lei nº. 155, de 28 de junho de 1996. Dispõe sobre a organização de concessão de alvarás para localização funcionamento de estabelecimentos comerciais sazonais e vendedores ambulantes no Município de Anchieta/E.S., e dá outras providências [Internet]. Câmara Municipal de Anchieta 28 jun 1996 [acesso em 04 set 2016]. Disponível em: URL: <<http://www3.camaraanchieta.es.gov.br/Arquivo/Documents/legislacao/html/L1551996.html>>.

17. Panetta JC. Comida de rua: como controlar? Rev Hig Aliment. 2003; 17(111):3-6.

Correspondência para/Reprint request to:

Carlos Hemilio Fontana Gomes

Rodovia do Sol, Km 21,5, 1620,

Vila Residencial Samarco, Anchieta/ES, Brasil

CEP: 29230-000

Social workers and violence-related care at an emergency care unit

| O serviço social no atendimento às pessoas em situação de violência

ABSTRACT | Introduction: Violence is a violation of human rights and a serious public health problem. **Objective:** *To present the experience of a Social Work team at 24-hour Emergency Care Unit (UPA 24h), regarding the care provided to people in emergency situations.* **Methods:** *This study was carried out at an UPA 24h in a city of the Greater Vitória/ES. The unit offers clinical, pediatric and dental care, and violence is present in some emergency visits. Thus, to better understand this phenomenon, the social work team designed a work flow for violence-related emergency care at UPA 24h.* **Results:** *The work flow significantly increased and improved communication and the recording of violent-related emergency visits, while decreasing underreporting. Also, the articulation between health care and social care was clearly enhanced, showing the positive impacts achieved by this collaborative initiative.* **Conclusion:** *The social worker plays a key role as part of any multidisciplinary team dealing with issues such as social vulnerability and human rights, and helps to ensure an integral, humanized and dignified care.*

Keywords | *Violence; Emergency Medical Services; Social Work; Interdisciplinary Communication; Health Integrality.*

RESUMO | Introdução: A violência constitui uma violação dos direitos humanos e um grave problema de saúde pública. **Objetivo:** apresentar a experiência de atuação da equipe de Serviço Social de uma Unidade de Pronto Atendimento 24 horas, UPA 24h, quanto ao atendimento voltado às pessoas em situação de violência na urgência e emergência. **Métodos:** Trata-se de um relato de experiência, realizado em uma UPA 24h, de um município da Grande Vitória – ES, que oferta atendimento clínico, pediátrico e odontológico, estando a violência presente em alguns atendimentos. Desse modo, para compreender melhor esse fenômeno, o serviço social estabeleceu a criação de um fluxo interno para o atendimento às pessoas em situação de violência na UPA 24h. **Resultados:** O direcionamento/comunicação de todos os casos de violência; redução de subnotificação das violências atendidas na unidade; sistematização dos casos de violência atendidos/notificados; e a melhoria da articulação com a rede de saúde e socioassistencial, foram intervenções que tiveram impacto positivo alcançado pela instituição no atendimento prestado às pessoas em situação de violência. **Conclusão:** O assistente social, ao compor uma equipe multidisciplinar e ao atuar com questões onde predominam a vulnerabilidade social e violação de direitos, torna-se um profissional de suma importância para garantia de um atendimento integral, humanizado e digno.

Palavras-chave | Violência; Serviços Médicos de Emergência; Serviço Social; Comunicação Interdisciplinar; Integralidade em Saúde.

¹Prefeitura Municipal de Serra/ES e de Vila Velha/ES, Brasil.

²Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória/ES, Brasil.

INTRODUÇÃO |

A Organização Mundial da Saúde reconhece a violência como um grave problema de saúde pública, além de constituir uma violação dos direitos humanos¹. Nas duas últimas décadas do século XX, o crescimento da violência no Brasil afetou todos os setores da sociedade. Tal crescimento promove a discussão de que o país estaria passando por uma nova epidemia social e por um dos mais graves problemas de saúde pública a ser enfrentado. Esta argumentação se fundamenta no número total e nas taxas de óbitos, na quantidade, intensidade e variedade das formas de violência, na penetração que esse fenômeno passou a ter nos cenários da vida individual e coletiva, na deterioração da qualidade de vida e nas condições de saúde da população, particularmente nas grandes metrópoles².

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em seu Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, define a violência como:

O uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação¹.

A violência perpassa diferentes tipologias. Todos os tipos de violência podem levar a diversos efeitos colaterais, impactando diretamente a saúde física e mental das vítimas e também dos agressores. As consequências da violência podem ser verificadas em curto ou em longo prazos e dependem da frequência e intensidade da violência vivenciada, bem como das características da vítima. Essas consequências da violência, como danos, lesões e traumas, têm altos custos para o indivíduo e sua família, tais como: perda de vida, prejuízos econômicos ou de produtividade, entre outros, bem como para o sistema de saúde, que possui gastos maiores com emergência, assistência e reabilitação¹.

O serviço de emergência, para muitos dos casos de violência, tem sido a principal porta de entrada para o acesso ao atendimento de saúde. Nesse sentido, é necessário que as equipes de profissionais estejam aptas a acolher e promover uma assistência de qualidade conforme a demanda. Além disso, é válido refletir acerca do fenômeno multifatorial de que trata a violência, fato que implica a necessidade de uma intervenção interdisciplinar e intersetorial no seu atendimento e enfrentamento, constituindo-se assim como um dos principais desafios para a Saúde³.

De acordo com Minayo⁴, a violência é representada por ações humanas que ocasionam danos físicos, emocionais, morais e espirituais. A violência é uma construção social, pois é um fenômeno biopsicossocial relativo aos processos históricos e a vida em sociedade. E considerá-la como fenômeno social importa em compreender sua perspectiva cultural, política, social e econômica. Ainda sobre esse contexto Pires & Haikawa⁵, ao dialogar sobre a violência, também trazem a reflexão que se deve compreendê-la como um:

[...] produto social e histórico, produzida socialmente nas relações humanas. Quem organiza a estrutura é o próprio homem, tornando a violência um fenômeno mutável e multifatorial.

Assim, ao compreender a complexidade da violência e os impactos, para além dos físicos, gerados para as pessoas atingidas por esse fenômeno, passa-se a identificar a importância do trabalho interdisciplinar, e da inserção do Serviço Social nas equipes dos serviços de urgência e emergência. O Serviço Social, nestes serviços, possui como papel, nos casos ligados a violência, tanto o de articulação intersetorial com a rede de serviços, quanto o de contribuir para que os usuários do serviço possuam um atendimento integral e humanizado, visando ainda à prevenção da reincidência da violência³.

No entanto, é preciso entender que o trabalho interdisciplinar, ao mesmo tempo que promove olhares múltiplos sobre o caso, contribuindo para um atendimento de forma mais integral, do ponto de vista biopsicossocial como mencionado, também traz consigo o desafio de que se faz necessário por parte das equipes compreender e respeitar o papel e o saber técnico do outro nesse processo⁶.

Com relação a isso, Peduzzi⁷ dialoga que, um dos grandes desafios é ultrapassar o modelo biomédico, hegemônico, que compreende que existe apenas um único tipo de atenção à saúde, o qual se considera pertinente a toda e qualquer situação de saúde-doença, tanto no plano individual, quanto no coletivo. Esse modelo ocasiona que os profissionais passem a não compartilhar outros valores ou propostas que poderiam prover outros modelos, ou projetos assistenciais que venham a abarcar a complexidade e a multidimensionalidade das necessidades de saúde da população. Matos et al⁶ também refletem sobre a importância da atuação interdisciplinar, apresentando que tal perspectiva:

[...] pode possibilitar o exercício de um trabalho mais integrador e articulado, tanto no que diz respeito à compreensão dos/as trabalhadores/as sobre o seu próprio trabalho, como no que diz respeito à qualidade do resultado do trabalho.

Assim, nesta ótica, Monteiro⁸ reafirma a necessidade de que os atendimentos nos casos de violência em unidades de saúde de urgência sejam realizados por uma equipe multidisciplinar e ainda reflete sobre o papel e a importância do serviço social nesses atendimentos, apontando como fatores: o olhar diferenciado do assistente social, em que, ao se utilizar de seu conhecimento técnico científico e ético, traz a visão do indivíduo como ser social e como sujeito de direitos; a utilização da sistematização de sua prática, propiciando um maior conhecimento quanto aos casos atendidos; e ainda o fomento à referência e contrarreferência, tão importante para continuidade da atenção dos casos de violência.

Neste sentido, o trabalho aqui exposto se propõe a apresentar a experiência de atuação da equipe de Serviço Social de uma Unidade de Pronto Atendimento 24 horas – UPA 24h, no que se refere ao atendimento voltado às pessoas em situação de violência na urgência e emergência.

RELATO DA EXPERIÊNCIA |

Trata-se de um relato de experiência surgido por meio da atuação enquanto assistente social em uma Unidade de Pronto Atendimento 24h – UPA 24h, de um município da Grande Vitória - ES. A referida UPA 24h oferta atendimento clínico, pediátrico e odontológico e dispõe de profissionais de várias categorias da saúde, tais como médicos clínicos e pediátricos, dentistas, enfermeiros, assistentes sociais, técnicos de enfermagem, auxiliar de consultório dentário, além dos profissionais administrativos, vigilantes e gestores.

Por se tratar de uma porta de entrada para os serviços de urgência e emergência, a UPA 24h acolhe usuários com diferentes demandas, entre elas: pessoas vítimas de violência, pessoas em situação de rua, usuários com vínculos familiares fragilizados e/ou rompidos, idosos e crianças em situação de maus-tratos e/ou negligência, pessoas usuárias de álcool e outras drogas, além de pessoas que apresentam demandas relacionadas à Saúde Mental.

É neste universo diversificado que se insere o Serviço Social, o qual desenvolve seu trabalho de forma singular a partir de uma escuta técnica qualificada, visando possibilitar e viabilizar, à população usuária, o acesso às redes de serviços em saúde e socioassistenciais do município para acompanhamento das suas demandas.

No que se refere aos casos de violência, a UPA 24h recebe as variadas tipologias, de todas as faixas etárias, tais como: violência doméstica e/ou intrafamiliar; violência física; violência sexual; negligência e/ou abandono; violência autoprovocada (tentativas de suicídio, cutting¹, automutilação); violência psicológica e/ou moral; entre outras.

O tema da violência na UPA 24h, apesar de inserido no cotidiano dos atendimentos prestados na unidade, só ganhou visibilidade a partir da implantação da notificação de violência do SINAN (Sistema de Informação de Agravos e Notificação) no município, que se deu no ano de 2012, impulsionada pelo Núcleo de Violência, ligado à Secretaria de Saúde do município em estudo. Como parte deste processo de implantação, foram realizados dois dias de capacitação dentro da UPA 24h, visando discutir com os profissionais da unidade a temática da violência, fluxo externo de atendimento, notificação de violência, além da profilaxia necessária a cada situação identificada, em especial nos casos de violência sexual. No entanto, apesar dos esforços da equipe responsável pela capacitação, observou-se que houve, naquele momento, pouca adesão dos profissionais, em especial da equipe médica, o que passou a ocasionar várias condutas, prescrições, procedimentos e encaminhamentos equivocados. Além disso, o quantitativo de notificações de violência realizadas não correspondia à realidade de atendimentos de uma unidade de saúde de urgência, gerando supostamente uma subnotificação.

Ressalta-se que a notificação de violência realizada pelos profissionais de saúde contribui para o dimensionamento epidemiológico do problema, gerando dados que permitirão o desenvolvimento de políticas, programas e ações específicas para a temática, além de dar visibilidade a

¹ Comportamento sem intencionalidade suicida, mas envolvendo atos autolesivos intencionais, como, por exemplo: cortar-se ou saltar de um local relativamente elevado; ingerir fármacos em doses superiores às posologias terapêuticas reconhecidas; ingerir uma droga ilícita ou substância psicoativa com propósito declaradamente autoagressivo; ingerir uma substância ou objeto não ingeríveis (ex.: lixívia, detergente, lâminas ou pregos)⁹.

um problema que, por vezes, se esconde atrás de sintomas que mascaram a realidade. Assim, diante desse contexto e, a partir da análise de seu cotidiano profissional, a equipe de Serviço Social, por meio das discussões tidas entre as profissionais nas reuniões mensais de equipe, identificou a necessidade de realizar intervenções que viessem a propiciar a melhoria do atendimento prestado pelos profissionais que compunham a equipe da UPA 24h. Dessa forma, a equipe elencou os principais pontos que demandavam melhorias no que se referiam aos atendimentos prestados na UPA 24h nas situações de violência e, a partir desses pontos, foram traçadas estratégias de intervenção. A equipe identificou ainda a necessidade de realizar seu próprio aperfeiçoamento para melhor intervir nesses casos, além de construir uma forma de registro dos casos de violência para subsidiar a necessidade de aprimoramento por meio da quantificação dos casos atendidos.

Os pontos elencados pela equipe de Serviço Social para intervenção foram: a necessidade de um fluxo interno para o atendimento às pessoas em situação de violência na UPA 24h; o direcionamento/ comunicação de todos os casos de violência ao Serviço Social; a garantia do atendimento adequado, principalmente nos casos de violência sexual (administração das medicações e realização de exames); redução do percentual de subnotificação das violências atendidas na unidade; sistematização dos casos de violência atendidos/notificados pelo Serviço Social; e a melhoria da articulação com a rede de saúde e socioassistencial.

A partir da definição dos pontos de intervenção, o Serviço Social, por meio de sua referência técnica, realizou várias reuniões entre as gerências geral e técnica da unidade com o intuito de apresentar os pontos elencados pela equipe e salientar a necessidade de intervenção e melhorias. Assim, a partir dessas reuniões foram desenvolvidas ações como: a definição de que todos os atendimentos de violência seriam realizados pelo médico da sala de emergência, promovendo uma prioridade no atendimento às pessoas em situação de violência, e ainda reduzindo a exposição delas, visto que, não mais aguardariam em sala de espera coletiva; e a entrega a todos os médicos plantonistas dos esquemas de profilaxias e exames a serem solicitados nos casos de violência sexual.

Foram realizadas ainda pela referência técnica, ações de sensibilização e informação aos profissionais médicos e de enfermagem quanto ao público e os critérios do preenchimento da ficha de notificação de violência e ainda

quanto à importância do seguimento do fluxo interno para os casos de violência (recepção – classificação de risco – atendimento médico da emergência/serviço social).

Quanto às ações referentes ao Serviço Social foram realizadas as seguintes definições de condutas: o estabelecimento de um fluxo de atendimento de acordo com a faixa etária no que se refere aos direcionamentos/ encaminhamentos do Serviço Social para os casos atendidos; a criação de uma planilha para registro dos casos de violência atendidos/notificados pelo Serviço Social; a organização e padronização de relatórios sociais; a necessidade de capacitação específica sobre violência para a equipe; a priorização de que o Serviço Social realize o preenchimento da ficha de notificação visto que o atendimento social possibilita o conhecimento de todas as informações necessárias para tal preenchimento; realização de busca ativa no sistema, dos casos de violência, quando atendidos no plantão noturno e não notificados; participação da referência técnica nas reuniões de rede de saúde e socioassistenciais para aproximação e melhoria do diálogo com as equipes; inserção de casos de violência, em especial tentativas de suicídio recorrentes, na reunião continuada de discussão de casos com as equipes do Programa de Saúde Mental do município.

DISCUSSÃO |

Iamamoto¹⁰, ao dialogar sobre o Serviço Social na contemporaneidade, traz a reflexão que o contexto social vivenciado nesse período exigiu dos profissionais de Serviço Social não apenas uma qualificação que os tornassem críticos e reflexivos, mas ainda que os proporcionassem um suporte teórico e metodológico que os embasassem para a construção de propostas e de trabalhos criativos para atuação nas expressões da Questão Social.

Nesta lógica, e com esse entendimento que a equipe de Serviço Social da UPA 24h promoveu de 2012 aos dias atuais, as variadas intervenções aqui mencionadas, que geraram resultados perceptíveis no que se refere aos atendimentos das pessoas em situação de violência atendidas na UPA 24h. Um desses resultados se reflete no quantitativo de notificações de violência realizadas na unidade a partir de julho de 2012 até julho de 2016. Sendo o quantitativo do primeiro semestre de 2016 (247 casos notificados), extremamente maior do que o quantitativo

do segundo semestre de 2012 (53 casos notificados). Vale ressaltar que não necessariamente há um aumento dos casos de violência no município, acredita-se que esse seja um resultado da redução da subnotificação dos casos de violência na UPA 24h, fruto das intervenções promovidas pelo Serviço Social.

Os dados apresentados só se tornaram possíveis a partir da sistematização do processo de trabalho do Serviço Social, que criou em 2012 uma planilha específica para inserção dos casos de violência notificados na UPA 24h. Tal planilha propicia ainda a possibilidade de se analisar o perfil dos casos de violência que mais chegam à unidade. Vale ressaltar que conhecer esse perfil torna-se primordial para realização de intervenções e ações em conjunto com as redes de saúde e socioassistenciais.

No que diz respeito à articulação com a rede, o Serviço Social, por meio de sua referência técnica, passou a se inserir nas reuniões de rede de saúde e socioassistencial do município e ainda a participar de alguns espaços em âmbito estadual, com o intuito de apresentar a realidade da UPA 24h, estreitar a comunicação com os serviços e ainda se manter atualizado acerca de discussões importantes para a atuação no município. Alguns desses espaços foram: Reunião Geral da Saúde Mental do Município; Grupo Condutor Municipal da Rede de Atenção Psicossocial; Reunião de Discussão de Casos de Saúde Mental Recorrentes na UPA 24h; Reunião de Rede Municipal de Assistência à Pessoa em Situação de Rua; Reunião de Rede Municipal da Criança e Adolescente; Fórum Metropolitano sobre Drogas; e a Reunião do Grupo de Trabalho Estadual sobre Violência. Vale ressaltar que a participação nesses espaços não se restringe apenas a discussões específicas da violência, visto que, como mencionado, o público atendido na UPA 24h é muito amplo, no entanto, compreende-se que a violência está presente na maioria dos contextos.

Ainda com relação à articulação em rede, observa-se que a criação do fluxo de atendimento de acordo com a faixa etária no que se refere aos direcionamentos/encaminhamentos do Serviço Social para os casos atendidos elaborado pela equipe, bem como a padronização dos relatórios sociais e ainda os contatos realizados pelas profissionais com o intuito de sinalizar casos específicos atendidos e que demandam a continuidade da atenção, propiciam a garantia de acesso aos direitos sociais e de um atendimento integral, promovendo a visão de um sujeito social como um todo e não meramente fragmentado⁵.

Como resultado dessas ações de articulação com as redes, vale ainda ressaltar o estabelecimento do processo de referência e contrarreferência. Acerca da referência, Monteiro⁸ traz que ela se faz de grande importância, pois garante a integralidade das ações e propicia que o atendimento realizado seja o mais totalizante e completo possível. Sobre a contrarreferência, que se refere ao retorno dado ao profissional/setor/instituição que gerou a demanda, a mesma autora argumenta que se faz importante visto que propicia uma postura adequada e competente, na medida em que possibilita um conhecimento integral das demandas do indivíduo. Atuar nesta perspectiva torna possível a realização de ações complementares que garantam a resolutividade e o atendimento das demandas apresentadas.

A cerca da capacitação da equipe de Serviço Social, as profissionais se apropriaram das oportunidades oferecidas por meio da educação permanente em saúde ofertada pelo Ministério de Saúde por meio da UNA-SUS e de ofertas de cursos da Fiocruz. No que se refere ao tema específico da violência, foram realizados por profissionais da equipe os cursos “Impactos da Violência na Saúde”, pela Fiocruz em 2013 e “Violência por parceiros íntimos” na Universidade Federal de São Carlos, UNA-SUS, no ano de 2014. Além desses cursos, a equipe de Serviço Social, por meio de um espaço de educação permanente em saúde promovido pela própria equipe, organizou e participou de uma roda de conversa sobre a ficha notificação compulsória, tendo como facilitadora uma assistente social atuante no Núcleo de Violência do município.

No que se refere à melhoria do atendimento às pessoas em situação de violência, avanços foram observados com a definição do fluxo interno de atendimento e o acesso facilitado às informações quanto às condutas médicas para cada caso. No entanto, lidar com a intolerância, impaciência e preconceito de alguns profissionais é extremamente desafiador e ocasiona, por diversas vezes, uma conduta não adequada para os casos e uma revitimização, demandando do Serviço Social uma atuação cada vez mais enérgica para a garantia por um atendimento humanizado.

Na contramão, outro resultado importante a ser mencionado é a compreensão dos demais profissionais da equipe da UPA 24h sobre a importância do atendimento do profissional de Serviço Social nos casos de violência, alcançada a partir de toda sensibilização realizada por meio de ações socioeducativas e informativas. Tal resultado não

pode ser mensurado, no entanto, torna-se perceptível a partir da análise da equipe de Serviço Social, que passou a ser acionada frequentemente para realizar atendimento aos casos que adentram o serviço. Vale ressaltar que a equipe de Serviço Social identificou que essa sensibilização é um processo, portanto ela é realizada diariamente com os profissionais no cotidiano de trabalho, buscando-se minimizar retrocessos tendo em vista a dinâmica complexa que envolve a atuação em uma unidade de saúde de emergência.

O trabalho se propôs a relatar uma experiência e a trazer uma reflexão sobre a importância do Serviço Social no atendimento às pessoas em situação de violência na urgência e emergência. Vale ressaltar que a inserção do profissional de Serviço Social no campo da saúde e especificamente nas unidades de saúde de emergência é recente. Tendo sua atuação iniciado a partir da década de 1940 com a elaboração do conceito de saúde, não apenas como ausência de doença, mas tendo a compreensão do sujeito como biopsicossocial. No entanto, apenas com a Constituição de 1988 e com a implantação do SUS, que ampliou o conceito de saúde, trazendo um modelo voltado para a promoção da saúde e requisitando um trabalho multiprofissional, é que o profissional de Serviço Social passou a ter mais importância na área da saúde.

Assim, observa-se que o Assistente Social inserido na saúde tende a atuar com a criatividade e originalidade diante das demandas que emergem em seu ambiente de trabalho, visto que seu campo de atuação e as suas possibilidades de intervenção não se encontram totalmente delimitadas e muito menos restritas. A partir do trabalho desenvolvido na UPA 24h, observa-se que o profissional de Serviço Social tem trazido grandes impactos no que se referem aos resultados positivos alcançados pela instituição no atendimento prestado às pessoas em situação de violência. É possível identificar como exemplos desses resultados, a busca e reflexão constante sobre a oferta do atendimento mais humanizado, a garantia da utilização dos instrumentos e protocolos estabelecidos e a possibilidade de refletir sobre a prevenção da violência e de sua recorrência em um ambiente de urgência e emergência.

O caminho percorrido pela equipe de profissionais de Serviço Social no desenvolvimento das intervenções planejadas foi árduo. Mesmo obtendo o apoio da Gerência, houve resistências e, por diversas vezes, a indiferença de profissionais pouco comprometidos com o referido

público e com as especificidades que este traz consigo, foram fatores que dificultaram uma homogeneidade nos atendimentos. A atuação multidisciplinar é desafiadora, no entanto, como já descrito é fundamental, assim torna-se primordial a persistência e a identificação de profissionais parceiros que venham a contribuir e somar com o processo de intervenção. Além disso, a busca por estratégias continuadas que promovam sempre a atualização dos processos estabelecidos também é de grande relevância, tanto pela rotatividade de profissionais, quanto para que os profissionais durante seu cotidiano de trabalho não caiam no esquecimento.

Assim, identifica-se que o assistente social, por toda sua formação de luta constante pelos direitos sociais dos indivíduos, ao compor uma equipe multidisciplinar e ao atuar com questões em que predominam a vulnerabilidade social e violação de direitos dos sujeitos, torna-se um profissional de suma importância para garantia de um atendimento integral, humanizado e digno para o indivíduo.

REFERÊNCIAS |

1. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, editores. Violência: um problema mundial de saúde pública. In: Relatório mundial sobre violência e saúde. Genebra: OMS; 2002. p. 3-19.
2. Minayo MCS. Violência contra idosos: relevância para um velho problema. *Cad Saúde Pública*. 2003; 19(3):783-91.
3. Deslandes SF. O atendimento às vítimas de violência na emergência: “prevenção numa hora dessas?”. *Ciênc Saúde Coletiva*. 1999; 4(1):81-94.
4. Minayo MCS. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006; 11(suppl):1259-67.
5. Pires SBN, Haikawa NY. O serviço social frente à violência. *Rev Conexão Eletrônica*. 2013; 10(1):1388-401.
6. Matos E, Pires DEP, Campos GWS. Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para a constituição de novas formas de organização do trabalho em saúde. *Rev Bras Enferm*. 2009; 62(6):863-69.

7. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev Saúde Pública*. 2001; 35(1):103-9.

8. Monteiro FO. Plantão social: espaço privilegiado para identificação/notificação de violência contra crianças e adolescentes. *Serv Soc Soc*. 2010; (103):476-502.

9. Guerreiro FG, Sampaio D. Comportamentos autolesivos em adolescentes: uma revisão da literatura com foco na investigação em língua portuguesa. *Rev Port Saúde Pública*. 2013; 31(2):204-13.

10. Iamamoto MV. Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional. São Paulo: Cortez; 2003.

Correspondência para/Reprint request to:

Franciele Marabotti Costa Leite

Departamento de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde,

Universidade Federal do Espírito Santo

Av. Marechal Campos, 1468,

Maruípe, Vitória/ES, Brasil

CEP: 29043-900

Tel.: (27) 99515-2805

E-mail: francielemarabotti@gmail.com

Data de submissão: 11/01/2017

Data de aceite: 23/02/2017

The Brazilian Immunization Program and the implementation of the Immunization Information System

| Implantação do sistema de informação do Programa Nacional de Imunizações Desktop

ABSTRACT | Introduction: *SI-PNI Desktop allows registration of information such as address, personal data of the user and vaccine adaptations. This system was developed by DATASUS-RJ and has been in operation since 2010.*

Objective: *This study aims at describing the implementation of the Immunization Information System launched by the Brazilian National Immunization Program and its benefits for vaccine coverage provided by a southern municipality of Espírito Santo state.*

Methods: *This case report details the steps taken and the strategies used in the implementation of this nationwide health initiative and its implications.*

Results: *The SI-PNI/Desktop system made it possible to improve immunization information, to create strategies to increase vaccination coverage, and to improve the quality of care provided to the National Health System (SUS) users.*

Conclusion: *The system requires technological investments, constant monitoring, and training and qualification for system operators.*

Keywords | *Immunization; Information system; Vaccination coverage.*

RESUMO | Introdução: O *SI-PNI Desktop* permite o registro de informações como endereço, dados pessoais do usuário e adequações de vacina. Tal sistema foi desenvolvido pelo DATASUS-RJ e está em funcionamento desde 2010. **Objetivo:** Apresentar a implantação do Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações na versão *Desktop* e seu benefício para a melhoria da cobertura vacinal desenvolvida pelas ações do serviço de imunização em um município do sul do estado do Espírito Santo. **Métodos:** Tratou-se de um relato de experiência que retrata as etapas utilizadas na implantação do sistema de um programa nacional na área da saúde e suas implicações. **Resultados:** Por meio do sistema, foi possível melhorar as informações sobre imunização, criar estratégias para o aumento das coberturas vacinais e melhorar a qualidade da assistência prestada ao usuário do SUS. **Conclusão:** Tal ferramenta necessita de investimentos tecnológicos e monitoramento constante, além de treinamentos e capacitações permanentes para os operadores do sistema.

Palavras-chave | Imunização; Sistema de Informação; Cobertura vacinal.

¹Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória/ES, Brasil.

INTRODUÇÃO |

A imunologia estuda eventos moleculares e celulares que ocorrem no organismo quando em contato com micro-organismos ou macromoléculas estranhas. Os seres humanos constantemente entram em contato com agentes infecciosos, sejam eles bactérias, vírus ou fungos e, a partir disso, ativam seu sistema imune em um mecanismo de defesa¹.

Uma das maneiras de estimular o sistema imune é por meio da imunidade ativa adquirida de modo artificial e obtida por intermédio da aplicação de vacinas. Estas são capazes de produzir uma resposta imune com a geração de anticorpos².

A vacinação, uma das ações oferecidas pelos serviços de baixa complexidade, teve como consequência grande impacto nas condições gerais de saúde infantil e se constituiu em um dos melhores procedimentos de relação custo e benefício³. Por meio do Programa Nacional de Imunização (PNI), a vacinação infantil foi capaz de controlar ou eliminar as doenças imunopreveníveis. Com este objetivo, o PNI desenvolve estratégias para a obtenção de 100% de cobertura vacinal de crianças menores de 1 ano³.

As crianças menores de 1 ano são imunizadas contra formas graves de tuberculose, vírus da hepatite B, *Haemophilus influenzae* B, tétano, difteria, coqueluche, rotavírus humano, poliomielite, *Streptococcus pneumoniae* e meningite meningocócica do tipo C⁴.

Os imunobiológicos e insumos utilizados são recebidos do Ministério da Saúde e distribuídos aos municípios pelas secretarias estaduais de saúde. As vacinas disponíveis para os menores de 1 ano de idade compreendem a BCG, hepatite B, a vacina inativada contra poliomielite (VIP), a vacina pentavalente, a vacina rotavírus humano, a vacina pneumocócica 10 valente e a vacina meningocócica tipo C^{1,5,6,7}.

Muitos têm sido os fatores que desencadeiam dificuldades para que as coberturas vacinais alcancem suas metas, entre elas cita-se a crença popular de que a vacinação de rotina não requer atenção⁸.

Com o objetivo de evitar a perda nas oportunidades de vacinação, é importante que os profissionais de saúde e os usuários do serviço de saúde entendam as indicações de adiamento de vacinas e contra-indicações⁸. Entre os

principais motivos de atraso na vacinação, são apontadas ainda a baixa escolaridade dos pais ou responsáveis, o esquecimento, a distância entre o domicílio e o serviço de saúde, funcionamento do serviço e doenças da criança⁸.

No Brasil ainda são ofertadas vacinas para adultos, adolescentes, gestantes, idosos e populações vulneráveis por meio dos calendários vacinais, campanhas de intensificação e bloqueio de surtos e/ou epidemias. As vacinas contra febre amarela, influenza, hepatite B, sarampo, rubéola, caxumba, difteria e tétano são exemplos de imunobiológicos oferecidos para estes grupos conforme idade e situação vacinal anterior¹.

No Brasil são utilizadas algumas ferramentas para o registro de doses, o aprazamento da dose seguinte, dados da vacina administrada como lote e data de vencimento e o serviço responsável pela vacinação. São utilizados a caderneta de imunização e o sistema de informação do programa nacional de imunizações que, nos últimos 5 anos, está passando pela implantação de registro nominal e específico por meio do SI-PNI Desktop⁹.

O SI-PNI Desktop permite além dos dados citados o registro de informações, como endereço, dados pessoais do usuário e adequações de vacina. Tal sistema foi desenvolvido pelo DATASUS-RJ e está em funcionamento desde 2010². No município em questão, esta ferramenta foi implantada a partir do ano de 2013 por meio de etapas e tem fornecido informações de grande importância, tendo em vista que o motivo para os atrasos na administração de vacinas e seus intervalos deve ser conhecido pelos profissionais e serviços de saúde para que se possa tomar providências e melhorar a cobertura vacinal⁹.

Portando, tal relato de experiência possui como objetivo apresentar as etapas de implantação do Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações na versão Desktop e seu benefício para a melhoria da cobertura vacinal desenvolvida pelas ações do serviço de imunização municipal.

O presente trabalho trata-se de um relato de experiência do autor, referência técnica municipal em imunizações e enfermeiro, na implantação de um Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI Desktop) proposto pelo Ministério da Saúde em um município do Espírito Santo, que localiza-se na microrregião sul e possui aproximadamente 32 mil habitantes.

A implantação foi realizada por etapas a partir do final do ano de 2012 ao levar-se em consideração o sistema de informações de imunização anterior o qual se baseava apenas no registro de doses de vacinas de maneira quantitativa, por faixa etária, com a descrição de dados pessoais e endereço do indivíduo em cartões espelho por meio de fichamento. Mensalmente eram recolhidas as planilhas de marcação quantitativa e manual da sala de imunização e digitadas no endereço eletrônico do Ministério da Saúde para a contabilização da cobertura vacinal. Assim, tendo em vista a dificuldade de consulta e atrasos no atendimento ao usuário do serviço e também a necessidade de um sistema capaz de identificar regiões e populações vulneráveis dentro do município houve a necessidade de um sistema atual e ágil.

A sala de imunização do município é localizada em uma clínica de especialidades, composta por quatro técnicos de enfermagem e um enfermeiro. O atendimento ao público ocorre de segunda a sexta-feira no período diurno, totalizando 40 horas semanais. Neste serviço, são ofertadas todas as vacinas do calendário básico de vacinação do Ministério da Saúde para crianças, gestantes, adolescentes, adultos e idosos. O município optou pelo modelo centralizado de serviço como forma de controlar as atividades de vacinação e evitar custos com transportes, recursos humanos e imunobiológicos/insumos materiais.

As etapas de implantação compreenderam capacitação da coordenação na secretaria estadual de saúde, capacitação dos técnicos de enfermagem na sala de imunização, aquisição de recursos tecnológicos, e adaptação do sistema à realidade municipal por meio de transição dos protocolos de trabalho entre os sistemas antigo e o atual.

Na primeira etapa, o enfermeiro participou de uma capacitação relacionada ao SI-PNI Desktop na secretaria estadual de saúde em que foram abordados os seguintes temas: registro de dados pessoais e de vacinação dos usuários; segurança dos arquivos, movimentação e inserção de dados referentes aos imunobiológicos; cadastro de senhas e dos operadores do sistema, e transferência de informações para o endereço eletrônico do Ministério da Saúde.

Nas etapas seguintes foram solicitados os equipamentos necessários à implantação do sistema na instância municipal. Entre os equipamentos, citam-se um computador com impressora e acesso à rede de internet. Nesta fase também

foi realizada adaptação do recurso tecnológico para os técnicos de enfermagem da sala de imunização com duração de dois meses, entre novembro e dezembro de 2012.

A partir da ambientação, o sistema foi implantado na sala de imunização e então realizado um treinamento dos técnicos conforme capacitação da secretaria estadual. No primeiro momento foram abordados o cadastro de senhas e de operadores e orientação quanto ao registro de doses de vacinas aplicadas atuais e anteriores da população atendida. Também foi apresentada a maneira de registrar a população no ato do atendimento. Tal período de transição foi realizado durante todo o ano de 2013. Todas as atividades de transferências de arquivos, segurança e movimentação de estoque dos imunobiológicos ficaram a cargo do enfermeiro.

Faz-se necessário ressaltar que, no ano de 2013, o sistema informação anterior ainda era vigente. Logo, eram realizados dois protocolos. Um sistema manual de registro no cartão vacinal e planilhas quantitativas com marcação, e o atual, por meio de registro no SI-PNI Desktop. Nesse período de transição, os registros antigos dos cartões espelhos do modelo anterior foram sendo realizados no atual sistema pelos próprios funcionários da imunização. Tal registro ainda ocorre até os dias atuais.

A partir de 2014, o sistema antigo de planilhas manuais foi descartado, passando a ser utilizado apenas o SI-PNI Desktop. As funções do sistema de movimentação de estoque de imunobiológicos, transferência e atualização de versões do sistema foram delegadas para uma técnica de enfermagem, e os mecanismos de segurança, para todos os profissionais atuantes na sala de imunização. Nesse momento, houve a necessidade de implantação de um livro para registro manual de usuários e vacinas aplicadas diariamente para realização de correções referente a erros de digitações no sistema.

No ano de 2015, todas as funções do SI-PNI Desktop passaram a ser desenvolvidas pela equipe da sala de imunização com monitoramento do enfermeiro coordenador, porém o registro no cartão de vacinação do usuário ainda é realizado como comprovante dele. A avaliação de coberturas vacinais e a realização de ações para atingir suas metas ficaram a cargo do enfermeiro coordenador.

DISCUSSÃO |

O investimento realizado pelo ministério da saúde em parceria com os estados e municípios tem permitido êxito na erradicação e no controle de doenças imunopreveníveis a partir da manutenção de altas coberturas vacinais¹⁰. Um desses investimentos resultou na criação do SI-PNI, um sistema que permitiu a avaliação da situação vacinal municipal e a tomada de ações planejadas para a resolução de falhas no sistema de vacinal anterior.

Para isso é indispensável a implantação de um sistema de informação para a melhoria dos serviços de imunização, principalmente decorrente ao aumento da quantidade de vacinas ofertadas para a população¹¹. Sendo assim, no município, destacam-se entre as melhorias conquistadas com o sistema: a economia de imunobiológicos e insumos materiais; melhoria de acesso do usuário e qualidade no atendimento; identificação de não vacinados; redução do desgaste físico dos funcionários da sala de imunização; e melhoria do planejamento de ações e campanhas vacinais.

A partir da utilização do novo sistema, foi possível evitar a revacinação de usuários que procuram o serviço sem comprovante vacinal por meio da pesquisa de seu histórico vacinal no sistema. Tal pesquisa resultou na economia no quantitativo de imunobiológicos e insumos materiais, além de evitar danos aos usuários referentes ao risco de eventos adversos pós-vacinais.

Esses eventos adversos pós-vacinais podem surgir de componentes dos imunobiológicos mesmo quando aplicados corretamente¹².

A comunicação entre servidores e clientela denota ações democráticas e de qualidade, configurando um dos pontos da política de humanização do Sistema Único de Saúde (SUS)¹³. Assim, ao destacar a acessibilidade e qualidade no atendimento, com o sistema foi possível agilizar a análise da situação vacinal individual e as tomadas de decisão, evitando

filas e garantindo tempo para diálogo e esclarecimento de dúvidas da clientela.

A identificação de não vacinados e rotinas vacinais individuais em atraso nas diferentes regiões do município permitiu a realização de convocações e o mapeamento de áreas no município com maior índice de pessoas com situação vacinal desatualizada. Isso permitiu a realização de ações de vacinação juntamente com a Estratégia Saúde da Família dessas áreas, a fim de corrigir tais problemas.

Assim as ações que buscam ampliar a oferta de vacinas do ponto de vista territorial e populacional contribuem para a manutenção do Programa Nacional de Imunizações (PNI) como prioridade e contribuem para a redução de doenças imunopreveníveis¹⁰.

Quanto à redução do desgaste físico dos funcionários da sala de imunização com a realização de técnicas de administração de vacina, após a utilização do sistema observou-se diminuição de revacinações em decorrência da ausência de comprovantes vacinais dos usuários e consultas a sistemas de informação anteriores de difícil acesso.

Tendo em vista a realização de campanhas de atualização de vacinas, é importante o planejamento dessas ações de maneira a otimizar tempo e redução de custos. O SI-PNI permitiu as tomadas de decisão com a utilização de dados vacinais individuais, reconhecendo áreas com necessidade de maiores intervenções.

A grande dificuldade na utilização desta ferramenta em campanhas desta natureza é o preenchimento manual de formulários e sua posterior digitação ou atualização no sistema com inadequações, que podem comprometer a segurança dos dados informados em registros informatizados de imunização¹¹.

Percebe-se o aumento na maioria das coberturas vacinais para menores de 1 ano no município em questão nos anos de 2014 e 2015 (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição da cobertura vacinal em menores de 1 ano, segundo tipo de vacinas

Ano	População	BCG	Meningocócica conjugada c	Penta (DTP/Hib/HB)	Pneumocócica	Polio Mielite	Rotavírus
2014	465	96,56 %	95,05%	91,61%	92,26%	88,17%	91,83%
2015	449	111,81%	95,32%	96,44%	96,88%	96,44%	91,09%

Fonte: DATASUS, Ministério da Saúde.

Sendo assim, o monitoramento e aprimoramento dos funcionários na operação de um sistema de informação é de suma importância para o sucesso em sua utilização¹¹.

Dessa forma, à medida que ocorreu a melhoria na adaptação dos funcionários na operação do sistema, foi possível melhorar a cobertura vacinal. Dados de 2012 e 2013 não foram expostos devido à incerteza das informações na fase de transição do sistema anterior para o atual. A meta preconizada pelo ministério da saúde para as vacinas BCG e rotavírus humano era de 90%; e as demais vacinas, de 95%, no ano de 2015. Com o auxílio da ferramenta SI-PNI e estratégias de buscas ativas de não vacinados, foi possível atingir todas as metas de coberturas vacinais preconizadas pelo ministério.

O SI-PNI, em decorrência da facilidade de acesso e operação, permitiu que a equipe de imunização do município melhorasse sua relação com o público e a qualidade no atendimento. Também permitiu a identificação de falhas decorrentes de baixas coberturas de vacinas e sua imediata resolução com planejamento e eficácia.

Os serviços de imunização vinculados ao PNI desempenham um papel fundamental no controle e erradicação de doenças imunopreveníveis. Por meio dos calendários básicos de vacinação da criança, do adulto, do idoso e do adolescente é ofertada uma variedade de vacinas para a população. Para o monitoramento dessas ações é importante obter informações por meio da melhoria da qualidade dos dados em imunização informados ao Ministério da Saúde por meio da implantação do SI-PNI Desktop.

O SI-PNI permitiu reduzir a carga de trabalho físico dos funcionários da sala de imunização, diminuir os custos no que tange à aquisição de imunobiológicos e insumos materiais, prevenir eventos adversos pós-vacinais devido a revacinações, melhorar a acessibilidade e a qualidade na atenção prestada ao usuário do SUS e produzir informações adequadas para as tomadas de decisão para a melhoria das coberturas vacinais.

Por sua vez, é importante citar que tal ferramenta necessita de investimentos tecnológicos e monitoramento constante para que seus dados sejam fidedignos. Assim como também treinamentos e capacitações permanente para os operadores do sistema.

Em suma, cabe aos gestores do SUS o incentivo e a manutenção de investimentos neste sistema de informações a fim de garantir qualidade na assistência aos seus usuários e evitar o aparecimento de doenças imunopreveníveis controladas ou erradicadas que há muito tempo não assombram a população.

REFERÊNCIAS |

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de normas e procedimentos para vacinação. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação geral do Programa Nacional em Imunizações [Internet]. Manual do sistema de informação do programa nacional em imunizações [acesso em 4 jun 2016]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. Disponível em: URL: <http://pni.datasus.gov.br/sipni/documentos/manual_sipni.pdf>.
3. Alves JGB, Tavares MMF. Impacto das ações de imunização pelo programa saúde da família na mortalidade infantil por doenças evitáveis em Olinda, Pernambuco, Brasil. Cad Saúde Pública [Internet]. 2009 [acesso em 4 jun 2016]; 25(4):868-76. Disponível em: URL: <https://www.researchgate.net/profile/Tania_Guimaraes/publication/24258473_Impact_of_immunization_measures_by_the_Family_Health_Program_on_infant_mortality_from_preventable_diseases_in_Olinda_Pernambuco_State_Brazil/links/0deec53ba0a2b5f781000000.pdf>.
4. Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo [Internet]. Calendário nacional de vacinação da criança (PNI): 2016 [acesso em: 4 jun. 2016]. Disponível em: URL: <<http://saude.es.gov.br/Media/sesa/Imuniza%C3%A7%C3%A3o/Calend%C3%A1rio%20Nacional%20de%20Vacina%C3%A7%C3%A3o%20da%20Crian%C3%A7a%20-%20PNI%20-%202016.pdf>>.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual dos centros de referência para imunobiológicos especiais. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de vigilância epidemiológica de eventos adversos pós-vacinação. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
8. Barros MGM, Santos MCS, Bertolini RPT, Pontes Netto VB, Andrade MS. Perda de oportunidade de vacinação: aspectos relacionados à atuação da atenção primária em Recife, Pernambuco, 2012. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2015 [acesso em 4 jun 2016]; 24(4):701-10. Disponível em: URL: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S223796222015000400701>.
9. Cavalcante CCFS, Martins MCC, Araújo TME, Nunes BMVT, Moura MEB, Moita Neto JM. Vacinas do esquema básico para o primeiro ano de vida em atraso em município do nordeste brasileiro. *Rev Pesqui: Cuid Fundam* [Internet]. 2015 [acesso em 4 jun 2016]; 7(1):2034-41. Disponível em: URL: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3691/pdf_1449>.
10. Domingues CMAS, Teixeira AMS. Coberturas vacinais e doenças imunopreveníveis no Brasil no Período 1982-2012: avanços e desafios do Programa Nacional de Imunizações. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2013 [acesso em 20 ago 2016]; 22(1):9-27. Disponível em: URL: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S1679-49742013000100002&script=sci_arttext>.
11. Luhml KR, Cardoso MRA, Waldman EA. Cobertura vacinal em menores de dois anos a partir de registro informatizado de imunização em Curitiba, PR. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2011 [acesso em 20 ago 2016]; 45(1):90-8. Disponível em: URL: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/2010nahead/1768.pdf>>.
12. Waldman EA, Luhml KR, Monteiro SAMG, Freitas FRM. Vigilância de eventos adversos pós-vacinação e segurança de programas de imunização. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2011 [acesso em 20 ago 2016]; 45(1):173-84. Disponível em: URL: <http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/12640/art_WALDMAN_Vigilancia_de_eventos_adversos_posvacinacao_e_seguranca_2011.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
13. Pasche DF, Passos E, Hennington EA. Cinco anos da Política Nacional de Humanização: trajetória de uma política pública. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2011 [acesso em 20 ago 2016]; 16(11):4541-8. Disponível em: URL: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n11/a27v16n11.pdf>>.

Correspondência para/ Reprint request to:

Fernanda Moura Vargas Dias

Departamento de Educação Integrada em Saúde,

Centro de Ciências da Saúde,

Universidade Federal do Espírito Santo,

Av. Marechal Campos, 1468,

Maruípe, Vitória/ES, Brasil

CEP: 29043-900

Tel.: (27) 3335-7017

E-mail: fernandamvargas@yahoo.com.br

Data de submissão: 05/01/2017

Data de aceite: 18/02/2017

**Facilitating communication
with Pomeran patients**

| O processo de facilitação da comunicação com pacientes pomeranos

ABSTRACT | Introduction: *Pomerania was located in the north of Poland and Germany. Historical records show that Pomerania descendants immigrated to Brazil, settled in Santa Catarina, Rio Grande do Sul, Espírito Santo and Rondônia. As for the spoken language, the Pomeranian is a lively and dynamic language, but it is spoken only in Brazil, where there are currently about 300 thousand native speakers, and 140 thousand of them live in Espírito Santo, with a greater concentration in the city of Santa Maria do Jetibá. The Pomeranians preserve the culture and the dialect until the present day and many do not even speak Portuguese.*

Objective: *Describe the experience of creating and using a Pomeranian-Portuguese translator. Methods:* *In view of this, a glossary was created with Pomeranian words translated into Portuguese to facilitate communication between Pomeranian inpatients and health professionals.*

Results: *This is an experience report that describes the process of creating a translator with words in Pomeranian translated into Portuguese, to facilitate communication between Pomeranian inpatients and health professionals. Conclusion:* *This experience allowed the multidisciplinary team to meet the needs of the Pomeranian patients, and led to a greater satisfaction of this specific population regarding their health care.*

Keywords | *Public Health; Pomeranian; Health care; Communication in health; Humanization.*

RESUMO | Introdução: A Pomerânia localizava-se em uma região ao norte da Polônia e da Alemanha. Constam nos registros históricos que descendentes da Pomerânia imigraram para o Brasil, estabeleceram-se em Santa Catarina, no Rio Grande do Sul, no Espírito Santo e em Rondônia. Quanto à língua falada, o pomerano é um idioma vivo e dinâmico, porém falado apenas no Brasil, onde, atualmente, há cerca de 300 mil pomeranos, sendo cerca de 140 mil deles no Espírito Santo, com maior concentração em Santa Maria do Jetibá. Os pomeranos preservam a cultura e o dialeto até os dias atuais, muitos nem falam português. **Objetivo:** Descrever a experiência de criação e utilização de um tradutor pomerano-português. **Métodos:** Estudo do tipo relato de experiência que descreve o processo de criação de um tradutor com palavras em pomerano traduzidas para o português, com objetivo de facilitar a comunicação entre os pacientes pomeranos internados e os profissionais de saúde. **Resultados:** A criação e utilização do tradutor permitiu uma comunicação mais clara e diminuiu ruídos de comunicação entre os profissionais de saúde e os pacientes pomeranos. **Conclusão:** Por meio desta experiência foi possível verificar uma maior disponibilidade da equipe multidisciplinar em atender às necessidades dos pacientes pomeranos por meio da comunicação facilitada, além de uma maior satisfação desta população específica em relação à sua saúde.

Palavras-chave | Saúde Pública; Pomerano; Assistência à saúde; Comunicação em saúde; Humanização.

¹Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória/ES, Brasil.

INTRODUÇÃO |

A Pomerânia, que foi extinta do mapa da Europa, era uma região localizada ao norte da Polônia e da Alemanha, na costa sul do Mar Báltico, pertencente ao Sacro Império Romano-Germânico até o começo do século XIX, tornando-se posteriormente parte da Prússia e, após o término da Segunda Guerra Mundial, foi dividida entre Polônia e Alemanha¹.

Conforme registros históricos, descendentes da Pomerânia migraram principalmente, para o Brasil. Estabeleceram-se, já a partir do início da segunda metade do século XIX, principalmente em quatro estados brasileiros: em Santa Catarina, no Rio Grande do Sul, no Espírito Santo e em Rondônia².

Em todo o Brasil, há cerca de 300 mil pomeranos, mas, no Espírito Santo, encontra-se uma das maiores colônias pomeranas do mundo. São cerca de 140 mil pessoas, a maioria morando em Santa Maria do Jetibá, na região serrana capixaba, que fica a 80 quilômetros de Vitória, e, segundo Hilda Braun, coordenadora-geral da Associação da Cultura Alemã do Espírito Santo, o pomerano é um idioma vivo e dinâmico, porém falado apenas no Brasil³.

A comunicação pode se tornar um fator facilitador ou dificultador no que tange à coleta de dados de saúde desta população. Neste contexto, afirmam que a comunicação verbal e não verbal são importantes recursos para a formação de vínculos, avaliação e para o planejamento assistencial no tratamento dos idosos⁴.

É importante ressaltar que, desde 2005, existe um Programa de Educação Escolar Pomerana, o Proepo, que ensina pomerano às crianças e jovens de cinco municípios do Espírito Santo, e aos alunos da zona rural, acostumados somente à língua ancestral⁵.

O fator cultural é um aspecto relevante quando se trata da saúde de idosos pomeranos, principalmente. Não se pode desconsiderar que a cultura interfere no processo saúde-doença das comunidades pomeranas ou de qualquer outro grupo, seja ele tradicional ou moderno. No caso dos pomeranos, a cultura influencia não somente o seu comportamento alimentar ou a forma como organiza o seu processo de trabalho, mas manifesta-se por meio das suas práticas em saúde e o nível de aceitabilidade do tratamento proposto pela equipe⁶.

Nesse contexto, a comunicação torna-se indispensável para a assistência da população pomerana e, por meio da Política Nacional de Humanização (PNH), define o acolhimento no campo da saúde como a construção de interações interpessoais baseadas em uma escuta atenta, eticamente comprometida e interessada no reconhecimento do outro. O acolhimento não deve ser restrito a um setor do serviço composto por determinados profissionais a serem escalados para receber as pessoas em busca de cuidado. Seu conceito se relaciona a uma certa atitude, a uma postura ética a ser adotada por todos aqueles que ali trabalham⁷.

Assim, considerando a expressiva população de descendência pomerana que reside no Espírito Santo e que preserva o dialeto até os dias de hoje, e a dificuldade em se comunicar com ela, foi criado em um hospital do Estado do Espírito Santo, um projeto para facilitar a comunicação com pacientes pomeranos dependentes, principalmente da unidade de terapia intensiva, em que a presença de acompanhantes é restrita. Para facilitar a comunicação entre os profissionais e os referidos pacientes, foi elaborado um tradutor pomerano para o português, utilizando frases e perguntas orientadas, visando facilitar a comunicação com aqueles que não conseguem se expressar na língua portuguesa.

Dessa forma, o presente relato apresenta a experiência de criação e da utilização do tradutor, que permitiu uma comunicação mais clara e minimizou ruídos de comunicação entre os profissionais de saúde e os pacientes pomeranos.

RELATO DA EXPERIÊNCIA |

Trata-se de um relato da experiência vivida profissionalmente, mas que teve início quando, ainda criança, fui educada por meus avós pomeranos, assim, pude aprender o dialeto pomerano, trazido por meus antepassados. Ao me tornar enfermeira e trabalhar como Supervisora de enfermagem da Unidade de AVC, de um hospital do Estado do Espírito Santo, assistindo a muitos pacientes pomeranos, residentes em municípios da Região Serrana, em especial em Santa Maria de Jetibá. Diante da peculiaridade da língua, verifiquei a necessidade de criar um tradutor com palavras em português e em pomerano para auxiliar os demais profissionais do hospital. Para tanto,

foi utilizado um roteiro com palavras, frases e perguntas orientadas, com vistas a amenizar a dor, dar conforto, acalento e familiaridade ao paciente pomerano, que não consegue se expressar na língua portuguesa.

O hospital, em 2015, recebeu 4.424 pacientes, cerca de 360 internações por mês; desses, aproximadamente 50 pomeranos. E até agosto/2016 recebeu 2.963 pacientes, cerca de 370 internações mês, e em torno de 32% pacientes provenientes de comunidades pomeranas. Alguns destes pacientes dependem totalmente de tradutores para a sua comunicação. O tradutor é utilizado, exclusivamente, durante a assistência a 08 pacientes desde a sua criação.

O processo de facilitação da comunicação com pacientes pomeranos, por meio da elaboração do tradutor como guia rápido de bolso, com palavras correlacionadas nas duas línguas, foi desenvolvido a partir de uma metodologia participativa na qual representantes das equipes de enfermagem, serviço social, psicologia, fonoaudiologia, nutrição, fisioterapia e médica, envolvidas na assistência aos pacientes, contribuíram no levantamento das principais palavras, expressões e/ou frases que fazem parte do cotidiano de assistência a eles. A partir deste levantamento, a tradução foi realizada por uma enfermeira da equipe, que detém o conhecimento da língua pomerana, cuidando para que o correlato em português estivesse escrito foneticamente o mais próximo possível da expressão verbal em pomerano, de forma a facilitar e agilizar a comunicação. À medida que as equipes foram sentindo necessidade de inclusão de novas palavras e expressões, elas eram inseridas. O tradutor pomerano passou a ser revisado mensalmente e, atualmente, conta com cerca de 400 palavras.

Depois de elaborar, testar, corrigir e aprovar o tradutor, a equipe foi orientada a utilizá-lo para uma comunicação efetiva e a solicitar auxílio da coordenadora do projeto quando necessário para identificar a pronúncia correta das palavras. Assim, o tradutor passou a ser utilizado na comunicação entre a equipe e os pacientes que têm origem pomerana.

O projeto é pioneiro e teve início em março/2016, o manual foi ganhando mais frases, à medida que a equipe multidisciplinar solicitou novos termos. Atualmente, consta de 6 páginas e foi impresso como um pequeno manual de bolso. Houve ampla divulgação na mídia jornalística em vários meios de comunicação e atualmente concorre ao prêmio Inovés.

DISCUSSÃO |

Uma língua mãe pode gerar muitos dialetos que se subdividem, em algum lugar da história, podendo, esses, serem ou não ser mutuamente inteligíveis⁸. Pode se considerar que todas as línguas são expressões de uma identidade coletiva, e os direitos linguísticos dos falantes e das comunidades linguísticas são iguais e independentes da consideração jurídica ou política das línguas oficiais, regionais ou minoritárias. Nesse contexto, em 1996 foi criada a Declaração Universal dos Direitos Linguísticos⁹.

O dialeto pomerano, utilizado por algumas comunidades do estado do Espírito Santo, não é aprendido formalmente nas escolas, é apenas uma tradição passada de pai para filho. Atualmente, apesar de existirem alguns projetos nas comunidades locais da Região Serrana (Santa Maria de Jetibá, Laranja da Terra, Pancas), que incentivam as crianças a aprendê-lo, a comunicação com alguns pacientes constitui um fator que dificulta a assistência prestada a essas pessoas. O maior obstáculo enfrentado durante a construção do projeto foram a complexidade da língua e a dificuldade na pronúncia pelos demais profissionais de saúde.

Vencidas essas dificuldades, evidenciaram-se alguns resultados do projeto, como o interesse da equipe multidisciplinar pelo aprendizado oportunizado, a comunicação facilitada com pacientes da Unidade de Terapia Intensiva (UTI), vítimas de Acidente Vascular Cerebral (AVC), e idosos que somente falavam pomerano, principalmente.

A comunicação facilitada pode ser caracterizada como uma política inovadora, com aspirações direcionadas para uma mudança de paradigma, pois implica não apenas na realização de atividades de educação em serviço, mas, principalmente, instituir procedimentos que mudem a realidade dos serviços por meio da produção de conhecimento, partindo do cotidiano e dos desafios enfrentados pelos trabalhadores diariamente, ou seja, o processo de trabalho em saúde pode ser considerado, também, como pedagógico. Uma característica torna a política complexa e pode dificultar sua implementação, pois vislumbra um envolvimento ativo dos diferentes atores na problematização da realidade vivida¹⁰.

O empreendedorismo desta iniciativa encontra-se fundamentado na repercussão interna e externa que ela alcançou. Percebeu-se que o envolvimento da equipe multidisciplinar desde a elaboração do tradutor até a utilização dele no cotidiano do trabalho, o que possibilitou

uma mudança de paradigma na assistência ao paciente, tornando ainda mais objetivo e concreto o modelo de assistência centrado no paciente e na família, defendido e praticado pelo hospital.

Além disso, a iniciativa pode permitir também que outras instituições inovem, a partir deste exemplo, suas práticas assistenciais, aproximando-se cada vez mais daqueles que são a razão do trabalho assistencial em saúde: o paciente. Esta iniciativa para fins de comunicação em saúde é muito simples e parece ser pioneira no Brasil, uma vez que não foram encontrados registros nos bancos de dados ou referenciais bibliográficos disponíveis. Para uso em geral, em meados de 2016, um grupo de professores de Santa Maria de Jetibá lançou um aplicativo, o “Aprenda pomerano”, que apresenta termos e fonética para frases do cotidiano, saudações, relacionamentos, alimentação, emergência, compras, saúde, tempo, números e cores, e o disponibilizou na rede de celulares.

Iniciativas como esta são indicadas às equipes que desejem empreender algo em suas instituições que conheçam sua realidade e seu público. Por sua vez, também é importante considerar as necessidades da equipe no estabelecimento da comunicação. Para alcançar êxito na experiência relatada, foi necessário pesquisar acerca das possíveis situações vivenciadas pela população específica e os principais termos e expressões utilizadas para que as palavras e frases pudessem compor o tradutor.

Os pacientes/acompanhantes/tradutores tiveram a oportunidade de esclarecer suas dúvidas, expressar suas necessidades e aprimorar o conhecimento das normas e rotinas do hospital, tornando a internação um processo menos angustiante e doloroso.

A realização deste projeto, com a confecção do tradutor, proporcionou aos profissionais da referida instituição o aprendizado de parte de um dialeto pomerano, permitindo uma comunicação mais clara, minimizando falhas no atendimento das necessidades dos pacientes e esclarecendo possíveis questionamentos.

O benefício do aprendizado não se limita apenas aos pacientes, mas também a toda a equipe multiprofissional, ao vínculo de confiança que é estabelecido no momento em que o paciente percebe que o profissional de saúde “fala a sua língua”, bem como o entusiasmo e interesse de todas as equipes em aprender o novo dialeto.

Diante da experiência exitosa, sugere-se a ampliação do uso do tradutor para a rede Estadual de Saúde, oportunizando sua utilização por outros profissionais, contribuindo com a comunicação nas unidades que têm a mesma demanda de pacientes.

REFERÊNCIAS |

1. Enciclopédias de Línguas do Brasil [Internet]. Pomerano [acesso em 03 ago 2016]. Disponível em: <<http://www.labeurb.unicamp.br/elb2/pages/noticias/lerNoticia.lab?categoria=4&id=237>>.
2. Spamer H. Migração e identidade étnica pomerana no Espírito Santo. In: Anais do 1. Colóquio Internacional de Mobilidade Humana e Circularidade de Ideias; 2015 jul 06-08; Vitória, Brasil. Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo; 2016 [acesso em 03 ago 2016]. p. 106-116. Disponível em: URL: <<http://www.periodicos.ufes.br/lemm/article/download/12574/8725>>.
3. Barreto G. Os pomeranos: um povo sem estado finca suas raízes no Brasil [Internet]. Dois séculos de imigração no Brasil pela imprensa [acesso em 03 ago 2016]. Disponível em: <<http://midiacidade.org/os-pomeranos-um-povo-sem-estado-finca-suas-raizes-no-brasil/>>.
4. Schimidt TCG, Duarte YAO. Replicação de programa de capacitação em comunicação não verbal em gerontologia. Rev Bras Enferm [Internet]. 2015 [acesso em 03 ago 2016]; 68(6):1042-9. Disponível em: URL: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n6/0034-7167-reben-68-06-1042.pdf>>.
5. Hartwig AVG, Kuster SB, Schubert A. Programa de Educação Escolar Pomerana - PROEPO: considerações sobre um programa político-pedagógico voltado à manutenção da língua e da cultura pomerana no Espírito Santo. Pró-Discente: Caderno Prod Acad-Cient Progr Pós-Grad Educação [Internet]. 2010; 16(2):121-33.
6. Valério ECN. O idoso pomerano hipertenso e a estratégia saúde da família: a experiência de uma comunidade rural. Vitória. Dissertação [Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local] – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória; 2012.

7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

8. Mané D. As concepções de língua e dialeto e o preconceito sociolinguístico. *Via Litterae* [Internet]. 2012 [acesso em 03 ago 2016]; 4(1):39-51. Disponível em: URL: <<http://www2.unucseh.ueg.br/vialitterae>>.

9. Silva I. Memória e patrimônio cultural: um olhar para a formação de uma política da diversidade linguística no Brasil. *Revista Contribuciones a las Ciencias Sociales* [Internet]. 2016 [acesso em 02 jan 2017]; (33):1-10. Disponível em: URL: <<http://www.eumed.net/rev/cccss/2016/03/lenguas.html>>.

10. Moraes KG, Dytz JLG. Política de educação permanente em saúde: análise de sua implementação. *ABCS Health SCI* [Internet]. 2015 [acesso em 04 jan 2017]; 40(3):263-9. Disponível em: URL: <<http://files.bvs.br/upload/S/2318-4965/2016/v40n3/a5357.pdf>>.

Correspondência para/Reprint request to:

Elry Cristine Nickel Valerio

Rua C, s/n, 3ª Etapa, Edifício Pequi, apt. 201,

Coqueiral de Itaparica, Vila Velha/ES, Brasil

CEP: 29102-903.

Tel.: (27) 99231-4363

E-mail: elrycristine@gmail.com

Data de submissão: 15/01/2017

Data de aceite: 21/02/2017

The use of patient safety protocols in the hospitals

O uso de protocolos de segurança do paciente nas instituições hospitalares

ABSTRACT | Introduction: *Patient safety is a fundamental component in the quality of health care and a priority issue for World Health Organization (WHO). Objective:* To survey the relevant literature on the implementation of WHO patient safety protocols in hospitals. **Methods:** We carried out an integrative review of the literature available on the LILACS, SciELO and PubMed databases, from 2011 to 2015, using the descriptors “patient safety”, protocols, program evaluation, health project, health care (delivery of health care). **Results:** A total of 518 articles were identified. The selected studies included the topic of patient safety, addressing at least one of the basic Patient Safety protocols established by the World Health Organization (WHO). **Conclusion:** Effective adherence to the safety protocols in the hospital is not yet a reality, due to a lack of a healthy safety culture, personal and collective engagement and poor communication in the health teams.

Keywords | Patient Safety; Protocols; Health Care.

RESUMO | Introdução: A segurança do paciente é componente fundamental na qualidade do cuidado em saúde e tema de prioridade na agenda da organização Mundial de Saúde (OMS). **Objetivo:** Avaliar a produção científica sobre a implementação dos protocolos de segurança do paciente da OMS nas instituições hospitalares. **Métodos:** Revisão integrativa da literatura disponíveis nas bases de dados LILACS, SciELO e PubMed, no período de 2011 a 2015, com os descritores segurança do paciente (patient safety), protocolos (protocols), avaliação de programas e projetos de saúde (program evaluation) e assistência à saúde (delivery of health care). **Resultados:** Encontrados 518 artigos dos quais os estudos selecionados incluíram a temática segurança do paciente, abordando no mínimo um dos protocolos básicos de Segurança do Paciente estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS). **Conclusão:** Constatou-se que a adesão efetiva aos protocolos de segurança nas instituições hospitalares não é uma realidade, atribuindo-se como causas fragilidades ligadas à cultura de segurança, ao engajamento pessoal e coletivo e à comunicação na equipe de saúde.

Palavras-chave | Segurança do Paciente; Protocolos; Assistência à Saúde.

¹Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes, Vitória/ES, Brasil.

²Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória/ES, Brasil.

INTRODUÇÃO |

A segurança do paciente constitui um componente-chave para a qualidade assistencial nos últimos anos. Atualmente tem alcançado grande relevância diante das transformações no cenário moderno e competitivo dos sistemas de cuidados à saúde, decorrentes dos avanços científicos e tecnológicos nas áreas clínicas, ocorridos nas últimas seis décadas, da ampliação do acesso aos serviços de saúde e da difusão das informações em saúde no mundo globalizado^{1,2}.

A preocupação com a segurança no cuidado à saúde remonta a Hipócrates (460 a 372 a.C.), quando cunhou o postulado *Primum non nocere*, o que significa – primeiro não cause o dano. Posteriormente, outros profissionais conhecidos, tais Florence Nightingale, Ignaz Semmelweis, Avedis Donabedian, Archibald Leman Cochrane, entre outros, reconheceram os riscos do cuidado à saúde e contribuíram para a melhoria da qualidade em saúde^{1,3}.

O tema segurança do paciente ganhou relevância após a publicação do relatório *To Err is Human* do *Institute of Medicine (IOM)* dos Estados Unidos da América (EUA) em 1999, o qual evidenciou, por meio revisões, retrospectivas de prontuários, altas taxas de mortalidade decorrentes de erros no cuidado à saúde, e não pela doença, definidos como eventos adversos (EAs). O relatório do IOM estimou entre 44.000 e 98.000 mortes nos Estados Unidos. Também apontou prejuízos financeiros e prolongamento do tempo de internação^{3,4}.

O teor impactante do relatório mobilizou organizações médicas norte-americanas de diversos países para as questões de segurança do paciente. A partir de 2002, esse tema entra na agenda de pesquisadores e passa a ser internacionalmente reconhecido como uma dimensão fundamental da qualidade em saúde².

Em 2004, a OMS reconhecendo a necessidade urgente de redução dos eventos adversos em todo mundo, apoiou na 57ª Assembleia Mundial da Saúde, a criação da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente para liderar no âmbito internacional os programas de segurança do paciente. Os objetivos da Aliança, entre outros, eram organizar conceitos e definições sobre segurança do paciente e propor medidas para reduzir os riscos e mitigar os eventos adversos³.

Para tanto, a Organização Mundial da Saúde (OMS) desenvolveu a Classificação Internacional de Segurança

do paciente estabelecendo conceitos-chaves, entre eles: “*Segurança do paciente* – reduzir a um mínimo aceitável, o risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde”; “*Dano* – comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico”; “*Risco* – probabilidade de um incidente ocorrer”; “*Incidente* – evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente”; “*Evento adverso* – incidente que resulta em dano ao paciente”⁵.

Coube aos países membros da Aliança Mundial despertar o compromisso de desenvolver políticas públicas direcionadas à segurança do paciente. No Brasil, o Ministério da Saúde instituiu o Programa nacional de Segurança do Paciente, definindo, por meio da Portaria nº 529, de abril de 2013, ações e metas voltadas à qualificação do cuidado. No mesmo ano, a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36, de 25 de julho, instituiu ações para segurança do paciente em serviços de saúde, estabelecendo obrigatoriedade da implantação dos núcleos de segurança do paciente em instituições hospitalares^{4,6}.

Entre as estratégias do Programa Nacional de Segurança do Paciente, incluem-se os seis protocolos básicos, definidos pela OMS, integrantes do Programa Nacional de Segurança do Paciente: identificação do paciente; cirurgia segura; prevenção de úlceras por pressão; prática de higiene das mãos em serviços de saúde; segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos; prevenção de quedas^{7,8}.

Considerando os aspectos mencionados, o objetivo da presente revisão integrativa é avaliar a produção científica sobre a implementação de ações de promoção à segurança do paciente da OMS nas instituições hospitalares.

MÉTODOS |

Trata-se de um estudo de revisão integrativa. Este tipo de produção científica consiste em um método específico que resume de modo sistemático o conhecimento mais ampliado de um fenômeno em particular e a incorporação da aplicabilidade de resultados significativos para a prática⁹.

A revisão integrativa realiza-se em seis etapas, delimitadas no estudo do seguinte modo: 1ª etapa: identificação

do problema ou da temática (elaboração da pergunta norteadora, estabelecimento de descritores e dos critérios para inclusão/exclusão de artigos); 2ª etapa: amostragem (seleção dos artigos); 3ª etapa: categorização dos estudos; 4ª etapa: definição das informações a serem extraídas dos trabalhos revisados; 5ª etapa: análise e discussão a respeito dos protocolos utilizados/desenvolvidos; 6ª etapa: síntese do conhecimento evidenciado nos artigos analisados ou apresentação da revisão integrativa¹⁰.

A temática abordada nesse estudo foi desenvolvida considerando a seguinte questão: Quais iniciativas e estratégias voltadas à segurança do paciente estão sendo implementadas pelas instituições hospitalares?

Artigos científicos publicados nos últimos cinco anos (de 2011 a 2015) foram adotados como critério de inclusão nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e US National Library of Medicine (PubMed), nos idiomas em português, inglês e espanhol; disponíveis eletrônica e gratuitamente na íntegra; publicações com resumo disponível; possuir como temática a segurança do paciente e que abordassem no mínimo um dos protocolos básicos de Segurança do Paciente estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em instituições hospitalares.

Foram excluídos teses, dissertações, livros e capítulos de livros, artigos repetidos e estudos que não abordassem

temática relevante ao objetivo da revisão, de modo a selecionar apenas publicações em periódicos indexados.

O Descritor em Ciências da Saúde (DeCS) foi utilizado para consulta à terminologia em saúde. Foram identificados os descritores: Segurança do Paciente, Protocolos, Assistência à Saúde, Avaliação de Programas e projetos de Saúde,

Foram realizadas seis buscas, respeitando os critérios previamente estabelecidos, nas bases LILACS e SciELO com descritores em português da seguinte forma: segurança do paciente AND protocolos; segurança do paciente AND assistência à saúde; segurança do paciente AND avaliação de programas e projetos de saúde; protocolos AND assistência à saúde; protocolos AND avaliação de programas e projetos de saúde; assistência à saúde AND avaliação de programas e projetos de saúde.

Na base PubMed foram realizadas seis buscas, utilizando-se descritores em inglês da seguinte forma: patient safety AND protocols, patient safety AND delivery of health care; patient safety AND program evaluation; protocols AND delivery of health care; protocols AND program evaluation, delivery of health care AND program evaluation.

Foram encontrados inicialmente 518 publicações (Tabela 1), levantadas nas três bases referidas; 14 artigos repetiam-se nas bases de dados. Após leitura exaustiva dos títulos e dos resumos, 475 artigos foram excluídos pelo título e

Tabela 1 - Publicações selecionadas nas bases de dados LILACS, SciELO e PubMed conforme com os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos. Vitória/ES, 2016

Cruzamentos	LILACS	SCIELO.Org	PubMed	Total
	Segurança do paciente/ Protocolos/ Assistência à saúde/ Avaliação de programas e projetos de saúde	Segurança do paciente/ Protocolos/ Assistência à saúde/ Avaliação de programas e projetos de saúde	Patient safety/ Protocols/ Delivery of health care/ Program evaluation	
Publicações encontradas	171	52	295	518
Artigos excluídos pelo título	155	42	278	475
Publicações excluídas pelo resumo	4	-	5	9
Publicações repetidas	3	8	3	14
Publicações selecionadas para leitura na íntegra	5	1	7	13
Amostra incluída no estudo	4	1	2	7
Total da seleção	4	1	2	7

Fonte: Joventino et al.¹⁰ e Garcia et al.⁹.

09 foram excluídos pela não pertinência do conteúdo ao estudo proposto. Das 13 publicações selecionadas, 06 foram excluídas por não responderem à questão de estudo apresentada para essa pesquisa.

Ao final, 07 artigos encontrados e constituíram a amostra do estudo (Tabela 1), os quais contemplaram a questão norteadora do estudo e atenderam aos critérios de inclusão e exclusão, estabelecidos previamente. A amostra foi lida na íntegra pelos quatro pesquisadores mestrands e

organizada em um quadro demonstrando: bases de dados, ano de publicação, país, autor, periódico e delineamento/ amostra do estudo (Quadro 1).

A partir de leitura, releitura e tradução dos artigos, extraíram-se informações detalhadas que subsidiaram a análise posterior, contemplando: título do artigo, protocolo básico de segurança do paciente referenciado, objetivos, principais resultados, conclusões/recomendações (Quadro 2).

Quadro 1 - Artigos incluídos na revisão integrativa, distribuídos segundo as variáveis: base de dados, autor, ano de publicação, país, periódico e delineamento/ amostra do estudo

Base de dados	Autor/Ano/País	Periódico	Delineamento/Amostra
PubMed	GILLESPIE, B. M.; MARSHALL, A., 2015 Reino Unido	Implementation Science	Visão geral da literatura a partir de 2008 é examinada em relação à implementação do checklist, conformidade e sustentabilidade, usando uma metodologia que explica a interação entre o contexto, mecanismo e resultado
LILACS	MAZIERO, E.C.S.; SILVA, A.E.B.C; MANTOVANI, M.F.; CRUZ, E.D.A., 2015 Brasil	Revista Gaúcha de Enfermagem	Pesquisa avaliativa desenvolvida em um hospital de ensino do sul do Brasil em 2012. Os dados foram coletados por meio de observação não participante de 20 cirurgias ortopédicas de prótese de quadril e joelho e norteadas por instrumento elaborado para a pesquisa com base no <i>checklist</i> criado e utilizado pela instituição
LILACS	PANCIEREI, A.P.; SANTOS, B.P.; AVILA, M.A.G.; BRAGA, E.M., 2013 Brasil	Revista Gaúcha de Enfermagem	Estudo de campo, descritivo, analítico com abordagem qualitativa, realizado no centro cirúrgico de um hospital escola
LILACS	TASE, T.H.; TRONCHIN, D.M.R., 2015 Brasil	Acta Paulista de Enfermagem	Estudo quantitativo, com casuística de 800 oportunidades, selecionadas por amostragem probabilística
SciELO	TASE, T.H.; LOURENÇÃO, D.C.A; BIANCHINI, S.M; TRONCHIN, D.M.R., 2013 Brasil	Revista Gaúcha de enfermagem	Artigo de reflexão. Utilizaram referenciais teóricos e normatizações de organizações e órgãos acreditadores que discutem a temática de segurança no âmbito hospitalar, bem como as iniciativas destinadas à identificação segura do paciente
PubMed	SCHILP, J; BOOT, S; BLOK, C; SPREEU-WENBERG, P; WAGNER, C., 2014 Reino Unido	BMJ Open Journal	Estudo longitudinal com um total de 2.154 observações do processo de administração de 10 medicações em 19 hospitais
LILACS	SILVA, F.M.; PORTO, T.P.; ROCHA, P.K.; LESSMANN, J.C.; CABRAL, P.F.A.; SCHNEIDER, K.L.K., 2013 Chile	Ciência Y Enfermería	Estudo quantitativo exploratório descritivo realizado de agosto a novembro de 2010. A coleta de dados foi realizada por meio de observação direta da higienização das mãos em uma unidade de internação pediátrica de um Hospital Universitário do Sul do Brasil nos turnos da manhã e tarde

Fonte: Joventino et al.¹⁰.

Quadro 2 - Detalhamento dos artigos incluídos na amostra do estudo

Título do artigo	Protocolo Referenciado	Objetivo/ Principais resultados	Conclusões/ Recomendações
Implementation of safety checklists in surgery: a realist synthesis of evidence.	Cirurgia segura	<p>Objetivo: apresentar uma síntese realista da evidência de intervenções de implementação para melhorar a adesão ao uso de checklists de segurança em cirurgias.</p> <p>Resultados: foram identificadas 4 proposições a priori: 1) Os checklists adaptados ao contexto são susceptíveis de serem utilizados e sustentados na prática. 2) Fidelidade e sustentabilidade são aumentadas quando os checklists podem ser integrados à prática profissional diária. 3) A incorporação da rotina de checklists de cirurgia na prática por fatores que promovem ou inibem a participação dos médicos e 4) Mecanismos de regulação de esforço que são mais contextualmente sensíveis deve levar a uma maior conformidade no uso de protocolo de checklist em cirurgia.</p>	Uma das principais limitações na literatura de checklists em cirurgia é a falta de descrições consistentes de intervenção, métodos e estratégias de implementação. Apesar disso, dois achados surgiram dessa síntese realista: 1) O uso sustentado do checklist de cirurgia é específico da disciplina e é mais bem-sucedido quando os médicos estão engajados. 2) Envolvendo os médicos em adaptar o checklist de cirurgia para o seu contexto e encorajando-os a refletir e avaliar o processo de implementação permite uma maior participação e apropriação.
Adesão ao uso de um checklist cirúrgico para a segurança do paciente	Cirurgia Segura	<p>Objetivo: avaliar a adesão ao checklist do Programa Cirurgias Seguras em um hospital de ensino.</p> <p>Resultados: Nos procedimentos observados (n=20) houve adesão significativa ($p < 0,05$) em relação à verificação de documentação, jejum, tricotomia, ausência de esmalte e adornos, identificação do paciente e sítio operatório, disponibilidade de sangue e funcionalidade de materiais. Não houve adesão significativa à verificação da identificação do paciente, do procedimento e da lateralidade, da apresentação da equipe, da pausa cirúrgica e da contagem de materiais em sala operatória.</p>	O estudo avaliou que a verificação dos itens do <i>checklist</i> se deu de forma não verbal e que não houve adesão significativa ao instrumento.
Checklist de cirurgia segura: análise da segurança e comunicação das equipes de um hospital escola.	Cirurgia Segura	<p>Objetivo: aplicar o checklist de cirurgia segura da OMS nas especialidades cirúrgicas de um hospital escola e verificar a opinião das equipes sobre a influência da aplicação do checklist na segurança do processo cirúrgico e da comunicação interpessoal da equipe.</p> <p>Resultados: A operacionalização do instrumento é viável para garantir cirurgias seguras e implementar processos comunicativos efetivos nos centros cirúrgicos.</p>	Os sujeitos do estudo não perceberam mudanças na comunicação interpessoal com o uso do checklist, porém indicaram que o uso proporcionou mais segurança ao procedimento. Adaptações ao checklist foram sugeridas.
Sistemas de identificação de pacientes em unidades obstétricas e a Conformidade das pulseiras	Identificação do paciente	<p>Objetivo: avaliar a conformidade das pulseiras de identificação de mulheres na clínica obstétrica e seus neonatos no centro obstétrico.</p> <p>Resultados: A conformidade geral foi 58,5% na Clínica e 22,3% no Centro Obstétrico.</p>	Os achados possibilitaram reestruturar os protocolos e implementá-los na instituição.

*continua.

<p>Identificação do paciente nas organizações de saúde: uma reflexão emergente</p>	<p>Identificação do Paciente</p>	<p>Objetivo: Destacar os elementos constituintes do processo de identificação do paciente por meio de pulseiras e refletir acerca da implementação desse processo nas instituições hospitalares.</p>	<p>A identificação do paciente por meio de pulseira é uma prática recomendada internacionalmente, porém há lacunas no que tange a instituição de protocolos, à execução efetiva e à avaliação do processo para subsidiar ações gerenciais e assistenciais.</p>
<p>Protocol compliance of administering parenteral medication in Dutch hospitals: an evaluation and cost estimation of the implementation</p>	<p>Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos.</p>	<p>Objetivo: avaliar a implementação do protocolo de administração de medicação parenteral do programa de segurança do paciente holandês. Resultados: O protocolo completo foi realizado em 19% das observações.</p>	<p>O protocolo da administração parenteral de medicamento ainda não foi implementado completamente, necessitando de tempo e investimento para tal propósito.</p>
<p>Higienização das mãos e a segurança do paciente pediátrico</p>	<p>Prática de Higiene das Mãos em serviços de Saúde</p>	<p>Objetivo: Avaliar se a higienização das mãos, realizada antes do preparo e da administração de medicamentos e fluidoterapia pelos profissionais de enfermagem, segue as diretrizes estabelecidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resultados: Constatou-se baixa adesão à prática de higienização das mãos e estrutura inadequada, segundo as diretrizes da OMS estabelecidas pela OMS e ANVISA.</p>	<p>Há necessidade de se estruturar o espaço físico e fornecer condições favoráveis para a realização das técnicas de higienização das mãos pelos profissionais. Necessita-se, também promover capacitação e educação continuada, garantindo, assim, a segurança do paciente pediátrico por meio da higienização das mãos.</p>

Fonte: Joventino et al.¹⁰ e Garcia et al.⁹.

RESULTADOS |

Analisando as sete publicações incluídas na revisão, verifica-se que grande parte dos artigos se encontram na base de dados LILACS (4-57%). Há predominância de estudos realizados no Brasil (4-57%), publicados em 2013 e 2015 (6-85,7%), seguido do Reino Unido, com artigos publicados em 2014 e 2015 (2-28,5%). Um número maior de publicações é observado nos periódicos de enfermagem (4-57%). Quanto ao delineamento/amostra, a maioria dos estudos apresentou uma abordagem quantitativa (4-57%) observacional (3-43%) (Quadro 1).

Analisando-se os artigos da amostra, verifica-se uma predominância de publicações relacionadas ao protocolo de cirurgia segura (3-42,9%), seguida do protocolo de identificação do paciente (2-28,5%). Ademais, os dados apresentados evidenciam que o principal objetivo dos estudos se concentra na avaliação da implementação dos protocolos de segurança (4-57%) (Quadro 2).

DISCUSSÃO |

As estratégias de segurança do paciente objetivam promover práticas seguras nas instituições de saúde e, consequentemente, prevenir e minimizar os EAs decorrentes durante a assistência à saúde¹¹.

Nessa revisão, observa-se a predominância de estudos realizados no Brasil, especificamente a partir de 2013. Atribui-se esse fato à implantação, pelo Ministério da Saúde no referido ano, do programa nacional brasileiro de segurança do paciente baseado nas recomendações da OMS, conforme destacado por Serra, Barbieri e Cheade¹².

Ressalta-se também, nos achados de Nunes et al.¹³, o crescimento na produção científica relacionada ao tema desde 2004, ano de criação da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente pela OMS, apontando a liderança do Brasileira nessa produção.

A abordagem da temática pelos enfermeiros de dois hospitais universitários e um hospital escola foi frequente nesse estudo (4-57%). Esse aspecto pode ser justificado no relato de Urbanetto e Gerhardt¹⁴ sobre a mobilização dos profissionais de enfermagem desde 2008 no âmbito do ensino, assistência, pesquisa na criação e desenvolvimento da Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP).

Soma-se a essa constatação, os achados de Nunes *et al.*¹³, associando a ocorrência de determinados eventos adversos a atividades que estão diretamente relacionadas à enfermagem. Esse aspecto também determina a importância desses profissionais como fonte de alerta e informação e na promoção da segurança do paciente no ambiente hospitalar.

Sobre o Reino Unido, vale destacar a sua relevância na criação de agência especializada para estudar e propor medidas de melhoria da segurança do paciente, a exemplo da Dinamarca e da Austrália como abordado nos estudos de Reis, Martins e Laguardia².

Os resultados da análise dos estudos sobre checklist de cirurgia segura coincidem com os encontrados por de Tang, Ranmuthugala e Cunningham¹⁵ e Treadwell, Lucas e Tsou¹⁶, os quais associam a redução taxa de mortalidade e de complicações pós-cirúrgicas, mas não obstante, evidenciam aderência pouco significativa à aplicação do instrumento. As dificuldades na implementação do checklist estão atrelados a fatores culturais, necessidade de participação ativa, tempo e esforço da equipe multidisciplinar.

Nos estudos sobre identificação do paciente, os resultados das análises são coincidentes aos estudos de Hoffmeister e Moura¹⁷, os quais apontam vulnerabilidades na implementação desses protocolos no que tange aos profissionais e gestores de saúde, à confiabilidade dos dados registrados nas pulseiras de identificação e execução efetiva dessa prática.

O trabalho de Souza *et al.*¹⁸ coincide com os achados no estudo analisado sobre utilização do protocolo para administração de medicamentos, em que os autores concluíram que o instrumento não estava totalmente implementado, pelo que é necessário um investimento em tempo e recursos financeiros.

Na análise do estudo dessa revisão, a adesão à prática de

higienização das mãos foi constatada como baixa, com base nas recomendações da OMS e ANVISA. Resultado semelhante pode ser encontrado no estudo de Bathke *et al.*¹⁹ que constatou muito baixa a adesão nas indicações que refletem proteção ao paciente quando comparada àquelas relativas à proteção profissional.

CONCLUSÃO |

Os achados deste estudo revelam que a completa adesão aos protocolos recomendados pela OMS ainda não é uma realidade nas instituições hospitalares. Atribui-se a esses resultados as fragilidades relacionadas à cultura de segurança nas instituições de saúde, à capacitação profissional; ao pouco engajamento pessoal e coletivo, no que tange à comunicação na equipe de saúde para disseminação e incorporação coletiva da prática assistencial segura e de qualidade.

REFERÊNCIAS |

1. Árbol M, Moyano Espadero MC, Pérez Blancas C, Crespo Montero R. Eficacia de los programas de seguridad del paciente. *Enferm Nefrol.* 2016; 19(1):63-75.
2. Reis CT, Martins M, Laguardia J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2013; 18(7):2029-36.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
4. Capucho HC, Cassiani SHDB. Necessidade de implantar programa nacional de segurança do paciente no Brasil. *Rev Saúde Pública.* 2013; 47(4):791-8.
5. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº. 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). *Diário Oficial da União* 02 abr 2013; Seção 1.
6. Ministério da Saúde (Brasil). Resolução nº. 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente

em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União 26 jul. 2013;Seção 1.

7. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº. 1.377, de 9 de julho de 2013. Aprova os protocolos de Segurança do Paciente. Diário Oficial da União 10 jul. 2013;Seção 1.

8. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº. 2.095, de 24 de setembro de 2013. Aprova os protocolos de Segurança do Paciente. Diário Oficial da União 25 set. 2013;Seção 1.

9. Garcia AB, Maziero VG, Rocha FLR, Bernardes A, Gabriel CS. Influência da cultura organizacional na gestão participativa em organizações de saúde. Rev Pesqui Cuid Fundam. 2015; 7(2):2615-27.

10. Joventino ES, Dodt RCM, Araujo TL, Cardoso MVLML, Silva VM, Ximenes LB. Tecnologias de enfermagem para a promoção do aleitamento materno: revisão integrativa da literatura. Rev Gaúcha Enferm. 2011; 32(1):176-84.

11. Wegner W, Pedro ENR. A segurança do paciente nas circunstâncias de cuidado: prevenção de eventos adversos na hospitalização infantil. Rev Latino-Am Enferm. 2012; 3(20):1-8.

12. Serra JN, Barbieri AR, Cheade MFM. Situação dos hospitais de referência para implantação/funcionamento dos núcleos de segurança do paciente. Cogitare Enferm. 2016; 21(n. esp):1-9.

13. Nunes FDO, Barros LAA, Azevedo RM. Segurança do paciente: como a enfermagem vem contribuindo para a questão? J Res: Fundam Care. 2014; 6(2):841-7.

14. Urnanetto JS, Gerhardt LM. Segurança do paciente na tríade assistência ensino e pesquisa. Rev Gaúcha Enferm. 2013; 34(3):8-9.

15. Tang R, Ranmuthugala G, Cunningham F. Surgical safety checklists: a review. ANZ J Surg. 2013; 84(3):148-157.

16. Treadwell JR, Lucas S, Tsou AY. Surgical checklists: a systematic review of impacts and implementation. BMJ Qual Saf. 2014; 23(4):299-318.

17. Hoffmeister LV, Moura GMSS. Uso de pulseiras de identificação em pacientes internados em um hospital

universitário. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2015 Feb; 23(1): 36-43.

18. Souza MCP, Goulart MA, Rosado V, Reis AMM. Utilização de medicamentos parenterais em frasco-ampola em uma unidade pediátrica de um hospital universitário. Rev Esc Enferm USP. 2008; 42(4):715-21.

19. Bathke J, Cunico PA, Maziero ECS, Cauduro FLF, Sarquis LMM, Cruz EDA. Infraestrutura e adesão à higienização das mãos: desafios à segurança do paciente. Rev. Gaúcha Enferm. [Internet]. 2013 June; 34(2): 78-85.

Correspondência para/ Reprint request to:

Lucinete de Oliveira Souza

Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes,

Av. Marechal Campos, 1355,

Santa Cecília, Vitória/ES

CEP: 29043-260

Tel.: (27) 3335-7411

E-mail: lucinete.souza@ufes.br

Data de submissão: 15/12/2016

Data de aceite: 02/02/2017

**Conformity assessment of
medical prescriptions in public
and private sectors**

| Análise da conformidade das prescrições medicamentosas dos setores públicos e privados

ABSTRACT | Introduction: *In the health area, medicines are classified as an important tool in the prevention, maintenance and recovery of health. Prescription is essentially a tool that establishes communication between doctor, pharmacist, nurse, caregiver and patient.*

Objective: *To survey the literature for evidence of conformity assessment of drug prescriptions in public and private sectors from 2008 to 2016.*

Methods: *This is an integrative review of the literature in Latin American and Caribbean Literature databases: Health Sciences (LILACS) and Medical Literature Analysis and Retrieval System online (MEDLINE). The following descriptors were used: "Medical Prescriptions", "Medication Errors", "Prescription Analysis" and "Prescription Readability".*

Results: *Eight articles were analyzed, most of which addressed readability of drug prescriptions and focused on conformity assessment in the public sector. Several articles also pointed to the need of using printed prescriptions to help reduce cases of illegibility and medication errors.*

Conclusion: *This review demonstrated that the non-conformities in prescription writing were relatively high, resulting in potential misdispensation and impairing treatment. It is crucial, therefore, that health professionals are aware of proper dispensation guidelines, and drug dispensing control agencies enforce them to ensure the final quality of the prescriptions.*

Keywords | *Assessment; Readability; Medical Prescriptions; Medication Errors; Prescription Analysis.*

RESUMO | Introdução: Na área da saúde, os medicamentos são classificados como importante ferramenta na prevenção, manutenção e recuperação de saúde. A prescrição é essencialmente uma ferramenta que estabelece comunicação entre médico, farmacêutico, enfermeiro, cuidador e paciente. **Objetivo:** Avaliar as evidências disponíveis na literatura sobre a conformidade das prescrições medicamentosas nos setores públicos e privados no período de 2008 a 2016. **Métodos:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura realizada nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line (MEDLINE). Para a construção da pesquisa, foram utilizados os seguintes descritores: "Prescrições Médicas", "Erros de Medicação", "Análise de Prescrição" e "Legibilidade de Receitas". **Resultados:** Foram analisados 8 artigos, e a maioria deles aborda um ponto em comum, que é a legibilidade das prescrições medicamentosas, pois grande parte dos estudos está voltada para análises de prescrições do âmbito público. Diversos artigos apontam até a necessidade da inserção das prescrições impressas para auxiliar na redução dos casos de ilegibilidade e erros de medicação. **Conclusão:** Esta revisão permitiu apontar que a conformidade das prescrições medicamentosas dos estudos analisados encontra-se fora da adequação legal, prejudicando o ato da dispensação e comprometendo a farmacoterapia. É indispensável, portanto uma conscientização geral dos profissionais de saúde do País e dos órgãos fiscalizadores para que a qualidade final das prescrições possibilite o que mais se espera da área da saúde, assistência integral e de qualidade à saúde do povo brasileiro.

Palavras-chave | Legibilidade de receitas; Prescrições Médicas; Erros de Medicação; Análise de Prescrições.

¹Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória/ES, Brasil.

INTRODUÇÃO |

Na área da saúde os medicamentos são classificados como importante ferramenta na prevenção, manutenção e recuperação de saúde, gerando, portanto, aporte para a melhora na qualidade e expectativa de vida da população¹. Assim, para que haja um adequado emprego dos medicamentos é necessária uma prática responsável da medicina, farmácia e em certos estabelecimentos de saúde, da enfermagem. Tudo se inicia com o diagnóstico que está diretamente ligado à prescrição do medicamento e, conseqüentemente, com a distribuição e/ou dispensação e administração. Os profissionais de saúde que estão envolvidos com essa defluência de ações compartilham de um intento comum, que é a prestação de assistência à saúde da população¹⁰.

A prescrição é essencialmente uma ferramenta que estabelece comunicação entre médico, farmacêutico, enfermeiro, cuidador e paciente¹¹. Conforme a Política Nacional de Medicamentos, essa ferramenta é o objeto material da escolha do melhor medicamento a ser utilizado pelo paciente e esse ato é expresso mediante a realização de uma receita, com sua devida dosagem e duração do tratamento⁷. A legislação brasileira vigente designa algumas normas para a prescrição a fim de ratificar sua qualidade. Segundo a Lei 5991/73⁴, as prescrições medicamentosas devem conter o nome e endereço residencial do paciente e modo de uso do(s) medicamento(s). Data e assinatura do profissional de saúde que elaborou a prescrição, endereço de seu consultório ou residência, assim como o número da inscrição no respectivo Conselho profissional. Essas prescrições devem ser elaboradas em vernáculo, escrita a tinta, por extenso e de modo legível, levando em consideração a nomenclatura e o sistema de pesos e medidas oficiais¹⁵⁻¹⁶.

A prática de dispensar medicamento é parte constituinte do processo de atenção ao paciente, sendo uma atividade realizada por um profissional farmacêutico com o intuito de gerar a promoção e prevenção de saúde. É neste momento que a prescrição tem enfoque ímpar, pois, prescrições incompletas, ilegíveis ou com rasuras podem dificultar e até mesmo impedir uma dispensação correta, podendo acarretar em erros de medicação, como trocas de medicamentos, comprometimento da adesão ao tratamento, à segurança do tratamento, administração incorreta, aumento do custo social e pessoal do tratamento e também um mau relacionamento entre o médico, farmacêutico e paciente^{8,15}.

Os erros dos profissionais de saúde podem e devem ser minimizados, visto que medicar pacientes depende de ações humanas e os erros podem acontecer^{10,12}. A adequação das prescrições aos parâmetros técnicos e legais significa a prevenção de erros, mesmo que os profissionais da saúde que estão diretamente ligados a esse contexto saibam que a maioria dos medicamentos possui margem terapêutica de segurança¹⁴.

Diante do exposto, foi realizada uma revisão integrativa com o objetivo avaliar as evidências disponíveis na literatura sobre a conformidade das prescrições medicamentosas nos setores públicos e privados a fim de expor aos profissionais de saúde que possuem o respaldo legal de prescrever medicamentos como está a adequação legal de suas prescrições em nosso País.

MÉTODOS |

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, na qual a questão norteadora estabelecida foi: Quais as evidências disponíveis na literatura sobre a adequação legal das prescrições medicamentosas realizadas por profissionais de saúde, que possuem respaldo legal para promover essa ação, no Brasil? A busca na literatura científica realizou-se no mês de julho de 2016 e utilizou-se como critérios de inclusão: artigos em português, publicados em periódicos nacionais entre os anos de 2008 e 2016, disponíveis nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line (MEDLINE). Já os critérios de exclusão enquadraram artigos com objetivos diferentes da questão norteadora do estudo, publicações voltadas para a área da enfermagem, por exemplo, erros de administração e, por fim, estudos voltados para notificação de receita e receita de controle especial.

Para a construção da pesquisa foram utilizados os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): “Prescrições Médicas”, “Erros de Medicação”, “Análise de Prescrição” e “Legibilidade de Receitas”. Estes DeCS, por sua vez, selecionaram um total de 37 artigos. A primeira seleção dos estudos foi feita a partir do exame dos títulos e resumos, e, nos casos de dubiedade, a leitura completa das publicações. Ao final, foram selecionados 8 estudos para compor a análise.

Para a coleta de dados dos artigos que foram incluídos na revisão integrativa, foi desenvolvido um quadro sinóptico com a síntese dos artigos que atenderam aos critérios de inclusão.

RESULTADOS |

Inicialmente foram encontrados 37 estudos, dos quais 8 abordavam o tema proposto e foram selecionados para compor esta análise. Os estudos selecionados têm anos de

publicações diversos, porém estão entre os anos de 2009 e 2015, e os anos de publicações que se repetiram foram 2011 e 2014. Os estudos selecionados abordam a legibilidade das prescrições medicamentosas e grande parte dos estudos está voltada par análises de prescrições do âmbito público. Diversos artigos apontam até a necessidade da inserção das prescrições impressas para auxiliar na redução dos casos de ilegibilidade e erros de medicação.

No Quadro 1 apresentar-se-á um panorama geral desses estudos.

Quadro 1 - Distribuição dos artigos de acordo com autores, ano, objetivo, resultados e conclusões

Autores	Ano	Objetivo	Resultados	Conclusões
Azevedo et al.	2011	Avaliar o cumprimento da adequação legal de receitas de controle especial e notificações de receitas B dispensadas em uma drogaria privada da cidade do sul de Minas Gerais com base na legislação vigente	<ul style="list-style-type: none"> - 25,9% das receitas e 34,2% das notificações encontravam-se ilegíveis; - 7,7% das receitas e 98,8% das notificações não continham endereço; - 7,0% das receitas e 9,6% das notificações não continham a posologia; - 21,6% das receitas e em 42,6% das notificações não havia a forma farmacêutica; -36,9% das receitas e 28,7% das notificações não continham data de emissão. 	Órgãos de fiscalização mais efetivos, com investimentos financeiros na contratação; formação e capacitação de recursos humanos tanto para aqueles trabalhadores dos órgãos fiscalizadores, bem como para os prescritores. Sugere-se que maiores levantamentos sejam realizados em um número maior de estabelecimentos farmacêuticos e cidades para que o governo possa avaliar se o controle preconizado está efetivamente sendo realizado.
Oliveira, Santos e Leite	2015	Verificar a qualidade da prescrição e maneira de medir a satisfação do paciente, uma vez que esta está diretamente ligada a adesão ao tratamento	<ul style="list-style-type: none"> - 5,9% das receitas continham rasuras; - 12,1% das receitas não tinham identificação (assinatura e carimbo) do prescritor; - 15,6% das prescrições não apresentavam data e/ou local de atendimento; - 4,2% das receitas eram ilegíveis, pouco legíveis foram 32,6%; 90,3% das receitas foram escritas à mão; 	Utilização de prescrições eletrônicas para reduzir os erros ou implementação de padronização de atividades como: evitar abreviações, prescrição dos medicamentos por nomes genéricos, no caso de prescrições manuscritas, uso de letras claras e legíveis e ainda a educação continuada dos profissionais que prescrevem, conscientizando-os da importância da prescrição correta.
Silva, Bandeira e Oliveira	2012	Avaliar as prescrições aviadas em uma farmácia comunitária do município de São Luiz Gonzaga/RS.	<ul style="list-style-type: none"> - 41,8% das prescrições com ausência de informações do paciente; - 100% das prescrições não apresentavam endereço; - 3,1% das receitas não apresentavam a idade; - 15,3% das prescrições não apresentavam carimbo e 1% não havia assinatura do prescritor; - 14,3% das receitas foram classificadas como ilegíveis; - 83% das prescrições estavam com uso de abreviatura; - 22% das prescrições não continham data; 	Sensibilização dos profissionais sobre a importância de uma prescrição clara, completa e precisa, através de treinamento e a conscientização dos prescritores. Além disso, os órgãos de fiscalização precisam ser mais efetivos, com a realização de investimentos financeiros na contratação, formação e capacitação dos recursos humanos envolvidos no processo.

*continua.

Lopes et al	2014	Determinar a qualidade das prescrições médicas em um Centro de Saúde Escola da Amazônia Brasileira, no período de agosto e setembro de 2011.	<ul style="list-style-type: none"> - 28,92% de prescrições ilegíveis, 25% pouco legíveis e 46,08% legíveis; - 91,56% de prescrições com abreviaturas; - 8,9% de receitas não apresentavam a via de administração do medicamento; - 10% de receitas encontravam-se com a posologia incompleta; 	Conclui-se que a qualidade da prescrição médica do Centro de Ensino estudado necessita de melhorias, para que sejam evitados erros de medicação e do processo de assistência à saúde, bem como para que a qualidade de vida dos pacientes possa ser assegurada.
Rosa et al	2009	Analisar a prática da prescrição de medicamentos de alto risco e sua relação com a prevalência de erros de medicação em ambiente hospitalar.	<ul style="list-style-type: none"> - 47% de prescrições com erro no nome do paciente; - 19,3% de prescrições legíveis; - 33,7% de prescrições impossíveis de identificar o prescritor; 	Implantação da prescrição eletrônica pode ter forte impacto nos erros de prescrição. É recomendável também a adoção de prescrição pré-digitaada ou editada para evitar ao máximo as prescrições escritas à mão.
Polisel e Bergê	2014	avaliar a conformidade das prescrições médicas e a dispensação de antimicrobianos.	<ul style="list-style-type: none"> - 93,6% de prescrições legíveis; - 5,51% de prescrições parcialmente legíveis; - 0,98% de prescrições ilegíveis; - 1,78% de prescrições continham rasuras; 	Resultados demonstram a não conformidade tanto das prescrições médicas como do processo de dispensação das prescrições em relação à RDC nº 20/11, legislação vigente que dispõe sobre o controle de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos, de uso sob prescrição, isoladas ou em associação.
Araújo e Uchôa	2011	Avaliar a presença dos aspectos legais e institucionais da prescrição médica de um hospital público de ensino e pediátrico.	<ul style="list-style-type: none"> 64,47% de prescrições legíveis; 32,39% de prescrições pouco legíveis; 3,14% de prescrições ilegíveis; 	Implantação da prescrição eletrônica, treinamento dos prescritores "conscientizando-os e educando-os para a importância de uma prescrição correta", a utilização de protocolos clínicos "que diminui a prescrição de medicamentos não padronizados; a padronização de processos e a expansão da atuação dos farmacêuticos clínicos.
Ferrari et al	2013	Avaliar o cumprimento da Portaria SVS/MS nº 344 pelos profissionais de saúde no município de Pontal do Araguaia, MT	<ul style="list-style-type: none"> 15,5% de prescrições sem posologia; 1,2% de prescrições sem dose; 0,8% de prescrições sem nome do paciente; 0,4% de prescrições sem forma farmacêutica; 	Conscientizar os profissionais de saúde que a prescrição seja vista como um documento terapêutico, de forma a aumentar a comunicação e integração profissional entre prescritores e dispensadores, e deve ser preenchida completamente para prevenir erros de medicação, abuso ou uso ilícito e garantir ao paciente um tratamento medicamentoso eficaz, seguro e conveniente.

DISCUSSÃO |

Segundo a Resolução nº 357 de 20 de abril de 2001, a qual aprova o regulamento técnico das Boas Práticas de Farmácia, o farmacêutico é responsável por avaliar a receita e somente dispensar a prescrição caso a receita esteja dentro do parâmetro legal⁵. Dessa forma pode-se fazer um paralelo com a Lei 5.991 de 17 de dezembro de 1973, que

ênfatisa dados que são necessários e obrigatórios para que um receituário possa ser aviado⁴.

A Resolução 357/01 do Conselho Federal de Farmácia e a Resolução 1.931/09 do Conselho Federal de Medicina exaltam e definem que toda prescrição deve ser clara e legível, e a Lei 5.991/73 agrega a obrigatoriedade de a receita estar escrita à tinta, em vernáculo, por extenso e de

modo legível^{4,6}. Os artigos analisados no presente estudo nos atestam que várias prescrições não se enquadram na Lei. Azevedo et al.³ (2011) em sua pesquisa expõem que 25,9% das receitas que foram analisadas em seus estudos encontravam-se ilegíveis. Números estes que se equivalem com o estudo de Lopes et al.⁹, que salienta que 28,92% de prescrições são ilegíveis. Outros estudos apontam a ilegitimidade das prescrições, porém em quantidades bem inferiores, variando de 0,98% a 14,3%^{2,13,15}.

Não podemos deixar de enfatizar um dado alarmante encontrado nos estudos de Lopes et al.⁹ que, além de citar a ilegitimidade em 28,92% das prescrições, expõem que 25% das prescrições encontravam-se pouco legíveis. Isso leva a compreender que mais da metade das prescrições analisadas levaram o profissional dispensador a ter dificuldade para ler e compreender os dados da receita. Esse acontecimento, que, analisando os artigos do presente estudo, são rotineiros, representam um enorme problema e desafio para os órgãos de saúde mundial. Isso porque a ilegitimidade, ou a pouca legibilidade de prescrições, pode resultar em erros de medicação. Esses erros vão desde a troca de medicamentos, passam pela incoerência na farmacoterapia e podem até culminar em um tratamento ineficaz ou tóxico¹⁵.

A Lei indica até que o receituário deve conter o nome e endereço do paciente, assim como o endereço do consultório ou da residência do prescritor^{4,5}. O diagnóstico e, consecutivamente, a prescrição, é intransferível, sendo assim é fundamental o preenchimento do nome do paciente e as devidas informações dele, como a presença do endereço, que pode auxiliar na realização de assistência farmacêutica domiciliar. Ferrari et al.⁸ citam, ao realizar suas análises, que 0,8% dos receituários não apresentavam o nome do paciente. Outros estudos realçam também a inexistência do preenchimento de outros dados referente ao paciente, como é o caso de Silva, Bandeira e Oliveira¹⁵ e de Rosa et al.¹⁴, e que respectivamente 41,8% e 47% das prescrições analisadas apresentavam ausência de informações sobre o doente e erros no nome dele.

Exige-se, na legislação brasileira também, que a posologia seja expressa, indicando a forma farmacêutica, o método de administração e a duração do tratamento^{4,5}. É inadmissível a existência de uma prescrição sem a posologia e tudo o que ela engloba, e como a receita é um documento do paciente, ele deve atuar como uma ferramenta de comunicação entre o médico, o farmacêutico, o enfermeiro, o paciente/

cuidador¹¹. Sendo assim, o receituário deve gozar de clareza e legibilidade ao prescrever qual medicamento(s) é necessário para a farmacoterapia do doente com sua respectiva concentração, forma farmacêutica, via de administração e duração do tratamento. Todas essas variantes são de extrema necessidade para uma farmacoterapia eficaz, sendo necessário, portanto que, qualquer que seja o profissional ou paciente, tenha a possibilidade de ler e compreender o que prescreve o receituário. Portanto, para um tratamento eficaz, não basta somente um bom diagnóstico e uma boa seleção de fármacos, é necessária uma prescrição devidamente preenchida com todos os dados e informações legais. Ferrari et al.⁸ evidenciam em seus estudos que 15,5% das prescrições analisadas não continham a posologia, cita também a inexistência da dose (1,2%) e da forma farmacêutica (0,4%). Já as análises feitas por Azevedo et al.³, mesmo revelando a inexistência da posologia e da forma farmacêutica, constatam um valor inverso, em que a quantidade de receituários com ausência da posologia é bem menor (7%) do que a ausência da forma farmacêutica, que alcança altíssimos 21,6%. Lopes et al.⁹ citam ainda a inexistência da via de administração em 8,9% de receitas investigadas. Essa falta de informações vista nos artigos do presente estudo, além de convergir para um tratamento ineficaz e inadequado, pode gerar um desperdício público, reações adversas, perda da credibilidade no serviço de saúde do País e até mesmo internações hospitalares por intoxicações e/ou reações adversas.

Não se pode esquecer também da obrigatoriedade da data do preenchimento do receituário, acompanhada da assinatura do profissional e seu carimbo, que deve indicar sua inscrição em seu respectivo Conselho Profissional^{4,5}. A inexistência da assinatura e carimbo do profissional torna o receituário um papel comum, ou seja, não confere validade legal do documento. A Resolução nº 1.931/09 do Conselho Federal de Medicina veda ao médico receitar, atestar ou emitir laudos sem a devida identificação de seu número de registro no Conselho Regional de Medicina da sua jurisdição⁶. Oliveira, Santos e Leite¹² citam que, em suas investigações, 12,1% das prescrições não continham identificação do prescritor, isto é, faltava carimbo e/ou assinatura dele. Outros estudos se associam a tal evidência em que Rosa et al.¹⁴ citam que em 33,7% de prescrições é impossível a identificação do prescritor. Silva, Bandeira e Oliveira¹⁵ expõem que 15,3% de receitas estavam sem carimbo do profissional e 1% não continha assinatura ele. E, para finalizar, Azevedo et al.³ denunciam a existência de 36,9% de receituários sem a data de emissão.

CONCLUSÃO |

O presente artigo mostra que a conformidade das prescrições medicamentosas nos estudos pesquisados encontra-se fora da adequação legal, fato que pode prejudicar o ato da dispensação e comprometendo a farmacoterapia. É indispensável, portanto uma conscientização geral dos profissionais de saúde do País e dos órgãos fiscalizadores para que a qualidade final das prescrições possibilite o que mais se espera da área da saúde, ou seja, assistência integral e de qualidade a saúde do povo brasileiro.

Abolir os receituários manuscritos, como medida institucional nos serviços de saúde, e fazer adesão a *softwares* desenvolvidos para prescrição medicamentosa acabaria com o problema da legibilidade e de prescrições incompletas com falta de informações sobre o tratamento medicamentoso, além é claro de evitar interações medicamentosas. Este é um ato simples, que requer pouco esforço do profissional, pois atualmente vivemos em um mundo informatizado.

Atuações firmes e penalizações severas por parte dos órgãos fiscalizadores por reiteração e negligência constante dos prescritores influenciariam a adequação das prescrições brasileiras. Outro aporte que órgãos fiscalizadores poderiam atuar seria em uma capacitação rotineira com todos os prescritores e dispensadores tanto da rede pública quanto da privada em cada município. É bom sempre enfatizar que a lei proíbe o farmacêutico a dispensar medicamentos quando erros são evidenciados nas prescrições, a Resolução 357/2001 diz que não se deve dispensar medicamento algum caso a prescrição seja ilegível ou induza ao erro⁵. Esta ação voltada à capacitação, além de contribuir para o enriquecimento do profissional, estreitaria a relação entre médicos e farmacêuticos, que, em muitos, casos são consideradas turbulentas.

REFERÊNCIAS |

1. Aizenstein ML, Tomassi MH. Problemas relacionados a medicamentos; reações adversas a medicamentos e erros de medicação: a necessidade de uma padronização nas definições e classificações. *Rev Ciênc Farm Básica Apl.* 2011; 32(2):169-73.
2. Araújo PTB, Uchôa SAC. Avaliação da qualidade da prescrição de medicamentos de um hospital de ensino. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2011; 16(1):1107-14.
3. Azevedo LS, Pereira LJ, Zangerônimo MG, Sousa RV, Murgas LDS, Marques LS, et al. Avaliação da adequação legal de receitas e notificações de receita de medicamentos sujeitos a controle especial dos setores públicos e privados. *Rev Ciênc Farm Básica Apl.* 2011; 32(3):401-17.
4. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil). Lei nº. 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 21 dez 1973;Seção 1.
5. Brasil. Conselho Federal de Farmácia. Resolução nº. 357, de 20 de abril de 2001. Aprova o regulamento técnico das Boas Práticas de Farmácia. *Diário Oficial da União* 27 abr 2001;Seção 1.
6. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº. 1931, de 17 de setembro de 2009. Aprova o Código de Ética Médica. *Diário Oficial da União* 13 out 2009;Seção 1.
7. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº. 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. *Diário Oficial da União* 10 nov 1998;Seção 1.
8. Ferrari CKB, Brito LF, Oliveira CC, Moraes EV, Toledo OR, David FL. Falhas na prescrição e dispensação de medicamentos psicotrópicos: um problema de saúde pública. *Rev Ciênc Farm Básica Apl.* 2013; 34(1):109-16.
9. Lopes LN, Garcia KP, Dias LG, Soares LR, Leite AM, Silva JAC. Qualidade das prescrições médicas em um Centro de Saúde Escola da Amazônia Brasileira. *Rer Soc Bras Clin Med.* 2014; 12(2):
10. Mendonça TM, Miranda MA, Araújo ALA. Conhecimento, prática e atitude dos farmacêuticos frente aos erros de medicação. *HU Rev.* 2011; 37(4):479-86.
11. Néri EDR, Gadêlha PGC, Maia SG, Pereira AGS, Almeida PC, Rodrigues CRM, et al. Erros de prescrição de medicamentos em um hospital brasileiro. *Rev Assoc Med Bras.* 2011; 57(3):306-14.

12. Oliveira CS, Santos AS, Leite ICG. Avaliação da qualidade das prescrições médicas da farmácia municipal de Catalão-Goiás. *Rev Méd Minas Gerais*. 2015; 25(4):556-61.

13. Polisel CM, Bergê RS. Avaliação da conformidade de prescrições médicas e dispensação de antimicrobianos. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2014; 27(1):21-8.

14. Rosa MB, Perini E, Anacleto TA, Neiva HM, Bogutchi T. Erros na prescrição hospitalar de medicamentos potencialmente perigosos. *Rev Saúde Pública*. 2009; 43(3):490-8.

15. Silva ERB, Bandeira VAC, Oliveira KR. Avaliação das prescrições dispensadas em uma farmácia comunitária no município de São Luiz Gonzaga-RS. *Rev Ciênc Farm Básica Apl*. 2012; 33(2):275-81.

16. Weber D, Bueno CS, Oliveira KR. Análise das prescrições medicamentosas de um hospital de pequeno porte do noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. *Rev Ciênc Farm Básica Apl*. 2012; 33(1):139-45.

Correspondência para/ Reprint request to:

Diêgo Padua Silva

Rua Antenor Bráz Rodrigues, 149,

São Vicente, Afonso Cláudio/ES, Brasil

CEP: 29600-000

Tel.: (27) 3735-2442 / (27) 99922-0053

E-mail: drdiegopadua@gmail.com

Data de submissão: 09/01/2017

Data de aceite: 23/02/2017

Optimal nutritional therapy for patients with acute pancreatitis

| Terapia nutricional mais adequada para pacientes com pancreatite aguda

ABSTRACT | Introduction: *A growing number of studies have focused on new therapeutic approaches to acute pancreatitis. Objective: This research aimed to identify the most appropriate nutritional therapy for patients with acute pancreatitis, through a review of articles available in virtual databases. Methods: This is an integrative review of articles published from 2006 to 2012, available on the following online databases: Scientific Electronic Library Online (SCIELO), National Health Library of the Ministry of Health (BVSMS), US National Library of Medicine National Institutes of Health (PUBMED-NCBI). Results: In Mild Acute Pancreatitis (MAP), oral fasting is generally indicated, followed by the gradual food reintroduction, initially through clear liquids. However, if the patient's body rejects the diet in the first 5 to 7 days, an enteral diet using post pyloric positioning is recommended. In the case of Severe Acute Pancreatitis (SAP), an enteral diet is indicated, and should be introduced right after the patient reaches hemodynamic stability. The enteral diet is generally more recommended than parenteral nutrition, which is more often associated with infections and complications. Conclusion: The parenteral diet should only be administered in the case of impossibility to use the digestive tract. A hypolipidic diet is then recommended since lipids are the major pancreatic secretion stimulants. The use of immune-modulating, anti-inflammatory supplements was also found to be beneficial for this population.*

Keywords | *Pancreas; Acute Pancreatitis; Nutrition Therapy; Enteral Nutrition; Parenteral Nutrition.*

RESUMO | Introdução: A pancreatite aguda tem sido alvo de investigações sobre novas modalidades terapêuticas. **Objetivo:** Esta pesquisa teve como objetivo identificar a terapia nutricional mais adequada para pacientes com pancreatite aguda, por meio da revisão de artigos disponíveis em bases de dados virtuais. **Métodos:** Trata-se de uma revisão integrativa de artigos publicados nos anos de 2006 a 2012, em revistas indexadas em bases de dados virtuais: Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Biblioteca Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (BVSMS), US National Library of Medicine National Institutes of Health (PUBMED-NCBI). **Resultados:** Verificou-se, nos estudos analisados, que, na Pancreatite Aguda Leve (PAL) está indicado o jejum oral, com a retomada da alimentação progressivamente, iniciando com líquidos sem resíduos. Porém, se não houver aceitação da dieta pelo organismo do paciente na PAL, entre 5 e 7 dias, é indicada a administração de dieta enteral com posicionamento pós-pilórica. Já na Pancreatite Aguda Grave (PAG), é indicada preferencialmente a dieta enteral, logo após a estabilidade hemodinâmica do paciente. **Conclusão:** A dieta enteral é a mais recomendada em comparação com a nutrição parenteral, pois esta está mais associada às complicações infecciosas do que a anterior. A dieta parenteral só deve ser utilizada na impossibilidade do uso do trato digestório. A dieta preconizada é a hipolipídica, pois os lipídios são os principais estimulantes da secreção pancreática, além de ser positiva a utilização de suplementos moduladores de inflamação e imunidade sistêmica.

Palavras-chave | Pâncreas; Pancreatite Aguda; Terapia Nutricional; Nutrição Enteral; Nutrição Parenteral.

¹Hospital Sívio Avidos, Secretaria do Estado da Saúde do Espírito Santo, Colatina/ES, Brasil.

²Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória/ES, Brasil.

INTRODUÇÃO |

O pâncreas é um órgão que se situa em condições normais na porção superior do abdômen, abaixo do estômago e é interligado por um canal ao duodeno. Ele possui uma porção exócrina e outra endócrina, que fazem parte do sistema digestório humano. A porção do pâncreas que exerce função exócrina é responsável pela síntese do suco pancreático, que contém enzimas que atuam na digestão de carboidratos (amilase pancreática), lipídios (lipase pancreática) e proteínas (proteases: quimiotripsina e carboxipeptidase)¹.

Antunes², em seu artigo sobre avaliação funcional do pâncreas, explica que a ingestão de alimentos provoca uma resposta secretora do pâncreas, que se desencadeia alguns minutos após o início da refeição e atinge o pico de secreção máxima 30 a 60 minutos após o estímulo, mantendo-se estável durante o período digestivo de 3 a 4 horas, ao fim do qual se verifica uma redução com retorno ao valor basal. O autor destaca ainda que os lipídios são os principais estimulantes da secreção pancreática, sendo os carboidratos os nutrientes com menor capacidade de desencadear o estímulo.

No entanto, na pancreatite aguda, segundo Santos³, as enzimas presentes na secreção pancreática são ativadas ainda no interior das células acinares. Essa ativação provoca um processo de autodigestão, que Guimarães Filho et al.⁴ caracteriza como uma inflamação que pode determinar síndrome de resposta inflamatória sistêmica, acarretando significativa morbidade e mortalidade. Segundo Gomes e Logrado⁵, a pancreatite aguda gera hipermetabolismo e altas taxas de catabolismo proteico e consequente desnutrição.

Torrez et al.⁶, em sua pesquisa sobre os resultados do tratamento da pancreatite aguda grave, explica que, na maioria das vezes, esta doença é autolimitada ao pâncreas e com mínima repercussão sistêmica, caracterizando-se por apresentar boa evolução clínica e baixos índices de mortalidade. Entretanto, ele afirma que, em aproximadamente 10% a 20% dos casos, o quadro é mais intenso e com grande repercussão sistêmica, levando a índices de até 40% de mortalidade.

A pancreatite aguda é a segunda causa de internação entre as doenças do trato gastrointestinal e as causas mais frequentes são a colelitíase e etilismo nos Estados Unidos, segundo

Guimarães Filho et al.⁴. De acordo com Guimarães Filho et al.⁴, os casos graves necessitam de cuidado especializado e intervenção cirúrgica.

O tratamento da pancreatite é direcionado no sentido de alívio dos sintomas e da prevenção ou tratamento das complicações, portanto é imprescindível uma intervenção multiprofissional. Apesar de recentes avanços nos cuidados nutricionais e metabólicos, ainda existem controvérsias sobre a melhor abordagem nos doentes com pancreatite aguda. A avaliação da gravidade da pancreatite aguda, assim como a avaliação do estado nutricional, é importante na escolha da terapia nutricional⁷.

O tratamento mais adequado reduz o tempo de internação do paciente, disponibilizando mais leitos para atender às demandas que lotam os corredores hospitalares. O sincronismo entre a pesquisa e o planejamento econômico têm se mostrado extremamente proveitoso e uma saída bastante eficaz para o desenvolvimento e a viabilidade das políticas públicas de atendimento à saúde.

Sendo assim, o presente trabalho tem como objetivo identificar a terapia nutricional mais adequada para pacientes com pancreatite aguda, por meio da revisão de artigos disponíveis em bases de dados virtuais.

MÉTODOS |

As etapas da elaboração da presente revisão integrativa foram as seguintes: estabelecimento da hipótese e objetivos da revisão integrativa; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão de artigos (seleção da amostra); definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados; análise dos resultados e discussão.

A questão norteadora desta revisão integrativa foi: Qual seria a terapia nutricional mais adequada para pacientes com pancreatite aguda?

Para a seleção dos artigos, foram utilizadas as seguintes bases de dados, a saber: Scientific Eletronic Library Online (SCIELO), Biblioteca Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (BVSMS), US National Library of Medicine National Institutes of Health (PUBMED-NCBI). O uso dessas bases de dados visou minimizar os possíveis vieses no processo de elaboração da revisão integrativa.

Os critérios de inclusão dos artigos definidos para a presente revisão integrativa foram: artigos publicados em português e inglês, com os resumos disponíveis nas bases de dados selecionadas, no período compreendido entre 2006 e 2016.

As palavras-chave utilizadas foram: Pâncreas. Pancreatite Aguda. Terapia Nutricional. Nutrição Enteral e Parenteral. A busca foi realizada pelo acesso on-line aos bancos de dados citados acima e utilizando as palavras-chave (Pâncreas; Terapia Nutricional + Pancreatite Aguda; Nutrição Enteral e Parenteral + Pancreatite Aguda; Pâncreas + Terapia Nutricional), foi obtido um total de 46 artigos. Após análise dos artigos, a amostra final desta revisão integrativa foi constituída de oito

artigos, com anos de publicação de 2006 a 2012. Para organização dos dados dos artigos que foram incluídos na revisão integrativa, foi desenvolvido um quadro sinóptico com a síntese dos artigos que atenderam aos critérios de inclusão.

RESULTADOS |

Após pesquisa e análise dos estudos sobre terapia nutricional na pancreatite aguda, foram selecionados oito artigos apresentados no Quadro 1.

Quadro 1 - Apresentação da síntese de artigos incluídos na revisão integrativa no que tange a nutrição do paciente com pancreatite aguda

AUTORES / ANO	TÍTULO DO ARTIGO	OBJETIVO	RESULTADOS	RECOMENDAÇÕES / CONCLUSÕES
McClave et al. ⁸	Nutrition support in acute pancreatitis: a systematic review of the Literature	Determinar a via ideal para suporte nutricional; se a terapia nutricional é melhor do que nenhum suporte nutricional artificial; se o uso de suplementos específicos para a terapia enteral	O uso da terapia enteral foi associada com uma redução significativa na morbidade infecciosa e tempo de internação hospitalar e uma tendência para a falência de órgãos reduzida, sem efeito sobre a mortalidade, quando comparado com o uso de nutrição parenteral. Os resultados de estudos individuais sugerem que a terapia enteral em comparação com a parenteral, reduz o estresse oxidativo, acelera a resolução do processo da doença, e custa menos. Não existem dados suficientes para determinar se a nutrição enteral	Os doentes com pancreatite aguda grave devem começar com a nutrição enteral cedo, porque tal terapia modula a resposta ao estresse, promove mais rápida resolução do processo da doença, e resulta em melhor resultado.
Cao et al. ⁹	Meta-analysis of enteral Nutrition versus total parenteral nutrition in patients with severe acute pancreatitis	Comparar a segurança da nutrição enteral e nutrição parenteral total em suporte nutricional de pacientes com pancreatite aguda grave	Em comparação com a nutrição parenteral total, a nutrição enteral foi associada com um risco significativamente menor de infecções, complicações relacionadas com a pancreatite, insuficiência de órgãos e a mortalidade	A nutrição enteral parece mais segura do que a nutrição parenteral total em suporte nutricional de pacientes com pancreatite aguda grave

*continua.

*continuação.

Petrov, Pylypchuk e Emelyanov ¹⁰	Systematic review: Nutritional support in acute pancreatitis	Realizar uma revisão sistemática dos dados de ensaios clínicos randomizados na pancreatite aguda que compara nutrição enteral com nenhuma nutrição suplementar, nutrição parenteral	A nutrição entérica, quando comparado a nenhuma nutrição suplementar, foi associada com nenhuma mudança significativa das complicações infecciosas e uma redução significativa na mortalidade; a nutrição parenteral, quando comparado a nenhuma nutrição suplementar, foi associada a nenhuma mudança significativa em complicações infecciosas e uma redução significativa na mortalidade; a nutrição entérica, quando comparada com a nutrição parentérica, foi associada com uma redução significativa das complicações infecciosas e sem alteração significativa na mortalidade	O uso de qualquer das nutrições entérica ou parentérica quando comparados a nenhuma nutrição suplementar, está associado com um menor risco de morte na pancreatite aguda. A nutrição entérica está associada a um risco menor de complicações infecciosas, em comparação com a nutrição parentérica
Vieira et al. ¹²	Nutrição parenteral versus enteral em pacientes com pancreatite aguda grave	Comparar o efeito do suporte nutricional parenteral versus enteral, em pancreatite aguda grave, com relação à eficácia, à segurança, à morbimortalidade e ao tempo de internação	Houve mais complicações gerais no grupo de pacientes com uso de dieta parenteral. As complicações infecciosas do tipo sépsis do cateter e infecção do tecido pancreático foram mais frequentes no grupo parenteral, com significância estatística. Não houve diferença na média de internação nos dois grupos. Houve três óbitos no grupo parenteral e nenhum no enteral	O suporte nutricional enteral está associado à menor taxa de complicações sépticas do que o parenteral
Guimarães Filho et al. ⁴	Pancreatite aguda. Etiologia Apresentação clínica e tratamento	Revisar a etiologia, apresentação clínica, o diagnóstico e o tratamento da pancreatite aguda	A base do tratamento é o suporte clínico e a suspensão da ingesta oral, já que ainda não há tratamento específico para a pancreatite. A maioria dos pacientes apresenta quadro de pancreatite Aguda Leve que responde satisfatoriamente ao tratamento clínico. Nesses pacientes é reiniciada a dieta com líquido sem resíduos, e evoluída progressivamente para evitar dor pós-prandial e recidiva da pancreatite. Já a Pancreatite Aguda Grave determina um estado catabólico importante e antecipado um longo período sem ingesta oral, é fundamental o planejamento de suporte nutricional adequado. Classicamente, o suporte nutricional destes pacientes era realizado por meio de nutrição parenteral total (NPT). No entanto, estudos prospectivos randomizados demonstraram que pacientes que receberam dieta enteral por meio de cateter nasojejunal apresentaram menos complicações infecciosas e menor mortalidade. Tais resultados levaram à adoção da dieta enteral como primeira opção na PAG nas recomendações de diversas Sociedades Médicas	O tratamento é o suporte clínico e suspensão da ingesta oral. Na Pancreatite Aguda Leve é reiniciada a dieta com líquido sem resíduos, e evoluída progressivamente. Porém na Pancreatite Aguda Grave é recomendada como primeira opção a nutrição enteral, com posição da sonda no jejuno

*continua.

Gomes e Logrado ⁵	Atualidades em terapia nutricional na pancreatite aguda	Investigar na literatura científica as atuais recomendações em terapia nutricional na pancreatite aguda	A dieta por via oral, recomendada para a pancreatite aguda leve, é baseada na tolerância digestiva sem grandes alterações. A terapia nutricional enteral, quando indicada, deve considerar o início precoce, infusão contínua, posicionamento da sonda enteral e tipo de fórmula. A indicação da via parenteral só deve ocorrer na impossibilidade do uso do trato digestivo para a oferta de nutrientes de forma total ou parcial	Enquanto a dieta via oral nos casos da pancreatite aguda leve não exige atenção criteriosa, o contrário ocorre em relação à nutricional artificial (enteral e parenteral) e esforços são necessários para o aperfeiçoamento dos procedimentos que devem ser respaldados pela literatura científica
ESPEN ¹¹ e SBNPE/SBCM/ABN ⁷	ESPEN guidelines on parenteral nutrition: pancreas e Projeto Diretrizes - Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina: Terapia Nutricional na Pancreatite Aguda	Proporcionar aos profissionais da saúde uma visão geral sobre a terapia nutricional dos pacientes portadores de pancreatite aguda, com base na evidência científica disponível	O início da terapia nutricional artificial na pancreatite aguda está indicado para aqueles pacientes incapazes de ingerir alimento por via oral de 5 a 7 dias, após o início do quadro clínico. É indicado, porém, nos casos de pancreatite aguda grave que o início da terapia nutricional artificial deva ocorrer após estabilidade hemodinâmica. Nos casos de pancreatite aguda leve, quando a dieta por via oral for aceita dentro de 5 a 7 dias, esta deve ser rica em carboidratos e proteínas e com teor de lipídios inferior a 30% da ingestão energética recomendada	Nos casos de pancreatite aguda leve, utilizar a alimentação oral, caso essa seja aceita pelo paciente de 5 a 7 dias. Acima desse período é recomendada a dieta enteral. Já na Pancreatite Grave, a dieta enteral deve ser administrada imediatamente após a estabilidade hemodinâmica

DISCUSSÃO |

Um total de oito artigos de revisões sistemáticas, sobre terapia nutricional em pancreatite aguda, publicados entre 2006 e 2012, foi selecionado.

Verificou-se, nesses estudos que há uma predominância da indicação de jejum oral na Pancreatite Aguda Leve (PAL), com a retomada da alimentação progressivamente, iniciando com líquidos sem resíduos. Porém, se não houver aceitação da dieta na PAL, de 5 a 7 dias, é indicada a administração de dieta enteral com posicionamento pós-pilórica. Na Pancreatite Aguda Grave (PAG) é indicada preferencialmente a dieta enteral, logo após a estabilidade hemodinâmica do paciente. A dieta enteral é a mais aceita em comparação com a nutrição parenteral, pois esta está mais associada às complicações infecciosas do que a anterior.

Em seu artigo sobre a etiologia, apresentação clínica e tratamento da pancreatite aguda, Guimarães Filho et al.⁴ concluiu que o tratamento da pancreatite aguda é clínico

e que se deve, inicialmente, suspender a ingestão oral. Segundo os autores, na PAL é reiniciada a dieta líquida sem resíduos e evoluída progressivamente.

As diretrizes ESPEN¹¹ e SBNPE/SBCM/ABN⁷ também recomendaram utilizar a alimentação oral, caso essa seja aceita pelo paciente entre 5 e 7 dias e, acima desse período, indicaram a dieta enteral, enquanto na PAG, recomendaram a administração da dieta enteral imediatamente após a estabilidade hemodinâmica

No artigo “Atualidades em terapia nutricional na pancreatite aguda”, de Gomes e Lagrado⁵, a dieta via oral é recomendada na PAL, baseando-se na tolerância digestiva. O mesmo artigo relatou que, quando a terapia nutricional enteral é indicada, se deve considerar o início precoce, infusão contínua, posição da sonda (jejuno) e tipo de fórmula (hipolipídica).

McClave et al.⁸, em sua revisão sistemática sobre suporte nutricional na pancreatite aguda, concluiu que na PAG

a nutrição enteral deve ser iniciada cedo, pois modula a resposta ao estresse e promove mais rápida resolução do processo da doença.

Segundo Guimarães Filho et al.⁴, na PAG é recomendado como primeira opção a nutrição enteral, com posição da sonda no jejuno. Os autores demonstraram, na sua revisão, que pacientes que receberam dieta enteral por meio de sonda nasojejunal apresentaram menos complicações infecciosas e menor mortalidade quando comparados com os que receberam a dieta parenteral.

McClave et al.⁸ também concluíram que a nutrição parenteral deve ser iniciada somente após o 5º dia e que a utilização de suplementos moduladores de inflamação e imunidade é bastante favorável.

De acordo com Gomes e Lagrado⁵, a via parenteral só deve ocorrer na impossibilidade do uso do trato digestivo. E Cao et al.⁹ confirmaram em seus estudos que a nutrição parenteral total está associada com um risco significativamente maior de infecções, complicações relacionadas com a pancreatite, insuficiência de órgãos e a mortalidade, do que a nutrição enteral.

Os estudos de Petrov, Pylypchuk e Emelyanov¹⁰ e Vieira et al.¹² também demonstraram que a nutrição entérica está associada a um risco menor de complicações infecciosas, em comparação com a nutrição parentérica.

Quanto ao uso de suplementação, McClave et al.⁸ verificam um efeito favorável do uso de suplementos moduladores de inflamação e imunidade sistêmica em ambas as vias, enteral e parenteral.

E, por fim, ESPEN¹¹ e SBNPE/SBCM/ABN⁷ preconizam que a dieta na pancreatite deve ser rica em carboidratos, proteínas e com teor de lipídios inferior a 30% da ingestão energética, visto que, segundo Antunes², os lipídios são os principais estimulantes da secreção pancreática.

CONCLUSÃO |

Verificou-se, nos estudos analisados, que, na PAL, está indicado o jejum oral, com a retomada da alimentação progressivamente, iniciando com líquidos sem resíduos. Porém, se não houver aceitação da dieta pelo organismo do

paciente na PAL, de 5 a 7 dias, é indicada a administração de dieta enteral com posicionamento pós-pilórica. Já na PAG é indicada preferencialmente a dieta enteral, logo após a estabilidade hemodinâmica do paciente. A dieta enteral é a mais recomendada em comparação a nutrição parenteral, pois esta está mais associada às complicações infecciosas do que a anterior. A dieta parenteral só deve ser utilizada na impossibilidade do uso do trato digestório. A dieta preconizada é a hipolipídica, pois os lipídios são os principais estimulantes da secreção pancreática, além de ser positiva a utilização de suplementos moduladores de inflamação e imunidade sistêmica.

REFERÊNCIAS |

1. Mahan LK, Escott-Stump S. Krause: alimentos, nutrição e dietoterapia. São Paulo: Elsevier; 2010.
2. Antunes T. Pâncreas: avaliação funcional. J Port Gastroenterol [Internet]. 2011 [acesso em 1 set 2016]; 18(4):168-9. Disponível em: URL: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0872-81782011000400003>.
3. Santos JS, Elias Junior J, Scarpelini S, Sankarankutty AK. Pancreatite aguda: atualização de conceitos e condutas. Medicina [Internet]. 2003 [acesso em 5 set 2016]; 36:266-82. Disponível em: URL: <http://revista.fmrp.usp.br/2003/36n2e4/13pancreatite_aguda_teste.pdf>.
4. Guimarães-Filho MAC, Maya MCA, Leal PR, Melgaço AS. Pancreatite aguda: etiologia, apresentação clínica e tratamento. Revista HUPE [Internet]. 2009 [acesso em 4 set 2016]; 8(1):61-9. Disponível em: URL: <http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=170>.
5. Gomes RR, Logrado MHG. Atualidades em terapia nutricional na pancreatite aguda. Com Ciências Saúde [Internet]. 2012 [acesso em 1 set 2016]; 24(2):149-59. Disponível em: URL: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/periodicos/revista_ESCS_v23_n2_a06_atualidades_terapia_nutricional_pancreatite_aguda.pdf>.
6. Apodaca-Torrez FR, Lobo EJ, Monteiro LMC, Melo GR, Goldenberg A, Herani Filho B, et al. Resultados do tratamento da pancreatite aguda grave. Rev Col Bras Cir [Internet]. 2012 [acesso em 1 set 2016];

39(5):385-8. Disponível em: URL: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912012000500008&lng=en>.

7. Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral; Sociedade Brasileira de Clínica Médica; Associação Brasileira de Nutrologia [Internet]. Terapia Nutricional na Pancreatite Aguda [acesso em 1 set 2016]. São Paulo: Associação Médica Brasileira; Brasília: Conselho Federal de Medicina; 2011. Disponível em: URL: <http://diretrizes.amb.org.br/_BibliotecaAntiga/terapia_nutricional_na_pancreatite_aguda.pdf>.

8. McClave AS, Chang W-K, Dhaliwal R, Heyland DK. Nutrition support in acute pancreatitis: a systematic review of the literature. J Parenter Enteral Nutr [Internet]. 2006 [acesso em 5 set 2016]; 30(2):143-56. Disponível em: URL: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16517959>>.

9. Cao Y, Xu Y, Lu T, Gao F, Mo Z. Meta-Analysis of enteral nutrition versus total parenteral nutrition in patients with severe acute pancreatitis. Ann Nutr Metab [Internet]. 2008 [acesso em 5 set 2016]; 53(3-4):268-75. Disponível em: URL: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19136822>>.

10. Petrov MS, Pylypchuk RD, Emelyanov NV. Systematic review: nutritional support in acute pancreatitis. Aliment Pharmacol Ther [Internet]. 2008 [acesso em 5 set 2016]; 28(6):704-12. Disponível em: URL: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19145726>>.

11. Gianotti L, Meier R, Lobo DN, Bassi C, Dejong CHC, Ockenga J, et al. ESPEN Guidelines on parenteral nutrition: pancreas. Clin Nutr [Internet]. 2009 [acesso em 2 set 2016]; 28:428-35. Disponível em: URL: <<http://espen.info/documents/0909/pancreas.pdf>>.

12. Vieira JP, Araújo GF, Azevedo JRA, Goldenberg A, Linhares MM. Nutrição parenteral versus enteral em pacientes com pancreatite aguda grave. Acta Cir Bras. [Internet]. 2010 [acesso em 2 set 2016]; 25(5):449-54. Disponível em: URL: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-86502010000500012&lng=en>.

Correspondência para/Reprint request to:

Priscila Scalzer

*Rua João da Páscoa Silva, 95,
Noêmia Vitali, Colatina/ES, Brasil
CEP: 29707-077*

E-mail: priscilascalzer@botmail.com

Data de submissão: 03/01/2017

Data de aceite: 22/02/2017

Tuberculosis control in primary care in Brazil

Ações de controle da tuberculose na atenção primária brasileira

ABSTRACT | Introduction: *Tuberculosis (TB) in Brazil has a high mortality rate when compared to developed countries. Managers of the various spheres of the health care have sought to improve of the process of evaluation and monitoring of basic care, understood as key components of overall health policy. Objective:* To evaluate the evidence available in the literature of the strategies used to control TB in Brazil. **Methods:** An integrative literature review was carried out. For the selection of the articles, we surveyed LILACS and MEDLINE databases for articles published in the last 5 years. **Results:** A total of 19 articles addressed the evaluation of both professional performance and TB care programs. Among those studies focusing on evaluation, eight were performed under the perspective of the health professional, four under the user's perception, while one study addressed the evaluation from the perspective of users, professionals and managers. Among the studies dealing with the evaluation, two specifically addressed the transfer of the operationalization of the directly observed treatment policy (TDO), for the control of TB in the context of FHS. Two studies assessed the satisfaction of the user with TB treatment, five focused on the diagnosis of TB, and they all discussed the quality and effectiveness of the health units, which are the "gateway" to the diagnosis of tuberculosis. **Conclusion:** This review indicates the need to strengthen health programs for TB diagnosis and treatment, making them a priority in Brazilian health policy.

Keywords | Tuberculosis; Health Assessment; Primary Health Care.

RESUMO | Introdução: A tuberculose (TB) no Brasil apresenta elevada taxa de mortalidade quando comparada aos países desenvolvidos. O aprimoramento do processo de avaliação e monitoramento das ações de atenção básica, compreendida como organizadora de todo o sistema de saúde e não apenas um nível assistencial, vem sendo almejado pelos gestores das diversas esferas do sistema de saúde. **Objetivo:** Avaliar as evidências disponíveis na literatura sobre as ações desenvolvidas para controle de TB no Brasil. **Métodos:** Foi realizada uma revisão integrativa da literatura. Para a seleção dos artigos, realizou-se a busca nas bases de dados LILACS e MEDLINE, nos últimos 5 anos. **Resultados:** Analisou-se 19 artigos, a maioria dos estudos em análise, abordaram a avaliação, tanto do desempenho dos profissionais, quanto à avaliação dos programas de atenção a TB. Entre esses estudos que abordaram a avaliação, oito foram realizados sob a ótica do profissional de saúde, quatro sob o olhar do usuário e um estudo abordou a avaliação sob a ótica dos usuários, profissionais e gestores. Entre os estudos que trataram da avaliação, dois abordaram especificamente a transferência da operacionalização da política de tratamento diretamente observado (TDO), para o controle da TB na ESF. Houve também dois estudos sobre avaliação que tiveram como enfoque a satisfação do usuário portador de TB, cinco tiveram abordagem focada ao diagnóstico de TB, todos abordaram a qualidade e efetividade das unidades de saúde que são "porta de entrada" para realização do diagnóstico de tuberculose. **Conclusão:** Revela-se a necessidade que os programas de saúde para tratamento e diagnóstico de TB reflitam sobre sua organização e conduta.

Palavras-chave | Tuberculose; Avaliação em Saúde; Atenção Primária em Saúde.

¹Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória/ES, Brasil.

INTRODUÇÃO |

A tuberculose (TB) é uma doença curável e, no Brasil, apresenta elevada taxa de mortalidade quando comparada aos países desenvolvidos. Estima-se que um em cada quatro brasileiros esteja infectado com o bacilo causador da doença¹.

O percurso histórico da TB comprova que os avanços tecnológicos relacionados à descoberta de medidas preventivas e terapia medicamentosa para a cura, ocorridos no século XX, proporcionaram importantes mudanças no tratamento e na representação social da doença. Porém, oponente aos progressos obtidos, destaca-se neste milênio como a doença que mais mata no mundo, encontrando-se em franca expansão nos países de baixa visibilidade social, entre os segmentos populares mais empobrecidos².

Há evidências de que a permanência da TB no território nacional reflete o estágio de desenvolvimento social do País, cujos determinantes de estado de pobreza, a fragilidade das organizações dos serviços de saúde e as deficiências quantitativas da gestão limitam-se às ações de controle da doença³.

Diante do quadro epidemiológico da TB no País, desde 1998 o Programa Nacional de Controle da Tuberculose intensificou e fortaleceu a realização de ações para a detecção e o tratamento oportuno dos casos, com busca ativa, controle de comunicantes e tratamento diretamente observado. Além disso, a partir de 2001, sistematizou ações, como a descentralização das ações de controle da TB para a Atenção Primária à Saúde (APS), visando à ampliação do acesso ao diagnóstico e ao tratamento⁴.

Os sistemas de saúde, em geral, organizam-se com base em uma porta de entrada que corresponde ao primeiro serviço de saúde procurado pelo usuário, a cada novo problema ou necessidade. Essa entrada deve ser de fácil acesso e dispensar atenção adequada e resolutiva, garantindo, quando necessário, a continuidade da assistência em outros serviços que integram as redes de atenção à saúde. Nesse sentido, o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas portas de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço⁵.

A OMS (1999) afirma que o problema da TB não está nas formas de detecção e de tratamento, mas na forma de

organização dos serviços de saúde para detectar e tratar os casos de TB.

A estrutura de Programas de Controle da Tuberculose (PCT) apresenta insuficiência de recursos materiais e humanos, além da falta de capacitação destes recursos humanos, comprometendo dessa forma a coordenação da assistência ao doente⁶.

O aprimoramento do processo de avaliação e monitoramento das ações de atenção primária, compreendida como organizadora de todo o sistema de saúde e não apenas um nível assistencial, vem sendo almejado pelos gestores das diversas esferas do SUS. Como um instrumento da gestão, a avaliação permite estabelecer bases para o planejamento de novas ações, corrigindo rumos e aperfeiçoando os processos de forma a se obter os objetivos esperados⁷.

Procurando contribuir e somar esforços para a melhoria da gestão de ações em saúde, tendo como foco a assistência da TB na atenção primária, propôs-se a presente investigação com o objetivo de avaliar as evidências disponíveis na literatura sobre as ações desenvolvidas para controle de Tuberculose no Brasil, sob a ótica de diferentes atores desse processo.

MÉTODOS |

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura sobre as ações desenvolvidas para controle da TB no Brasil.

A revisão integrativa da literatura é um instrumento da prática baseada em evidências que possibilita a síntese e análise do conhecimento produzido acerca da temática investigada, constituindo-se em uma técnica de pesquisa com rigor metodológico, aumentando a confiabilidade e a profundidade das conclusões da revisão⁸.

Para a elaboração da presente revisão integrativa, as seguintes etapas foram percorridas: estabelecimento da questão norteadora e objetivos da revisão integrativa; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão de artigos (seleção da amostra); definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados; análise dos resultados; discussão e apresentação dos resultados e a última etapa consistiu na apresentação da revisão⁹.

Para guiar a revisão integrativa, formulou-se a seguinte questão: Quais são as ações que vêm sendo desenvolvidas para controle de Tuberculose no Brasil?

Para a seleção dos artigos, realizou-se a busca em agosto de 2016 e foram utilizadas duas bases de dados, a saber: LILACS (Literatura Latino Americana e do Caribe) e MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line). Definiu-se como descritores controlados: Tuberculose, Avaliação em Saúde e Atenção Primária à Saúde.

Os critérios de inclusão dos artigos definidos, inicialmente, para a presente revisão integrativa foram: artigos publicados em português e inglês, com os resumos disponíveis nas bases de dados selecionadas, estudos na íntegra e publicados no período compreendido entre 2011 e 2016. Foram excluídos do estudo trabalhos como dissertações, teses, livros e capítulos de livros, e demais publicações que não atenderam aos critérios de inclusão descritos.

Na base de dados Medline, foram localizados 4 artigos; e, na base de dados Lilacs, foram encontrados 25 artigos.

Após análise dos resumos, do total de artigos analisados, considerando os critérios de inclusão e as repetições, foram excluídos dez artigos. Na amostra final, foram obtidos 19 artigos. A seleção dos artigos foi realizada por uma das pesquisadoras e confirmada por outra.

A análise dos dados foi realizada de forma descritiva, procedendo-se à categorização dos dados extraídos dos estudos selecionados em grupos temáticos, a partir da identificação de variáveis de interesse e conceitos-chave, conforme proposto em literatura específica acerca de revisão integrativa de literatura¹⁰.

RESULTADOS |

Na presente revisão integrativa, analisou-se 19 artigos que atenderam aos critérios de inclusão previamente estabelecidos e, a seguir, apresentar-se-á um panorama geral dos artigos avaliados (Quadro 1).

Quadro 1 - Estudos incluídos na revisão de literatura, segundo dados de publicação, entre os anos 2011 e 2015

Ano	Autor	Título	Periódico	Objetivo
2015	Cecilio et al.	Opinião dos profissionais de saúde sobre os serviços de controle da tuberculose	Acta Paulista de Enfermagem	Analisar, na perspectiva dos profissionais de saúde, o desempenho dos serviços de controle da tuberculose em relação ao enfoque na família e a orientação para a comunidade
2014	Silva et al.	Avaliação de desempenho de Serviços da Atenção Básica para o tratamento da tuberculose	Revista da Escola de Enfermagem USP	Avaliar o desempenho dos serviços de Atenção Básica para o tratamento da tuberculose segundo o referencial de avaliação dos serviços de saúde (estrutura/ processo) em Cabedelo, município portuário da Paraíba
2014	Souza et al.	Atuação da Enfermagem na transferência da política do tratamento diretamente observado da tuberculose	Revista da Escola de Enfermagem USP	Analisar o desempenho das ESFs no controle da TB, segundo a relação entre vínculo e o desenvolvimento de ações intersectoriais, em município da Região Metropolitana de João Pessoa, Paraíba
2013	Silva-Sobrinho et al.	Efetividade no diagnóstico da tuberculose em Foz do Iguaçu, tríplice fronteira Brasil, Paraguai e Argentina	Revista da Escola de Enfermagem USP	Avaliar a efetividade dos serviços de saúde no diagnóstico da tuberculose em Foz do Iguaçu/PR
2013	Andrade et al.	Diagnóstico da tuberculose: atenção básica ou pronto atendimento?	Prática de Saúde Pública	Avaliar a qualidade dos serviços de saúde de atenção básica e pronto atendimento quanto ao diagnóstico da tuberculose pulmonar

*continua.

2013	Araújo et al.	Evolução da distribuição espacial dos casos novos de tuberculose no município de Patos/PB, 2001-2010	Caderno de Saúde Coletiva	Analisar a distribuição espacial e a densidade de casos de tuberculose, no período de 2001 a 2010, na zona urbana do município de Patos/PB
2013	Lima et al.	O Programa de controle da tuberculose em Pelotas/ RS, Brasil: Investigação de contato intradomiciliares	Revista Gaúcha de Enfermagem	Avaliar as ações de investigação dos contatos intradomiciliares dos casos índices de tuberculose (TB) no Programa de Controle da Tuberculose (PCT), de Pelotas/RS, Brasil
2013	Ponce et al.	Diagnóstico da tuberculose: desempenho do primeiro serviço de saúde procurado em São José do Rio Preto/SP, Brasil	Caderno de Saúde Pública	Analisar o desempenho do primeiro serviço de saúde procurado para o diagnóstico da TB pulmonar em São José do Rio Preto/SP, Brasil, em 2009
2013	Villa et al.	Diagnóstico oportuno da tuberculose nos serviços de saúde de diversas regiões do Brasil	Revista Latino Americana de Enfermagem	Analisar o primeiro contato do doente com os serviços de saúde para o diagnóstico oportuno da tuberculose (TB), em diferentes regiões do Brasil
2012	Silva-Sobrinho et al.	Retardo no diagnóstico da tuberculose em município da tríplice fronteira Brasil, Paraguai e Argentina	Revista Panamericana de Salud Publica	Identificar os aspectos relacionados aos doentes e aos serviços de saúde no retardo do diagnóstico da tuberculose
2012	Cunha et al.	Diagnóstico situacional da descentralização do controle da tuberculose para a Estratégia Saúde da Família em Jardim Catarina - São Gonçalo/RJ, 2010	Caderno de Saúde Coletiva	Realizar um diagnóstico situacional do processo de descentralização do controle da TB para a SF no bairro Jardim Catarina
2012	Cardoso et al.	A conformidade das ações do tratamento diretamente observado para tuberculose na perspectiva dos profissionais de duas unidades de saúde da cidade do Rio de Janeiro	Caderno de Saúde Coletiva	Avaliar a conformidade como categoria explicativa de implementação do tratamento diretamente observado (TDO) para tuberculose, na perspectiva dos profissionais de saúde
2012	Villa et al.	Satisfação do usuário com os serviços de atenção à tuberculose em Ribeirão Preto, 2008	Caderno de Saúde Coletiva	Analisar a satisfação do usuário em relação aos serviços de saúde (SS) de atenção à tuberculose (TB)
2012	Assis et al.	A coordenação da assistência no controle da tuberculose	Revista da Escola de Enfermagem USP	O estudo teve como objetivo a coordenação da assistência aos doentes de tuberculose na percepção de doentes de TB, profissionais do PCT e gerentes de Unidades Básicas do município de Ribeirão Preto/SP, 2007
2012	Santos et al.	Atuação de profissionais da Estratégia Saúde da Família no Controle da Tuberculose	Acta Paulista de Enfermagem	Avaliar as ações desenvolvidas por profissionais das equipes da Estratégia Saúde da Família no controle da tuberculose, no município de Teresina/PI
2011	Ponce et al.	Vínculo profissional/doente no tratamento da tuberculose: desempenho da atenção básica em município do interior paulista	Revista Latino Americana de Enfermagem	Avaliar o desempenho dos serviços de saúde que realizam ações de controle da tuberculose (TB), relacionado ao vínculo entre o profissional e o doente, no município de São José do Rio Preto/SP, na percepção de doentes, profissionais de saúde e gestores

2011	Lafaiete et al.	Satisfação dos usuários no programa de controle da tuberculose de um município do Rio de Janeiro, Brasil	Revista Latino Americana de Enfermagem	Avaliar a satisfação dos usuários do Programa de Controle da Tuberculose de uma unidade básica de saúde, em Itaboraí/RJ
2011	Nogueira et al.	Enfoque familiar e orientação para a comunidade no controle da tuberculose	Revista Brasileira de Epidemiologia	Descrever as ações de controle da tuberculose no contexto de Equipes de Saúde da Família, segundo as dimensões “enfoque familiar” e “orientação para comunidade”
2011	Sá et al.	Intersetorialidade e vínculo no controle da tuberculose na Saúde da Família	Revista Latino Americana de Enfermagem	Analisar o desempenho das equipes de Saúde da Família no controle da tuberculose, segundo a relação entre vínculo e o desenvolvimento de ações intersetoriais, em município da região metropolitana de João Pessoa/PB, Brasil

De acordo com os critérios de inclusão anteriormente pautados, foram selecionados artigos publicados entre 2011 e 2015, entre o período determinado. Houve maior publicação sobre essa abordagem nos anos de 2012 e 2013, com seis (6) publicações cada ano; seguido de 2011, em que houve quatro (4) publicações; 2014, com duas (2) publicações; e o ano de 2015, com apenas uma (1) publicação que nos atende nessa revisão integrativa.

Em relação ao tipo de revista nas quais foram publicados os artigos incluídos na revisão, 11 foram publicados em revistas de enfermagem, sete (7) foram publicados em revista de Saúde Pública ou Saúde Coletiva e um artigo foi publicado em uma revista específica em epidemiologia. Quanto ao tipo de delineamento de pesquisa dos artigos avaliados, evidenciou-se, na amostra, apenas estudos originais e predominantemente estudos transversais.

Em relação às revistas em que os artigos foram publicados, apenas uma é revista internacional e as demais são revistas nacionais. Atendendo ao objetivo desta revisão integrativa, todos os estudos se referem a situações vivenciadas no Brasil; desses, 10 foram realizados na região sudeste (São Paulo e Rio de Janeiro); quatro (4), na região sul (Paraná e Rio Grande do Sul); quatro (4), na região nordeste (Paraíba e Piauí); e houve um estudo multicêntrico, realizado nas regiões Sudeste, Sul e Nordeste do Brasil. Entre os quatro (4) estudos realizados na região sul, dois (2) tiveram como enfoque a região fronteira entre o Brasil, o Paraguai e a Argentina, em que foram abordada as condições peculiares de uma região de fronteira.

Em relação à população do estudo, em nove (9) artigos a população em estudo foi o usuário portador de TB; em nove (9) estudos a população em questão foram os profissionais

de saúde. Em oito (8) estudos esses profissionais consistiram na equipe multiprofissional de saúde (médicos, enfermeiros, técnicos/auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde (ACS), e, em um artigo, a população foi composta apenas por enfermeiros. Um estudo apresentou como população os usuários portadores de TB, a equipe profissional multidisciplinar e os gestores das Unidades Básicas de Saúde.

Ao analisar as abordagens dos estudos selecionados, os estudos foram divididos em subgrupos, de acordo com as temáticas abordadas pelos autores, conforme podemos observar na Quadro 2.

Quadro 2 - Estudos incluídos na revisão de literatura, segundo subáreas temáticas

Área temática	Artigos
Avaliação profissionais/ Programa	Avaliação Profissionais: Cecílio et al (2015), Silva et al. (2014), Santos et al. (2012), Ponce et al. (2011), Nogueira et al (2011), Sá et al. (2011) Satisfação do usuário: Villa et al. (2012), Lafaiete et al. (2011) Avaliação Programa: Souza et al (2014), Lima et al. (2013), Cunha et al. (2012), Cardoso et al. (2012), Assis et al. (2012)
Avaliação diagnóstico de TB	Silva- Sobrinho et al. (2013), Andrade et al. (2013), Ponce et al. (2013), Villa et al. (2013), Silva- Sobrinho et al. (2012)
Distribuição Espacial de TB	Araújo et al. (2013)

A maioria dos estudos em análise abordou a questão da avaliação, tanto do desempenho dos profissionais quanto da avaliação dos programas de atenção a TB, totalizando 13 artigos. Entre esses estudos que abordaram a avaliação, 8 foram realizados sob a ótica do profissional de saúde; quatro (4) foram realizados sob o olhar do usuário e um estudo abordou a avaliação sob a ótica dos usuários, profissionais e gestores.

Entre os estudos que trataram da avaliação, dois (2) abordaram especificamente a transferência da operacionalização da política de tratamento diretamente observado (TDO), para o controle da TB na ESF. Houve também dois (2) estudos sobre avaliação que tiveram como enfoque a satisfação do usuário portador de TB, em relação à qualidade dos serviços de assistência a TB ofertados na Atenção Primária.

Cinco (5) dos estudos analisados fizeram abordagem focada em relação ao diagnóstico de TB. Todos abordaram a qualidade e efetividade das unidades de saúde que são “porta de entrada” para realização do diagnóstico de TB.

Apenas um estudo não se encaixou nas subdivisões acima, e se restringiu a realizar um estudo epidemiológico, que abordou a distribuição espacial dos casos de TB na cidade em estudo.

DISCUSSÃO |

Sabe-se que a TB se apresenta como um grande problema de saúde pública mundial, e faz-se necessária a elaboração de estratégias para seu controle, envolvendo aspectos humanitários, econômicos e de saúde pública.

Por meio dessa revisão integrativa, tivemos um panorama de como as ações de controle da TB na atenção primária vêm sendo abordadas no Brasil, seja pela visão dos usuários, seja pela visão dos profissionais de saúde.

Vale destacar que a abordagem dada as ações de TB, vista pelo panorama da atenção primária, foi realizada em sua maioria por periódicos da área de enfermagem, o que nos mostra que essa é uma área de interesse dessa classe profissional. De acordo com Souza *et al.* (2014)¹¹, isso se dá devido à liderança do enfermeiro quando se trata da execução do Tratamento Diretamente Observado (TDO)

para o controle da TB. Além disso, a atuação do profissional enfermeiro na ESF, torna-se um cenário promissor de práticas e saberes que lhe traz desafios, possibilidades de autonomia e inovações.

Os estudos que trazem a avaliação das ações de controle da TB para o foco da discussão se dividem entre os que abordam a visão dos profissionais e entre os que analisam sob a ótica dos usuários, denominados como “doentes com TB” na maioria dos estudos.

Quando se faz a avaliação das ações sob o olhar dos profissionais, são apresentados pontos satisfatórios como o atendimento com enfoque na família, abordado por estudo realizado na região sul do Brasil¹, porém outros estudos destacaram as fragilidades, que consistem em: escassez de ações voltadas à promoção de ações intersetoriais, a pouca participação da comunidade no combate à doença, a falta de qualificação técnica dos profissionais em relação à temática da TB e a condição social desfavorável da grande maioria das pessoas acometidas pela doença¹¹⁻¹⁵.

Nogueira *et al.*¹³ destacam a necessidade de os serviços/ESF desenvolverem habilidades para reconhecer a adequação das “ofertas” ao contexto específico no qual se dá o encontro sujeito/família/equipe. Essas informações nos levam a refletir sobre as ações primordiais para resgate da autoconfiança por parte dos próprios profissionais, diante dos desafios a serem superados para ações de saúde eficazes e satisfatórias.

Em relação à análise quanto às ações oferecidas pelos serviços de saúde no que concerne aos cuidados que envolvem a doença, a partir da vivência do usuário, houve diferentes opiniões a respeito da centralização das unidades de referência de TB. Alguns usuários abordaram a questão de que as unidades de saúde, muitas vezes, não são próximas às residências dos doentes, geram gasto, causando insatisfação devido à condição financeira desprivilegiada desses usuários. Por sua vez, nota-se que a centralização das ações favorece o vínculo, a relação profissional-doente, facilitando a adesão ao tratamento¹⁶.

Assim como o estudo realizado por Villa *et al.*¹⁶, no ano de 2012 no interior do estado de São Paulo; Lafaiete *et al.*¹⁷ trazem em seu estudo realizado na região metropolitana do Rio de Janeiro, que as avaliações positivas realizadas pelos usuários podem ser influenciadas pelo vínculo e apoio à adesão durante o tratamento. Sendo assim, opinião

do usuário sobre a assistência recebida depende das suas concepções e valores e da recepção, confiança e orientações da equipe de saúde e disponibilidade dos profissionais, avaliadas com maior grau de satisfação.

Visando a um consenso e à organização dos serviços de saúde para acompanhamento de usuários com TB; Araújo *et al.*¹⁸ destacaram que os profissionais de saúde inseridos na APS podem desempenhar ações para fortalecer a descentralização das ações de controle da TB, uma vez que executam ações de controle da doença por meio da busca ativa dos doentes e comunicantes, notificação dos casos, educação em saúde, acompanhamento e supervisão do tratamento, entre outros.

Outra vertente presente na análise dos estudos incluídos nessa revisão, refere-se à avaliação e à análise dos centros responsáveis pelo diagnóstico do sintomático de TB. Estudos^{19,20} realizados na região de fronteira entre o Brasil (Paraná) e a Argentina, mostram que, apesar de a região ter uma distribuição homogênea de unidades de APS, aproximadamente um quarto de seus entrevistados procurara serviço de Pronto Atendimento para diagnóstico da TB. Isso se deve à estrutura da unidade; horário de funcionamento; acesso à realização de exames; entre outros fatores que são relevantes para a preferência por essa porta de entrada do serviço de saúde. Essa informação nos revela que o tipo de unidade procurada e as formas de organização dos serviços são determinantes para o diagnóstico oportuno de TB.

Por razões culturais que levam a hábitos diferentes dos usuários, um estudo²¹ realizado no interior do estado de São Paulo revelou a preferência de realização do diagnóstico de TB, nas unidades de APS. Segundo dados do estudo, os usuários entrevistados relataram que, embora a estrutura das unidades de PA apresentem maior densidade tecnológica, a demanda é muitas vezes determinada pela oferta e disponibilidade do RX, que é a primeira opção para o diagnóstico de TB, o que leva a um processo de atenção não resolutivo.

Uma questão que foi amplamente abordada nos estudos refere-se aos serviços de saúde que compõem a rede de atenção primária e as UPA, pois eles não estão adequadamente preparados para a detecção de casos de TB, sendo necessário determinar o fluxo dos usuários no sistema de saúde, fortalecendo os mecanismos de referência e contrarreferência, integrando os serviços que

compõem a rede de atenção, de modo que seja assegurada a continuidade da assistência e o acesso às ações e serviços de saúde nos diferentes níveis de atenção^{22,23}.

Outro ponto que também foi abordado e discutido refere-se a estudos²⁴⁻²⁷ que abordaram sobre a existência e deficiência de programas voltados para o público de usuários diagnosticados com TB, além de seu ciclo familiar que está inserido nesse contexto. Como se pode observar em estudo realizado por Assis *et al.*²⁷, há destaque para a importância da análise da coordenação da assistência, na percepção dos doentes de TB, profissionais do Programa de Controle de Tuberculose e gerentes de unidades básicas. Isso possibilita conhecer a organização dos serviços de saúde, bem como o modo como são desenvolvidas as ações para o controle da doença e quais os recursos necessários para viabilizar a continuidade do processo de atenção.

Ressalta-se que os achados científicos destacaram incoerências e contradições entre a prática da APS e o discurso das políticas de saúde, porém, ressalta-se o potencial da ESF para organizar as ações de prevenção, controle, diagnóstico e tratamento da TB, segundo o referencial da APS.

CONCLUSÃO |

Esta revisão acerca do cenário das produções referentes a ações de saúde relacionados a TB na APS, nos revela que os programas de saúde para tratamento e diagnóstico de TB requerem reflexões sobre sua organização e conduta. Tanto profissionais e usuários relataram serem necessários mais qualificação e preparo da equipe em todas as etapas do acompanhamento ao usuário doente por TB.

Considera-se pertinente e possível estabelecer cenários de atendimento nas redes de atenção que possibilitem melhorias no diagnóstico e tratamento das condições crônicas, na organização dos serviços de saúde.

O tratamento da TB deve ser realizado de forma mais ampla, considerando as peculiaridades e singularidades do doente, levando em consideração as necessidades e o contexto na qual ele está inserido. A assistência focada na percepção da população deve ser realizada pelo serviço de saúde, com intuito de melhor resolubilidade deles, além de possibilitar maior confiança por parte do usuário.

Faz-se necessário maior abordagem em relação ao contexto vivenciado pelo usuário doente com TB, focando principalmente na atenção e suporte dado àqueles que convivem e coabitam com um usuário com TB.

Ressalta-se a importância da realização de estudos de avaliação em relação às ações de controle da TB no cenário nacional, uma vez que essas informações serão de suma importância tanto para a melhoria das intervenções em saúde, como para o julgamento da efetividade das ações e da satisfação dos usuários do sistema.

REFERÊNCIAS |

1. Cecilio HPM, Higarashi IH, Marcon SS. Opinião dos profissionais de saúde sobre os serviços de controle da tuberculose. *Acta Paul Enferm.* 2015; 28(1):19-25.
2. Santos MAPS, Albuquerque MFPM, Ximenes RAA, Silva NLCLL, Braga C, Campelo ARL, et al. Risk factors for treatment delay in pulmonary tuberculosis in Recife, Brazil. *BMC Public Health* 2005; 5:25. Available from: URL: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1084352/>>.
3. Nogueira JA, Silva CA, Trigueiro DRSG, Trigueiro JVS, Almeida AS, Sá LD, et al. A formação de profissionais de saúde na atenção à TB: desafios e contradições da prática. *Rev Enferm UFPE.* 2011; 5(4):778-87.
4. Cunha NV, Cavalcanti MLT, Costa AJL. Diagnóstico situacional da descentralização do controle da tuberculose para a Estratégia Saúde da Família em Jardim Catarina, São Gonçalo, RJ, 2010. *Cad Saúde Coletiva.* 2012; 20(2):177-87.
5. Ponce MAS, Wysocki AD, Scatolin BE, Andrade RLP, Arakawa T, Ruffino Netto A, et al. Diagnóstico da tuberculose: desempenho do primeiro serviço de saúde procurado em São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica.* 2013; 29(5):945-54.
6. Gonzales RIC, Monroe AA, Assis EG, Palha PF, Villa TCS, Ruffino Netto A. Desempenho de serviços de saúde no tratamento diretamente observado no domicílio para controle da tuberculose. *Rev Esc Enferm USP.* 2008; 42(4):628-34.
7. Mattos ATRM, Mattos TR, Caccia-Bava MCGG, Barbosa SM. Índice de saúde aplicado ao município de Araraquara, SP: um instrumento para o acompanhamento da Atenção Básica. *Rev Bras Epidemiol.* 2013; 16(1):210-22.
8. Coscrato G, Pina JC, Mello DF. Utilização de atividades lúdicas na educação em saúde: uma revisão integrativa da literatura. *Acta Paul Enferm.* 2010; 23(2):257-63.
9. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvao CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Context Enferm.* 2008; 17(4):758-64.
10. Broome ME. Integrative literature reviews for the development of concepts. In: Rodgers BL, Knafelz KA. *Concept development in nursing: foundations, techniques, and applications.* 2. ed. Filadélfia: Saunders; 2000. p. 231-50.
11. Souza KMJ, Sá LD, Silva LMC, Palha PF. Atuação da enfermagem na transferência da política do tratamento diretamente observado da tuberculose. *Rev Esc Enferm USP.* 2014; 48(5):874-82.
12. Santos TMMG, Nogueira LT, Arcêncio RA. Atuação de profissionais da Estratégia Saúde da Família no controle da tuberculose. *Acta Paul Enferm.* 2012; 25(6):954-61.
13. Nogueira JA, Trigueiro DRSG, Sá LD, Silva CA, Oliveira LCS, Villa TCS, et al. Enfoque familiar e orientação para a comunidade no controle da tuberculose. *Rev Bras Epidemiol.* 2011; 14(2):207-16.
14. Sa LD, Gomes ALC, Nogueira JA, Villa TCS, Souza AKMJ, Palha APF. Intersetorialidade e vínculo no controle da tuberculose na saúde da família. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2011; 19(2):387-95.
15. Silva DM, Nogueira JA, Wysocki AD, Scatena LM, Villa TCS. Avaliação de desempenho de Serviços da Atenção Básica para o tratamento da tuberculose. *Rev Esc Enferm USP.* 2014; 48(6):1044-53.
16. Villa TCS, Andrade RLP, Arakawa T, Magnabosco GT, Beraldo AA, Monroe AA, et al. Satisfação do usuário com os serviços de atenção à tuberculose em Ribeirão Preto, 2008. *Cad Saúde Colet.* 2012; 20(2):234-43.
17. Lafaiete RS, Mota MCS, Villa TCS. Satisfação dos usuários no programa de controle da tuberculose de

um município do Rio de Janeiro, Brasil. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2011; 19(3):508-14.

18. Araújo KMF, Figueiredo TMRM, Gomes LCF, Pinto ML, Silva TC, Bertolozzi MR. Evolução da distribuição espacial dos casos novos de tuberculose no município de Patos (PB), 2001-2010. *Cad Saúde Colet*. 2013; 21(3):296-302.

19. Silva Sobrinho RA. Efetividade no diagnóstico da tuberculose em Foz do Iguaçu, tríplice fronteira Brasil, Paraguai e Argentina. *Rev Esc Enferm USP*. 2013; 47(6):1373-80.

20. Silva Sobrinho RA, Andrade RLP, Ponce MAZ, Wysocki AD, Brunello MA, Scatena LM, et al. Retardo no diagnóstico da tuberculose em município da tríplice fronteira Brasil, Paraguai e Argentina. *Rev Panam Salud Publica*. 2012; 31(6):461-8.

21. Andrade RLP, Scatolin BE, Wysocki AD, Beraldo AA, Monroe AA, Scatena LM. Diagnóstico da tuberculose: atenção básica ou pronto atendimento? *Rev Saude Publica*. 2013; 47(6):1149-58.

22. Ponce MAZ, Vendramini SHF, Santos MR, Santos MLSSG, Scatena LM, Villa TCS. Vínculo profissional/doente no tratamento da tuberculose: desempenho da atenção básica em município do interior paulista. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2011; 19(5):1222-9.

23. Villa TCS, Ponce MAZ, Wysocki AD, Andrade RLP, Arawaka T, Scatolin BE, et al. Diagnóstico oportuno da tuberculose nos serviços de saúde de diversas regiões do Brasil. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2013. 21(n.º esp.):190-8.

24. Lima LM, Schwartz E, Cardozo G, Roxana I, Harter J, Lima JF. O programa de controle da tuberculose em Pelotas/RS, Brasil: investigação de contatos intradomiciliares. *Rev Gaucha Enferm*. 2013; 34(2):102-10.

25. Cunha NV, Cavalcanti MLT, Costa AJL. Diagnóstico situacional da descentralização do controle da tuberculose para a Estratégia Saúde da Família em Jardim Catarina? São Gonçalo (RJ), 2010. *Cad Saúde Colet*. 2012; 20(2):177-87.

26. Cardoso GCP, Cruz MM, Abreu DMF, Decotelli P, Vita PPM, Borenstein JS, Santos EM. A conformidade das ações

do tratamento diretamente observado para tuberculose na perspectiva dos profissionais de duas unidades de saúde da cidade do Rio de Janeiro. *Cad Saúde Colet*. 2012; 20(2):203-10.

27. Assis EG, Beraldo AA, Monroe AA, Scatena LM, Cardozo-Gonzales RI, Palha PF, et al. A coordenação da assistência no controle da tuberculose. *Rev Esc Enferm USP*. 2012; 46(1):111-8.

Correspondência para/Reprint request to:

Bruna Lígia Ferreira de Almeida Barbosa

Rua Cícero Dias de Oliveira, 09, apt. 1104,

Bairro Jardim Camburi, Vitória/ES, Brasil

CEP: 29090-250

Telefone: (27) 98181-9027

E-mail: brunalfalmeida@yahoo.com.br

Data de submissão: 04/01/2017

Data de aceite: 23/02/2017

Mental health and therapeutic residential services management process

| Saúde mental e o processo de gestão de serviços residenciais terapêuticos

ABSTRACT | Introduction:

Psychiatric reform emphasized outpatient approaches and smaller mental care units instead of the large asylum-like institutions, and proposed new community based policies of mental health. Objective: This article aims to present the available evidence in the literature on the management of the Therapeutic Residential Care (SRTs).

Methods: The methodology used was the integrative literature review. LILACS and MEDLINE databases were searched between 2004 and 2015, and the following descriptors were used: mental health, mental health services, management of health services, deinstitutionalization and Therapeutic Residential Care. Results: Ten articles met the inclusion criteria. Two categories of analysis were created, grouped by content similarity: a) SRT as an important strategy of deinstitutionalization and b) psychosocial reintegration and the challenges posed by SRT management. Community-based services improved mental health care strategies, making them a permanent tool for reflection on health knowledge and practices. The SRTs plays a key role in the psychosocial care network, enabling a flexible, unbiased view of mental disorders and mental health care, and rejecting the hospital-centered care model.

Conclusion: The challenges posed by the SRTs require effective networks of care, sociability and community work, along with a strong commitment to transform reality and promote quality of life.

Keywords | Mental Health; Mental Health Services; Health Services Management; Deinstitutionalization; Therapeutic Residential Services.

RESUMO | Introdução: O projeto de reforma psiquiátrica contemporânea traz críticas pontuais à instituição manicomial e propõe uma nova política de atenção em saúde mental, apostando em serviços substitutivos de base comunitária. **Objetivo:** Apresentar as evidências disponíveis na literatura sobre o processo de gestão dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs). **Métodos:** A metodologia utilizada foi a revisão integrativa de literatura. A busca foi realizada nas bases de dados LILACS e MEDLINE, no período de 2004 a 2015, utilizando os seguintes descritores: saúde mental, serviços de saúde mental, gestão de serviços de saúde, desinstitucionalização e serviços residenciais terapêuticos. **Resultados:** Foram encontrados dez artigos que atenderam aos critérios de inclusão. Por meio da leitura dos artigos na íntegra, foram criadas duas categorias de análise agrupadas por similaridade de conteúdo: o SRT, como importante estratégia de desinstitucionalização e reintegração psicossocial, e os desafios na operacionalização do SRT. Os serviços de base comunitária mostram-se estratégias de cuidado substanciais, colocando-se como aparelho de reflexão permanente de saberes e práticas em saúde. Os SRTs apresentam-se como importante equipamento na rede de atenção psicossocial no sentido de possibilitar a reconstrução do olhar sobre a loucura e do cuidado em saúde mental por meio da busca efetiva de superação do modelo de atenção hospitalocêntrico. **Conclusão:** Os desafios postos pelos SRTs exigem a construção efetiva de redes de cuidado e sociabilidade na circulação dos moradores pela cidade, e no compromisso social de transformar a realidade e promover a vida.

Palavras-chave | Saúde Mental; Serviços de Saúde Mental; Gestão de Serviços de Saúde; Desinstitucionalização; Serviços Residenciais Terapêuticos.

¹Prefeitura Municipal de Vitória, Vitória/ES, Brasil.

INTRODUÇÃO |

A loucura pode ser entendida como fenômeno social que apresenta as marcas da sociedade em que foi/é criada, sendo considerada bênção divina na Grécia Antiga, possessão demoníaca na Idade Média, até configurar-se objeto da psiquiatria no final do Século XVIII¹.

Durante a Idade Média, os hospícios eram espaços de recolhimento de todos aqueles que não se enquadravam nos padrões da ordem social da época, como mendigos, leprosos, prostitutas, ladrões, vagabundos e loucos, vivendo sob condições desumanas. A obra de Pinel, 1793, proponente do tratamento moral, representa o primeiro passo histórico para a transformação desses espaços em instituições médicas e para a apropriação da loucura pelo saber médico, fundando, desse modo, a psiquiatria e o hospital psiquiátrico². A loucura é transformada em doença, com demanda social de tratamento e assistência baseados em uma terapêutica do distanciamento do louco e do espaço social, para este ser conhecido e curado sob o viés da moral.

A princípio, a ideia de tratamento fundamentado na libertação das correntes físicas, na reeducação dos loucos, na obediência às normas e no desencorajamento de condutas inapropriadas foi recebida com certo entusiasmo. Porém, com passar do tempo, percebeu-se que as correntes que eram físicas estruturaram-se em outros modos de correntes, aparentemente invisíveis, definidos no bojo de instituições fechadas e autoritárias, ou instituições totais, como definiria³, por meio da afirmação da necessidade de isolamento para o trato da loucura, aprisionando o destituído da razão, o desequilibrado, o desordeiro à exclusão social. Atribuiu-se ao louco uma identidade doente e marginal, devendo-se isolá-lo para que sua razão e seu equilíbrio fossem restituídos de acordo com as normas da ordem social.

Segundo Amarante⁴, o período de pós-guerra foi um marco para o questionamento da natureza humana e das formas de produção de violência e morte. O espaço do hospício também foi questionado, pois as práticas adotadas eram similares às empreendidas dentro dos campos de concentração. Os manicômios e toda instituição de lógica manicomial definitivamente apontam para um espaço contrário à produção de saúde e de vida. Nesse contexto inicia-se o projeto de reforma psiquiátrica contemporânea, com pontuais críticas à instituição asilar e a formulação de outras propostas de atenção em saúde mental.

A Reforma Psiquiátrica no Brasil teve início na década de 1970, sob influência do modelo italiano basagliano, com a mobilização dos profissionais da saúde mental e dos familiares de pacientes com transtornos mentais. O movimento visa à desinstitucionalização, a extinção de instituições psiquiátricas e a criação de uma rede substitutiva de estratégias e serviços territoriais e comunitários².

Dentro dessa proposta de reconstrução da assistência em saúde mental, surgem os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), regulamentados conforme a portaria n. 106/2000 do Ministério da Saúde⁵. Os SRTs constituem-se em dispositivos estratégicos no processo de desinstitucionalização de pessoas com histórico de internação de longa permanência. Caracterizam-se por moradias inseridas na comunidade direcionadas à reabilitação psicossocial de pessoas com transtorno mental que não possuam suporte social e laços familiares⁵.

O processo de reabilitação psicossocial deve buscar de forma peculiar a inserção do usuário na rede de serviços, organizações e relações sociais da comunidade. Isso significa que a inserção em um SRT e o modo de operar deste serviço são passos iniciais e essenciais de um longo processo de reabilitação que busca a progressiva inclusão social do morador⁶.

Dada a complexidade dos acontecimentos nesse trajeto de transformações da assistência em saúde mental, surge o interesse pelo estudo da produção científica, por meio de uma revisão integrativa de literatura relacionada a esse tema.

Sendo assim, o presente artigo teve como objetivo apresentar as evidências disponíveis na literatura sobre o processo de gestão dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), um dos dispositivos constituídos para a concretização do novo modelo da política nacional de saúde mental no País.

MÉTODOS |

Para atender ao objetivo proposto, realizou-se uma revisão integrativa de literatura considerando que este é um método de pesquisa que pretende buscar e analisar o conhecimento publicado relativo a determinado tema, de forma aprofundada. Esta possibilita o acesso rápido aos resultados julgados como relevantes aos profissionais de diversas áreas de atuação na saúde, propiciando um saber e um fazer crítico⁷.

A busca foi realizada nas bases de dados LILACS e MEDLINE, importantes fontes de publicações da área da saúde, com artigos em português, no período de 2004 a 2015. Delimitou-se tal período uma vez que a lei (Lei 10.216) que redireciona o modelo de atenção em saúde mental foi sancionada em 2001⁸. Acredita-se que, a partir do ano de 2004, constitui-se contorno temporal em que a implantação dos serviços substitutivos foi empreendida e, a partir de então, passam a ser realizados estudos e publicações sobre o tema.

Como critério de inclusão da amostragem, os descritores utilizados na pesquisa foram: saúde mental, serviços de saúde mental, gestão de serviços de saúde, desinstitucionalização e serviços residenciais terapêuticos. A busca foi realizada pelo acesso on-line, sendo a amostra final desta revisão integrativa constituída de dez artigos para análise.

Para a coleta de dados dos artigos que foram incluídos na revisão integrativa, foi desenvolvido um quadro sinóptico com a síntese dos artigos que atenderam aos critérios de inclusão, além da leitura por completo de cada produto da amostra.

RESULTADOS |

A partir da aplicabilidade da pesquisa, elaborou-se uma tabela (Quadro 1) com os dados selecionados, organizados de acordo com ano, título, autor e periódico, sendo possível visualizar os artigos que correspondem ao tema de interesse e que compõem a amostra deste trabalho.

Além do quadro sinóptico, realizou-se a leitura dos dez artigos em sua integralidade, correlacionando objetivos, resultados, discussões e conclusões, o que possibilitou a criação de duas categorias de análise, agrupadas por similaridade de conteúdos, sendo elas: o SRT como importante estratégia de desinstitucionalização e reintegração psicossocial e os desafios na operacionalização do SRT.

A desinstitucionalização e reintegração efetiva de pessoas com transtornos mentais na comunidade são tarefas a que o SUS vem se dedicando com empenho nos últimos anos. Com outros programas, os SRTs vêm concretizando as diretrizes de superação do modelo de atenção centrado no hospital psiquiátrico⁶.

Estudos apontam que pacientes desospitalizados apresentam melhora na autonomia, na interação social, no nível global de funcionamento e na qualidade de vida. A desospitalização demanda a existência de serviços comunitários em diversos níveis de atenção e exige a presença de profissionais qualificados e programas de reabilitação efetivos⁹. Nessa direção, os SRTs são equipamentos que constituem importante alternativa de habitação para um grande contingente de pessoas que estão internadas há anos em hospitais psiquiátricos e que possuem vínculos familiares e sociais comprometidos ou inexistentes.

A Portaria 106/2000⁵, que regulamenta a criação do SRT, inclui a necessidade de garantir o direito dos moradores a uma assistência integral nos diversos níveis de complexidade por meio dos serviços do SUS, bem como estabelece o acompanhamento assistencial dos moradores por uma equipe de saúde de serviços ambulatoriais especializados em saúde mental, que deve ser realizado preferencialmente pelo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) ou equipe de saúde da família.

Essa equipe, composta por no mínimo um profissional médico e dois profissionais de nível médio, será responsável por dar assistência aos moradores. Cabe a esses profissionais o suporte interdisciplinar, integral e individualizado a cada morador, que deve ser acompanhado mesmo durante internações eventuais ou mudança de endereço⁸. A equipe de referência tem como função desenvolver ações integradas e intersetoriais nos campos da saúde, educação, cultura, habitação, assistência social, trabalho e lazer buscando proporcionar a melhoria da qualidade de vida para atingir o objetivo de garantia da integração social e autonomia dos moradores dos SRTs.

De acordo com Amorim e Dimenstein¹⁰, os SRTs figuram um avançado dispositivo da rede de saúde mental para a desconstrução da loucura como signo de aprisionamento, periculosidade e isolamento por buscar a efetiva substituição do manicômio e apostar na convivência urbana dos “loucos” como cidadãos, com a liberdade de circular pela cidade.

É importante destacar aqui o entendimento sobre desinstitucionalização, que vai além de puramente desospitalizar. Tal processo consiste na desconstrução de saberes, discursos e práticas psiquiátricos que mantêm a loucura reduzida ao signo da doença mental e reforçam

Quadro 1 - Apresentação da síntese de artigos incluídos na revisão integrativa

Ano	Título	Autor	Periódico
2014	A reconstrução do sujeito de direito e subjetividade no contexto da atenção psicossocial	Santos, E. O.; Willrich, J. Q.; Kantorski, L. P.; Argiles, C. T. L.; Coimbra, V. C. C.; Antunes, B.	Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental
2013	Modos de morar de pessoas com transtorno mental grave no Brasil: uma avaliação interdisciplinar	Furtado, J. P.; Tugny, A.; Baltazar, A. P.; Kapp, S.; Generoso, C. M.; Campos, F. C. B.; Guerra, A. M. C.; Nakamura, E.	Ciência & Saúde Coletiva
2013	Subsídios para a diversificação de moradias destinadas a pessoas com transtorno mental grave no Brasil: uma revisão	Furtado, J. P.	Interface - Comunicação, Saúde, Educação
2013	Redes de sociabilidade: construções a partir do serviço residencial terapêutico.	Argiles, C. T. L.; Kantorski, L. P.; Willrich, J. Q.; Antonacci, M. H.; Coimbra, V. C. C.	Ciência & Saúde Coletiva
2010	Inserção social e habitação: um caminho para a avaliação da situação de moradia de portadores de transtorno mental grave no Brasil	Furtado, J. P.; Nakamura, E.; Generoso, C. M.; Guerra, A. M. C.; Campos, F. B.; Tugny, A.	Interface - Comunicação, Saúde, Educação
2010	Processos de subjetivação e territórios de vida: o trabalho de transição do hospital psiquiátrico para serviços residenciais terapêuticos	Wachs, F.; Jardim, C.; Paulon, S. M.; Resende, V.	Physis: Revista de Saúde Coletiva
2009	Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico	Amorim, A. K. M. A.; Dimenstein, M.	Ciência & Saúde Coletiva
2008	Reforma psiquiátrica e serviços residenciais terapêuticos	Vidal, C. E. L.; Bandeira, M.; Gontijo, E. D.	Jornal Brasileiro de Psiquiatria
2008	O trabalho do profissional de saúde mental em um processo de desinstitucionalização	Honorato, C. E. M.; Pinheiro, R.	Physis: Revista de Saúde Coletiva
2006	Avaliação da situação atual dos Serviços Residenciais Terapêuticos no SUS	Furtado, J. P.	Ciência & Saúde Coletiva

a instituição hospitalar como a principal referência de cuidado em saúde mental¹¹.

Deixar o manicômio e ocupar os SRTs permite entender a mudança não apenas como uma transição de um espaço físico para outro, mas como uma apropriação de novos territórios, de espaços da cidade, e como uma ressignificação da posição subjetiva dos sujeitos-moradores. Um serviço substitutivo ao manicômio não garante por si só que o aparato manicomial seja suplantado. A superação incide em romper os paradigmas que fundamentam e legitimam a instituição psiquiátrica tradicional¹².

A desinstitucionalização e a atenção psicossocial possibilitam a construção de novos modos de vida e o SRT se apresenta como um dos principais dispositivos nesse processo. Os moradores são reconhecidos como sujeitos, protagonistas

de suas histórias, com potente produção de subjetividade a partir das diferentes conexões proporcionadas pela vivência na residência, na comunidade, na sociedade¹³.

Além do reconhecimento dos SRTs como estratégia pertinente na concretização do novo modelo da política de saúde mental brasileira, a literatura revisada traz apontamentos sobre desafios que se interpõem na operacionalização dos serviços.

Conforme assinala Argiles et al.¹⁴, os SRTs enfrentam as dificuldades intrínsecas a uma experiência singular e inovadora. É complexa a construção de arranjos que considerem os múltiplos elementos envolvidos, que garantam o diálogo com os moradores e o exercício pleno da cidadania, aspectos historicamente negados.

Segundo o autor, para que a estratégia seja transformadora depreende-se o questionamento e reelaboração de saberes e práticas, o agenciamento de novos recursos e novos atores, a articulação entre os setores, no sentido de modificar o cenário que produz sujeição, limitação, exclusão e morte social.

As práticas em saúde mental convocam múltiplas ações que articulem programas e serviços às dimensões sociais, legislativas, econômicas, culturais e políticas¹⁵.

Baptista¹⁶ interroga sobre a clínica que se processa nos SRTs, convidando a refletir as práticas como tarefa política, em um movimento mútuo e potencialmente crítico em saúde mental.

O trabalho do profissional de saúde mental é um trabalho de caráter político, no sentido de que cuidar é fomentar negociações que permitam uma ampliação da normatividade. Os profissionais dão vida à própria política de saúde mental, constituindo-se como atores de uma ação integralizada, que agencia cuidado e autonomia e infere direitos de cidadania¹⁷. A própria composição da equipe multiprofissional é uma articulação política, no qual os sujeitos e seus saberes interagem e se atravessam.

A interdisciplinaridade apresenta-se desafiante para os profissionais na prática, tanto pela complexidade das discussões em equipe na integração de saberes quanto pela fragilidade na formação e qualificação dos profissionais de saúde para operar de acordo com a proposta interdisciplinar e, até mesmo, com a própria proposta ética e política do serviço. Recorrência de práticas tutelares, as quais desfavorecem o desenvolvimento de autonomia e liberdade, na contramão da nova aposta em saúde mental, foram observadas na literatura revisada. “A relação tutelar para com o louco torna-se um dos pilares constitutivos das práticas manicomial e cartografa territórios de segregação, morte e ausência de verdade”²².

Segundo Furtado et al.¹⁸, os cuidadores recebem pouco ou nenhum apoio. A preocupação em manter a ordem dificulta a escuta e o acolhimento de demandas que saem da rotina, evidenciando o enrijecimento do serviço e a repetição de práticas de controle. Os moradores acompanhados necessitam de um processo de reabilitação psicossocial individualizado e flexível às especificidades de cada um, o que solicita dispositivos correspondentes, como equipes de referência e elaboração e implementação de projeto terapêutico individualizado.

Furtado et al.¹⁸⁻¹⁹ dispõem ainda sobre a existência de outras possibilidades de moradia e habitação. Na visão desses pesquisadores, amplia-se a clientela atendida por meio da diversificação de opções e modos de acompanhamento de pessoas que passaram por longo tempo de internação. O que se percebe é que a formulação e a operacionalização do projeto terapêutico institucional dos SRTs precisam estar em consonância com os interesses e necessidades dos moradores e o trabalho da equipe.

O diálogo, a escuta atenciosa constituída no ato do encontro sujeito-equipe constitui condição para o profissional perceber os indicadores que nortearão o projeto terapêutico, de antemão, um plano que não passe pelo viés da tutela e do controle, mas da promoção de afeto, autonomia, liberdade e vida.

O trabalho de articulação intersetorial na construção do cuidado integral aos usuários dos serviços de saúde mental, buscando consolidar a ação em rede e a antecipação das equipes no enfrentamento de situações de conflito e deficiências no trabalho, que surgem pela fragilidade da articulação, constitui tarefa árdua, porém preciosa para garantir o cuidado e, não menos, o acesso a este.

A produção de saúde é mediada pelo encontro e pela produção de subjetividades: de um lado, o sujeito-usuário, que busca atenção; e, do outro, o sujeito-profissional, no seu ato de prover o cuidado. A forma como este encontro se efetiva é determinante na trajetória do usuário e reflete a organização do serviço e trabalho da equipe, de acordo com Araújo e Cerqueira²⁰.

A questão da fragilidade de uma rede efetiva de atenção em saúde, retratada pelas autoras¹⁰ pode ser notada na falta de organização de diversas portas de entrada e saída, ou ausência de uma delas, de maneira que a rede não se constitui. Os pontos de atenção, em sua maioria, existem, porém, características basilares de uma rede articulada e potente, como descentralização e conectividade, não ocorrem.

No âmbito da saúde mental, a desarticulação reflete-se na relação do SRT com o CAPS de referência, gerando vários problemas na atenção ao usuário. Destaque para a repetição de práticas tutelares, inconsistência dos espaços de discussão entre os serviços e a falta de clareza nas atribuições de cada ponto de atenção, provocando uma precariedade do/no cuidado. Outros estudos também relatam o baixo envolvimento dos CAPS com os SRTs¹⁸.

O trabalho nos SRTs implica a construção efetiva de redes de cuidado entre os serviços e entre diferentes dispositivos sociais. Para tanto, há que se ampliar, desnaturalizar, reinventar, movimentar constantemente o próprio trabalho em saúde, repensar o entendimento que se tem por moradia, por cuidado, por clínica a ser empreendida nos serviços, principalmente nos CAPS, a fim de escapar à captura de reprodução do modelo manicomial ainda embrenhado no trabalho em saúde e na sociedade¹⁰.

A proposta política dos SRTs impele à desconstrução das formas corriqueiras, crônicas e hegemônicas de morar, de estar e circular na cidade, de cuidar, de viver. Rompe com a estrutura de sistema verticalizado para trabalhar com a ideia de um conjunto articulado de serviços básicos e especializados em que as ações e serviços de saúde sejam oferecidos reconhecendo-se contextos e histórias de vida plurais e singulares. Como dispõem Araújo e Cerqueira²⁰, o cuidado ao sujeito passa a assumir um lugar de centralidade da atenção e das práticas em saúde mental, em que a equipe de trabalho passa a estabelecer uma relação horizontalizada, dialógica e acolhedora, em superação ao modelo hospitalocêntrico.

CONCLUSÃO |

Apesar do redirecionamento do modelo de atenção proposto pela política de saúde mental e dos avanços na implantação de serviços substitutivos, como os SRTs, o processo de desinstitucionalização como real e radical desmanche de estruturas manicomiais enfrenta obstáculos, rondado pela histórica e presunçosa lógica reducionista e excludente.

A despeito dos impasses, os serviços de base comunitária e territorial mostram-se estratégias substanciais no cuidado aos usuários, colocando-se como aparelho de reflexão permanente de saberes e práticas em saúde. Os SRTs apresentam-se como importante equipamento na rede de atenção psicossocial no sentido de possibilitar a reconstrução do olhar sobre a loucura e do cuidado em saúde mental por meio da busca efetiva de superação do modelo de atenção hospitalocêntrico e da aposta na convivência social daquilo que foge à norma, que é diferente, e que proeminente é humano. Os SRTs representam apostas no “louco” vivo, livre, na cidade, na sociedade, com direitos resguardados como cidadão que é.

As estratégias de reabilitação psicossocial contemplam o compromisso social de transformar a realidade, dar um outro sentido às relações de poder entre as pessoas e as instituições, movimentando variados dispositivos para construção de novos saberes e novas práticas. Essas estratégias visam à produção de novos lugares sociais e a complexificação das linguagens, das relações e das possibilidades²¹. A proposta dos SRTs, evidenciada na literatura revisada, vai ao encontro desse compromisso ético e político.

Os desafios postos pelos SRTs exigem a construção efetiva de redes de cuidado e sociabilidade na circulação dos moradores pela cidade¹⁰. Os profissionais que compõem as equipes que operacionalizam os serviços desenvolvem um papel de mediação e de apoio à experiência singular dos moradores. A descoberta e o agenciamento de novos recursos permitem ao morador compor seu próprio projeto de vida, com o auxílio dos serviços e de uma ampla rede de atenção. Isso é cuidado, é produção de saúde e defesa do exercício da cidadania, projeto ético e político no compromisso de emancipar e promover a vida.

REFERÊNCIAS |

1. Foucault M. História da loucura. 8. ed. São Paulo: Graal; 2004.
2. Amarante P, coordenador. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995.
3. Goffman E. Manicômios, prisões e conventos. São Paulo: Perspectiva; 1974.
4. Amarante P. Saúde mental e atenção psicossocial. São Paulo: Fiocruz; 2007.
5. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº. 106, de 11 de fevereiro de 2000. Cria a modalidade de residências terapêuticas, destinadas a pacientes psiquiátricos com longa permanência hospitalar [Internet]. Diário Oficial da União 24 set 2000 [acesso em 01 ago 2016]. Disponível em: URL: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/PORTARIA-106-11FEVEREIRO-2000.pdf>>.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.

Residências terapêuticas: o que são, para que servem. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

7. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto – Enferm.* 2008; 17(4):758-64.

8. Brasil. Lei nº. 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental [Internet]. *Diário Oficial da União* 9 abr 2001 [acesso em 30 jul 2016]. Disponível em: URL: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm>.

9. Vidal CEL, Bandeira M, Gontijo ED. Reforma psiquiátrica e serviços residenciais terapêuticos. *J Bras Psiquiat.* 2008; 57(1):70-9.

10. Amorim AKMA, Dimenstein M. Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2009; 14(1):195-204.

11. Amarante P. *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 1994.

12. Wachs F, Jardim C, Paulon SM, Resende V. Processos de subjetivação e territórios de vida: o trabalho de transição do hospital psiquiátrico para serviços residenciais terapêuticos. *Physis.* 2010; 20(3):895-912.

13. Santos EO, Willrich JQ, Kantorski LP, Argiles CTL, Coimbra VCC, Antunes B. A reconstrução do sujeito de direito e subjetividade no contexto da atenção psicossocial. *J Res: Fundam Care online.* 2014; 6(4):1321-34.

14. Argiles CTL, Kantorski LP, Willrich JQ, Antonacci MH, Coimbra VCC. Redes de sociabilidade: construções a partir do serviço residencial terapêutico. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2013; 18(7):2049-58.

15. Saraceno B. *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível.* 2. ed. Belo Horizonte: Te Corá; Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia; 2001.

16. Baptista IAS, Zwarg MDS, Moraes R. *Reforma psiquiátrica e os dispositivos residenciais: afirmações e*

impasses. In: Machado LD, Lavrador MC, Barros MEB, organizadores. *Texturas da psicologia: subjetividade e política no contemporâneo.* São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001. p. 59-67.

17. Honorato CEM, Pinheiro R. O trabalho do profissional de saúde mental em um processo de desinstitucionalização. *Physis.* 2008; 18(2):361-80.

18. Furtado, J. P. et al. Subsídios para a diversificação de moradias destinadas a pessoas com transtorno mental grave no Brasil: uma revisão. *Interface Comun. Saúde Educ., Botucatu,* v. 17, n. 46, p. 635-648, jul-set. 2013.

19. Furtado JP. Inserção social e habitação: um caminho para a avaliação da situação de moradia de portadores de transtorno mental grave no Brasil. *Interface (Botucatu).* 2010; 14(33):389-400.

20. Araújo L, Cerqueira MM. Acesso ao cuidado e seus desafios: construindo e consolidando o vínculo. In: Büchele F, Petuco D, organizadores. *Álcool e outras drogas, da coerção à coesão: organização dos serviços para garantir acesso e promover vinculação do usuário de drogas.* Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2014.

21. Rotelli F. A instituição inventada. In: Nicácio MFS, organizadora. *Desinstitucionalização.* São Paulo: Hucitec; 1990. p. 89-100.

Correspondência para/ Reprint request to:

Danieli Simoni

Avenida Marechal Mascarenhas de Moraes, 1927,

Bento Ferreira, Vitória/ES, Brasil

CEP: 29050-945

Tel.: (28) 99945-2569

E-mail: danielisimoni@botmail.com

Data de submissão: 06/01/2017

Data de aceite: 19/02/2017

Lorena Bassi Capucho¹
Ludmila Forechi¹
Rita de Cassia Duarte Lima¹
Leila Massaroni¹
Cândida Caniçali Primo¹

Factors affecting exclusive breastfeeding

Fatores que interferem na amamentação exclusiva

ABSTRACT | Introduction: *The maintenance of exclusive breastfeeding depends on a range of factors, including biological, social, cultural, economic and political ones. Objective:* To evaluate the available evidence about the factors affecting exclusive breastfeeding. **Method:** *This is an Integrative review study using SciELO and LILACS databases and breastfeeding and weaning descriptors. The inclusion criteria were as follows: full articles in Portuguese and Spanish, published from 2005 to 2015, available in the above-mentioned databases and showing, in the results section, data on factors affecting breastfeeding. Results:* 134 articles were found and 13 met the inclusion criteria. *After analyzing the articles, five themes were defined: I: Family Context, II: Previous Experiences, III: Psychological Aspects, IV: Maternal Work and V: Breast problems related to breastfeeding. Conclusion:* *Reasons affecting exclusive breastfeeding practice and leading to early weaning were most often related to emotional variables, family, and social factors, such as the insertion of women in the labor market and the lack of time.*

Keywords | *Breastfeeding; Risk Factors; Weaning; Maternal Behavior; Working Mothers; Newborn.*

RESUMO | Introdução: A manutenção da amamentação exclusiva depende de vários fatores, entre eles biológicos, sociais, culturais, econômicos e políticos. **Objetivo:** avaliar as evidências disponíveis sobre os fatores que interferem na amamentação exclusiva. **Método:** Revisão integrativa da literatura nas bases de dados SciELO e LILACS com os descritores aleitamento materno e desmame; e utilizou os critérios de inclusão: artigos completos em português e espanhol, publicados de 2005 a 2015, disponíveis nas bases de dados mencionadas e terem nos resultados dados que mostrem fatores que influenciam na amamentação. **Resultados:** Foram encontrados 134 artigos e 13 atenderam os critérios de inclusão. Após a análise dos artigos, foram definidos cinco núcleos temáticos: Núcleo I: Contexto Familiar, II: Experiências Anteriores, III: Aspectos Psicológicos, IV: Trabalho Materno e V: Problemas mamários relacionados a amamentação. **Conclusão:** os fatores que interferem na amamentação exclusiva levando ao desmame precoce estão relacionados a fatores emocionais, familiares e principalmente sociais, como a inserção da mulher no mercado de trabalho e a falta de tempo para se dedicar à amamentação exclusiva.

Palavras-chave | Aleitamento materno; Fatores de risco; Desmame; Comportamento Materno; Trabalho Materno; Recém-nascido.

¹Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória/ES, Brasil.

INTRODUÇÃO |

O leite materno é o alimento ideal para o crescimento e o desenvolvimento dos bebês, recomenda-se amamentação exclusiva nos primeiros seis meses de vida. Amamentar reduz a mortalidade infantil, protege contra alergias, previne doenças crônicas não transmissíveis, melhora o desenvolvimento neurológico e estimula o vínculo afetivo entre mãe e bebê¹.

Embora sejam reconhecidas suas vantagens, os índices de continuidade da amamentação no Brasil são considerados baixos. A prevalência de aleitamento materno exclusivo é de 60,7% nos primeiros 30 dias, diminuindo progressivamente ao longo dos meses. Entende-se por desmame precoce a interrupção da amamentação antes dos seis primeiros meses de vida do bebê, independentemente do motivo, quer seja por desejo da mãe, quer não².

A decisão de amamentar é um processo complexo, influenciado pelo desejo e motivação da mulher, pelas experiências positivas³ próprias dos familiares e das amigas, pelas crenças e conhecimento sobre amamentação e pelo apoio recebido dos familiares, amigos e profissionais de saúde⁴.

O ato de amamentar é muito mais do que a passagem do leite de um organismo para outro, ele é um rico processo no estabelecimento e consolidação do vínculo e interação mãe e bebê. É por meio desse contato que o bebê se relaciona com o mundo a sua volta, abrindo-se assim para a significação do sujeito. Manter a calma, confiar em sua capacidade, manter a tranquilidade favorece o processo de amamentar. Por sua vez, ter medo de não ser capaz, sentir-se deprimida, sentir dor e principalmente estar ansiosa são alguns dos fatores que resultam no fracasso da amamentação⁴.

A mulher está inserida em um contexto social e, assim, a família e os profissionais de saúde também interferem no processo de amamentação, sendo na família, as avós, o parceiro e as figuras femininas os mais citados como influenciadores nas escolhas das formas de alimentação⁵.

A amamentação é foco de vários estudos na área da saúde, no entanto, ainda apresenta muitas lacunas. Considerando que a manutenção da amamentação exclusiva depende de vários fatores, entre eles biológicos, sociais, culturais, econômicos e políticos, o presente estudo tem por objetivo avaliar as evidências disponíveis na literatura sobre os fatores que interferem na amamentação exclusiva.

MÉTODOS |

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura em que a questão norteadora estabelecida foi: Quais são os fatores que interferem na amamentação exclusiva? A busca bibliográfica foi desenvolvida nas seguintes bases de dados: SciELO (Scientific Electronic Library Online) e LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde), todas elas indexadas na BVS (Biblioteca Virtual de Saúde). Para o levantamento de pesquisa foram utilizados os seguintes descritores: “aleitamento materno”, “amamentação” e “desmame” unidos em díades pela lógica booleana “and”.

O levantamento dos estudos ocorreu em agosto de 2016 e utilizou os seguintes critérios de inclusão: artigos completos em português e espanhol, publicados de 2005 a 2015, disponíveis nas bases de dados mencionadas anteriormente, que tivessem nos resultados dados que mostrassem fatores que influenciavam na amamentação. Os critérios de exclusão foram: artigos sem resumo; editoriais; monografias; teses e resumos de congresso ou eventos científicos; e estudos que exploravam o desmame em situações especiais como: prematuridade, nutrizes com patologias ou estudos ligados especificamente com análise de dados referentes a estados ou cidades.

A primeira seleção dos estudos foi feita a partir da análise dos títulos e resumos, e nos, casos de dúvida, a leitura dos textos completos das publicações. Foram encontrados 134 artigos nas bases e, após leitura dos resumos e aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, que resultaram em uma amostra de 13 artigos.

RESULTADOS/DISCUSSÃO |

Uma síntese dos artigos selecionados está apresentada no Quadro 1, de acordo com o autor, ano, objetivo, resultados e conclusões. Verificou-se que dos 13 artigos, 10 foram obtidos na base de dados SciELO e 3 LILACS, desses, 15,39% são apresentados no idioma Espanhol e 84,61% em Português. A maior parte dos estudos foi publicada nos anos de 2008 (23,07%) e 2012 (23,07%), seguido dos anos 2014 (15,38%), 2005 (7,69%), 2006 (7,69%), 2009 (7,69%), 2011 (7,69%) e 2015 (7,69%).

Quadro 1 - Distribuição dos artigos de acordo como autor, ano, objetivo, resultados e conclusão

Autor	Ano	Objetivo	Resultados	Conclusão
Joca et al.	2005	Investigar os fatores relacionados ao desmame precoce.	Os resultados foram agrupados em três segmentos: fatores de desmame relacionados com o perfil; a assistência pré-natal e o parto; e prática do aleitamento materno, e apresentada em forma de tabelas.	Os profissionais e a sociedade podem não estar preparados para favorecer a mulher no exercício da amamentação.
Faleiros, Trezza e Carandina	2006	Analisar diferentes fatores que podem influenciar na decisão das mães de amamentar.	Alguns fatores, como maternidade precoce, baixo nível educacional e socioeconômico maternos, são frequentemente considerados como determinantes do desmame precoce.	Apesar da relevância dos fatores mencionados, os aspectos culturais e a história de vida da mãe foram os mais importantes na decisão materna pelo aleitamento e pelo momento do desmame.
Pontes, Alexandrino e Osório	2008	Analisar a participação do pai no processo de amamentação.	Os pais presentes na amamentação passam segurança e conforto para as mães.	Pais que participam favorecem a amamentação.
Frota et al.	2008	Verificar o conhecimento das mães acerca da amamentação.	Mães que se envolvem com a amamentação permanecem amamentando por maior tempo.	Mães que compreendem o papel da amamentação na vida de seus filhos, amamentam por um tempo maior.
Araújo et al.	2008	Identificar os motivos que levaram as mulheres ao desmame precoce e analisar o conhecimento das mães sobre o aleitamento materno.	As análises revelaram que os fatores que motivaram ao desmame precoce foram: enfermidades da mãe que impediram o aleitamento; medicamentos utilizados por elas; e substituição do leite materno por outro alimento.	O conhecimento sobre aleitamento materno está pautado em discurso biomédico de saúde-doença.
Camarotti et al.	2009	Identificar as experiências anteriores da amamentação; identificar situações que consideram como obstáculo na amamentação atual.	Houve redução gradativa de aleitamento materno exclusivo.	Mãe adolescente requer atenção sem rótulos preconcebidos de incapacidade para cuidar do filho, guardando as especificidades da adolescência.
Carrascoza et al.	2011	Caracterizar e analisar a percepção de mães, que amamentaram seus filhos até que estes completassem seis meses de vida, em relação à prática do aleitamento materno.	A experiência de amamentação demonstrou-se por meio de diversas facetas, agrupadas em cinco categorias: (1) "Realização/Satisfação", (2) "Apego", (3) "Crescimento/Saúde", (4) "Medo do desmame" e (5) "Paciência".	Pode-se dizer que a experiência de amamentação, aos olhos das mães deste estudo, não se mostrou focada na criança.
Brasileiro et al.	2012	Analisar benefícios trabalhistas e fatores associados à manutenção dos índices de amamentação entre mães trabalhadoras.	A maior parte das participantes era primípara, passou por cesariana, iniciou a amamentação em menos de quatro horas após o parto e permaneceu com seu filho em alojamento conjunto.	Apoio, informações sobre o manejo da lactação e sobre seus direitos garantidos por lei, em conjunto com a ampliação do tempo de licença maternidade, poderão ter um importante papel na manutenção da prática do aleitamento materno.

*continua.

Niño, Escobar e Atalah	2012	Analisar os fatores que contribuem para a amamentação até o 6º mês de vida do bebê.	Alguns fatores, como: baixo nível educacional e fatores emocionais são considerados como determinantes no desmame precoce.	Mães preparadas amamentam por maior tempo.
Gorrita e Brito	2012	Analisar os fatores que contribuem para a amamentação.	A importância de analisar os fatores emocionais que interferem na amamentação.	Mães seguras e conscientes da importância da amamentação amamentam por maior tempo.
Fialho et al.	2014	Analisar as inúmeras vantagens do aleitamento materno.	Mães que se envolvem com a amamentação permanecem amamentando por maior tempo.	Mães preparadas amamentam por maior tempo.
Rocci e Fernandes	2014	Verificar o tempo médio do aleitamento materno exclusivo (AME).	Houve correlação estatisticamente significativa entre o tempo de AME e dificuldades na amamentação.	O estudo demonstrou a influência positiva da equipe de saúde na adesão das mães ao AME.
Oliveira et al.	2015	Conhecer a vivência de mães em relação à amamentação e as intercorrências que contribuem para o desmame precoce	Os dados apontaram que ao término dos 6 meses das crianças, somente 19,1%, continuavam em Aleitamento Materno Exclusivo. As principais alegações para o desmame precoce foram: Déficit de conhecimentos inexperiência/ insegurança; Banalização das angústias maternas; Intercorrências da mama puerperal; Interferências familiares; Leite fraco/insuficiente; trabalho materno.	O estudo reforçou a necessidade de ajustes no modelo de atenção vigente, ultrapassando aplicabilidade de técnicas predefinidas, incentivando a criatividade dos profissionais de saúde na construção de novos saberes e condutas.

Após a análise dos artigos estudados, foram definidos cinco núcleos temáticos para serem discutidos a respeito dos fatores que interferem na amamentação exclusiva, são eles: I: Contexto familiar, II: Experiências anteriores, III: Aspectos psicológicos, IV: Trabalho materno e V: Problemas mamários relacionados a amamentação.

As pessoas presentes no cotidiano da mãe estão diretamente ligadas ao apoio à manutenção da amamentação. A fala dos familiares próximos favorece, ou não, o aleitamento materno^{6,7,8}. A influência das avós também é apontada como um pilar para a amamentação, por meio de suas experiências e relato de suposto saber⁹. A cultura e o histórico familiar interferem fortemente nas crenças maternas, na sua capacidade de acreditar no processo de amamentação, em seus medos e dúvidas.

Uma mãe mais bem preparada durante a gestação e no pós-parto mantém a amamentação exclusiva por maior tempo, além de se sentir mais segura quando possui o suporte dos familiares e das redes de apoio à amamentação^{6,10}.

Com relação à presença do pai no período de amamentação, o fato da mãe ter uma união estável e duradora favorece a amamentação, devido ao vínculo e o apoio do companheiro¹¹. A figura paterna no cotidiano da amamentação deixa a mãe mais segura e empoderada. O pai ou companheiro presente na vivência da amamentação, dividindo as responsabilidades com a parceira e afirmando o desejo dela perante a essa nova fase no momento em que a mãe já não se sente mais segura ou pense em parar de amamentar.

Em se tratando de ter ou não uma experiência anterior com amamentação, as mães que tiveram uma experiência prévia positiva, normalmente encaram a amamentação de forma segura, leve e desejam repetir essa vivência com seu novo bebê^{6,9}. Já as mães que passaram por uma experiência anterior malsucedida apresentam maiores dificuldades devido a sentimentos como insegurança e medo do fracasso. Muitas vezes as mães deixam de tentar por falta de incentivo dos familiares e por medo de não se sentirem capazes¹². A idade da mãe na experiência anterior é apontada como um ponto forte na manutenção ou não

da amamentação, quando a mãe passa por uma situação traumática em outra gestação, normalmente se sente incapaz para desejar novamente vivenciar essa experiência e, com isso, cria barreiras para amamentar¹³. É preciso que a mulher confie na sua capacidade de ressignificar seus desejos e suas vontades para que possa superar essas barreiras.

Com relação aos aspectos psicológicos, os laços afetivos mãe-bebê podem, ou não, favorecer a amamentação¹⁴. Sentimentos como medo, insegurança, ansiedade fazem parte do processo de amamentação e estão no cotidiano da vida das mães que amamentam. Acreditar na capacidade de amamentar e se sentir segura é fundamental nesse processo.

Conhecer a história de vida dessa mulher durante a gestação é fundamental⁶. Poder trabalhar seus medos e inseguranças ainda durante a gestação facilita o processo de amamentação, além de empoderar a mulher para suas decisões e escolhas nessa nova fase de sua vida.

A depressão ou a tristeza pós-parto são fatores que interferem negativamente no processo de amamentação¹⁵. É preciso ressignificar os medos e anseios em relação à amamentação, acreditando que com o apoio familiar e dos profissionais capacitados poderá romper essa fase e viver plenamente esse momento de sua vida.

O crescimento da participação feminina no mercado de trabalho foi uma das transformações sociais ocorridas ao longo dos últimos anos, o que implica mudança do comportamento da mulher em relação à amamentação^{14,16}. O trabalho materno extradomiciliar é um fator agravante para a descontinuidade da amamentação, visto que o tempo de afastamento do bebê é maior e, com isso, novas maneiras de suprir essa ausência passam a ser pensadas pelas mães. Esses aspectos são potencializados quando a renda da mãe é a fonte de manutenção e sobrevivência da família, e, com isso, ela passa a não comprometer seu trabalho, ausentando-se das empresas, mesmo seguindo critérios vinculados a leis.

Os problemas mamários, como dor e desconforto, estão entre os principais fatores que levam à ocorrência do desmame precoce¹⁷. O tipo de mamilo também tem influência nessa prática, embora não as impeçam. A gestante mais bem preparada durante a gestação certamente vivenciara essa fase de forma tranquila e com menos problemas^{6,18}. O acompanhamento de profissionais preparados para lidar

com essas intercorrências também favorece a manutenção, ou não, da amamentação. Normalmente as maiores dificuldades acontecem nos primeiros dias após o parto, e podem deixar marcas que acompanhem a mãe durante todo o período de amamentação¹⁷.

CONCLUSÃO |

A presente revisão identificou que o contexto familiar no qual mãe e bebê estão inseridos, as experiências anteriores relacionadas à amamentação, os aspectos psicológicos, o trabalho materno e os problemas mamários relacionados à amamentação são fatores intervenientes da amamentação exclusiva. A crença da mãe sobre ser capaz de amamentar é um dos pontos principais de discussão em grande parte dos artigos levantados, bem como a importância das redes de apoio que asseguram confiança e os direitos das mães para a manutenção da amamentação.

Mediante os resultados, é possível concluir que o desmame precoce está relacionado a fatores emocionais, familiares e principalmente sociais, como a inserção da mulher no mercado de trabalho e a falta de tempo para se dedicar a amamentação exclusiva. Amamentar não é algo fácil, demanda tempo, confiança e participação de todos. O vínculo mãe/bebê se fortalece no contato pele a pele e várias patologias são prevenidas.

É de fundamental importância que a mulher se sinta assistida nas suas dúvidas, insegurança e dificuldades no processo de amamentação. Para que ela possa assumir, com mais segurança, o papel de mãe e provedora do leite de seu filho. Uma mãe empoderada será capaz de manter a amamentação por maior tempo. Quer seja pela demanda de seu filho ou pelo seu desejo como mulher.

Dessa forma, a prática da amamentação deve ser incentivada por todos, para que não se perca em uma fase em que a “falta de tempo” torne-se algo tão presente em nosso cotidiano.

REFERÊNCIAS |

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança:

- aleitamento materno e alimentação complementar. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. (Cadernos de Atenção Básica).
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. II Pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
3. Ryan K, Todres L, Alexander J. Calling, permission, and fulfillment: the interembodied experience of breastfeeding. *Qual Health Res.* 2011; 21(6):731-42.
4. Primo CC, Nunes BP, Lima EFA, Leite FMC, Pontes MB, Brandão MAG. Which factors influence women in the decision to breastfeed? *Invest Educ Enferm.* 2016; 34(1):198-210.
5. Primo CC, Dutra PR, Lima EFA, Alvarenga SC, Leite FMC. Redes sociais que apoiam a mulher durante a amamentação. *Cogitare Enferm.* 2015; 20(2):426-33.
6. Faleiros FTV, Trezza EMC, Carandina L. Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração. *Rev Nutr.* 2006; 19(5):623-30.
7. Oliveira CS, Iocca FA, Carrijo MLR, Garcia RATM. Amamentação e as intercorrências que contribuem para o desmame precoce. *Rev Gaúcha Enferm.* 2015; 36(n. esp.):16-23.
8. Carrascoza KC, Possobon RF, Costa Júnior AL, Moraes ABA. Aleitamento materno em crianças até os seis meses de vida: percepção das mães. *Physis.* 2011; 21(3):1045-59.
9. Rocci E, Fernandes RAQ. Dificuldades no aleitamento materno e influência no desmame precoce. *Rev Bras Enferm.* 2014; 67(1):22-7.
10. Niño M R, Silva Escobar G, Atalah Samur EJ. Factores asociados a la lactancia materna exclusiva. *Rev Chil Pediatr.* 2012; 83(2):161-9.
11. Pontes CM, Alexandrino AC, Osório MM. Participação do pai no processo da amamentação: vivências, conhecimentos, comportamentos e sentimentos. *J Pediatr (Rio J).* 2008 84(4):357-64.
12. Joca MT, Barros SKS, Oliveira RL, Monteiro MAA, Pinheiro AKB. Fatores que contribuem para o desmame precoce. *Esc Anna Nery.* 2005; 9(3):356-64.
13. Camarotti CM, Nakano AMS, Pereira CR, Medeiros CP, Monteiro JCS. Perfil da prática da amamentação em grupo de mães adolescentes. *Acta Paul Enferm.* 2011; 24(1):55-60.
14. Araújo OD, Cunha AL, Lustosa LR, Nery IS, Mendonça RCM, Campelo SMA. Aleitamento materno: fatores que levam ao desmame precoce. *Rev Bras Enferm.* 2008; 61(4):488-92.
15. Gorrita Pérez RR, Brito Herrera B. Factores relacionados con la utilización insuficiente de la lactancia materna. *Medimay.* 2012; 18(2):154-63.
16. Brasileiro AA, Ambrosano GMB, Marba STM, Possobon RF. A amamentação entre filhos de mulheres trabalhadoras. *Rev Saúde Pública.* 2012; 46(4):642-8.
17. Frota MA, Aderaldo NNS, Silveira VG, Rolim KMC, Martins MC. O reflexo da orientação na prática do aleitamento materno. *Cogitare Enferm* 2008; 13(3): 403-9.
18. Fialho FA, Lopes AM, Dias IMAV, Salvador M. Fatores associados ao desmame precoce do aleitamento materno. *Rev Cuid.* 2014; 5(1):670-8.

Correspondência para/Reprint request to:

Lorena Bassi Capucho

An. Celeste Faé, 1171,

Nossa Senhora da Conceição, Linhares/ES, Brasil

CEP: 29900-525

Tel.: (27) 99822-3149

E-mail: psilorenabc@yaboo.com.br

Data de submissão: 12/01/2017

Data de aceite: 24/02/2017

INSTRUÇÕES AOS AUTORES |

MISSÃO E ESCOPO |

A Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde (RBPS) é uma publicação do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo. Tem a missão de publicar manuscritos de elevado nível técnico-científico que contribuam para a promoção do conhecimento nas áreas das Ciências da Saúde e afins, com o foco interdisciplinar em Saúde Coletiva. A RBPS destina-se à publicação trimestral de manuscritos científicos, incluindo editoriais, artigos originais, artigos de revisão sistemática e relatos de casos, referentes a assuntos e estudos de interesse técnico-científico nas áreas das Ciências da Saúde.

RESPONSABILIDADE DO AUTOR |

Todos os manuscritos publicados representam a opinião dos autores e não refletem a política oficial do Centro de Ciências da Saúde, da sua diretoria, do corpo editorial da RBPS e nem da instituição à qual o autor é filiado, a menos que seja declarado em documento.

Os manuscritos submetidos à RBPS devem atender ao seu objetivo e às instruções aos autores, não sendo permitida a sua apresentação simultânea a outro periódico impresso ou eletrônico.

ASPECTOS ÉTICOS |

Conflito de Interesse

Solicita-se aos autores o envio de uma Declaração de Conflito de Interesse, assinada por todos os autores, para legitimar a idoneidade dos resultados do estudo submetido, conforme modelo a seguir:

Declaração de Conflito de Interesse

Eu, _____, autor responsável pelo manuscrito “_____”, declaro que nenhum dos autores deste estudo possui qualquer tipo de interesse abaixo descrito, ou outros que configurem o chamado Conflito de Interesse. Declaro que o manuscrito apresentado não recebeu qualquer suporte financeiro da indústria ou de outra fonte comercial e nem eu, nem os demais autores ou qualquer parente em primeiro grau possuímos interesses financeiros/outras no assunto abordado no manuscrito.

Em caso contrário, específico, abaixo, qualquer associação que possa representar um conflito de interesse que eu e/ou os demais autores ou seus parentes de primeiro grau tive(mos) nos últimos cinco anos com empresas privadas e/ou organizações, mesmo sem fins lucrativos — por exemplo: participação em inventos/desenvolvimento de *software*, aparelho, técnica de tratamento ou laboratorial, equipamentos, dispositivos ou tecnologias; participações e atividades de consultoria e/ou palestras; propriedade intelectual; participação acionária; situações de licenciamento de patentes etc.

Local, __/__/__. Assinatura(s): _____

Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

Os resultados de pesquisas que envolvam seres humanos, submetidos à RBPS, deverão estar de acordo com a Resolução n. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Brasil e com os princípios éticos da Declaração de Helsinki (2000), além do atendimento a legislações específicas do País no qual a pesquisa foi realizada. Nos experimentos conduzidos com animais, devem

ser seguidos os guias da Instituição dos Conselhos Nacionais de Pesquisa sobre o uso e cuidado dos animais de laboratório.

Os estudos envolvendo seres humanos ou animais só serão publicados mediante o envio da cópia de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, Comitê de Ética em Pesquisa com Animais ou órgão equivalente.

Registro de Ensaios Clínicos

Manuscritos com resultados de pesquisas clínicas devem apresentar um número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE), cujos endereços estão disponíveis no site: <<http://www.icmje.org/>>. O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo.

Direitos Autorais

Solicita-se aos autores dos manuscritos submetidos à apreciação enviar à RBPS uma Declaração de Responsabilidade e Transferência de Direitos Autorais, contendo a assinatura de cada um dos autores, de acordo com o modelo apresentado a seguir:

Declaração de Responsabilidade e Transferência de Direitos Autorais

Nós, abaixo assinados, transferimos todos os direitos autorais do manuscrito intitulado “_____” à Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde. Declaramos, ainda, que o manuscrito é original e não está sendo considerado para publicação em outra revista, no formato impresso ou eletrônico. (Discriminar as funções de cada autor)

Exemplos:

(Nome do autor) realizou a aplicação do questionário, experimento clínico, correção e edição final.

(Nome do autor) realizou a busca bibliográfica, coletou dados e atuou na redação, correção e edição final.

Local, __/__/__. Assinatura(s): _____

PROCEDIMENTOS EDITORIAIS |

Na seleção de manuscritos para publicação, avaliam-se a originalidade, a relevância e a metodologia, além da adequação às normas editoriais adotadas pelo periódico.

Ao ser submetido à avaliação, o manuscrito é avaliado pela Secretaria para efetuar a análise inicial, observando se está em concordância com as normas de publicação da RBPS. Em seguida, o artigo é repassado aos editores científicos.

Os manuscritos só iniciarão o processo de tramitação se estiverem de acordo com as Diretrizes para Autores. Caso contrário, serão devolvidos para adequação às normas e inclusão de documentos eventualmente necessários.

Os editores científicos recebem os manuscritos enviados pelo editor-chefe, avaliam se estão em concordância com o escopo de publicação da RBPS e repassam aos editores associados.

Os editores associados recebem manuscritos científicos encaminhados pelos editores científicos e repassam a dois revisores *ad hoc*: um revisor vinculado a instituições localizadas no Estado do Espírito Santo ou em outros Estados, e o outro

revisor lotado obrigatoriamente em instituições localizadas fora do Espírito Santo ou fora do Brasil.

Os editores associados recebem as avaliações dos revisores *ad hoc*, elaboram parecer consubstanciado dos manuscritos científicos e remete-os aos editores científicos, num prazo máximo de 30 dias úteis.

O processo de avaliação por pares é o sistema de *blind review*, procedimento sigiloso quanto à identidade tanto dos autores quanto dos revisores, por isso os autores deverão empregar todos os meios possíveis para evitar a identificação de autoria do manuscrito.

Os pareceres dos revisores comportam três possibilidades: a) aceito; b) aceito com restrições; c) recusado. Em quaisquer desses casos, o autor será comunicado.

Os manuscritos, quando aceitos, estarão sujeitos a pequenas correções ou modificações que não alterem o estilo do autor. Essas eventuais modificações só ocorrerão após prévia consulta ao autor. No caso de aceite com restrições, a Secretaria devolverá o manuscrito aos autores para que façam as devidas alterações indicadas pelos revisores *ad hoc* e reapresentem para nova avaliação. Quando recusado, a Secretaria devolverá o manuscrito aos autores com a justificativa.

CONTEÚDO DAS SEÇÕES |

Os manuscritos enviados à RBPS devem ser redigidos no idioma português ou inglês e devem se enquadrar em uma das seções da revista, descritas a seguir:

1 - Editorial – comentário crítico e aprofundado, preparado pelos editores da Revista e/ou por pessoa convidada com notória vivência sobre o assunto abordado. Deve conter a estrutura de um texto dissertativo, com Introdução, Desenvolvimento, Conclusão e Referências.

2 - Artigos originais (perfazem mais de 80% da edição) – apresentam resultados inéditos de pesquisa epidemiológica, clínica ou experimental, entre outros. Devem conter em sua estrutura: Introdução, Objetivo, Métodos, Resultados, Discussão, Conclusão e Referências.

3 - Revisões sistemáticas – avaliação crítica sistematizada sobre determinado assunto, devendo ter conclusões. Devem ser descritos os procedimentos adotados – metodologia de busca, critérios de inclusão e exclusão, resultados e discussão – esclarecendo a delimitação do tema. Devem conter em sua estrutura: Introdução, Objetivo, Métodos, Resultados, Discussão, Conclusão e Referências.

4 - Relatos de casos – apresentação da experiência profissional, baseada em estudos de casos peculiares e/ou em novas técnicas, com comentários sucintos de interesse para a atuação de outros profissionais da área. Devem conter em sua estrutura: Introdução, Relato(s) do(s) Caso(s), Discussão e Referências. Para relatos de técnicas: Introdução, Apresentação da Técnica, Conclusão e Referências.

APRESENTAÇÃO DO MANUSCRITO |

Os manuscritos deverão ser digitados em *Word for Windows* e enviados exclusivamente pelo Sistema On-line de Submissão de Manuscritos (<http://periodicos.ufes.br/RBPS/index>), acompanhados dos

documentos digitalizados: Declaração de Conflito de Interesse, Carta de Aprovação do Comitê de Declaração de Responsabilidade e Transferência de Direitos Autorais.

As páginas do manuscrito devem estar numeradas e configuradas para papel A4, com margens superior, inferior, esquerda e direita de 3cm, fonte Arial tamanho 12 e espaço duplo, com alinhamento do texto justificado. O número de páginas está limitado a 25 e deve obedecer à configuração acima, incluindo Página de Rosto, Resumo, Abstract, Introdução, Métodos, Resultados, Discussão, Conclusão, Referências, além de ilustrações (figuras, tabelas, quadros, gráficos, fotos etc.).

Página de rosto

Deverá ser enviada uma página de rosto contendo somente os seguintes itens: título do manuscrito em português e inglês e nome completo dos autores, informação sobre a afiliação dos autores (principal instituição de origem, cidade, estado e país), nome e endereço completo para correspondência, local em que o estudo foi realizado. Indicação do responsável pela troca de correspondência, fornecendo endereço completo (CEP, telefone e E-mail) para contato.

Devem ser incluídas na folha de rosto as fontes de financiamento para realização da pesquisa, tais como: bolsas de estudos e auxílios financeiros.

Resumo e Abstract

Os resumos devem possibilitar ao leitor avaliar o interesse do manuscrito e compor uma série coerente de frases, e não a simples enumeração de títulos, fornecendo, portanto, uma visão clara e concisa do conteúdo do manuscrito, suas conclusões significativas e a contribuição para a **saúde coletiva**. Deve conter, no máximo, 250 palavras e ser apresentado em português e inglês, incluindo palavras de estrutura (Introdução, Objetivo, Métodos, Resultados, Conclusão) e palavras-chave.

Palavras-chave e Keywords

São palavras ou expressões que identificam o conteúdo do manuscrito, fornecidas pelo próprio autor. Deverão ser seguidos os cabeçalhos de assuntos dos **Descritores em Ciências da Saúde (DeCS)**, em português e inglês, indicados pela Biblioteca Virtual em Saúde (<http://regional.bvsalud.org/php/index.php>).

Estrutura do texto

A estrutura do texto deverá estar de acordo com a natureza do manuscrito: Editorial, Artigos Originais, Revisões Sistemáticas, Relato de Casos.

ILUSTRAÇÕES |

As ilustrações e tabelas do manuscrito submetido à apreciação estão limitadas ao número máximo de **cinco**. No entanto, no caso de aceite do manuscrito, serão solicitados aos autores os arquivos originais em que as ilustrações e tabelas foram construídas a fim de permitir a formatação gráfica.

De acordo com a ABNT, NBR 14724, de 17 de março de 2011, “Qualquer que seja o tipo de ilustração [ou tabela], sua

identificação aparece na parte superior, precedida da palavra designativa (desenho, esquema, fluxograma, fotografia, gráfico, mapa, organograma, planta, quadro, retrato, figura, imagem, entre outros), seguida de seu número de ordem de ocorrência no texto, em algarismos arábicos, travessão e do respectivo título”. Os desenhos enviados poderão ser melhorados ou redesenhados pela produção da Revista, a critério do Corpo Editorial. Imagens fotográficas deverão ser apresentadas na forma de *slides* e em duplicata. Na falta destes, as fotografias em papel devem ser acompanhadas dos negativos que lhe deram origem. Imagens digitais poderão ser aceitas desde que sua captação primária tenha ocorrido, pelo menos, em tamanho (10cm x 15cm) e com resolução adequada (300 dpi). Muitas máquinas fotográficas digitais, comerciais ou semiprofissionais, não alcançam os parâmetros citados, portanto não se prestam a produzir imagens com qualidade profissional para reprodução. Desenhos e esquemas deverão ser limitados ao mínimo, feitos, preferencialmente, em *Corel Draw*, devendo ser fornecidos em formato digital junto com o arquivo do manuscrito e apresentados em folhas separadas. Se houver figuras extraídas de outros trabalhos previamente publicados, os autores devem providenciar permissão, por escrito, para a reprodução. Essa autorização deve acompanhar o manuscrito submetido à apreciação para publicação. Todas as ilustrações e tabelas, sem exceção, devem ser citadas no corpo do texto e ser apresentadas em páginas separadas.

Agradecimentos

É opcional aos autores. Devem ser breves, diretos e dirigidos apenas a pessoas ou instituições que contribuíram substancialmente para a elaboração do manuscrito. Deverão estar dispostos no manuscrito antes das referências.

REFERÊNCIAS |

As referências estão limitadas a um número máximo de 30 (exceto para revisões sistemáticas) e devem ser apresentadas na ordem em que aparecem no texto, numeradas e normatizadas de acordo com o Estilo Vancouver. Os exemplos devem estar conforme os Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html). A exatidão das referências é de responsabilidade dos autores. Referências a documentos não indexados na literatura científica mundial, em geral de divulgação circunscrita a uma instituição ou a um evento (teses, relatórios de pesquisa, comunicações em eventos, dentre outros) e informações extraídas de documentos eletrônicos, não mantidas permanentemente em sites, se relevantes, devem figurar no rodapé das páginas do texto onde foram citadas.

Citação das referências no texto

Seguir o sistema numérico de citação, no qual somente os números índices das referências, na forma sobrescrita, são indicados no texto. Não devem ser citados os nomes dos autores e o ano de publicação. Somente é permitida a citação de nome de autores (seguido de número índice e ano de publicação do manuscrito) se estritamente necessário. Exemplos de citação de referências no texto:

- Números aleatórios

“O processamento é negligenciado pela maioria dos profissionais, chegando alguns autores a afirmar que cerca de 90% das falhas em radiografias acontecem na câmara escura”^{2,8,10}.

- Números aleatórios e sequenciais

“Desde que observações clínicas comprovaram que lesões de mancha branca são reversíveis, a remineralização passou a ser um importante mecanismo na prevenção e redução clínica das cáries em esmalte”¹⁻⁴.

- Citação de nome de autor

“Cassatly et al.² reportam um caso de osteomielite em uma paciente submetida à apicectomia com laser de Nd:YAG, que levou à necrose de parte da maxila, pela difusão do calor gerado ao tecido ósseo adjacente ao ápice radicular.”

Abreviaturas

Não são recomendáveis, exceto as reconhecidas pelo Sistema Internacional de Pesos e Medidas ou as consagradas nas publicações médicas, que deverão seguir as normas internacionais tradicionalmente em uso (aprovadas pelo documento de Montreal publicado no *British Medical Journal* 1979;1:532-5). Quando o número de abreviaturas for significativo, providenciar um glossário à parte.

Nomes de drogas

A utilização de nomes comerciais (marca registrada) não é recomendável; quando necessário, o nome do produto deverá vir após o nome genérico, entre parênteses, em caixa-alta-e-baixa, seguido pelo símbolo que caracteriza a marca registrada, em sobrescrito.

CONSIDERAÇÕES FINAIS |

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a sua conformidade em relação a todos os itens aqui listados. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

Toda a correspondência deve ser enviada à Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde

Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Espírito Santo, Avenida Marechal Campos, n. 1468, Maruípe, Vitória, Espírito Santo, Brasil, Cep: 29040-090. E-mail: rbps.ccs@ufes.br



Universidade Federal do Espírito Santo
Excelência em Ensino Superior desde 1961