

## EXPERIÊNCIA DA OUVIDORIA DO HCPA: RESULTADOS OBTIDOS EM 2005

MOACIR ASSEIN ARUS; MARILEA RODEGHERI; EDUARDO ALTAMIRANO; NÁDIA FRITZEN

A Ouvidoria do HCPA foi criada a partir da 260ª Reunião do Conselho Diretor em janeiro e iniciou suas atividades na 2ª quinzena de março de 2005. Tem como população alvo clientes internos (professores, funcionários, médicos-residentes e estudantes) e externos (pacientes, familiares, fornecedores, prestadores de serviço, gestores de saúde e comunidade em geral). As atribuições são: atender e acolher a comunidade, registrando suas manifestações, reclamações, sugestões e elogios; encaminhar e acompanhar as manifestações até a solução final, retornando ao usuário aos devidos esclarecimentos e/ou soluções adotadas e garantir a implantação das mesmas; preservar a qualidade do serviço assistencial, a satisfação do usuário e os princípios éticos que norteiam o trabalho na área de saúde. As manifestações são recebidas através de entrevista pessoal, por telefone, fax, carta, e-mail (correio eletrônico), home page. O objetivo é descrever a experiência de nove meses de atuação da Ouvidoria do HCPA, e os resultados obtidos. A metodologia utilizada será tipo relato de caso. De março a dezembro de 2005 recebemos 1389 manifestações. Destas 1086(78%) foram resolvidas e 303 (22%) estão pendentes. Do total das manifestações 181 (13%) foram provenientes do público interno. Entre as reclamações (811), identificamos problemas referentes a consultas, exames, procedimentos, cirurgias, altas hospitalar, relação profissional-paciente, documentação e instalações/equipamentos. Recebemos também sugestões, solicitações, orientações e elogios. Das Sugestões de Melhorias recebidas pela Ouvidoria, 20 foram encaminhadas e aguardam implementação, 14 estão em fase de implementação e 17 já foram implementadas. A avaliação do trabalho da Ouvidoria após nove meses de funcionamento permite a identificação de problemas de ordem funcional e administrativa que propiciam a reavaliação de processos de trabalho da instituição com conseqüente satisfação do usuário.

## PERFIL DAS CRIANÇAS QUE NASCERAM COM BAIXO PESO NO MUNICÍPIO DE GRAVATAÍ ACOMPANHADAS PELO PROJETO CRESCER BEM

CAMILA PRESTES PINHEIRO; GEANA SILVA DOS SANTOS; CINTIA PINHEIRO DOS SANTOS

De acordo com a OMS há uma alta prevalência de BPN– “baixo peso ao nascer” (peso menor que 2.500g) em países em desenvolvimento. Sabe-se que esse é um fator importante na causa da mortalidade infantil. O presente estudo, transversal, foi realizado a partir dos dados coletados das fichas do projeto Crescer Bem, em Gravataí (município da região metropolitana de Porto Alegre) que tem como finalidade reduzir a mortalidade infantil. Objetivou-se relacionar a frequência de crianças com BPN em diferentes grupos de idade materna, bem como identificar fatores de risco que levam uma criança a nascer com o peso abaixo do considerado normal. A coleta de dados foi feita a partir das fichas utilizadas no Projeto Crescer Bem, para visita domiciliar. De onde foram selecionadas as crianças conforme o BPN, e se dividiu em três grupos de acordo com a idade materna: GI-10 a 19; GII-20 a 34; e GIII->35 anos. Também se utilizou outras variáveis influentes no BPN como: tabaco na gestação, escolaridade materna, consultas pré-natal, doenças na gestação, tempo e tipo de gestação. Num total de 418 fichas avaliadas, 174 (41%) apresentaram BPN. O resultado mais expressivo foi encontrado no grupo de mães adolescentes (44%), considerada principal categoria de risco. Nos três grupos houve uma prevalência de mães não fumantes (70,6%) e com o ensino fundamental incompleto (67,2%). Quanto à presença de doenças durante a gestação, o GIII chegou a 75,7% das mães, indicando ser um grupo de risco. Sobre a consulta pré-natal ocorreu uma alta incidência de mães com quatro a seis, e maior que sete consultas. Obteve-se um grande número de crianças pré-termas nos três grupos, totalizando 45,4%, um resultado expressivo, pois, a prematuridade é um dos principais fatores que levam ao BPN (MONTEIRO, 2000).

## A INTERFERÊNCIA DO ARMAZENAMENTO SOBRE A QUALIDADE DA ÁGUA TRATADA PARA O CONSUMO HUMANO

JULIANA SHIRAZAWA DE FREITAS; CARMEN MARIA BARROS DE CASTRO; KATIA VALENÇA CORREIA LEANDRO DA SILVA; CYNTHIA ISABEL RAMOS VIVAS PONTE

Introdução: A água consumida em setores públicos e privados deve apresentar uma qualidade que garanta segurança contra patologias por ela transmitida. Portanto, é de grande importância a verificação da qualidade da água consumida após o armazenamento em reservatórios. Nesse trabalho será realizada a coleta de água em pontos distintos nas cidades de Porto Alegre e Viamão, a fim de verificar a interferência do armazenamento da água sobre sua qualidade. Objetivos: 1) Analisar a água na entrada e saída de reservatórios, a fim de verificar a interferência do armazenamento sobre a qualidade da água consumida; 2) Verificar a adequabilidade das principais características da água consumida, após armazenamento, aos padrões de potabilidade. Materiais e Métodos: A coleta de água está sendo realizada em 10 pontos distintos com periodicidade mensal. São os pontos: reservatórios situados no Campus do Vale da UFRGS em Porto Alegre, nos prédios do Colégio de Aplicação, Instituto de Geociências, Ecologia, do IPH e do RU, além do bebedouro da Escola Estadual de 1º grau completo Érico Verríssimo e torneira de entrada e bebedouro da Escola Municipal Walter Jobim em Viamão. Estão sendo realizados testes físico-químico e biológicos: pH, cor, turbidez, alcalinidade, CO<sub>2</sub>, cloro residual livre e coliformes fecais. Resultados: Os resultados das análises das amostras servirão de base para elaboração de um Relatório Técnico que possibilitará aos órgãos responsáveis uma avaliação das condições de armazenamento da água, identificando eventuais medidas de manutenção para a preservação da qualidade da água consumida pela comunidade e conseqüente diminuição de riscos de contaminação.

## HISTÓRICO DA ESPECIALIDADE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE (MFC) NO BRASIL

JOÃO WERNER FALK

Introdução: O presente trabalho relata a história da Medicina de Família e Comunidade (MFC) no Brasil. Material e métodos: Pesquisa histórica. Resultados e conclusões: Desde a década de 60 ocorriam experiências que se aproximavam do que hoje conhecemos como Atenção Primária em Saúde (APS) e até mesmo como MFC. Mas a primeira manifestação escrita e nem estruturada da área foi o “Projeto de um Sistema de Saúde Comunitária”, em 1974, no Centro de Saúde Escola Murialdo, em Porto Alegre, onde, em 1976, também iniciou um dos três primeiros Programas de Residência Médica (PRM) nesta área no país (os outros na UERJ, no Rio de Janeiro e na UFPE, na região metropolitana de Recife). Tudo isso antes da Declaração de Alma Ata (1978). Em 1981, a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) formaliza os PRM nesta especialidade sob o nome de Medicina Geral Comunitária (MGC) e é fundada a entidade que hoje se denomina Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), que atualmente já alcançou mais de 2.500 sócios e 14 associações estaduais filiadas. Em 1986, o Conselho Federal de Medicina (CFM) reconhece esta Especialidade Médica, e ocorreu o primeiro dos oito Congressos Brasileiros

de MFC já realizados até este momento. A especialidade passou a crescer muito após a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994, do qual a SBMFC participou do documento de criação. Em 2002 a SBMFC se filia à Associação Médica Brasileira e a duas entidades internacionais. De 2000 para cá, o PSF mais que triplica sua dimensão, passando de 22.000 equipes no país, intensificando-se o descompasso entre a ampliação do mercado de trabalho e a pequena escala de formação e capacitação de profissionais em APS. De 2003 até esse momento, a SBMFC já realizou cinco Concursos para Título de Especialista em Medicina de Família e Comunidade (TEMFC) e a especialidade se expandiu em quantidade e em qualidade, na assistência, no ensino, na pesquisa e na educação continuada.

#### PREVALÊNCIA DE STREPTOCOCCUS AGALACTIAE EM GESTANTES DE URUGUAIANA RS DETECTADA PELA TÉCNICA DE REAÇÃO EM CADEIA DA POLIMERASE (PCR)

JOSÉ LUIZ SALDANHA DA SILVEIRA; MUNARI, FM; GIOVANELLA, P; FERRI, C; FIORI, RM; XAVIER, RM; LAURINO, JP

O *Streptococcus agalactiae* (EGB) é um dos principais patógenos causadores de sepse neonatal precoce (SNP) nos países desenvolvidos e em desenvolvimento. A adoção de medidas baseadas na pesquisa ativa para identificação das gestantes colonizadas pelo EGB, e correspondente quimioprofilaxia no momento do parto fazem parte de significativos esforços para o desenvolvimento de estratégias capazes de minimizar os riscos da transmissão vertical do EGB durante a gestação e o parto, e assim, diminuir a ocorrência da SNP. O objetivo deste trabalho é relatar a prevalência da colonização materna pelo EGB nas gestantes atendidas no Serviço de Saúde da Mulher em Uruguaiana (RS) utilizando a técnica de PCR, medir a frequência de exposições e relatar a estimativa de risco através da razão de prevalência. O trabalho teve um delineamento transversal contemporâneo. A coleta do material foi realizada através de swab combinado vaginal e anal. O material coletado foi mantido em meio de Stuart e a análise realizada por PCR no Serviço de Patologia Clínica do HCPA/UFRGS em até 72 horas. As amostras eram inoculadas em meio seletivo BHI, suplementado com 8µg/ml de gentamicina e 15µg/ml de ácido nalidíxico. Posteriormente o DNA das culturas era extraído e submetido à PCR. A razão de prevalência foi utilizada como medida de risco. Os dados foram expressos como percentual com intervalo de confiança de 95% (&#8734;=0,05). A força de associação entre as variáveis foi submetida à análise utilizando-se o teste do X<sup>2</sup>. Foram incluídos no estudo 121 pacientes, sendo que 28 (23,1%) destes apresentaram PCR positiva para o EGB. A associação com aborto prévio apresentou um p=0,05. O estudo detectou uma prevalência alta de colonização das gestantes por EGB nesta população, similar à descrita na literatura internacional. Este novo método, dada sua simplicidade, tem o potencial de utilização em programas de triagem pré-natal em um laboratório central de uma rede de saúde pública.

#### AS RESTRIÇÕES SOCIAIS AO FUMO COMO FATOR DE SUCESSO NO ABANDONO DO TABAGISMO

ISABEL CRISTINA ECHER; SERGIO MENNA BARRETO; JOSÉ ROBERTO GOLDIM; GIORDANA DE CÁSSIA PINHEIRO DA MOTTA

O tabagismo é a maior causa evitável de morte por doenças crônicas não-transmissíveis. Apesar disso, seu consumo tem aumentado no mundo e se concentrado em países em desenvolvimento (INCA, 2004). Atualmente, esse hábito é visto como algo não desejável social e culturalmente, o que tem contribuído para coibir o ato de fumar. Essa pesquisa qualitativa objetivou avaliar a contribuição das restrições ao fumo no ambiente social para o abandono do tabagismo. Foram entrevistados dez indivíduos de Porto Alegre que pararam de fumar há mais de seis meses, com dependência a nicotina &#8805; 5 pela escala de Fagerström. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA. As entrevistas semi-estruturadas foram realizadas pelo autor principal, gravadas em áudio, com duração média de 80 minutos e com a seguinte questão norteadora: "Como ocorre o processo bem sucedido de abandono do tabagismo?" As informações foram examinadas por Análise de Conteúdo (Bardin, 1977) e sua confirmação se deu por meio do mecanismo de conferência com pares e pela participação de um revisor externo. Visando manter o anonimato, os depoimentos foram identificados por códigos numéricos. As informações evidenciaram que as restrições sociais ao fumo contribuíram para o abandono do tabagismo e foram traduzidas pela interferência do hábito de fumar na convivência social "... abria mão de determinados lazeres, prazeres e convivência por causa do cigarro" E3F10 e na legislação que proíbe o fumo em locais públicos "o espaço do fumante está ficando cada vez menor... incomodava-me, pois tu não tens espaço para fumar" E2F7. As restrições atuam de forma a auxiliar, mobilizar e educar o fumante, o que se constitui num fator de sucesso no processo de abandono do tabagismo, uma vez que as pessoas não querem se sentir constrangidas, mas incluídas no convívio social.

#### CADA CASO É UM CAUSO: UMA EXPERIÊNCIA INTERDISCIPLINAR EM BUSCA DA CLÍNICA AMPLIADA EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

FRANCISCO ARSEGO DE OLIVEIRA; NINON GIRARDON DA ROSA; CARLA MOLINA

A Unidade Básica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre/US Santa Cecília iniciou o seu funcionamento em outubro de 2004, através de um convênio entre esta instituição hospitalar e a Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Foi criada como unidade de ensino, buscando implementar os princípios da Atenção Primária à Saúde (APS) e tendo o trabalho interdisciplinar e a integração entre ensino, assistência e pesquisa como pressupostos fundamentais. Uma das estratégias para efetivar essa proposta, foi a realização de discussões coletivas de situações vivenciadas pela equipe e que tivessem gerado questionamentos sobre o seu manejo. Assim, desde junho de 2005, foram organizadas treze Discussões de Causo, realizadas mensalmente no horário das reuniões da equipe. A metodologia adotada prevê a apresentação da situação por um ou mais integrantes da equipe, as considerações dos debatedores convidados e, por fim, a discussão entre todos os participantes. A utilização proposital do termo "causo" vem do seu uso corrente na cultura gaúcha, significando uma narração geralmente falada, relativamente curta e que trata de um acontecimento real. Tendo como público-alvo a própria equipe de trabalho – profissionais, alunos e professores – as Discussões de Causo tiveram uma média de 43 participantes por encontro, com um total de 22 palestrantes de 16 diferentes áreas do conhecimento neste período. A dinâmica utilizada tem auxiliado no entendimento da complexidade de situações encontradas em APS, ao mesmo tempo em que contribui para superar a abordagem estritamente biológica das discussões de casos clínicos tradicionais. Desde 2006, as Discussões de Causo foram organizadas como atividade de extensão universitária da UFRGS e abertas ao público externo. Acreditamos que atividades de caráter interdisciplinar como essa devam ser estimuladas, na medida em que contribuem para a educação permanente e para o trabalho em equipe, além de qualificar a prática assistencial em saúde.

#### ACOLHIMENTO: ESPAÇO DE ENSINO EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE