



CIENTÍSSIMO

REVISTA CIENTÍFICA DA FACULDADE SANTÍSSIMO
SACRAMENTO

Volume III

Alagoinhas – BA

ISSN 2177-4528

Cientíssimo	Alagoinhas	v. 3	p.1-156	Ago. 2012
-------------	------------	------	---------	-----------

Cientíssimo – Revista Científica da Faculdade Santíssimo Sacramento, periódico científico de periodicidade semestral que publica artigos, comunicações, resenhas críticas, ambos resultados de pesquisas originais.

Tiragem:
100 exemplares

Projeto Gráfico e Diagramação:
Clerivan Mascarenhas do Carmo

Imagem da capa:
A foto de capa traz a imagem do Prédio do Colégio Santíssimo Sacramento (C.S.S.S), fundado em 12 de maio de 1940, e referência na educação da cidade de Alagoinhas, formando nestes 72 anos cidadãos conscientes e profissionais humanos.

Editora Book:
Rua Simões Filho, s/n – Boa Vista – Catu – Bahia
CEP: 48110-000
Tel: (71) 3641-1255 E-mail: book.grafica@hotmail.com

FICHA CATALOGRÁFICA

Biblioteca Maria Emília Riquelme / Faculdade SS Sacramento

CIENTÍSSIMO: Revista Científica da Faculdade Santíssimo Sacramento / Faculdade Santíssimo Sacramento. v.3, (Ago. 2012) – Alagoinhas: NUPE, 2010.

Anual

ISSN: 21774528

1. Pesquisa Científica – Periódicos I. Faculdade Santíssimo Sacramento.
Núcleo de Pesquisa Extensão e Pós-Graduação.

CDU: 001.2

Bibliotecária: Iza Christina P. de A. Costa CRB: 5/1042

EXPEDIENTE

Cientíssimo – Revista Científica da Faculdade Santíssimo Sacramento, v. 3, Ago. 2012

DIRETORA GERAL

Lucia Maria Sá Barreto de Freitas

DIRETOR ACADÊMICO

Joilson Romanci Severo Borges

EDITORA CHEFE

Gracineide S. S. de Almeida

CONSELHO EDITORIAL

Adeildo Moacir Costa Magalhães

Alessia Costa de Araújo Cravo

Edvanda Sena de São Pedro

Fabrcício Santos de Faro

Fabrcício Leandro Fonseca Fiscina

Valmira Maria de Melo Vieira

COMITÊ CIENTÍFICO

Msc. Ana Luzia Sarno Castro – UEFS

Dra. Ana Paula Silva da Conceição – UFBA/UNEB/F.SS.S

Msc. Áurea da Silva Pereira Santos – UNEB/F.SS.S

Msc. Carla Maria Lima Santos – UEFS

Dra. Cláudia Cerqueira Graça – UEFS/F.SS.S

Msc. Gabriela Vianna Guerreiro de Noronha – F.SS.S

Dra. Maria de Fátima Berenice – UNEB/F.SS.S

Msc. Moacir Lira de Oliveira

Msc. Nilson Antonio Ferreira Roseira – UFRB

Enf. Esp. Simone Oliveira – SUS/FSSS

PERIODICIDADE

Anual

EDITORIAL

Cientíssimo – Revista Científica da Faculdade Santíssimo Sacramento, v. 3, Ago. 2012

A Revista Cientíssimo neste terceiro volume dedica-se a divulgação do conhecimento científico produzido pelos Pós-graduandos do Curso em Saúde Coletiva com ênfase em Saúde da Família. Mantendo a política de estímulo a publicação científica por parte dos docentes e discentes da Faculdade Santíssimo Sacramento.

São apresentados sete artigos da área da saúde, ambos elaborados respeitando o rigor científico exigido por este periódico. Os dados divulgados pelos autores colaboradores deste volume são inéditos para ciência e resultado de pesquisa científica desenvolvidas na forma projetos de pesquisa, frutos das experiências e qualificações profissionais dos pesquisadores envolvidos.

Primando pela responsabilidade social e cidadania, este volume traz artigos que informam, discutem, e alertam para necessidade de conscientização no que tange a prevenção e cuidados com a saúde de homens e mulheres. Além de trazer uma abordagem quanto à importância da humanização nos atendimentos domiciliares, clínicos e hospitalares.

Entende-se que o desenvolvimento de cidadãos conscientes, depende em parte, da socialização do conhecimento produzido e discutido na academia. Mais uma vez a Revista Cientíssimo, abre espaço para profissionais renomados e para aqueles em processo de qualificação. Esta é uma premissa deste periódico, alavancar as publicações no nosso estado e no nordeste. Respaldados na convicção de que o conhecimento produzido só tem valor quando divulgado, partindo da mesa do pesquisador-escritor para a mesa do aluno-pesquisador, do professor-pesquisador, do profissional responsável e do cidadão aflito por conhecer, entender e transformar.

Mantendo o compromisso sócio-educacional, a Revista Cientíssimo continua sua busca constante de aprimoramento e qualidade nas suas publicações visando a excelência dos artigos apresentados.

Profa. Dra. Gracineide S. S. de Almeida
Editora chefe da Revista Cientíssimo

SUMÁRIO

Cientíssimo – Revista Científica da Faculdade Santíssimo Sacramento, v. 3, Ago. 2012

Artigos

- **Saúde do Homem: perfil epidemiológico da mortalidade masculina no município de Alagoinhas nos períodos de 1999, 2004 e 2009** 09
Carla dos Santos Souza; Liliane da R. Soares;
Cláudia Graça Cerqueira

- **Prevenção do Câncer de Colo de Útero através do exame de Papanicolau na Estratégia de Saúde da Família: uma revisão de literatura** 23
Edlam de S. Santos; Maria Emília D. L.
Cerqueira; Wilza Carla Motta Brito Lima

- **Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família: o conhecimento dos agentes comunitários de saúde no município de Feira de Santana, Bahia** 41
Ana Paula B. M. Portugal; Ana Luiza S. Castro;
Ana Áurea O. Rodrigues; Débora Cristiane de
Magalhães; Renilze L. Batista

- **Condutas de Enfermagem Frente a Prevenção de Complicações Mamárias no período de lactação: uma revisão bibliográfica** 59
Andréia Pereira da Silva; Inês M. de Santana;
Lúcia A. da Silva; Maíza Conceição Teles Dias

- **Atuação do Enfermeiro na Unidade de Saúde da Família Frente às Urgências e Emergências** 81
Vanessa de Andrade dos Santos; Wilza Carla
Motta Brito Lima

- **A Humanização na Percepção do Enfermeiro do PSF no Município de Alagoinhas - Bahia101**
Ariana Ramos D. Rabello; Janine Carvalho D. Nascimento; Paloma de O. Alves; Maíza da Conceição Teles Dias

- **O Papel do Enfermeiro na Adesão Terapêutica do usuário com Diabetes mellitus na Estratégia Saúde da Família na cidade de Entre Rios - Bahia 121**
Jaciel de O. Clementino; Lausanne Costa Carvalho; Mariana M. de O. Lima; Wilza Carla Motta Brito Lima

Anexo

- **Normas para publicação147**

SAÚDE DO HOMEM: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA MORTALIDADE MASCULINA NO MUNICÍPIO DE ALAGOINHAS-BA NOS PERÍODOS DE 1999, 2004 e 2009

Carla dos Santos Souza¹
Liliane da Rocha Soares¹
Cláudia Graça Cerqueira²

RESUMO: O estudo epidemiológico traz a possibilidade de se desenhar o perfil das condições de vida de uma população e assim servir de indicador social, traçando em que condições vem se apresentando uma determinada população. A temática referente à Saúde do Homem tem sido pouco abordada e discutida quando comparada à Saúde da Mulher, entretanto, recentemente vem sendo motivo de pesquisas e debates. Nesta perspectiva, pretende-se com este trabalho identificar o perfil epidemiológico da mortalidade masculina no município de Alagoinhas- BA, comparando com a feminina, desenvolvendo-se uma análise dos óbitos, em 1999, 2004 e 2009 e com dados estatísticos do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), enfocando as principais doenças em relação à variável sexo e faixa etária mais acometida. A sobremortalidade masculina é fato, e são diversos os motivos para tal. Há de se perceber que as principais causas de óbitos masculinos são por doenças do aparelho circulatório, causas externas e neoplasias. Contudo, nota-se o quanto é necessário trabalhar a Saúde do Homem e suas particularidades diante de uma realidade onde são recorrentes as sobretaxas de óbitos masculinos e sua precocidade em meio a situações crônicas e violentas; uma vez que a expectativa de vida vem crescendo no Brasil.

PALAVRAS-CHAVE: Epidemiologia. Mortalidade. Saúde do Homem

¹ Graduada em Enfermagem pela Faculdade Santo Antônio

² Professora, Doutora em Saúde Pública, pela Universidade Federal da Bahia

ABSTRACT: The epidemiological study raises the possibility of drawing the profile of living conditions of a population and thus serve as a social indicator, drawing on what conditions are performing a given population. The issue regarding the Men's Health has been poorly addressed and discussed when compared to women's health, however, has recently been subject of research and debate. In this perspective, the aim of this work was to identify the epidemiological profile of male mortality in the municipality of Alagoinhas, Bahia, comparing to feminily developing an analysis of deaths in 1999, 2004 and 2009 and statistical data from Department of the SUS (DATASUS), focusing on the principal diseases in relation to the variable gender and age group most affected. Male excess mortality is a fact, and there are several reasons. One has to realize that the main causes of male deaths are from diseases of the circulatory system, neoplasms and external causes. However, note how much work is needed to Men's Health and its particularities faced with a situation where the surcharges are recurring deaths of male and his precocity in the midst of chronic and violent situations, since the life expectancy has been increasing in Brazil.

KEYWORDS: Epidemiology. Mortality. Men's health

INTRODUÇÃO

Pesquisas científicas revelam que a sobremortalidade masculina, diante da feminina, apresenta índices alarmantes comprovando que os homens morrem mais precocemente que as mulheres no Brasil. Gomes, Nascimento, Araújo (2007) chamam atenção ao fato das causas de morte masculina geralmente se sobressaírem em condições mais agressivas e crônicas.

Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2010) do total de óbitos na faixa etária de 20 a 59 anos, 68 % foram óbitos masculinos. O Ministério da Saúde (Brasil, 2010) também relata que, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010), ainda que a expectativa de vida masculina tenha crescido entre 1980 e 2010 de 59,7 para 69,7, desde 1991 ela vem sustentando uma média de 7,6 anos abaixo da feminina.

Conforme o Censo 2010, o Brasil atualmente apresenta quase 4 milhões de mulheres a mais que homens. A relação entre os sexos é de 96 homens para cada 100 mulheres, contrariando o fato de nascerem mais homens que mulheres. Albuquerque (2011) relata que esta realidade já vem ocorrendo nos Censos anteriores, devido à sobremortalidade masculina, situação esta que está diretamente relacionada aos homens estarem mais propícios a situações de violência, por isso há um maior número de óbitos masculinos (GONÇALVES, 2011).

A violência e os acidentes de trânsito reforçam estas estatísticas sendo responsáveis por 41% dos óbitos na faixa etária entre 20 e 24 anos. Conforme declara o Ministério da Saúde, entre os homens brasileiros, 82% das vítimas de morte por acidente de trânsito acontecem nesse grupo (BRASILSUS/NOTÍCIAS, 2010), ressaltando como causas principais deste acontecimento o consumo de bebidas alcoólicas em excesso e de drogas ilícitas que, por muitas vezes, fazem parte dessa problemática.

Conforme a SESAB/ NOTÍCIAS (2011)

Indicadores mostram ainda que os homens têm hábitos de vida menos saudáveis e estão mais suscetíveis a fatores de risco para doenças crônicas. Na população brasileira, por exemplo, 15% das pessoas fumam. Entre elas, 19% são adultas do sexo masculino, enquanto 12% são do sexo feminino. Pesquisas também revelam que 18% dos homens não praticam nenhuma atividade física, contra 9% das mulheres. A alimentação deles também é pior, já que 43% comem carne com excesso de gordura, contra 24% das mulheres.

Desta forma, pode-se refletir que a grande maioria dos homens procura os serviços de saúde quando apresentam a doença instalada e em estágio de evolução, logo, sendo necessário o serviço médico já especializado. Essa realidade traz

como consequências o aumento dos índices de doenças e da mortalidade masculina.

Assim, é pertinente dizer que incluir a participação do homem nos serviços de saúde e falar de saúde do homem torna-se um desafio por diferentes razões. Uma delas pelo fato do pouco interesse da população masculina nos serviços de saúde e na resistência em tratar os problemas de maneira preventiva, o que envolve todo um paradigma cultural. Conforme Schraiber, Gomes, Couto (2005), vários aspectos culturais ainda refletem intensamente no comportamento dos indivíduos, independente de classe social, haja vista que vivemos numa sociedade, a qual possui características machistas bem evidentes, resquícios de épocas passadas, onde o homem é visto como um ser viril e provedor da família, enquanto que a mulher como um ser fraco e passivo, apesar de ser crucial que homens e mulheres sejam vistos em sua singularidade.

O posicionamento do indivíduo é bastante importante frente a esta temática, uma vez que trata da sua própria saúde. Entretanto, Figueiredo (2005) aponta que as dificuldades para o acesso do homem aos serviços de saúde é de fato recorrente; seja devido aos programas de saúde não voltados à esta clientela, ou mesmo à carga horária de trabalho, à demora e dificuldade na resolução dos problemas (referência/ contra-referência) e ao receio em exhibir o próprio corpo, entre outros, que só contribuem para a pouca atenção e a má qualidade da saúde do homem. Apesar de todos estes fatores, o homem deve buscar cuidar da sua saúde (na promoção e prevenção) com intuito de prevenir doenças e agravos.

De acordo com Buss (2000), é imprescindível que além do acesso a serviços médico- assistenciais de qualidade, é necessário encarar os determinantes sociais de saúde em toda sua extensão, o que exige políticas públicas saudáveis, uma eficaz união entre setores do poder público, assim como ações popula-

res em prol de melhorias da qualidade de saúde, como sua manutenção. Medidas preventivas e a promoção da saúde, assim como a melhoria das condições de vida em geral, são de fato, razões fundamentais para os avanços nas condições de vida das populações. Consequentemente, isto implica na criação de programas e/ou atividades de promoção em saúde, focados em mecanismos educativos, primeiramente, relacionando com riscos comportamentais passíveis de mudanças, assim como medidas posteriores que possibilitem a manutenção e o controle dessas atividades visando ao bem-estar dos indivíduos como um todo.

Nesse contexto, propõe-se através desta pesquisa abordar dados relevantes acerca da Saúde do Homem, delimitados a partir de uma análise dos óbitos masculinos relacionados a períodos específicos no município de Alagoinhas-BA. Este é um estudo pioneiro, de fundamental importância, o qual contribuirá com a população através da divulgação de dados essenciais sobre a qualidade da saúde masculina, além de enfatizar a necessidade da adesão dessa clientela aos serviços de saúde periodicamente. Logo, vale destacar o quão útil será tal trabalho: inovador e de grande relevância para um olhar diferenciado para as questões de mortalidade masculina que também permeiam a saúde pública.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo por meio da análise e detalhamento dos dados coletados, tendo por foco central identificar em que condições vem se apresentando a saúde dos homens alagoinhenses, fazendo-se uma comparação com a saúde feminina nos anos de 1999, 2004 e 2009.

O estudo foi realizado na cidade de Alagoinhas, pertencente ao Estado da Bahia, situada na região leste do Estado. Apresenta uma área territorial de 752 km² com uma população total

de 142.160 habitantes, possuindo 67.381 homens e 74.779 mulheres (IBGE, BRASIL 2011). Alagoinhas está ligada a Salvador, capital baiana, através da BR 101 e BA 116, numa distância de 107 km.

As fontes de dados utilizadas foram secundárias, sendo estes coletados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, Ministério da Saúde - DATASUS/MS (Brasil, 2011), pondo em foco a idade e as principais doenças e agravos em relação à variável sexo. Para as doenças se utilizou a causa básica de óbito e a Classificação Internacional de Doenças, 10º Revisão CID- 10 (2011). Para conhecer as diferenças entre o perfil de saúde masculina e feminina foram analisadas as razões entre os óbitos masculinos e femininos sendo calculados proporções e coeficientes.

Ao final do estudo os dados foram condensados e analisados utilizando-se o programa Microsoft Excel versão 2007. A partir deles foram construídas tabelas para descrever o perfil epidemiológico da mortalidade masculina do município de Alagoinhas – BA, nos períodos de 1999, 2004 e 2009.

RESULTADOS DA PESQUISA

MORTALIDADE MASCULINA NO MUNICÍPIO DE ALAGOINHAS

Ao analisar os óbitos masculinos nos anos de 1999, 2004 e 2009, observa-se na tabela 01 uma significativa queda no número de óbitos na faixa etária do 0 a 4 anos, de 13,6% em 1999 para 3,3% em 2009, enquanto que no grupo dos 10 a 19 anos houve consecutivos aumentos, de 3,5% em 1999 para 5,6% em 2009.

Chama atenção a faixa etária dos 20 a 39 anos, que apresentou um decréscimo nos óbitos bastante importante em 2004, porém no período posterior, 2009, há um aumento expressivo de óbitos masculinos de 11,4% para 17,2%.

Saúde do Homem: Perfil Epidemiológico da Mortalidade Masculina no Município de Alagoinhas-Ba nos Períodos de 1999, 2004 e 2009

Tabela 01. Distribuição de óbitos masculinos segundo idade. Município de Alagoinhas- BA; 1999, 2004 e 2009

Idade	1999		2004		2009	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0 a 4	59	13,6	26	6,4	18	3,3
5 a 9	4	0,9	3	0,7	4	0,7
10 a 19	15	3,5	18	4,5	30	5,6
20 a 39	73	16,8	46	11,4	93	17,2
40 a 49	70	16,1	81	20	98	18,1
60 a 69	128	29,4	142	35,1	182	33,6
80 +	85	19,5	88	21,7	114	21,1
Ign.	1	0,2	1	0,2	2	0,4
Total	435	100	405	100	541	100

Fonte: www.datasus.gov.br (1999, 2004, 2009)

A tabela 02 apresenta as cinco principais causas de óbitos masculinos em ordem decrescente, sendo destaque as três primeiras causas, as quais se mantêm nas mesmas posições durante os três anos analisados.

Conserva-se como principal fator de mortalidade masculina as doenças do aparelho circulatório, apresentando um percentual crescente de óbitos de 19,1% em 1999 para 24,0% em 2009, sendo a faixa etária de 80 a mais acometida.

Os óbitos por causas externas vêm atingindo com alta incidência a faixa etária de 20 a 29 anos, a qual permanece elevada nos anos observados, evidenciando que a população jovem é a mais vitimada por causas violentas.

Nota-se ainda um aumento do percentual de óbitos por neoplasias de 7,8% em 1999 para 11,5% em 2009.

A tabela 03 descreve a razão de mortalidade entre a população masculina e a população feminina por causas de acordo com

capítulos de Classificação Internacional de Doenças 10º Revisão CID-10.

De acordo com a tabela, a maior razão M/F é de 7,24 em 2009 para causas externas, ou seja, ocorreram 7 vezes mais óbitos masculinos que óbitos femininos por este tipo de causa. O elevado valor para tal indicador já vem se apresentando nas razões dos anos estudados anteriormente.

Tabela 2. Distribuição percentual de óbitos masculino por faixa etária mais atingida e principais causas segundo Capítulos da CID- 10. Alagoínhas- BA. 1999, 2004 e 2009.

Ordem das 5 princ. causas de óbito masc.	1999	2004	2009		
1º Lugar	19,1% D. Ap. Circ. (80 +) *	21,0% D. Ap. Circ. (70 – 79) *	24,0% D. Ap. Circ. (80 +) *		
2º Lugar	17,2% C. Externas (20 – 29) *	15,8% C. Externas (20 – 29) *	22,9% C. Externas (20 – 29) *		
3º Lugar	7,8% Neoplasias (80 +) *	11,6% Neoplasias (60 – 69) *	11,5% Neoplasias (80 +) *		
4º Lugar	7,4% D. Endócrinas (70 – 79) *	8,4% D. Endócrinas (60 – 69/ 80 +) *	7,6% D. Ap. Dig. (60 – 69) *	7,6% D. End. (80 +) *	7,6% D. Ap. Resp. (80 +) *
5º Lugar	7,1% D. Ap. Resp. (80 +) *	6,7% D. Ap. Resp. (80 +) *	35,2% D. Infect. Cont. (30 – 49) * / (70 – 80 +) *		

*Idade que maior apresentou óbitos masculinos por tipo de causa nos respectivos anos.

Fonte: www.datasus.gov.br (1999, 2004 e 2009)

As razões para as doenças do aparelho digestivo obtiveram resultados também elevados, onde em 1999 houve a razão M/F de 2,95 para 2,67 em 2009.

Ainda apresentam destaque as doenças infectoparasitárias com razão M/F de 2,43 em 1999, porém nos anos examinados subsequentemente ocorreram decréscimos em suas razões.

Há de se ressaltar a menor razão M/F para doenças endócrinas durante os três anos em questão, exibindo os respectivos valores 0,85; 0,76 e 0,94.

DISCUSSÃO

A Saúde do Homem vem se destacando no meio acadêmico e governamental, sendo o foco de reflexões acerca de toda a problemática que envolve tal assunto.

Diversas pesquisas apontam que a saúde masculina está mais vulnerável que a saúde feminina apresentando sobremortalidade recorrente. São diversos os motivos para esta realidade e estes interferem diretamente na qualidade da saúde dos homens.

Diante desse cenário, percebe-se a necessidade de intervenções político- assistenciais eficazes, que atuem diretamente na prevenção de doenças assim como a redução da violência.

Uma política de atenção a saúde ideal para os homens não deve disputar recursos com a política de atenção a saúde feminina, entretanto deve atuar conjuntamente, identificar as necessidades do sexo masculino não restringindo-se apenas a neoplasia maligna da próstata, entre outras enfermidades; mas também observar os aspectos culturais e psicossociais; investindo na melhoria dos sistemas de informação referente à saúde masculina; respeitando as variedades que engloba o gênero (DOMINGUEZ, 2008). Ressaltando a implantação de meios que estimulem o auto-cuidado e a ida periódica dessa clientela aos serviços de saúde sejam estes estabelecimentos públicos ou privados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, BRASIL, 2008).

Tabela 03. Razão de mortalidade entre a população masculina e feminina, por tipo de causa para os anos de 1999, 2004 e 2009, Alagoínhas.

Causa	1999				2004				2009						
	N° Óbit. Masc.	Coef. Por 100.000 Hab.	N° Óbit. Fem.	Coef. Por 100.000 Hab.	Razão M/F	N° Óbit. Masc.	Coef. Por 100.000 Hab.	N° Óbit. Fem.	Coef. Por 100.000 Hab.	Razão M/F	N° Óbit. Masc.	Coef. Por 100.000 Hab.	N° Óbit. Fem.	Coef. Por 100.000 Hab.	Razão M/F
D. Infectop.	20	33,02	9	13,58	2,43	15	23,21	7	9,88	2,34	23	35,2	14	19,31	1,82
Neoplasias	34	56,13	32	48,29	1,16	47	72,72	29	40,94	1,77	62	94,89	55	75,89	1,25
D. Endóc.	32	52,83	41	61,88	0,85	34	52,61	49	69,18	0,76	41	62,75	48	66,23	0,94
D. Ap. Circ.	83	137,04	94	141,87	0,96	85	131,52	84	118,6	1,1	130	198,97	152	209,73	0,94
D. Ap. Resp.	31	51,18	16	39,24	1,3	27	41,77	25	35,29	1,18	41	62,75	36	49,67	1,26
D. Ap. Digest.	27	44,58	10	15,09	2,95	17	26,3	14	19,76	1,33	41	62,75	17	23,45	2,67
D. Ap. Genitur.	5	8,25	5	7,54	1,09	6	9,28	5	7,05	1,31	7	10,71	5	6,89	1,55
Causas Externas	75	123,83	17	25,65	4,82	64	99,03	17	24	4,12	124	189,78	19	26,21	7,24
Total	307	506,86	224	353,14	15,56	295	456,44	230	324,7	13,91	469	717,8	346	477,38	17,67

Fonte: www.datasus.gov.br (1999, 2004 e 2009)

França (2008) reforça que um novo modelo de política específica para o homem pode ajudar a quebrar paradigmas, porém afirma que será necessário um grande esforço além da questão saúde; devendo haver uma mudança social na escola, no trabalho, na família, entre outros meios sociais.

Outro fator importante a ser considerado são as ações educativas voltadas ao homem adolescente, pois trata-se de uma fase de desenvolvimento, ainda em formação de identidades pessoais e sociais. Até mesmo por que é comum o homem adolescente expor-se às adversidades da vida (GOMES, 2008), a exemplo de doenças sexualmente transmissíveis, acidentes de trânsito devido a sua impetuosidade, uso de drogas ilícitas, dentre outros.

É certo que a maneira como os homens organizam e vivem as suas masculinidades está inteiramente ligada à maneira em que os mesmos adoecem (VILELA, 2005). A questão comportamental influencia expressivamente na saúde dos indivíduos, e, seus estilos de vida e hábitos não saudáveis podem comprometer significativamente a sua saúde e ainda de seus familiares.

Os indicadores de mortalidade exibem dados que comprovam que os homens morrem mais precocemente e por causas mais crônicas e violentas que as mulheres. Contudo, a análise dessa problemática, representa dois eixos, a consideração de determinantes sociais que respaldem atuações de prevenção e promoção da saúde a índices epidemiológicos que indiquem ações importantes e urgentes frente a estas elevadas taxas de mortalidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, BRASIL, 2008).

A partir dessa análise percebe-se o quanto fundamental é proporcionar a melhoria das condições de saúde da população masculina como um todo, colaborando de modo eficaz para minimizar a mortalidade destes, encarando os fatores de risco e estabelecendo estratégias eficazes em prática.

CONCLUSÃO

O perfil epidemiológico da mortalidade masculina no município de Alagoinhas trouxe dados importantes que reforçam as pesquisas/ estatísticas que serviram de base para este trabalho. A pesquisa de fato retrata a sobremortalidade masculina diante da feminina nos três anos analisados, apresentando variações e particularidades.

Dentre as principais causas de mortes entre a população masculina pesquisada, destacam-se respectivamente as doenças do aparelho circulatório, causas externas e as neoplasias malignas; chamando atenção o fato de estarem em primeiro lugar os óbitos por doenças do aparelho circulatório para os homens, assim como para as mulheres, equiparando-se. Ao se referenciar os óbitos por causas externas observa-se as sobretaxas de mortalidade masculina diante da feminina, mostrando o quanto está presente os óbitos por causas violentas nessa população numa faixa etária bastante jovem.

Os determinantes sociais que refletem o agravamento da saúde dos homens devem ser trabalhados e encarados pela própria população masculina, lutando por melhorias na saúde como também pela segurança de seu gênero, onde nada mais é que um direito social. Não deixando de lembrar e cobrar o papel fundamental das políticas públicas de saúde e de segurança que devem executar ações em prol da melhoria neste aspecto, uma vez que a expectativa de vida vem crescendo no Brasil.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, Fernando. **Em dez anos, população feminina superou a masculina em 4 milhões**. Agência Brasil/ Empresa Brasil de Comunicação, 2011. Disponível em: <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/noticia/2011>>. Acesso em: 11 de março 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde do Homem**. Brasil: Brasília, 2010. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=33061> Acesso em: 15 marc. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde do Homem é debatida em I Seminário Internacional**. Brasil: Brasília, 2010. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=35266> Acesso em: 15 marc. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde / **DATASUS - Departamento de Informática do SUS. Informações de Saúde/ Estatísticas Vitais**. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>> Acesso em: 13 jan. 2011.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE). **Primeiros Dados do Censo 2010/ Dados Bahia**, 2011. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/primeiros_dados_divulgados/index.php?uf=29>. Acesso em: 12 maio. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: Princípios e Diretrizes**, 2008. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-09-CONS.pdf>>. Acesso em: 23 de dez.2010.

BRASILSUS/ Notícias. **Saúde do Homem: Vizinhos pedem colaboração ao Brasil**, 2010. Disponível em:<<http://www.brasilsus.com.br/noticias/8-destaques/105583--saude-do-homem-vizinhos-pedem-colaboracao-ao-brasil-html>>. Acesso em: 22 de jan. 2011.

BUSS, P.M. **Promoção da Saúde e qualidade de vida. Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-8123200000100014&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: 27 dez.2010.

DOMINGUEZ, Bruno. **Saúde do homem: Nova política de atenção quer levar o “sexo forte” aos postos hora de quebra paradigmas. Revista Radis/Comunicação em Saúde**, Rio de Janeiro, ed. 74, p. 8-10, 2008.

FIGUEIREDO, W. **Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária**. Ciência & Saúde Coletiva, 10(1):105-109, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232005000100017&script=sci_arttext>. Acesso em 18 de março, 2011.

FRANÇA, Adson. **Saúde do Homem: Nova política de atenção quer levar o “sexo forte” aos postos hora de quebra paradigmas.** *Revista Radis/Comunicação em Saúde*, Rio de Janeiro, ed.74 p. 8-9, 2008.

GOMES, Romeu. **Saúde do Homem: Nova política de atenção quer levar o “sexo forte” aos postos: os homens cuidam pouco da saúde.** *Revista Radis/Comunicação em Saúde*, Rio de Janeiro, ed.74 p. 10, 2008.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E.F.do.; ARAÚJO, F.C.de. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cad. Saúde Pública* vol.23 no.3 Rio de Janeiro, mar. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n3/15.pdf>> . Acesso em: 22 jan.2011.

GONÇALVES, Carolina. **Em dez anos, população feminina superou a masculina em 4 milhões.** *Agência Brasil/ Empresa Brasil de Comunicação*, 2011. Disponível em: <<http://agenciabrasil.etc.com.br/noticia/2011>>. Acesso em 11 março. 2011.

SCHRAIBER, L.B; GOMES, R; COUTO, M.T. **Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(1):7-17, 2005. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000100002>. Acesso em: 18 de março, 2011.

SESAB/ Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. **Saúde masculina é tema de palestra nas Obras Sociais Irmã Dulce, 2011.** Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/portalesab/index.php?option=com_content&view=article&id=1863:saude-masculina-e-tema-de-palestra-na-osid-tid=1:noticiascidadadousuario&Itemid=14>. Acesso em 03 abr. 2011.

VILLELA, Wilza. **Gênero, saúde dos homens e masculinidades.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(1):18-34, 2005. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n1/a03fv10n1.pdf>>. Acesso em: 21 jan. 2011.

PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO ATRAVÉS DO EXAME PAPANICOLAU NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA REVISÃO DE LITERATURA¹

Edlam de Souza Santos²

M^ª Emilia Damasceno Libório Cerqueira³

Wilza Carla Mota Brito Lima⁴

RESUMO: A Prevenção e Controle do Câncer de Colo do Útero envolve um conjunto de ações que desenvolvidas pela ESF, visa a promoção da saúde da mulher, diagnóstico, tratamento e acompanhamento daquelas usuárias portadoras dessa neoplasia. Este estudo tem como objetivo descrever que ações de prevenção e controle do câncer de colo do útero são desenvolvidas na ESF. Foi analisada na literatura nacional a produção científica relacionada ao papel da Estratégia de Saúde da Família na prevenção do câncer de colo uterino através do exame Papanicolau. As fontes de dados utilizadas foram: Lilacs, Scielo, Ministério da Saúde, IBGE, e OMS, utilizando as palavras chave: *Câncer de colo uterino; ações de prevenção e controle; ESF*. A partir desta busca, foram encontrados 25 trabalhos. A amostra foi definida pela leitura dos mesmos e sua adequação aos critérios de inclusão: artigos publicados em português e que abordavam o tema a prevenção do câncer de colo de útero através do exame Papanicolau na estratégia de saúde da família: sendo selecionados 12 trabalhos. Através da revisão de literatura foi possível perceber as diferentes abordagens e contextos de que forma acontece a prevenção e

¹ Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Pós graduação em Saúde Coletiva com ênfase em Saúde da Família da Faculdade Santíssimo Sacramento - FSSS para obtenção do título de especialista.

² Enfermeiro graduado pela Faculdade Regional de Alagoinhas-UNIRB e aluno do Curso de Pós graduação em Saúde da Coletiva com Ênfase em Saúde da Família da Faculdade Santíssimo Sacramento – FSSS (edlamsantos@hotmail.com).

³ Enfermeira graduada pela UNIRB, Socióloga graduada pela UFBA e aluna do Curso de Pós Graduação em Saúde Coletiva com Ênfase em Saúde da Família da FSSS (emilialiborio@hotmail.com).

⁴ Orientadora: Enfermeira Sanitarista, Mestre em Saúde Coletiva, Especialista em Saúde da Família e Administração em Sistemas de Saúde; Enfermeira Sanitarista da VISA /Alagoinhas-BA; Docente da Faculdade UNIRB Alagoinhas-BA e do Curso de Pós graduação em Saúde Coletiva com ênfase em Saúde da Família da Faculdade Santíssimo Sacramento – FSSS (wilza1@yahoo.com.br).

controle do câncer de colo uterino através do exame preventivo (Papanicolaou), na Estratégia de Saúde da Família. Cabe destacar o embasamento legal e científico que a mesma tem proporcionado, facilitando a construção de novos saberes e produção de novos conhecimentos.

PALAVRAS CHAVE: Câncer de colo uterino. Ações de prevenção e controle. ESF

ABSTRACT: Prevention and Control of Cervical Cancer involves a set of actions developed by the ESF, aims to promote women's health, diagnosis, treatment and monitoring of those users living with this neoplasm. This study aims to describe actions to prevent and control cancer of the cervix is developed in the ESF. We analyzed national literature scientific production related to the role of the Family Health Strategy in preventing cervical cancer through Pap smears. The data sources used were: Lilacs, Scielo, Ministry of Health, IBGE, and WHO, using the keywords: Cervical cancer, prevention and control; FHS. From this search, 25 papers were found. The sample was defined by the reading of them and their suitability for inclusion criteria: articles published in Portuguese and addressed the topic of prevention of cervical cancer through Pap smears in the family health strategy: being selected 12 works. Through literature review it was revealed the different approaches and contexts so happens that the prevention and control of cervical cancer through screening test (Pap smear), the Family Health Strategy. It is worth noting the legal foundation and scientific that it has provided, facilitating the construction of new knowledge and production of new knowledge.

KEYWORDS: Cervical cancer. Prevention and control. FHS

INTRODUÇÃO

Durante muito tempo ou mais precisamente desde o final do século XIX até meados dos anos setenta, a atenção à saúde no Brasil esteve atrelada ao modelo econômico vigente como o agro-exportador substituído posteriormente pelo processo de industrialização. Nesses sistemas o foco da assistência à saúde era o saneamento dos espaços de circulação de mercadorias com o sanitarismo campanhista e a atenção médica individualizada para garantir a força de trabalho na indústria, através da assistência médica da Previdência Social (Finkelman, 2002)

A assistência a saúde no Brasil, dentro do novo modelo instituído com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), permitiu e continua permitindo que a mulher tenha acesso aos serviços de saúde mais facilmente proporcionando a prevenção e detecção de problemas que as aflige, dentre eles destaca-se o câncer de colo uterino.

No Brasil, estima-se que o câncer cérvico uterino seja o terceiro tipo mais comum na população feminina, valendo salientar que é superado pelo de mama. Esse câncer representa 10% de todos os tumores malignos em mulheres, sendo considerado um problema de saúde pública; constitui-se tema de grande relevância e transcendência social, principalmente em países em desenvolvimento, onde estão acentuadas as desigualdades sociais, o que dificulta o acesso das mulheres à rede de serviços públicos pela reduzida oferta de ações ainda nesta especialidade. (INCA – Instituto Nacional do Câncer, 2000).

É importante ressaltar que o câncer cérvico uterino é evitável e controlável. Para tanto, necessário se faz dispor à mulher um acesso mais efetivo às ações de prevenção, de rastreamento para o diagnóstico precoce através da realização do exame citológico - Teste de Papanicolaou, conhecido popularmente por Exame Preventivo, além do tratamento adequado, acompanha-

mento e encaminhamento dos casos.

No Brasil, o Ministério da Saúde através do Programa Viva Mulher, coordenado pelo INCA, tem realizado Campanhas Nacionais para a detecção do câncer cérvico uterino, priorizando atendimento às mulheres na faixa etária de 35 a 49 anos, por considerar de maior risco, a oferta de um tratamento oportuno e eficaz para este tipo de câncer e de suas lesões precursoras. Neste sentido, o INCA vem tentando em todo o país implantar e/ou implementar este programa na rede básica, com atendimento sistematizado, além de fomentar a realização de práticas educativas com intenção de incentivar a população feminina quanto ao auto cuidado e realização periódica do exame preventivo.

Com a implantação da Estratégia da Saúde da Família (ESF) na década de 90, fortalece o princípio da Universalidade da assistência proporcionando maior facilidade para as mulheres sejam atendidas pelas Equipes de Saúde da Família, incorporando assim ações preventivas, educativas e curativas mais próximas da vida cotidiana da população e, principalmente, dos grupos mais vulneráveis, como é o caso das mulheres, principalmente no tocante à prevenção do câncer de colo de útero.

Vale destacar que a estratégia de implantação do Programa de Saúde da Família - PSF tem como uma das proposições a reorganização da rede em relação à oferta de serviços de saúde na perspectiva de facilitar o acesso dos usuários de forma universal, equânime, resolutivo, de modo a legitimar a integralidade e humanização da assistência.

Sabe-se, entretanto, que na realidade brasileira talvez os serviços de saúde ocorram ainda com pouca oferta de consulta ginecológica e de exames preventivos, não sendo priorizado o atendimento de mulheres, mesmo para as que se encontram na faixa etária considerada de risco, assim como não são estabelecidos critérios de vigilância efetiva a essas mulheres, resultando assim em uma baixa adesão ao Programa Viva Mulher.

Sendo assim, este estudo contribuirá para a sociedade e para os órgãos competentes à saúde, uma vez que salientará as ações desenvolvidas na ESF, no que concerne a prevenção do câncer do colo uterino, visto que as mulheres acometidas por tal patologia passam por comprometimento do seu papel no mercado de trabalho, privações do convívio familiar e por conseqüência, prejuízo social. Bem como, proporcionará uma aproximação com a dimensão e natureza das questões relativas à saúde da mulher, representando, portanto uma opção no sentido da sistematização de ações e procedimentos qualificando assim, a assistência a esse grupamento populacional.

Como forma de direcionar este estudo, elaborou-se a seguinte questão: Que ações de prevenção e controle do câncer cérvico uterino são desenvolvidas na Estratégia de Saúde da Família?

É com esta preocupação que buscou-se descrever, por intermédio de produções científicas, as ações de prevenção e controle do Câncer Cérvico Uterino desenvolvidas na Estratégia de Saúde da Família.

O Surgimento da Estratégia de Saúde da Família

A Constituição Federal de 1988 mudaria significativamente a estrutura sanitária brasileira, destacando-se a caracterização dos serviços e das ações de saúde como de relevância pública e seu referencial político básico.

Com a criação do SUS, o direito à saúde de forma universal é então reconhecido e a necessidade de priorizar a atenção primária exige metas mais efetivas, na implementação de um modelo integral, capaz de ser resolutivo em todos os níveis de atenção.

Nesse sentido, conforme prevê uma das diretrizes do SUS há necessidade da descentralização de responsabilidades, dos recursos financeiros e de poder para os municípios. O objetivo dessa descentralização parte da necessidade de contribuir para

a transparência nas decisões, bem como tornar, teoricamente, o controle e a fiscalização mais permeáveis à sociedade.

O período que vai da aprovação da nova Constituição até os dias atuais, o SUS passou por transformações bastante relevantes. Dois grandes eixos se apresentam, dessa forma, como questões complexas: a descentralização político-administrativa e a organização da atenção à saúde.

O Programa Saúde da Família (PSF) teve início em meados de 1993, sendo regulamentado de fato em 1994, como uma estratégia do Ministério da Saúde (MS) para mudar a forma tradicional de prestação de assistência, visando estimular a implantação de um novo modelo de Atenção Primária que resolvesse a maior parte dos problemas de saúde (RONCOLLETA, 2003).

A valorização política da família no contexto de saúde nacional resultou na criação do Programa de Saúde da Família (PSF) pelo Ministério da Saúde em 1994 como tentativa de reversão do modelo biomédico, hospitalocêntrico e curativista, historicamente instalado no sistema de saúde brasileiro. Denominada atualmente como, Estratégia de Saúde da Família (ESF), visa à reversão do modelo assistencial até então vigente por meio da mudança do foco de atenção, sendo a família o objeto precípua (MANDÚ, 1997).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem como missão principal a família, e seu espaço social é o núcleo básico de abordagem. Apresenta, na sua teoria de implantação, assistências integrais, resolutivas, contínuas e de boa qualidade, humanização das práticas de saúde, democratização do conhecimento do processo de saúde/doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde, reconhecimento da saúde como um direito de cidadania e organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social.

Resumidamente a ESF nada mais é que uma unidade pública de saúde destinada a realizar atenção contínua nas especialida-

des básicas, com uma equipe multiprofissional habilitada para desenvolver as atividades de promoção, proteção e recuperação, características do nível primário de atenção.

Representa o primeiro contato, como porta de entrada, da população com o serviço de saúde do município, assegurando a referência e contra-referência para os diferentes níveis do sistema, desde que identificadas as necessidades de maior complexidade tecnológica para a resolução dos problemas identificados.

Assim, se faz mister para a continuação deste estudo realizar um recorte histórico das Políticas de Atenção à Saúde da Mulher na Atenção Básica.

Breve Histórico das Políticas de Atenção à Saúde da Mulher na Atenção Básica

No início da década de 1980 a educação, habitação e a saúde se encontravam em crise, várias manifestações foram realizadas pelas mulheres. Nessa época, com o esgotamento do regime político vigente desde a década de 60, era crescente a vontade de redemocratização do país por parte dos movimentos, como o movimento feminista. Dentre as bandeiras de luta levantadas por estes movimentos sociais no cenário brasileiro nesse período, uma dizia respeito à substituição do modelo médico assistencial privatista que não dava conta de atender às necessidades de saúde da população por outro modelo de atenção à saúde, perseguida pelo então denominado Movimento Sanitário, formado por profissionais de saúde, políticos e outros atores cujo ideário era a Reforma Sanitária.

Nesse contexto, o debate nacional sobre o planejamento familiar era ressaltado, instituindo-se a noção de que a assistência contraceptiva deveria compor uma política ampla de saúde reprodutiva, passando a questão reprodutiva a ser vista como decisão ética individual e um direito social (COELHO, 2000).

Em um momento de intenso debate o MS lançou em 1983 o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que até o devido instante seria um paradigma na atenção a saúde da mulher (CORRÊA, 1992).

Segundo Berquó (1994, p. 366)

Com a redemocratização do país, a década de 80 representou no Brasil um marco fundamental no que se refere às reivindicações e algumas conquistas legais das mulheres quanto ao direito à saúde reprodutiva. São deste período o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), a Comissão de Estudos sobre Direitos da Reprodução Humana, o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher e a Constituição Federal de 1988, para ficar só no plano federal.

O PAISM deveria promover as ações que se relacionam com a gravidez, contracepção, prevenção de câncer ginecológico, esterilidade, diagnóstico e tratamento de DST's, adolescência, climatério e sexualidade (COSTA, 1999). Segundo, Mandú (1997, p. 62)

O PAISM constituiu-se como parte da estratégia de ampliação e consolidação de uma rede de serviços básicos de saúde em todo o território brasileiro, no contexto das lutas por mudanças no sistema de saúde nacional, com a contribuição específica do movimento autônomo de mulheres.

No ano de 2004, o Ministério da Saúde - MS lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), em parceria com diversos setores da sociedade, com o compromisso de implementar ações de saúde que contribuam para a garantia dos direitos humanos das mulheres e reduzam a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis.

Essa Política incorpora, num enfoque de gênero, a integridade e a promoção da saúde como princípios norteadores e

busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual. Agrega, também, a prevenção e o tratamento de mulheres vivendo com HIV/AIDS e as portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e de câncer (BRASIL, 2006).

A PNAISM é uma construção conjunta que respeita a autonomia dos diversos parceiros – entes fundamentais para a concretização das políticas – enfatizando a importância do poder de decisão das usuárias do SUS e sua participação nas instâncias de controle social. As mulheres são a maioria da população brasileira (mais de 93 milhões – IBGE, 2005) e as principais usuárias do Sistema Único de Saúde.

Conceito e Historicidade do Câncer

Cientificamente o câncer é identificado pelo nome de neoplasia, palavra originada do grego neo - novo, com o latino plasma-forma; é a designação genérica para um grupo de doenças caracterizadas por proliferação celular autônoma e desordenada, que pode comprimir e invadir tecidos e órgãos vizinhos ou à distância e levar o indivíduo à morte (BRASIL, 2006).

O câncer, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), não é uma doença única e sim um conjunto de mais de 100 doenças diferentes, é resultante de alterações que determinam um crescimento celular desordenado, não controlado pelo organismo e que compromete tecidos e órgãos. No caso do câncer de colo do útero, o órgão acometido é o útero, em uma parte específica- o colo, que fica em contato com a vagina

O câncer do colo do útero dentre todos os tipos de câncer, é o que apresenta um dos mais altos potenciais de prevenção e cura. É o único câncer genital feminino que pode ser realmen-

te prevenido por uma técnica de rastreamento efetiva e barata, que permite a detecção e o tratamento na fase pré-cancerosa, ainda na forma de lesão intra-epitelial.

As formas de prevenção variam desde a intervenção no meio ambiente e em seus fatores de risco até a identificação de um perfil de risco. A prevenção primária se dá quando se evita o aparecimento da doença por meio da intervenção no meio ambiente e em seus fatores de risco, como: o estímulo ao sexo seguro, correção das deficiências nutricionais e diminuição da exposição ao tabaco.

No momento da consulta ginecológica a mulher com situação de risco deve ser identificada e acompanhada de maneira mais freqüente. Durante a anamnese se faz necessário investigar algumas questões tais como: quando foi realizado o último exame citopatológico e qual o resultado, se realiza ou já realizou algum tratamento no colo do útero, se faz uso do Dispositivo Intra Uterino (DIU), se realiza ou já realizou tratamentos hormonais ou radioterápicos, investigar se há gestação atual, presença de sangramento vaginal fora do período menstrual, bem como sangramento vaginal após relação sexual.

Outra forma de prevenção que os profissionais devem identificar é em relação a um perfil de risco, onde a presença de infecção por vírus pode ser considerada um marcador de atividade sexual a exemplo do herpes vírus, situações de imunossupressão (tabagismo, corticoiterapia, diabetes, lúpus e AIDS), o estado de nutrição e o grau de instrução da mulher, todos possuem uma associação com o aumento da incidência do câncer do colo do útero.

Esse tumor é o terceiro mais freqüente, entre os que afetam os órgãos femininos. No entanto, a incidência e a mortalidade por câncer cervical têm diminuído, em parte pelo diagnóstico precoce e pelo tratamento das lesões precursoras do câncer cervical (LEÃO E MARINHO, 2002). Sua maior incidência situa-se

entre mulheres de 35 a 49 anos de idade e apenas uma pequena porcentagem naquelas com menos de trinta anos.

A evolução do câncer do colo útero, na maioria dos casos, se dá de forma lenta passando por fases pré-clínicas detectáveis e curáveis. Diversos estudos demonstraram que o maior risco para desenvolver este tipo de câncer, é a não realização de exames citopatológicos, rotineiramente.

O câncer do colo do útero apesar de possuir um alto poder de detecção precoce e conseqüentemente prevenção e tratamento respectivamente, ainda não é oferecido a toda população feminina principalmente na faixa etária situada entre 35 a 49 anos onde carcinoma *in situ* tem uma maior incidência.

A periodicidade do exame citopatológico a ser adotado no rastreamento do câncer do colo útero deve ser de três anos, após a obtenção de dois resultados negativos com o intervalo de um ano.

Hoje em dia são considerados fatores de risco de câncer do colo do útero a multiplicidade de parceiros e a história de infecções sexualmente transmitidas, início precoce de atividades sexuais, gravidez muito jovem e multiparidade. Além destes fatores, estudos epidemiológicos sugerem outros, cujo papel ainda não é conclusivo, tais como tabagismo, alimentação pobre em vitamina C, beta caroteno, e o uso de anticoncepcionais.

O câncer de colo do útero desenvolve-se a partir de lesões potencialmente precursoras da doença conhecida como Neoplasias Intraepiteliais Cervicais (NIC). São classificadas operacionalmente como NIC I (Displasia leve), NIC II (Displasia Moderada) e NIC III (Displasia grave e carcinoma *in situ*). Pesquisas indicam que quase todo câncer invasor progride de uma neoplasia intra-epitelial cervical. Em média, um terço delas regride, um terço permanecem estacionário e apenas um terço evolui para câncer *in situ*, ou seja, invasor do colo uterino (BRASIL, 2002).

O colo do útero é revestido por várias camadas de células epiteliais pavimentosas, arrançadas de forma bastante ordena-

da. Essa desordenação das camadas é acompanhada por alterações nas células que vão desde núcleos mais corados até figuras atípicas de divisão celular. Quando a desordenação ocorre nas camadas mais basais do epitélio estratificado, encontra-se uma Neoplasia Intraepitelial (KLEIHUES & ELIAS, 2005).

Coilocitose, alteração que sugere a infecção pelo HPV, pode estar presente ou não. Quando as alterações celulares se tornam mais intensas e o grau de desarranjo é tal que as células invadem o tecido conjuntivo do colo do útero abaixo do epitélio, tem-se o carcinoma invasor. Para chegar a câncer invasor, a lesão não tem, obrigatoriamente, que passar por todas as etapas descritas acima (BRASIL, 2006).

O diagnóstico de neoplasia do colo uterino se baseia pela tríade citologia, colposcopia e histologia. Em relação às estratégias de tratamento estas variam dependendo do resultado do exame citopatológico, onde podem ser empregadas diversas condutas, desde a simples repetição citológica em 6 meses até um tratamento cirúrgico, quimioterápico, radioterápico e passando pela possibilidade de resolução por meio de um tratamento clínico.

Segundo Rocha & Araújo (2001), o diagnóstico precoce é feito pelo exame de Papanicolau e prova de Schiller. O Papanicolau é um exame citológico que deve ser feito anualmente. A classificação da citologia é:

- ✓ **Classe I** Normal
- ✓ **Classe II** Inflamação
- ✓ **Classe III** Displasia
- ✓ **Classe IV** Carcinoma “in situ”
- ✓ **Classe V** Carcinoma.

O Caminho Metodológico

Esta pesquisa se caracteriza como um estudo bibliográfico descritivo que foi realizada mediante levantamento bibliográfico de textos e artigos da base de sites científicos como: Scielo, LILACS, Med Line; e órgãos como: Ministério da saúde e o Instituto Nacional de Câncer.

Segundo (GIL,1991), pesquisa Bibliográfica é quando elaborada a partir de material já publicado, constituído principalmente de artigos de periódicos e atualmente com material disponibilizado na Internet em sites oficiais e científicos.

As pesquisas descritivas caracterizam-se freqüentemente como estudos que procuram determinar status, opiniões ou projeções futuras nas respostas obtidas. A sua valorização está baseada na premissa que os problemas podem ser resolvidos e as práticas podem ser melhoradas através de descrição e análise de observações de fatos os fenômenos sem manipulá-lo (CERVO, 2002).

Foram estabelecidos critérios de inclusão: Artigos científicos obtidos na íntegra, redigidos em português e com publicação de 2000 a 2010 permitindo um espaço de tempo maior para melhor contextualização histórica e evoluções referentes ao tema. Para tanto, foram utilizados os seguintes descritores: Câncer de colo uterino; ações de prevenção e controle; ESF. No que concerne aos resultados desejados, para alcançá-los foi feita uma leitura prévia dos artigos encontrados para posterior seleção dos principais assuntos abordados utilizando como referência os periódicos dos artigos; assunto abordado nos artigos; locais em que foram realizadas as pesquisas e as ações realizadas na ESF na prevenção do câncer de colo de útero. Após a leitura foi realizada uma classificação dos textos de acordo com a convergência dos assuntos abordados.

Ações de Prevenção e Controle do Câncer de Colo do Útero

As ações de prevenção e controle do câncer de colo do útero envolvem atividades preventivas, diagnóstico, tratamento e reabilitação, que podem ser desenvolvidas de forma coletiva e individual. Dentre estas ações, destacam-se as educativas, consulta clínico-ginecológica, coleta de material para esfregaço cérvico-vaginal, teste de Schiller, colposcopia, citopatologia, histopatologia, tratamento dos processos inflamatórios e neoplásicos intra-epiteliais, encaminhamentos para a clínica especializada dos casos indicados para complementação diagnóstica e/ou tratamento, controle dos casos negativos e acompanhamento dos casos tratados.

Barrientos (2006) diz que para a prevenção das neoplasias do colo uterino é de vital importância, o fornecimento de informações às mulheres das diversas faixas etárias, em relação às medidas de promoção da saúde e prevenção desta afecção, através de ações educativas e realização sistematizada de exames de Papanicolaou e que o seu controle depende de fatores como: a possibilidade das mulheres utilizarem os recursos existentes no sistema de saúde, a existência de atividades no serviço, voltadas para a prevenção e controle das neoplasias e, da relação que se estabelece entre profissionais e usuários para a superação de tabus femininos sobre seu próprio corpo, de forma que as mulheres incorporem práticas periódicas de auto-exames.

No que se refere à organização dos serviços para a efetivação das ações preventivas e de controle do câncer de colo uterino, destacamos que o sistema organizacional da Secretaria Municipal de Saúde de Alagoinhas-BA permite que os exames sejam realizados nas Unidades Básicas de Saúde - UBS diminuindo assim a dificuldade da mulher em ter acesso ao serviço e, por conseguinte uma maior adesão destas mulheres às ações de prevenção e controle desta neoplasia.

Uma das ações da atenção básica que merece um grande destaque é a ação educativa. A este respeito, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002, p.122) diz que:

As atividades educativas são de alta relevância, já que muitas mulheres, por seus valores e cultura, não reconhecem as medidas de prevenção e detecção precoce do câncer. Estudos sobre a atitude das mulheres brasileiras quanto à prevenção e o não atendimento aos programas de captação mostram que as principais causas da resistência estariam relacionadas às questões culturais, vergonha, medo de doer, religião, desconhecimento do exame e de onde realizá-lo, parceiros que nos permitem que as mulheres compareçam para realizar o exame preventivo. Foram observadas também outras barreiras, como o medo "do exame ser positivo": muitas mulheres que chegam a fazer o exame não retornam para saber o resultado.

É importante ressaltar que o câncer de colo uterino é um dos tumores malignos que podem ser prevenidos e que, quando detectado precocemente, pode ser curado em, praticamente, 100% dos casos. Apesar disto, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002), afirma que o câncer de colo seja o segundo responsável por mortes entre mulheres e por câncer no sexo feminino em nosso país. A existência desta alta incidência é atribuída ao fato de que mais de 95% das mulheres brasileiras não se submetem regularmente ao exame preventivo, ficando assim às margens das ações de prevenção e controle, dentre estas o acesso à informação.

Sabe-se ainda que, nem todas as mulheres que freqüentam os serviços de saúde se encontram na faixa etária de risco; necessário se faz, portanto, a busca destas mulheres através de momentos educativos sejam eles nas Unidades Básicas de saúde (UBS) nas salas de espera para o atendimento ambulatorial ou nas comunidades, utilizando ainda como parceiros lideranças comunitárias e outros profissionais da área de saúde. Neste sentido, será que a baixa adesão ao serviço e o não retorno se

dê apenas por única responsabilidade da mulher? Como responsabilizá-las se não foram mobilizadas e nem despertadas quanto à necessidade do auto cuidado? E, como também responsabilizá-las pela promoção da sua saúde sem ter desenvolvido nelas consciência sanitária tornando-a sujeito também do processo?

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através deste estudo pôde-se constatar que em qualquer estágio de prevenção do câncer de colo uterino, há necessidade da intervenção de todos os profissionais que compõem e Estratégia de Saúde da Família e que estão na linha de frente dos PSFs, e tal necessidade é percebida nos trabalhos consultados bem como nas suas conclusões.

As vantagens da atuação da referida equipe nesse processo são as mais diversas, valendo destacar: diminuição do tempo de espera para uma consulta, diminuição da vergonha e o incômodo na realização do exame, facilidade do horário para sua realização, conscientização e educação da população quanto aos cuidados com a saúde, integração do homem na prevenção, adaptação da sistematização na prevenção, conscientização de toda a equipe de saúde sobre seu papel na prevenção, dentre outras questões.

Assim, pode-se concluir que o Câncer de Colo uterino é uma neoplasia maligna muito comum no Brasil e responsável ainda por um número elevado de óbitos entre a população feminina, existindo vários fatores de risco que podem desencadeá-lo, porém dentre os vários tipos de câncer este apresenta elevadas chances de prevenção e cura.

A conscientização da população sobre o câncer e o estímulo às mudanças de comportamento é de fundamental importância para sua prevenção, e neste processo o papel educativo dos profissionais de saúde merece destaque. Na tentativa de favo-

recer a prevenção e o diagnóstico precoce, é de fundamental importância o envolvimento de todos os profissionais de saúde, pois estão no papel de conhecedores dos fatores de risco, da epidemiologia e dos sintomas inerentes aos cânceres que mais incidem na população brasileira, bem como é relevante dar continuidade com qualidade aos cuidados prestados no processo de tratamento e reabilitação.

Dessa forma, faz-se necessário orientar a população feminina quanto à importância da realização de exames preventivos e da detecção precoce da doença, esclarecendo as possíveis dúvidas em relação ao câncer de colo uterino, seus fatores de risco e principalmente quanto ao exame de Papanicolau, sendo de fundamental importância o papel da educação em saúde em todo esse processo.

Assim, outros estudos sobre o tema podem ser continuados, visando contribuir para que outros enfermeiros ou profissionais de saúde em geral possam refletir acerca da educação em saúde como ferramenta de prevenção do câncer de colo uterino, bem como possam perceber o quanto se faz fundamental a atuação do profissional enfermeiro nesse processo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria Executiva. Controle do Câncer do colo uterino.** Programa Nacional de Controle do Câncer de colo uterino, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Prevenção do Câncer 2006-2010.** Brasília: Departamento de Vigilância Epidemiológica, 2006.

_____, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Falando sobre câncer do colo do útero.** Rio de Janeiro: MS/INCA, 2000. p. 7-33.

BERQUÓ, E. Brasil, um caso exemplar: **anticoncepção e partos cirúrgicos - à espera de uma ação exemplar.** In: Berquó E, organizador. Direitos reprodutivos: uma questão de cidadania. Brasília (DF): CFEMEA, 1994.

CERVO, A.R. BERVIAN, P. A. **Metodologia Científica.** 5ª edição. São Paulo: Prentice Hall, 2002.

COELHO, EAC, Garcia TR. **Política de atenção à saúde da mulher: um jogo de luzes e sombras:** Revista Toques de Saúde, João Pessoa; 2000.

CORRÊA, S. **PAISM: uma história sem fim.** Recife, SOS Corpo, 1992. 10 p.

COSTA, AAS. **Práticas discursivas na consulta de enfermagem.** Texto Contexto Enferm. 1999 Abr-Jun; 15 (2): 359-60.

FINKELMAN, J. (ORG.) **Os Caminhos da Saúde Pública no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.** Belo Horizonte, 2006. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidades/default.htm>>. Acesso em: 19 abr. 2011.

KLEIHUES, P.; ELIAS, C. **Colposcopia e tratamento da neoplasia intra-epitelial cervical: Manual para principiantes.** Janeiro, 2005.

LEÃO, E.M, MARINHO, L.F.B. **Saúde das mulheres no Brasil:** subsídios para as políticas públicas de saúde. Revista Promoção Saúde 2002; 3: 31-6

MANDÚ, E. N. T. **Políticas de atenção à saúde da mulher no contexto brasileiro.** Rev. Baiana de Enf., Salvador, v.10, n. 1/2, p. 57-70, 1997.

ROCHA, M.I.B & ARAÚJO, M.J.O. **Saúde da mulher e direitos reprodutivos:** dossiês. São Paulo, Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, 2001.

RONCOLLETA, A. F. T. et al. **Princípios da medicina de família.** São Paulo: Sombramfa, 2003.

SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: O CONHECIMENTO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE FEIRA DE SANTANA¹

Ana Paula Batista Martins Portugal²

Ana Luiza Sarno Castro³

Ana Áurea O. Rodrigues⁴

Débora Cristiane de Magalhães⁵

Ranilze Lopes Batista⁵

RESUMO: O Agente Comunitário de Saúde (ACS) é um profissional de saúde que tem uma atuação importante na Estratégia de Saúde da Família, pois ao desenvolver ações de prevenção e promoção de saúde torna-se um relevante agente multiplicador. Por causa desse papel fundamental de agente social transformador e promotor de saúde, o presente trabalho se propõe a verificar que tipo de conhecimento esse profissional possui em saúde bucal para que os ACS estejam preparados para desenvolver as atividades em saúde bucal principalmente de orientação, escovação, prevenção e flúor. Esta pesquisa descritiva exploratória é um estudo piloto, e teve como objetivo avaliar através de um questionário o nível de conhecimento sobre saúde bucal dos Agentes Comunitários de Saúde integrantes do Programa de Saúde da Família no município de Feira de Santana. Foram aplicados questionários em 13 unidades de saúde da família sorteadas e o total da amostra foi de 87 ACS. Verificou-se que, a maioria dos ACS, receberam orientações em saúde bucal de dentistas e estagiários das unidades de saúde às quais pertencem, havendo uma deficiência de orientações e capacitações em saúde bucal promovi-

¹ Parte do Trabalho de Conclusão de Curso da primeira autora apresentado à UEFS.

² Cirurgiã dentista graduada pela UEFS. anabellaportugal@gmail.com

³ Cirurgiã dentista. Mestra em Saúde Coletiva. Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana. alscaastro@yahoo.com.br

⁴ Cirurgiã dentista. Mestra em Saúde Coletiva. Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva, Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana. aleccio@terra.com.br

⁵ Cirurgiã dentista graduada pela UEFS.

das pela Secretaria Municipal de Saúde. Através do questionário aplicado foi possível concluir que os ACS de Feira de Santana possuem um nível razoável de conhecimento sobre saúde bucal.

PALAVRAS-CHAVE: Agente comunitário de saúde. Saúde coletiva. Programa de saúde da família. Equipe de saúde bucal.

ABSTRACT: The Community Health Agent (CHA) is a health professional that has an important performance in the Family Health Strategy, because they are development prevention and promotion actions and then, became an important multiplying agent. Because of this fundamental paper of transforming social agent and health promoter, the present work proposes to verify what type of knowledge this professional have in oral health for that the CHA are prepared to develop the activities in oral health, mainly by orientation, brushing, prevention and fluoride. This descriptive and exploratory research is a pilot study and your objective is to value through a questionnaire the level of knowledge about oral health of the Community Health Agent of the Family Health Program in the municipality of Feira de Santana. The questionnaires were applied in 13 Family Health Units and the total of the sample were 87 CHA. The most of the CHA were received orientations in oral health by dentists and trainees of the health units that they belong and were showed that exist an disability in orientations and qualified in oral health by Health Municipal Secretariat. Through the questionnaire application was possible to conclude that the CHA of Feira de Santana have a reasonable level about oral health knowledge.

KEYWORDS: Community health agent. Family health program. Public health. Buccal health team.

INTRODUÇÃO

A conformação do sistema público de saúde, universal, íntegro e gratuito, começou a ser construído com o processo de redemocratização do país. Segundo a Constituição Federal de 1988, a saúde é um dos direitos sociais de todos os cidadãos e um dever do Estado, a ser garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (PEREIRA, 2003; BEZERRA & NASCIMENTO, 2005).

Uma forma importante de enfrentar os desafios para garantir este direito social através do Sistema Único de Saúde (SUS) é a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que começou a ser implementada em 1994, ampliando a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e buscando incorporar um novo olhar, um novo pensar e um novo fazer, no qual o foco passe a ser a saúde e não a doença; a família e não o indivíduo; a equipe e não o médico; e a intersetorialidade e não um setor isolado (TEIXEIRA, 2006; GERMANO et al., 2005; BRASIL, 2011).

Em 2011, a contabilização do número total de ESF implantadas no Brasil no mês de abril foi de 31.981, cobrindo 52,8% da população brasileira, que corresponde a 101 milhões de pessoas. O total de ESB implantadas foi de 20.640 e o total de ACS foi de 246.130, com cobertura de 62,9% da população brasileira, segundo dados do Ministério da Saúde (2011).

O PSF na cidade de Feira de Santana foi implantado em 2000 pelo Ministério da Saúde, com apenas duas ESF, como projeto piloto, quando o trabalho dos 525 ACS já tinha sido consolidado através do PACS. A ESB foi inserida na ESF em 2004 (BEZERRA & NASCIMENTO, 2005; BRASIL, 2011). Em 2011, Feira de Santana apresenta 83 ESF, 33 ESB e 30 EACS, totalizando 979 ACS. (BRASIL, 2011; FEIRA DE SANTANA, 2011).

Os ACS têm um papel singular no funcionamento do PSF, pois são um “elo” entre a comunidade e o serviço de saúde, realizando ações de apoio em orientação, acompanhamento e educação em saúde. Eles devem ter um bom conhecimento sobre saúde oral para trabalhar a promoção de saúde de uma forma integral, educando a comunidade em relação aos hábitos que interferem na produção das doenças e correlacionando adequadamente fatores etiológicos de doenças bucais com desencadeadores de doença geral (GALAVOTE et al., 2011). Por isso, este estudo piloto se propõe a identificar o nível de conhecimento sobre saúde bucal dos Agentes Comunitários de Saúde integrantes do PSF no município Feira de Santana.

Acredita-se que este estudo poderá contribuir com dados relevantes para a elaboração de estratégias que viabilizem os processos de capacitação e avaliação desses profissionais de saúde, e que contemplem as necessidades e expectativas inerentes a instrumentalização desses agentes a atuar de forma cada vez melhor na educação em saúde.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo piloto de delineamento transversal numa investigação descritivo-exploratória com abordagem quantitativa do conhecimento sobre saúde bucal dos ACS no município de Feira de Santana, situado na região do semi-árido do Estado da Bahia, distante 110 quilômetros da capital Salvador.

A população de estudo é composta pelos ACS integrantes das ESF do município de Feira de Santana no período de junho e julho de 2011. O município possui atualmente 979 ACS distribuídos em 83 USF e 30 UBS, mas foram excluídos do estudo aqueles que não participavam de USF e aqueles que participavam de USF cujos endereços eram considerados distritos de Feira de Santana pelo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES.

Dessa forma, apenas 70 USF participaram do sorteio, totalizando um número de 538 ACS. Foram coletados os dados de 16% da amostra, que foram sorteados fazendo um total de 87 ACS que preencheram os questionários em 13 unidades de saúde.

Os dados foram coletados com a autorização da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Feira de Santana através da aplicação de um questionário contendo vinte e duas questões referentes à saúde bucal pela pesquisadora. Os participantes preencheram também um termo de consentimento livre e esclarecido. O presente projeto foi aprovado pelo CEP da UEFS (registrado sob o protocolo nº 088/2008 CAE 0087.0.059.00-08).

Após aplicação dos questionários, foi montado um banco de dados e foi realizada a análise estatística dos resultados através do *Statistical Package for the Social Sciences* (Programa Estatístico para as Ciências Sociais) o SPSS 15.0 e construção de gráficos, através Microsoft Office Excel 2007.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os agentes comunitários de saúde participantes são 87 (TABELA 1), distribuídos em 13 USF (TABELA 1) e, caracterizam-se por serem em sua maioria do sexo feminino (88,1%) (TABELA 2), com nível de escolaridade referente ao segundo grau completo (79,3%) (TABELA 2), residentes na comunidade há mais de cinco anos (64%) (TABELA 3), sendo que, 29,1% deles residem desde o nascimento. A faixa etária de maior prevalência foi a de 31 a 40 anos (40,2%) (TABELA 2) e 29,9% pertencem à faixa etária de 41 a 50 anos. A porcentagem do sexo predominante aproximou-se dos valores encontrados por Ferraz e Aertz (2004) que foi de 88,6%, assim como a faixa etária prevalente, que foi de 30 a 49 anos e 73% eram moradores há mais de 10 anos na comunidade em que trabalham. A faixa etária foi também a mais prevalente no estudo de Lavres (2006), 30 a 39 anos (37%).

Tabela 1- Distribuição dos Agentes Comunitários de Saúde participantes do estudo segundo as Unidades de Saúde da Família sorteadas. Feira de Santana, BA, 2011.

USF	Número de ACS participantes
Asa Branca	10
Campo do Gado Novo	10
Campo Limpo V	7
Conceição III	5
Eucaliptos	8
Feira VI	5
Feira VII-I	5
Gabriela I	8
Novo Horizonte	8
Panorama I	4
Pé de Serra	9
São José I	4
Sítio Matias	4
Total	87

Fonte: Dados da pesquisa

A maioria dos ACS participantes (67,8%) (TABELA 3) relatou trabalhar há mais de cinco anos, o que não está de acordo com os resultados encontrados no estudo de Ferraz e Aertz (2004), onde 60,5% dos ACS trabalham de 3 a 3,9 anos e Kumagai (2005), onde 44,6% dos ACS estão em serviço de 1,1 a 2 anos, embora ambos sugiram uma baixa rotatividade.

Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família: O Conhecimento dos Agentes Comunitários de Saúde no Município de Feira de Santana

Tabela 2- Distribuição dos Agentes Comunitários de Saúde segundo o sexo, faixa etária e escolaridade. Feira de Santana, BA, 2011.

Variáveis	n	%
Sexo		
feminino	74	88,1
masculino	10	11,9
Total	84*	100
Faixa Etária (anos)		
18 a 25	2	2,3
26 a 30	15	17,2
31 a 40	35	40,2
41 a 50	26	29,9
acima de 50	9	10,3
Total	87	100
Escolaridade		
2º grau incompleto	5	5,7
2º grau completo	69	79,3
superior incompleto	12	13,8
Pós-graduação	1	1,1
Total	87	100

* Três ACS não responderam esses dados.
Fonte: dados da pesquisa

Os ACS participantes, receberam orientações em relação à saúde bucal, após ingressarem no PSF, principalmente de dentistas (49,4%) (GRÁFICO 4) e estudantes universitários que fazem estágios nas unidades (36,8%), ressaltando que deste percentual, 11,5% dos ACS especificaram ter recebido as orientações dos estudantes de odontologia da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) durante os estágios da disciplina Odontologia Preventiva e Social I e II.

Tabela 3 - Distribuição dos Agentes Comunitários de Saúde segundo o tempo de moradia na comunidade e tempo de trabalho no Programa de Saúde da Família. Feira de Santana, BA, 2011.

Variáveis	n	%
Tempo de moradia na comunidade (anos)		
< 1	0	0
1 a 3	2	2,3
3 a 5	4	4,7
> 5	55	64,0
Desde o nascimento	25	29,1
Total	86*	100
Tempo de trabalho no PSF (anos)		
< 1	3	3,4
1 a 3	20	23,0
3 a 5	5	5,7
> 5	59	67,8
Total	87	100

* Um ACS não respondeu esse dado.
Fonte: Dados da pesquisa

Como é a única Universidade que oferece o curso de Odontologia no município, pode-se inferir que esta instituição desenvolve um papel de grande importância para a comunidade, atendendo ao seu objetivo de sociabilizar o conhecimento e promovendo transformação para o desenvolvimento social. O resultado encontrado difere daquele obtido no estudo de Koyashiki et al. (2008), onde há ausência de processos formadores em saúde bucal para os ACS.

Com relação aos ACS que receberam orientações sobre saúde bucal, a maioria deles, 71 ACS (GRÁFICO 6), responderam que a higiene oral foi tema abordado nessas orientações. Observa-se com isso, que os temas não são restritos, eles têm uma ampla diversidade.

Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família: O Conhecimento dos Agentes Comunitários de Saúde no Município de Feira de Santana

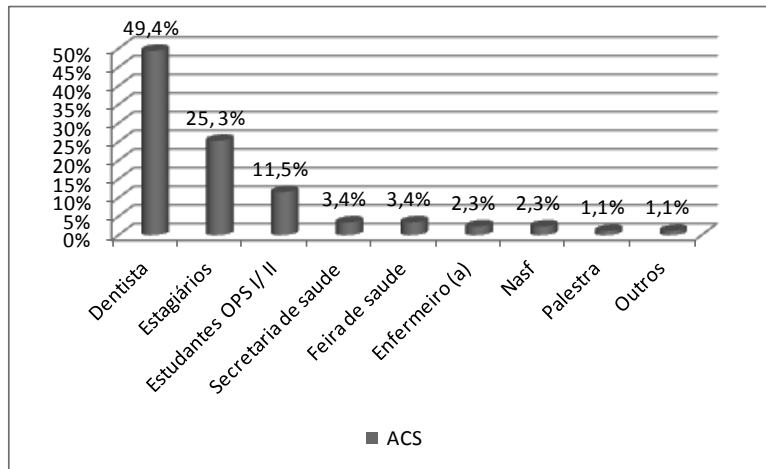


Gráfico 4 - Distribuição percentual dos Agentes Comunitários de Saúde da Família segundo a fonte de orientações em saúde bucal depois de inserido no Programa de Saúde da Família. Feira de Santana, BA, 2011.

O tema referido pelo maior número de ACS foi a higiene oral com escova e fio dental, evidenciando um processo de mudanças na prática de saúde do PSF dando um enfoque maior para a prevenção, ou seja, o foco passa a ser a saúde e não a doença.

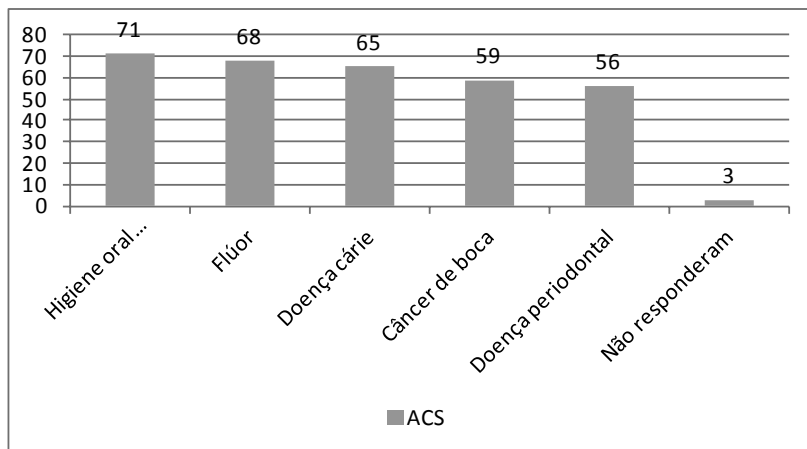


Gráfico 6 - Distribuição dos Agentes Comunitários de Saúde segundo os temas abordados nas orientações em saúde bucal recebidas, depois de inserido no Programa de Saúde da Família. Feira de Santana, BA, 2011.

As principais atividades em saúde bucal desenvolvidas pelos ACS são de orientação (62 ACS) (GRÁFICO 8), escovação (14 ACS), prevenção (10 ACS) e aplicação de flúor (8 ACS). Segundo Rodrigues et al. (2010) em seu estudo os ACS relatam realizar escovação, palestra e aplicação de flúor. Com os resultados obtidos no presente estudo, evidencia-se que apesar da maior parte dos ACS realizar orientações em saúde bucal, é preciso aumentar o número de ACS que realizam essa atividade, assim como, a de escovação, prevenção e aplicação de flúor (de acordo com a necessidade de cada comunidade).

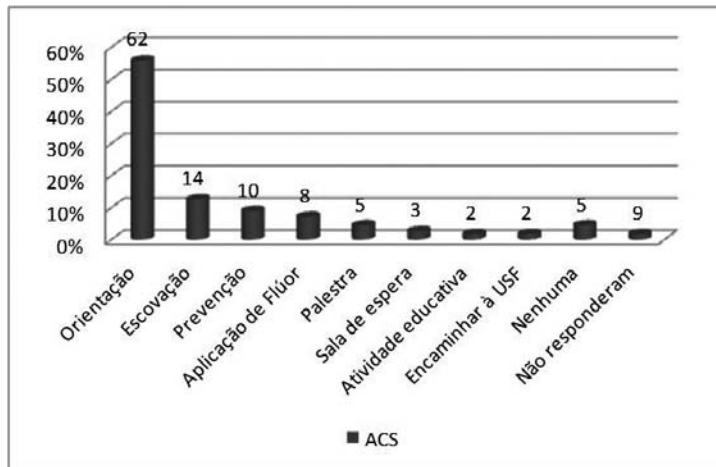


Gráfico 8 - Distribuição percentual dos Agentes Comunitários de Saúde segundo as atividades que desenvolve em saúde bucal. Feira de Santana, BA, 2011.

Os ACS acreditam que a melhor forma de higienizar a prótese seja colocando-a em um recipiente com água sanitária ou solução antisséptica misturada com água na hora de dormir (52%) (GRÁFICO 13) e escovando com escova de cerdas duras e creme dental após as refeições (45,9%). No estudo de Lavres 2006, tanto em Amparo (55%) quanto em Campinas (85%), os ACS orientavam a higienização das próteses com escova e dentrífcio, sendo

considerado errado pelo autor. Com relação à forma correta de higienização das próteses removíveis, existe controvérsia, pois para Mccracken, Mcgivney e Castleberry (1994), a prótese deve ser limpa com escova de cerdas duras e dentifrício sem abrasivo, depois das refeições. Entretanto, Kliemann e De Oliveira (2009), a escova dental deve ser a mais macia possível e um dentifrício pouco abrasivo, podendo utilizar também sabão de coco ou um sabonete.

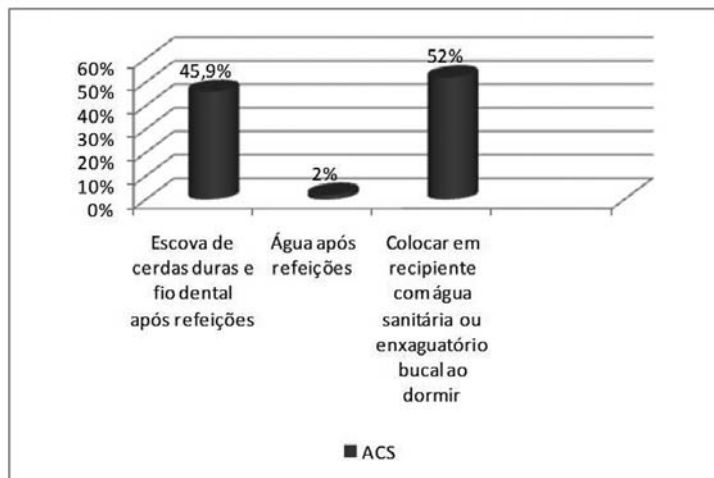


Gráfico 13 - Distribuição percentual dos Agentes Comunitários de Saúde segundo o seu conhecimento sobre a melhor forma de higienizar as próteses. Feira de Santana, BA, 2011.

Em relação à higiene bucal das crianças, 79 ACS (GRÁFICO 14) acham que a mãe deve fazer a higienização da boca do bebê desde os primeiros meses de vida com uma gaze umedecida ou uma dedeira apropriada e 77 ACS concordam que o adulto deve supervisionar a escovação da criança até que ela esteja pronta para realizá-la sozinha. Os ACS apresentam um bom nível de conhecimento sobre saúde bucal da criança, estando aptos a fornecer orientações corretas para gestantes e mães. No estudo de Levy et al. (2004), todos os ACS entrevistados responderam que

dão orientações sobre higiene bucal para gestantes e crianças, restringindo-se a esses grupos.

Quanto aos fatores que podem provocar cárie, 82 ACS (GRÁFICO 16) responderam que a higiene bucal deficiente é um fator, 81 ACS, que o consumo exagerado de açúcar é um fator, 55 ACS, que utilizar antibióticos quando criança é um fator e 53 ACS, que não usar o fio dental é um fator.

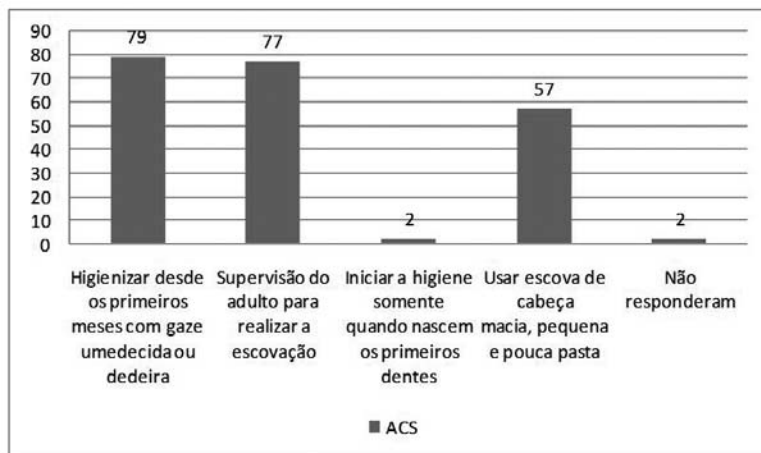


Gráfico 14 - Distribuição dos Agentes Comunitários de Saúde segundo o seu conhecimento sobre saúde bucal da criança. Feira de Santana, BA, 2011.

Chama a atenção, a grande quantidade de ACS que responderam que usar antibióticos quando criança provoca cárie, o que não está correto. Segundo Assed (2005), a frase “os dentes do meu filho estragaram, pois ele tomou muito antibiótico”, deve ser combatida, para que não se perpetue e, torne-se fato aceito, como tem ocorrido. Quanto ao uso do fio dental, nota-se que é preciso dar maior relevância ao seu uso, pois a remoção mecânica da placa bacteriana através do fio dental constitui um procedimento muito importante para complementar a remoção mecânica da placa pela escova.

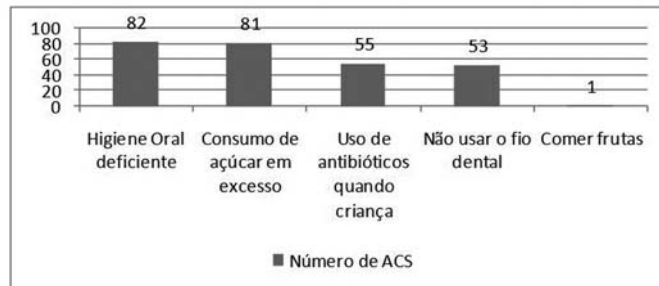


Gráfico 16- Distribuição dos Agentes Comunitários de Saúde segundo o seu conhecimento sobre fatores que podem provocar cárie. Feira de Santana, BA, 2011.

Com relação à melhor forma de prevenir a doença periodontal, 78 ACS (GRÁFICO 17) responderam que é escovar os dentes e passar o fio dental diariamente e corretamente, 48 ACS acham que é usar o enxaguatório bucal diariamente e 39 ACS responderam que é utilizar o flúor. Pereira (2003), afirma que a melhor forma de prevenir essa doença é através da eficiente remoção da placa. Apesar de o antisséptico bucal possuir ação germicida e bactericida, este não substitui a função da escova e fio dental de remover os resíduos de alimentares das superfícies dentais.

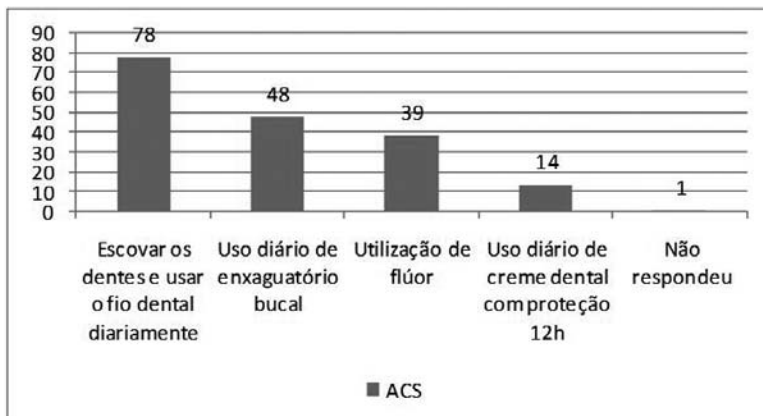


Gráfico 17- Distribuição dos Agentes Comunitários de Saúde segundo o seu conhecimento sobre a melhor forma de prevenir a doença periodontal. Feira de Santana, BA, 2011.

Ao serem inquiridos no questionário sobre o que pode ser o câncer de boca, 92,6% (GRÁFICO 18) assinalaram a alternativa que diz que são feridas que não cicatrizam em até 15 dias.

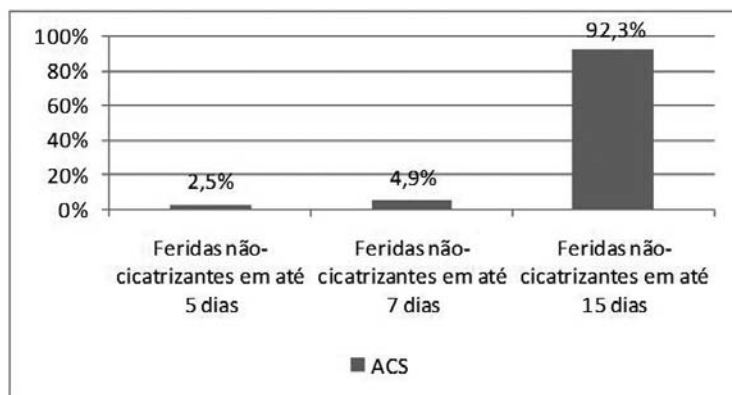


Gráfico 18 - Distribuição percentual dos Agentes Comunitários de Saúde segundo o seu conhecimento sobre o que pode ser câncer de boca. Feira de Santana, BA, 2011.

E, 73,5% dos ACS (GRÁFICO 19), acham que fumar por um período prolongado de tempo, contribui para o desenvolvimento de um câncer, e 16,7% que colocar objetos na boca podem desenvolver câncer. Este resultado evidencia que os ACS necessitam de maior número de capacitações sobre Câncer Bucal, o que difere do estudo de Rodrigues et al. (2010), em que o trabalho de educação na área de câncer bucal é destaque, com relação à capacitação dos Agentes Comunitários.

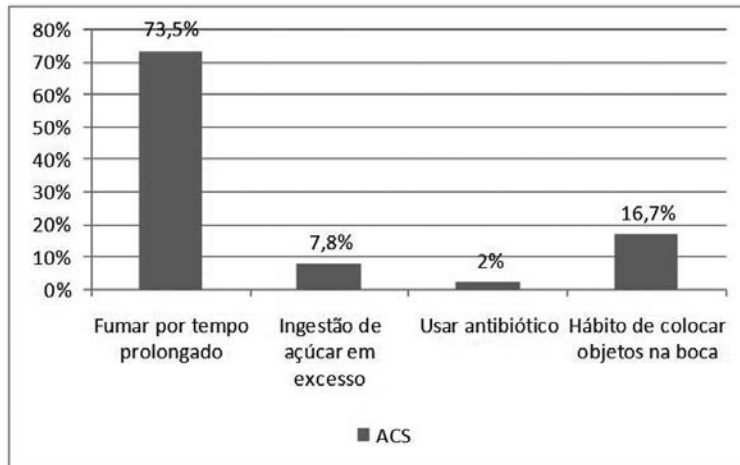


Gráfico 19- Distribuição percentual dos Agentes Comunitários de Saúde segundo o seu conhecimento sobre o fator que contribui para o desenvolvimento do câncer de boca. Feira de Santana, BA, 2011.

Considerações finais

Este trabalho indica que os agentes comunitários de saúde do município de Feira de Santana possuem um nível razoável de conhecimento sobre saúde bucal, que precisa ser, permanentemente, melhorado, renovado e reforçado, através de cursos de capacitação, palestras e oficinas promovidas pela Secretaria Municipal de Saúde e cirurgião-dentista, para que eles desempenhem com eficácia as suas atribuições de identificar os fatores de risco para as doenças bucais, atuando na promoção e prevenção de doenças.

O atual instrumento de coleta de dados, portanto, conseguiu cumprir a sua função de tentar avaliar o nível de conhecimento dos agentes comunitários de saúde no município em um estudo piloto, indicando a necessidade de um estudo posterior, com uma amostra maior, para que esses dados preliminares sejam confirmados ou não.

O ACS é um agente multiplicador de informações e, auxiliar nas transformações sociais por isso é necessário identifiquem as necessidades da comunidade, para saber como realizar os encaminhamentos e planejar quais atividades podem ser realizadas para melhorar a saúde bucal da comunidade, por isso quanto maior for o esforço em melhorar a capacitação desse profissional melhores serão os resultados de sua prática.

O presente estudo alerta para a necessidade dos ACS receberem mais informações sobre saúde bucal para contribuir ainda mais na melhoria da saúde bucal da população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASSED, S. **Odontopediatria: bases científicas para a prática clínica**. São Paulo: Artes Médicas, 2005. 1069 p.

BEZERRA N. O., NASCIMENTO M. A. A. Implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) em Feira de Santana- BA no ano 2000 como experiência piloto: Vontade política ou “interesses políticos”? **Revista Baiana de Saúde Pública**. v. 29, n.2, p.175-188, jul./dez., 2005. Disponível em: [http://www.saude.ba.gov.br/rbsp/volume29n2/IMPLANTA%C3%87%C3%83O%20DO%20PROGRAMA%20SA%C3%9ADE%20DA%20FAM%C3%8DLIA%20\(PSF\)%20EM%20FEIRA%20DE%20SANTANA.PDF](http://www.saude.ba.gov.br/rbsp/volume29n2/IMPLANTA%C3%87%C3%83O%20DO%20PROGRAMA%20SA%C3%9ADE%20DA%20FAM%C3%8DLIA%20(PSF)%20EM%20FEIRA%20DE%20SANTANA.PDF) . Acesso em: 08 abr 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES. Secretaria de Atenção a Saúde. DATASUS. Disponível em: http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Equipes.asp?VEstado=29&VComp=. Acesso em: 08 abr. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica/ SAS. Atenção Básica e a Saúde da Família. Diretriz conceitual, Gestão, Saúde da Família, Equipe de Saúde, Agentes Comunitários de Saúde, Valorização Profissional, Desafios Institucionais, Desempenho, Responsabilidades. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/atencobasica.php>. Acesso em: 08 abr. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica/ SAS. Atenção Básica e a Saúde da Família. Números da Saúde da Família, Mapas da Atenção Básica e Saúde da Família, Histórico de Cobertura da Saúde Família. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php#numeros>. Acesso em: 08 abr. 2011e 11 set. 2011.

FEIRA DE SANTANA. Secretaria Municipal de Saúde – SMS. Departamento de Atenção Básica. 2011.

Ferraz, L., Aerts, D. R. G. C. O cotidiano de trabalho do agente de saúde no PSF em Porto Alegre. *Cien Saude Colet.*, v. 10, n. 2, p. 347-355, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n2/a12v10n2.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2011

GALAVOTE H. S., Do Prado T. N., MACIEL E. L. N., LIMA R. C. D. Desvendando os processos de trabalho do agente comunitário de saúde nos cenários revelados na Estratégia Saúde da Família no município de Vitória (ES, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, p. 231-240, 2011. Disponível em:< http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1413-81232011000100026&script=sci_abstract&tling=pt >. Acesso em: 08 abr 2011.

KLIEMANN, Claudio; DE OLIVEIRA, Wagner. **Manual de Prótese Parcial Removível**. 1.

ed. São Paulo: Santos, 1999. 265 p.

KOYASHIKI, G. A. K., ALVES-SOUZA, R. A., GARANHANI, M. L. O trabalho em saúde bucal do Agente Comunitário de Saúde em Unidades de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 4, p. 1343-1354, 2008. Disponível em: < <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/630/63013432.pdf>>. Acesso em: 06 jul. 2011 e 12 ago 2011.

KUMAGAI, T. S. I. 2005. **Percepção dos Agentes Comunitários de Saúde do Programa de Saúde da Família sobre atenção em saúde bucal à gestante**. Campo Grande: Universidade Federal do Mato Grosso do Sul. Tese. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/monografia_thais_runkel.pdf >. Acesso em: 6 jul. 2011 e 10 ago. 2011.

LAVRES, H. A. R. 2006. **Análise do conhecimento sobre saúde bucal dos agentes comunitários de saúde e sua prática na promoção de saúde bucal nos municípios de Amparo e Campinas – São Paulo**. Piracicaba, São Paulo: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba. Dissertação. Disponível em: < <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=vtls000384164> >. Acesso em: 6 jul. 2011 e 10 ago 2011.

LEVY F. M., MATOS P. E. S., TOMITA N. E. Programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores da saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 197-203, jan./fev., 2004. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0102-311X2004000100036&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: e 10 ago. 2011.

MCCRACKEN, William L; MCGIVNEY, Glen P; CASTLEBERRY, Dwight J. **Protese parcial removível de McCracken**. 8. ed [Porto Alegre]: Artes Médicas, 1994. 330p

PEREIRA, A. C. **Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde**. 1. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003. 440 p.

RODRIGUES, A. A. A. O., DOS SANTOS, A. M., ASSIS, M. M. Agente comunitário de saúde: sujeito da prática em saúde bucal em Alagoinhas, Bahia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 3, p. 907-915, 2010. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000300034 >. Acesso em: 14 jun. 2011 e 10 ago. 2011.

TEIXEIRA M. C. B. A dimensão cuidadora do trabalho de equipe em saúde e sua contribuição para a odontologia. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 11. nº 1. jan./mar. 2006. Disponível em: < <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/630/63011111.pdf> >. Acesso em: 27 abr. 2008

CONDUTAS DE ENFERMAGEM FRENTE À PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES MAMARIAS NO PE- RÍODO DE LACTAÇÃO: UMA REVISÃO BIBLIOGRAFICA

Andréia Pereira da Silva¹
Inês Moreira de Santana¹
Lucia Araujo da Silva¹
Maiza Conceição Teles Dias²

RESUMO: O leite materno é um alimento fundamental, considerado como um dos pilares para a promoção e proteção da saúde das crianças. A mãe precisa ter a consciência que amamentar é muito mais do que alimentar a criança, é um ato complexo, multifatorial, entre mãe e filho, que implica no estado nutricional da criança, desenvolvimento cognitivo e emocional, combate a infecções e acima de tudo é representa uma dádiva. Para a amamentação ser prazerosa a mama precisa está em perfeita condição. Sabe-se que às intercorrências mamárias relacionadas à lactação são fatores determinantes na continuidade e sucesso da amamentação, isso implicará na saúde materna e da criança. O presente trabalho baseou-se numa revisão literária com objetivo de analisar a importância da conduta de enfermagem na prevenção das complicações mamarias no período de lactação. Utilizou-se como base estudo bibliográfico descritivo e exploratório, onde através da revisão sistemática da literatura de estudos empíricos indexados nas bases de dados Medliene, LILACS e SCIELO (Scientific Eletronic Library Onlaine), utilizando-se os seguintes descritos: amamentação, complicações mamarias, cuidados de enfermagem no período de 2000 a 2009. Foram identificados 20 artigos, dos quais foram selecionados 10, onde a maioria dos estudos avaliou as possíveis

¹SILVA, Andréia Pereira da. SANTANA, Inês Moreira de. SILVA, Lúcia Araújo. Graduas em Enfermagem pela Faculdade Santo Antônio Alagoinhas- BA. Pós-graduandas no curso de SAUDE COLETIVA COM ENFASE EM SAUDE DA FAMILIA DA FSSS- e-mail: inessantana_@hotmail.com.

²Orientadora. DIAS, Maiza Conceição T. Graduada pela Universidade Estadual de Feira de Santana Bahia- UEFS-BA. Em Bacharel em Enfermagem. Especialista em Gestão em Saúde_ Fundação Oswaldo (Fiocruz-/RJ) e em Saúde da Família pela UEFS/Feira de Santana-BA. email: maizatdias@yahoo.com.br.

causas, conseqüências em intervenções de enfermagem frente às intercorrências da lactação. Ao longo da pesquisa pode-se evidenciar várias dúvidas nas mães sobre o aleitamento materno que reflete em intercorrências na lactação como desmame precoce e alterações psicossociais. A educação em saúde é essencial, sem ela a assistência não se concretiza, sendo importante que a enfermagem realize abordagens direcionadas desde o pré-natal ao puerpério orientando as vantagens da lactação na redução de riscos ao binômio mãe e filho. O profissional de enfermagem como educador precisa ter uma visão holística desde o pré-natal incorporando conhecimentos, práticas e vivência social e familiar a fim de promover educação em saúde para o aleitamento materno.

PALAVRAS-CHAVE: Amamentação. Complicações mamárias. Cuidados de enfermagem

ABSTRACT: Breast milk is a key food, considered one of the pillars for the promotion and protection of children's health. The mother needs to be aware that breastfeeding is much more than feeding the child, an act is complex, multifactorial, between mother and child, which implies the child's nutritional status, cognitive and emotional development, fighting infections and above all is represents a gift. To be pleasing to breast feeding need is in perfect condition. It is known that the complications related to breast lactation are determining factors in the continuity and success of breastfeeding, this will result in the maternal and child health. This work was based on a literature review in order to examine the importance of practice nursing in preventing complications mammary during lactation. It was used as the basis bibliographic descriptive and exploratory, where through the systematic literature review of empirical studies indexed in the databases Medliene, LILACS and SciELO (Scientific Electronic Library Online), using the following described: breastfeeding, mammary complications, nursing care in the period 2000 to 2009. We identified 20 articles, 10 of which were selected, where the majority of studies evaluated the possible causes, consequences in nursing interventions in the face of complications of lactation. During the study it can be evidenced

in several questions about breastfeeding mothers reflecting on lactation complications as early weaning and psychosocial changes. Health education is essential, without her assistance does not materialize, it is important to realize that nursing approaches aimed from the prenatal to postpartum guiding the advantages of breastfeeding in reducing risks to both mother and child. The professional nursing as an educator must have a holistic view from pre-natal incorporating knowledge, practices and social customs and family to promote health education for breastfeeding.

KEYWORDS: Breastfeeding. Mammary complications. Care nursing

INTRODUÇÃO

O leite materno é considerado um dos pilares para a promoção e proteção da saúde das crianças, por sua composição e disponibilidade de nutrientes e por seu conteúdo, com substâncias imunoativas. Favorece também a relação afetiva mãe-filho e o desenvolvimento da criança, tanto do ponto de vista cognitivo quanto psicomotor (CASTRO *et al.*, 2009).

Além disso, o processo da amamentação traz inúmeros benefícios para a mulher, pois reduz o peso mais rapidamente após o parto, ajuda o útero a recuperar seu tamanho normal, diminuindo o risco de hemorragia e de anemia após o parto, reduz o risco de diabetes, o risco de câncer de mama; se a amamentação for exclusiva, pode ser um método natural para evitar uma nova gravidez (REZENDE, 2008).

Ao longo dos anos devido ao processo de industrialização, urbanização e modernização associado ao papel da mulher assumido nesse cenário, ocorreram mudanças na prática da amamentação que refletem nos dias atuais as quais podemos citar, como principais, o trabalho da mulher fora de casa, os diversos papéis assumidos pela mulher na sociedade, o surgimento de

fórmulas lácteas próprias para lactentes e sua propaganda excessiva e a valorização da mama como um símbolo sexual, além da transformação da estrutura familiar.

A amamentação é à melhor maneira para se proporcionar o alimento ideal e correto para um saudável crescimento e desenvolvimento dos RN (recém-nascidos), bem como de ser parte integral e natural de um processo reprodutivo. Conduzido de forma correta este ato se tornará importante para a saúde materna e da criança.

O processo de amamentação, embora de aparente simplicidade automatismo fisiológico singular, requer um complexo conjunto de condições interacionais no contexto social da mulher e de seu filho (SILVA, 2000). Reforça-se, ainda, que amamentar não é um processo inteiramente instintivo, mas é parcialmente baseado em um comportamento aprendido, por meio de informações de outras mulheres mais experientes ou pelo exemplo e pela observação.

Sabe-se que a amamentação traduz-se em várias vantagens para as crianças, quando estas estão recebendo a melhor alimentação até aos seis meses de idade, vantagens para a mulher, vantagens para a família e vantagens para a sociedade. Os reais impactos sociais da amamentação estão em quantificar a redução do atendimento médico, uso de medicamentos e hospitalizações. Entretanto, muitas mulheres que estão amamentando apresentam algumas dificuldades para desempenhar esta prática, por isso não basta à mulher estar informada das vantagens do aleitamento materno, mas optar pelo método da amamentação. Para levar adiante sua opção, ela precisa estar inserida em um ambiente favorável à amamentação e contar com o apoio de profissional de enfermagem habilitado.

Rezende (2008) afirma que inúmeras são as vantagens da amamentação natural para a mãe e para o filho, onde o leite materno é altamente nutritivo podendo suprir todas as necessi-

dades alimentares do infante durante os 4-6 primeiros meses de vida. De 6 a 12 meses fornece um terço das proteínas que carece a criança e daí em diante permanece como valioso suplemento protéico á dieta infantil.

Devido à intercorrências mamárias relacionadas à lactação são, reconhecidamente, fatores determinantes na continuidade e sucesso da amamentação. Entretanto o que se observa continuamente é que existem diversos fatores que contribuem de forma decisiva para a redução da freqüência da prática da amamentação, e entre estas, está à falta de orientações, por parte de profissionais da saúde qualificados para esclarecimento às mães dos problemas do aleitamento, e como resolvê-los. Sendo a amamentação um ato extremamente natural, é também passível de serem aprendidas as formas apropriadas para uma amamentação saudável.

Sendo que, para Rezende (2002) entre as principais intercorrências mamária relacionada à lactação destaca-se, ingurgitamento mamário, fissura mamilar, mastite puerperal, bloqueio de ducto e abscesso mamário. Essas intercorrências podem ser agravadas frente à malformação dos mamilos, impedindo uma apreensão adequada por parte dos RN, e que são condições preveníveis e solucionáveis, requerendo, para tal, paciência, firmeza e, acima de tudo, conhecimento sobre a fisiologia da lactação.

Os enfermeiros com trabalhos voltados para a área de obstetrícia têm uma longa história de atuação no Brasil e seus trabalhos são bem conhecidos, pois a área de atuação é muito vasta e relevante, por isso trabalhos como estes devem ser incentivados (REGO, 2002).

Apesar da amamentação nas últimas décadas ter sido alvo de grande interesse nos meios científicos, em várias partes do mundo, e dados apontarem para um aumento nas taxas de amamentação na maioria dos países nos últimos anos, inclusive no Brasil a tendência ao desmame precoce continua.

O estudo tem por objetivo analisar a importância da condução de enfermagem na prevenção das complicações mamárias no período de lactação.

ABORDAGEM METODOLÓGICA

Os dados foram coletados através da utilização de bibliografias nacionais de Enfermagem e manuais de Atenção Básica do Ministério da Saúde. As pesquisas pela Internet, foram realizadas através do *Scientific Eletronic Libray Online – SciELO*, BIREME – Biblioteca virtual em Saúde que reúne base de dados como LILICAS e MEDLINE, bibliotecas virtuais que abrangem uma coleção selecionada de periódicos científicos brasileiros indexados. A razão pela escolha da utilização dos livros, manuais e periódicos, deu-se pela credibilidade e cientificidade da temática, além do fácil acesso, englobando as pesquisas disponíveis na íntegra.

Utilizou-se como critério de inclusão: artigos publicados nos períodos de 2000 a 2009, onde foram identificados 20 artigos, dos quais foram selecionados 10, referentes à produção científica na área enfermagem sobre amamentação, complicações mamárias, cuidados de enfermagem.

Para atingir o objetivo da pesquisa, foi realizado um estudo de revisão bibliográfica, exploratório/descritivo. Lakatos (2001) considera que uma pesquisa bibliográfica permite o conhecimento do que já existe publicado sobre determinado assunto ou fenômeno, ou seja, é uma pesquisa em fonte secundária através da qual se faz um levantamento em livros, monografias, teses, boletins, bibliotecas virtuais entre outros.

Para Gil (1999) à pesquisa exploratória descreve como aquela que tem a finalidade de proporcionar maior conhecimento do problema, tornando-o claro para permitir a construção de hipóteses. Já a descritiva é aquela através da qual é possível identificar as características de determinada população ou fenômeno.

ALEITAMENTO MATERNO

O leite materno é um alimento rico em nutriente e contém a quantidade de água suficiente para as necessidades do bebê. A oferta de água, chás ou qualquer outro tipo de alimento que não seja o leite materno aumenta as chances do bebê adoecer ou rejeitar o leite da mãe, assim a inserção de outras substâncias líquidas em mamadeiras ou uso de chupeta, também faz com que o bebê engula mais ar (aerofagia), o que resulta em desconfortos abdominais ou cólicas freqüentes. Além disso, a chupeta e o bico da mamadeira acostumam o bebê a sugar de forma incorreta fazendo com que ele não consiga retirar do peito todo leite que necessita (BRASIL, 2005).

A prática da amamentação atualmente tem salvado a vida de milhões de crianças a cada ano em todo o mundo, diminuindo a mortalidade infantil secundária as doenças comuns na infância, como a diarreia e pneumonia. De acordo com o UNICEF (1999), o aleitamento exclusivo e recomendado, pois confere maior proteção contra agravos patológicos, estimando que a melhora nas técnicas de amamentação pudesse salvar cerca de 1,5 milhões de crianças.

O processo de industrialização e modernização trás consigo a inserção da mulher no mercado de trabalho, onde a emancipação da mulher foi uma das maiores evoluções do século XX, esse rápido progresso trouxe mudanças significativas na relação mãe e filho, pois a mulher deixa de ser apenas dona de casa e passa a assumir diversos papéis na sociedade. Ao se tornarem mães essas mulheres não amamentarão os filhos de forma exclusiva, e encontram nas fórmulas lácteas próprias para lactentes um forte aliado na substituição do leite materno, deixando para traz os benefícios da amamentação.

A amamentação é decorrente de uma serie de impulsos biológicos, instintivos e comportamentais. O mais forte desses impulsos é o instinto que todos os recém nascidos de mamífe-

ros têm de colocar em funcionamento de três formas de pares de músculos da boca, da língua e da orofaringe para prender o mamilo, proceder á sua pressão contra o palato, sugar, fechar a glote e deglutir o leite.

Entre as principais intercorrências mamária relacionada à lactação destaca-se, ingurgitamento mamário, fissura mamilar, mastite puerperal, bloqueio de ducto e abscesso mamário. Essas intercorrências podem ser agravadas frente à malformação dos mamilos, impedindo uma apreensão adequada por parte dos recém-nascidos, e que são condições preveníveis e solucionáveis, requerendo, para tal, paciência, firmeza e, acima de tudo, conhecimento sobre a fisiologia da lactação.

Os enfermeiros com trabalhos voltados para a área de obstetrícia têm uma longa história de atuação no Brasil e seus trabalhos são bem conhecidos, pois a área de atuação é muito vasta e relevante, por isso trabalhos como estes devem ser incentivados.

Apesar da amamentação nas últimas décadas ter sido alvo de grande interesse nos meios científicos, em várias partes do mundo, e dados apontarem para um aumento nas taxas de amamentação na maioria dos países nos últimos anos, inclusive no Brasil a tendência ao desmame precoce continua.

Os profissionais da saúde devem manter-se atualizados para sistematizarem as ações e as condutas para o bom desempenho do seu papel. Visto que as técnicas e procedimentos a serem adotados têm a finalidade de ajudar as mães a amamentarem seus filhos sem intercorrências, evitando dessa forma o abandono do processo de amamentação precocemente.

ANATOMIAS DAS MAMAS E FISILOGIA DA AMAMENTAÇÃO

As mamas femininas são estruturas anexas a pele, especializadas na produção de leite após a gestação. Nas mulheres, as mamas começam a se desenvolver na puberdade, e atingem seu

maior desenvolvimento durante os últimos meses de gestação e na lactação, onde ocorrem modificações na quantidade de tecido glandular, além de alterar a atividade funcional. É formada por tecido glandular (glândula mamária), por tecido conjuntivo e gordura (REZENDE, 2005).

As mamas são localizadas na região torácica, bastante vascularizada, constituídas de tecido adiposo e conjuntivo, sendo que, a forma, o tamanho e a consistência variam de acordo com a idade. Segundo Neme (2005):

A glândula mamaria se origina-se de um espaçamento em fita da epiderme, denominada linha mamária. No embrião de sete semanas, se estende desde a base dos membros superiores até a raiz dos membros inferiores. Pequenas porções dessa estrutura persistem no tórax e penetram no mesênquima subjacente, formando 15 a 20 esboços epiteliais que se ramificam e se canalizam, dando origem e, graças à proliferação mesênquima e uma das causas do mamilo invertido. Eventualmente, persistem outros fragmentos da linha mamaria, ocasionando a existência de mamilos acessórios, a chamada politelia, ou mesmo o desenvolvimento de uma glândula completa, a polimastia.

O parênquima mamário constitui-se na porção secretória, possuindo ductos, lobos, lóbulos e alvéolos. Os alvéolos medem aproximadamente 0,12 mm de diâmetro. Os ductos se dilatam sobre a aréola e a base do mamilo formando seios galactóforos ou ampolas que são verdadeiros reservatórios de leite (CASTRO, 2006).

A mama feminina madura é composta de 15 ou 20 lobos subdivididos em diversos lóbulos que, por sua vez, contém 10 a 100 alvéolos. Toda essa estrutura glandular ocupa, principalmente, a região central e superior da mama. Os alvéolos mamários são constituídos, essencialmente por dois tipos de células; as células B basais, que são consideradas precursoras das células mioepiteliais, e das células A superficiais, responsáveis pela síntese e secreção láctea. O conjunto das células A e B constituem o epitélio

de revestimento dos ductos mamários, que, em número de 15 a 20, termina nas proximidades dos mamilos, na aréola, encontram-se as glândulas de Montgomery, grandes glândulas sebáceas, cuja secreção lubrifica a auréola e mamilo, notadamente, na gravidez e na lactação, períodos nos quais mostram aumento significativo (NEME, 2005).

O mamilo é uma pequena elevação na superfície arredondada da mama, pigmentada, enrugada e também possui forma e tamanhos variados, que muitas vezes sua forma dificulta a amamentação do lactente, pois terá dificuldades de fixar o mamilo corretamente e sugar o leite. O mamilo possui várias terminações nervosas, tornando-o muito sensível. As terminações nervosas desencadeiam os reflexos que auxiliam a descida do leite (CASTRO, 2009).

Spallicci *et al.* (2005), os mamilos podem ser de quatro tipos: Mamilo semiprotuso: apresenta-se pouco saliente como se estivesse incorporado à região areolar. Este é um mamilo sujeito a traumas, porém permite a amamentação com sucesso, desde que exercícios de exteriorização, sejam iniciados durante o pré-natal. Mamilo plano: situa-se no mesmo nível da aréola. Este é um mamilo sujeito a traumas, porém permite a amamentação com sucesso, desde que exercícios de exteriorização, sejam iniciados durante o pré-natal. Mamilo normal ou protuso: é extremamente elástico, de fácil apreensão, apresenta-se saliente e em planos diferentes da região areolar. Quando estimulado fica saliente e bem posicionado. Mamilo invertido: caracteriza-se pela inversão total de tecido epitelial, podendo ocasionar o desaparecimento completo do mamilo. Nunca fica saliente e exige exercícios de exteriorização durante a gestação para aplanar-se durante a sucção do bebê.

A aréola é a região em volta do mamilo, pigmentada, onde existem as glândulas mamárias rudimentares ou glândulas de Montgomeri, que hipertrofiam na gravidez. Na região do mamilo

e da aréola existem fibras musculares lisas e uma grande quantidade de terminações nervosas sensitivas, estimuladas durante a lactação (HALBE, 2000).

Para Resener e Ferriari (apud STEFFEN; LEMOS, 2000), as mamas assentam-se sobre o músculo peitoral maior, serrátil anterior e oblíquo externo da parede torácica anterior. As mamas são ligeiramente assimétricas, sendo freqüentemente a mama direita maior e posicionada mais inferiormente, uma de cada lado do tórax, podendo ter formatos diversos: hemisférico, cônico, piriformes, cilíndricas e discóides, variando conforme a idade e a situação da mulher, principalmente as mulheres que estão amamentando.

A assistência á prática da amamentação, como um dos fatores de promoção á saúde materno-infantil, tem sido incrementada através de inúmeras iniciativas de órgãos governamentais e não governamentais. No entanto, a mulher ainda encontra dificuldades para o acesso á assistência especializada para resolução de problemas relativos ao aleitamento e lactação, após alta hospitalar.

Desta forma, torna-se fundamental o conhecimento da fisiologia da amamentação, sua importância para o desenvolvimento infantil e as orientações de enfermagem (ALVES, 2001).

Nesse processo, toda a equipe de saúde que presta cuidados às mães e aos bebês, deve estar capacitada para o adequado acolhimento da gestante e mães para que promovam, protejam e apóiem a amamentação (ANDRADE; SEGRE, 2002).

A fisiologia da sucção envolve desde a sensibilidade do bebê em sentir com os lábios o mamilo da mãe até o momento de deglutição do leite materno. Os receptores táteis dos lábios do bebê detectam o bico e levam os músculos labiais (orbicular dos lábios e controladores da comissura) a se contraírem firmemente em torno do mamilo, caracterizando um selamento hermético. O colo do mamilo é o primeiro a ser comprimido, entre o re-

bordo gengival superior e a ponta da língua, cobrindo o rebordo gengival inferior com uma depressão da mandíbula e da língua, o que requer o trabalho dos músculos linguais. Esses fenômenos criam uma pressão negativa na boca do lactente.

A ocitocina produzida (na glândula pituitária posterior) é liberada por estímulos durante a amamentação, e provoca a descida do leite através dos ductos até ao mamilo (o reflexo da descida ou ejeção). Quando o RN mama, ao tocar com a boca no mamilo e na aréola envia mensagens nervosas para a glândula pituitária que liberta a ocitocina na corrente sanguínea. Isto provoca a contração das células mioepiteliais dos alvéolos e a ejeção do leite, que vai provocar um aumento do diâmetro dos ductos lactíferos e o movimento do leite para o mamilo.

COMPLICAÇÕES MAMARIAS NO PERÍODO DE LACTAÇÃO

Malformações da mama ou dos mamilos como, mamilos planos, invertidos e pseudoinvertidos, podem prejudicar a ordenha ou a sucção do bebê. Quando a criança não pega corretamente a mama pela boca sugando somente o mamilo, ocorre a sucção de mamilo, que é a causa mais comum de problemas de aleitamento materno, acarretando até inflamações na mama (REZENDE, 2005).

Ingurgitamento mamário

O ingurgitamento mamário de acordo com Clark (1984), é diagnosticado quando os seios estão duros, pesados e cheios de leite. Ocorre principalmente nos primeiros dias após o parto e pode ser evitado oferecendo o seio desde o nascimento. Ingurgitamento é o aumento súbito e doloroso no volume das mamas. Mas com o sistema livre de demanda precoce nas maternidades, o ingurgitamento tem se tornado mais difícil de acontecer, ocor-

rendo mais em cesarianas e em primíparas jovens (GIUGLIANI, 2004).

O ingurgitamento ocorre por causa da distensão venosa e linfática que precede à lactação, e também pode ocorrer quando a criança é desmamada abruptamente. Com isso as mamas ficam aumentadas, dolorosas e muito quentes ao toque. O mamilo está achatado e a secreção de leite pode cessar, porque o ingurgitamento tecidual ocluindo os ductos lactíferos.

Fissuras mamilares

As fissuras mamilares ou ragades são ulcerações ou soluções de continuidade tipo fenda em torno do mamilo, comprometimento da epiderme ou da derme. Localiza-se na junção mamilo-areolar e/ou na superfície do mamilo, apresenta-se sempre em formato horizontal. Podem ocorrer devido à amamentação por tempo demasiadamente longo.

As fissuras do mamilo ocorrem no seio despreparado, devido à má posição da criança no momento da mamada e, principalmente, devido à técnica incorreta de sucção, ou seja, quando o recém-nascido não abocanha a aréola e sim o mamilo (ALVES, 2001).

Como a sucção do mamilo pelo lactente é o fator desencadeante das fissuras, devem ser adotadas medidas que minimizem a agressão do mamilo durante a sucção, ou seja, deve orientar a mãe a praticar a técnica adequada para a amamentação.

Mastite

De acordo com Spallici et al. (2005) a mastite é um processo inflamatório, de origem infecciosa, ocorre no período pós-parto e deve ser identificada e tratada o mais precocemente possível. Os fatores predisponentes são as malformações papilares, técni-

ca incorreta de amamentação, ingurgitamento mamário excessivo, fissuras papilares e higiene inadequada.

A mastite puerperal ou da lactação constitui-se em processo infeccioso agudo das glândulas mamárias que acomete mulheres no início da lactação, tendo como manifestações clínicas desde uma inflamação focal, e se estende com sintomas sistêmicos como febre, mal-estar geral, astenia, calafrios e prostração, até abscessos e septicemia. Muitas mulheres devido ao desconforto e à dor, e também por falta de orientações, acreditam que o leite da mama inflamada fará mal ao RN, e com isso, desmamam precocemente (SALES, 2000).

Como fatores de maiores prevalências são as fissuras mamilares, que favorecem a penetração de microorganismos patogênicos. O ingurgitamento mamário e a estase látea são fatores predisponentes da mastite puerperal.

Por se tratar de um desconforto e gera danos a mãe e RN, recomenda-se repouso, antitérmicos, analgésicos e uso de sutiã firme. Devem ser evitadas as mamadas na mama lesada, sendo esvaziada com uso de bomba ou ordenha manual, sendo que esse leite deve ser desprezado.

Abscesso mamário

O processo infeccioso da mama, se não for combatido com presteza, poderá redundar em abscesso mamário, que é a coleção purulenta no parênquima mamário (REZENDE, 2005).

É uma situação pouco freqüente. Deve drenar cirurgicamente, sendo incisado no ponto de flutuação máxima e a secreção purulenta deve ser removida. O abscesso surge devido a um tratamento inadequado da mastite.

De acordo com Giugliani (2004) abscesso mamário é causado por mastite não tratada ou com tratamento tardio ou ineficaz. O não esvaziamento adequado da mama afetada pela mastite, que costuma ocorrer quando a amamentação naquela mama é

interrompida, favorece o aparecimento de abscesso. O abscesso deve ser prevenido para não comprometer futuras lactações, pois abscessos muito grandes podem necessitar de ressecções extensas, podendo resultar em deformidades da mama, bem como comprometimento funcional.

Nos descritos de Sales (2000) apesar da excelência do aleitamento materno e dos programas de incentivo e promoção realizados no pré-natal, sala de parto, alojamento conjunto e puerpério, existem dificuldades referentes ao manejo da lactação. Com isso, para obter sucesso na amamentação é necessário o preparo, assim como cuidados profiláticos com as mamas, durante a gravidez para a função lactogênica, sendo este preparo de extrema importância para uma boa alimentação, principalmente para as primíparas.

A ENFERMAGEM FRENTE ÀS COMPLICAÇÕES MAMÁRIAS NO PERÍODO DE LACTAÇÃO

A opção de amamentar, ou não, é da mulher e é determinada pelo seu existir no mundo. Mesmo assim, ela se sente compelida “a justificar suas ações por agir, também, conforme o significado que seus atos têm para os outros” (SILVA, 1997 *apud* REGO 2000). Cabe ao profissional de saúde auxiliar a mãe a lidar com possíveis conflitos e refletir sobre suas possibilidades, para que a opção represente seu real desejo. É imprescindível que o profissional veja o aleitamento através dos olhos da mãe, compreendendo seus sentimentos e medos, para que possa verdadeiramente ajudá-la a entender o processo da amamentação e enfrentar suas dificuldades.

É importante que o profissional de enfermagem estabeleça uma “parceria de confiança” com a mãe, isto é, ajude a aumentar sua estima própria e a confiança no ato de amamentar, levando-a finalmente a se tornar independente no cuidado do RN (CARVALHO; TAMEZ, 2002).

É imprescindível enfatizar a necessidade de enfermeiros capacitados acompanhando as gestantes desde o período de pré-natal, exemplificando de forma sucinta e clara todas as vantagens que o aleitamento materno traz para o desenvolvimento das funções estomatognáticas e psicológicas da criança. Deve-se reconhecer essas vantagens e estimular sua prática, sanando dúvidas e dificuldades que possam acontecer entre a mãe e o seu filho.

Segundo Reis *et al.* (2004), existe uma alta prevalência do desmame precoce nos primeiros quatro meses de vida e, de crianças desnutridas, havendo uma relação com os fatores ambientais e socioeconômicos. Problemas de crescimento-desenvolvimento e mortalidade infantil estão associados à desnutrição, que por sua vez é desencadeada por um desmame precoce e práticas alimentares inadequadas.

A enfermagem é quem mais se relaciona com mais aproximação das mães durante o aleitamento. Sua presença no programas de educação para a saúde é de extrema importância, pois prepara as mães no pré-natal esclarecendo sobre o aleitamento materno para que esse possa ser tranquilo e facilitado, sem dúvidas, sem dificuldades e sem possíveis complicações no ato de amamentar (BRASIL, 2002).

Para Rego (2002) apud Amaral *et al.* (2009) é função do(a) profissional de saúde envolvido(a) na assistência a mulheres e crianças promover o aleitamento materno na sua forma mais ampla, através de ações objetivando a sensibilização, promoção, incentivo e apoio a esta prática. É fato também que estas intervenções não devem estar restritas ao meio profissional, e campanhas de esclarecimento público, veiculadas pela imprensa técnica ou leiga, oferecem um subsídio no que se refere à implementação de tal hábito. Assim considera-se importante o levantamento de dados que possibilitem conhecer o que a Enfermagem tem pesquisado em relação a esta temática. O (a) enfermeiro (a) que se preocupa e defende o aleitamento materno

está mais preparado (a) para oferecer cuidados e orientações às puérperas.

As intercorrências mamárias constituem uma das principais causas de desmame precoce, por caracteriza-se como alterações na(s) mama(s) da nutriz, que ocorrem no período puerperal. Na maioria dos estudos, essas alterações são observadas do ponto de vista biológico e das possíveis implicações para a alimentação da criança. As complicações da amamentação, que ocasionam dor, e que impedem a amamentação, rompendo com o significado social dessa prática, em que a mulher deve estar preocupada com as vantagens do leite materno para o filho e não apenas restrita ao seu benefício próprio.

Portanto a comunicação do enfermeiro deve ser objetiva e simples no ato da orientação e incentivo sobre a atividade de amamentação. Deve demonstrar diversas posições para a amamentação, promover posicionamento confortável e de relaxamento e deixar claro como estas ações podem melhorar a sucção dos RN.

Segundo Arantes (Observa-se que, no cotidiano da assistência em amamentação, é necessário sair do ideal e contemplar o real na abordagem com a mulher, sendo importante promover reflexões junto a ela, na tentativa de apreender suas razões e motivações. Observação semelhante faz Ramos & Almeida (2004), que as mulheres reclamam a falta de apoio; porém, apesar de os profissionais perceberem e reconhecerem os anseios da mulher, há dificuldades em trabalhar a temática.

Para o sucesso do aleitamento materno, em geral, recomenda-se que os profissionais de saúde se apropriem de conhecimentos técnicos e científicos sobre promoção, proteção, apoio, manejo clínico e práticas de aconselhamento nesta área. Salienta-se que a promoção envolve trabalhar de forma a aumentar o reconhecimento, por parte da sociedade, das inúmeras vantagens do aleitamento materno, criando um ambiente em que

populações específicas, profissionais de saúde, dirigentes e gestores de serviços públicos e privados, empregadores e empregados valorizem esta prática. Proteção diz respeito à atitude de defender e favorecer o aleitamento materno com intervenções reguladoras e transformadoras do ambiente, tornando-o mais favorável ao aleitamento materno.

De acordo com Oliveira *et al.* (2006), ações educativas e assistenciais realizadas pela equipe de enfermagem são relevantes em todas as fases (pré-natal, parto e pós-parto) para a modificação do comportamento de lactentes no que diz respeito às intercorrências que possam afetar o sucesso da amamentação, evitando várias perdas oriundas do desmame precoce.

O sucesso da amamentação é necessário que a gestante receba, durante o pré-natal, informações necessárias para que possa preparar suas mamas, a fim de evitar fissuras e complicações mais graves como a mastite, e abscessos mamários (BANDEIRA *et al.*, 2007).

Os trabalhos de pesquisa mostram que as razões apontadas como responsáveis pelo insucesso da amamentação nem sempre são assumidas pelas mães, que atribuem o desmame a “deficiências orgânicas” suas, como leite insuficiente, leite fraco, doenças, problemas como a mama; outras vezes, responsabilizam o bebê (chora muito, não dorme, não quer); em outras apontam os (as) profissionais de saúde, parentes, vizinhos (os) e amigos (as). Consideram que todos esses fatores a impossibilitam amamentar, independente de sua vontade (REGO, 2000).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Analisando a produção científica da enfermagem nos últimos nove anos, percebeu-se que os temas mais discutidos foram a aleitamento materno e as dificuldades na amamentação.

Sabe-se que ainda existem muitas dúvidas sobre o aleitamento materno por parte das mães. As complicações mamárias decorrentes da lactação são inúmeras que podem ocasionar um desmame precoce.

Neste contexto, a atuação do enfermeiro é fundamental, visto que se trata de um profissional capaz de oferecer orientação e apoio à gestante, desde o pré-natal ao puerpério, fim de garantir-lhes uma assistência com qualidade e contribuir para diminuição das intercorrências mamárias relacionadas à amamentação.

Faz-se necessário uma reflexão crítica das atividades relacionadas à saúde da mulher e da criança, sobre o incentivo ao aleitamento, onde o profissional de saúde deve ajudar a mãe a tomar decisões e a ter mais confiança e sentir-se mais apoiada e acolhida e acima de tudo que seu direito de escolha seja respeitado.

É fundamental também a união de esforços de gestores público e privado, profissionais de saúde e população no sentido de promover e implantar medidas que estimula e apóia a amamentação correta, integração da equipe multiprofissional e principalmente a assistência da equipe de enfermagem que envolve atividades educativas de promoção à saúde e ações de prevenção de complicações mamárias no período da lactação que implicarão em evitar o desmame precoce e redução de riscos futuro materno e neonatal nos primeiros dias de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, C. R. J.; TUDELLA, E. **Comportamento motor oral: bases anatômicas e fisiológicas para a intervenção**. Temas Sobre Desenvolvimento, 2001; v. 10, n. 56, p.34-40.

AMARAL, A M; GIULIANI, C D; BIFFI, E F de A. Uma amostra da produção científica da enfermagem no que tange ao aleitamento materno. **Caderno Espaço Feminino**, 2009; v. 22, n. 2.

ANDRADE, R.A; SEGRE, C.A.M. **Perinatologia fundamentos e práticas. Ed.2**. São Paulo. Editora Savier, 2002.

BANDEIRA, A. G; SILVA, D. A da; LEÃO, J. U; PASQUALOTTO, L; CASARIN, S. T; SILVA, V. A da; FERNANDES, V S. **Preparo das mamas durante a gestação e o cuidado de enfermagem**. Faculdade de Agronomia Eliseu Maciel. XVI CIC. Pesquisa e responsabilidade Ambiental. UFPELOTAS, 2007.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de compromisso para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília, 2005.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Informe Saúde**. Ano 4. nº 69. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.

CLARK, C. **O livro do aleitamento materno**. 2. ed. São Paulo: Manole, 1984

CASTRO et al. Intercorrências mamárias relacionadas à lactação: estudo envolvendo puérperas de uma maternidade pública de João Pessoa, PB. **O Mundo da Saúde, São Paulo: 2009; 33(4):433-439**.

CARVALHO; POPLONA. **Pós-parto e amamentação: dicas e anotações**. São Paulo: Agora, 2002.

CARVALHO, M. R; TAMES, R. N. **Amamentação - bases científicas**, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

GIL, A C. **Métodos de pesquisa e técnicas de pesquisa social**. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GIUGLIANI, E R. J. comuns na lactação e seu manejo. **Jornal de Pediatria - Vol. 80, Nº5(Supl)**, 2004, S143.

HALBE, H. W. **Tratado de ginecologia**. 3. ed. São Paulo: Roca, 2000. 2v.

LAKATOS, F. E.; MARCONI, M.A. **Fundamentos de metodologia científica**. 3.ed. São Paulo: Atlas, 2001.

NEME ,B. **Obstetrícia básica**.São Paulo. Savier, 2005.

OLIVEIRA, M.N.; SANTOS, J.J.S.; AZEVEDO, D.M. Perfil Nutricional e fatores desencadeantes da desnutrição infantil. **Revista Nursing**, São Paulo, 2006; v. 103, n.9, p.1149–1150.

RAMOS, C.V, ALMEIDA J.A.G. **Alegações maternas para o desmame**: estudo qualitativo. J Pediatr. (Rio J.) 2003; 79(5):385-90.

REZENDE, J. **Obstetrícia**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

RESENER; FERRIARI. In: STEFFEN, C. P., LEMOS, C. M. **Desmame precoce**. Monografia de graduação em fisioterapia. Santa Maria: UFSM, 2000.

REGO, J. D. **Aleitamento materno**. São Paulo: Atheneu, 2002.

REIS, A.M.C. et al. Prevalência da desnutrição e do aleitamento materno exclusivo — estudo de alguns fatores. **Revista Nursing**, São Paulo, v.69, n. 7, p. 17, 2004.

SALES, A. do N., et.al. Mastite Puerperal: estudo de fatores predisponentes. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. Bahia, v. 22. n. 10, 2000. p.627-632.

SILVA, I.A. **Enfermagem e aleitamento materno**: combinando práticas seculares. Rev. Esc. Enf. USP, São Paulo, 2000; v.34, n.4, p. 364.

SPALLICI, M. D. B. Aspectos **perinatais do aleitamento materno orientações durante o pré-natal**,2005. Disponível em: <<http://www.aleitamento.org/>>. Acesso em dezembro, 2010.

WHO, UNICEF. **The Innocenti Declaration, Florence**, 1990. Disponível em <<http://www.unicef.org/progamme/breastfeeding/innocentihm>>.Acesso em janeiro 2011.

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA FRENTE ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS¹

Vanessa de Andrade dos Santos²

Wilza Carla Mota Brito Lima³

RESUMO: Este estudo tem por objetivo analisar a atuação dos enfermeiros nas Unidades de Saúde da Família (USFs) frente às Urgências e Emergências. O universo da pesquisa foi constituído pelos dezessete enfermeiros atuantes nas USFs de um município da região leste do Estado da Bahia. A metodologia baseou-se em entrevista com roteiro semi-estruturado contendo seis questões objetivas e três questões discursivas, tratando-se da caracterização do sujeito, sua percepção quanto às urgências e emergências, procedimentos realizados e as ações desenvolvidas frente às políticas atuais de urgências e emergências. As questões discursivas foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra, procedendo-se à análise qualitativa de conteúdos. Os enfermeiros apresentam percepção de que o atendimento de urgência e emergência nas USFs pode vir a diminuir o número de óbitos bem como de internação hospitalar e propiciam uma reflexão sobre as principais dificuldades no atendimento ao usuário com quadro agudo ou crônico agudizado frente às políticas atuais de urgências e emergências.

PALAVRAS-CHAVE: Unidade de Saúde da Família. Urgência. Emergência.

ABSTRACT: This study aims to examine the role of nurses in the Family Health Units (FHUs) compared to the urgencies and emergencies. The research was composed of seventeen USFs nurses working in a municipality in the eastern state of Bahia. The methodology was based on interviews with semi-structured questionnaire containing six objective questions and three

¹Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Pós-graduação em Saúde Coletiva com ênfase em Saúde da Família da Faculdade Santíssimo Sacramento - F.SS.S para obtenção do título de especialista.

²Discente: Enfermeira, graduada pela Faculdade Santo Antônio. Pós - graduanda em Saúde Coletiva com ênfase em Saúde da Família pela Faculdade Santíssimo Sacramento. Email: vanessadandrade@hotmail.com

³Orientadora: Enfermeira Sanitarista, Mestre em Saúde Coletiva, Especialista em Saúde da Família e Administração em Sistemas de Saúde; Enfermeira Sanitarista da VISA /Alagoinhas-BA; Docente da Faculdade UNIRB Alagoinhas-BA.

essay questions, as regards the characterization of the subject, their perceptions of the emergency care, procedures and actions to be carried forward to the current policies and emergency emergencies. The essay questions were recorded and later transcribed in full; proceed to the qualitative analysis of content. Nurses have the perception that the urgent and emergency care in USFs might decrease the number of deaths and hospital stays, and provide a reflection on the main difficulties in customer service with acute or chronic heightened in the face of current policies urgencies and emergencies.

KEYWORDS: Family Health Unit. Emergency. Emergency.

INTRODUÇÃO

A grande maioria dos acolhimentos na rede assistencial de saúde passa a caracterizar-se em ocorrências de urgência e emergência, o que transforma os atendimentos em situações que exigem muita responsabilidade e domínio de conhecimentos pelos profissionais atuantes na área de saúde, isso devido ao crescente índice de violência urbana ou rural, doméstica, de transporte, trauma não-intencional, pressão arterial elevada, Diabetes Mellitus descompensada e constante tensão emocional (estresse) (BRASIL, 2009).

O Acidente Vascular Cerebral (AVC), o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), os homicídios e o Diabetes Mellitus (DM), são as principais causas de morte na população brasileira. As doenças do aparelho circulatório são a principal causa de óbito no Brasil (32%) e, em especial, as doenças isquêmicas do coração que são responsáveis por até 80% dos episódios de morte súbita (BRASIL, 2008).

Nesse sentido, confirma-se a necessidade de promoção da saúde, prevenção de doenças e intervenção em tempo hábil nos episódios de agravo a saúde para possibilitar a recuperação do

indivíduo, buscando minimizar negativas repercussões individuais, familiares, sociais e econômico-financeiras (BRASIL, 2010).

Chama-se a atenção para o profissional enfermeiro que têm se tornado um membro significativo na área de saúde, principalmente devido a sua capacidade de elevar o bem-estar físico, psíquico e social da população, resultando no empoderamento dos cidadãos (SOUZA, 2003).

A repercussão social da atuação destes profissionais no âmbito da Urgência e Emergência na Atenção Primária (AP) assume importante magnitude, à medida que propicia melhoria do nível de saúde da comunidade (BRASIL, 2009).

Diante deste contexto, sentimos instigados a descobrir essa realidade assistencial na qual estamos inseridos enquanto cidadãos e enfermeiros, propensos a situações de urgência e emergência já que estes eventos anormais, indesejados e inesperados, podem ocorrer em qualquer ambiente e causar danos diretos ou indiretos à saúde humana.

Neste sentido, este estudo foi direcionado a atuação do enfermeiro na Unidade de Saúde da Família (USF) frente às urgências e emergências, por entender que há uma grande importância de se discutir questões referentes à qualidade da assistência prestada pelos enfermeiros como forma de incitar reflexões sobre sua atuação profissional.

Apesar, do atendimento a usuários em situação de urgência e emergência fazer parte da rotina da AP, mesmo que esporadicamente, não há pesquisas que esclareçam a dimensão desse acolhimento, especificamente no Estado da Bahia, constituindo uma grande lacuna de conhecimento e desafio para as Unidades de Saúde da Família (USFs) enquanto componente pré-hospitalar fixa.

Desta forma, foi traçado como objetivo geral da pesquisa analisar a atuação do enfermeiro na USF frente às Urgências e Emergências. Posteriormente, este trabalho apresenta como

objetivos específicos verificar a percepção dos enfermeiros das USFs quanto às urgências e emergências; identificar os procedimentos realizados pelo enfermeiro no atendimento às urgências e emergências admitidas em uma USF e discutir as ações dos enfermeiros das USFs nos atendimentos as urgências e emergências frente às políticas atuais.

Fazendo um breve resumo sobre a história das urgências e emergências do Brasil, no final do século XIX, o atendimento as urgências e emergências eram prestadas nas unidades de saúde, as quais serviam de albergues para pacientes psiquiátricos. Naquela época, a existência de profissionais médicos era escassa, e os que existiam, apenas prestavam serviços aqueles que possuíam dinheiro suficiente para pagar pelos serviços. Já no início do século XX com a revolução industrial, a chegada dos imigrantes e o êxodo rural gerou uma aglomeração nas grandes cidades e junto com a desorganização vieram às doenças infectocontagiosas que chegaram a destruir cidade inteiras. Desde então, muitas mudanças foram feitas no setor de saúde do país, e em 1974 foi implantado o Plano de Pronto Ação com a proposta da universalização da atenção as urgências que estabelecia contratos por serviços prestados (BRASIL, 2006).

Devido ao aumento de mortes na população de 15 a 29 anos de idade que residem nas regiões metropolitanas das cidades brasileiras, o MS implantou os Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para o atendimento de Urgência e Emergência através da Portaria n.º 1.863/GM, de 29 de setembro de 2003. Com objetivo de desenvolver um sistema organizado hierarquizado de acordo com níveis de complexidade dos serviços para urgência e emergência (BRASIL, 2001).

Segundo Goldim (2003), emergência é a constatação de agravos à saúde, que implica em risco iminente de vida. Diferente da emergência a urgência se caracteriza por um processo agudo clínico ou cirúrgico, sem risco iminente de vida, podendo o aten-

dimento ser prestado em um período de tempo, sendo este não superior a duas horas.

METODOLOGIA

O estudo em questão foi realizado em 17 das 23 USFs de um município do leste do Estado da Bahia, pois nas demais unidades não atuavam profissionais enfermeiros. Para alcançar os objetivos desejados, este estudo foi desenvolvido a partir de pesquisa direta, do tipo aplicada, com objetivo descritivo-exploratório, utilizando-se de procedimentos experimental-bibliográfico, realizada em campo.

Os sujeitos do estudo são os enfermeiros atuantes nas USFs após solicitação do seu consentimento para participar como voluntário. A escolha das USFs como campo de estudo, foi apontada por ser o ambiente de atuação do público alvo e por constituírem a principal porta de entrada do sistema local de saúde.

Após apreciação da Comissão de Ética em Pesquisa em consideração aos princípios da Resolução 196/96 que diz respeito aos aspectos da pesquisa envolvendo seres humanos. Obtivemos autorização da Diretoria de Assistência a Saúde do município através do Termo de Anuência Institucional da Secretaria da Saúde, a coordenação do NEPS encaminhou a Comunicação Interna (CI) comunicando a realização da pesquisa para os enfermeiros.

Em seguida mantivemos contato com os enfermeiros informando os objetivos da pesquisa. Os dados foram coletados no período de março a abril de 2010. Foi utilizado um roteiro de entrevista semi-estruturado com seis questões objetivas e três questões discursivas com um eixo temático que aborda dados gerais e questões ocupacionais, as quais foram respondidas verbalmente e utilizando um gravador, para captar todas as informações de forma precisa. As respostas obtidas foram transcritas e utilizadas no estudo respeitando-se os princípios éticos que re-

gem o trabalho científico. Os dados colhidos foram analisados de forma objetiva voltada para a descrição das informações prestadas pelos participantes.

De posse dos dados extraídos, das perguntas objetivas, foram expostos em três tabelas para caracterização dos sujeitos. Já os dados das perguntas discursivas foram analisados de forma objetiva voltada para a descrição das informações prestadas pelos participantes com a finalidade de conhecer a percepção dos profissionais que atuam nas USFs quanto às urgências e emergências, como também identificarem os procedimentos realizados e as ações desenvolvidas frente às políticas atuais de urgências e emergências.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A partir das respostas obtidas optou-se por agrupá-las em categorias a fim de reunir conteúdos ideológicos que possuem similaridade. Os enfermeiros receberam nomes de flores como Margarida, Antúrio, Angélica, Rosa, Gerânio, Aro, Girassol, Acácia, Anis, Dália, Cacto, Hortênsia, Ciclame, Bonina, Beladona, Azaléia, Alecrim.

Tabela 1 - Categorização do perfil dos profissionais atuantes nas USFs de um município da Bahia, março/abril 2010.

	Masculino	Feminino	Branca	Negra	Amarela	Parda	26 anos	28 anos	29 anos	30 anos	31 anos	33 anos	34 anos	35 anos	36 anos	39 anos	43 anos	47 anos	54 anos
Sexo	01	16																	
Raça			08	03	01	05													
Idade							01	04	01	01	01	02	01	01	01	01	01	01	01

Na tabela 1, observa-se que a maioria é do sexo feminino, declaram-se de raça branca e possuem 28 anos.

Tabela 2 - Categorização do perfil dos profissionais atuantes nas USFs de um município da Bahia, março/abril 2010.

	01 a 05 anos	06 a 10 anos	11 a 15 anos	16 a 20 anos	Mais de 20 anos	Especialização	Mestrado Acadêmico/ Profissionalizante	Doutorado	Pós-Doctor	Livre docência	Privado	Público	Informal
Tempo de Graduação	04	10	01	02	0								
Cursos de Pós- graduação						17	0	0	0				
Vínculos empregatícios										08	17	03	

Na tabela 2, observa-se que a maioria possui entre 06 a 10 anos de formação, com totalidade (100%) dos enfermeiros possuindo título de especialização, porém afirmam não possuir qualquer titulação em mestrado e/ou doutorado e possuem na sua maioria mais que um vínculo empregatício.

A tabela 3, subsequente, nota-se que apenas 03 dos enfermeiros possuem especialização em Urgência e Emergência.

Tabela 3 - Categorização do perfil dos profissionais que atuam nas USFs de um município da Bahia, março/abril 2010.

	Enf. Do Trabalho	Saúde Pública	Urgência/ Emergência	Obstetrícia	Gestão em PSF	Enfermagem em UTI	Educação Profissional	Saúde Pública com Ênfase em PSF	Auditoria	Saúde Pública
Tipos de Cursos de Pós- Graduação	07	06	03	05	05	05	04	01	01	01

Percepção dos profissionais frente às Urgências e Emergências

É de suma importância que os profissionais enfermeiros conceituem de forma precisa urgência e emergência para saber estabelecer as prioridades dos acolhimentos nas possíveis situações críticas ocorridas na USF tornando a assistência resolutive. Esta consideração torna-se evidente nas falas dos sujeitos abaixo:

[...] uma urgência é um TCE, um acidente de trauma, [...] caracteriza como urgência também IAM, AVC um início de AVC seria uma urgência e uma emergência seria ali, por exemplo, [...] uma criança com hipertermia como não tem médico na unidade agente faz resfriamento e eu faço um relatório de encaminhamento [...] (ANGÉLICA).

Urgência e emergência são necessidades que o ser humano tem necessidade de atendimento a saúde dentro de certo período de tempo, [...], urgências são aquelas necessidades que conseguem até esperar uma hora a mais que emergência (Antúrio).

Do ponto de vista de alguns dos sujeitos entrevistados, percebe-se que há certa dificuldade em diferenciar urgência e emergência, além de associarem o conceito de urgência e emergência a estrutura física do ambiente onde atuam, causando uma impressão errônea quanto à avaliação do agravo a saúde dos usuários da atenção básica e conseqüentemente a assistência prestada.

[...], o que diferencia uma da outra é justamente esse pronto atendimento. De forma precoce no caso emergência, um atendimento que exige um tempo mais rápido e na urgência ainda requer assim certo período de tempo pra você tomar determinada providência. Enfim tanto urgências como emergências são procedimento precoce rápidos, que expõe muito o risco de vida do paciente (Gerânio).

Previamente assuntos relacionados com urgência e emergência não estavam inclusos na formação dos profissionais da área de saúde, tais como dentistas, enfermeiros, médicos, dentre outros, no entanto, atualmente, considera-se que estes assuntos se tornaram imprescindíveis aos currículos destes profissionais, após o advento da Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) e a criação de Núcleos de Educação em Urgências (NEU).

Procedimentos realizados pelo Enfermeiro no atendimento às Urgências e Emergências acolhidas em uma USF

Quanto às limitações encontradas no momento do atendimento a usuários em situação de agravo a saúde, a maioria referiu opinião de valor negativo associado à ineficiência do SAMU, espaço físico inadequado, carência de recursos materiais e equipamentos, ausência de protocolos, desconhecimento teórico científico e principalmente a equipe mínima atuante incompleta, sem a presença do profissional médico na USF.

[...] em PSF agente não tem muita essa questão de urgência e emergência [...] nossa demanda é organizada entendeu qualquer coisa a mais que se chegue agente encaminha pro Hospital de Referência, [...] aqui nossa rotina é essa, encaminhar para de Referência (ANIS).

Observam-se profissionais que não reconhecem a necessidade de qualificação em urgência e emergência para atuação na AP, simplesmente, por entenderem que os cuidados prestados nos casos de urgência e emergência competem ao Atendimento Pré-Hospitalar (APH) móvel, por intermédio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU e a rede hospitalar e/ou por insuficiente formação para o enfrentamento dos quadros agudos ou crônicos agudizados durante o período de graduação, retardando os primeiros atendimentos, e contrariando os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS).

Nas USFs aqui do município, nos não temos suporte. Uma urgência agente ainda pode acolher o paciente [...] e encaminha para unidade de referência. Na emergência não tem mesmo suporte mesmo com o médico na unidade não tem como, [...] é chegou encaminhou pelo SAMU ou por conta própria. (CACTO)

No depoimento dos enfermeiros podemos observar que o Hospital de Referência é o único centro onde possam ser atendidos os pacientes críticos, sendo assim superlotam a emergência e aumenta o custo financeiro do governo com emissão de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) com problemas que podem ser resolvidos na unidade pré-hospitalar fixa.

Algumas das falas sinalizam a falta de recursos materiais e desconhecimento teórico científico para lidar com as mais diversas situações apresentadas pela população. Evidenciam também a importância do SAMU/192 enquanto serviço resolutivo nas situações de urgência e emergência apresentadas pela população deste município, a nível pré-hospitalar.

Prefiro nem responder, se falta fita de glicemia[...]. O que fazer em casos de urgência e emergência [...] (ROSA).

[...] agente fica meio que de mãos atadas porque precisamos do profissional médico para iniciar qualquer procedimento mesmo (Girassol).

Eu tenho a sorte por ser enfermeira intensivista, ter pós-graduação e trabalhar na unidade de emergência então meu olhar clínico é diferenciado, não tenho suporte na unidade, faltam materiais e a assistência fica limitada, não tem protocolo só conta mesmo com o SAMU (DÁLIA).

De acordo com relato de Dália, percebe-se a importância do conhecimento científico para realização da prática do enfermeiro nas urgências e emergências. Uma das limitações pontuadas pela mesma deve-se ao fato de ausência de protocolos criados

pelo município, respaldando assim a tomada de decisão do profissional enfermeiro.

O Ministério da Saúde (2002) preconiza que todas as USFs devam conter um espaço devidamente abastecido com medicamentos e materiais essenciais ao primeiro atendimento/estabilização de urgências que ocorram nas proximidades da unidade ou em sua área de alcance e/ou seja, para elas conduzidas, até a viabilização da transferência para unidade de maior porte, quando necessário. Além disso, unidades de saúde de sistemas municipais qualificados para a Atenção Básica Ampliada (PABA) deverão possuir área física especificamente destinada ao atendimento de urgências e sala para observação de pacientes até 8 horas (BRASIL, 2002).

Enquanto enfermeira, eu não posso da resolutividade a casos de emergência evidentemente. Trabalho em zona rural, não tem telefone como acionar o SAMU? [...] Meu telefone é pessoal, [...] o que fazer?! É orientar o paciente, contar com o apoio da comunidade para poder dar seguimento aos atendimentos [...] (ROSA).

Raros depoimentos estabelecem-se situações de impotência, desumanização, comunicação ineficaz, ausência de ética, desrespeito com o usuário, desorganização da USF, problemas de relacionamento, negligência (falta de interesse), deficiência de autonomia e postura profissional.

[...] não é porque que eu sou de USF que não vou atender emergência, eu vou atender sim, sou enfermeira [...] aí fica aquele negócio de que enfermeiro de USF não sabe nada... Eu conduzo esse paciente para dentro do posto, coloco na maca, verifico sinais vitais, vejo se ele está com hemorragia, choque hipovolêmico, coloco no soro, ligo para o SAMU [...] vou falar com o médico do SAMU, manter as vias aéreas permeáveis, e solicitar encaminhamento o mais rápido possível ao hospital de referência [...] (BELADONA).

Ressalta-se perspectiva positiva pela minoria, além de postura humanizada, ética, comprometida com a saúde e a qualidade de vida da pessoa, família e coletividade cumprindo com os princípios fundamentais do código de ética dos profissionais de enfermagem, além de atender a PNAU referente ao exercício da atividade de enfermagem.

É importante notar, que o atendimento ao paciente com problema urgente ou emergente, seja ele na unidade básica ou hospitalar, é necessário que o profissional enfermeiro intervenha o mais rápido possível, promovendo a estabilização, fornecendo o tratamento imediato e transfira-o para um ambiente apropriado. Embora o tratamento seja iniciado em um departamento hospitalar ou em unidade básica, a continuidade do tratamento será fornecida em outros ambientes e quanto antes o paciente for estabilizado e transferido para tal área será melhor.

Ações dos Enfermeiros das USFs nos atendimentos as urgências e emergências, frente às políticas atuais

Com a necessidade de regulamentar tecnicamente e aprofundar a consolidação dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência se publicou a portaria GM n.º 2.048 em 2002. A implantação da PNAU em 2003 se deu com Ministério da Saúde (MS) em parceria com o Conselho Nacional de Saúde (CNS), com os estados e municípios, tendo como principal objetivo a reorganização da assistência a saúde, desde as Unidades Básicas de Saúde, Equipes de Saúde da Família até os cuidados pós-hospitalares na convalescença, recuperação e reabilitação do indivíduo.

Nos serviços de APH fixo a assistência é praticada nos níveis primários de atenção por um conjunto de unidades básicas de saúde como as USFs, ambulatórios especializados, PACS, serviços de diagnóstico e terapia, Unidades não-hospitalares de atendimento às urgências. Estes programas visam minimizar os quadros agudos de qualquer natureza, que possa levar sofrimento,

sequelas, ou mesmo a morte da vítima, não podendo faltar o atendimento ou transporte adequado a um serviço de saúde hierarquizado regulado e que seja integrante do Sistema Estadual de Urgências e Emergências (Brasil, 2004).

É bem complicado porque o ministério preconiza que tem que ser atendido, tem todo um protocolo de atendimento, e tem que atender, porém o que nos vemos na realidade, é que as unidades não têm suporte para isso, [...], então se eu estou com paciente em Parada Cardiorrespiratória ele vai parar na minha frente e vai ficar parado, porque eu não vou poder fazer nada, é bem complicado, agente sabe que tem que atender, porém as situações das unidades são precárias, não é só aqui no município não, eu acredito que em nível de Brasil, [...] tem muito para melhorar, como fazer? [...] encaminhar, acionar o SAMU ou colocar num carro e levar logo para o hospital para não morrer na minha mão (MARGARIDA).

Observa-se ainda forte racionalidade hospitalocêntrica, indicativa de hierarquização e integralidade precárias. O processo de trabalho extenuante que associado a conflitos próprios das relações de trabalho e da organização do atendimento (carência de protocolização, acolhimento e classificação de risco), implica em baixa resolubilidade da assistência e desumanização da saúde e o binômio usuário/estratégia de saúde da família.

A minoria dos enfermeiros concorda com o atendimento de casos de urgência/emergência de baixa complexidade nas USF; os mesmos referem não haver condições nas USF onde trabalham para realizar atendimentos desta natureza, não se sentem habilitados para realizar este tipo de atendimento ao se deparar com casos dessa natureza.

Enfermeiros, que só trabalham em saúde pública, têm mais conhecimento teórico então não têm a prática para atuar de forma enérgica de forma realmente solucionável [...] agente busca sempre perante o empregador treinamento e equipamentos que de suporte pra esses atendimentos [...] (Aro).

É inadmissível que um usuário em acompanhamento em uma unidade básica de saúde ou até mesmo de área descoberta, quando acometido por agudização do seu quadro crônico ou agudo, não seja acolhido na USF. Pois, quando este usuário não é acolhido em sua unidade, por ausência do profissional médico, por falta de vagas ou por qualquer outra razão e recorre a uma unidade de urgência como única possibilidade de acesso esta demanda não atendida superlota as emergências hospitalares (BRASIL, 2002).

[...] se as equipes forem todas estruturadas com equipamentos e medicações, poderia diminuir o agravo e até mesmo a morte de usuários. Eles chegariam à unidade de referência com melhor condição de sobrevivência. [...] a equipe tem que falar a mesma língua [...] (AZALÉIA).

Observa-se falta de capacitação permanente e sistemas de saúde fragmentados, sendo necessárias, redes de atenção a saúde unidas e comunicantes entre si, tornando-se uma unidade de gestão resolutiva.

[...] hoje já está se questionando e entrou em vigor um prazo para os municípios cumprirem o plano regional de urgências e emergências na atenção básica, nesse plano se dá critérios para os municípios, numa parceria estado/município e critérios para os profissionais, inclusive direitos e deveres [...] não adianta ter O², ótimos materiais, salas de estabilização se não capacita o profissional, o profissional não sabe pegar nem um acesso venoso, e aí vai fazer o que? [...], hoje em dia tudo, alias, toda área que vai trabalhar é capacitação, educação continuada, não adianta um curso uma vez na vida e não continuar esse curso tem que dar o curso e continuar, vê quais são os problemas que estão vindos para tentar daí solucionar os problemas (Hortênsia).

Gerdtz e Bucknall (1999) discutem a importância do pensamento crítico na prática diária do enfermeiro. Afirmam que “a triagem é uma decisão que envolve não somente a alocação de

peças e recursos, mas também o pensamento crítico do profissional”. Para essas autoras, o enfermeiro é o profissional preparado para exercer a triagem, pois, estão habilitados a reconhecer o grau de gravidade do paciente/cliente/usuário/vítima. Neste sentido, ressalta as reais necessidades de investimento em capacitação profissional e de recursos materiais nas Unidades de Saúde da Família proporcionadas pelos gestores em saúde pública.

[...] as unidades não estão preparadas para atendimento de urgência e emergência, até mesmo os profissionais acabam perdendo o ritmo de atendimento de urgência emergência, nem lembro quando teve treinamento, os técnicos ainda tiveram com o pessoal do SAMU, [...] já foi até solicitado que se fizesse um treinamento assim como foi feito com os técnicos [...] Tem que adequar primeiro o serviço para depois implantar urgências e emergências nas unidades [...] (Acácia).

A PNAU tem como princípios norteadores a humanização, a organização de redes de assistências, estratégias promocionais, regulação médica de emergência e qualificação a educação permanente (BRASIL, 2006). Isso nos leva a crer que a PNAU não vem sendo cumprida, pois preconizam que haja o atendimento de urgência nos pronto-atendimentos, unidades básicas de saúde e nas equipes do Programa Saúde da Família.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A enfermagem tem um longo caminho a percorrer na tentativa de mudar práticas pré-estabelecidas e incorporar-se como membro da equipe multi e interdisciplinar engajando-se nas ações terapêuticas de urgências e emergência, a fim de garantir ao paciente um cuidado integral e não fragmentado. Para atingir esse patamar é necessário não só uma mudança na maneira de pensar o desempenho dos enfermeiros das USFs, mas que haja

também o envolvimento, capacitação e treinamento no assunto para esses profissionais.

Nota-se que é difícil findar um trabalho de temática inovadora quando o que mais queremos é prosseguir, principalmente por desvendar, a nossa frente, amplos desafios para o avanço da qualidade da assistência aos usuários agudos e crônicos agudizados. Com o resultado desse estudo pode-se identificar de que forma vem ocorrendo o atendimento de urgência e emergência nas unidades básicas de saúde de um município do leste da Bahia. Verificaram-se as dificuldades encontradas pelos enfermeiros que atuam nas USFs, e as mais diversas necessidades da população assistida por estes profissionais quando se encontram em situações de urgência e emergência.

Percebe-se, que os profissionais enfermeiros necessitam de conhecimento, habilidade e tomada de decisão imediata, considerando que estas unidades necessitam de equipamentos adequados, pois sem esta sua atuação pode ser comprometida, deste modo vindo a interferir na sobrevivência do paciente. E também, o SAMU/192 e o Hospital de referência são vistos como importantes parceiros em salvar a vida desta população, pois sem eles acredita-se que seria muito mais difícil reverter às situações de urgências e emergências.

Portanto, ao procurarmos conhecer e analisar a atuação dos enfermeiros nas USFs frente às urgências e emergências, muito mais que mostrar falhas pretendemos buscar caminhos e assim estar contribuindo com propostas para transformar essa realidade, de forma que possamos edificar uma assistência alicerçada em fundamentos científicos e com uma abordagem holística.

Desse modo, um estudo desta natureza se reveste de especial valor, pois poderá ser fonte de inspiração para futuros estudos, além de material de pesquisa e replanejamento da atuação integral e resolutiva do profissional enfermeiro nos casos de urgência e emergência, com vista a tornar viáveis os pressupostos do SUS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). População recenseada e estimada, segundo os municípios – Bahia- 2007/ 2009. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem>> Acesso em: 3 jul. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1864, de 20 de setembro de 2003. Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação do serviço de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro: SAMU-192. Diário Oficial da União, Brasília, 6 out. 2003. Seção 1, p. 57-9.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1863, de 29 de setembro de 2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Diário Oficial da União, Brasília, 6 out. 2003. Seção 1, p. 56.

_____. Portaria nº 2.048, de 05 de novembro de 2002.

_____. Ministério da Saúde. *Política nacional de atenção às urgências*. Ministério da Saúde. 1. ed. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.(Série E. Legislação de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. *Política nacional de atenção às urgências*. Ministério da Saúde. 2. ed. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.(Série E. Legislação de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção às Urgências*. Ministério da Saúde. 3. ed. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.(Série E. Legislação de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde: *coletânea de normas para o controle social no sistema único de saúde*. Ministério da Saúde. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.(Série E. Legislação de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de saúde de urgência. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política nacional de Humanização da atenção e Gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (série B. textos Básicos de saúde).

_____. Ministério da Saúde. DATASUS. Indicadores de Morbidade e Fatores De Risco: proporção de internações hospitalares (SUS) por causas externas. 2002, 2003,

2004, 2005, 2006, 2007. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br>>. Acesso em: 2 jul. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Sistema de Planejamento do SUS (Planeja SUS): *uma construção coletiva*. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

CALIL, Ana Maria.; PARANHOS, Wana Yeda. *O enfermeiro e as situações de Emergência*. 1ed. São Paulo, Atheneu, 2007.

Código de ética de Enfermagem. Resolução Cofen nº 272/2002.

ERMEL, Regina Célia.; FRACOLLI, Lisaine Aparecida. O trabalho das enfermeiras no Programa de Saúde da Família em Marília/SP. *Revista da Escola de Enfermagem - USP*. São Paulo, 8 jun. 2005 . Disponível em:< <http://www.ee.usp.br/reeusp>>. Acesso em: 2 jul. 2010.

FIGUEIREDO, Nêbia Maria Almeida. **Enfermagem: cuidado em emergência**. 2 ed. São Caetano do Sul, SP: Yends, 2006.

FREITAS, Genival Fernandes de.; Aspectos éticos e legais Envolvendo a Atuação dos Profissionais de Enfermagem na Emergência. In: CALIL, Ana Maria.; PARANHOS, Wana Yeda. **O Enfermeiro e as Situações de Emergência**. São Paulo. Atheneu. 2007. p. 1 á 759.

GERDTZ MF, BUCKNALL TK. **Why we do the things we do: applying clinical decision-marking frameworks to triage practice**. Acc Emerg Nurs 1999; 7:50-7

GOLDIN, José Roberto. **Aspectos Éticos da Assistência em Situações de Emergência e Urgência**. 16 fev. 2003. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/bioetica/emergen.htm>>. Acesso em: 2 jul. 2010.

LEVCOVITZ, Eduardo.; LIMA, Luciana Dias de.; MACHADO, Cristiane Vieira. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciência e saúde coletiva*, v. 6, n 2. São Paulo, 2001.

MEDEIROS, JR. **O Amor Renovando o Trabalho**. 2 ed. Petrópolis, Editora Vozes, 2000.

MENDES GONÇALVES, R.B. **Medicina e história: raízes sociais do trabalho médico**. São Paulo, 1979. 209p. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

MENDES GONÇALVES, R.B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde:** características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de Centros de Saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1994.

MERHY, E.E. **A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde:** uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. Campinas, DMPS/FCM/UNICAMP, 1997.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde.** 7ª ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

NASCIMENTO, Regina Helena do. Desenvolvimento da especialidade de saúde e trabalho. São Paulo, 2001 (Trabalho de Conclusão de curso apresentado a Faculdade de enfermagem, Unicamp, para obtenção do título de Enfermeira).

PIRES, PS. **Tradução para o português e validação de instrumento para triagem de pacientes em serviço de emergência: “Canadian Triage and Acuity Scale”.** CTAS. [tese]. São Paulo. Escola de Enfermagem da USP; 2003.

PORTAL Educação. *Enfermagem e o PSF - Do PSF ao ESF [online]*. 10 de jun. 2008. Disponível em:< <http://www.portaleducacao.com.br/enfermagem/artigos>>. Acesso em 3 jul. 2010.

PEDROSO, Rene Antônio.; CELICH, Kátia Lilian Sedraz. Dor: quinto sinal vital, um desafio para o cuidador em enfermagem. *Revista Texto e Contexto Enfermagem UFSC.* Florianópolis, nº 2, p. 270-276, 2006.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem:** métodos, avaliação e utilização. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PROGRAMA saúde da família. *Revista de Saúde Pública.* São Paulo, v.34, nº3, p. 19-316. 2000.

Resolução Cofen nº 7498, de 25 de junho de 1986. Regulamenta o exercício da enfermagem no país.

SALEH, Carmem Mohamed.; Sistematização da Assistência de Enfermagem no Pronto-Socorro. In: **O Enfermeiro e as Situações de Emergência.** CALIL, Ana Maria.; PARANHOS, Wana Yeda. São Paulo. Atheneu. 2007. p 1 à 759.

SAMPAIO, Luís Fernando Rolim.; LIMA, Pedro Gilberto Alves de. Apoio ao Programa Saúde da Família. História do PSF no país e no RS. 8 jan. 2004. Disponível em:< <http://www.saudedafamilia.rs.gov.br>>. Acesso em: 03 jul. 210.

SANTANA, Milena Lopes.; CARMAGNANI, Maria Isabel. Programa saúde da família no Brasil: Um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. *Revista Saúde e Sociedade [online]*. v. 10. nº 1, p. 35-56.2001. Disponível em:< <http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 2 jul. 2010.

SANTOS, Viviane Euzébia Pereira.; VIANA, Dirce Lalaca. *Fundamentos e Prática para: estágio em enfermagem*. São Caetano do Sul – SP: Yends, 2006.

SANTOS, Audry Elizabeth dos.; PADILHA.; Kátia Grillo. Eventos adversos com medicação em Serviços de Emergência: condutas profissionais e sentimentos vivenciados por enfermeiros. *Revista Brasileira de Enfermagem*. vol.58 nº. 4. Brasília July/Aug. 2005.

SIMÕES, Daniella.; Estratégia de saúde da família em Alagoinhas. 6 dez. 2009. Disponível em:< <http://www.webartigos.com/articles/29432/1/Cronologia-historica-e-estrategica-da-saude-da-familia-no-municipio-de-Alagoinhas/pagina1.html>>. Acesso em 3 jul. 2010.

SMELTZER, Suzana C.; BARE, Brenda, G.(trad.). BRUNNER & SUDDART. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgico**. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

SOUZA, Joaquim Tomé. Perfil dos Cuidadores Informais de Idosos do Déficit de Autocuidado pelo Programa Saúde da Família. *Revista Eletrônica de Enfermagem [Online]*. v 5 , nº 1, 2003. Disponível em:<<http://www.fen.ufg.br>>. Acesso em 03 jul. 2010.

A HUMANIZAÇÃO NA PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO DO PSF NO MUNICÍPIO DE LAGOINHAS-BA

Ariana Ramos Dantas Rabello¹

Janine Carvalho Dantas Nascimento¹

Paloma de Oliveira Alves¹

Maiza da Conceição Teles Dias²

RESUMO: O foco de trabalho da Enfermagem desde a atenção básica até a mais especializada é o ser humano saudável ou doente que se encontra fragilizado e com suas necessidades básicas afetadas. Sendo assim, a Humanização deve nortear todas as ações de Enfermagem a fim de que seja prestado ao paciente um cuidado integral, acolhedor e de qualidade. Este trabalho tem como objetivo identificar a percepção do enfermeiro no que se refere ao cuidado humanizado no contexto do Programa de Saúde da Família na Unidade de Saúde da Rua São José no bairro do Pirinel na cidade de Alagoinhas – BA. Trata-se de uma pesquisa exploratório-descritiva de abordagem quantitativa e qualitativa realizada nas Unidades de Saúde da Família do Município de Alagoinhas-BA. A amostra foi constituída por nove Enfermeiros que atuam nas Unidades de Saúde da Família da Zona Urbana do município objeto do estudo. Os participantes desta pesquisa foram mulheres com faixa etária entre 25 a 35 anos, onde a renda salarial varia de 6 a 8 salários mínimos acrescentados de alguns benefícios decorrentes de Cursos de Especialização e o recebimento de Vale Transporte por algumas das profissionais. Os sujeitos da pesquisa foram selecionados aleatoriamente e a fim de garantir o anonimato, foram denominados pelo nome Enfermeira acompanhados de um número que varia de 1 a 9. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista estruturada que continham, na parte inicial, dados de identificação para ca-

¹Alunas do Curso de Pós Graduação em Saúde Coletiva com Ênfase em Saúde da Família da Faculdade Santíssimo Sacramento, Alagoinhas-Ba. E-mail- armosd_19@hotmail.com

²Especialista em Docência do Ensino na Área de Saúde/Enfermagem pela Universidade Federal de Feira de Santana (UEFS). Especialização em Saúde da Família, Gestão em Saúde. E-mail – maizatdias@yahoo.com.br

racterizar os sujeitos da pesquisa e, na segunda parte, questões objetivas e subjetivas, específicas sobre o tema pesquisado. Os resultados da pesquisa mostram que 88,89% das entrevistadas consideram seu atendimento humanizado e 11,11% não o consideram, sendo que 100% acham importante a Humanização na sua atuação profissional. Desta forma, foi possível identificar que a prática do cuidado pelo Enfermeiro está cada vez mais centrada na Humanização, onde é levado em conta pelo profissional tanto os aspectos físicos como emocionais do cliente, favorecendo assim a aproximação entre o cuidador e o ser cuidado.

PALAVRAS-CHAVE: Humanização. Enfermeiro. Cuidado.

ABSTRACT: The focus of nursing care from basic to more specialized is the healthy human being who is ill or frail and affected their basic needs. Thus, the Humanization should guide all actions of Nursing so that the patient is given a full care, warm and quality. This work aims to identify the perception of nurses regarding the humane care in the context of the Family Health Program at the Health Unit of St. Joseph Street in the neighborhood of the city of Pirinel Alagoinhas - BA. This an exploratory-descriptive study of quantitative and qualitative approach carried out in Health Units Family Alagoinhas - BA. The sample consisted of nine nurses working in Family Health Units of the urban area under study. The participants in this study were women aged between 25 and 35, where the wage income varies from 6 to 8 minimum wages of some added benefits of specialization courses and received by some of the Valley Transportation professionals. The subjects were randomly selected and in order to ensure anonymity, were called by the name Nurse accompanied by a number ranging from 1 to 9. Data collection was conducted through a structured interview that contained in the early part identification data to characterize the subjects and the second part, subjective and objective questions, about the specific research topic. The survey results show that 88.89% of respondents consider their humanized and 11.11% do not consider, and 100% find it important to Humanization in their professional activities. Thus, we found that the practice of care by nurses is increasingly focused on the

Humanization, which is taken into account by professional both physical and emotional aspects of the client, thus favoring a closer relationship between the caregiver and be careful.

KEY-WORDS: Humanization. Nurse. Care.

INTRODUÇÃO

Em virtude do acelerado processo técnico e científico no contexto da saúde, a dignidade da pessoa humana, com frequência, parece ser relegada a um segundo plano. A doença muitas vezes, passou a ser o objeto do saber reconhecido cientificamente, desarticulada do ser que a abriga e no qual ela se desenvolve. Também os profissionais da área da saúde parecem gradativamente desumanizar-se, favorecendo a desumanização de sua prática (BACKES *et. al*, 2006).

Assim sendo, em janeiro de 1994 foi implantado o Programa Saúde da Família pelo Ministério da Saúde e foram formadas as primeiras equipes de Saúde da Família, incorporando e ampliando a atuação dos agentes comunitários (BRASIL, 2003).

A estratégia do PSF propõe uma nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde, bem como para a sua relação com a comunidade e entre os diversos níveis de complexidade assistencial. Assume o compromisso de prestar assistência universal, integral, equânime, contínua e acima de tudo resolutiva à população na unidade de saúde e no domicílio, sempre de acordo com suas reais necessidades, identificando os fatores de riscos, aos quais ela está exposta, e nele intervindo de forma apropriada (SOUZA, 2000).

Assim, diante da necessidade de mudanças no atendimento do SUS, o Ministério da Saúde criou a Política Nacional de Humanização (PNH) ou Política de Humanização da Atenção da Gestão em Saúde no SUS (Humaniza SUS). A partir dessa proposta,

a Humanização passa a ser definida como uma política, e não mais como um programa, norteador princípios e modos de operar no conjunto das relações dos diferentes atores da rede SUS (SIMÕES *et. al*, 2007).

A desumanização, muitas vezes, praticada pelo profissional da área de saúde atribui ao usuário à mísera condição de um ser-objeto, fazendo a sua descaracterização como ser humano digno de receber um atendimento humanizado. A Política Nacional de Humanização estabelece como uma de suas prioridades a humanização no atendimento da rede do Sistema Único de Saúde, sendo necessário que os princípios do Programa estabelecido sejam protagonizados pelos profissionais da área de saúde.

A temática humanização do atendimento em saúde mostra-se relevante no contexto atual, uma vez que a constituição de um atendimento calcado em princípios como a integralidade da assistência, a equidade, a participação social do usuário, dentre outros, demanda a revisão das práticas cotidianas, com ênfase na criação de espaços de trabalho menos alienantes que valorizem a dignidade do trabalhador e do usuário (CASATE *et. al*, 2005).

Assim humanizar é algo que está inato ao ser humano, todavia com diversas mudanças tanto tecnológicas quanto comportamentais resultantes principalmente do modelo capitalista da sociedade brasileira, o individualismo vem sendo ressaltado como valor primordial do sujeito, e é devido a estas situações que se tornou de suma importância e até redundante a ressalva de que humanizar é preciso.

Levando em conta o apresentado levantam-se os seguintes questionamentos: Qual a percepção do Enfermeiro quanto à Humanização na saúde?; Qual a percepção e o conhecimento dos enfermeiros do Posto de Saúde da Família do município de Alagoinhas-BA, quanto a importância do PSF para a comunidade; e, Qual a importância da PSF para a prática profissional do Enfermeiro?

A escolha da temática deste trabalho vai de encontro ao interesse pessoal das enfermeiras, em virtude das vivências adquiridas durante os ensinamentos clínicos, assim como o interesse pelo conteúdo teórico aprendido ao longo da graduação e pós-graduação. Outro aspecto não menos importante que veio reforçar esta escolha é a vontade de aumentar os conhecimentos sobre como o profissional de saúde possa vim a conseguir uma plena humanização dos cuidados em enfermagem, pois cada vez mais a sociedade, exige e sente a necessidade de humanizar e de ser humanizada em um momento de doença ou de fragilidade.

Este pesquisa tem como objetivo geral identificar a percepção do enfermeiro no que se refere ao cuidado humanizado no contexto do Programa de Saúde da Família na Unidade de Saúde da Rua São José no bairro do Pirinel na cidade de Lagoinhas – BA. Tendo como objetivos específicos: analisar qual a visão do Enfermeiro quanto à importância do PSF na sua prática profissional; avaliar qual a concepção do Enfermeiro quanto à relevância da produção e fornecimento de dados; relatar aos Enfermeiros a partir de palestras a importância do PSF para a Enfermagem e para a Saúde Pública assim como das informações fornecidas por ele expondo sua contribuição na produção de informações epidemiológicas sobre a situação de saúde da população.

CONHECENDO A POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO

O Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) foi implantado, em 2000, pelo Ministério da Saúde, que constituiu, posteriormente, a Política Nacional de Humanização (PNH).

O objetivo da PNH é contribuir para a transformação dos modelos tradicionais de gestão e atenção em saúde, estimular as práticas de cogestão dos processos de trabalho e atender as demandas manifestadas pelos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde.

Superando o simples atendimento e o acesso à medicação, essas demandas situam-se, principalmente, na integralidade desse atendimento e no que tange os direitos dos usuários (BRASIL, 2005).

Nesse contexto, a humanização é definida como a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde (usuários, trabalhadores e gestores), com o fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos, aumentando, então, o grau de coresponsabilidade na produção de saúde. Este estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva, no processo de gestão, denota a identificação das necessidades sociais de saúde (BRASIL, 2005).

Alguns dos princípios norteadores da política de humanização são destacados a seguir:

Apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e com a produção de sujeitos;

Compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos profissionais de saúde;

Estímulo dos processos de educação permanente;

Construção de autonomia e protagonismo dos sujeitos e coletivos implicados na rede de saúde;

Corresponsabilidade desses sujeitos nos processos de gestão e atenção;

Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade;

Fortalecimento do compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às questões de gênero, de etnia, de raça e de orientação sexual (BRASIL, 2005).

Assim sendo, deve-se ter cuidado para não banalizar o que a asserção de uma Política de Humanização traz ao campo da saúde, já que, em geral, as iniciativas se apresentam volúveis e associadas a atitudes humanitárias, de caráter filantrópico, voluntárias e reveladoras de bondade.

Tematizar a humanização da assistência abre, assim, questões fundamentais que podem orientar a construção das políticas em saúde. Humanizar é, então, ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais. (BRASIL, 2004).

Como uma política transversal, a humanização presume necessariamente que as fronteiras, muitas vezes rígidas, sejam ultrapassadas dos diferentes núcleos de saber/poder que se ocupam da produção da saúde. A PNH, em seu papel articulador, deve proporcionar a facilitação e a integração dos processos e das ações das demais áreas, criando o campo onde ela se dará. Entretanto, a PNH deve também assumir-se como núcleo de saber e de competências com ofertas especialmente voltadas para a implementação da humanização.

Destarte, como política, a humanização deve traduzir princípios e modos de operar no conjunto das relações entre profissionais e usuários, entre os diferentes profissionais, e entre as diversas unidades e serviços de saúde. O planejamento, os mecanismos de decisão, as estratégias de implementação e de avaliação, o confronto de ideias, mas principalmente o modo como tais processos se dão, devem convergir para a construção de trocas solidárias e comprometidas com a produção de saúde, tarefa primeira da qual não se pode ocultar.

O PSF como Estratégia de Assistência a Saúde

Criado em 1994, pelo Ministério da Saúde, o Programa Saúde da Família (PSF) tem como seus principais propósitos reorganizar a prática de atenção em saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto das famílias e, com isso melhorar a qualidade de vida dos brasileiros (CARBONE; COSTA, 2004).

O PSF atualmente denominado Estratégia Saúde da Família (ESF) é um modelo de organização dos serviços de Atenção Primária a Saúde (APS) peculiar do Sistema Único de Saúde (SUS), priorizando as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas de forma integral e contínua (CARBONE; COSTA, 2004).

Segundo Souza (2000, p. 25),

a estratégia do PSF propõe uma nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde, bem como para a sua relação com a comunidade e entre os diversos níveis de complexidade assistencial. Assume o compromisso de prestar assistência universal, integral, equânime, contínua e, acima de tudo, resolutiva à população, na unidade de saúde e no domicílio, sempre de acordo com as suas reais necessidades, identificando os fatores de risco aos quais ela está exposta e neles intervindo de forma apropriada.

O PSF vem para romper com o modelo assistencial clínico, centrado na consulta médica, na supervalorização da rede hospitalar, na cultura da medicalização, na pré-consulta e na pós-consulta e, sobretudo no descompromisso e na falta de humanização nas ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde dos indivíduos em determinada área de abrangência (ANTUNES; EGRY, 2000).

Nesse contexto, observa-se que o enfermeiro tem sido um profissional extremamente importante, junto com a equipe, na construção desse novo modelo de atenção à saúde, visto que desenvolve suas atividades assistenciais, gerencia e supervisiona os profissionais da enfermagem e os Agentes Comunitários de Saúde (ACSs), bem como é referência técnica para alguns setores indispensáveis do centro de saúde, como o setor de imunização e o de curativo, além de conhecer o fluxo interno das unidades de saúde, dentre outras atividades.

Para Costa, Lima e Oliveira (2000, p.149),

o modelo de assistência do PSF constitui um desafio para o enfermeiro que, como participante da equipe de saúde, deve levar em consideração o envolvimento do seu agir com os aspectos sociais, políticos, econômicos e culturais relevantes para o processo de transição e consolidação do novo modelo da assistência à saúde.

Convém ressaltar que, antes da implantação do PSF, o enfermeiro teve sua inserção inicial nesta proposta inovadora de trabalho por intermédio da coordenação do Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS), sendo que o seu desenvolvimento possibilitou a inserção da estratégia de saúde da família (BRASIL, 2004).

O guia prático do PSF (BRASIL, 2001) descreve como atribuições específicas do enfermeiro as seguintes atividades: realizar cuidados diretos de enfermagem nas urgências e emergências clínicas; realizar consultas de enfermagem; planejar, gerenciar, coordenar, executar e avaliar a unidade de saúde da família; executar ações de assistência integral em todas as fases do ciclo da vida; executar ações de vigilância epidemiológica e sanitária; realizar as atividades prioritárias de intervenção na atenção básica; e aliar a atuação clínica à prática de saúde coletiva. Entre as atividades educativas são preconizadas a supervisão e a coordenação das ações para a capacitação de auxiliares de enfermagem e dos ACS, bem como a organização e a coordenação de grupos específicos, como de hipertensos, de gestantes, de diabéticos, de saúde mental, dentre outros.

A lei do exercício profissional Nº 7.498, de 25 de junho de 1986 determina, no art. 8º, que cabe ao enfermeiro, como integrante da equipe de saúde, participar nos programas de treinamento e aprimoramento de pessoal de saúde, particularmente nos programas de educação continuada, bem como participar em programas e atividades de educação sanitária, visando à melhoria de saúde do indivíduo, da família e da população em geral (COREN, 2001).

É importante enfatizar que o art. 19 do Código de Ética em Enfermagem determina a responsabilidade dos profissionais em enfermagem na promoção do aperfeiçoamento técnico, científico e cultural do pessoal sob sua orientação e supervisão (COREN, 2001).

Portanto, tanto nas atribuições do enfermeiro na Equipe de Saúde da Família (ESF) quanto na lei do exercício profissional e no Código de Ética em Enfermagem, são evidenciadas a participação desse profissional na elaboração, na implementação e na avaliação de ações educativas no sentido de capacitar os profissionais sob sua supervisão e de contribuir para a melhoria da saúde da população.

A capacitação dos profissionais da ESF e o estímulo crescente do usuário na responsabilidade e construção do autocuidado são requisitos essenciais para a profunda transformação do SUS, principalmente na assistência básica, pois promove uma revolução no papel da cidadania, da liberdade e da autonomia desses sujeitos.

Um dos aspectos responsáveis por essa permanente diferenciação individual é o processo de aprendizagem, pois aprender significa apresentar uma nova faceta da realidade (BRASIL, 2003).

A Humanização nos Cuidados de Enfermagem

Segundo Pinto (2006), humanizar é, tornar humano, cuidar da pessoa como pessoa, dar-lhe atenção e responder de uma forma positiva a toda a sua esperança, uma vez que confiou nos serviços de saúde e a eles recorreu para reencontrar-se na plenitude da sua realização pessoal.

Atualmente, o termo humanização é aplicado aquelas situações em que, além de valorizar o cuidado em suas dimensões técnicas e científicas, reconhecem-se os direitos do paciente,

respeita-se a sua individualidade, a sua dignidade, a sua autonomia, e sua subjetividade, sem se esquecer de reconhecimento do profissional também enquanto ser humano, ou seja, pressupõe uma relação sujeito/sujeito (ALMEIDA, 2009).

Dessa maneira, ao enfermeiro, é pedido que preste cuidados de enfermagem humanizados que visem o bem-estar físico e psicológico, ou seja, o reencontro com o seu equilíbrio (CABRAL, 2001).

Na humanização a questão central é o sujeito, a pessoa que recorre ao serviço de saúde caracterizando uma assistência humanizada como aquela que é personalizada (ALMEIDA, 2009, p. 90). Pois a pessoa é o lócus da existência humana, não sendo apenas um organismo material e físico, mas um ser de percepções e vivências que possui uma totalidade corpo e alma e espírito, e, além disso, envolvimento social, econômico, familiar, político e cultural. Aceita-se que cada pessoa é única e irrepetível com a sua própria individualidade (RODRIGUES, 2003).

Deste modo, pode-se salientar que a humanização é parte integrante de qualquer intervenção ou ato de enfermagem, já que é praticado por um ser humano e na medida em que se dirige a outro ser humano com igual valor e dignidade, só poderá ser humanizado.

A humanização na percepção do enfermeiro do PSF

A atitude de cuidado de enfermagem demonstra solidariedade e sensibilidade ao outro; denota preocupação com a integridade moral e dignidade do paciente como ser humano que é; demonstra consideração pelos aspectos não somente físicos, mas também os aspectos psíquicos do ser humano (BAGGIO, 2006).

O cuidado é algo inerente ao profissional de Enfermagem uma vez que é o Enfermeiro que está envolvido diretamente com o paciente na prestação da sua assistência. E a forma

como é conduzido esse cuidado poderá proporcionar ou não a qualidade do atendimento dispensado ao paciente. Assim, é de fundamental importância que a humanização torne-se o eixo de suas ações para que seja levado em conta o paciente enquanto um ser integral, considerando o seu processo biológico, físico, mental e social.

Neste sentido, é relevante mencionar que o desempenho do enfermeiro no PSF deve ser rigoroso de modo a satisfazer as necessidades dos doentes e a cumprir o seu papel enquanto profissional de saúde, visto que a organização envolve a satisfação das necessidades do utente e o cumprimento das suas funções enquanto enfermeiro.

Neste contexto a humanização deve se estender por todos os membros que constituem e utilizam os serviços de saúde, uma vez que não se pode pensar em prestar cuidados humanizados sem investir com seriedade na sua própria humanização, visto que “humanização gera humanização!”.

Desta forma, promover a humanização na saúde depende da quebra dos estereótipos já estabelecidos. Por isso este estudo é necessário, pois visa incentivar a equipe de enfermagem a quebrar esses paradigmas relacionados ao cuidar.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa exploratório-descritiva de abordagem quantitativa e qualitativa realizada nas Unidades de Saúde da Família do Município de Alagoinhas-BA.

O Município escolhido está localizado no leste da Bahia, possuindo uma área de 734 Km² e com uma população de 132.725 habitantes, segundo censo datado no ano de 2007 pelo IBGE. Alagoinhas possui atualmente 22 Unidades de Saúde da Família distribuídas na Zona Urbana e Rural.

A amostra foi constituída por nove Enfermeiros que atuam

nas Unidades de Saúde da Família da Zona Urbana do Município de Lagoinhas-BA. Os participantes desta pesquisa foram mulheres com faixa etária entre 25 a 35 anos, onde a renda salarial varia de 6 a 8 salários mínimos acrescentados de alguns benefícios decorrentes de Cursos de Especialização e o recebimento de Vale Transporte por algumas das profissionais.

Os sujeitos da pesquisa foram selecionados aleatoriamente e a fim de garantir o anonimato, foram denominados pelo nome Enfermeira acompanhado de um número que varia de 1 a 9.

As questões do instrumento de pesquisa foram desenvolvidas a partir da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (HumanizaSUS) instituída pelo Ministério da Saúde em 2003, por possuir indicadores essenciais para a análise das práticas de saúde.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista estruturada que continham, na parte inicial, dados de identificação para caracterizar os sujeitos da pesquisa e, na segunda parte, questões objetivas e subjetivas, específicas sobre o tema pesquisado.

O estudo seguiu os procedimentos éticos exigidos pela resolução N° 196/96. Sendo que na coleta de dados foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias para serem assinadas, ficando uma cópia com o participante e a outra com o pesquisador.

A análise dos dados quantitativos foi realizada por meio da estatística descritiva e os qualitativos através da exploração do material e interpretação dos resultados.

RESULTADOS

A análise dos discursos das profissionais entrevistadas nesta pesquisa permite identificar que as mesmas apresentam inúmeras concepções quanto ao conceito de humanização na saúde.

Uma concepção que emergiu foi a de que a humanização deve seguir os princípios do SUS, como expresso nas falas a seguir:

“Humanizar é tratar do paciente/usuário seguindo os princípios do SUS, igualdade, equidade” (Enfermeira 1).

“Tratar o paciente de acordo com as diretrizes do SUS associado a uma boa assistência.” (Enfermeira 2).

Na busca pela humanização, é necessário constituir um sistema de saúde que se pautem em valores como a equidade e a integralidade da atenção, vislumbrando o trabalhador de saúde e o paciente e seus familiares como cidadãos. Este universo deve focalizar-se no diálogo, no respeito e na solidariedade para todos os envolvidos na assistência hospitalar (BECK et al, 2007).

Percebe-se que algumas entrevistadas compreendem a humanização como um cuidado integral ao paciente, considerando os aspectos biopsicossociais onde o paciente é visto como um ser individual e único, não havendo assim a fragmentação do cuidado. Este modo de olhar a humanização é evidenciado nas verbalizações a seguir:

“Tratar o ser como por completo e não por partes do corpo” (Enfermeira 3).

“Cuidar do paciente de forma holística e com qualidade e acolhimento” (Enfermeira 4).

Quanto a Política Nacional de Humanização (55,55%) a consideraram ótima ou boa, (33,33%) a consideraram regular e (11,11%) não a conhecem. Na ótica das profissionais que a consideraram ótima ou boa a Política Nacional de Humanização surge como uma forma de qualificar a assistência, o que pode ser comprovado nos enunciados abaixo:

“Preocupa-se com o acolhimento do usuário, facilidade no acesso do mesmo ao sistema de saúde” (Enfermeira 5).

“Com essa política, pode-se proporcionar uma saúde digna para todos. Observar a especificidade de cada indivíduo e viabilizar uma saúde com ética e comprometimento” (Enfermeira 6).

Na descrição das profissionais que consideram a Política Nacional de Humanização regular o fato de humanizar uma relação que já acontece entre humanos (Enfermeiro-Paciente) torna-se algo complicado já que, na sua essência, essa relação já deveria ser humana, como se pode observar nos relatos a seguir:

“Na verdade eu acho que esse negócio de humanizar quem já é humano fica difícil né, é complicado, o ser humano ele já tem essa própria conscientização de humanização” (Enfermeira 7).

“... isso não deveria ser tratado como um plano para tratar as pessoas, deveria ser de forma natural” (Enfermeira 2).

Os enunciados acima mostram justamente as concepções dos profissionais sobre a Política Nacional de Humanização diferente do preconizado pela política, que na sua contextualização já demonstra preocupação quanto a esse tipo de percepção sobre o termo humanizar.

Deve-se tomar cuidado para não banalizar o que a proposição de uma Política de Humanização traz ao campo da saúde, já que as iniciativas se apresentam, em geral, de modo vago e associadas a atitudes humanitárias, de caráter filantrópico, voluntárias e reveladoras de bondade, um “favor”, portanto, e não um direito à saúde (BRASIL- MS, 2004).

A maioria das profissionais (88,89%) considera seu atendimento humanizado, destacando a importância de realizar práticas de saúde com qualidade, de modo digno e ético, oferecendo sempre o melhor de si para que este cuidado seja humanizado, essa percepção pode ser evidenciada nas falas a seguir:

“Por que tento sempre proporcionar uma assistência com qualidade” (Enfermeira 4).

“Pois tenho disponibilidade para ouvi-lo, orientar, resolver suas situações pendentes.” (Enfermeira 8).

Na visão das entrevistadas, o termo “paciente” não deveria ser empregado, uma vez que denota um ser passivo, um objeto a quem são prestados cuidados, o qual não tem opinião própria

e está sujeito a qualquer intervenção. As mesmas consideram o termo “usuário” mais apropriado por se tratar de um sujeito que está utilizando o serviço de saúde, o que valoriza assim a sua característica de ser humano e não de um ser passivo. Essa concepção pode ser evidenciada nos enunciados abaixo:

“Na verdade eu não gosto desse termo paciente não, na verdade eu sempre trato como usuário, acho que paciente você se torna muito passivo e eu acho que o doente não precisa ser tratado como paciente, ele é usuário do SUS” (Enfermeira 9).

“Normalmente a gente chama aqui muito de usuário porque ele usa o Sistema Único de Saúde e paciente pra mim é um ser passivo que ele tá ali, você vai fazer tudo por ele e ele não diz nada á respeito, não interfere em nada” (Enfermeira 7).

A humanização do atendimento implica em transformações políticas, administrativas e subjetivas, necessitando da transformação do próprio modo de ver o usuário – de objeto passivo a sujeito; do necessitado de caridade àquele que exerce o direito de ser usuário de um serviço que garanta qualidade e segurança, prestado por trabalhadores responsáveis (SIMÕES et. al, 2007).

Vale ressaltar que as profissionais (100%) acreditam que dá para conciliar a técnica com o cuidado humanizado, demonstrando assim que o conhecimento obtido, no processo de ensino de enfermagem capacita o profissional para o cumprimento de técnicas na realização do cuidado. No entanto, para que essa técnica seja perfeita, ela não pode estar desvinculada de atitudes pautadas no afeto positivo, no cuidado, no respeito e na ética profissional.

“Por que na verdade uma coisa está ligada a outra, eu acho que você não consegue fazer a técnica se você não tiver o senso de humanização, então você fica muito mecânica, se você conciliar uma coisa a outra o trabalho flui perfeitamente” (Enfermeira 7).

“Com certeza um não pode existir sem o outro, afinal não somos máquinas” (Enfermeira 6).

Estas mesmas entrevistadas (100%) consideram importante a humanização na sua atuação profissional enquanto Enfermeira, destacando que, na visão delas, a humanização já está automaticamente incluída no cuidado prestado ao paciente, funcionando como algo indispensável à prestação da assistência, assim como em qualquer relação estabelecida com os pacientes, o que pode ser percebido nos relatos abaixo:

“Isso é essencial como cidadão imagine na profissão” (Enfermeira 3).

“Todos merecemos ser tratados com respeito” (Enfermeira 9).

No entanto, a maioria das entrevistadas (77,77%) nos seus discursos, refere enfrentar situações difíceis no seu ambiente de trabalho, como falta de material, desvalorização do profissional de enfermagem, baixa remuneração e relação conflituosa com a equipe multiprofissional. Situações estas que acabam deixando o profissional com a sensação de impotência, por se tratar muitas vezes de questões complexas e de ordem hierárquica.

Apesar de, na visão dos profissionais, tais situações serem desestimulantes, não se tornam fatores determinantes que interfiram no cuidado humanizado, prevalecendo assim o atendimento subsidiado na humanização e no respeito à pessoa humana, valorizando sempre a singularidade dos sujeitos que procuram atendimento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A temática de humanização engloba diversos questionamentos que se estende desde um simples e importante projeto político na área de saúde até questões que envolvem mudanças de

comportamento de sujeitos que, na sua essência, já são humanos. Deste modo, é imprescindível a compreensão de que a humanização é um eixo temático complexo e que permeia o fazer de distintos sujeitos, incluindo a Enfermagem.

O Enfermeiro deve focar a saúde em uma dimensão ampliada, percebendo que o seu cliente possui fatores sociais, econômicos, culturais e emocionais que, por alguma ocasião influenciam na sua saúde.

O presente estudo demonstra que houve uma evolução e uma mudança no direcionamento da atenção do Enfermeiro antes voltada apenas para a doença que o paciente portava e não para o ser humano que era acometido por determinada doença/agravo. Demonstra também, que há em geral, a presença de um vínculo afetivo, de maneira positiva, entre Enfermeiro-usuário, o que possibilita a relação propiciadora de uma atenção humanizada, indispensável para o resgate da dimensão humana que havia sido perdida.

Portanto, precisamos assumir o compromisso com a humanização do atendimento, reconhecendo que, na verdade, o dom de cuidar vem de Deus.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, D. V. Humanização dos Cuidados de Saúde: uma interpretação a partir da filosofia de Emmanuel Lévinas. **Revista Científica da Unidade de Investigação em ciência e saúde**: domínio de enfermagem, Séria II, nº 10. p. 89-96, Jul, 2009.

ANTUNES, M. J. M.; EGRY, E. Y. O programa de saúde da família e a reconstrução da atenção básica no SUS: a contribuição da enfermagem brasileira. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 54, n. 1, p. 98-107. jan./mar. 2000.

BACKES, D. S. ; LUNARDI, V. L. ; FILHO, W. D. L. A humanização hospitalar como expressão da ética. **Rev. Latino-American. Enferm.** v.14, n.1, p. 132-5, Jan-Fev, 2006.

BAGGIO M. A. O significado de cuidado para profissionais da equipe de enfermagem. **Rev. Eletrônica de Enfermagem (online)**. v.8, n.1, p. 09-16, 2006. Disponível em: www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/original_01.htm. Acesso em: 23 mar 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de atenção básica. **Guia prático do Programa Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde 2001. 128 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. 2003. **Programa saúde da família**: o que é, como começou, como funciona e como implantar. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/psf/programa/index.asp>>. Acesso em: 10 mar 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de gestão da educação na saúde. Projeto de profissionalização dos trabalhadores da área da enfermagem. **Formação pedagógica em educação profissional na área de saúde: enfermagem. Educação, trabalho e profissão**. 2. ed. rev. e amp. Brasília: Ministério da Saúde 2003. 87 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Modelo de qualificação da estratégia saúde da família no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde. 2004. 36 p. (Versão preliminar).

BRASIL. Ministério da Saúde. 2004. **Política Nacional de Humanização**. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf. Acesso em: 10 abr 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: política nacional de humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília, DF, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Humanização**. 2005. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>>. Acesso em: 15 mar 2011..

BECK C. L. C.; GONZALES R. M. B. ; DENARDIN J. M.; TRINDADE L.L.; LAUTERT L. A humanização na perspectiva dos trabalhadores de enfermagem. **Rev. Texto Contexto Enferm.** v.16, n.3, p.503-10, Jul-Set, 2007.

CABRAL, Dinorá G. C. Humanizar: entre o projeto de vida e o dever profissional, uma reflexão. **Revista de Formação Contínua em Enfermagem**, ANO VI, nº 24. p. 14-17, Jan/abr 2001,

CARBONE, M. H.; COSTA, E. M. A. **Saúde da Família**. Rio de Janeiro: Rubio Ltda, 2004.

CASATE J. C.; CORRÊA A. K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Rev. Latino-American. Enferm.** v.13, n.1, p.105-11, Jan-Fev, 2005.

COREN - CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. **Legislação e normas**. 2001, n. 1. Belo Horizonte: Coren – MG, 2001. 69 p.

COSTA, M. B. S.; LIMA; C. B.; OLIVEIRA, C. P. Atuação do enfermeiro no Programa de Saúde da Família (PSF) no Estado da Paraíba. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 53, n. especial, p. 149-152. dez. 2000.

PINTO, V.F. Humanização e Qualidade de Vida. **Revista Servir**, vol.44, nº 1, p. 12-20. jan/fev, 1996.

RODRIGUES, E. O outro na perspectiva de cuidar. **Boletim do Hospital São Marcos Braga**, ANO XIX, nº 2, p.95-101, 2003.

SIMÕES A. L. A.; RODRIGUES F. R.; TAVARES D. M. S.; RODRIGUES L.R. Humanização na saúde: enfoque na atenção primária. **Rev. Texto Contexto Enferm.** v.16, n.3, p. 439-44, Jul-Set, 2007.

SOUSA, Maria Fátima de. A enfermagem reconstruindo sua prática: mais que uma conquista no PSF. **Rev. Brasileira de Enfermagem: saúde da família**. V.53, nº especial, p. 25 – 30. Brasília: ABEn, dez.2000.

O PAPEL DO ENFERMEIRO NA ADEÇÃO TERAPÊUTICA DO USUÁRIO COM DIABETES MELLITUS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA CIDADE DE ENTRE RIOS-BA¹

Jaciel de Oliveira Clementino²
Lausanne Costa Carvalho²
Mariana Marques de Oliveira Lima²
Wilza Carla Motta Brito Lima³

RESUMO: Este estudo tem como objetivo principal analisar o papel e as ações desenvolvidas pelo Enfermeiro da Estratégia Saúde da Família (ESF) na cidade de Entre Rios- BA, para a adesão do usuário com Diabetes Mellitus (DM) ao tratamento. Ressaltam-se as diversas maneiras que este profissional pode atuar para atrair o portador de DM e desperta-lo para a importância da sua terapêutica, buscando proporcionar autonomia, tornando-os capazes de realizar o autocuidado, esse que consiste no ponto chave para a terapia. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, descritiva, que teve como técnica de coleta de dados a entrevista semi-estruturada. Os sujeitos do estudo foram 29 pessoas sendo: a Categoria I - 09 Enfermeiros das ESFs e na Categoria II- 20 usuários com DM. Os resultados apontam para a necessidade da realização do processo educativo dos enfermeiros das ESFs como ferramenta indispensável para a adesão terapêutica.

PALAVRAS-CHAVE: Diabetes Mellitus. Adesão terapêutica; Papel do Enfermeiro;

¹Artigo apresentado como conclusão do Curso de Especialização em Saúde Coletiva com Ênfase em Programa de Saúde da Família – Faculdade Santíssimo Sacramento.

²Bacharéis em Enfermagem: mariana_mol@hotmail.com

³Mestra em saúde coletiva e docente do curso de especialização em Saúde Coletiva.

ABSTRACT: This study's main objective is to analyze the role and actions taken by the nurse at the Family Health Strategy (FHS) in the city of Entre Rios-BA, for enrolment of the user with Diabetes Mellitus (DM) to the treatment. It is emphasized different ways that this professional can attract the patients with DM and awakens them to the importance of their treatment, seeking to provide autonomy, making them able to perform self-care, which consists on the key to therapy. This is a qualitative research approach, descriptive document, which had the technique of data collection semi-structured interview. The study subjects were 29 people of which: Category I - 09 ESFs of Nurses and Category II-20 users with DM. The results indicate the necessity of completing the education of nurses in the ESFs as an indispensable tool for therapeutic adherence.

KEYWORDS: Diabetes Mellitus. Adherence. Role of the Nurse.

INTRODUÇÃO:

O enfermeiro, conforme sua formação multidisciplinar e expansão da área de atuação, ocorrida nas últimas décadas, tem conquistado um importante espaço nas instituições de saúde, tanto no que tange aos aspectos administrativos quanto assistencial, propriamente ditos.

Segundo Vanzin & Nery (1996), o profissional deve associar o conhecimento, a flexibilidade e a habilidade de abordagem de problemas com o usuário no núcleo familiar e no contexto social. Para tanto, vale ressaltar que o profissional de enfermagem deve possuir um senso crítico-reflexivo nas suas práticas, juntamente com os demais membros da equipe de saúde de que faz parte, para que dessa maneira possa atender as necessidades dos usuários tanto no que se refere à cura e recuperação quanto a orientações, bem como auxiliar no controle de complicações.

A reorganização da Atenção Básica no Brasil constitui uma das provas do quanto o profissional de enfermagem vem conquistando um espaço imprescindível nessa nova dinâmica de

se fazer saúde, seguindo a proposta de prevenção, promoção e reabilitação da saúde do recém-nascido ao idoso, sadios ou doentes, de forma integral e contínua. É nesse novo contexto que nasce em 1994 a Estratégia Saúde da Família, designada de (PSF), essa que é uma organização político/social, uma vez que envolve a coletividade nas decisões e deliberações locais relativas à saúde e na sua estratégia que tem por objetivo proporcionar a integralidade da atenção com a atuação da Equipe de Saúde centrada na família e no território onde essas vivem, priorizando a reorganização da Atenção Básica.

A participação do enfermeiro em programas de saúde pública é uma prática observada em todo mundo e a avaliação desta, permite sinalizar a relevância do mesmo, na assistência a saúde, tendo em vista, estudos que comprovam que ao passar dos anos, houve uma importante mudança no perfil da mortalidade da população mundial e brasileira, com aumento dos óbitos causados por doenças crônicas-degenerativas e causas externas. As doenças cardiovasculares são as mais comuns causas de morbidade e mortalidade em todo o mundo e entre os fatores de risco para doenças cardiovasculares, encontra-se o diabetes mellitus. (BERSUSA, ECUDE, PAIVA, 2006).

Esta patologia é um dos principais problemas que acometem a população brasileira, atingindo em no mundo grande número de pessoas de qualquer condição social e faixa etária: crianças e adolescentes (DM tipo I), gestantes (diabetes gestacional) e adultos acima dos 30 anos (DM tipo II); configurando-se como um problema individual e de saúde pública com grandes proporções quanto à magnitude e transcendência, pois além das inúmeras complicações à saúde do portador é responsável por gastos expressivos em saúde, além de substancial redução da capacidade de trabalho e da expectativa de vida. Por tal motivo torna-se necessária a orientação e acompanhamento adequado pelo enfermeiro (a) da ESF, para proporcionar uma convivência

consciente destes usuários com DM, em que medidas de prevenção e promoção a saúde destes portadores são importantes, principalmente no que diz respeito à ESF, pois são nas unidades básicas de saúde que a maioria da população atingida por esta patologia possuem acesso ao atendimento.

Desta maneira essa pesquisa tem como objetivo: analisar o papel e as ações desenvolvidas pelos enfermeiros para adesão do usuário com DM ao tratamento, tendo como pressupostos: (a) as ações dos enfermeiros das ESFs, são importantes para que ocorra adesão ao tratamento do DM, uma vez que o mesmo atua desde a prevenção até reabilitação; (b) a assistência de enfermagem, seja ela através de consultas e/ou acompanhamento, oportunizam discussões entre o paciente e o profissional, construindo conjuntamente as estratégias a serem adotadas para monitorização da glicemia capilar, que pode-se dar através da reeducação alimentar e/ou pelo uso de medicação de forma adequada, sendo que o profissional deve levar em consideração o contexto de cada usuário.

A importância de analisar o papel do Enfermeiro para a adesão dos portadores DM ao tratamento se faz necessário porque é através destas ações/orientações que o usuário com diabetes tem a possibilidade de conhecer melhor a sua patologia e assim atentar-se para as orientações do tratamento, aumentando as chances do mesmo tornar-se mais eficaz através do autocuidado, prevenindo dessa maneira possíveis complicações à saúde, que podem se configurar a médio e longo prazo.

Outro motivo é conhecer melhor a atuação do enfermeiro na adesão terapêutica do usuário com DM, para que a relação estabelecida entre a teoria e a prática, possibilite uma visão mais real a cerca das funções do enfermeiro (a) da ESF. Nesse contexto, interessa igualmente ouvir os usuários com DM, atendidos por este profissional, para que se possa compreender a interação

entre o profissional e o usuário, avaliando as ações de enfermagem que contribuem para a adesão ao tratamento.

PRESSUPOSTOS TEÓRICOS

Diabetes Mellitus: Uma abordagem geral

O diabetes mellitus compõem-se de um grupo heterogêneo de doenças metabólicas que são caracterizadas por hiperglicemia crônica distúrbio no metabolismo dos carboidratos, dos lipídios e das proteínas resultantes de um defeito na secreção e/ou ação da insulina (BARNETT & BRAUNSTEIN 2005).

Segundo o Ministério da Saúde (2006), o diabetes pertence a um grupo de doenças metabólicas que são caracterizadas por hiperglicemia e associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos. Pode resultar de defeitos de secreção e/ou ação da insulina envolvendo processos patogênicos específicos, por exemplo, a própria destruição das células betas do pâncreas, sendo que elas são as produtoras da insulina, pode ocorrer também: resistência dos tecidos a ação da insulina, distúrbios da secreção da insulina entre uma série de anomalias.

A insulina é um hormônio anabólico, sintetizado pelas células betas nas ilhotas de Langerhans do pâncreas, sendo que a sua principal função é regular o metabolismo da glicose por todos os tecidos do corpo, com exceção do cérebro. Sendo assim, seu efeito é hipoglicemiante, pois ela atua na redução da glicemia sanguínea (PERES 2007).

Para Santos (2007), o diabetes mellitus tipo I, conhecido pelo termo, atualmente em desuso, de DM insulino-dependente, normalmente aparece, na maioria das vezes, em pessoas jovens (menores de 35 anos), com deficiência total ou quase total da insulina produzida pelo pâncreas na infância ou adolescência, e se caracteriza por um déficit de insulina, devido à destruição das

células betas do pâncreas por processos auto-imunes ou idiopáticos. Nela, o corpo produz pouca ou nenhuma insulina, dessa maneira, as pessoas que são acometidas por ela devem receber injeções diárias de insulina, pois sem esse hormônio, a glicose não consegue chegar até as células, que precisam dela para queimar e transformá-la em energia.

O diabetes mellitus do tipo II, o qual é conhecido por DM não insulino-dependente, tem mecanismo fisiopatológico complexo e não inteiramente esclarecido ocorre mais frequentemente em pessoas maiores de quarenta anos, com o pâncreas produzindo certa quantidade de insulina, não suficientemente ativa em nível celular. Nesse tipo de diabetes, a principal disfunção reside nos receptores insulínicos celulares, que não têm o número, a forma e o tamanho adequadas para que a insulina possa agir sobre elas, permitindo a penetração da glicose. Os pacientes apresentam excesso de glicose no sangue (hiperglicemia), mas os níveis de insulina podem estar normais ou mesmo aumentados, fazendo com que, de modo contrário ao que acontece no diabetes tipo I, geralmente não se faça necessário o uso habitual de insulina exógena. (REIS 2004).

De acordo com o Ministério da Saúde (2000), a ocorrência de Diabetes mellitus em um grupo populacional está ligada, principalmente, a fatores socioeconômicos e culturais, tais como: urbanização, hábitos alimentares, estilo de vida sedentário, stress e, também, à conhecida predisposição familiar.

No que diz respeito ao diagnóstico Schmid *et al* (2004), afirma que o diagnóstico de diabetes baseia-se no grau de hiperglicemia alcançada que pode ser realizado através de três tipos exames, a saber: a glicemia casual, a glicemia de jejum e o teste de tolerância à glicose com sobre carga de 75g em duas horas.

O intervalo de referência para a glicemia de jejum, em pessoas adultas é de 70 à 110 mg/dL (BARROS, A. C. M. et. al. 2002).

Dessa maneira, cabe aos profissionais de saúde estarem atentos na identificação das pessoas com risco para o diabetes mellitus e intensificar as ações para promover o seu controle, entre os já diagnosticados, e atuar de forma preventiva nos usuários que possuem fatores de risco.

O Diabetes Mellitus na Atualidade

O DM configura-se na atualidade como uma epidemia mundial, traduzindo-se em um grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo. Alguns fatores devem ser levados em consideração para a problemática do DM hoje, a saber: o envelhecimento da população, a urbanização crescente, a adoção de estilos de vida pouco saudáveis como o sedentarismo, a dieta inadequada seja na qualidade ou na quantidade ingerida e a obesidade, sendo então esses os grandes responsáveis pelo aumento da incidência e prevalência do diabetes em todo mundo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

A prevalência e a incidência do DM vêm aumentando de forma assustadora e quase epidêmica, conforme as declarações da Organização Mundial da Saúde (MINISTERIO DA SAUDE, 2002). Daí a relevância da atenção que a doença desperta, tanto nos meios da saúde privada quanto no de saúde pública, aumentando o diagnóstico precoce dos casos, que há alguns anos atrás era feito apenas após o aparecimento de uma ou mais complicações graves, muitas vezes já irreversíveis (COELHO, 2005).

Conforme o Ministério da Saúde (2006), o DM é comum e de incidência crescente. Estima-se que, em 1995, atingia 4,0% da população adulta mundial e que, em 2025, alcançará a cifra de 5,4%. A maior parte desse aumento se dará em países em desenvolvimento, acentuando-se, nesses países, o padrão atual de concentração de casos na faixa etária de 45-64 anos.

Nunes *et al.* (2003), confirmam que no Brasil, existem mais de cinco milhões de pessoas diabéticas, das quais cerca de 50% desconhecem o diagnóstico. Sua prevalência, entre as pessoas com 30 a 69 anos que moram na região urbana, é de 7,6%.

O Manejo do Diabetes Mellitus na Estratégia Saúde da Família.

Respeitando os princípios e diretrizes do SUS, o Ministério da Saúde (2007) determina como atenção básica, um conjunto de ações no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, tendo como estratégia prioritária a saúde da família.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) se caracteriza por um modelo centrado no usuário tendo como um de seus objetivos a facilitação do acesso da população de baixa renda um atendimento com acompanhamento contínuo prestando, diretamente a essa população alvo, ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde com atividades preventivas dando assistência a grupos de gestantes, diabéticos, hipertensos, adultos, adolescentes, crianças e idosos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

As doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morbimortalidade na população brasileira, sendo o diabetes mellitus um dos principais fatores de risco que contribui para o agravamento deste panorama a nível nacional. A prevenção compõe a forma mais dinâmica de se evitar as complicações do DM sendo a educação em saúde o desenho escolhido pelas ESF. No que diz respeito ao DM, na prevenção primária tem como objetivo a remoção dos fatores de risco como: o controle do tabagismo, da obesidade, do sedentarismo, do consumo de álcool e o estímulo a alimentação saudável. A equipe ESF deve utilizar de campanhas educativas periódicas e atividades de lazer individual e

comunitário. As ações direcionadas a essa população alvo devem ser programadas a partir da identificação de fatores de risco associados, lesões em órgão-alvo e avaliação de comorbidades (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

No que diz respeito ao paciente diabético, a ESF utiliza o programa HiperDia, que é o Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos, que foi criado em 2001, essa população é captada pelo programa na ESF, gerando informações que iram permitir o acompanhamento do diabético e hipertenso, garantindo o recebimento dos medicamentos prescritos o que irá contribuir para a adesão dos usuários ao tratamento.

O HiperDia possui como um dos seus objetivos, segundo o Ministério da Saúde, é a definição do perfil epidemiológico desta população, e o conseqüente desencadeamento de estratégias de saúde pública para levar as mudanças no quadro atual e à melhoria da qualidade de vida dessas pessoas. Além da redução do custo social da doença o programa é focado na distribuição de medicamentos porque é justamente aí que se encontra o maior impacto para o doente, por se tratar de uma doença crônica, o custo do tratamento acaba pesando no orçamento familiar.

Ações do Enfermeiro na adesão terapêutica dos usuários com DM na Estratégia Saúde da Família.

Por se tratar de uma doença crônica, o usuário com diabetes requer toda uma vida de comportamentos especiais de autocuidado. Considerando que a dieta, atividades físicas e estresse físico e emocional afetam o controle do usuário com diabetes, os mesmos devem aprender a balancear uma série de fatores, desde a habilidade do autocuidado, para evitar a diminuição ou o aumento agudo da glicose sanguínea e também a inclusão de comportamentos preventivos, no seu estilo de vida, a fim de evitar as complicações a longo prazo do diabetes, sendo que uma

avaliação dos conhecimentos e habilidades que os usuários com DM, devem adquirir pode ajudar o enfermeiro a dar uma orientação verdadeira e aconselhamento ao usuário (SMELTEZER & BARE 2005).

Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (2007), assim como outros profissionais, o enfermeiro tem papel fundamental, no que diz respeito ao tratamento das pessoas com diabetes, pois esses profissionais apresentam as condições técnicas indispensáveis para orientar os principais procedimentos a serem adotados. Bem como conscientizar da importância da mudança de comportamentos e atitudes afim de conquistar auto-estima, vontade de apreender, controlar o diabetes, proporcionando uma convivência mais feliz no seio familiar e no contexto social.

Devem ser abordados os fatores de risco durante a consulta de enfermagem, estabelecendo os riscos cardiovasculares, orientando mudanças no estilo de vida, e tratamento medicamentoso e não medicamentoso, verificando a adesão e possíveis intercorrências ao tratamento, encaminhando o usuário ao médico quando necessário. Solicitando durante a consulta os exames de rotina definidos como necessários definidos pelo médico da equipe ou de acordo com protocolos ou normas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Segundo Assunção & Ursine (2008), a adesão ao tratamento em pacientes crônicos representa a extensão no qual o comportamento da pessoa coincide com o aconselhamento dado pelo profissional de saúde, contemplando três estágios: 1) concordância, no qual o indivíduo, inicialmente, concorda com o tratamento, seguindo as recomendações dadas pelos profissionais da saúde: 2) adesão, fase de transição entre os cuidados prestados pelos profissionais de saúde e o autocuidado, no qual, com uma vigilância limitada, o doente continua com o seu tratamento, o

que implica uma grande participação e controle da sua parte: 3) manutenção quando, já sem vigilância (ou vigilância limitada) o usuário com DM incorpora o tratamento no seu estilo de vida, possuindo um determinado grau de autocontrole sobre os novos comportamentos exigidos frente a sua patologia.

Apesar dos profissionais de saúde desempenhar um papel vital na gestão das doenças crônicas, a responsabilidade pelo tratamento reside, em última instância, no doente e/ou na sua família. No entanto, parece consensual a idéia de que o cumprimento de prescrições não depende exclusivamente da vontade destes últimos (VAZQUEZ & RING, 1993).

Fatores que interferem na adesão do usuário com diabetes ao tratamento.

Em meio a uma série de percalços enfrentados pelos profissionais de saúde na atenção ao portador de diabetes mellitus, um dos seus maiores desafios, tem se constituído especificamente no controle clínico do DM, esse que por sua vez tem-se esbarrado na fraca adesão ao tratamento, especificamente no que se refere ao regime medicamentoso. Dessa maneira, considera-se a adesão como o quanto o comportamento de uma pessoa (tomada de medicamentos, seguir uma dieta, ou mudar hábitos de vida) está de acordo com as recomendações de um profissional de saúde (BARROS, A. C. M. et. al. 2008).

O tratamento do DM inclui as seguintes estratégias: educação, modificação dos hábitos de vida e medicação se necessário, sendo imprescindível estimular o paciente a adotar hábitos saudáveis de vida como: manter um peso adequado, praticar regularmente atividade física, suspender o hábito de fumar e realizar um baixo consumo de gorduras saturadas e bebidas alcoólicas. O tratamento deve ser algo individualizado, levando-se em conta

a idade do paciente, a presença de outras doenças, a capacidade de percepção do cliente da hipoglicemia, o estado mental do cliente, o uso de outras medicações, a dependência de álcool ou drogas, a cooperação do paciente e restrições financeiras. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001). Fatores estes que senão levando em consideração, pelo profissional na hora da escolha terapêutica poderá interferir na adesão do usuário ao tratamento, portanto a observação do contexto do mesmo é algo fundamental na adesão ao tratamento, bem como a particularização das ações terapêuticas de acordo com as necessidades.

Para Barros *et al* (2008) o baixo grau de adesão pode afetar negativamente a evolução clínica do usuário, bem como da sua respectiva qualidade de vida, constituindo-se por conseguinte em um problema social e econômico, uma vez que é comprovado que há uma significativa diminuição de internações por complicações ocasionadas devido a picos de hiper e hipoglicemia quando o usuário adere a sua terapêutica, diminuindo os danos e aumentando a sobrevida do indivíduo com DM.

Segundo Smeltezer e Bare (2005), o tratamento varia de acordo com perfil do cliente, do seu estilo de vida, e de seus estados físicos e emocionais. Necessitando de uma avaliação constante para modificar o plano terapêutico, se necessário, e dos ajustes diários dos mesmos, de acordo com sua monitorização. A equipe de saúde tem o papel de direcionar o tratamento, cabendo ao cliente o controle do seu regime terapêutico.

Podendo também ser considerado como um fator que interfere na adesão do diabético ao tratamento as atividades e orientações dos profissionais de enfermagem, pois os mesmos possuem o papel de desenvolver ações educativas que estimulem o autocuidado, que se não forem adequadas à realidade dos clientes irão interferir na adesão ao tratamento.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo que analisou o papel do enfermeiro na adesão terapêutica ao usuário com DM na Estratégia Saúde da Família e para tal, optou-se pela abordagem qualitativa, descritiva, pois condiz com a inquietação que levou a definição do estudo proposto tendo em vista que essa abordagem possibilita o conhecimento do fenômeno através de contato direto no contexto e na forma onde ele ocorre, permitindo a aproximação da realidade dos sujeitos e uma possível identificação dos problemas, embora a preocupação do pesquisador seja com a dinâmica o processo, permitindo uma análise e elaboração de ações condizentes com as necessidades, em parceria com os sujeitos da pesquisa, e com base nos dados coletados, através da observação do contexto.

A pesquisa foi realizada nas Estratégias Saúde da Família da cidade de Entre Rios – BA, que encontra-se na Gestão não Plena conferindo ao mesmo uma cobertura de aproximadamente 77,41 %, e dispondo atualmente de uma Unidade de PACS e nove equipes de ESF, sendo que quatro delas tem Equipes de Saúde Bucal (ESB), o quadro de funcionários dessas Equipes são de: Médicos, Enfermeiros, Auxiliares de Enfermagem e/ ou Técnicos em Enfermagem, Recepcionistas, Agentes Comunitários de Saúde (ACS) Dentistas e Auxiliares de Consultório Dentário (ACD), para os casos em que tem ESB. (RELATÓRIO DE GESTÃO DE ENTRE RIOS 2008).

A cidade de Entre Rios que de acordo com PDR, pertence a Macro-região Nordeste, tendo como município de sede de micro, juntamente com mais dezoito municípios, a cidade de Alagoinhas, na 3ª Diretoria Regional da Saúde – 3ª DIRES. Segundo

o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE 2010) a população de Entre Rios é de 39.449 habitantes, a qual se encontra distribuída em 63 localidades geograficamente distintas, dentro do município, uma vez que o município possui um território extenso entre semi-árido e litoral. Administrativamente o Município é formado por três distritos: Sede; Ibatuí e Subaúma; e pelos povoados: Pedros, Capianga, Sítio do Meio, Formoso, Lagoa Redonda e Porto de Sauípe. (RELATÓRIO DE GESTÃO DE ENTRE RIOS 2008)

A delimitação dos participantes do presente estudo foi dada através da representação de duas categorias, a primeira foi composta por profissionais enfermeiros (as), e a segunda por usuários da ESF com DM, uma vez que na abordagem qualitativa, todas as pessoas que participaram da pesquisa são reconhecidas como sujeitos que elaboram conhecimentos e produzem práticas adequadas para intervir nos problemas que identificam, dessa maneira pressupõe-se que elas têm um conhecimento prático, de senso comum e representações relativamente elaboradas que formam uma concepção de vida e orientam as suas ações individuais. (CHIZZOTTI, 2003).

Dessa maneira a amostra será classificada em duas categorias, a serem entrevistadas, as quais serão justificadas abaixo.

Categoria I: Profissionais Enfermeiros (as) – sujeitos Graduado em Enfermagem que compõem o quadro de profissionais da Estratégia Saúde da Família da Cidade de Entre Rios, totalizando 09 entrevistados (as), os quais tiveram suas falas identificadas pelas siglas (ENF) precedida do número de ordem.

Categoria II: Usuários portadores de DM – sujeitos de ambos os sexos, maiores de 18 anos de idade, com diagnóstico médico de DM tipo I ou II, que freqüentam as unidades há pelo menos seis meses e que são acompanhados pelos Enfermeiros das Estratégias Saúde da Família do município, totalizando 20 entrevistados, os quais tiveram suas falas identificadas pelas siglas

(USU) precedida do número de ordem, sendo que a escolha dos mesmos se deu de forma aleatória, no período de observação do campo de estudo.

Participaram do estudo 29 sujeitos no total, identificados conforme as categorias a qual pertenciam e com o número que correspondeu à ordem em que foram entrevistados.

Os dados foram coletados no período de outubro a novembro de 2009, através de entrevistas semi-estruturadas, realizadas com o enfermeiro da ESF e usuários com DM.

Neste sentido, Gil (2008) aponta que a entrevista semi-estruturada possibilita ao informante discorrer sobre o tema proposto, uma vez que as questões são elaboradas de maneira a proporcionar um diálogo o mais próximo de uma conversa simples, sendo assim nesse tipo de entrevista o pesquisador tem maior oportunidade de realizar questionamentos adicionais de modo que elucide as respostas que não ficaram claras ou “incompletas” por conta de fugas da resposta, que podem ocorrer tanto pela falta de compreensão da pergunta quanto para completar questões que não ficaram claras.

Análises de dados empíricos

Após proceder a coleta de dados, os mesmos foram analisados, correlacionando as falas dos informantes, assim como todo contexto visualizado com referencial teórico.

O método de análise foi o de conteúdo, seguindo as orientações de Minayo (2008): a) Ordenação dos dados: transcrição e leitura das entrevistas ; b) Classificação dos dados: análise do conteúdo das entrevistas; c) Análise final: estabelecimento da relação entre os dados coletados e objetivo da pesquisa .

A pesquisa foi realizada conforme a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, uma vez que se trata de um estudo envolvendo seres humanos, incorporando sob a óptica do indi-

víduo e da coletividade os quatros referenciais básicos da bioética: autonomia, não maledicência, beneficência e justiça, visando também, assegurar os deveres e os direitos que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado (GAUTHIER *et al*, 1998). Os indivíduos que aceitaram participar do estudo formalizaram sua aceitação mediante assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B). Dessa maneira, os participantes da pesquisa tiveram garantido a sua privacidade, o sigilo das respostas e o direito de retirar o consentimento a qualquer tempo durante a pesquisa, sem sofrer qualquer penalidade. E contribuíram, através das suas informações, para a ampliação do conhecimento científico.

A pesquisa teve como benefícios propiciar uma análise crítica sobre o papel do enfermeiro na adesão ao tratamento do usuário com DM.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O processo educativo realizado pelo enfermeiro da ESF como terapêutica para adesão do usuário com DM.

Nessa categoria, observa-se que tanto os profissionais como os usuários, portadores de DM, apontam para o processo educativo, que através das orientações estimulam a adesão. Referindo: exercícios físicos, alimentação, uso da medicação e os cuidados com os pés, mostrando que essa é uma das formas do enfermeiro incentivar na adesão terapêutica, conforme destacam os relatos a seguir:

“... ela ensina a usar remédio na hora certa, orienta fazer exercícios e alimentações saudáveis” (USU10).

“Educação em primeiro lugar, orientação no uso do medicamento, não só medicamento como alimento e acompanhamento desse paciente com diabetes” (ENF02).

Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (2007), a orientação a respeito da nutrição e o estabelecimento de dieta para o controle da glicemia em usuários portadores de diabetes mellitus, associados a mudanças no estilo de vida, incluindo exercícios físicos, são consideradas terapias de primeira escolha.

O exercício físico é muito importante para controle do diabetes por causa dos seus efeitos sobre a diminuição da glicemia e redução dos fatores de risco cardiovascular, sendo que ele diminui os níveis de glicose no sangue ao aumentar a captação da glicose pela musculatura do corpo e melhorar a captação de insulina (SMELTEZER & BARE, 2006).

Nessa perspectiva, acredita-se que a educação em saúde realizada pelos enfermeiros da ESF para os usuários com DM, têm um papel essencial no controle desta patologia, visto que as orientações contribuem para a adesão terapêutica, diminuindo assim as complicações, estimulando o autocuidado e a adoção de um estilo de vida mais saudável, seja através da alimentação ou da prática de exercícios físicos.

O posicionamento dos profissionais de enfermagem e dos usuários com DM quanto à educação em saúde como uma função do enfermeiro que contribui na adesão terapêutica é bastante destacado, como se observa nas afirmações:

“O enfermeiro é um educador, devendo, portanto dar as informações necessárias de maneira esclarecida para que ele possa aderir o tratamento. (ENF01).

“O papel do enfermeiro seria o acompanhamento do tratamento, observando a forma de vida dele, dando orientações de vida, isso inclui alimentação e atividades físicas.” (ENF04).

“A enfermeira é quem orienta a gente sobre o tratamento, né? Então a gente aprende a se cuidar melhor, tomar a medicação correta, na hora certinha.” (USU12).

Segundo Silva *apud* Adorno et al (2000), a assistência de enfermagem junto ao cliente portador de diabetes mellitus consiste de um conjunto de orientações para a saúde visando a conscientização e mudança de comportamento frente a sua problemática, com o propósito de levá-lo a atuar preventivamente, diminuindo os danos decorrentes da evolução natural da doença, investindo no desenvolvimento da capacidade e das habilidades do indivíduo para o autocuidado.

Depreendem-se do contexto em que são fornecidas as orientações como uma maneira de reeducação do usuário frente aos novos hábitos alimentares, os quais devem ser adotados e para tanto o mesmo recebe informações para a reformulação do seu antigo estilo de vida. E nesse sentido, ele precisa de conhecimento de maneira simples e continua a respeito da sua patologia a fim de evitar futuras complicações. Dessa maneira a função de orientar que também pode ser entendida como educar o usuário, ensinando de forma progressiva, constitui uma das principais ações de prevenção e promoção que devem ser desenvolvidas pelos enfermeiros na ESF, como está sinalizado a seguir:

“... Embora a gente explique em todas as consultas, pois o trabalho da Atenção Básica não é assim: A gente orienta dona Maria hoje e pronto, não, pois temos que falar a mesma coisa em todas as consultas sempre e nem sempre conseguimos ver os resultados. (ENF04).

“... eu faço orientação na consulta sempre, pois temos que lembrá-los.” (ENF01).

Para a o Ministério da Saúde (2002), a prevenção é a forma mais eficaz, barata e gratificante de tratar esse agravo. É de suma importância e engloba, além da educação para a saúde, a reorganização das comunidades e da rede básica.

A educação compreende um elemento indissociável no contexto das ações da Atenção Básica, sendo assim o profissional

enfermeiro que atua verdadeiramente na ESF, deve apropriar-se dos mais variados meios para disseminar a informação.

“... é basicamente isso, tem a questão das palestras que a gente faz no Posto de Saúde, a gente faz sala de espera no dia do atendimento dos hipertensos e diabéticos, palestras também na comunidade, caminhadas a gente faz também.” (ENF04).

“... eu reúno os Agentes Comunitários, marco com todo mundo ir a uma Igreja, um salão ou na casa de um paciente, ai a gente faz a palestras orientando.” (ENF07).

Nesse sentido evidencia-se nas falas dos profissionais, o conhecimento a respeito da importância de utilizar estratégias para realizar a educação da comunidade em geral através de palestras; formação de grupos, visitas domiciliares, acompanhamento, entre outros meios que podem ser utilizados na captação dos usuários com DM, para que ele possa aderir ao tratamento.

Uma das atribuições do enfermeiro da Estratégia Saúde da Família, segundo o Ministério da Saúde (2006), é desenvolver atividades educativas, por meio de ações individuais e/ou coletivas, de promoção de saúde com todas as pessoas da comunidade; desenvolver atividades educativas individuais ou em grupos com os pacientes diabéticos.

Sendo assim uma das funções do profissional de enfermagem é a educação em saúde, que é de grande relevância para a promoção e prevenção da saúde dos indivíduos com DM. Dentre as atividades de educação em saúde, destacam-se o trabalho com grupos, que contribui para a troca de experiências e construção de conhecimentos comuns entre os portadores de DM. Para que haja um desenvolvimento eficaz do grupo, o enfermeiro deve proporcionar uma atitude de facilitador, coordenando e conduzindo os caminhos dos grupos rumo ao autoconhecimento e estimulando o autocuidado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Infere-se do presente estudo que o DM, pela sua grande incidência, constitui na atualidade um grave problema de saúde pública, o qual requer uma postura de mudanças de hábitos de vida dos portadores dessa patologia, bem como apoio, dedicação por parte dos seus familiares e compromisso do profissional enfermeiro da ESF, a qual constitui a porta de entrada no sistema público de saúde brasileira, onde deve ser realizado o cadastramento e o acompanhamento desse usuário através do Programa HIPERDIA.

A partir da análise dos dados obtidos, evidencia-se que os profissionais de enfermagem da Estratégia Saúde da Família de Entre Rios, têm um papel extremamente relevante no que concerne a adesão do usuário portador de DM ao tratamento, essas ações vão desde a o cultivo de um bom relacionamento e recepção dos usuários na ESF até o desenvolvimento de ações efetivas com a finalidade de colaborar para que o mesmo possa sentir-se amparado e confiante diante da sua nova realidade de vida, despertando-o para a importância do autocuidado, pautado em conhecimentos a cerca da sua patologia.

Os eixos temáticos surgidos na pesquisa apontam para a realização contínua das ações de educação em saúde, como instrumento incontestável no processo de mudanças de postura dos usuários portadores de DM, e nesse sentido as orientações por parte do enfermeiro quanto à prática de atividades físicas e mudanças nos hábitos alimentares e nos estilo de vida tornam-se indiscutivelmente necessários na prevenção de agravos a saúde decorrente de complicações resultantes do descontrole do nível glicêmico nesse indivíduo.

A educação em saúde exerce importante influência na manifestação de um comportamento positivo para as mudanças

nos hábitos de vida e na aderência ao tratamento clínico. Dessa maneira, essas ações devem ser as válvulas propulsoras dos programas de assistência a pacientes com diabetes, pois somente a educação em diabetes pode conduzir a um comportamento voltado para a prática do autocontrole, por melhorar a aderência ao tratamento e ao controle glicêmico

Outra questão relevante observada com o estudo é o fato de que a prática desses profissionais, por vezes tem se mostrada assistencialista e prescritiva, conferindo um ponto preocupante, haja vista, que as ações do enfermeiro da ESF, devem estar voltadas para a promoção, prevenção, proteção e reabilitação do indivíduo, contudo, diante dos discursos observa-se uma certa tendência para uma assistência fragmentada e pouco resolutiva, não contribuindo para que o usuário venha a encarar o seu tratamento com responsabilidade.

Conclui-se que a assistência de enfermagem ao usuário com DM, assume papel relevante para adesão, à medida que esses indivíduos encontram-se amparados por profissionais dispostos a lhe oferecer um tratamento planejado e adaptado conforme as questões socioeconômicas e culturais, as quais devem ser investigadas pelos profissionais no momento da consulta, para que empossesse desse saber torne mais eficaz à conduta terapêutica a ser adotada.

Em detrimento do grande número de casos de DM diagnosticados diariamente, bem como das complicações resultantes dessa patologia, a presente pesquisa insere-se como subsídio para futuros estudos, partindo da premissa de que a contribuição do enfermeiro é fundamental para adesão ao tratamento do usuário portador de diabetes mellitus.

Por fim a pesquisa mostra a existência da necessidade de se desenvolver estudos que relatem e avaliem a implementação de estratégias direcionadas a possíveis soluções do problema aqui

levantado, a prática assistencialista e prescritiva assumida pelo profissional de enfermagem frente ao usuário com diagnóstico de DM.

Diante do exposto deixa-se em aberto, essa linha de estudo para outras realidades.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADORNO, J. *et al.* Consulta de enfermagem como oportunidade de conscientização em diabetes. *Revista Eletrônica Enfermagem* 2000, 2 (2). Disponível em: <http://www.fen.ufg/reviesta2 2/diabete.html>. Acesso em 10 de junho de 2009.
- ASSUNÇÃO, T. S.; URSINE, P. G. S. Estudo de Fatores associados à adesão ao tratamento não farmacológico em portadores de diabetes mellitus assistidos pelo programa de saúde da família, Ventosa, Belo Horizonte. *Rev. Ciência & Saúde Coletiva*, Belo Horizonte – MG, v. 13 (Sup2),2008: 2189-2197
- BARNETT, P. S.; BRAUNSTEIN, G. D. Diabetes Mellito. In: ANDREOLI, T. E.; CHARLES, C. J.; GRIGGS, R. C.; LOSCALZO, J (Org). *Cecil Medicina Interna Básica*. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.
- BARROS, A. L. B. L. *Anamnese e Exame Físico: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto*. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- BARROS, A. C. M.; ROCHAL, M. B.; H, E. T. S. Adesão ao tratamento e satisfação com o serviço entre pessoas com diabetes mellitus atendidas no PSF em Blumenau, Santa Catarina. *Arquivo Catarinense de Medicina*, Santa Catarina, v 37, nº 1, 2008.
- BERSUSA, A. A. S.; ESCUDER, M. M. L.; PAIVA, D. C. P. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22(2): 377-385 fev 2006.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e diabetes mellitus: Hipertensão arterial e diabetes mellitus*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.
- BRASIL, Ministério da Saúde Secretaria de Políticas da Saúde. *Manual de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. 4. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Cadernos de Atenção Básica Programa Saúde da Família: Treinamento Introdutório caderno 2*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Abordagem nutricional em diabetes mellitus. Disponível em: <<http://hiperdia.datasus.gov.br>>. Acesso em: 6 jul. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Diabetes Mellitus*. Cadernos de Atenção Básica nº 16. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

CHIZZOTTI, A. *Pesquisa em ciências humanas e sociais*. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2003.

COELHO, M. P. *Depressão na pessoa diabética: desvelando o inimigo oculto*/Marta Pereira Coelho. - Belo Horizonte: UFMG, 2005. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, 2005.

ENTRE RIOS, Secretaria de Saúde. *Relatório de Gestão 2008*. Entre Rios: SESAU, 2008.

GAUTHIER, J. H. M.; CABRAL, I. E.; SANTOS, I.; et al. *Pesquisa em enfermagem: novas metodologias aplicadas*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. p.18-29.

GIL, G. P.; HADDAD, M. C. L.; GUARIENTE, M. H. D. M. Conhecimento sobre diabetes mellitus de pacientes atendidos em programa ambulatorial interdisciplinar de um hospital universitário público. Londrina: *Rev. Semina*, 2008, p. 141-154

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 11. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. *Normas para pesquisa envolvendo seres humanos*. Disponível em www.conselho.saude.gov.br Acesso em 12 de mai.2009.

NUNES, P. D.; PACE, A. E.; VIGO, K. O. O Conhecimento dos Familiares Acerca da Problemática do Portador de Diabetes Mellitus. *Rev. Latino-am Enfermagem*; 11(3): 312-9, 2003.

PAIVA, D.C.P.; BERSUSA, A. A. S.; ESCUDER, M. M. L. Avaliação da Assistência ao paciente diabético e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. São Paulo, *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, 2006.

PERES, R. Insulina: entendendo a importância desse hormônio. *Rev. Latino-am Enfermagem*; 10(3): 42-8, 2007

REIS, A. *Fluxo. Ph e capacidade tampão da saliva em pacientes com diabetes tipo II controlados e não controlados*. Passo Fundo: UPF, 2004. Dissertação (mestrado) – Universidade de Passo Fundo, Vice-reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa, 2004.

SANTOS, H. C. Peso Leve: Atividades multidisciplinares garantem a formula do programa. *Rev. Latino-am Enfermagem*; 10(5): 11-6, 2007.

SCHMIDT, M. I.; DUNCAN, B. B.; DUNCA, M. S. Síndrome Metabólica, Diabetes e Doenças Cardiovasculares. In: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GUGLIANI, E. R. J.; *Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseadas em Evidências*.3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

SMELTZER SC.; BARE BG. *Brunner & Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico- Cirúrgica*. 9 ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2002

SMELTZER, Suzane C; BARE, Brenda G. *Brunner e Suddarth: tratado de enfermagem medico-cirúrgica*. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). *Novas diretrizes da SBD para o controle glicêmico do diabetes 2*. Posicionamento oficial nº 4. RBM Rev. Brasileira de Medicina; supl. (4): 3-22, 2007.

VANZIN, A. S.; NERY, M. E. da S. *Consulta de Enfermagem: uma necessidade social?*. RM&L Gráfica, 1. ed. Porto Alegre, 1996.

VÁZQUEZ, C.; RING, J. M. (1993) – Altered cognitions in depression: care dysfunctional attitudes stable? *Personality and Individual Differences*. Vol. 15, nº. 4, p. 475-479.

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO DE ARTIGOS NA REVISTA CIENTÍFICA DA FACULDADE SANTÍSSIMO SACRAMENTO - CIENTÍSSIMO

1. ESCOPO

A Revista Científica da Faculdade Santíssimo Sacramento publica artigos científicos, comunicações e resenhas críticas, resultados de pesquisas originais e inéditas, e revisões monográficas nas áreas da Educação, Ciências Contábeis, Administração, Engenharia de Produção e Saúde. A periodicidade da publicação é semestral.

2. SUBMISSÃO DO MANUSCRITO

A submissão de trabalhos deverá ser feita por e-mail e utilizar o processador de texto Microsoft Word for Windows, versão 6.0 ou superior. Também deverão ser apresentadas três cópias impressas do trabalho para análise dos membros do Comitê Editorial e Científico. Ao enviar o trabalho para avaliação, enviar também a carta de autorização (modelo Anexo 1), dirigida aos Editores, assinada por todos os autores do estudo ou pelo autor responsável. O processo de avaliação do manuscrito será interrompido no caso do não recebimento da documentação assinada e enviada via correio postal. Todo o material deverá ser remetido para:

Revista *CIENTÍSSIMO*

A/C Profa. Dra. Gracineide S. Santos de Almeida
Núcleo de Pesquisa – NUPE/FSSS
Faculdade Santíssimo Sacramento
Rua Marechal Deodoro, 118 – Centro
Alagoinhas – Bahia, Brasil
CEP: 48005-020

3. NORMATIZAÇÃO

- Os trabalhos devem ser escritos em português. Os artigos devem ser apresentados como texto corrido, utilizando a fonte Times New Roman, tamanho 12, espaçamento 1,5, digitados em papel tamanho A4 (210 x 297mm), com margem superior e esquerda 3,0 cm e inferior e direita 2,0 cm. Todas as páginas do texto devem ser numeradas no canto superior direito. Serão aceitos artigos com no máximo 15 laudas.
- **Título:** centralizados, em negrito e em letras maiúsculas. Os subtítulos devem ser digitados apenas com a inicial em maiúsculas e deslocados para a margem esquerda.
- **Autoria:** O(s) nome(s) do(s) autor(es) deve(m) ser apresentado(s) apenas com as iniciais maiúsculas, abaixo do título com deslocamento para a direita, observando o agrupamento e identificação de autores da mesma instituição. As chamadas para o rodapé devem ser feitas por números arábico, como expoente, após o(s) nome(s) do(s) autor(es), indicando endereço completo, dados complementares e informações sobre o trabalho (se parte de monografia ou tese, apresentado em congresso etc.) quando necessário, após o título. A nota de rodapé deverá ser separada do texto por um traço horizontal.
- **Resumo e Abstract:** O resumo deve ser digitado em texto corrido em um único parágrafo e com cerca de 250 palavras, seguida por palavras-chave. Deve ser um texto conciso, observando-se a coesão e a coerência textuais, envolvendo objetivos, material e métodos, resultados e conclusões. Não deve conter citações bibliográficas, tampouco informações que não se encontram no texto do artigo. As mesmas regras se aplicam ao Abstract, em inglês que deverá ser sempre obrigatório.
- **Introdução:** revisão do conhecimento pertinente e objetivos do trabalho.
- **Material e métodos ou abordagem metodológica:** deve conter descrições breves, suficientes à repetição do trabalho: técnicas já publicadas devem ser citadas e não descritas.

- **Resultados:** devem expressar explicitamente os dados e informações coletadas sem tentativas de explicar tendências.
- **Discussão:** Baseando-se no conhecimento anterior, apontado na Introdução e Material e Métodos, bem como nas observações pessoais inéditas do(s) autor(es) no trabalho em consideração, deve-se analisar os resultados apresentados e consubstanciá-los em uma conclusão, sempre que possível, de modo a propiciar o desenvolvimento da área relacionada ao trabalho.
- **Resultado e Discussão** podem ser acompanhados de tabela e de figuras estritamente necessárias à compreensão do texto. As tabelas e as figuras devem ser numeradas em séries independentes umas das outras, em algarismos arábicos e suas legendas devem ser apresentadas em folhas separadas, no fim do texto original e três cópias para as figuras. As figuras devem ter no máximo duas vezes o seu tamanho final de duplicação. A área útil para elas, incluindo legenda é de 12 cm de largura por 18 cm de altura. Poderão ser feitas em aplicativos do Windows, devendo conter escala, número e letras, devem ter tamanho adequado para manter a legibilidade quando reduzidos. As letras devem ser colocadas abaixo e à direita do desenho. As tabelas e figuras devem ser referidas no texto por extenso com a inicial maiúscula. As siglas e abreviaturas, quando utilizadas pela primeira vez devem ser precedidas de seu significado por extenso.
- **Linguagem do artigo:** o artigo científico é um texto condensado, portanto é importante que sejam observados a correção e precisão da linguagem, coerência das idéias apresentadas, inteligibilidade das idéias, objetividade e fidelidade às fontes citadas.
 - a. Impessoalidade: o trabalho é resultado da investigação cientificamente fundamentada do autor sobre determinado assunto, não cabendo um relato pessoal sobre o trabalho, haja vista que o estudo deverá ser acessível à comunidade científica sempre que outro estudioso necessitar explorar o assunto em questão, logo deve ser redigido em terceira pessoa, caracterizando o teor universal da pesquisa desenvolvida;

- b. Objetividade: deve ser direto, preciso, sem expressões que possibilitem interpretações mediocres, sem valor científico. Sendo assim, termos como “eu penso”, “eu acho”, “parece-me”, e outros que denotem dúvida ou desconhecimento de causa devem ser abolidos do texto;
- c. Estilo científico deve ser informativo, racional, baseado em dados concretos, onde podem ser aceitos argumentos de ordem subjetiva, desde que explanados sob um ponto de vista científico;
- d. Vocabulário técnico: a comunicação científica deve ser feita com termos comuns, que garantam a objetividade da comunicação, sendo, porém que cada área científica possui seu vocabulário técnico próprio que deve ser observado;
- e. Ilustrações: a Revista considera gráficos, mapas, fotografias, desenhos e tabelas como elementos ilustrativos devendo ser apresentadas preferencialmente em preto e branco ou em tons de cinza, numeradas consecutivamente contendo o título por extenso no topo da ilustração, apresentadas o mais próximo possível do texto a que se refere, caso não seja possível, devem estar pelo menos, na mesma página.
- f. Tabelas constituem meios adequados para apresentação de dados numéricos principalmente quando tratam de valores comparativos. Devem ser apresentados de modo que o leitor entenda sem que haja necessidade de recorrer ao texto, sendo assim, o título deve encerrar a idéia geral da tabela, explicitando o objetivo da apresentação.
 - ✓ Devem ser apresentada no rodapé da tabela a fonte com os dados utilizados em sua construção, precedido da palavra fonte;
 - ✓ Notas eventuais referentes aos dados da tabela devem ser apresentadas também no rodapé da mesma.

- ✓ No caso de tabelas grandes que não caiba em uma só folha, esta deve ser continuada na folha seguinte, sendo assim, o fio horizontal de fechamento deve ser colocado somente no final da tabela, ou seja, na folha seguinte do início da tabela. É importante observar que nessa folha são repetidos o título e o cabeçalho da tabela.

- **Citações bibliográficas:** os autores devem evitar trechos entre aspas. As citações bibliográficas no texto devem incluir o sobrenome do autor e o ano de publicação; dois autores serão unidos pelo símbolo &; para mais de dois autores citar apenas o primeiro seguido de *et al.* Para artigos do mesmo autor, publicados num mesmo ano, colocar letras minúsculas em ordem alfabética após a data, em ordem de citação no texto. Citações não consultadas no original deverão ser referidas usando-se “Citado por”. Exemplo: Barbosa (1820 citado por Peters, 1992). No item Referências bibliográficas, deve-se citar apenas obras consultadas. Aceitam-se apenas citações de trabalhos efetivamente publicados. Excepcionalmente, poderão ser aceitas citações de teses, dissertações e monografias, quando as informações nelas contidas não estiverem ainda publicadas, e trabalhos no prelo, desde que conste a citação da revista ou livro.

- **Referências bibliográficas:** Devem seguir as normas da ABNT – NB 6023, conforme exemplos apresentados a seguir. Devem ser relacionados em ordem alfabética e em ordem cronológica quando forem do mesmo autor.

Exemplos:

- ✓ **Teses e dissertações**
PINHEIRO, A. C. 2000. **Os cuidados com a saúde do Idoso.** Campinas, São Paulo: Universidade Federal de São Paulo. 201p. PhD. Tese.

MOREIRA, A. G. **Aspectos demográficos de *Emmotum nitens* (Benth.) Miers (Icacinaceae) em um cerrado distrófico no Distrito Federal**. Campinas: UNICAMP, 1987. 88P. (Dissertação de Mestrado).

✓ **Artigo de periódico**

FRANÇA, F. 2006. Atendimento básico de saúde. **Boletim de saúde pública do Brasil**. Brasília, v.2, p.7-18.

SAKANE, M. & SHEPHERD, G.J. 2007. Gestão de negócios. **Revista Brasileira de Administração**, Rio de Janeiro, v.15(2), p.125-129.

✓ **Livro**

SANO, S.M. & ALMEIDA, S.P. de (ed.). 1998. Cerrado: ambiente e flora. Planaltina: EMBRAPA-CPAC. 556p.

MELO, J.T. de; SILVA, J.A. da; TORRES, R.A. de A.; SILVEIRA, C.E. dos S. da & CALDAS, L.S. 1998. Coleta, propagação e desenvolvimento inicial de espécies do cerrado. In: SANO, S.M.; ALMEIDA, S. P. de (ed.). **Cerrado: ambiente e flora**. Planaltina: EMBRAPA – CPAC. p. 195-210.

✓ **Congressos, conferências encontros e outros eventos científicos**

SEMANA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA DA UFPB, 14, 2007, Salvador. Anais. Salvador: FEBAB, 1980. 350p.

✓ **Leis e decretos**

BRASIL. Lei n.8069, de 13 de Julho de 1990. Dispõe sobre o estatuto da criança e do adolescente e de outras providências. Disponível em [HTTP://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/L8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/L8069.htm). Acesso em 16. abr.2008.

✓ **Trabalhos apresentados em eventos**

RODRIGUES, A. A Psicologia social às vésperas de seu primeiro centenário. 1989. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE PESQUISA E INTERCÂMBIO CIENTÍFICO. Gramado. Anais. Gramado: ANPEPP. P.117-136. 1 CD-ROM.

✓ **Resenha**

MACHADO, I.F.; RIBAS, O.T.; OLIVEIRA, T.A. 1986. Cartilha: procedimentos básicos para uma arquitetura no trópico úmido. São Paulo: Ed. Pini. Resenha de: KATINSKY, Julio Roberto. Ciência e Cultura, São Paulo, v.38, n.12, p. 2075.

4. PROCEDIMENTOS EDITORIAIS

Após a submissão do manuscrito será enviada ao autor, via e-mail, a confirmação do recebimento. Se o texto estiver de acordo com a normatização sugerida pela revista (avaliado pelo editor-chefe), este será encaminhado a dois pareceristas membros do Comitê Científico da revista ou para consultores *ad hoc*, em casos extraordinários. Os pareceristas são escolhidos pelo Editor, entre pesquisadores de reconhecida competência científica.

A autoria do manuscrito não é informada aos Pareceristas ou Consultores, bem como a identidade destes não é informada aos autores. Os pareceristas tem o prazo de 15 dias para procederem a avaliação, após a devida análise do texto, poderão opinar pelo: aceite, aceite com restrições e recusa do manuscrito. Ao final do processo e em caso de recusa o autor receberá cópia dos pareceres dos Pareceristas ou Consultores.

O manuscrito uma vez aceite será encaminhado para elaboração da prova (pdf) e enviado ao autor para que seja conferida e devolvida com possíveis correções (exceto no título e nome dos autores, no prazo máximo de 3 (três) dias. A não devolução, implicará na concordância do autor. Finalizado o processo o autor será informado, via e-mail, o volume, o número e a data prevista para publicação do artigo.

5. Critérios de avaliação

Os manuscritos podem ser submetidos a qualquer tempo (Fluxo contínuo). Os prazos para avaliação variam de 30 a 120 dias, dependendo da natureza do material, sua complexidade e cumprimento das exigências editoriais.

São quesitos observados pelos avaliadores:

- ✓ Adequação ao tipo de artigo proposto (artigo científico, comunicações ou resenhas críticas);
- ✓ Relevância, mérito e originalidade para divulgação científica;
- ✓ Adequação do título ao trabalho;
- ✓ Adequação do resumo;
- ✓ Adequação das abordagens teóricas e metodológicas;
- ✓ Linguagem científica;
- ✓ Relevância das figuras, tabelas e ou outros recursos de imagem utilizados, assim como adequação das legendas;
- ✓ Área de conhecimento do assunto abordado;
- ✓ Pontos positivos, negativos e conseqüentes riscos envolvidos.

ANEXO 1: Carta de Autorização dos autores (MODELO)

CARTA DE AUTORIZAÇÃO

O(s) autor(s) abaixo assinado(s) transfere(m) à Revista Científica da Faculdade Santíssimo Sacramento, com exclusividade e sem ônus, todos os direitos de publicação do artigo.....

Declara(m) e garante(m) que:

1. Os procedimentos éticos referentes a um trabalho científico foram atendidos;
2. O artigo é inédito e não está sendo avaliado por outro periódico;
3. No caso de estudo com humanos, foi conduzido conforme os princípios da Declaração de Helsinki e de suas emendas, com o consentimento informado e aprovado por Comitê de Ética devidamente credenciado e com a Resolução 1595/2000, do CFM*;
4. A responsabilidade pela informação e pelo conteúdo é (são) do(s) autor(es);
5. Não existe Conflito de interesses em relação ao material apresentado.

Nome Completo (autor responsável):

Endereço postal completo:

Endereço para correspondência a ser citado no artigo:

Telefone/fax:

E-mail:

Assinatura de todos os autores:

*Resolução n.1.595, do Conselho Federal de Medicina de 18.05.2000, é obrigatório que os autores de artigos divulgados ou promovendo produtos farmacêuticos ou equipamento para uso em medicina declarem os agentes financiadores que patrocinaram suas pesquisas.

Formato 15 x 21 cm
Fontes: Calibri
Papel Supremo 250 / m² (capa)
Papel Supremo 75 / m² (miolo)
Número de Páginas 168p
Tiragem 200 exemplares

© Copyright
Faculdade Santíssimo Sacramento - Todos Direitos Reservados