

II CONGRESSO INTERNACIONAL DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

III CONGRESSO PIAUIENSE DE ATENÇÃO À SAÚDE
 II ENCONTRO REGIONAL DO PROVAB
 III FÓRUM DE SAÚDE BUCAL
 V CESCODONTO

Teresina (PI), 5 a 7 de maio de 2015.

A formação acadêmica e a atenção primária em saúde

Coordenação Geral

LIS CARDOSO MARINHO MEDEIROS

Sub-Coordenador

FRANCISCO PASSOS COSTA

COMISSÃO ORGANIZADORA

EMERSON LIMA GONDIM FILHO
 ANDRESSA MARINS DO CARMO
 MARIA LUIZA DA SILVEIRA FORTES
 STEPHANNIE FABIANE BORGES DE OLIVEIRA
 SANDINO JOSÉ BEZERRA DA ROCHA
 JOÃO GILBERTO DE OLIVEIRA FREITAS
 JOÃO VICTOR ALVES DE CASTRO
 FABRICIA LEAL BEZERRA
 LEONARA LIMA LIBÂNIO
 MARCOS JOSÉ DE CASTRO LIMA FILHO
 JOÃO TAVARES MEDEIROS NETO
 ANA FLÁVIA GALVÃO LOPES
 HAYSSA TAMARA COSTA RODRIGUES VIEIRA
 REGINA DULCE DA SILVA NOLÊTO
 DENILMA CARVALHO SOUSA
 RAQUEL DE CONCEIÇÃO SANTOS NASCIMENTO
 HUDSON RÍCARDO MORAES
 MATHEUS CASTELO BRANCO
 MAYLSON MOURA DE MORAIS
 ANDRÉ LUÍS SANTANA NOGUEIRA
 BRUNO MARCOS GONÇALVES COSTA
 ALINNE KELLY KASSAOKA DE LIMA
 ANDREZA LORENA LOPES RIBEIRO
 JOÃO VITOR PEREIRA DE CASTRO LIMA
 BERNARDO COUTO NUNES MENDONÇA
 EDSSEL SILVA DO NASCIMENTO
 EDUARDO VINÍCIUS DE SOUSA HOLANDA
 JÉSSICA ANDRADE FREIRE
 LUCAS RIBEIRO DE ARAÚJO
 VINICIUS DO REGO LOPES
 SARA SEVERO MENDES DA PAZ
 BRUNA RUFINO LEÃO
 PAULO VINÍCIUS FILGUEIRA CARMO ARAÚJO
 MARCELO BRANDÃO MELO
 BÁRBARA BARROS LEMOS
 DENNYSE DE M. G. ALBUQUERQUE
 SALETE MARIA DA ROCHA CIPRIANO BRITO
 MÁRCIA ASTRES FERNANDES
 SANDINO JOSÉ BEZERRA DA ROCHA
 HAYSSA TÂMARA COSTA RODRIGUES VIEIRA
 RAQUEL DA CONCEIÇÃO SANTOS NASCIMENTO
 REGINA DULCE DA SILVA NOLÊTO
 LIS CARDOSO MARINHO MEDEIROS

II CONGRESSO INTERNACIONAL DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

III CONGRESSO PIAUIENSE DE ATENÇÃO À SAÚDE
II ENCONTRO REGIONAL DO PROVAB
III FÓRUM DE SAÚDE BUCAL
V CESCODONTO

Teresina (PI), 5 a 7 de maio de 2015.

A formação acadêmica e a atenção primária em saúde

COMISSÃO CIENTÍFICA

LIS CARDOSO MARINHO MEDEIROS
SALETE MARIA DA ROCHA CIPRIANO BRITO
MARIA DO CARMO DE CARVALHO E MARTINS
ANDERSON NOGUEIRA MENDES
ACÁCIO SALVADOR VERAS E SILVA
LÍVIA ALVES FILGUEIRAS
MÁRCIA ASTRÊS FERNANDES
FERNANDA VALERIA SILVA DANTAS AVELINO
LYANE RAMALHO
GUILHERME GUARINO DE MOURA SÁ
KELLYANE FOLHA GOIS
KHELYANE MESQUITA DE CARVALHO
JULIANA DE CASTRO NUNES PEREIRA
NELSON MIGUEL GALINDO NETO
MARCELO PRADO SANTIAGO
MAGNO BATISTA LIMA
KEILA REJANE OLIVEIRA GOMES
ANA ROBERTA VILAROUCA DA SILVA
LUIZA HELENA DE OLIVEIRA LIMA
GERDANE CELENE NUNES DE CARVALHO
SUYANNE FREIRE DE MACÊDO
MARIA ALZETE DE LIMA
LÍVIA FERNANDA NERY DA SILVA
FERNANDA REGINA DE CASTRO ALMEIDA
FRANCISCO TEIXEIRA ANDRADE
KELSEN DANTAS EULALIO
LUIZ AYRTON SANTOS JUNIOR
MALVINA THAIS PACHECO RODRIGUES
MARCOS ANTONIO PEREIRA DOS SANTOS
MARIA DAS GRACAS FREIRE DE MEDEIROS
PEDRO VITOR LOPES COSTA
RITA DE CASSIA MENESES OLIVEIRA
ROSIMEIRE FERREIRA DOS SANTOS
ZENIRA MARTINS SILVA
MAURICIO BATISTA PAES LANDIM
JAIRON LEITE CHAVES BEZERRA
ANNA GLÁUCIA COSTA CRUZ
ZAGMA COUTINHO LIMA AMORIM
SERY NEELY DOS SANTOS LIMA
DAYANA MARIA PESSOA DE SOUSA
GLAYS REGE DANTAS LIMA
ROBERTA ROCHA FÉRRER POMPEU
LAÍS DE MENESES CARVALHO ARILO
ZÁLYA LIANDE CAVALCANTE DE DEUS
CRISTIANE MARIA FERRAZ DAMASCENO MOURA FE
IRIS MARY MENESES DO AMARAL
MARIA AUZENI DE MOURA FÉ
INACIO PEREIRA LIMA
OZIRINA MARIA DA COSTA
FABRICIA CASTELO BRANCO DE ANDRADE
LIDIA ARAUJO DOS MARTIRIOS MOURA FE

II CONGRESSO INTERNACIONAL DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

III CONGRESSO PIAUIENSE DE ATENÇÃO À SAÚDE
II ENCONTRO REGIONAL DO PROVAB
III FÓRUM DE SAÚDE BUCAL
V CESCODONTO

Teresina (PI), 5 a 7 de maio de 2015.

A formação acadêmica e a atenção primária em saúde

COMISSÃO DE FREQUÊNCIA E CERTIFICADOS

EMERSON LIMA GONDIM FILHO, ANDRESSA MARINS DO CARMO, MARIA LUIZA DA SILVEIRA FORTES, STEPHANNIE FABIANE BORGES DE OLIVEIRA, SANDINO JOSÉ BEZERRA DA ROCHA, JOÃO GILBERTO DE OLIVEIRA FREITAS, JOÃO VICTOR ALVES DE CASTRO, FABRICIA LEAL BEZERRA, LEONARA LIMA LIBÂNIO, MARCOS JOSÉ DE CASTRO LIMA FILHO, JOÃO TAVARES MEDEIROS NETO, ANA FLÁVIA GALVÃO LOPES.

COMISSÃO DE TRABALHOS BANNERS

HAYSSA TAMARA COSTA RODRIGUES VIEIRA
REGINA DULCE DA SILVA NOLÊTO
DENILMA CARVALHO SOUSA
RAQUEL DE CONCEIÇÃO SANTOS NASCIMENTO
HUDSON RICARDO MORAES
MATHEUS CASTELO BRANCO

COMISSÃO DE TRABALHOS ORAIS

MAYLSON MOURA DE MORAIS
ANDRÉ LUÍS SANTANA NOGUEIRA
BRUNO MÁRCOS GONÇALVES COSTA
ALINNE KELLY KASSAOKA DE LIMA
ANDREZA LORENA LOPES RIBEIRO
JOÃO VITOR PEREIRA DE CASTRO LIMA
BERNARDO COUTO NUNES MENDONÇA
EDEL SILVA DO NASCIMENTO
EDUARDO VINÍCIUS DE SOUSA HOLANDA
JÉSSICA ANDRADE FREIRE
LUCAS RIBEIRO DE ARAÚJO
VINICIUS DO REGO LOPES

COMISSÃO DE ESTADIA E LAZER

SARA SEVERO MENDES DA PAZ
BRUNA RUFINO LEÃO
PAULO VINÍCIUS FILGUEIRA CARMO ARAÚJO
MARCELO BRANDÃO MELO
BÁRBARA BARROS LEMOS
DENNYSE DE M. G. ALBUQUERQUE

COMISSÃO DE PATROCÍNIO

SALETE MARIA DA ROCHA CIPRIANO BRITO, MÁRCIA ASTRES FERNANDES, SANDINO JOSÉ BEZERRA DA ROCHA, HAYSSA TÂMARA COSTA RODRIGUES VIEIRA, RAQUEL DA CONCEIÇÃO SANTOS NASCIMENTO, REGINA DULCE DA SILVA NOLÊTO.

REALIZAÇÃO: UFPI-PREX-NUEPES-CEAD

APOIO

OPAS-MS - SESAPI - BMJ - SEBRAE-PI - CFO-SP - CRO-PI - COREN - CRM-PI - SOEPI - FIOCRUZ- ABRASCO.

II CONGRESSO INTERNACIONAL DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

III CONGRESSO PIAUIENSE DE ATENÇÃO À SAÚDE
II ENCONTRO REGIONAL DO PROVAB
III FÓRUM DE SAÚDE BUCAL
V CESCODONTO

Teresina (PI), 5 a 7 de maio de 2015.

A formação acadêmica e a atenção primária em saúde

Apresentação

A Atenção Primária em Saúde e as Redes de Atenção em Saúde são temas atuais e que estimulam as discussões sobre a práxis do planejamento em saúde. Todo diálogo procura atender aos gestores e trabalhadores do SUS que se veem constantemente às voltas com a falta de profissionais adequados e discrepâncias em sua distribuição regional. São várias as iniciativas locais de instituições brasileiras têm para gerar evidências de políticas para o recrutamento e fixação de trabalhadores de saúde.

A discussão sobre a tomada de decisões em saúde - tanto no nível local como no internacional deverá ocorrer de forma coerente e segura. O congresso além de possibilitar maior integração e futuras parcerias entre as instituições - do serviço ou acadêmicas - programas federais subsidiou gestores e trabalhadores do SUS nas decisões de saúde.

Os eventos aconteceram pelo Núcleo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Educação Permanente para o SUS (NUEPES) Pró-Reitoria de Extensão da UFPI - Universidade Federal do Piauí em parceria com a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde-MS-OPAS. Os eventos contaram também com a parceria e colaboração de representantes de instituições acadêmicas, do Ministério da Saúde, das Secretarias Estaduais de Saúde do Piauí, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde, do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, Fundação Municipal de Saúde. Estiveram presentes mais de 1.500 participantes. Pela primeira vez um evento de atenção primária reuniu tanto médicos e estudantes de graduação em medicina.

A programação incluiu oficinas temáticas e de avaliação (PROVAB), tendo como referencia a Atenção Primária, Redes de Atenção e a evidência na saúde. Houve mesas redondas com temas específicos e apresentação de trabalhos científicos e de vivências. A partir desse momento, pretendeu-se iniciar uma rede colaborativa brasileira para o desenvolvimento compartilhado de modelos de simulação de necessidades de profissionais de Atenção Primária.

O eixo principal do congresso internacional foi a formação em saúde. A formação acadêmica dos profissionais da saúde tem se constituído em um grande problema nos serviços de saúde. O profissional é muito bem formado tecnicamente, mas numa lógica que foge totalmente às necessidades dos serviços de saúde, principalmente quando é inserido na Estratégia Saúde da Família (ESF). Os cursos de graduação da área da saúde não incorporam transversalmente a educação permanente e a saúde pública na formação de seus alunos.

Ao contrário do que se espera encontrar, após o término das graduações, são profissionais absorvidos pelo mercado de trabalho existente, Estratégia Saúde da Família, sem o devido preparo técnico e aptidão profissional. A corrida dos gestores em habilitar as equipes de saúde da família também contribuiu para o caos no acesso do usuário ao Sistema Único de Saúde (SUS). Os recursos investidos são muitos, mas o retorno de saúde é muito aquém do esperado. O grande vilão desta história ainda é a formação acadêmica pautada no modelo biomédico e na fragmentação do saber.

A necessidade de reconstrução dos modelos de gestão, impulsiona o surgimento de novas abordagens gerenciais como a gerência participativa e os programas de qualidade que preconizam, dentre outras, a descentralização das decisões e aproximação de todos os integrantes da equipe de trabalho, onde objetiva estimular a participação do trabalhador na discussão, na tomada de decisões e no aperfeiçoamento constante do processo de trabalho, tendo como base norteadora a Educação Permanente em Saúde (EPS). A implementação as Diretrizes Curriculares nos cursos de graduação em saúde é o grande desafio e tentou-se com esse momento ajudar nesse entendimento. Os conferencistas do congresso eram atores da criação do SUS no Brasil.

Profª **Lis Cardoso Marinho Medeiros** – Coordenadora Geral do II Congresso Internacional de Atenção à Saúde.

A IMPORTÂNCIA DA ADOÇÃO DE NOVAS TECNOLOGIAS AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE PARA O TRATAMENTO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS

Daiana Clara Bueno de Sousa Brandão¹, Aldemes Barroso da Silva², Rodolfo Myronn de Melo Rodrigues³, Danilo Gonçalves Dantas⁴, Jesanne Barguil Brasileiro Rocha⁵

1. Estudante da graduação em Medicina na Universidade Federal do Piauí (UFPI). E-mail: daianaclara@hotmail.com. Rua Dr. Area Leão, 1994, Cond. Alameda Marques, Bloco G, Apt 401, Bairro Vila Operária, Teresina (PI).
2. Estudante da graduação em Medicina no Centro Universitário Uninovafapi (CUU). Teresina (PI), Brasil.
3. Estudante da graduação em Medicina na UFPI. Teresina (PI), Brasil.
4. Estudante da graduação em Medicina no CUU. Teresina (PI), Brasil.
5. Professora Doutora, Colégio Técnico de Floriano - UFPI. Floriano (PI), Brasil.

INTRODUÇÃO

O câncer é uma das maiores causas de mortalidade por doença no Brasil e sua incidência tem crescido progressivamente, acompanhando a mudança do perfil etário da população. Trata-se de uma enfermidade que necessita de tratamentos prolongados e acompanhamento adequado, o que exige uma rede de assistência articulada e uma regulação efetiva, de forma a assegurar a universalidade, a equidade e a integralidade da atenção oncológica.

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), as estimativas para o ano de 2012 foram válidas também para o ano de 2013 e apontaram a ocorrência de aproximadamente 518.510 casos novos de câncer, incluindo os casos de pele não melanoma, reforçando a magnitude do problema do câncer no país.

Neoplasia é uma proliferação anormal do tecido, que foge parcial ou totalmente ao controle do organismo e tende à autonomia e à perpetuação, com efeitos agressivos sobre o homem, podendo ser benigna ou maligna (INCA, 2011). O câncer é uma neoplasia maligna e como tal manifesta-se com um maior grau de autonomia e é capaz de provocar metástases, podendo ser resistente ao tratamento e causar a morte do hospedeiro (INCA, 2011).

O conhecimento da forma como evoluem ou crescem alguns tumores permite que eles sejam previstos ou identificados quando a lesão ainda está na fase pré-neoplásica, ou seja, em uma fase em que a doença ainda não se desenvolveu (INCA, 2011). Assim, as recomendações mais enfatizadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para o aumento da sobrevivência associada aos diversos tipos de câncer são relativas à adoção de política que favoreça o diagnóstico precoce, aliado ao tratamento adequado em tempo hábil (Brito et al, 2005).

Face à gravidade da situação do câncer como problema de saúde que atinge toda a população, as esferas governamentais e profissionais de saúde são responsáveis pelo sucesso das ações de controle da doença (INCA, 2011). De forma que as esferas governamentais devem disponibilizar tecnologias para o diagnóstico precoce e tratamento dos pacientes e todo profissional de saúde deve ter conhecimentos sólidos

sobre o câncer para que possa informar, cuidar e encaminhar corretamente seus pacientes.

Os altos índices de casos e de óbitos por câncer somados aos elevados custos da assistência levaram à necessidade de se traçar estratégias que favoreçam o seu controle (BRITO et al., 2005). A Política Nacional de Atenção Oncológica garante o atendimento integral a qualquer doente com câncer, por meio das Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon) e dos Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon). Este é o nível da atenção capacitado para determinar a extensão da neoplasia (estadiamento), tratar, cuidar e assegurar a qualidade dos serviços de assistência oncológica, conforme a Portaria nº 2.439/GM de 8 de dezembro de 2005. Esses estabelecimentos de saúde habilitados em Oncologia também são os responsáveis pelo fornecimento de medicamentos oncológicos que neles, livremente, se padronizam, adquirem e prescrevem (BRASIL, 2012).

Mesmo reconhecendo o importante passo dado pelo Ministério da Saúde com a adoção de modificações regulamentares, a maioria dos casos de câncer no Brasil é tratada no âmbito do SUS.

OBJETIVOS

O presente estudo foi concebido para conhecer qual é a atual situação da assistência oncológica no Brasil através da avaliação das ações que a rede pública de saúde vem desenvolvendo para a terapêutica do câncer com vistas à importância da adoção de novas tecnologias e medicamentos oncológicos.

MÉTODOS

Este estudo foi construído através do levantamento de dados na literatura já existente com pesquisa bibliográfica nas publicações oficiais existentes como as do Ministério da Saúde e do Instituto Nacional do Câncer – INCA, além da utilização da Revista Brasileira de Saúde Pública e de artigos de jornais coletadas no período de maio a setembro de 2013. Foram selecionados os temas que tratavam da magnitude do câncer no Brasil, ampliação da assistência oncológica e tratamento do câncer no SUS bem como da importância da adoção de novas tecnologias ao SUS.

RESULTADOS

O câncer representa um problema de saúde pública que terá uma incidência cada vez maior por conta do estilo de vida, da urbanização e do envelhecimento.

Todo ano, são quase 13 milhões de casos novos de câncer no mundo e 7,5 milhões de mortes por causa da doença. No Brasil, surgem por ano 500 mil novos casos

e 150 mil pessoas morrem. A ONU estima que em 2030, haverá 13 milhões de vítimas fatais do câncer (G1, 2013).

Em novembro de 1998, ocorreram mudanças importantes na lógica de tratamento das neoplasias no Sistema Único de Saúde (SUS) através da Portaria do Ministério da Saúde nº 3.535 (Brito et al, 2005). Essa portaria estabeleceu uma rede hierarquizada dos centros que prestam assistência oncológica e atualizou os critérios mínimos para o cadastramento de centros de alta complexidade em oncologia. No mesmo ano, a portaria GM nº 3536, determinou a implantação do sistema de autorização de procedimentos de alta complexidade na área de oncologia (APAC/ONCO).

Entretanto, a grande modificação nesta área foi à incorporação do protocolo de atendimento integral ao câncer. Mas, para isso, o Ministério da Saúde instituiu que somente hospitais que dispusessem na mesma estrutura de todos os recursos para o tratamento dos cânceres mais frequentes no Brasil seriam credenciados para a assistência oncológica no SUS. Esses hospitais foram chamados de Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) (BRITO et al, 2005).

O Ministério da Saúde, em março de 1999, recuou nas suas exigências para credenciamento e publicou a Portaria nº 113,3 abrindo a possibilidade de credenciamento de Unidades Isoladas (UI) de Radioterapia e Quimioterapia (BRITO et al, 2005).

O tratamento de câncer tem um impacto econômico imenso, de forma que no Brasil só há centros de referência para o tratamento gratuito da doença em cinco estados: Rio de Janeiro, São Paulo, Rio Grande do Sul, Bahia e Ceará. E só tem acesso a esses hospitais os pacientes que já têm o diagnóstico positivo de câncer, realizado em outros centros médicos (G1, 2013).

Contudo, em todo o país, 277 hospitais e institutos estão habilitados a realizar procedimentos oncológicos pela rede pública. Há unidades em todos os estados, mas cinco deles – quatro no Norte e um no Nordeste – têm apenas um local de tratamento. É o caso do Acre, Amapá, Amazonas, Roraima e Piauí (INCA, 2011). Isso evidencia a necessidade de ampliação dos serviços principalmente nessas duas regiões e no interior do país.

Os hospitais habilitados como UNACON ou CACON devem oferecer assistência especializada ao paciente com câncer, atuando no diagnóstico e tratamento. Essa assistência abrange sete modalidades integradas: diagnóstico, cirurgia oncológica, radioterapia, quimioterapia (oncologia clínica, hematologia e oncologia pediátrica), medidas de suporte, reabilitação e cuidados paliativos. O tratamento escolhido dependerá de fatores específicos de cada caso, tais como: localização, tipo celular, grau

de diferenciação e extensão do tumor, os tratamentos já realizados, finalidade terapêutica e as condições clínicas do doente (BRASIL, 2012).

O Ministério da Saúde e as secretarias de saúde não fornecem diretamente medicamentos para o tratamento de câncer. Quando para uso oncológico, o fornecimento de medicamentos não se dá por meio de programas de medicamentos do SUS, como o da farmácia básica e o do componente especializado da assistência farmacêutica, mas pelos estabelecimentos de saúde credenciados no SUS e habilitados em Oncologia (BRASIL, 2012).

Para esse uso, eles são informados como procedimentos quimioterápicos no subsistema APAC (Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade), do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS); devem ser fornecidos pelo estabelecimento de saúde credenciado no SUS e habilitado em Oncologia; e são ressarcidos conforme o código da APAC, pela respectiva Secretaria de Saúde gestora, que repassa o recurso para o estabelecimento (BRASIL, 2012).

Na defesa de que a saúde dos pacientes oncológicos não pode ficar a mercê de questões burocráticas que dificultam e atrasam o tratamento, em maio de 2013, a Justiça Federal determinou que o tempo máximo de espera para o início do tratamento de câncer pelo Sistema Único de Saúde (SUS) é 60 dias após a data do diagnóstico da doença. A medida publicada no dia 16 de maio de 2013 e regulamentada na Lei 12.732/12 começou a vigorar no dia 23 de maio de 2013, e veio com um conjunto de medidas para prevenção, diagnóstico e atendimento de doentes (PORTAL DA SAÚDE, 2013).

Na tentativa de auxiliar estados e municípios a gerir os serviços oncológicos da rede pública, a pasta anunciou também a criação do Sistema de Informação do Câncer (Siscan). O *software*, disponível gratuitamente para as secretarias de Saúde, reunirá o histórico dos pacientes e do tratamento, possibilitando acompanhar o panorama da doença (AGENCIABRASIL EBC, 2013).

A implantação de sistemas de informação desenvolve um mecanismo que fornece dados sobre a magnitude da doença, o efeito das medidas de prevenção, detecção precoce, tratamento e cuidados paliativos, possibilitando o acesso aos serviços e o cuidado integral.

A lei, no entanto, não contempla a demora que o paciente enfrenta para obter o diagnóstico correto da doença, não otimiza o andamento das filas para realização de exames que são colossais e alguns pacientes levam meses para receber os resultados.

A nova regra também não auxilia em três casos: câncer de pele não melanoma (a biópsia às vezes já é o tratamento), tumor de tireoide com menor risco e pacientes sem indicação de cirurgia, radioterapia ou quimioterapia (G1, 2013).

Outra medida anunciada indicou a realização de visitas pela Comissão de Monitoramento e Avaliação do cumprimento da Lei nº 12.732, de caráter permanente, a hospitais que atendem via Sistema Único de Saúde para avaliar as condições de funcionamento e a capacidade de ofertar atendimento oncológico com agilidade e acompanhar os processos de implantação do Siscan e a execução dos planos regionais de oncologia (AGÊNCIA BRASIL EBC, 2013).

Além disso, o Ministério informou que as Unidades de Saúde que ofertam serviços de radioterapia serão estimuladas a adotar um terceiro turno de funcionamento, uma vez que o atendimento costuma ser feito apenas pela manhã e pela tarde. (AGENCIA BRASIL EBC, 2013).

O Ministério da Saúde parece estar investindo na melhoria do acesso da população através da prevenção e tratamento do câncer. De 2010 a 2012, o investimento do Governo Federal em oncologia disparou 26% - de R\$ 1,9 bilhão para R\$ 2,1 bilhões. Com estes recursos, foi possível ampliar em 17,3% no número de sessões de radioterapia, saltando de 7,6 milhões para mais de nove milhões. Para a quimioterapia houve aumento de 14,8%, passando de 2,2 milhões para 2,5 milhões (PORTAL DA SAÚDE, 2013).

Enquanto na rede pública brasileira o paciente com **câncer** enfrenta uma longa espera por consultas, exames e pelo tratamento contra a doença, na rede privada é preciso lidar com a espera pela autorização dos convênios, no entanto os beneficiários dos planos de saúde atualmente foram contemplados com uma grande expansão de cobertura de medicamentos e procedimentos oncológicos.

A partir de janeiro de 2014, os beneficiários de planos de saúde individuais e coletivos terão direito a mais 87 procedimentos, incluindo 37 medicamentos orais para o tratamento domiciliar de diferentes tipos de câncer e 50 novos exames, consultas e cirurgias. A medida é resultado de consulta pública realizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). (ANS, 2013).

O novo rol também contempla o cuidado integral à saúde e o tratamento multidisciplinar ao prever na cobertura obrigatória consulta com fisioterapeuta, além de ampliar o número de consultas e sessões de seis para 12 com profissionais de especialidades como fonoaudiologia, nutrição, psicologia e terapia ocupacional (ANS, 2013).

Houve também expansão no rol de medicamentos de alto custo ofertados gratuitamente pelo SUS, com a inclusão de drogas biológicas modernas como o mesilato de imatinibe, o rituximabe e o trastuzumabe, para o tratamento de leucemia, linfoma e câncer de mama, respectivamente (PORTAL SAÚDE, 2013). Enquanto os planos de

saúde são obrigados a incluir 37 medicamentos orais, o SUS oferta 3 drogas há muito tempo incorporadas a prática médica.

Percebe-se uma grande ampliação do modelo assistencial por parte do Ministério da Saúde para todo o território nacional ao criar um sistema uniforme e informatizado para o registro e controle das neoplasias e ao melhorar o acesso ao tratamento do câncer no SUS.

No entanto, há uma longa estrada a percorrer. Como citado anteriormente, a incidência do câncer vem aumentando e o tratamento de câncer no Brasil, no que se refere ao SUS, deixa lacunas nas opções à disposição dos cancerologistas, impossibilitados de utilizar tecnologias e drogas já incorporadas à prática médica, ou seja, cerca de 80% dos casos de câncer não são tratados como deveriam e por isso há um elevado número de óbitos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tratamento do câncer no Brasil e as ações desenvolvidas para o diagnóstico precoce devem ser reavaliados. É utópico pensar que as mudanças impostas pela nova lei no cenário dos hospitais vão ocorrer com tanta agilidade. Os exames ambulatoriais pelo SUS demoram e os exames sofisticados são precários, enfim, a lei não otimiza a realização do diagnóstico correto nem a detecção precoce que depende do tempo que o paciente leva para procurar o posto de saúde e ser encaminhado a um especialista.

O câncer não pode esperar, mas o tempo não é o principal fator determinante, e sim a qualidade do tratamento, se ele é correto, coerente. E a falta de acesso aos medicamentos necessários ao tratamento, que às vezes não são encontrados no SUS e precisam ser comprados, dificulta a realização do mesmo, porque em geral, os medicamentos oncológicos são muito caros, evidenciando a necessidade de reduzir as desigualdades em relação ao tratamento do câncer no país.

Por fim, o tratamento do câncer no SUS deve ser revisto, colocando como prioridade a incorporação de medicamentos e tecnologias para que pacientes oncológicos tenham acesso ao diagnóstico correto e procedimentos necessários para tratar e restabelecer a saúde em tempo hábil, através da melhoria no acesso e na cobertura do atendimento clínico e cirúrgico, de forma que todos os seus direitos sejam garantidos.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Câncer: Entra em vigor no dia 23 Lei que garante início do tratamento em até 60 dias. **Agência Brasil EBC**, Brasília, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. 2272 usuários terão 87 novos procedimentos cobertos por planos de saúde. **ANS**, Brasília, 2013. www.ans.gov.br. Acesso em 16 mai 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Entra em vigor Lei dos 60 dias para tratamento do câncer. **Portal Saúde**, Brasília, 2013. www.portalsaude.gov.br Acesso em 16 mai 2013 .

- BRASIL. Ministério da Saúde, **O acesso a medicamentos antineoplásicos no SUS**. Brasília, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Estimativas da incidência e mortalidade por câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: Inca, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer (INCA). **ABC do Câncer: abordagens básicas para o controle do câncer**. Rio de Janeiro: Inca, 2011.
- BRASIL. Portaria GM n. 3535, de 2 de setembro de 1998. Estabelece uma rede hierarquizada dos centros que prestam assistência oncológica e atualiza os critérios mínimos para o cadastramento de centros de alta complexidade em oncologia. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 3 set. 1998. Seção I, n. 169, p. 75-77.
- BRASIL. Portaria GM n. 3536, de 2 de setembro de 1998. Determina a implantação do sistema de autorização de procedimentos de alta complexidade na área de oncologia (APAC/ONCO). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 3 set. 1998. Seção I, n. 169, p. 77-83.
- BRASIL. Portaria SAS n. 113, de 31 de março de 1999. Cria a possibilidade de credenciamento de UI de radioterapia e quimioterapia. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 1 abr. 1999. Seção T, n. 62-E, p. 11-12.
- Brito, C., Portela, M. C., Vasconcellos, M. T. L. **Assistência oncológica pelo SUS a mulheres com câncer de mama no estado do Rio de Janeiro**. Revista de Saúde Pública. São Paulo, 2005.
- G1. Pacientes sofrem com disparidade entre regiões no tratamento de câncer. **Jornal Nacional**, Rio de Janeiro, 2013.
- G1. Lei que prevê tratamento de câncer vale a partir desta quinta. **Bem Estar**, Rio de Janeiro, 2013. www.g1.globo.com/bemestar. Acesso em 16 mai 2013.

AVALIAÇÃO DAS INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS DO PROGRAMA HIPERDIA COM PLANTAS MEDICINAIS NA POPULAÇÃO ASSISTIDA PELO PSF NO MUNICÍPIO DE TERESINA- PI

Ânderson Batista Rodrigues¹, Felipe Batista Rodrigues², Amanda Moita Carneiro³, Lívio Pereira de Macêdo⁴, André Luís Menezes Carvalho⁵, Maria das Graças Freire Medeiros de Carvalho⁵.

1. Discente do Curso de Medicina da Universidade Federal do Piauí (UFPI). Teresina- PI *Correspondência: Rua Motorista Emídio Magalhães, 2269. Bairro Primavera. CEP 64002640. Teresina, PI, Brasil. E-mail: andersonbatistar@gmail.com.
2. Discente do Curso de Medicina da Faculdade Santa Maria. Cajazeiras-PB
3. Discente do Curso de Medicina da Uninovafapi. Teresina- PI
4. Discente do Curso de Medicina da Faculdade Integral Diferencial (FACID). Teresina- PI
5. Docente do Curso de Farmácia da UFPI. Teresina- PI.

INTRODUÇÃO

O Brasil, através do Ministério da Saúde (MS), criou inúmeros programas para o controle das doenças de maior impacto na população. No caso do Diabetes Mellitus (DM) e da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), o MS publicou o Programa Nacional de Hipertensão e Diabetes Mellitus – Hiperdia. Este programa consiste em garantir o acesso ao tratamento a todos os portadores de hipertensão arterial e de *diabetes mellitus* de modo regular e sistemático, fornecendo medicamentos e monitorando as condições clínicas de cada usuário (1, 2).

A Organização Mundial de Saúde definiu que o uso racional de medicamentos requer que os pacientes recebam os medicamentos adequados às suas necessidades clínicas nas doses corretas por um período de tempo adequado e ao menor custo para eles, considerando que os medicamentos utilizados são eficazes e possuem qualidade e segurança aceitáveis (3).

A interação medicamentosa (IM) é o fenômeno que ocorre quando os efeitos de um fármaco são modificados pela administração concomitante com outro fármaco ou alimento, podendo estes efeitos ser aumentados, diminuídos ou mesmo anulados pelo outro fármaco. As interações medicamentosas podem ser classificadas como: físico-químicas, quando os fármacos interagem de modo puramente físico-químico; farmacocinéticas, quando um fármaco modifica o processo pelo qual o outro é absorvido, distribuído, biotransformado ou excretado; e farmacodinâmicas, quando os efeitos de um fármaco são alterados pela presença do outro no seu sítio de ação ou no mesmo sistema fisiológico, induzindo mudança na resposta do paciente ao outro fármaco (4, 5).

Concomitante as terapias medicamentosas, é comum a associação com chás, plantas medicinais e fitoterápicos. As plantas medicinais correspondem aos mais antigos métodos empregados pelo homem no tratamento de enfermidades de todos os tipos, ou seja, a utilização de plantas na prevenção e/ou na cura de doenças é um hábito que sempre existiu na história da humanidade (6). Vários fatores são acreditados para

contribuir para a tendência crescente de utilização de plantas medicinais: facilidade de acesso, o desejo de automedicação e as percepções que estes são mais seguros, mais suaves e menos caro do que as drogas convencionais, entre outros (7, 8).

Conforme o uso de suplementos à base de plantas continua a crescer no cenário atual, algumas preocupações tornaram-se aparentes em relação à segurança desses produtos. Eles produzem compostos bioativos, que podem atuar de forma dúbia. É importante esclarecer que plantas medicinais e/ou os medicamentos fitoterápicos são constituídos de misturas complexas de substâncias bioativas, denominados compostos secundários, que podem ser responsáveis por ações polivalentes (9). Como não possuem uma substância ativa isolada, existem muitas dúvidas quanto suas ações farmacológicas e biodisponibilidade. A maioria das pessoas que usam medicamentos à base de plantas não revela esta utilização ao seu médico ou farmacêutico, assim, aumentando o risco de efeitos colaterais das interações entre os componentes de ervas e farmacoterapia concorrente (10, 11).

Portanto, este trabalho tem como objetivo identificar as principais interações medicamentosas entre plantas medicinais e os fármacos utilizados no Programa Hiperdia no município de Teresina para promoção do uso racional desses medicamentos, proporcionando tratamentos mais efetivos e com o menor número possível de complicações causadas por interações medicamentosas, objetivando, por fim, maior segurança do paciente.

METODOLOGIA

Tipo de estudo: Tratou-se de estudo um estudo descritivo, observacional e de delineamento transversal.

Local e período de estudo: A pesquisa foi realizada em uma unidade básica de saúde do município de Teresina, Bela Vista – zona rural (PI), durante os meses de fevereiro a junho de 2014.

Aspectos éticos: O projeto do estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí (CAAE: 0093.0.0.045.000-11) e pela Fundação Municipal de Saúde de Teresina.

População e amostra: A pesquisa foi desenvolvida com todos os usuários que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: ser maior de 18 anos; portador de HAS e *diabetes mellitus* diagnosticada por um médico; possuir receita médica indicando uso de medicamentos anti-hipertensivos e hipoglicemiantes; ser cadastrado no programa HIPERDIA (Teresina - PI); além de consentir em participar do acompanhamento com assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Coleta de dados Para a realização deste estudo foi feito um levantamento de dados na unidade básica de saúde escolhida do município Teresina. As informações quanto ao uso de plantas medicinais, medicamentos usados, informações clínicas dos entrevistados e dados socioeconômicos foram colhidas diretamente com o paciente através da aplicação de questionário padronizado. As características socioeconômicas observadas foram as seguintes: idade, sexo, cor/raça, grau de escolaridade e renda familiar. Entre as características relacionadas à doença e ao tratamento, observaram-se: a doença apresentada, os fatores de risco (tabagismo, alcoolismo e sedentarismo), o tempo de doença, as informações sobre o medicamento prescrito e sobre uso de planta medicinal.

Organização e análise de dados. A avaliação das possíveis interações foi realizada segundo um levantamento bibliográfico em bancos de dados como science direct, pubmed, scielo. Foi feito um pareamento de todos os medicamentos documentados para, por fim, obter uma lista com as interações medicamentosas encontradas. Para fins desta pesquisa, foram investigadas as interações farmacocinéticas e as farmacodinâmicas. As plantas medicinais relatados foram associadas na pesquisa aos nomes científicos mais prevalentes relatados na literatura para, assim, avaliar a prevalência destes nos pacientes em questão, seu uso terapêutico popular, presença de interação medicamentosa e relevância clínica destas potenciais interações.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Dados sócio-demográficos dos pacientes

Compôs a amostra um total de 41 pacientes que atenderam aos critérios de inclusão desta pesquisa. Destes, conforme a Tabela 01, 33 (80,5%) pacientes são do sexo feminino e oito (19,5%) do sexo masculino. O intervalo de idade mais frequente foi de 55 a 64 anos (46,3%), seguido do intervalo de 65 ou mais anos (43,9%). A maior parte era constituída por pardos (58,5%), com escolaridade ao nível de fundamental incompleto (51,2%), aposentados (48,8%) e possuindo renda familiar mensal de 1 a 3 salários mínimos (78%).

Tabela 01. Distribuição dos usuários assistidos pelo Programa HIPERDIA segundo as variáveis socioeconômicas. Teresina-PI, 2014.

	N(%)
Idade (anos)	
45-54	4 (19,8%)
55-64	19 (46,3%)
65 e mais	18 (43,9%)
Sexo	
M	8(19,5%)
F	33 (80,5%)
Raça/cor	
Branco	12 (29,3%)
Preta	5 (12,2%)
Parda	24 (58,5%)
Escolaridade	
Não sabe ler/escrever	13 (31,7%)
Fundamental incompleto	21 (51,2%)
Fundamental completo	2 (4,9%)
Médio incompleto	2 (4,9%)
Médio completo	3 (7,3%)
Ocupação	
Autônomo	9 (22%)
Empregado	1 (2,4%)
Do lar	8 (19,5%)
Aposentado	20 (48,8%)
Desempregado	3 (7,3%)
Renda (salário(s) mínimo(s))	
< 1	9 (22%)
1 a 3	32 (78%)

Os resultados encontrados no presente estudo, em relação ao perfil socioeconômico, foram semelhantes aos dados oficiais informados pelo DATASUS, o qual apresenta o maior acesso das mulheres e idosos aos serviços públicos de saúde, 62,6% e 32,8%, respectivamente, em média nos últimos dez anos (12). De fato, os idosos são os maiores usuários dos serviços de saúde. Isso reflete a tendência mundial de aumento da população idosa. A expectativa para 2025 é que se alcance um aumento de 223% no número de idosos em relação ao ano de 1970, boa parte destes nos países em desenvolvimento (13).

Em vista disso, aos pacientes geriátricos deve ser dispensada atenção especial, por meio de uma farmacoterapia individualizada, lançando mão de estratégias para a redução do risco de problemas clínicos relacionados às interações medicamentosas (14, 15).

A população em estudo apresentou elevada taxa de analfabetismo e baixa renda mensal. O sistema de saúde constitui-se de serviços focalizados e seletivos para responder uma determinada queixa, tecnologicamente atrasados, dirigidos ao usuário de baixa renda que tem menor qualificação no setor formal da economia e à população excluída socialmente (16).

Dados clínicos dos pacientes

Em relação às características da doença, 26 (63,41%) pacientes eram apenas hipertensos, um (2,44%) apenas diabético e 15 (36,6%) possuem as duas morbidades. A prevalência dessas morbidades encontrada no presente estudo é semelhante à encontrada em outros estudos com pacientes do grupo HIPERDIA (17, 18).

Quanto aos fatores de risco e doenças concomitantes, 15 (36,6%) apresentaram antecedentes familiares cardiovasculares, três (7,3%) ingerem bebidas alcoólicas, quatro (9,8%) fumantes, 16 (39%) admitiram ser sedentários e sete (17%) pacientes tinham sobrepeso/obesidade. O tempo em que os usuários convivem com a doença é, em média, de 12 anos para HAS (três pacientes não recordavam) e sete anos para DM (três não recordavam). Alguns estudos mostram resultados similares a estes principalmente em relação ao sedentarismo (19). Os fatores relacionados aos hábitos de vida, como a obesidade e o sedentarismo, têm influência direta no estabelecimento e no controle da hipertensão e do diabetes, e têm sido considerados fatores de risco para a mortalidade prematura (18).

Em relação à presença de complicações devido às morbidades, quatro (9,8%) pacientes tiveram infarto agudo no miocárdio, seis (14,6%) tiveram acidente vascular cerebral e 31 (75,6%) não apresentavam complicações.

Interações Medicamentosas

Do total de entrevistados, 26 (63,4%) faziam uso de alguma planta medicinal. Entre as espécies mais citadas pelos entrevistados (Quadro 01), pode-se destacar: erva-cidreira (27,8%), folha de laranja (13%), capim-santo (11,1%), camomila (11,1%) e erva doce (9,3%). Conforme Quadro 01, as plantas medicinais encontradas na pesquisa foram pesquisadas e descritas quanto ao seu nome contífico, uso terapêutico, interações medicamentosas e relevância clínica destas potenciais interações.

Quadro 01: Relação das plantas medicinais usadas pelos entrevistados do programa HIPERDIA. Teresina, 2014.

Nome Popular	N(%)	Nome Científico	Uso terapêutico principal	IM	Relevância Clínica
Erva cidreira	15 (27,8%)	<i>Melissa officinalis</i> L.	Calmante	Hipnóticos sedativos	Potencia efeito sedativo
Folha de laranja	7 (13%)	<i>Citrus aurantium</i>	Dor de cabeça	-	-
Capim santo	6 (11,1%)	<i>Cymbopogon citratus</i>	Cólicas intestinais e uterinas e como um calmante	-	-
Camomila*	6 (11,1%)	<i>Matricaria recutita</i> L.	Antiespasmódico, insônia	Anticoagulantes, Sedativos	Risco de sangramento; potencializa ação depressora SNC
Erva Doce	5 (9,3%)	<i>Pimpinella anisum</i> L.	Antiespasmódico e distúrbios dispépticos	Hipnóticos sedativos	Potencializa efeito sedativo
Boldo*	4 (7,4%)	<i>Peumus boldo</i> Molina	Distúrbios gastrintestinais espásticos.	Anticoagulantes	Potencializa efeito antiplaquetário

Casca de laranja	3 (5,5%)	<i>Citrus aurantium</i> L.	Estimulante do apetite	-	-
Mororó	1 (1,85%)	<i>Bauhinia forficata</i>	Hipoglicemiante, diurético	-	-
Mastruz	1 (1,85%)	<i>Chenopodium ambrosioides</i> L.	Vermífugo, estomáquica, anti-reumática	-	-
Alho*	1 (1,85%)	<i>Allium sativum</i> L.	Coadjuvante no tratamento de hiperlipidemia e hipertensão arterial leve; auxiliar na prevenção da aterosclerose.	Hipoglicemiantes (insulina) e Captopril	Potencializa efeito hipoglicemiante e hipotensor
Cana de açúcar	1 (1,85%)	<i>Saccharum officinarum</i> L.	Distúrbios dos rins, fadiga, estômago	-	-
Quebra-pedra*	1 (1,85%)	<i>Phyllanthus niruri</i> L.	Pedra nos rins, cólica renal, infecções respiratórias.	Diuréticos	Potencializa efeitos dos diuréticos
Sumo de Algodão	1 (1,85%)	<i>Gossypium herbaceum</i>	Alivia queimaduras, inflamações, inchaço e disenterias.	-	-
Sucupira	1 (1,85%)	<i>Pterodon emarginatus</i> Vog el	Diabetes	-	-

Fonte: NICOLLETI *et al.*, 2010; IZZO, 2012.

Legenda: (-): Não foi encontrado registro na literatura consultada.

(*): Encontrado em associação com medicamentos dos pacientes entrevistados, representando risco de IM.

SNC: Sistema Nervoso Central.

As plantas medicinais seguem princípios farmacológicos modernos. Assim, as interações plantas-drogas são baseadas nos mesmos mecanismos de interações medicamentosas farmacocinéticas e farmacodinâmicas (10).

Conforme o Quadro 01, as interações entre os medicamentos convencionais, neste caso as classes listadas no estudo, e os componentes químicos presentes nas plantas medicinais podem ocorrer e afetar os processos de absorção, distribuição, metabolismo e excreção do fármaco, resultando em ampliação ou redução dos efeitos esperados, e os mecanismos pelos quais eles ocorrem são complexos e algumas vezes mais de um envolvido. Assim, as interações podem ser aditivos ou sinérgicos, em que os produtos a base de plantas podem potencializar a ação das drogas. Por outro lado, a erva pode ser diretamente antagônico à ação destas. (9, 20, 21).

A real incidência de tais interações é pouco relatada na literatura, assim como a probabilidade de que um paciente vai ter um efeito adverso ao tomar dois ou mais medicamentos (ou seja, plantas medicinais e medicamentos convencionais) com o potencial de interagir.

No presente estudo, foi verificado um caso de uso concomitante de camomila e ácido acetilsalicílico (AAS), antiagregante plaquetário. Conforme Quadro 01, o uso prolongado de plantas medicinais contendo compostos cumarínicos (camomila) pode interferir na determinação do tempo de sangramento, tempo de protrombina e tempo de tromboplastina parcial ativada, aumentando, portanto, o risco de sangramento quando em uso junto ao AAS (22). Também foi notificado um caso de uso concomitante de Boldo e AAS. A boldina causa inibição da agregação plaquetária decorrente da não formação do tromboxano A₂, tanto em modelos animais como em amostras de sangue humano.

Pacientes que estão sob a terapia de anticoagulantes não devem ingerir concomitantemente medicamentos contendo Boldo, pela ação aditiva à função antiplaquetária de anticoagulantes (23).

O uso em associação de Alho e o hipoglicemiante glibenclamida foi encontrado em um paciente entrevistado. Isso pode intensificar o efeito de drogas hipoglicemiantes (Quadro 01), causando uma diminuição excessiva dos níveis de açúcar no sangue (hipoglicemia) (23). Embora não houve nenhum achado, é importante mencionar que existe, Segundo Simões et al (24), uma possível interação entre o *Allium sativum* e medicamento anti-hipertensivo, que pode ser explicada pelo fato de que os compostos sulfurados do alho apresentam atividade *in vitro* vasodilatadora mediado pela liberação de óxido nítrico, potencializando o efeito hipotensivo do medicamento quando utilizado concomitantemente (24).

Os riscos de possíveis interações medicamentosas, devido ao uso concomitante entre plantas e medicamentos alopáticos, foram observados em um paciente entrevistado que utiliza a planta quebra-pedra (*Phyllanthus niruri* L.) e o diurético hidroclorotiazida (HCTZ). Esta interação pode ocasionar aumento da excreção de eletrólitos, resultando em arritmias provocadas por desequilíbrios eletrolíticos severos (24).

Segundo Junior (25), a interação pode ocorrer através de utilização das plantas medicinais em praticas de automedicação, muitas vezes substituindo o medicamento alopático. Nesses casos, dificilmente o médico é informado destes procedimentos. Além de poder trazer efeitos adversos e intoxicantes, podem alterar os resultados desejados dos medicamentos alopáticos. Este estudo ainda mostrou a falta de conhecimento dos profissionais da área de saúde sobre a cultura de utilização das plantas medicinais pela população.

A prevenção das interações medicamentosas inicia-se na prescrição do medicamento, permeia todo o processo de administração do mesmo (prescrição, aprazamento e administração do medicamento) e termina com a adesão do paciente ao tratamento. Portanto, o conhecimento prévio dos mecanismos farmacológicos envolvidos na interação medicamentosa pelos profissionais de saúde é um dos principais fatores de prevenção destes eventos (26).

Embora nem todas as interações medicamentosas possam ser prevenidas, a difusão do conhecimento para os vários profissionais de saúde, quanto aos principais fatores de risco e mecanismos de ação das interações medicamentosas, associados à divulgação das interações medicamentosas mais frequentes e relevantes na prática clínica, constitui um dos principais instrumentos de prevenção destas. Esse conhecimento permitirá aos profissionais de saúde optar por regimes terapêuticos e

horários de administração de medicamentos mais seguros conduzindo assim à assistência de qualidade e livre de danos para o paciente (5).

Muitas das interações detectadas poderiam ser evitadas caso houvesse uma análise cuidadosa das prescrições visando à detecção prévia das interações e a discussão de alternativas terapêuticas entre os profissionais da equipe assistencial. Dificilmente médicos, farmacêuticos e demais profissionais de saúde memorizarão todas as interações existentes, especialmente quando se considera a introdução de novos medicamentos. Em vista disso, além do estudo contínuo, sistemas informatizados têm se mostrado valiosas ferramentas, alertando os profissionais para o risco de combinações de fármacos potencialmente perigosos (27).

CONCLUSÃO

As interações medicamentosas entre os fármacos prescritos aos pacientes entrevistados do programa HIPERDIA com plantas medicinais não são mais apenas uma possibilidade teórica. A utilização de produtos a base de plantas tem aumentando significativamente, seja pela maior possibilidade de extração de princípios ativos, quanto pela maior demanda populacional, tendo-se, como consequência, o aumento da possibilidade de interações entre os medicamentos utilizados. Os principais usuários são adultos e idosos com doenças crônicas, na qual acreditam que esses medicamentos são isentos de efeitos adversos.

No presente trabalho, verificou-se exposição de pacientes aos riscos de potenciais IM entre camomila (*Matricaria recutita* L.) e anticoagulante (AAS), boldo (*Peumus boldo* Molina) e anticoagulante (AAS), quebra-pedra (*Phyllanthus niruri* L.) e o diurético hidroclorotiazida e alho (*Allium sativum* L.) e hipoglicemiante.

Medicamentos à base de plantas podem ser utilizados por pacientes recebendo concomitantemente drogas convencionais, o que pode resultar em efeitos adversos potencialmente graves. Cabe ao profissional de saúde estar bem informado sobre estas potenciais IM.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Medicamentos 2001 – Brasília: Ministério da Saúde. 2001.
2. Leopodino RWD, Da Silva JEG, Cunha CP, CARVALHO ALM. Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa HIPERDIA no município de Teresina-PI. Ciência e Saúde Coletiva. 2012.
3. World Health Organization (WHO). Report of the conference of experts. 1985, Nairobi. The rational use of drugs. Geneva: World Health Organization, 1987.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Formulário Terapêutico Nacional 2010: Rename 2010. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. p. 45-50.
5. Lima REF, Cassiani SHB. Interações medicamentosas potenciais em pacientes de unidade de terapia intensiva de um hospital universitário. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2009.

6. Oliveira CJ, Araújo TL. Plantas medicinais: usos e crenças de idosos de hipertensão arterial. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 2007.
7. Abebe W. Herbal medication: potential for adverse interactions with analgesic drugs. *J Clin Ther*. 2002; 27:91-401.
8. Bauer BA. Herbal therapy: what a clinician needs to know to counsel patients effectively. *Mayo Clinic Proceedings*. 2000; 75, 835–841.
9. Alexandre RF et al. Interações entre fármacos e medicamentos fitoterápicos à base de ginkgo ou ginseng. *Revista Brasileira de Farmacognosia*. 2008.
10. Izzo AA, Borrelli F, Capasso R. Herbal medicine: the risk of drug interaction. *Trends Pharmacol Sci*. 2002;23:358–9.
11. Eisenberg DM et al. Trend in alternative medicine in the United States, 1990–1997. *J. Am. Med. Assoc*. 1998; 280, 1569–1575.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Datasus. Número de usuários cadastrados no Programa Hiperdia por sexo e faixa etária de Teresina-PI .Sishiperdia. 2014. [acessado 2014 ago05]. Disponível em: <http://www.hiperdia.datasus.gov.br>.
13. World Health Organization (WHO). Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília (DF): Organização Pan-americana da Saúde. 2005.
14. Pereira SRM. Farmacoterapia geriátrica. In: Silva P. *Farmacologia*. 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 1220-5.
15. Locatelli J. Interações medicamentosas em idosos hospitalizados. Einstein. 2007.
16. Assis MMA, Villa TCS, Nascimento MAA. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. *Cien Saude Colet*. 2003; 8(3):815-823.
17. Moreira EA. Caracterização dos pacientes acompanhados pelo programa HIPERDIA em uma unidade básica de saúde da família em Fortaleza. *Nursing*. 2009; 11(130):137-42.
18. Lima LM, Schwartz E, Muniz RM, Zillmer JGV, Ludtke I. Perfil dos usuários do HIPERDIA de três unidades básicas de saúde do sul do Brasil. *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre (RS). 2011 ;32(2):323-9.
19. Boing AC, Boing AF. Hipertensão arterial sistêmica: o que nos dizem os sistemas brasileiros de cadastramento e informações em saúde. *Rev Bras Hipertens*. 2007;14(2):84-8.
20. Izzo AA. Herb-drug interactions: an overview of the clinical evidence. *Fundamental & Clinical Pharmacology*. 2005; 19(1): 1-16.
21. Yue Q-Y, Bergquist C, Gerden B. Safety of St John's wort (*Hypericum perforatum*). *Lancet*. 2000; 355:576–7.
22. Passos AM, Alexandre RF, Sander R, Jacques A, Carloto MS, Simões CMO et al. Potenciais interferências nos resultados de exames laboratoriais causadas pelo uso de plantas medicinais por pacientes HIV+ e/ou com AIDS. *Lat Am J Pharm*. 2009; 8(1): 196-202.
23. Nicoletti MA, Carvalho KC, Oliveira Jr MA, Bertasso CC, Caporossi PY, Tavares APL. Uso popular de medicamentos contendo drogas de origem vegetal e/ou plantas medicinais: principais interações decorrentes. *Revista Saúde*. 2010.
24. Simões CMO, Alexandre RF, Bagatini F. Potenciais interações entre fármacos e produtos à base de valeriana ou alho. *Rev Bras Farm*. 2008; 18 (3): 455-6.
25. Junior VFV. Estudo do consumo de plantas medicinais na Região Centro-Norte do Estado do Rio de Janeiro: aceitação pelos profissionais de saúde e modo de uso pela população. *Rev bras Farmacognosia*. 2008.
26. Lima REF. Interações medicamentosas potenciais em pacientes de Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital Universitário do Ceará. [Dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto; 2007.
27. Moura CS, Ribeiro AQ, Magalhães SMS. Avaliação de interações medicamentosas potenciais em prescrições médicas do hospital das clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (Brasil). *Latin American Journal of Pharmacy*. 2007.

PERFIL LIPÍDICO DE PACIENTES DIABÉTICOS ACOMPANHADOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE FLORIANO – PI

Andréa Pereira da Silva¹, Kívia Maria Resende Nunes Coêlho², Bráulio Vieira de Sousa Borges³,
Roberto Wagner Júnior Freire de Freitas⁴

1. Mestranda em Enfermagem (UFPI). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF). *Correspondência: Rua Andrade Sobrinho, nº318, Sambaíba Nova. CEP 64800-000. E-mail: andrea.cafs@yahoo.com.br

2. Graduada em Enfermagem pela UFPI.

3. Graduado em Enfermagem pela UFPI. Especialista em Saúde Pública.

4. Doutor em Enfermagem. Pesquisador da Fundação Oswaldo Cruz (FioCruz).

INTRODUÇÃO

Os lipídios são um grupo heterogêneo de compostos relacionados direta ou indiretamente com ácidos graxos. Do ponto de vista fisiológico e clínico, os fosfolípidos, o colesterol, os triglicerídeos (TG) e os ácidos graxos constituem os lipídios mais importantes para o ser humano⁽¹⁾.

As classes de lipoproteínas podem ser separadas em dois grupos: 1) as ricas em TG, maiores e menos densas, representadas pelos quilomícrons, de origem intestinal, e pelas lipoproteínas de densidade muito baixa ou *Very Low Density Lipoprotein* (VLDL), de origem hepática; e 2) as ricas em colesterol, incluindo as de densidade baixa ou *Low Density Lipoprotein* (LDL) e as de densidade alta ou *High Density Lipoprotein* (HDL)⁽²⁾.

As alterações no metabolismo das gorduras repercutem sobre os níveis das lipoproteínas ricas em TG (VLDL) e as ricas em colesterol (LDL e HDL), ocorrendo o que se denomina dislipidemia⁽³⁾.

No que se refere à questão das dislipidemias no contexto das doenças crônicas, ressalta-se que essas são consideradas como um importante fator de risco para o Diabetes Mellitus (DM), principalmente quando estão associadas com a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o excesso de peso. A dislipidemia no Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) pode ser caracterizada por aumento de VLDL, redução do tamanho da partícula de LDL-C e dos níveis séricos de HDL-C. Além disso, há transferência da resistência insulínica durante o metabolismo de HDL-C⁽⁴⁾.

Nessa perspectiva, entende-se que a importância da temática está centrada no fato das dislipidemias serem apontadas como fator de risco para o acidente vascular cerebral e para a doença isquêmica do coração. Tais enfermidades, denominadas como cardiovasculares, são a principal causa de morte em nosso país, respondendo por cerca de no mínimo 30% dos óbitos para todas as faixas etárias⁽⁵⁾.

Dessa forma, o objetivo do presente estudo é analisar o perfil lipídico de pacientes diabéticos acompanhados na Estratégia Saúde da Família de Floriano – PI.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, com abordagem quantitativa, realizado nas Unidades Básicas de Saúde de Floriano-PI. A amostra, composta por estratificação, envolveu 146 pacientes diabéticos, de ambos os sexos, maiores de 18 anos, cadastrados e acompanhados nas Unidades de Saúde da Família do município.

A coleta de dados ocorreu nos meses de abril a dezembro de 2014, por meio de um formulário padronizado com variáveis sociodemográficas e clínicas. Foram mensurados o peso e a altura, calculado o Índice de Massa Corporal (IMC), medido a circunferência da cintura e aferido a pressão arterial. Além disso, os participantes foram indagados quanto à prática de atividade física, tabagismo, etilismo e avaliados quanto aos níveis de colesterol total (CT), TG, HDL-C, LDL-C.

Os dados foram analisados pelo software estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.0. Foram realizados os testes de associações entre o perfil lipídico e as distintas variáveis do estudo. Na oportunidade, foram utilizados o qui-quadrado e o Teste t de *Student* para variâncias iguais e desiguais. Para todas as análises estatísticas inferenciais foram consideradas como estatisticamente significantes aquelas com $p < 0,05$.

O projeto foi apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Piauí, sendo aprovado através do parecer nº485.420. Os que concordaram em participar assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido, no qual constavam as informações detalhadas sobre o estudo, a liberdade para desistir do mesmo a qualquer momento, a garantia do anonimato e, ainda, que o estudo traria riscos mínimos para os participantes, conforme preconizado pela resolução Resolução nº466/2012.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Participaram do presente estudo 146 pacientes diabéticos, dos quais, 106 (72,6%) eram do sexo feminino. A faixa etária variou entre 19 e 96 anos, com média de 62,8 anos (DP $\pm 12,3$).

Os achados supracitados corroboram com a literatura que aponta predominância do sexo feminino⁽⁶⁻⁸⁾ e que as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) têm sua prevalência aumentada em indivíduos com idade superior aos cinquenta anos, podendo-se considerar ainda o envelhecimento populacional brasileira⁽⁹⁾.

No que se refere à associação entre a variável CT e as variáveis sociodemográficas e clínicas. As concentrações séricas estiveram mais elevadas no sexo feminino (49,4%), nos que possuíam escolaridade superior incompleto (100,0%) e superior completo (100,0%), entre os que pertencem à classe econômica D-E (42,4%),

os indivíduos de baixo peso (50,0%), com circunferência da cintura elevada (43,2%), naqueles com pressão arterial normal (41,7%), nos não fumantes (41,6%), entre os que não bebem (42,5%) e os fisicamente ativos (42,5%). No cruzamento realizado com a variável sexo foi encontrada associação estatisticamente significativa ($p = 0,010$).

De modo semelhante, as variáveis sociodemográficas e clínicas foram associadas com os valores séricos de TG. Observaram-se concentrações séricas elevadas no sexo feminino (61,2%), nos que possuíam ensino superior completo (100,0%), entre os pertencentes à classe econômica C (54,7%), nos indivíduos de baixo peso (66,7%), com circunferência da cintura elevada (55,4%), com pressão arterial normal (55,3%), entre os tabagistas (68,8%), os que não bebem (53,8%) e entre os sedentários (53,8%). Os valores alterados de TG foram estatisticamente significativos somente na associação com a variável sexo feminino ($p = 0,004$).

Estudo de avaliação do perfil lipídico de pacientes, realizado no Laboratório Clínico da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, demonstrou que as mulheres também apresentaram níveis mais elevados de CT, TG e LDL-C. Enquanto os indivíduos do sexo masculino apresentaram maiores níveis indesejáveis para HDL-C⁽¹⁰⁾.

Quanto ao componente HDL-C e sua associação com as variáveis sociodemográficas e clínicas, percebeu-se a diminuição da concentração sérica nos indivíduos de sexo feminino (80,0%), os que possuíam ensino médio incompleto (100,0%), superior incompleto (100,0%) e superior completo (100,0%), os pertencentes à classe econômica B (100,0%), os de baixo peso (100,0%), com circunferência da cintura elevada (81,1%), entre os indivíduos com pressão arterial normal (78,8%), os não fumantes (78,4%), os que não bebem (80,2%) e os fisicamente ativos (82,5%). Em todos os cruzamentos desta associação não foram encontrados valores estatisticamente significativos.

Diferentemente dos resultados encontrados em outra pesquisa que investigou a hipótese de que a desigualdade socioeconômica e educacional são determinantes para a mortalidade por DCNT, identificaram que em indivíduos com idade superior a 30 anos, há maiores chances da ocorrência de dislipidemias em indivíduos com baixa escolaridade e baixo nível socioeconômico⁽¹¹⁾.

Por último, a associação do nível sérico de LDL-C com as variáveis sociodemográficas e clínicas, demonstrou valores elevados no sexo feminino (35,3%), entre os que possuíam ensino superior incompleto (100,0%), os pertencentes à classe econômica D-E (33,9%), os eutróficos (35,7%), entre os indivíduos com circunferência da cintura elevada (32,4%), os com pressão arterial normal (32,9%), os tabagistas (31,3%), os que não bebem (32,1%), e os sedentários (34,6%). Em nenhuma das associações anteriormente expressas, foram encontrados valores estatisticamente significativos.

No que diz respeito ao estado nutricional, estes achados não coincidem com investigações realizadas em pacientes adultos, nos quais se encontrou a prevalência de concentrações séricas em indivíduos com IMC classificado em sobrepeso e obesidade⁽¹²⁻¹³⁾.

CONCLUSÕES

As dislipidemias destacaram-se com prevalência neste estudo, entre o público feminino e com excesso de peso, o que caracterizou um perfil lipídico desfavorável. Diante disso, os profissionais de saúde, e principalmente a Enfermagem, com seu papel de gerência, pesquisa e ensino será capaz de traçar um plano de cuidados integral e humanizado, voltado ao contexto em que os indivíduos com DM2 estão inseridos.

Em síntese, os resultados confirmam não só a importância de uma maior assistência por parte dos profissionais de saúde, mas também por parte das esferas governamentais, perante os índices séricos elevados na população diabética.

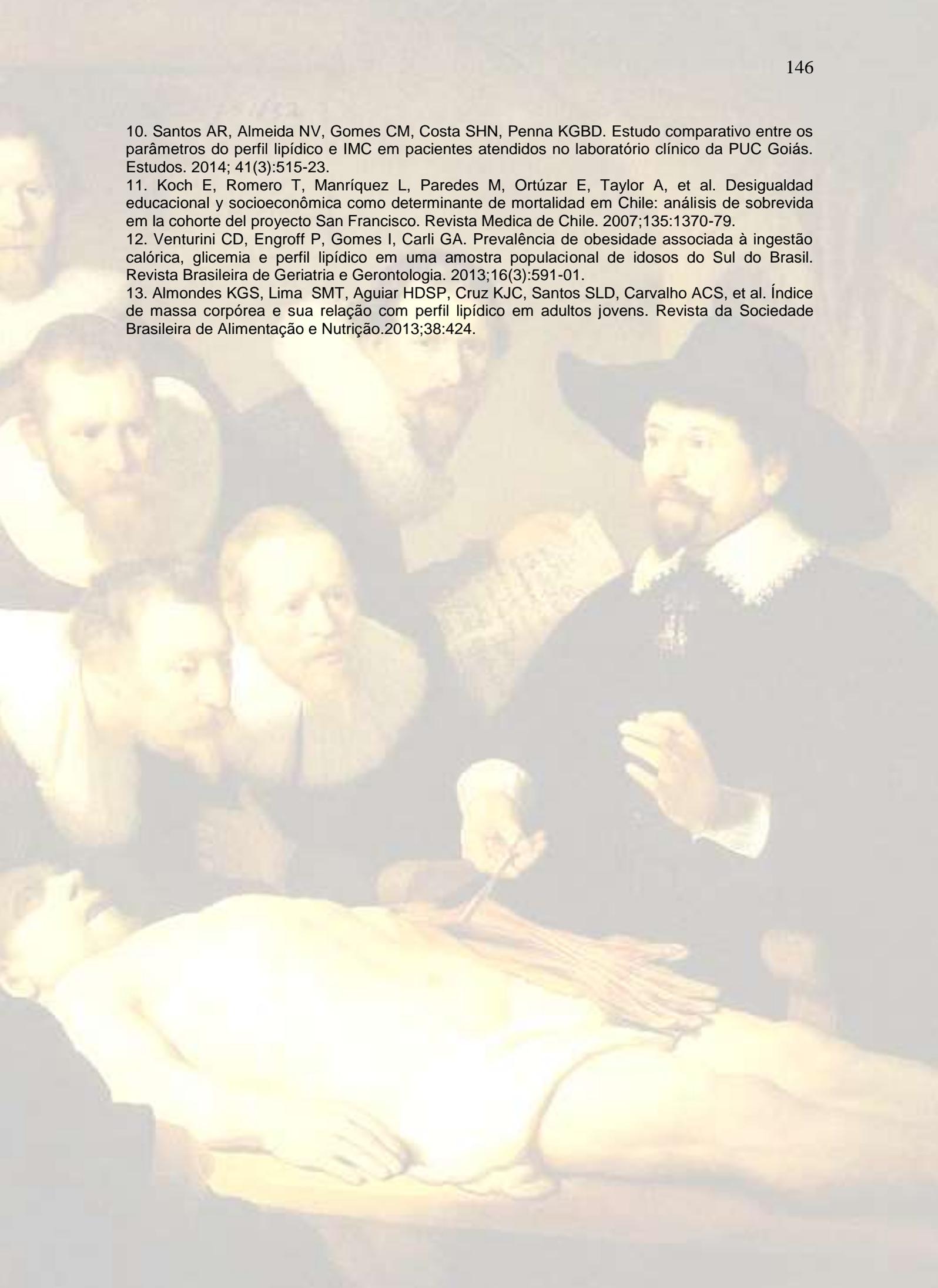
AGRADECIMENTOS

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Piauí, através do Programa de Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde (PPSUS) – Edição 2012, pelo apoio financeiro concedido.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sociedade Brasileira de Cardiologia Segundo Consenso Brasileiro sobre Dislipidemias. Detecção, avaliação e tratamento. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. 1996; 67(supl.63):113-28.
2. Xavier HT, Izar MC, Faria Neto JR, Assad MH, Rocha VZ, Sposito AC, et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. V Diretriz Brasileira sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. 2013; 101(4).
3. Fagherazzi S, Dias RL, Bortolon F. Impacto do Exercício Físico Isolado e Combinado com Dieta Sobre os Níveis Séricos de HDL, LDL, Colesterol Total e Triglicérides. Revista Brasileira de Medicina do Esporte. 2008;14(4):381-86.
4. Hermsdorff HMM, Pelúzio MCG, Franceschini SCC, Priore SE. Evolução histórica dos valores de referência para perfil lipídico: o que mudou e por quê. Revista Brasileira de Nutrição Clínica. 2004;18(2):86-93.
5. Filho RDS, Martinez TLR. Fatores de Risco para Doença Cardiovascular: Velhos e Novos Fatores de Risco, Velho Problemas. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia. 2002; 46(3):212-14.
6. Silva AP. Adesão do paciente ao tratamento com antidiabéticos orais através dos testes de Morisky-Green-Levine e Batalla. [Monografia] Florianópolis: Universidade Federal do Piauí; 2014.
7. Vanzetto FTC, Rempel C, Bosco SMD, Strohschoen AAG, Hoerlle JL, Pozzobon A, et al. Perfil antropométrico de pacientes com diabetes tipo 2 em uso de *Bauhinia forticata*. ConScientiae Saúde. 2011;10(4):621-26.
8. Santos-Filha EO, Melo IRC, Oliveira LMSM, Souza MFC. Prevalência do excesso de peso, hipertensão e dislipidemia em pacientes diabéticos. Revista da Sociedade Brasileira de Alimentação e Nutrição. 2013;38:143.
9. Henrique NN, Costa OS, Vileti JL, Corrêa MCM, Carvalho EC. Hipertensão arterial e diabetes *mellitus*: um estudo sobre os programas de atenção básica. Revista de Enfermagem da UERJ. 2008;16(2):168-73.

10. Santos AR, Almeida NV, Gomes CM, Costa SHN, Penna KGBD. Estudo comparativo entre os parâmetros do perfil lipídico e IMC em pacientes atendidos no laboratório clínico da PUC Goiás. *Estudos*. 2014; 41(3):515-23.
11. Koch E, Romero T, Manríquez L, Paredes M, Ortúzar E, Taylor A, et al. Desigualdad educacional y socioeconómica como determinante de mortalidad em Chile: análisis de sobrevivencia em la cohorte del proyecto San Francisco. *Revista Medica de Chile*. 2007;135:1370-79.
12. Venturini CD, Engroff P, Gomes I, Carli GA. Prevalência de obesidade associada à ingestão calórica, glicemia e perfil lipídico em uma amostra populacional de idosos do Sul do Brasil. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 2013;16(3):591-01.
13. Almondes KGS, Lima SMT, Aguiar HDSP, Cruz KJC, Santos SLD, Carvalho ACS, et al. Índice de massa corpórea e sua relação com perfil lipídico em adultos jovens. *Revista da Sociedade Brasileira de Alimentação e Nutrição*. 2013;38:424.



RISCOS OCUPACIONAIS DO CIRURGIÃO-DENTISTA NO SEU AMBIENTE DE TRABALHO

Mariângela Knitter Barros^{1}, Lis Cardoso Marinho Medeiros².*

1. Cirurgiã-dentista e especialista em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP) / Fundação Oswaldo Cruz (Fiorcruz). Especialista em Gestão em Saúde – Universidade Estadual do Piauí (UESPI). *Correspondência: R. 12, C. 8, Q. G, Setor Oeste, Bairro Nova Corrente. Corrente – PI, Brasil. CEP 64.980-000. E-mail knitterbarros@hotmail.com.
2. Cirurgiã-dentista e professora titular. Universidade Federal do Piauí UFPI). Coordenadora do Núcleo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Educação Permanente para o SUS.

INTRODUÇÃO

Em que pese ser condição fundamental para a vida e a base para o desenvolvimento social, o trabalho sempre representou um risco para a saúde. Ao longo da História constata-se a diminuição da capacidade produtiva causada por acidente ou por aparecimento de doença ligada à atividade realizada.

De acordo com (1), o reconhecimento das condições de risco no trabalho envolve um conjunto de procedimentos que visam a definir se existe ou não um problema para a saúde do trabalhador e, no caso afirmativo, a estabelecer sua provável magnitude, a identificar os agentes potenciais de risco e as possibilidades de exposição. Reconhecer o risco significa identificar, no ambiente de trabalho, fatores ou situações com potencial de dano. Avaliar o risco significa estimar a probabilidade e a gravidade de que o dano ocorra.

Embora a relação entre trabalho e o homem seja tão antiga e as doenças tenham surgido junto com as primeiras espécies do gênero *homo*, o interesse pelos danos que a atividade laboral possa causar aos trabalhadores é bastante recente (2).

Os trabalhadores dos estabelecimentos de assistência à saúde, muitas vezes enfrentam situações laborais inapropriadas, não as considerando, entretanto, como perigosas, mesmo que as evidências científicas mostrem a presença de vários agentes de riscos ocupacionais nos ambientes de trabalho.

Dessa forma, o trabalho objetiva-se a estudar os riscos ocupacionais dos cirurgiões-dentistas durante seu trabalho mediante um estudo bibliográfico, buscando contribuir nos aspectos relativos à manutenção da saúde desses profissionais no exercício de suas atividades laborais, fortalecendo assim o campo da saúde do trabalhador.

1. RISCOS OCUPACIONAIS EM ODONTOLOGIA

A portaria 3.214/78 do Ministério do Trabalho e Emprego determina a classificação dos riscos ocupacionais definidos em suas normas regulamentadoras de Medicina e Segurança do Trabalho. Podem-se citar: a) Riscos Físicos – representados pelos ruídos, vibrações, pressões, radiações, etc.; b) Riscos Químicos – representados por substâncias, compostos ou produtos que possam penetrar no organismo por via

respiratória, contato direto com a pele ou por ingestão, como poeiras, fumos, gases, vapores, etc.; c) Riscos Biológicos – representados por bactérias, fungos, parasitas, vírus, entre outros; d) Riscos Ergonômicos – representados pelos elementos físicos e organizacionais que interferem no conforto da atividade laboral, e, conseqüentemente, nas características psicofisiológicas do trabalhador; e) Riscos de acidentes – representados pelas condições com potencial de causar danos aos trabalhadores nas mais diversas formas, levando-se em consideração o não cumprimento das normas técnicas previstas (3).

O cirurgião-dentista, sendo um profissional que usa e depende cada vez mais da técnica e devido à complexidade dos procedimentos operatórios, está exposto a vários riscos e apresenta uma possibilidade considerável de contrair doenças profissionais ou do trabalho (5,6).

A Odontologia, como as demais profissões, apresenta riscos operacionais que podem levar às doenças, à invalidez e, até mesmo à morte. Os fatores ocupacionais são aqueles relacionados ao uso do corpo do trabalhador. O trabalho odontológico requer dos seus executores ações que exigem coordenação motora, raciocínio, discernimento, paciência, segurança, habilidade, delicadeza, firmeza, objetividade. Ações essas que exigem muito do profissional (7).

O autor ressalta ainda que, à medida que o trabalhador torna-se mais dependente da técnica, o número de acidentes e doenças profissionais aumentou de maneira impressionante e sendo o cirurgião-dentista um trabalhador que usa e depende cada vez mais da técnica, está também exposto a um risco muito grande de contrair doenças do trabalho; esta classe apresenta uma alta prevalência de dor e desconforto no pescoço, ombros e nas costas quando comparados com outros grupos ocupacionais.

1.1. RISCOS FÍSICOS

1.1.1. RADIAÇÕES

Define radiação como qualquer tipo de transmissão de energia que se difunde de uma fonte ocasionando vários efeitos que dependem do tipo de radiação e tempo de exposição e comentou que os efeitos biológicos ocasionados pela exposição às radiações dependem da natureza, da severidade, do tempo e da taxa em que é absorvida (8).

Comentaram que a observação de normas de segurança pode reduzir em até vinte vezes a quantidade de Raios X, tanto no paciente como o risco a que o cirurgião-dentista encontra-se exposto (9).

Apontam que a utilização da radiologia como complemento diagnóstico tem sido cada vez maior em odontologia, como também nas demais áreas da saúde e que estas

exposições radiológicas têm sido consideradas como a fonte artificial de radiação ionizante de maior destaque entre a população. Ressaltaram que as injúrias provocadas pelos raios X não são percebidas de imediato, por acontecerem no interior das células e afirmaram que as células embrionárias apresentam mais sensibilidade que as adultas por estarem em processo mitótico. Diante do exposto, os autores realizaram uma revisão de literatura com o objetivo de elaborar uma padronização das normas que empreguem uma quantidade menor de radiação possível; para que se obtenha este propósito devem ser recomendadas as seguintes normas: o localizador deve ter no mínimo vinte cm de comprimento; o processamento radiográfico deve ser seguido rigorosamente de acordo com as especificações do fabricante quanto ao preparo, a concentração e uso da solução e a tomada radiográfica deve ser realizada de tal forma que possa reduzir a dose nos pacientes, na equipe e no público. Os autores recomendaram como medidas de proteção médica e odontológica no ambiente de trabalho que o equipamento, processamento radiográfico, controle de qualidade de processamento de trabalho e o tempo de exposição estejam adequados às normas recomendadas pela portaria 453, de junho de 1998, da Vigilância Sanitária (9).

Os autores acima citados estabeleceram como meio de proteção do profissional, além das medidas utilizadas no paciente, o emprego de barreira protetora de 2 mm de chumbo, e que na falta desta, que o mesmo permaneça a 1,80m da cabeça do paciente em ângulo de 90° a 135° com o feixe primário da radiação. Por último destacaram que é contra-indicada a utilização indiscriminada de radiografias, mas deixaram claro que o emprego com equipamento calibrado, técnicas adequadas, filmes mais sensíveis e o uso criterioso, determinam um risco de efeitos danosos quase inexistente aos pacientes e operadores.

O emprego de equipamentos de proteção radiológica tais como protetor gonadal e aventais de tecido plumbífero para os pacientes, dentre outros procedimentos, contribui para manter a dose total de irradiação tão baixa quanto seja possível, irradiando somente pequenos volumes de tecido (13).

1.1.2. RUÍDOS

No Brasil, através da NR-17, portaria nº 3.214/78, anexos 1 e 2, estabeleceu-se os limites de tolerância para a exposição a ruído contínuo, ou intermitente e para ruído de impacto, como em geral, é tolerada exposição de no máximo, oito horas diárias a ruído, contínuo ou intermitente, com média ponderada no tempo de 85 dB, ou uma dose equivalente e que no caso de níveis elevados de pressão sonora de impacto, o limite é de 130 dB ou 120dB. Continuou estabelecendo através da NR-15, em seu anexo nº1, a fixação dos limites de tolerância a exposição a ruído contínuo ou intermitente (3).

O ruído intenso é sem dúvida o agente causal com maior frequência para o estabelecimento de perda auditiva e acrescentou que a expressão “perda auditiva induzida por ruído” deve ser substituída por “diacusia ocupacional”, pela combinação dos agentes concausais. O autor afirmou que de acordo com legislação vigente no Brasil o limite de tolerância estabelecido preventivamente ao surgimento da doença é de 85dB e apresentaram como características principais da PAIR a irreversibilidade, a progressão gradual de acordo com o tempo de exposição ao risco, sendo que uma vez cessada a exposição não haverá progressão da redução auditiva. Destacou como sendo de crucial importância para evitar o aparecimento da doença a inclusão de um programa de prevenção da perda auditiva (10).

1.1.3. ILUMINAÇÃO

De acordo com (11), um raio de luz muito intenso incidindo sobre a retina pode causar uma superexcitação dos nervos que a constituem, produzindo uma cegueira momentânea chamada de ofuscamento; esse fenômeno pode ser evitado pelo técnico no projeto de iluminação no consultório odontológico. Por outro lado, a iluminação deficiente provoca, entre outras coisas, a diminuição progressiva da eficiência visual, má postura, acidentes e baixa produtividade.

Estes autores destacam a necessidade do correto planejamento da iluminação para contribuir com o aumento da satisfação no trabalho, melhorar a produtividade, reduzir a fadiga e os acidentes. Apontam ainda os seguintes cuidados preventivos: o campo operatório deverá estar a uma distância de 33 a 37 cm dos olhos do operador; utilizar posições corretas de trabalho, que dão melhor visibilidade; a posição do dentista sentado/paciente deitado, favorece a iluminação do campo operatório; a distância do refletor ao campo operatório deve ser de mais ou menos 80cm, de preferência com inclinação do feixe luminoso atrás da cabeça do operador, de forma a evitar o ofuscamento provocado pela reflexão em espelhos; a iluminação do ambiente deve ser compatível com a iluminação na cavidade bucal, permitindo gradual acomodação dos olhos; em momentos de descanso, fechar os olhos por um momento sem perder a posição, para não necessitar novo posicionamento; usar óculos de proteção e cores neutras, com tonalidades suaves em paredes, pisos e armários.

1.2. RISCOS QUÍMICOS

1.2.1. MERCÚRIO

De acordo com a Norma Regulamentadora nº 15 (NR 15), do Ministério do Trabalho, é atribuído ao mercúrio o grau de insalubridade máximo (BRASIL, 1999).

Os profissionais de saúde bucal são expostos aos vapores de mercúrio que, mesmo em concentrações baixas, provocam alterações de sistemas biológicos do corpo humano, estabelecendo desde quadros denominados micromercurialismo até, em exposições acentuadas, hidrargismo. Estes autores destacam as conseqüências do mercúrio em diversos órgãos, incluindo alterações cerebrais, de memória, astenia, depressão acentuada e distúrbios na coordenação motora (11).

Os mesmos autores enfatizaram que a evaporação desta substância em resíduos de amálgama e na água pode contaminar o meio ambiente, reforçando a tese de que o cirurgião-dentista não deve descartar os resíduos direto na rede de esgoto, pois estará prejudicando todo o ecossistema; por medida de segurança todos os resíduos de amálgama deveriam ser enviados a centros de reciclagem para que o mercúrio e seus demais componentes sejam reciclados e reaproveitados, evitando contaminação da equipe odontológica e do meio ambiente.

Ressalta que o hidrargismo ou mercurialismo metálico crônico ocupacional é decorrente da exposição intensa ou prolongada a vapores de mercúrio no processo de trabalho e pode se manifestar de forma aguda ou crônica. Denominou as manifestações tóxicas por mercúrio de Síndrome do Eretismo e descreveu como sintomatologia a irritabilidade, labilidade do humor, ansiedade, timidez, cefaléia, insônia, perda da memória, dores musculares, falta de interesse pela vida, baixa auto-estima, além de delírio, alucinações, cansaço, desânimo e perda de peso; e sinais tais como sangramento gengival, amolecimento de dentes, hipertensão arterial, alterações renais e alérgicas, tremores acentuados e, particularmente no cirurgião-dentista pode ocorrer polineurite sensitivomotora (12).

Destaca que a contaminação pode ocorrer por inalação, ingestão e por contato cutâneo, podendo acarretar vários efeitos sistêmicos (neurológicos, cardíacos, imunológicos, adenopatias, anorexia, perda de peso e dores articulares). Acrescentou que o uso do mercúrio deve seguir cuidados importantes como: usar a menor relação de mercúrio na liga, amalgamadores sem vazamento, as cápsulas de amálgama utilizadas devem ser estocadas e encaminhadas para um laboratório de recuperação de resíduos químicos e, que durante a remoção de restaurações antigas, deve ser utilizado isolamento absoluto, brocas novas, máscaras, sucção potente e água (6).

Enfatiza a importância do uso de amalgamador de cápsulas e do acondicionamento dos resíduos de amálgama em recipiente inquebrável, de paredes rígidas, contendo água suficiente para cobri-los, e encaminhá-los para coleta especial de resíduos contaminados (13).

De acordo com (14), o mercúrio ingerido pelo cirurgião-dentista fica alojado nos sistemas nervoso e renal, causando patologias irreparáveis; como conseqüência da

contaminação, os profissionais podem desenvolver o mal de Parkinson, chegando a ter dificuldade de se alimentar e locomover, e nos casos mais avançados da doença chegar à deficiência renal aguda por deterioração do sistema renal.

A autora observa que no Brasil o problema do mercurialismo ocupacional é sério, uma vez que o diagnóstico raramente é feito e não existe um sistema adequado de controle e de monitoração dos vapores do mercúrio nos locais de trabalho; a intoxicação pelos vapores do mercúrio leva a uma acentuada diminuição da qualidade de vida e da atividade social e econômica de trabalhadores expostos ao mercúrio. Toda manifestação decorrente da contaminação mercurial pode manifestar-se por tempo indeterminado, interferindo durante toda a vida do indivíduo; na odontologia, o risco pode ser alto em consultórios que não adotam medidas de higiene e controle.

A mesma conclui que o amálgama ainda é o material restaurador mais usado em saúde pública devido ao seu baixo custo e à durabilidade das restaurações; os órgãos públicos, portanto, precisam desenvolver uma adequada fiscalização das empresas para que nas diversas fases do mercúrio (estoque, manuseio e descarte) sejam observados todos os cuidados necessários e que medidas preventivas à contaminação sejam bem instituídas. A contaminação do profissional, uma vez diagnosticada, deve ser considerada como uma doença ocupacional e, portanto, deve ter seu respaldo legal assegurado.

1.3. RISCOS BIOLÓGICOS

Os profissionais envolvidos no atendimento odontológico estão sujeitos à contaminação por agentes etiológicos de moléstias infecto-contagiosas, tais como os vírus, bactérias e fungos, destacando como exemplos a hepatite, a tuberculose, o herpes e a AIDS. Tais autores, sabendo que ocorre dispersão dos respingos e aerossóis contendo microrganismos patogênicos durante o atendimento realizaram um estudo para verificar o alcance dos respingos advindos da utilização da seringa triplice e turbina de alta rotação em cinco consultórios de uma clínica de atendimento coletivo. Utilizaram como metodologia a adição de anilina nas cores rosa, azul, amarela, verde e marrom para cada equipamento e recobriram todo o ambiente assim como o profissional e o paciente com papel crepom branco (15).

Os mesmos autores constataram que ocorreu uma grande concentração de respingos sobre as cadeiras, piso, cadeiras vizinhas e bandejas clínicas das unidades vizinhas, calculando que a distância máxima atingida pelos mesmos foi de 1,82 m medindo-se a partir da boca do paciente; concluíram que existe uma possibilidade real de ocorrer contaminação por agentes infecciosos proveniente dos respingos e reconheceram a necessidade de colocação de barreiras físicas de proteção entre os equipamentos, bem como em toda a face, cabelos e braços do operador.

Apontam que agentes patogênicos podem ser transferidos a partir da cavidade bucal do paciente para as superfícies do equipamento odontológico através do contato direto, dedos, instrumentos e respingos de sangue ou saliva. A contaminação agrava-se nos consultórios pelo uso de equipamentos que produzem aerossóis, através dos quais os microrganismos podem ser lançados e espalhados até aproximadamente um metro ao redor do campo operatório. Assim, equipamentos odontológicos e acessórios dentro e ao redor da zona operatória podem tornar-se contaminados. O aerossol salivar é considerado um importante veículo nas transmissões de doenças infecciosas em consultórios odontológicos (16).

Os autores comentaram ainda que todos os indivíduos atendidos no consultório odontológico devem ser considerados como um provável portador de doença infecciosa. Conseqüentemente, o controle das infecções é fundamental e requer, na clínica odontológica, proteção do profissional e do paciente com técnicas de bloqueio mecânico e biológico, esterilização de instrumentais, desinfecção de superfícies e equipamentos e a eliminação apropriada de resíduos contaminados.

1.3.1. AIDS

A taxa de soroconversão pós-exposição ocupacional por ferimento percutâneo tem variado entre 0,1 e 0,4 %, sendo maior em função do tamanho do inóculo, da duração do contato e da extensão do ferimento; os casos registrados decorreram de acidentes perfurocortantes com agulhas ou material cirúrgico contaminado, manipulação, acondicionamento ou emprego de sangue ou de seus derivados e contato com materiais provenientes de pacientes infectados. Destacou que, em determinados trabalhadores, a doença pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) pode ser considerada como doença relacionada ao trabalho, do grupo I da classificação de Schilling, posto que as circunstâncias ocupacionais da exposição ao vírus são acidentais ou ocorrem em condições específicas de trabalho, se bem documentadas e excluídos outros fatores de risco (1).

A transmissão do vírus HIV pela saliva é alvo de controvérsias, sendo que os autores que confirmam a impossibilidade observam que o mesmo apresenta pouca sobrevivência fora da célula por um período prolongado, e os que afirmam a possibilidade de transmissão pela saliva confirmam que o vírus isolado da mesma tem comprovado poder de infectividade *in vitro* e é necessário apenas 0,001 ml de sangue para se efetivar a transmissão da doença, e mais ainda que a saliva contém células sanguíneas provenientes do sulco gengival ou de bolsas periodontais que podem efetivar a transmissão da doença (17).

Concluiu que após atendimento todas as superfícies expostas da sala ficam contaminadas pela microbiota normal e infectante do paciente, proveniente de aerossóis e gotículas produzidas pelo uso de equipamentos e instrumentais, como, por exemplo, peças de mão, seringas de ar e água, escovas e taças de polimento e que todo profissional da área de saúde bucal deve, por obrigação, adquirir normas de prevenção, evitando a disseminação da doença no ambiente odontológico.

1.3.2. TUBERCULOSE

Segundo (18) a tuberculose continua sendo considerada um grave problema de saúde pública, existindo uma expectativa de aumento no número de casos em decorrência da integração com a epidemia da AIDS, como também da possibilidade do aparecimento de cepas resistentes às drogas usuais, devido a tratamentos inadequados ou incompletos, tornando evidente a necessidade de impor um aprimoramento das práticas que vêm sendo utilizadas.

Os autores citados afirmam que os perdigotos da tuberculose podem ser dispersos através de aerossóis produzidos nas turbinas e pelo ultra-som usados durante as atividades clínicas pelos cirurgiões-dentistas, chamando a atenção para o fato de que tais partículas apresentam dimensões tão pequenas, que o uso de máscaras tradicionais tem valor limitado. Enfatizaram que os cirurgiões-dentistas devem estar conscientes dos riscos de contaminação pelo agente infeccioso da tuberculose envolvendo atendimento odontológico, concluindo que estes profissionais, especialmente os de serviço público, apresentam alta probabilidade de ter contato com pacientes contaminados por ser uma doença de notificação obrigatória e seu tratamento ser feito exclusivamente nos postos públicos. Recomendaram que o tratamento odontológico seja adiado se o paciente aparentar qualquer sintoma de acometimento de doença e que todos os pacientes devam ser considerados como fator de risco desconhecido, sendo fundamental tratar fluidos corpóreos como saliva, exsudato e sangue como potencialmente contaminados e que sejam utilizadas todas as precauções universais e as barreiras de proteção para auxiliar no controle da infecção cruzada.

1.3.3. HEPATITE “B” E “C”

Salienta que a hepatite B, provocada pelo HBV é considerada a maior causa de afastamento e mortes na prática odontológica e a hepatite C, provocada pelo HCV, por apresentar curso clínico insidioso, brando e de progressão lenta, determina um risco maior para os profissionais de saúde porque a maioria dos pacientes não sabe ser portador da doença. A autora destacou que o maior índice de infecção ocupacional pelo HBV ocorre entre os cirurgiões-dentistas, podendo ocorrer a transmissão através de fluidos corporais

contaminados e o risco de transmissão ocupacional em profissional não imunizado varia de 2 a 40%. Recomendou que a imunização adequada em relação ao HBV é o fator principal de proteção, além da utilização de medidas de proteção individual (19).

O risco de contaminação pelo HBV está relacionado, principalmente, ao grau de exposição ao sangue no ambiente de trabalho, e também à presença ou não do antígeno HBeAg no paciente-fonte (13).

Ainda de acordo com (13) em exposições percutâneas, o risco de contaminação pelo HBV varia de 6 a 30%, sendo menor no contato com pele íntegra e maior nas exposições percutâneas por material contaminado, cuja fonte seja positiva para HBV e com a presença de HBeAg (o que reflete uma alta taxa de replicação viral e, portanto, uma maior quantidade de vírus circulante).

A saliva é um fluido que vem sendo utilizado para o diagnóstico e estudos epidemiológicos das hepatites, principalmente a do tipo B. Estudos comprovam a infectividade da saliva e o risco de transmissão da infecção pelo fluido e pelo aerossol gerado em procedimentos odontológicos. Apesar das exposições percutâneas serem um dos mais eficientes modos de transmissão do HBV, elas são responsáveis por uma minoria dos casos ocupacionais de hepatite B, provavelmente pela adoção de medidas de precaução-padrão e pela vacinação. O HBV, em temperatura ambiente, pode sobreviver em superfícies por períodos de até uma semana; as infecções pelo HBV em profissionais de saúde, sem história de exposição não-ocupacional ou acidente percutâneo ocupacional, podem ser resultado de contato direto ou indireto, com sangue ou outros materiais biológicos em áreas de pele não-íntegra, queimaduras ou em mucosas (13).

1.3.4. HERPES

O herpes simples é uma doença infecciosa aguda de grande poder de disseminação causada por um vírus denominado vírus do herpes simples (VHS). Existem dois tipos de vírus do Herpes Simples: o HSV-1 e o HSV-II, que têm várias semelhanças entre si podendo ser identificados individualmente através de testes de imunofluorescência e bioquimicamente através da restrição enzimática. O HSV-I classicamente é o responsável pelo herpes labial e o HSV-II pelo herpes genital. Porém, as técnicas de restrição enzimática mostraram que o HSV-I é o agente etiológico em aproximadamente 20% das infecções genitais primárias e o HSV-II pode ser causa de infecções em outras áreas e não somente na região genital. As manifestações clínicas da doença são precedidas por sintomatologia inespecífica como mal-estar, náuseas, cefaléia, irritabilidade, febre e adenopatia cervical, que pode durar alguns dias mascarando o quadro com outras doenças na fase prondrômica. A eclosão da doença é precedida, cerca de um dia antes, de sensações várias, como prurido, queimação ou formigamento em geral acompanhado de eritema, em determinados pontos da mucosa labial e pele peribucal. Em seguida surgem

vesículas múltiplas que coalescem formando bolhas em locais isolados. A região de maior prevalência de aparecimento da lesão é o lábio (semimucosa e pele) próximo à comissura (20).

O herpes simples, dentre as demais doenças ocupacionais dos cirurgiões-dentistas, é tido como sendo a de maior frequência. Sua transmissão ocorre pelo contato direto com lesões e objetos contaminados, ou por disseminação assintomática através de fluidos orgânicos, tais como sangue, saliva e secreções vaginais, ou das lesões crostosas, podendo infectar pele e mucosas, inclusive a mucosa ocular, o herpes oftálmico (21).

São recomendações importantes a serem seguidas para evitar contaminação pelo HSV: que os pacientes atendidos sejam considerados passíveis de transmitir a infecção e quando os mesmos apresentam manifestações clínicas, devem ter seu tratamento adiado, até que a cura clínica seja estabelecida; é importante ressaltar que o HSV apresenta sobrevivência extracorpórea de duas horas na pele; de quatro horas em superfícies plásticas; de até três horas em tecido; de setenta e duas horas em gaze seca; e de quarenta e cinco minutos em peça de mão (22).

Alguns procedimentos para diminuir o risco de transmissão pelo contato direto e indireto com o paciente: uso de EPI; higienização das mãos; manutenção dos cabelos presos; desinfecção concorrente das secreções e dos artigos contaminados e a adoção de medidas de precauções padrão para com todos os pacientes (13).

1.4. RISCOS ERGONÔMICOS

De acordo com (22) o exercício profissional em odontologia impõe um desgaste físico e mental aos profissionais, podendo causar doenças ocupacionais nos trabalhadores. Entre todos os agentes de carga no trabalho em odontologia, a má postura e suas conseqüências constituem a queixa mais comum entre os profissionais. (22) comenta ainda que a posição do trabalho com o dentista sentado e o paciente deitado teve seu início na profissão a partir dos anos 50, com a evolução dos equipamentos odontológicos, em particular dos novos desenhos da cadeira. Salaria que a má postura no trabalho sentado constitui uma carga potencialmente mais danosa ao indivíduo do que o trabalho em pé.

Observa que, das especialidades odontológicas de atuação dos Cirurgiões-Dentistas, aquelas com maior número de casos de distúrbios foram respectivamente, Traumatologia Bucomaxilofacial, Endodontia, Periodontia, Dentística Restauradora, Odontopediatria e Prótese Dentária (23).

Verifica que os endodontistas apresentam grande incidência de tendinites e tenossinovites de punho (7).

Conforme menciona (11) existem distúrbios associados aos DORT, tais como tenossinovite, bursite, cistos sinoviais, tendinite, epicondilite, além de síndromes

compressivas: Síndrome do Túnel do Carpo, Síndrome do Túnel Ulnar, Síndrome do Redondo Pronador, Síndrome de *De Quervain*, Síndrome Cérvico-Braquial, Síndrome do Desfiladeiro Torácico e Síndrome do Ombro Doloroso. Destacam-se ainda patologias como o dedo em gatilho, a Síndrome do Interósseo Anterior e a Tendinite da Porção Longa do Bíceps.

De acordo com o autor, dentre os transtornos dos DORT, a Síndrome do Túnel do Carpo é a que mais interessa ao cirurgião-dentista, por sua freqüência e por se converter em distúrbio ocupacional; a repetição dos gestos, como na raspagem corono-radicular, e a manutenção de contra-resistências, a postura dos membros superiores, com atividades que exigem constante flexão e extensão do punho, a compressão mecânica das bases das mãos com instrumentos periodontais e endodônticos, considerados curtos e inadequados necessitando da utilização de força na base da mão, são causas ocupacionais imediatas da Síndrome do Túnel do carpo, acrescidas de movimentos vibratórios contínuos e cumulativos.

(2) realizaram um estudo sobre as LER/DORT, concluindo que o sedentarismo, a perda natural de elasticidade muscular por desuso, a adiposidade, a perda da elasticidade das estruturas articulares, defeitos posturais, somados às doenças degenerativas, são fatores agravantes para o desenvolvimento das doenças ocupacionais; mencionaram que os acometimentos posturais são os mais negligenciados pelos cirurgiões-dentistas, pois seus efeitos só serão percebidos depois de anos.

Os autores concluíram ainda que a LER/DORT é responsável pela grande maioria dos afastamentos temporários de profissionais do trabalho, podendo levar ao afastamento definitivo, pois este distúrbio pode levar à invalidez, sendo necessário que o cirurgião-dentista se conscientize da importância fundamental da prevenção nas LER/DORT: adoção de um estilo de vida saudável com práticas de atividades físicas, alongamentos, alimentação saudável, controle do estresse e organização no trabalho seguindo as normas ergonômicas.

Alexandre Crespo e Karen Comparim em 1998, ao avaliarem e estudarem os DORT em 110 cirurgiões-dentistas de Florianópolis (SC), concluíram que 75% deles apresentavam dor. Relataram que em um trabalho de Sandhi Maria Barreto, da Fundação Oswaldo Cruz de Belo Horizonte, após um ano de estudo, verificou-se uma prevalência de dor nos membros superiores de 58% nos 358 dentistas pesquisados na rede pública de Belo Horizonte, onde as queixas principais se dividiam em 22% no braço; 21% na coluna lombar; 20% no pescoço e 17% no ombro. O autor constatou que, além destes pesquisadores, a mestre de Engenharia de Produção da Universidade Federal de Santa Catarina, Cleumara Kosmann, concluiu em 2000 que 81,51% dos dentistas de Florianópolis sofriam de dor ou desconforto físico, causados pelas atividades diárias (24).

1.5. RISCOS DE ACIDENTES

De acordo com (1) os serviços de saúde devem instituir programas de vigilância específicos para os acidentes com risco de contaminação biológica, especialmente os acidentes perfurocortantes - acidentes com agulhas, bisturis, etc – que incluam: notificação dos acidentes, a investigação das circunstâncias de ocorrência e atividades de risco; quimioprofilaxia dos acidentados e o acompanhamento da soroconversão; treinamento dos trabalhadores na aplicação das Normas de Biossegurança; ações de educação em saúde, difusão de informações e comunicação.

Recomenda que os profissionais de saúde devem utilizar as medidas de precaução universal para evitar o risco ocupacional e citou como exemplo o uso de EPI, a prevenção de acidentes perfurocortantes, a prevenção de exposição a sangue e fluidos corpóreos, e o manejo adequado de procedimentos de descontaminação e destino de resíduos e materiais dos serviços de saúde (17).

Os materiais perfurocortantes como agulhas, lâminas e tubos de ensaio quebrados, ocupam lugar de destaque no fator perigo. Isso porque são materiais que entram em contato com substâncias contaminadas e podem facilmente provocar um corte na pele de uma pessoa sadia. Segundo a gerente de infra-estrutura em Serviços de Saúde da Anvisa, Regina Barcelos, Há estudos mostrando que a possibilidade de se contrair hepatite B em um acidente com perfurocortantes é de 30% e, no caso da hepatite C, esse índice é de 1,8% (13).

Define as exposições que podem trazer riscos de transmissão do HIV e dos vírus das hepatites B (HBV) e C (HCV), pela manipulação de sangue e outros fluidos orgânicos, como: percutânea – lesão provocada por instrumentos perfurantes e cortantes; mucosa – contato com respingos na face envolvendo olhos, nariz e boca; cutânea – contato com pele com dermatite ou feridas abertas; mordeduras humanas – consideradas como exposição de risco quando há presença de sangue (13).

O autor cita ainda procedimentos para diminuir o risco de acidentes na prática odontológica: ter a máxima atenção durante a realização dos procedimentos; não utilizar os dedos como anteparo durante a realização de procedimentos que envolvam materiais perfurocortantes; não reecapar, entortar, quebrar ou retirar agulhas das seringas com as mãos; desprezar todo material perfurocortante, mesmo que estéril, em recipiente com tampa e resistente à perfuração; colocar os coletores específicos para descarte do material perfurocortante próximo ao local onde é realizado o procedimento e não ultrapassar o limite dos dois terços de sua capacidade total; usar EPI completo.

1.6. RISCOS PSÍQUICOS

Afirmam que o estresse pode ser um fator negativo causado pela rotina e excesso de trabalho dos cirurgiões-dentistas e que a falta de orientação e de uma regulamentação diminui a qualidade do trabalho e de vida destes profissionais (25).

Ressalta que alguns fatores inerentes às atividades do cirurgião-dentista contribuem como fontes causadoras de estresse e acarretam queda da qualidade de vida do mesmo, citando: a procura constante em estar atualizado com as novas técnicas, a busca em manter-se em posição de competitividade no mercado de trabalho, os odores e ruídos constantes presentes no ambiente de trabalho, a necessidade da atenção e da precisão constantes durante a realização dos procedimentos, a relação profissional/paciente a ansiedade durante o atendimento a grupos específicos, como o de pacientes especiais (26).

Observa que a solidão do trabalho no consultório, a incerteza no futuro, o desgaste físico e a competitividade do mercado de trabalho representam os fatores mais citados pelos cirurgiões-dentistas para justificar o estresse da profissão. Comentou que um número crescente de cirurgiões-dentistas tem apresentado mais doenças de ordem mental (*burn out*) e física (cardiovasculares e osteomusculares) em comparação a outros profissionais de saúde. Tal fato tem sido reconhecido ultimamente como consequência do estresse ocupacional a que estão expostos estes profissionais (14).

Concluiu que o conhecimento das principais situações geradoras de estresse possibilita o planejamento preventivo de possíveis estratégias para evitá-lo: a adoção de um sistema de trabalho dinâmico e uma postura adequada sabendo como vencer a monotonia, romper a rotina com o emprego de novas técnicas, se reciclar e ser capaz de reduzir o número de horas trabalhadas.

CONCLUSÃO

O ambiente de trabalho odontológico, notadamente, não difere dos outros ambientes de trabalho, pois os riscos ocupacionais estão presentes em todos os segmentos, tais como os físicos, químicos, biológicos, ergonômicos, de acidentes e psíquicos; contudo, as medidas de prevenção universal devem ser conhecidas e utilizadas para que os procedimentos laborais do cirurgião-dentista permitam ao mesmo condições saudáveis e adequadas.

Na prática odontológica, o profissional está cercado pelos perigos ocupacionais, ficando sujeito a muitos riscos, alguns de manifestações insidiosas e de forma acumulativa. Dentre esses riscos estão as radiações e o ruído.

A utilização da radiação ionizante e não-ionizante na Odontologia é incontestável e de fundamental importância para que seja oferecido ao paciente o tratamento mais adequado. O advento da era digital, o avanço tecnológico dos equipamentos, a maior facilidade de

utilização, a grande importância como auxílio no diagnóstico, as novas técnicas da atividade odontológica, tem ampliado o uso e despertado a necessidade de um maior esclarecimento sobre os riscos advindos de sua utilização.

A perda auditiva ocupacional é um problema em evidência, pois apresenta uma grande prevalência dentre as doenças profissionais ou do trabalho.

Em seu processo de trabalho, os profissionais de saúde bucal são expostos, entre outros, a um risco frequentemente menosprezado, os vapores de mercúrio, que mesmo em condições baixas provocam alterações de sistemas biológicos do corpo humano, estabelecendo, desde quadros leves e acentuados.

No ambiente de trabalho odontológico as instalações, os equipamentos e o tipo de atividade, que podem incluir desde um simples exame até uma cirurgia mais complexa, expõem o profissional de saúde bucal ao contato com secreções da cavidade oral, algumas vezes pelo simples contato com saliva, outras com sangue, secreções orais, respiratórias e aerossóis, que podem resultar em transmissões infecto-contagiosas como AIDS, tuberculose, hepatite, herpes, dentre outras, que caracterizam os riscos ocupacionais biológicos. Antigamente a odontologia, dentre as profissões da saúde, não era considerada como um grupo exposto a riscos ocupacionais letais, contudo, com o advento da AIDS em meados dos anos 80 e da hepatite B e C, posteriormente, ocorreu uma mudança de atitude tanto nos profissionais quanto nos órgãos de vigilância sanitária e em relação à prevenção e esclarecimento sobre essas enfermidades.

Os acidentes de trabalho são freqüentes no ambiente odontológico por ser constante a manipulação de objetos pontiagudos e motores de alta rotação.

Ao lado de outras categorias profissionais, os cirurgiões-dentistas também são vítimas das DORT (Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho) provocadas, principalmente, por equipamentos e mobiliários mal projetados, postura incorreta, movimentos repetitivos e excesso de esforço muscular exigido no dia-a-dia da profissão e dentre as profissões, a Odontologia é considerada uma das mais atingidas por essas lesões acarretando um crescimento do interesse a respeito dos mesmos.

O trabalho odontológico envolve altos níveis de tensão e fadiga, cujas fontes estão associadas ao paciente, ao próprio profissional, à prática odontológica e, principalmente, à organização que atua de forma imperativa sobre o cirurgião-dentista, levando-o a estados de doenças, de insatisfação e desmotivação, dentre estes o estresse e a Síndrome de Burnout.

Durante a prática odontológica o profissional é potencialmente exposto a agentes nocivos à saúde. Os agentes de risco presentes no ambiente odontológico são numerosos e muito variados. Os achados deste trabalho de revisão mostraram que os agentes físicos, químicos, biológicos, ergonômicos, de acidentes e psíquicos presentes no consultório odontológico podem causar riscos ocupacionais ao cirurgião-dentista, ocasionando agravos

para a saúde que em sua maioria podem ser evitados pelo profissional. Para tanto, é indispensável que o cirurgião-dentista seja conscientizado quanto aos riscos que o cercam no ambiente de trabalho e sensibilizado a seguir padrões de prevenção, proporcionando uma prática profissional segura e adequada.

Segue abaixo a sistematização dos riscos ocupacionais a que os cirurgiões-dentistas estão expostos, seus fatores de risco, medidas de proteção e as regulamentações da ANVISA (Agência nacional de Vigilância Sanitária) e do MTE (Ministério do trabalho e Emprego).

Quadro 1. RISCOS OCUPACIONAIS DO CIRURGIÃO-DENTISTA

RIS-COS	FATORES DE RISCO	MEDIDAS DE PROTEÇÃO	REGULAMEN- TAÇÃO - ANVISA	REGULAMETAÇÃO - MTE
Físicos	Radiações; Ruídos; Iluminação; Tempera-tura.	Obedecer às regulamentações e padrões de segurança.	RDC nº 50/2002 RDC nº 189/2003 RE nº 9/2003 Portaria SVS/MS nº 453/1998	NR 7 - Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional NR 9 - Programa de Prevenção de Riscos Ambientais NR 15 - Atividades e Operações Insalubres NR 32 - Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde
Químicos	Mercúrio; Látex; Outros materiais.	Usar EPIs; Correto descarte dos resíduos; Dosagens periódicas de mercúrio.	RDC nº 33/2003 RDC nº 306/2004	NR 6 - Equipamento de Proteção Individual NR 7 - Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional NR 9 - Programa de Prevenção de Riscos Ambientais NR 15 - Atividades e Operações Insalubres NR 32 - Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde
Biológicos	AIDS; Tuberculose; Hepatites; Herpes.	Adotar medidas de biossegurança; Imunização; Precauções-padrão; Métodos de esterilização e desinfecção.	RDC nº 306/2004	NR 6 - Equipamento de Proteção Individual NR 7 - Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional NR 9 - Programa de Prevenção de Riscos Ambientais NR 15 - Atividades e Operações Insalubres NR 24 - Condições Sanitárias e de Conforto nos Locais de Trabalho NR 32 - Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde
Ergonômicos	LER/DORT	Correta postura de trabalho; Obedecer aos princípios ergonômicos; Organização do ambiente de trabalho.	RDC nº 50/2002	NR 7 - Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional NR17 – Ergonomia

Acidentes	Perfurações; Exposições acidentais cutâneas e percutâneas.	Atenção na realização de procedimentos; Usar EPI completo.	RDC nº 50/2002 RDC nº 306/2004	NR 5 - CIPA NR 7 - Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional NR 9 - Programa de Prevenção de Riscos Ambientais NR 23 - Proteção contra incêndios NR 32 - Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde
Psíquicos	Depressão; Síndrome de Burn- Out.	Planejamento no trabalho; Adotar hábitos saudáveis.	-----	NR 7 - Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASIL.. Ministério da Saúde. **Doenças relacionadas ao trabalho**: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001, 161-194 p.
- ARAÚJO, M. A.; DE PAULA, M. V. Q. **LER/DORT: um grave problema de saúde pública que acomete os cirurgiões-dentistas**, 2003. Disponível em: <<http://www.nates.ufjf.br/novo/revista/pdf/v6n2/Educação.pdf>>. Acesso em 12 ago. 2008.
- BRASIL. Ministério do Trabalho. Portaria nº 3.214/78, 08/06/1978. **Normas regulamentadoras sobre segurança e medicina do trabalho**. Brasília, 1978.
- SAQUY, P. C.; PÉCOR, J. D. **Orientação Profissional em Odontologia**. São Paulo: Santos, 1996, 67 p.
- PÉCOR, J. D. **Guia prático sobre resíduos de amálgama odontológico**. Projeto FAPESP 01/01065-1. Disponível em <http://www.usp.br>. Acesso em 05 set.2008.
- BARRETO, H. J. J. Como prevenir as lesões mais comuns do Cirurgião-Dentista. **Revista Brasileira de Odontologia**, v. 58, n. 1, p. 6-7, jan./fev. 2001.
- BISAGNI, C. **Risco de radiação ionizante em trabalhadores da unidade de radiologia**, 2000. Disponível em: <http://www.alass.org/fr/calass00-74.htm>. Acesso em 24 set. 2008.
- MAIA, E. A.; PAIVA, M. P. G. **Biossegurança dos cirurgiões-dentistas e pacientes em relação ao raio X**. São Paulo, 2005. Disponível em <<http://www.Science.NET>>. Acesso em 25 jun. 2008
- COSTA, E. A. Perda Auditiva Induzida pelo Ruído. **Curso do SESI-Doenças relacionadas com o trabalho à distância**. Aula 2 – Texto Complementar – 20/08/2004. SESEI-DN. 2004.
- BARBOSA, M. B. C. B. et al. **Odontologia em debate: Ergonomia e as doenças ocupacionais**. Salvador: Grafiart, 2003.
- FARIA, M. de A. M. Mercurialismo metálico ocupacional. São Paulo. **Rev. de Saúde pública**, v. 37, n. 1, p. 116-127, fev., 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Serviços Odontológicos**: Prevenção e controle de riscos. Brasília: ANVISA, 2006.
- MELO, P. B. M. **Odontologia do Trabalho: Uma Visão Multidisciplinar**. Rio de Janeiro: Rubio, p. 147, 158, 2006.
- DISCACCIATI, J. A. C. et al. Verificação da dispersão de respingos durante o trabalho do cirurgião-dentista. **Pan American Journal of Public Health**, v. 3, n. 2, feb, 1998. Disponível em <<http://www.infectaconnect.com>>. Acesso em 12 ago. 2008.
- SILVA, C. R. G.; JORGE, A. O. C. Avaliação de desinfetantes de superfície utilizados em Odontologia. **Pesqui Odontol Bras** (16)2: 107-114. São paulo, 2002. Disponível em <<http://www.sbpqo.org.br>>. Acesso em 20 ago. 2008.
- JORGE, A. O. C. Princípios de biossegurança em Odontologia. **Rev. Biociências**. São Paulo, v. 8, n. 1, p. 7-17, 2002.
- ANDRADE, L. M.; HORTA, H. G. P. A progressão da tuberculose. **Rev. do CROMG**, n. 2, mai./ago., 2000.
- THOMAZINI, E. M. **Biossegurança – controle de infecção cruzada na prática odontológica: Manual de condutas**. 2. ed. Piracicaba: FOP/UNICAMP, 2005. 62 p.
- BORAKS, S. **Diagnóstico Bucal**. São Paulo: Artes Médicas, 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de assistência à saúde. **Programa Nacional de DST/AIDS. Hepatite, AIDS e herpes na prática odontológica**. Brasília, 12, p. 1996.
- BRASIL Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. **Controle de infecções e a prática odontológica em tempos de AIDS: Manual de Condutas**. Brasília: Ministério da Saúde, 67 p., 2000.

23. MICHELIN, C. F.; MICHELIN, A. L.; LOUREIRO, C. A. Estudo epidemiológico dos distúrbios musculoesqueléticos e ergonômicos em Cirurgiões-Dentistas. **Revista da Faculdade de Odontologia da Universidade de Passo Fundo**, v. 5, n. 2, p. 61-7, jul./dez. 2000.
24. GOULART, S. Dentistas têm alto índice de doenças do trabalho. **Núcleo de Mídia Científica**, abril de 2004. Disponível em <<http://www.mic.ifsc.br>>. Acesso em 14 set. 2008.
25. MEDEIROS, U. V.; SOUZA, M. I. C.; BASTOS, L. F. Odontologia do Trabalho: riscos ocupacionais do cirurgião-dentista. **RBO**, v. 60, n. 4, jul./ago., 2003.
26. BUENO, R. N. **Qualidade de vida dos cirurgiões-dentistas da rede pública dos municípios da AMFRI**. Florianópolis, 2004. [Dissertação de Mestrado em Engenharia de Proteção] Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Proteção. UFSC, 2004.



ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DOS ÓBITOS POR LESÕES AUTOPROVOCADAS VOLUNTARIAMENTE NO BRASIL ENTRE 2003 E 2012

*Brenna Emmanuella de Carvalho¹, Antônia Mauryane Lopes², Elenir de Araújo Lago²,
Juliana Burlamaqui Carvalho³, André Luis Menezes Carvalho⁴.*

1. Enfermeira Residente em Alta Complexidade no Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí (HU-UFPI). Rua Marechal Dutra, 5720, Lourival Parente, CEP 64022-250, Teresina- Piauí, e-mail: brenna_emmanuella@hotmail.com.
2. Enfermeira Residente em Alta Complexidade no HU-UFPI.
3. Psicóloga do HU-UFPI. Mestre pela Universidade Federal do Ceará- UFC, Teresina- PI.
4. Farmacêutico. Professor doutor do Centro de Ciências Farmacêuticas - UFPI, Teresina- PI.

INTRODUÇÃO

O suicídio é um fenômeno complexo e dados epidemiológicos mundiais evidenciam que tal comportamento constitui um importante problema de saúde pública. Ele pode ser entendido como “todo ato pelo qual um indivíduo causa lesão a si mesmo, qualquer que seja o grau de intenção letal e de conhecimento do verdadeiro motivo desse ato” ⁽¹⁾.

Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) mostram que o suicídio está entre as três principais causas de morte entre indivíduos com idades de 15 a 44 anos e que é responsável por mais de um milhão casos atualmente, sendo que as tentativas são de 10 a 20 vezes mais frequentes que a obtenção do ato em si. O Brasil comparado a outros países possui baixa taxa de mortalidade por suicídio, mas em termos absolutos se encontra em oitavo lugar dentre todos os países com maior número de ocorrências. O país passou de uma taxa de 5,3 casos por 100 mil pessoas em 2000 para 5,8 no ano de 2012 (2,3).

Pesquisas epidemiológicas advêm de registros oficiais, tais como: atestados de óbitos, prontuários e registros de causa da morte dos cartórios de registro civil e podem ser colhidas através do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde. No entanto, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística os números não são fidedignos e apresentam-se em número menor do que realmente representam, uma vez que alguns casos costumam estar subestimados por haver um sub-registro evidenciado por uma sub-notificação (4,5).

Apesar das ressalvas, o conjunto de dados populacionais aqui expostos servirá para confirmar a magnitude desse fenômeno, pois é necessário ter ciência das taxas de incidência de suicídio e suas tentativas nas diferentes populações, para então possibilitar o delineamento de casos, entendimento de fatores de risco associados e implementação de estratégias preventivas.

Diante disso, o presente artigo visa descrever o panorama epidemiológico da mortalidade por lesões autoprovocadas voluntariamente no Brasil nos anos de 2003 até 2012, visto que a análise epidemiológica do suicídio entre brasileiros de diferentes

regiões é importante para o desenvolvimento de políticas de saúde pública e para o desenvolvimento de programas efetivos para prevenção de comportamentos suicidas.

METODOLOGIA

O presente estudo fez uma análise epidemiológica dos dados referentes à mortalidade por suicídio no Brasil no período de 2003 e 2012. Para tanto, realizou-se um estudo descritivo, quantitativo e retrospectivo baseado em dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), Ministério da Saúde/ Departamento de Análise e Tabulação de Dados do Sistema Único de Saúde no endereço eletrônico (<http://www.datasus.gov.br>), que foi acessado no mês de Janeiro de 2015.

A população do estudo foi constituída por todos os casos de óbitos por suicídio ocorridos no período descrito acima. Foram considerados aqueles que tiveram registros de causa “lesões autoprovocadas voluntariamente” na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, 10ª revisão. Para evitar erros, optou-se por considerar apenas àqueles disponíveis até 2012, último ano em que constavam os dados completos.

A coleta de dados deu-se no ano de 2015 e para a análise de resultados utilizou-se as seguintes variáveis: idade, gênero, raça/ cor, estado conjugal, escolaridade, região em que residia e local de ocorrência do óbito. Para a obtenção dos resultados foi realizado cálculos simples a partir de números nas variáveis apresentadas, e a compilação dos mesmos deu-se a partir da elaboração de tabelas no programa Microsoft Excel. Por se tratar de um banco de domínio público, não foi necessário submeter o projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa.

RESULTADOS

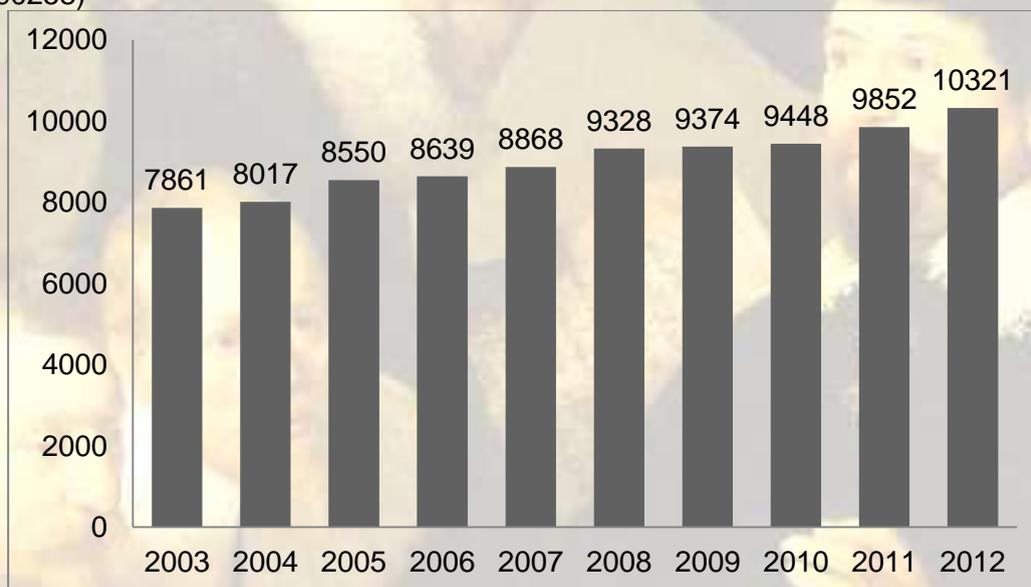
Tabela 1- Distribuição dos óbitos por suicídio ocorridos no Brasil entre 2003 e 2012, segundo variável sócio demográficas. Brasil, 2015. (n= 90258)

Variáveis	n	%
Sexo		
Feminino	19.036	21,0
Masculino	71.213	79,0
Faixa etária		
0-19 anos	7.374	8,2
20- 39 anos	40.169	44,5
40- 59 anos	29.130	32,3
>60 anos	13.585	15,0
Estado Civil		
Solteiro	45.183	50,1
Casado	27.751	30,7
Divorciado	5.265	5,8
Viúvo	3.729	4,1
Outro	1.556	1,7
Ignorado	6.774	7,5

Cor/ Raça		
Branca	47.689	52,8
Parda	31.959	35,4
Preta	4.878	5,4
Indígena	846	1
Amarelo	394	0,4
Ignorado	4.492	5
Anos de estudo		
>12 anos	5.988	6,6
8-10 anos	13.313	14,8
4- 7 anos	20.143	22,3
1-3 anos	13.987	15,5
Nenhum	4.793	5,3
Ignorado	32.034	35,5

Fonte: <http://www.datasus.gov.br>

Gráfico 1: Distribuição do número total de óbitos por suicídio no Brasil por ano. 2015. (n= 90258)



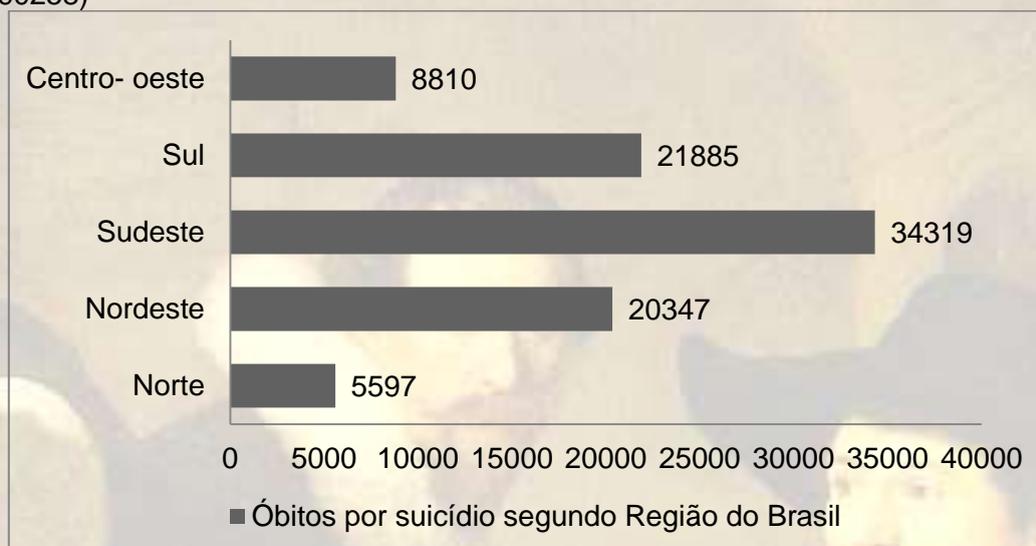
Fonte: <http://www.datasus.gov.br>

Gráfico 2- Número de óbitos por suicídio entre 2003 e 2012, segundo local de ocorrência. Brasil, 2015 (n= 90258).



Fonte: <http://www.datasus.gov.br>

Gráfico 3 - Número de óbitos por suicídio entre 2003 e 2012, segundo região do Brasil. (n= 90258)



Fonte: <http://www.datasus.gov.br>

Foi possível realizar a caracterização de 90.258 sujeitos que obtiveram óbito após lesões autoprovocadas voluntariamente nos anos de 2003 a 2012. Sendo assim, verificou-se a predominância do sexo masculino (79%), adultos jovens (44,5%), solteiros (50,1%), brancos (52,8%), com 4 a 7 anos de escolaridade (22,3%). Houve crescimento absoluto do número de suicídios, representando 7861 casos notificados em 2003 e 10321 casos em 2012. Quanto ao local de ocorrência, 56,3% aconteceram em domicílio e 20% em Unidade Hospitalar. Foi constatado ainda, em valores absolutos, que dentre todas as regiões do Brasil o Nordeste encontra-se em terceiro lugar com 22,5% número total de casos, perdendo em números apenas para as regiões sudeste (38%) e sul (24,2%).

DISCUSSÃO

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) as lesões autoprovocadas voluntariamente ou suicídios, estão entre as três principais causas de morte de pessoas com idades entre 15 a 44 anos, representando 1,4% do total de óbitos nacionais. O Brasil está entre os dez países que registram os maiores números absolutos de ocorrências, mas como é considerado populoso o número elevado de casos representa um coeficiente considerado relativamente baixo (2,6).

No Brasil, em 2003, houve registro de 7.861 suicídios, ou seja, mais de 21 casos ocorridos ao dia, e dez anos após, em 2012, 10.321 eventos foram oficialmente registrados representando uma média de mais de 28 óbitos ao dia, verificando-se um aumento de 31,3 % no período de 10 anos (7). Esses dados alarmam o governo e

sociedade e trazem a necessidade de implementação de medidas de prevenção mais eficazes para estabilização da incidência de suicídio.

Com análise foi possível observar que houve predominância do óbito por suicídio em indivíduos do sexo masculino representando 79%, conforme tabela 1. Pode-se justificar pelo fato do sexo masculino está mais intimamente associados a fatores de risco, tais como: presença de alcoolismo, da competitividade, dos impulsos alterados, bem como um maior acesso as ferramentas que produzem danos mais letais, como arma de fogo, dificuldade de lidar com cargas excessiva de experiências negativas adquiridas e conflitos, além de estarem mais propícios a violência física, verbal e familiar, ou seja, atitudes que causem transtorno ao desenvolvimento emocional^(8,9). Além disso, os homens praticam de uma maneira mais letal o suicídio, consumando o óbito em um menor número de tentativas⁽⁹⁾.

Na análise de comparação entre diferenciação de sexo quanto ao suicídio, observa-se discrepância nos diversos continentes, sendo o perfil masculino mais predominante. Os europeus ocupam posição mediana aos outros países, ficando a Ásia com menores ocorrências de suicídio em homens observou-se diferenças significativas quanto ao gênero de desigualdade em relação do sexo nos países americanos, assumindo mediada de 4,1%⁽¹⁰⁾.

Estudos comprovam que nos indivíduos do sexo feminino, a menor ocorrência pode estar associada à religiosidade, a ações mais flexíveis em relação às aptidões sociais e ao desempenho de papéis durante a vida. Exemplificando isso, um estudo realizado nos EUA observou que a taxa do ato suicídio no sexo feminino decaí concomitantemente com o aumento da oferta de empregos, pois encontram oportunidades econômicas, bem como apoios sociais⁽¹¹⁾.

Além disso, as mulheres reconhecem mais cedo os riscos que precipitam suicídio, como a depressão, podendo iniciar o tratamento antes mesmo de tomar medidas drásticas como resultado do transtorno⁽¹¹⁾. Neste sentido, a elaboração de medidas eficazes para estabelecer o controle emocional do indivíduo é imprescindível, visto que representa o maior fator de risco associado.

Em estudo realizado no ano de 2009, a fim de analisar a epidemiologia dos índices de suicídio nos anos de 1980 e 2006 nas diversas regiões e capitais estaduais do Brasil o gênero masculino tem probabilidade maior de cometer suicídio na faixa etária de 20 a 59 anos. Isso se constata em um estudo, que demonstra aumento do risco de cometer suicídio é maior em homens, variando entre menores e maiores de 60 anos, respectivamente entre 8.7/100 mil e 15.4/ 100 mil, enquanto as taxas relativas as um mulheres são mais baixas, ou seja, entre 2.4/100 mil e 2.6/100 mil⁽¹²⁾.

Nota-se conforme a tabela 1 que há prevalência de suicídios em adultos jovens, corroborando dados de outro estudo que identificou no perfil dos suicidas a prevalência de homens na faixa etária entre 20 e 59 anos (12).

Vale destacar também que a ocorrência de suicídio aconteceu com maior frequência em pessoas com baixo nível educacional e de estado civil solteiro, conforme tabela 1. Em relação ao nível de estudo há um risco aumentado para prática do ato suicida quando esse nível é baixo. Estudos afirmam que esta ocorrência está presente, em sua maioria nos homens que possuem somente o ensino fundamental incompleto ou até mesmo que nunca estudaram. No entanto, estas informações se diferenciam em diversas regiões geográficas brasileiras, tais como nas capitais: Manaus, Teresina, Fortaleza e Dourados, em que o maior número de suicídios está entre aqueles com melhores níveis de escolaridade (13).

Pesquisadores revelam que o estado civil é identificado como um importante fator no estudo dos índices de suicídio, e que a maior parte deles acontecem nos homens e solteiros (53%) (14). Em outro estudo que objetivou caracterizar o suicídio no município de Teresina entre 2000-2005, por meio de prontuários da medicina legal, constatou que os homens solteiros (54,9%) foram os maiores responsáveis pelo ato e que a maioria deles eram estudantes (9).

A alta incidência em homens solteiros pode estar atrelado ao isolamento social observado como um dos fatores de risco ao suicídio e pode ser comprovado com os baixos índices em pessoas casadas (9).

Quanto a incidência do local do suicídio os resultados do gráfico 2 estão em consonância com estudos, tais como o realizado no Mato Grosso do Sul sobre óbitos que observou 60,9% dos suicídios ocorriam em ambiente domiciliar, assim como, em outro estudo sobre a tendência temporal e o perfil sócio demográfico da mortalidade por suicídio encontrou que 51,9% das mortes por suicídios ocorreram no domicílio (15,16).

Pode haver ligação com o tipo de morte, geralmente mortes mais letais tais como por enforcamento e arma de fogo ocorrem mais em domicílio, enquanto que por ingestão de medicamentos ou substâncias tóxicas permitem uma intervenção médica, ou seja, acontecem já nos estabelecimentos de saúde (16).

Não menos importante é a incidência de casos em hospitais, e pode estar associada ao próprio prognóstico do tratamento de determinadas patologias ou até mesmo pela inexistência de redes de proteção, prédio em andaes e com janelas, falta de preparo ou atenção da equipe com os pacientes, acesso a medicações e a instrumentos perfuro cortantes, entre outros. É válido destacar que pacientes internados por tentativas de suicídio, devem ter atenção redobrada, pois podem realizar uma nova tentativa para consumir o ato (17).

É válido salientar que o nível de mortalidade por lesões autoprovocadas no Brasil apresenta variações regionais. Estudo de Lovisi ⁽⁸⁾ traz os coeficientes de mortalidade por suicídio, ou seja, o número de suicídio para cada 100.000 habitantes ao longo de um ano, e corrobora os dados encontrados no gráfico 3, observando-se que a Região Sul apresentou coeficiente médio de 9,9 suicídios para cada 100 mil habitantes, enquanto que no Centro-Oeste foi de 7,4 número de casos seguidos da região Nordeste com 4,6 e Norte 4,3, todos no triênio 2004-2006.

Outros estudos apontam que os maiores índices de suicídio no Brasil encontram-se na região Sul ^(11,15). A incidência alta nesta região e também no sudeste pode estar relacionado a presença de comportamentos que predisõem ao suicídio, tais como: competitividade nas relações de trabalho, instabilidades econômicas como desemprego e empobrecimento.

Além disso, o alto número pode estar relacionado também ao crescimento populacional e aumento da demanda de alimentos havendo complexificação do cultivo, e com isso observou-se acesso fácil e uso indiscriminado de agrotóxicos, em que ainda pode ocorrer a intoxicação por uso inadequado dos agrotóxicos nos trabalhadores rurais, estes tem efeito sobre o sistema nervoso central, predispondo assim para a depressão e ao suicídio ^(18, 19, 20, 21).

Como fatores de risco associados, alguns estudos apontam uma correlação positiva entre a maioria dos sujeitos que cometem suicídio e a presença de comportamentos impulsivos e impulsivo-agressivos ^(22,23). Mas os transtornos mais frequentes entre vítimas são transtornos depressivos maiores e a dependência ou abuso de álcool e/ou a outras substâncias psicoativas ⁽²³⁾.

É imperioso citar que o número de notificações de óbitos por suicídio no Brasil e no mundo é alto, porém um dos problemas encontrados e que dificultam o estudo epidemiológico é o mau preenchimento, por parte dos profissionais, de fichas de notificação e vigilância do óbito. No presente estudo observou-se a falta de preenchimento de itens indispensáveis para a conclusão e análise de dados relacionados a escolaridade dos sujeitos, sendo este item negligenciado por parte do notificante e representando 35,3% das fichas de notificação.

Além disso, outro fator que interfere na determinação de óbito por suicídio é o fato dos familiares omitirem a natureza da morte na declaração de óbito, gerando subnotificação dos casos de suicídio, sendo essas mortes registradas como causas externas, afogamentos, envenenamento acidental e “morte de causa indeterminada” ^(24,25,26).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O índice de suicídios no Brasil em proporção ao tamanho da população ainda é inferior a média mundial. Porém o crescimento do número de casos é preocupante, uma vez que é um comportamento que tem atingido um número cada vez maior de indivíduos. Destarte, há a veemência em fomentar estratégias preventivas que atuem diretamente sobre os fatores que levam o sujeito a cometer o ato, gerando novas fontes de intervenções junto à população e aos serviços envolvidos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Botega NJ, Werlang BSG. (2004). Avaliação e manejo do paciente. In B. G. Werlang, N. J. Botega (Org.). Comportamento suicida (pp. 123-140). Porto Alegre: Artmed Editora.
2. World Health Organization. Preventing suicide: A global imperative. 2014. [Cited 2015 march 14]. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf?ua=1>
3. Botega, N. Comportamento suicida: epidemiologia. *Psicol. USP*, São Paulo, 2014; 25 (3): 231-36.
4. Prieto DYC, Tavares M. Fatores de risco para suicídio e tentativa de suicídio: incidência, eventos estressores e transtornos mentais. *J. Bras. Psiquiatr.* 2005; 54(2):146-54.
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2006). Tábuas completas de mortalidade - 2006. Recuperado em 10 de Janeiro de 2015 em <<http://www.ibge.gov.br>>
8. Varnik, P., Sisask, M., Varnik, A., Arensman, E., Van Audenhove, C., Van Der Feltz-Cornelis, C., & Hegerl, U. (2012). Validity of suicide statistics in Europe in relation to undetermined deaths: Developing the 2–20 benchmark. *Injury Prevention*, 18(5), 321.
9. Brasil. Ministério de Saúde. (2015). Estatísticas vitais, mortalidade. Recuperado em 10 de Janeiro de 2015 em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/>>
10. Lovisi GM, Santos AS, Legay L, Abelha L, Valencia E. Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2009; 31(supl II): p. 86-94.
11. Parente ACM, Soares RB, Araújo ARF, Cavalcante I S, Monteiro CFS. Caracterização dos casos de suicídio em uma capital do Nordeste Brasileiro. *Rev. bras. enferm.* 2007.60(4): 377-381.
12. Diekstra RFW, Gulbinat W. The epidemiology of suicidal behaviour: a review of three continents. *Wld Hlth Sta Q* 1993;46:52-68.
13. Meneghel SN, Victora CG, Faria NMX, Carvalho LA, Falk JW. Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul. *Rev Saúde Pública*. 2004; 38(6):804-10.
14. Minayo MCS, Pinto LW, Assis SG, Cavalcante FG, Mangas RMN. Trends in suicide mortality among Brazili an adults and elderly, 1980-2006. *Rev Saude Publica*. 2012; 46(2): 300-309.
15. Cavalcante FG, Minayo MCS Autópsias psicológicas e psicossociais de idosos que morreram por suicídio no Brasil. *Ciência& Saúde Coletiva*.2012, 17(8):1943-1954,
16. Schnitman G, Kitaoka EG, Arouc GSS, Lira, ALS, Nogueira D, Duarte MB. Taxa de mortalidade por suicídio e indicadores socioeconômicos nas capitais brasileiras. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 2010; 34(1):44-59.
17. Santos CM, Bertolote JM, Wang YP. Epidemiology of suicide in Brazil (1980-2000): characterization of age gender rates of suicide. *Rev Bras Psiquiatr* 2005;27(2):131-4.
18. Marín-león L, Barros MBA. Mortes por suicídio: diferenças de gênero e nível socioeconômico. *Revista Saúde Pública*, São Paulo, 2003; 37(3): 357-63.
19. Botega, NJ, Cais, CFS, Rapeli, CB (2012). Comportamento suicida. In N. J. Botega (Org.), *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência* (pp. 335-355). Porto Alegre, RS: Artmed.

20. Meyer TN, Resende ILC, Abreu JC. Incidência de suicídios e uso de agrotóxicos por trabalhadores rurais em Luz (MG), Brasil. *Rev. bras. Saúde ocup.*, São Paulo, 2007; 32 (116): 24-30.
21. Pires DX, Caldas ED, Recena MCP. Uso de agrotóxicos e suicídios no Estado de Mato Grosso do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 2005; 21: 598-605.
22. Lima FJC, Marques PRBO, Nunes GS, Tanaka SMCN. Inseticida organofosforados metamidofós: aspectos toxicológicos e analíticos. *Pesticidas: R. Ecotoxicol e Meio Ambiente*. 2001;10(2):17-34.
23. Barbieri E. Pesticidas: um problema grave de saúde pública e ambiental. *Associação Brasileira para o Desenvolvimento de Lideranças*. 2006; 17(6):148-53.
24. Mann JJ, Waternaux C, Haas GL, Malone KM. Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *Am J Psychiatry* 1999;156:181-9.
25. Lesage AD, Boyer R, Grunberg F, Vanier C, Morissette R, Menard-Buteau C et al. Suicide and Mental Disorders: A Case-Control Study of Young Men. *American Journal of Psychiatry* 1994;151:1063-8.
26. Gotsens M, Marí-Dell'Olmo M, Rodríguez-Sanz M, Martos D, Espelt A, Pérez G, Borrell, C. Validation of the underlying cause of death in medicolegal deaths. *Revista Espanhola de Salud Publica*, 2011; 85(2):163-74.
27. Pritchard C, Hean S. Suicide and undetermined deaths among youths and young adults in Latin America. Comparison with the 10 major developed countries—A source of hidden suicides? *Crisis*, 2008; 29(3),145–53.
28. Organização Mundial da Saúde. *Prevenção do suicídio: manual para médicos clínicos gerais*. Genebra: OMS; 2000.

A INSERÇÃO DA TECNOLOGIA ASSISTIVA NO PET-SAÚDE REDE DE CUIDADO A PESSOA COM DEFICIÊNCIA ATRAVÉS DO PROJETO SOL

*Erika Gonçalo Lima*¹, *Anna Larissa Moraes Mesquita*², *Eliany Nazaré Oliveira*³, *Tamires Alexandre Félix*⁴, *José Machado Linhares*⁵, *Josiane da Silva Gomes*², *Gleisson Ferreira Lima*⁶, *Elaine Cristina Araújo*⁶

1. Terapeuta Ocupacional pela Universidade de Fortaleza (Unifor). Especialista em Saúde da Família pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Gerente do Projeto "Superando Obstáculos e Limites" (SOL). Preceptora do PET-Saúde "Redes de Atenção". Sobral (CE), Brasil. E-mail: erikalg@gmail.com
2. Estudante de graduação em Enfermagem na UVA. Bolsista do PET-Saúde Redes de Atenção. Sobral (CE), Brasil.
3. Enfermeira. Doutora em enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Coordenadora do PET Redes de Atenção. Sobral (CE), Brasil.
4. Enfermeira. Mestranda em Saúde da Família. Preceptora do PET-Saúde Redes de Atenção. Sobral (CE), Brasil.
5. Enfermeiro. Educador Físico. Mestre em Atividade Física e Saúde pela Universidade Católica de Brasília (UCB). Tutor do PET-Saúde "Redes de Atenção". Sobral (CE), Brasil.
6. Estudante de graduação em Educação Física na UVA. Bolsista do PET-Saúde "Redes de Atenção". Sobral (CE), Brasil.

INTRODUÇÃO

O governo federal participa de forma ativa na política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde justificando a instituição de um programa que permite aos profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS) e aos acadêmicos da área da saúde participar de grupos de aprendizagem tutorial sob a perspectiva das Redes de Atenção. Como exemplo, cita-se o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) e sua ramificação em PET-Saúde Redes de Atenção.

Este vem oportunizar aos trabalhadores do SUS, uma qualificação profissional através da reflexão crítica do seu processo de trabalho na preceptoría em serviço com monitores graduandos de várias categorias profissionais.

O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) objetiva a integração ensino-serviço-comunidade visando à construção de conhecimentos para o SUS e no SUS com olhar crítico e social conforme as necessidades da comunidade¹.

O PET-Saúde Redes de Atenção desenvolvido pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), na cidade de Sobral - Ceará, estrutura-se em quatro Redes, identificadas como: Rede Cegonha, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Atenção às Urgências e Emergências e Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência.

Cada serviço foi contemplado com a inserção de dois monitores e um preceptor com a finalidade de desenvolver ações de preceptoría em serviço, pesquisa e qualificação contribuindo com o processo de trabalho a partir das diretrizes de sua rede e dos pressupostos do SUS.

A Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência é composta por um tutor, seis preceptores e doze monitores. As categorias profissionais envolvidas são: Educação Física, Enfermagem, Fisioterapia, Serviço Social e Terapia Ocupacional.

O PET-Saúde Redes de Atenção atua na Rede de Cuidados à Pessoas com Deficiência com ações de promoção à saúde e prevenção de doenças no eixo da reabilitação da capacidade funcional e desempenho humano contribuindo para a inclusão social.

Passados 13 anos da Política Nacional da Pessoa com Deficiência o esforço para garantir equidade, acesso e humanização a esta demanda tem impactado o setor saúde, porém é preciso empoderar os profissionais sobre estratégias que permitam resolutividade na atenção através da longitudinalidade do cuidado.

Um serviço municipal em Sobral tem protagonizado ações que visam o cumprimento das diretrizes da política de maneira inovadora em parceria com o PET-Rede de Cuidado à Pessoas com Deficiência/UVA, o Projeto Superando Obstáculos e Limites (SOL). O Projeto SOL foi idealizado em 2009 e concretizado em 2010 quando um coletivo de Terapeutas Ocupacionais da 6ª e 7ª turma de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família foram capacitados com oficinas e grupos com pessoas com deficiência, pais e cuidadores.

O Projeto SOL está atrelado aos princípios da reabilitação baseada na comunidade, família, inclusão social, reabilitação, corresponsabilização do cuidado, integralidade e otimização dos recursos públicos². Caracteriza-se como uma Tecnologia Assistiva com a finalidade de confeccionar órteses e adaptações com materiais de baixo custo para promover habilidades funcionais, proporcionando autocuidado às pessoas com deficiência e maior independência nas atividades de vida diária (AVD) e atividades instrumentais de vida diária (AIVD)².

As equipes interagem, orientam, confeccionam e validam órteses e adaptações no domicílio dos pacientes cadastrados. O objetivo deste estudo é relatar a experiência vivenciada durante o acompanhamento das atividades do Projeto Superando Obstáculos e Limites por integrantes do PET-Redes.

METODOLOGIA

Esse trabalho consiste em um artigo de natureza descritiva em formato de relato de experiência retrospectivo sendo o mesmo construído a partir de uma abordagem qualitativa, numa ótica dialogal e de relações. Os relatos de experiência são tidos como metodologias de observação sistemática da realidade, sem o objetivo de testar

hipóteses, mas estabelecendo relações entre os achados dessa realidade e bases teóricas pertinentes³.

Apresenta-se a sistematização das experiências vivenciadas e conhecimentos construídos por meio de visitas domiciliares e institucionais na sede do projeto, discussão de casos e análise do processo de trabalho, no período de agosto a novembro de 2014 tomando por base os registros em diário de campo das equipes do PET-Redes e do Projeto SOL.

Utilizou-se como técnica de produção de dados o método da observação incorporada que considera e valoriza as relações entre o ambiente e o ser humano na experiência, uma vez que na vivência há interação entre sentimentos e emoções na observação⁴.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

É importante inicialmente conceituar e distinguir os dispositivos construídos coletivamente nas ações. Órteses são dispositivos que podem ser aplicados ao corpo para proteger estruturas reparadas, manter ou aumentar a amplitude de movimento quando não há força muscular suficiente ou ser base para a inserção em aparelhos de auto-ajuda⁵. Já as adaptações abrangem o amoldamento, adequação em determinado objetos com a finalidade de facilitar a utilização desse pelo usuário que possua algum tipo de limitação/dificuldade em utilizar o referido utensílio. Este é realizado após a análise de função do objeto e as capacidades remanescentes do usuário, a partir da criatividade adquirindo conhecimentos teóricos e práticos⁶.

O roteiro de atividades consistiu na definição do fluxograma na Atenção Primária e Secundária à Saúde, processo de aquisição de material de baixo custo, mapeamento das demandas e atividades, visitas domiciliares, confecção de órteses, preenchimento das fichas de produção ambulatoriais, discussão das principais patologias e órteses/adaptações construídas, avaliações das necessidades do usuário e sua família, bem como a validação das tecnologias assistivas confeccionadas através de melhora da qualidade de vida e apoio institucional.

Confeccionou-se em preceptoria órteses para pacientes com sequelas de patologias diferenciadas como Hanseníase, Acidente Vascular Cerebral, Amiotrofia Espinhal, de posicionamento estático, para extensão de punho e falanges e funcional dorsal. Apesar da distinção entre as patologias, as órteses confeccionadas para pacientes com Hanseníase e Apoplexia foram semelhantes, visto que o objetivo do dispositivo era o mesmo para o posicionamento anatômico adequado dos membros afetados. Além de adaptações para pacientes com Paralisia Cerebral e Traumatismo Raquimedular como adaptação para cadeira higiênica e cinto postural.

Acompanhou-se também adaptação em cadeira de rodas, cadeira higiênica e de alimentação. Nessa experiência percebeu-se a grande importância da articulação entre o Projeto SOL e PET-Saúde Redes, pois existem serviços em Sobral que disponibilizam órteses para pacientes, porém não são feitas sob medida em correspondência às especificidades anatômicas dos pacientes o que justifica a não adesão ou uso inadequado agravando ainda mais seu estado saúde-doença. O quadro seguinte apresenta as órteses e adaptações desenvolvidas no período de atividades.

Quadro 1: Órteses e adaptações desenvolvidas pelos integrantes do Projeto SOL e PET-Rede de Apoio à Pessoa com Deficiência no período de agosto a novembro de 2014.

Tecnologia Assistiva	Limitação	Função
Órtese de posicionamento funcional estática para membro inferior	Inflamações nos tendões; Fratura óssea; Processos Álgicos.	Aumentar a amplitude articular.
Órtese de posicionamento funcional estática para flexão do punho	Traumatismo RaquiMedular; Acidente Vascular Cerebral; Paralisia cerebral; Sequela de Hanseníase.	Posicionar o punho em flexão.
Órtese de posicionamento funcional estática para extensão do punho	Traumatismo RaquiMedular; Acidente Vascular Cerebral; Paralisia cerebral; Sequela de Hanseníase.	Posicionar o punho em extensão.
Órtese de posicionamento funcional estática dorsal	Amiotrofia Espinhal.	Posicionar o punho de forma anatômica.
Órtese de posicionamento funcional estática para extensão de falanges	Traumatismo RaquiMedular; Acidente Vascular Cerebral; Sequela de Hanseníase; Fratura óssea; Comprometimento nos tendões.	Posicionar as falanges de forma anatômica.
Órtese de posicionamento funcional estática para amplitude articular dos metacarpos falangeanas-MTCF	Acidente Vascular Cerebral; Sequelas neurológicas.	Aumentar a amplitude articular dos metacarpos falangeanas.
Órtese de posicionamento funcional estática para abdução do polegar	Sequelas neurológicas.	Evitar o polegar incluso.
Adaptação para cadeira higiênica	Paralisia cerebral.	Auxiliar na higiene corporal.
Adaptação cinto postural torácico para cadeira de rodas	Sequelas neurológicas e doenças genéticas neurológicas.	Auxiliar na postura sentada para pacientes que não possuem controle de tronco.

O trabalho em conjunto de profissionais e acadêmicos de categorias diversas favoreceu o desenvolvimento das adaptações sendo todas bem aceitas pelas famílias pelo caráter de fácil reprodução e baixo custo. A partir do acompanhamento nos diversos itinerários do Projeto SOL com a construção das órteses e adaptações com a família estimulou-se e fortaleceu o papel de cada membro como cuidador e corresponsável pelo cuidado.

Além de vivenciar novas experiências, foi possível conhecer os benefícios da Tecnologia Assistiva acreditando na funcionalidade, independência e participação social reconhecendo o cliente por suas habilidades e considerando suas prioridades. Nessa perspectiva personalizada de confecção de órtese e adaptação visualiza-se a qualidade de vida e satisfação do usuário em seu ambiente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Tecnologia Assistiva dentro da Rede de Cuidados através do Projeto SOL e do PET-Redes é mais um ponto de atenção à pessoa com deficiência devendo ser fortalecido e apoiado por outros setores para promover uma assistência integral.

Reconhece-se a necessidade de aprimorar a disciplina de saúde coletiva nos cursos de graduação da saúde, sob a perspectiva de Redes e de apoio a pessoa com limitações no campo da Atenção Domiciliar, haja vista a necessidade de pessoas com este perfil para o desempenho de função no SUS.

O PET pode ser reconhecido como sinônimo de valorização profissional indo além do reconhecimento por competência, qualificação da assistência e consolidação das Redes de Atenção no SUS. Refere-se ao estímulo pertinente ao desenvolvimento de pesquisas relacionadas ao processo de trabalho com a pessoa com deficiência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Portaria Interministerial nº 1.802/GM/MS, de 26 de agosto de 2008. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET – Saúde. Diário Oficial da União (2008 Ago 27).
2. Lima EG. Projeto SOL: Superando Obstáculos e Limites. Sobral (CE): [s.n]; 2012.
3. Dyniewicz AM. Metodologia da pesquisa em saúde para iniciantes. 2. ed. São Caetano do Sul (SP): Difusão; 2009.
4. Rheingantz PA; Alcantara D. Cognição experiência, observação incorporada e sustentabilidade na avaliação pós-ocupação de ambientes urbanos. Ambiente Construído. 2007;7 (1): 35-46.
5. Cavalcanti A, Galvão C. Terapia Ocupacional: Fundamentação e prática. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan; 2007.
6. Hohmann P, Cassapian MR. Adaptações de baixo custo: uma revisão de literatura da utilização por terapeutas ocupacionais brasileiros. Rev. Ter. Ocup. Univ. 2011; 22(1):10-18.

PERFIL SÓCIO EPIDEMIOLÓGICO DOS ÓBITOS MATERNOS OCORRIDOS NO ESTADO DO PIAUÍ

Gilvo de Farias Júnior¹, Jucileide Gomes Matias², Maria do Socorro de Almeida Chaves Soares^{3}.*

1. Nutricionista. Departamento de Nutrição. Universidade Federal do Piauí - UFPI - Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Bairro Ininga – Teresina/PI.

2. Enfermeira. Hospital Regional de Campo Maior-PI.

3. Pós-graduanda em Saúde da Família pela Universidade Aberta do Piauí – UAPI. Enfermeira, Especialista e Auxiliar de Enfermagem do PSF. Fundação Municipal de Saúde de Teresina – PI.

* Correspondência: Rua Venceslau Brás, nº 4826, Bairro Lourival Parente, CEP: 64.022-300. Endereço Eletrônico: socorrochaves.le@hotmail.com.

INTRODUÇÃO

Mortalidade Materna (MM) é definida como a morte de uma mulher durante a gravidez ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independente da duração ou localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez e seu manejo, mas não por causas acidentais ou incidentais (1).

De acordo com as causas obstétricas, as mortes maternas são classificadas em dois tipos, as causas obstétricas diretas e as obstétricas indiretas. As causas diretas (hemorragia, infecção puerperal, hipertensão, tromboembolismo, acidente anestésico) são aquelas resultantes de complicações relacionadas à gravidez, parto e puerpério devido a tratamento incorreto, omissão, intervenção, ou resultantes de uma série de eventos que resultem de tais causas. As mortes por causas obstétricas indiretas (cardiopatias, colagenoses e outras doenças crônicas) são resultantes de doenças já existentes antes da gestação ou que se desenvolveram durante esta e que são agravadas pelas alterações fisiológicas próprias da gestação (2,3).

Ainda como causas adicionais de óbito materno têm-se: a não obstétrica ou não relacionadas (resultantes de outras causas acidentais ou incidentais que aconteceram durante a gravidez, mas sem relação com ela); Óbito materno tardio - óbito da mulher por causas obstétricas diretas ou indiretas, com mais de 42 dias e menos de um ano após o término da gravidez (4,5).

A MM também é considerada um importante indicador da realidade social de um país, sendo correto afirmar que as condições pelas quais as mulheres morrem refletem o nível do desenvolvimento humano da população. Portanto, o valor da mulher como ser social, a morte materna torna-se ainda mais significativa em decorrência dos problemas provocados na família, tanto emocionalmente - revelada pelo choque, surpresa, desespero, não aceitação, incerteza e medo do futuro; quanto socialmente - onde a família se depara com o conflito de relações, com a ausência de sustentação (3).

A MM ainda reflete a deficiência de qualidade da assistência oferecida nos serviços de saúde, bem como a insatisfatória operacionalização das políticas públicas voltadas à saúde da mulher, pois é um evento presente com alta incidência no país e atrai diversas

discussões e preocupações. No mundo estima-se que, anualmente, mais de 500 mil mulheres morram de complicações da gravidez e do parto. Cerca de sete milhões de mulheres que sobrevivem a essas complicações sofrem graves problemas de saúde e quase 50 milhões sofrem eventos adversos à saúde como consequência do parto. A maioria dessas doenças e complicações ocorre nos países em desenvolvimento (2).

Torna-se relevante o interesse da investigação sobre óbito materno, pois em todo o mundo a cada minuto uma mulher morre durante o trabalho de parto e/ou por complicações na gravidez, e no Brasil este problema atinge os vários Estados de forma irregular. Uma mulher gestante de um país em desenvolvimento tem um risco de morrer por causas ligadas à gestação de 100 a 200 vezes maior do que a mulher grávida em um país desenvolvido (6).

Para o enfrentamento deste problema de Saúde Pública e considerando o envolvimento de diversos atores sociais, o Ministério da Saúde (MS) apoiou à adoção do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (PNRMM), seguindo como estratégia a implantação de Comitês de Morte Materna (CMM) visando a melhora da qualidade dos registros sobre a MM, por meio da investigação dos óbitos ocorridos em mulheres em idade fértil, com a finalidade de se construir ações para a diminuição desses óbitos (7).

Neste contexto, torna-se relevante a assistência de qualidade à gestante durante o pré-natal e revela a importância de uma equipe comprometida com a assistência adequada a esta mulher para diminuir os elevados índices de morbimortalidade materna no país. Diante da importância deste estudo, faz-se necessário descrever o perfil Sócio Epidemiológico dos óbitos maternos ocorridos e investigados no Estado do Piauí no período de 2000 a 2012, verificar a prevalência desses óbitos, identificar suas causas e investigar o local de ocorrência destes óbitos neste período.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal do tipo levantamento retrospectivo, de caráter descritivo, com abordagem quantitativa.

Os dados foram colhidos do Ministério da Saúde (MS), através da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), no Departamento de Informática do MS (DATASUS), por intermédio do site www.datasus.gov.br, através de pesquisa no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), software disponibilizado pelo DATASUS para o registro e acompanhamento de óbitos no país. Acessando-se o Tabnet, localizou-se o link estatísticas vitais. A partir daí, selecionou-se o tópico mortalidade materna, com os dados referentes ao Estado do Piauí, por ano de ocorrência e dados epidemiológicos correlacionados.

O universo da pesquisa foi composto por todos os óbitos maternos no SIM, ocorridos e investigados no Estado do Piauí no período compreendido entre 2000 a 2012, totalizando 602 óbitos. Participaram da amostra os óbitos declarados no SIM que estiveram de acordo com os seguintes critérios: mulheres com idade entre 10 a 49 anos (mulheres em idade fértil que morreram por causas relacionadas à gravidez, de acordo com a classificação da OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde); óbitos que possuem causas obstétricas como fator principal do óbito; óbitos considerados maternos e não acidentais. Foram excluídos do estudo os óbitos que não preencheram os critérios de inclusão citados acima. O estudo teve abrangência de 100% dos óbitos maternos que atendam aos critérios de inclusão.

Os dados foram coletados no período de abril a junho de 2014. A coleta ocorreu somente neste período devido a não divulgação dos óbitos ocorridos no ano de 2012 no SIM, como proposto anteriormente para se alcançar os objetivos deste estudo. Para a apuração dos dados, o estudo contém as seguintes variáveis: faixa etária, cor/raça, escolaridade, estado civil, a causa com classificação dos óbitos ocorridos e investigados e o local de ocorrência destes óbitos.

Os dados foram analisados no período de junho a julho de 2014 e digitalizados em um banco de dados, e em seguida, inseridos em planilha do programa Microsoft Office Excel 2010. Posteriormente, foram organizados em categorias, tabelas e figuras e interpretados através de frequências absolutas e percentuais para discussão dos resultados obtidos com o referencial relacionado ao tema.

Com relação aos Aspectos Éticos, como os dados analisados são divulgados pelo DATASUS de forma aberta, não havendo identificação dos indivíduos envolvidos na pesquisa, exime os riscos de infração.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com os dados disponibilizados pelo DATASUS, foram identificados 602 óbitos maternos no Estado do Piauí, no período de 2000 a 2012. Desse total de mortes, a figura 1 revela que, 280 (46,5%) dessas mulheres encontraram-se na faixa etária entre 20 a 29 anos, seguido da faixa etária entre 30 a 39 anos com 176 (29,3%). Quando somados o número de mulheres na faixa etária de 20 a 39 anos, obteve-se um total de 85,8%, resultado bastante significativo para a idade produtiva destas mulheres. De acordo com Herculano (5), resultado como este, já é esperado, pois o mesmo considera que nessa faixa etária ocorre o maior número gestações. Este estudo corrobora com o de Keffler (2), em que a maioria dos óbitos maternos (33%) acometeram gestantes na faixa etária de 20 a 24 anos, e 26% atingiram mulheres que tinham entre 30 a 34 anos de idade.

Com relação à cor/raça, neste estudo predominou a parda com 368 (61,1%), seguida de 81 (13,5%) na branca, 77 (12,8%) ignorado e 70 (11,6%) na preta, 5 (0,8%) na amarela e (1) 0,2% na indígena. Sombrio (8), encontraram resultados diferentes de óbitos maternos com uma frequência de 61,4% de mulheres da cor branca, 8,1% da cor parda, 5,9% da cor negra, assemelhando-se com o presente estudo, apenas a cor amarela com 0,4% e a indígenas 0,3%. Keffler (2), também obtiveram a maior frequência dos óbitos entre mulheres brancas (74%) do que pelo grupo das negras (16%) e por último, as pardas (10%) e nenhum óbito de mulheres indígenas e amarelas foi registrado.

Carreno (9) afirmam que as causas de morte materna podem estar relacionadas à predisposição biológica das mulheres pretas para doença cardiovasculares, como a hipertensão arterial e também chama a atenção para as desigualdades sociais relacionados à dificuldade de acesso; para a baixa qualidade do atendimento recebido e para a falta de ações e capacitação de profissionais de saúde voltadas para os riscos específicos aos quais as mulheres da raça preta estão expostas.

Figura 1. Perfil Sócio Epidemiológico dos óbitos maternos ocorridos e investigados. Piauí – 2000 a 2012

Variáveis	N	%
Faixa etária (anos)		
10 a 14	9	1,5
15 a 19	94	15,6
20 a 29	280	46,5
30 a 39	176	29,3
40 a 49	43	7,1
Total	602	100
Cor/raça		
Branca	81	13,5
Preta	70	11,6
Amarela	5	0,8
Parda	368	61,1
Indígena	1	0,2
Ignorado	77	12,8
Total	602	100
Escolaridade (anos)		
Nenhuma	63	10,5
1 a 3	114	18,9
4 a 7	138	22,9
8 a 11	78	13
12 e mais	32	5,3
Ignorado	177	29,4
Total	602	100
Estado civil		
Solteira	226	37,5
Casada	234	39

Viúva	0	0
Separada judicialmente	2	0,3
Outro	37	6,1
Ignorado	103	17,1
Total	602	100

Fonte: DATASUS – Ministério da Saúde – Brasil (2000 a 2012).

Para a escolaridade, 177 (29,4%) aparecem como ignorado, 138 (22,9%) de 4 a 7 anos, 114 (18,9%) de 1 a 3 anos, 78 (13%) de 8 a 11 anos, 63 (10,5%) nenhuma escolaridade e 32 (5,3%) de 12 e mais anos. Nas observações do estudo de Keffler (2), o nível de escolaridade predominante entre as mulheres que faleceram foi o ensino fundamental incompleto com 84%, 13% dos casos com informação ignorada e apenas uma mulher (3%) tinha ensino superior completo. Carreno (9) também perceberam que a mortalidade materna ocorreu nas mulheres com menor escolaridade, em especial aquelas com menos de sete anos.

Em relação ao estado civil encontrado, 234 (39%) eram casadas, 226 (37,5%) solteiras, 103 (17,1%) ignorado, 37 (6,1%) outro, 2 (0,3%) separada judicialmente e nenhum caso (0%) viúva. Os dados encontrados são próximos aos apresentados em Sombrio (8) em que 45,86% dos óbitos ocorreram em mulheres casadas, 41,36% em solteiras, 2,05% em mulheres separadas. Já Carreno (9) dos 323 óbitos ocorridos no Rio Grande do Sul, no período de 2004 a 2007 encontrou como referência ao estado civil a mortalidade materna mais elevada entre as mulheres solteiras.

De acordo com Leite (10) os fatores determinantes dos óbitos maternos por causas diretas operam em vários níveis, englobando o menor status social e as condições socioeconômicas das mulheres, que definem o acesso à educação, bens e serviços, incluindo os serviços de saúde de qualidade. Revelam ainda como fatores de risco para estes óbitos a idade materna mais elevada, o menor nível de escolaridade, a ausência de companheiro, o tipo de ocupação, o número reduzido de consultas durante o pré-natal e as condições prévias de saúde.

Ainda com relação ao raça/cor, escolaridade e estado civil, destaca-se que o registro de informações ignoradas apresentou respectivamente (12,8%, 29,4% e 17,1%) em que não apresentava informações sobre essas variáveis, impossibilitando, uma avaliação do perfil destes óbitos, resultado que dificulta o monitoramento da mortalidade materna. Carreno (9) também encontraram um alto percentual de dados ignorados no SIM, nas variáveis escolaridades, cor da pele e estado civil, evidenciando limitação no Sistema de Informação. Ressalva ainda que a completude destas informações possa nortear o planejamento de pesquisas, políticas públicas, intervenções e planejamento, dentre outras ações.

Mota (11) afirma que o presente estudo aponta para um problema de subnotificação que tem sido evidenciado em outros Municípios brasileiros. Souza (7) revela que o banco de dados adotado pelo Brasil sobre MM foi considerado de má qualidade, devido à falta de coleta de dados minuciosa e abrangente em todo o território nacional sobre esse tema.

Figura 2. Prevalência de óbitos maternos ocorridos e investigados. Piauí - 2000 a 2012



Fonte: DATASUS – Ministério da Saúde – Brasil (2000 a 2012).

Os dados apresentados na figura 2 revelam que dos 602 óbitos maternos que ocorreram entre os anos de 2000 a 2012, houve uma variação entre 34 (5,6%) em 2003 e 62 (10,3%) em 2008 e que a maior ocorrência destes óbitos, foram os anos de 2008 com 62 óbitos, 2005 com 56 e 2012 com 48 casos. Seguidos dos anos de 2001, 2002 e 2010 em que ocorreram 47 casos em cada ano. Na investigação de Herculano (5) em uma instituição de Fortaleza, a ocorrência de 96 óbitos por causas maternas no período de 2000 a 2008, sofreu uma variação entre 4 (4,4%) e 16 (16,5%) em 2004.

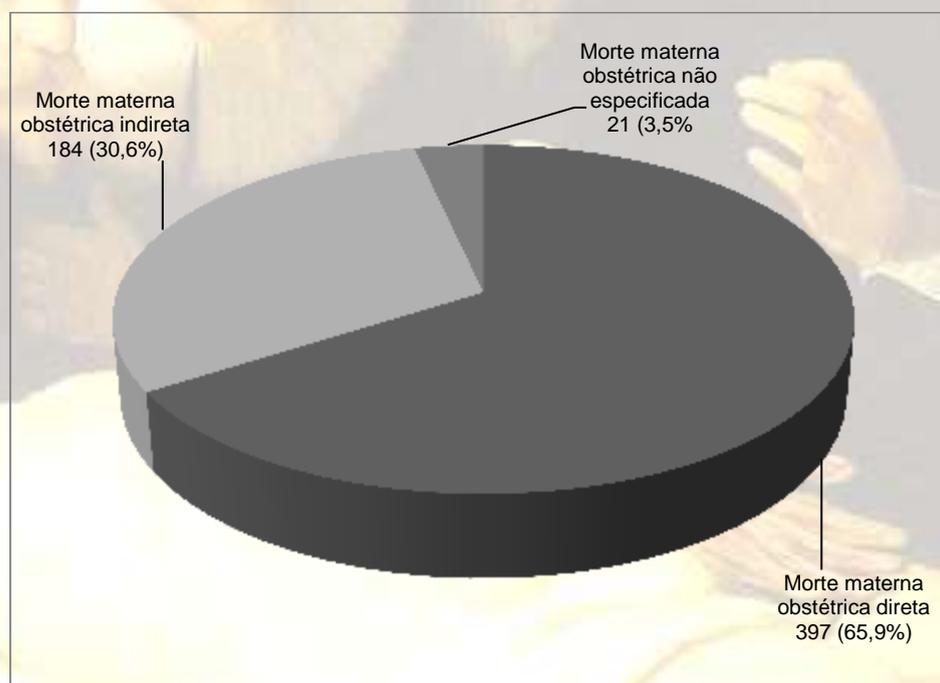
Neste estudo, observou-se que comparando os anos entre 2000 a 2012, o número de morte materna variou entre declínio e elevação, chegando a 34 casos em 2003 e 62 em 2008. Segundo Souza (12), desde 2002, parece ter ocorrido uma estagnação na situação da mortalidade materna e as estimativas do Ministério da Saúde têm se mantido no patamar de 75 mortes por 100 mil nascidos vivos e o Brasil precisaria atingir 35 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos até o ano de 2015. Em setembro de 2011, novas estimativas foram publicadas, confirmando essa tendência de estagnação observada na última década, embora de acordo com essas estimativas a estagnação teria ocorrido num patamar ao redor de 66 mortes por 100 mil nascidos vivos (segundo essas estimativas, a razão de mortalidade materna em 2000 seria de 67 mortes por 100 mil nascidos vivos).

Morse (13) destacam ainda que de acordo com a Organização das Nações Unidas (ONU), a mortalidade materna reduziu menos de 1% ao ano até 2005, abaixo dos 5,5% anuais necessários para atingir a meta que, na Cúpula do Milênio foi adotada oito Metas de Desenvolvimento, e entre elas, a de diminuir a mortalidade materna em 75% até 2015. Carreno (9) ressaltam que a mortalidade materna em países em desenvolvimento permanece bastante acima do preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em que a Razão de Mortalidade Materna (RMM) deve ser abaixo de 20 óbitos em 100 mil nascidos vivos.

Na figura 3, quanto às causas dos óbitos maternos ocorridos e investigados no Piauí, a maior causa foi a morte materna obstétrica direta com 397 óbitos (65,9%), seguido de morte materna obstétrica indireta com 184 óbitos (30,6%) e a morte materna obstétrica não especificada com 21 óbitos (3,5%).

Semelhante a esta pesquisa, Sombrio (8) verificaram que 63% das causas de mortes maternas foram classificadas como diretas, 31% por causas indiretas e 5,1% como não especificadas. Leite (10) encontraram resultados semelhantes em que a mortalidade materna em área urbana do nordeste do Brasil, a maioria desses óbitos foram as causas obstétricas diretas com 54,7% e mortes maternas indiretas com 45,3%.

Figura 3. Causas dos óbitos maternos ocorridos e investigados. Piauí - 2000 a 2012



Fonte: DATASUS – Ministério da Saúde – Brasil (2000 a 2012).

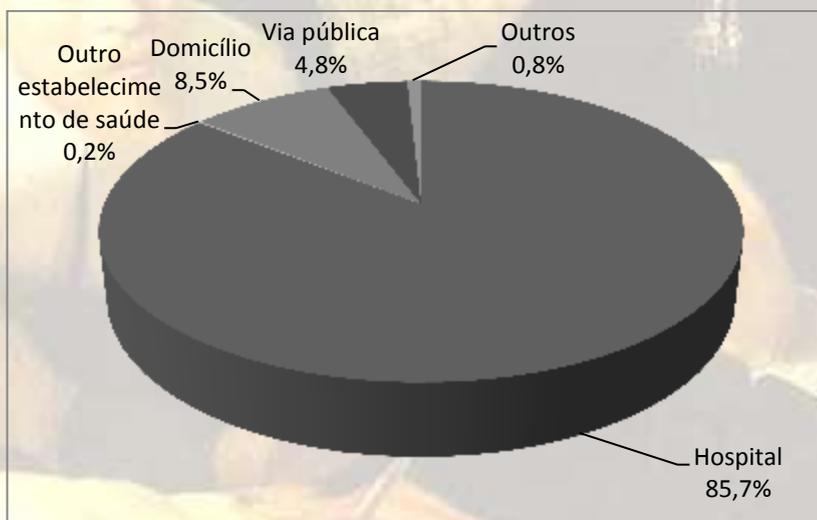
Na figura 4, quanto ao local de maior ocorrência dos óbitos materno ocorreu no ambiente hospitalar com 516 óbitos (85,7%), seguido do domicílio com 51 óbitos (8,5%), em via pública com 29 óbitos (4,8%), outros locais com 5 óbitos (0,8%) e em outro estabelecimento de saúde com 1 caso (0,2%).

A maioria das mortes maternas de Sombrio (8) ocorreu em ambiente hospitalar com 86,3%, mas também ocorreram em domicílio e via pública, respectivamente em 4,8% e 1,6% dos casos, e em outros locais de ocorrência ou ignorados com 7,3%, assemelhando-se a este estudo.

O mesmo autor chama a atenção de que a mortalidade materna está associada à disponibilidade, acessibilidade, adaptabilidade/aceitabilidade e qualidade dos serviços de saúde sexual e reprodutiva relacionados com a gravidez e o parto. Tanto os profissionais quanto a instituição de saúde nem sempre estão preparados para a atenção obstétrica de qualidade.

De acordo com estudos de Gonçalves (14) a qualidade da assistência pré-natal oferecida pela rede pública não tem respondido satisfatoriamente às necessidades das gestantes. Dentre os problemas encontrados podem ser destacados: o não cumprimento de normas e rotinas pelos profissionais; o não preenchimento de registros, inclusive do cartão da gestante; a falta de capacidade dos serviços em fazer a captação precoce da gestante e de promover sua adesão ao pré-natal.

Figura 4. Local de ocorrência dos óbitos maternos. Piauí - 2000 a 2012



Fonte: DATASUS – Ministério da Saúde – Brasil (2000 a 2012).

Santos (15) sugerem que quanto à assistência ao parto, a união de esforços da moderna tecnologia associada às bases humanísticas na assistência prestada à parturiente e os profissionais envolvidos, necessitam desenvolver uma sensibilidade humanística e tornarem-se capazes de reconhecer a importância integral da qualidade da assistência prestada à mulher nesse importante momento, além do suporte técnico-científico.

CONCLUSÃO

Os resultados desta pesquisa relativos aos óbitos maternos ocorridos e investigados no Estado do Piauí demonstraram semelhança à literatura relacionada ao tema em que a maioria das mulheres morreu em ambiente hospitalar, por causa de morte materna obstétrica direta, eram casadas e encontravam-se na faixa etária entre 20 a 39 anos, com um total de 85,8%, resultado bastante significativo para a idade produtiva destas mulheres.

Neste estudo predominou a cor/raça parda, enquanto que nos estudos encontrados a maioria dos óbitos maternos ocorreu entre a cor branca. Quanto ao nível de escolaridade apareceram em especial aquelas com menos de sete anos de estudo, também semelhantes a outros estudos. Fatores de risco importante para o aumento da mortalidade materna.

Ainda com relação ao raça/cor, escolaridade e estado civil, destaca-se que o registro de informações ignoradas apresentou dados significativos em que não apresentava informações sobre essas variáveis, impossibilitando, uma avaliação do perfil destes óbitos, resultado que dificulta o monitoramento da mortalidade materna.

Ao ser comparado os anos entre 2000 a 2012, o número de morte materna variou entre declínio e elevação, chegando a 34 casos em 2003 e 62 em 2008. Dado preocupante, pois ao iniciar o estudo com estes dados informados pelo SIM, no ano 2000 ocorreram 44 óbitos e ao término houve um acréscimo, com 48 casos.

Diante dessas considerações, espera-se que esta pesquisa contribua para o enfrentamento desta problemática. Sugere-se a ampliação de políticas públicas com relação a esta situação, um maior esforço e compromisso dos gestores juntamente com os profissionais envolvidos na assistência dessas mulheres, assim como a melhoria da qualidade do registro de dados para alimentar o Sistema de Informação para a realização de estratégias, no intuito de minimizar a taxa de mortalidade materna no Estado do Piauí.

REFERÊNCIAS

1. SOUZA MS, GARÇÃO GS, BARRETO SMSS, MENEZES MO, SILVA DP, SOUZA CS, et al. Mortalidade Materna: Perfil Epidemiológico em Sergipe (2001- 2010). *Cadernos de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde*. Aracaju. Out. 2013a; 1(17): 49-58.
2. KEFFLER K, SOUZA SRRK, WALL ML, MARTINS M, MOREIRA SDR. Características Sociodemográficas e Mortalidade Materna em um Hospital de Referência na Cidade de Curitiba – Paraná. *Cogitare Enferm*. Jul/Set. 2010; 15(3): 500-5.
3. MARINHO, A. C. N.; PAES, N. A. Mortalidade materna no estado da Paraíba: associação entre variáveis. *Rev Esc Enferm USP*, 2010; 44(3): 732-8.
4. ABOUZHR, C. A interpretação das novas estimativas de mortalidade materna: escolha ou confusão? *Questões de saúde reprodutiva*, 2011; 5(1): 96-109.
5. HERCULANO MMS, VELOSO LS, TELES LMR, ORIÁ MOB, ALMEIDA PC, DAMASCENO AKC. Óbitos maternos em uma maternidade pública de Fortaleza: um estudo epidemiológico. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, Abril. 2012; 46(2).
6. TOGNINI S, GARCIA MLB, BRAGA ALF, MARTINS LC et al. Perfil da mortalidade materna na região do Grande ABC de 1997 a 2005. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, São Paulo, Ago. 2011; 57(4).
7. SOUZA MS, LAURENTI R, KNOBEL R, MONTICELLI M, BRÜGGEMANN OM, DRAKE E. Mortalidade materna por hemorragia no Brasil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. maio-jun, 2013b; 2(3).
8. SOMBRIO SN, SIMÕES PW, MEDEIROS LR, SILVA FR, SILVA BR, ROSA MI, et al. Razão de mortalidade materna na região sul do Brasil no período de 1996 a 2005. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, 2011; 40(3).

9. CARRENO I, BONILHA ALL, COSTA JSD. Perfil epidemiológico das mortes maternas ocorridas no Rio Grande do Sul, Brasil: 2004-2007. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, Jun. 2012; 15(2).
10. LEITE RMB, ARAÚJO TVB, ALBUQUERQUE RM, ANDRADE ARS, DUARTE NETO PJ. Fatores de risco para mortalidade materna em área urbana do Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, Out, 2011; 27(10): 1977-1985.
11. MOTA, S. M. M.; GAMA, S. G. N.; THEME FILHA, M. M. A investigação do óbito de mulher em idade fértil para estimar a mortalidade materna no Município de Belém, Estado do Pará, Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, Jan-mar, 2009; 18(1): 55-64.
12. SOUZA, J. P. Mortalidade materna no Brasil: a necessidade de fortalecer os sistemas de saúde. **Rev Bras Ginecol Obstet.** 2011; 33(10): 273-9.
13. MORSE ML, FONSECA SC, BARBOSA MD, CALIL MB, EYER FPC. Mortalidade materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, Abril, 2011; 27(4): 623-638.
14. GONÇALVES MLC, GONÇALVES MLC, SILVA HO, OLIVEIRA TA, RODRIGUES LV, CAMPOS ALA. Perfil Sócio demográfico e Obstétrico de Puérperas Assistidas no Município de Iguatu – CE. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, abr./jun., 2012; 25(2): 33-39.
15. SANTOS APV, COELHO EAC, RODRIGUES LSA, PAIVA MS. Produção Científica sobre Mortalidade Materna em Periódicos de Enfermagem. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, jan./dez. 2010; 24(1, 2, 3): 81-86.



PRÓTESE DENTÁRIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: UMA NECESSIDADE SOCIAL

Hayra Corrêa Lima Albuquerque^{1}, Marina Sena Lopes da Silva Sacchetto², Denise Lima Malta Ramos², Marcoeli Silva de Moura³.*

1. Cirurgiã-dentista da ESF. Fundação Municipal de Saúde de Teresina-PI (FMS). Mestranda em Saúde da Família – Universidade Federal do Piauí (UFPI). *Correspondência. Endereço: Av. Roraima, 2940, Parque da Cidade Residence, bl.2, ap. 103, bairro Primavera, CEP 64007-200, Teresina-PI. E-mail: hayracla@hotmail.com.
2. Cirurgiã-dentista da ESF. FMS de Teresina-PI.
3. Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – RENASF / FIOCRUZ / UFPI e da Pós-Graduação em Odontologia – PPGO-UFPI.

INTRODUÇÃO

A atenção primária caracteriza-se por um conjunto de ações de âmbito individual e coletivo, que tem por objetivo desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes de saúde das coletividades. É a porta de entrada preferencial dos usuários na rede de atenção à saúde e busca produzir ações de promoção de saúde, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer sua autonomia (1). No Brasil, a atenção primária é desempenhada pela Estratégia Saúde da Família (ESF).

A inclusão da saúde bucal na ESF em dezembro do ano 2000 representou o passo inicial para a expansão da oferta de serviços públicos na área odontológica (2). A partir dessa inclusão, a oferta de tratamento odontológico na atenção primária teve um crescimento considerável, principalmente entre os anos de 2002 a 2012 (3).

Dados sobre saúde bucal obtidos no último levantamento epidemiológico realizado pelo Ministério da Saúde demonstraram que aproximadamente 70% dos adultos necessitam de algum tipo de prótese. A maioria (41,3%) necessita de prótese parcial em um maxilar e 1,3% de prótese total em pelo menos um maxilar. Entre os idosos de 65 a 74 anos, 24% necessitam de prótese total em pelo menos um maxilar e 15,4% necessitam de prótese nos dois maxilares (4).

A ausência de dentes compromete as funções mastigatórias, estética e fonética, que dependem de todos os elementos da cavidade bucal. A reabilitação protética é importante para recuperar a feição facial do estigma da imagem estereotipada do idoso: indivíduo de bochechas murchas, nariz grande e mento protuso (5). Entretanto, o uso de prótese dentária ainda é muito baixo, evidenciando a necessidade de programas/serviços de saúde bucal mais efetivos para mudar essa realidade (6).

Para sanar a carência de oferta de próteses dentárias para a população brasileira, uma boa estratégia seria incluir a reabilitação protética na atenção primária, se tornando assim, uma das ações oferecidas pela ESF. Isso se tornou possível, após o Ministério da Saúde implantar o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) instituído pela Portaria nº 1.654 GM/MS, de 19 de julho de 2011.

As equipes de saúde que aderiram ao PMAQ passaram a ofertar próteses dentárias aos usuários de suas microáreas, proporcionando a eles tratamento odontológico integral.

Assim, o objetivo deste estudo foi descrever a experiência de três equipes de saúde bucal que aderiram ao PMAQ e iniciaram a oferta do serviço de próteses dentárias.

MÉTODO

Em setembro de 2013 as equipes 188, 189 e 237 da Unidade Básica de Saúde (UBS) Doutor Antônio Benício Freire e Silva, localizada no bairro Poty Velho em Teresina-PI, aderiram ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), e iniciaram o serviço de prótese na UBS por ser esse um indicador de monitoramento desse programa.

A Gerência de Saúde Bucal (GESB) do município realizou inicialmente uma capacitação teórica com todos os cirurgiões-dentistas das equipes PMAQ para que se tornassem aptos a realizar os procedimentos clínicos para a instalação de próteses total (PT) e parcial removível (PPR), como previsto na portaria nº 74/GM, de 20 de janeiro de 2004 que os incluiu no escopo de ações da atenção básica.

Após essa capacitação, os profissionais das equipes da UBS do Poty Velho iniciaram o serviço de prótese dentária sempre na presença de um apoiador institucional especialista na área. Os pacientes eram encaminhados, por ordem de conclusão de tratamento cirúrgico-restaurador, ao cuidado protético que é realizado na própria UBS em um turno semanal pré-definido, atendendo em torno de 12 pacientes por semana, sendo 4 de cada micro área 188,189 e 237.

O atendimento protético obedece ao seguinte protocolo clínico: 1º sessão – moldagem anatômica; 2º sessão – ajuste do plano de cera e da dimensão vertical, registro interoclusal e seleção da cor dos dentes; 3º sessão – prova dos dentes em cera e moldagem funcional; 4º sessão – instalação da prótese e orientação sobre seu uso e higiene. Portanto, é necessário em média quatro retornos para os pacientes terem suas próteses instaladas. O laboratório credenciado pela Prefeitura Municipal de Teresina situa-se próximo à UBS, o que facilita todo o processo.

Os casos clínicos foram registrados por meio de uma fotografia inicial, e no dia da entrega da prótese foi realizada a fotografia final. Após período de aproximadamente um mês da instalação das próteses, os pacientes são agendados para reavaliação e, nessa ocasião, são coletados depoimentos informais sobre as mudanças percebidas, mediante autorização prévia do mesmo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A expectativa de vida no Brasil aumentou em 11,2 anos ao longo das 3 últimas décadas e, esse envelhecimento da população tem despertado interesse para as peculiaridades dessa faixa etária, atendendo para suas necessidades nos aspectos de saúde, sociais e econômicos. A saúde bucal tem papel importante na qualidade de vida dos idosos podendo afetar negativamente o nível nutricional, o bem-estar físico e mental, e também, diminuir o convívio social dos indivíduos (7,8).

Os problemas bucais mais frequentes nos idosos são elevada experiência de cárie, presença de doença periodontal nos poucos dentes remanescentes e altas taxas de edentulismo, que resulta no crescimento da demanda por próteses (6).

O edentulismo provoca problemas funcionais como dificuldade de mastigação, deglutição e fonação, disfunção no aparelho estomatognático e pode levar ao aparecimento de anemia, desnutrição, problemas digestivos, estéticos e alterações psicossociais (5).

As equipes de saúde bucal da UBS instalaram 65 próteses dentárias, sendo 45 PPR E 20 PT aos usuários da UBS Poty Velho, atendendo as necessidades de 37 pacientes, desde que o serviço foi implantado.

A maioria dos pacientes que necessitavam de próteses era proveniente de municípios do interior do estado e relataram que durante a infância e adolescência o único tratamento disponível para a dor de dente era a exodontia. Muitos residentes de zonas rurais e que trazem em suas bocas o retrato do descaso com a saúde bucal por parte do poder público em décadas passadas. Hoje, reabilitados, entendem a importância do controle das doenças bucais na boca de filhos e netos.

Com base nos relatos informais dos pacientes contemplados constatou-se que, houve grande satisfação e melhoria na qualidade de vida dos usuários beneficiados com o tratamento protético, confirmando uma reabilitação bucal em todas as suas funções: estética, fonética, mastigatória (Figuras 1, 2,3 e 4).



Figura 1. Paciente O. M. S., 53 anos, após tratamento cirúrgico-restaurador.



Figura 2. Paciente O. M. S., 53 anos, após tratamento protético.

Relato do paciente O. M. S., 53 anos: *“Eu gostei. Era do jeito que eu queria. Eu ia mandar fazer, mas disseram que aqui estava dando. A cor dos dentes. Eu estou gostando. Não estar folgada, encaixou bem!”*



Figura 3. Paciente M. F. L. R., 43 anos, após tratamento cirúrgico-restaurador.



Figura 4. Paciente M. F. L. R., 43 anos, após tratamento protético.

Relato do paciente M. F. L. R., 43 anos: *“Gostei muito! Me adaptei muito rápido. Gostei muito da estética, ficou bem legal, não poderia esperar melhor resultado. Minha autoestima melhorou com certeza. Saiu do jeito que eu queria. Era muito caro e Deus me ajudou e me colocou nas suas mãos”.*

CONCLUSÕES

Apesar da ansiedade e do receio por parte dos cirurgiões-dentistas em iniciar o serviço de prótese dentária sem ter especialização na área, foi necessário enfrentar este

desafio em busca do resgate de uma dívida histórica para com a população edêntula. Mesmo com todas as dificuldades, muitos usuários já foram atendidos e mostraram-se estar satisfeitos e felizes após a reabilitação.

REFERÊNCIAS

- 1- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)*: manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.
- 2- _____.Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.444 de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da Atenção em Saúde Bucal prestada nos municípios por meio do Programa Saúde da Família. *Diário Oficial da União*, Brasília, 29 dez. 2000. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/sileg/integras/142359.pdf>>. Acesso em: 15 de abril 2015.
- 3- _____.Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- 4- _____.Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.Secretaria de Vigilância em Saúde. *SBBrazil 2010*: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.
- 5- Miranzi MAS, Amuí MM, Iwamoto HH, Tavares DMS, Pinheiro AS, Coimbra MAR. Uso da prótese dentária entre idosos: um problema social REFACTS (online) 2015; 3(1):04-11. Disponível em: < <http://www.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/refacs/article/view/1029>>. Acessado em: 14 de junho de 2015
- 6- Venâncio GN, Souza MS, Lima TM, Salino AV, Meira JF, Gonçalves MJF. Uso e necessidade de prótese em idosos da região Norte do Brasil: Estudo reflexivo dos resultados do Projeto Saúde Bucal Brasil 2003 e 2010. *Sau. & Transf. Soc.* 2013; 4(4):78-82.
- 7- Araújo PF, Silva EFA, Silva DD, Sousa MLR. Quality of life of adults and elderly individuals who search the Piracicaba dentistry school service for total dental prostheses. *Rev Odontol UNESP.* 2008; 37(2): 109-116.
- 8- Medeiros JJ, Rodrigues LV , Azevedo AC, Lima Neto EA, Machado LS, Valenças AMG. Edentulismo, Uso e Necessidade de Prótese e Fatores Associados em Município do Nordeste Brasileiro. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*, João Pessoa, 12(4):573-78, out./dez., 2012.

IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE FITOTERAPIA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM BOM JESUS-PI: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.

Marluce Pereira Damasceno Lima¹, Clejja Moreno Benvindo², Kellyane Folha², Eldo José Rodrigues dos Santos³, Karla Nayalle de Souza Rocha¹.

1. Universidade Federal do Piauí.
2. Secretaria Municipal de Saúde de Bom Jesus-PI.
3. Universidade Estadual do Maranhão.

INTRODUÇÃO

A utilização da natureza para fins terapêuticos é tão antiga quanto à civilização humana, registrada em sistemas medicinais milenares em todo o mundo, especialmente nas civilizações chinesas, tibetana ou indiana; e, por muito tempo, produtos minerais, de plantas e animais foram fundamentais para a área da saúde. Por conseguinte, o uso de plantas medicinais foi muito importante para a concepção dos fitoterápicos e de novos fármacos (1).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) observou, por meio de comunicados e resoluções, a importância de incorporar a medicina moderna com a tradicional por meio do uso de plantas medicinais como instrumentos da assistência farmacêutica, especialmente no que se refere à assistência prestada na Atenção Primária à Saúde.

Dessa forma, em alguns países industrializados, como o Canadá, França, Alemanha e Itália, os produtos da medicina tradicional passam a ser utilizados por 70% a 90% de sua população; e vem sendo identificados pelas terminologias de medicina complementar, alternativa ou não convencional (2).

No Brasil, desde a década de 80, diversas ações e programas de fitoterapia foram implantados na rede pública de saúde após a publicação da Resolução Ciplan, 1988, que regulamentou a prática da fitoterapia no serviço público e criou procedimentos e rotinas relativas a essa prática nas unidades assistenciais médicas. Com isso, muitos Estados/Municípios desenvolveram políticas e legislação específica para o serviço de fitoterapia no Sistema Único de Saúde - SUS (3).

Destaca-se a criação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS, em 2006, que trouxe diretrizes e ações para inserção de serviços e produtos relacionados à medicina tradicional chinesa/acupuntura, homeopatia e plantas medicinais e fitoterapia, assim como para observatórios de saúde do termalismo social e da medicina antroposófica. Existe ainda, a Portaria Interministerial nº 2.960/2008, que instituiu o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, com vistas a atingir o objetivo da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos que visa “garantir à população brasileira o acesso seguro e o uso racional de plantas

medicinais e fitoterápicos, promovendo o uso sustentável da biodiversidade, o desenvolvimento da cadeia produtiva e da indústria nacional”; e a criação do Comitê Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (1).

Mediante tal prática de incentivo comunitário e solidário, atualmente, cerca de 82% da população brasileira utiliza produtos à base de plantas medicinais nos seus cuidados com a saúde, seja pelo conhecimento tradicional indígena, quilombola, entre outros povos e comunidades tradicionais, seja pelo uso popular e transmissão oral entre gerações, ou nos sistemas oficiais de saúde, como prática de cunho científico, orientada pelos princípios e diretrizes do SUS (3).

Nesse sentido, a Secretaria Municipal de Saúde de Bom Jesus - Piauí, visando suprir as necessidades medicamentosas e garantir o acesso a tratamentos alternativos, instalou uma horta comunitária em um espaço reservado na Penitenciária Estadual Dom Abel Nunes, por meio do incentivo do Ministério da Saúde em desenvolver a prática e a utilização de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos no Sistema Único de Saúde, especialmente, na Atenção Primária de Saúde.

Dessa forma, o presente trabalho teve como objetivo relatar o processo de implantação do Programa de Fitoterápicos realizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Bom Jesus-PI.

METODOLOGIA

Área de Estudo

O município de Bom Jesus está localizado na Microrregião do Alto Médio Gurguéia, sul do estado do Piauí. Situado à 632 km de Teresina, capital do estado, e a 1100 km da capital federal, Bom Jesus possui uma área de 5.685,57 km² sob as coordenadas geográficas de 09°04’26’ de latitude sul e 44°21’32’ de longitude oeste de Greenwich, com altitude de 300 m (4).

O município de Bom Jesus possui população de 23.642 habitantes, apresentando cobertura de 100,00 % de Atenção Básica, considerando Estratégia Saúde da Família e Saúde Bucal. No referido município existem 10 equipes de Saúde da Família com Saúde Bucal e 2 equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Além disso, o trabalho realizado na Atenção Básica é continuado nos estabelecimentos especializados em odontologia (Centro de Especialidades Odontológicas - CEO e Centro Municipal de Fisioterapia - MULTIFISIO). Bom Jesus conta ainda com o Programa Saúde na Escola integração e articulação permanente entre as políticas e ações de educação e de saúde, com a participação da comunidade escolar, envolvendo intersetorialmente as equipes de Atenção Básica e as equipes de Educação (5).

As práticas integrativas e complementares (PICs) trazem, na perspectiva da integralidade da atenção à saúde, o incremento de diferentes abordagens e a ampliação do acesso à práticas de cuidado. No município de Bom Jesus todos os estabelecimentos ofertam o serviço de PICs, como acupuntura, fitoterapia, práticas corporais/atividade física, termalismo social.

Coleta e análise dos dados

O presente estudo foi realizado no período de janeiro a março de 2015, em que optou-se pela observação participante e entrevistas não estruturadas com os profissionais que atuam na Atenção Básica no município de Bom Jesus-PI e que são cadastrados no CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde).

A observação participante e as entrevistas não estruturadas se constituem em metodologias da pesquisa qualitativa que permitem investigar a perspectiva de um grupo em determinado assunto com uma abordagem qualitativa exploratória em que o pesquisador participa ativamente das atividades dos informantes (6-7). Em seguida, realizou-se análise da importância da prática do programa de fitoterapia na Atenção Primária a Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Em fevereiro de 2014, a Secretaria Municipal da Saúde implantou o Programa de Plantas Medicinais e Medicamentos Fitoterápicos da rede municipal de saúde, realizando capacitação de aproximadamente 40 profissionais (médicos, enfermeiros, nutricionistas, dentistas, farmacêuticos, fisioterapeutas, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de Saúde).

Essa capacitação teve como perspectiva incorporar e implementar práticas fitoterápicas no âmbito do SUS na Estratégia Saúde da Família, na perspectiva de prevenir agravos e promover e recuperar a saúde, visto que essa área está voltada para o cuidado continuado, humanizado e integral em saúde, tendo como propósito ampliar o acesso a opções de tratamento com produtos seguros, eficazes e de qualidade, de forma integrativa e complementar.

O processo de Educação Permanente se constitui em uma ferramenta privilegiada de transformação organizacional que pode impactar sobre o processo de trabalho com alta eficácia. Para tanto, é necessário que as propostas de capacitação sejam contextualizadas na realidade do trabalho em saúde (8). Nessas ações, a metodologia conscientizadora facilita a intervenção do profissional de maneira adequada considerando os conhecimentos, percepções, dúvidas e necessidades diárias (9).

A Secretaria Municipal da Saúde implantou uma horta comunitária, sendo que as plantas são cultivadas por residentes em recuperação da Penitenciária Dom Abel Nunes. A referida instituição possui o propósito de ampliar o acesso a opções de tratamento com produtos seguros, eficazes e de qualidade, de forma integrativa e complementar, utilizando um ou mais dos seguintes produtos: *Cymbopogon citratus* (DC.) Stapf (capim santo), *Gossypium hirsutum* L. (algodão), *Lippia alba* (Mill) N. E. Brow (cidreira), *Mentha arvensis* L. (vique-hortelã-pimenta), *Menthavillosa* Huds (caule roxo), *Zingiber officinale* Roscoe (gingibre), *Justicia pectoralis* Jacq (chambá), *Alternanthera brasiliana* (L.) Kuntze (terramicina), *Chenopodium ambrosioides* L. (mastruz), *Mentha pulegium* L. (poejo), *Plectranthus amboinicus* (Lour) Spreng (malva), *Mentha sp.* (hortelã), *Solidago chilensis* Meyen (arnica), *Ocimum basilicum* var. *minimum* Linn. (mangericão miúdo), *Ocimum basilicum* L. var. *Purpurascens* Benth (manjericão roxo) *Tagetes erecta* L. (cravo de difunto).

A cadeia produtiva de plantas medicinais e fitoterápicos tem interface com diversas áreas do conhecimento, demandando ações multidisciplinares (10). Visando a implementação de ações capazes de promover melhorias na qualidade de vida da população brasileira, o Ministério da Saúde estabelece diretrizes para a utilização de plantas medicinais e fitoterápicos, elaborando a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (11). É estabelecida também a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais com nome popular/científico, indicação/ação e apresentação dos fitoterápicos preconizados pelo Ministério da Saúde (1).

Após o cultivo, as plantas medicinais são coletadas e encaminhadas à farmácia de manipulação vinculada à Secretaria de Saúde, onde são produzidos os medicamentos fitoterápicos.

Nesse programa de implantação de Fitoterápicos em Bom Jesus, ainda serão realizados vários trabalhos de educação em saúde em escolas, postos de saúde e centros comunitários. Especificamente serão elaborados e distribuídos material informativo (folder, cartilhas, álbuns seriados, etc.) que descrevem a utilização correta das plantas medicinais. Posteriormente, serão realizadas palestras e eventos com distribuição de mudas e sachês para o preparo de chás, conforme prescrição médica.

Segundo o Ministério da Saúde, ações que visam à promoção do uso racional das plantas medicinais e dos fitoterápicos na Atenção Básica são de grande relevância visto que a população tradicionalmente utiliza essas plantas muitas vezes de forma incorreta, e sem a observação de cuidados necessários à garantia da eficácia (10).

A Atenção Básica é orientada pelos princípios da universalidade, acessibilidade, promoção, prevenção, recuperação e reabilitação e o município de Bom Jesus promove o bem estar e a melhoria da qualidade de vida de sua população com políticas públicas

diferenciadas e com o compromisso de atender suas eventuais necessidades (12). Essa ação de implantação de fitoterápicos configura a integralidade de diversos setores da sociedade, tão preconizada pelo Governo Federal. A iniciativa é algo inovador e de bastante aceitabilidade como alternativa de atender aos diversos setores de organização, unindo economia e aproveitamento de recursos, além de servir como um vasto campo de pesquisa científica com parcerias com universidades.

CONCLUSÕES E/OU RECOMENDAÇÕES:

Podemos concluir que a proposta de implantação de fitoterápicos na Estratégia Saúde da Família de Bom Jesus-PI se constitui uma ação viável em todos os seus aspectos. É evidente a eficácia de ações que contemplem a melhoria da qualidade de vida da população e promovam a integração da saúde com os demais setores da sociedade. Vale ressaltar, que ainda é necessário que sejam realizadas ações de educação em saúde para a população voltada ao incentivo e uso adequado de fitoterápicos.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; n. 31). Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 156p.
2. WHO. The world medicines situation 2011: traditional medicines: global situation, issues and challenges. Geneva: WHO, 2011. 12p.
3. RODRIGUES, A. G.; SANTOS, M. G.; DE SIMONI, C. Fitoterapia na Saúde da Família. In: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (Org.). Programa de Atualização em Medicina de Família e Comunidade (PROMEF). Porto Alegre: Artmed/Panamericana, 2011. p. 31-65.
4. AGUIAR, R. B. & GOMES, J. R. C. Projeto Cadastro de Fontes de Abastecimento por Água Subterrânea no Estado do Piauí – Diagnóstico do Município de Bom Jesus. Ministério de Minas e Energia, Secretaria de Desenvolvimento Energético / Secretaria de Minas e Metalurgia, Programa Luz Para Todos, Programa de Desenvolvimento Energético de Estados e Municípios – PRODEEM, Serviço Geológico do Brasil – CPRM, Diretoria de Hidrologia e Gestão Territorial, 23 p. Fortaleza, Março, 2004.
5. MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Nota Técnica. Informações sobre as ações e programas do Departamento de Atenção Básica. Município: BOM JESUS, Estado: PI, 2015.
6. MONRAD AAS, I. H. Collecting Information for Rating Global Assessment of Functioning (GAF): Sources of Information and Methods for Information Collection. *Current Psychiatry Reviews*, 2014, 10, 330-347.
7. ZHAO, M.; JI, Y. Challenges of Introducing Participant Observation to Community Health Research. *ISRN Nursing Volume 2014*, Article ID 802490, 7 pages.
8. SILVA, J. A. M.; OGATA, M. N.; MACHADO, M. L. T. Capacitação dos trabalhadores de saúde na atenção básica: impactos e perspectivas. *Revista Eletrônica de Enfermagem [serial on line]* 2007 Mai-Ago; 9(2): 389-401.
9. DUQUE, D. R.; SILVAVA, F. V. C. Educação em saúde: as abordagens do processo de ensino-aprendizagem aplicadas ao treinamento em diálise peritoneal. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*. 2011, 10 (Supl.1): 44-52.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. A fitoterapia no SUS e o Programa de Pesquisa de Plantas Medicinais da Central de Medicamentos / Ministério da Saúde, Secretaria de

Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 148 p.

11. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. Política nacional de plantas medicinais e fitoterápicos / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)
12. GIL. C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22(6):1171-1181, jun, 2006.



PREVALÊNCIA DE OBESIDADE CENTRAL EM ADOLESCENTES DE ESCOLAS PÚBLICAS

Jayne Ramos Araujo Moura¹; Janne Kelly Alves de Alencar²; Roseanne de Sousa Nobre¹; Gerdane Celene Nunes Carvalho³; Ana Roberta Vilarouca da Silva⁴.

1-Estudante de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí (UFPI) – Campus Senador Helvídio Nunes de Barros (CSHNB).

2- Enfermeira.

3- Docente da Universidade Estadual do Piauí (UESPI).

4- Docente da UFPI- CSHNB. robertavilarouca@yahoo.com.br.

INTRODUÇÃO

Com o advento da modernidade, o estilo de vida sofreu alterações para atender a demanda do processo de desenvolvimento dos grandes centros urbanos, acentuando a ocorrência de inúmeras doenças, principalmente as crônico-degenerativas. Nas últimas décadas, a prevalência do sobrepeso/obesidade vem aumentando consideravelmente, sendo caracterizados como uma verdadeira epidemia mundial, aliadas principalmente a inatividade física e excesso ponderal ⁽¹⁻¹⁰⁾.

A obesidade e o sobrepeso são definidos como acúmulo anormal de gordura corporal, podendo trazer sérias implicações para a saúde das pessoas. Representando assim um grave problema de saúde pública, sobretudo pela tendência mundial de elevação das prevalências na população e pelo impacto que geram na sociedade ⁽³⁻⁴⁾.

Existem inúmeros fatores relacionados com o surgimento da obesidade, como fatores fisiológicos, metabólicos e genéticos, sendo que de alguns estudos apontam que entre os casos de obesidade, 1 a 2% são causados por síndromes genéticas e os fatores hereditários podem ser responsáveis por 25 a 85% dos casos de obesidade infantil. O que podemos observar é que a obesidade tem aumentado devido as mudanças de estilo de vida e sobretudo a alimentação ⁽⁵⁻⁷⁾.

A incidência de obesidade em crianças e adolescentes está aumentando em todo o mundo, no Brasil, dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) indicam que, entre as crianças de cinco a nove anos, uma em cada três tem excesso de peso, sendo 14,3% delas obesas ^(8, 9), a prevalência de excesso de peso em crianças e adolescentes triplicou nos últimos 35 anos, com aumento contínuo e afetando um terço da população infantil.

Nesse sentido, a avaliação da gordura corporal, especialmente na região central, é importante para estabelecer o diagnóstico de sobrepeso/obesidade. Hoje existem técnicas antropométricas como Índice de Massa Corporal (IMC), Razão Cintura/Quadril (RCQ) e Circunferência Abdominal (CA), usadas em conjunto ou isoladamente, têm sido empregadas, na detecção de risco para doenças cardiovasculares, sendo as mesmas utilizadas com grande frequência por serem fáceis de executar, de baixo custo e

adequados para a prática diária ⁽²⁻⁴⁾. Assim sendo, o objetivo deste estudo em particular é analisar a circunferência abdominal dos adolescentes escolares de três instituições públicas na cidade de Picos – PI.

METODOLOGIA

O presente estudo faz parte do projeto de pesquisa intitulado “Ações preventivas no controle do Diabetes Mellitus tipo 2” e com o seguinte subtítulo “Investigação dos fatores de risco para Diabetes Mellitus tipo 2 em adolescentes”, realizado em três escolas públicas na cidade de Picos – PI. Trata-se de um estudo descritivo e transversal realizado com 212 adolescentes com idades entre 11 e 19 anos de ambos os sexos.

A coleta dos dados foi realizada após teste piloto do formulário, nos meses de março a agosto de 2012. Como instrumento de coleta foi utilizado um formulário com as seguintes variáveis: dados sociodemográfico, prática de atividade física, dados antropométricos e glicemia capilar. A classificação da circunferência abdominal seguiu as recomendações de Taylor *et al* ⁽¹¹⁾ e as do IMC as recomendações de Cole *et al*. ⁽¹²⁾. A leitura da glicemia foi realizada por meio de um glicosímetro e suas adequadas fitas-teste. Para a análise dos valores, foi seguido as recomendado pelo Ministério da Saúde ⁽¹³⁾.

Foram atendidas as exigências das Diretrizes e Normas da pesquisa com Seres Humanos. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí, conforme o protocolo CAAE 0078.0.045.000-10 e seguiu as diretrizes da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Os dados foram analisados e processados no programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 17.0.

RESULTADOS

A amostra foi composta, na sua maioria, por mulheres (59,9%), a faixa etária mais prevalente foi de 11-14 anos (62,7%); com renda familiar mensal até dois salários mínimos (84,9%). Valores de circunferência abdominal aumentada foram evidenciados em 19,3% dos estudantes pesquisados, com média 73,04 cm; 41,9% da amostra eram sedentários e 8,9 %, com glicemia capilar alterada.

Ao se realizar a associação de valores de circunferência abdominal aumentada com as demais variáveis da pesquisa, os resultados evidenciaram que alunos com idade de 15 a 19 anos apresentavam CA aumentada ($p=0,009$); aqueles que estavam no ensino médio estiveram com CA alterada em 26,7% ($p=0,000$); 74,1% dos que possuíam IMC aumentado também apresentavam CA alterada ($p 0,000$) (Tabela 1).

Tabela 1. Relação entre a CA e o sexo, idade, escolaridade, renda, atividade física e IMC.

Variáveis	Classificação da CA				p*
	N	Normal %	N	Aumentada %	
Sexo					0,492
Masculino	77	90,6	8	9,4	
Feminino	94	74,0	33	26,0	
Idade					0,009
11-14	109	82,0	24	18,0	
15-19	62	78,5	17	21,5	
Escolaridade					0,000
Fundamental	138	82,6	29	17,4	
Médio	33	73,3	12	26,7	
Renda					0,951
Até 2	143	79,4	37	20,6	
3 ou mais	28	87,5	4	12,5	
Atividade física					0,657
Sim	101	82,1	22	17,9	
Não	70	78,6	19	21,4	
IMC					0,000
Normal	164	88,6	21	11,4	
Aumentado	7	25,9	20	74,1	
Glicemia					0,205
Normal	154	79,7	39	20,3	
Elevada	17	89,4	2	10,6	

Fonte: dados da pesquisa.

* Qui-Quadrado de Pearson (χ^2).

DISCUSSÃO

Considerando-se o aumento progressivo do excesso de peso na população, inclusive entre os adolescentes, os resultados do presente trabalho são fundamentais para reforçar a importância da análise da CA cada vez mais precoce, como medida de rastreio para prevenção e redução do risco de doenças cardiovasculares.

Ao se analisar pesquisas análogas, também é facilmente percebido que o sexo feminino é o mais frequente⁽¹⁴⁻¹⁵⁾. A circunferência abdominal aumentada foi evidenciada em 19,3% dos estudantes pesquisados, com média de 73,04 cm. Valores semelhantes foram verificados em estudo de base populacional probabilística por conglomerados em escolas públicas do ensino fundamental de Porto Alegre, onde apresentaram, aproximadamente, 20% com CA aumentada, com média igual a 74 cm⁽¹⁶⁾.

Valores expressivos de sedentarismo foram detectados na amostra, presente em mais de 40% dos estudados. No entanto, ao comparar com outros estudos com esse público, tal achado se mostrou inferior, onde níveis de sedentarismo são verificados em cerca de 60% dos adolescentes^(14,17). Analogamente, uma investigação com 402 escolares de educandários municipais de São Paulo – SP, demonstrou que 62,4% não praticavam atividades físicas com duração e frequência regulares⁽¹⁸⁾.

De forma esperada, a CA apresentou associação estatística significativa quando comparada ao IMC. Em investigação realizada 1.950 crianças e adolescentes, com idade

entre 7-18 anos, foi constatado que a CA se correlacionou positivamente com o IMC ($r = 0,85$; $p < 0,001$)⁽¹⁹⁾.

O estudo e o reconhecimento de que a gordura abdominal imprime no desenvolvimento de doenças cardiovasculares, mesmo no público adolescente, vem aumentando substancialmente. Pois estudos com crianças e adolescentes têm observado associação significativa e risco aumentado para o desenvolvimento de doenças de base cardiometabólicas e o excesso de gordura na região abdominal⁽²⁰⁻²¹⁾.

CONCLUSÃO

Foi possível perceber que houve alterações significativas nas medidas da circunferência abdominal dos estudados, bem como elevados índices de sedentarismo e IMC elevado.

É necessário realizar ações de prevenção e controle do excesso de gordura corporal mais precocemente, a fim de que medidas preventivas e terapêuticas sejam adotadas precocemente, reduzindo assim a chance de desfechos cardiometabólicos. Nesse contexto, estratégias como reeducação alimentar e estímulo para o aumento da atividade física podem demonstrar eficácia, principalmente, quando aliadas à Atenção Primária em saúde.

Algumas limitações foram encontradas durante o desenvolvimento da pesquisa, como a dificuldade dos pais ou responsáveis em entender a pesquisa como algo positivo para a saúde dos adolescentes. Apesar disso, a validade deste estudo foi assegurada pela utilização de uma amostra significativa, com informações coletadas por pessoal treinado, utilizando formulário e instrumentos padronizados.

REFERÊNCIAS

- 1 - Duarte MASM, Silva GAP. Hepatic steatosis in obese children and adolescents. *Jornal de Pediatria*. 2011; 87(2): 150-156.
- 2 - MOURA IH, COSTA JV, LEAL LB, ARAÚJO DS, SILVA AV, ALMEIDA PC. Índice de massa corporal e circunferência abdominal entre adolescentes no interior do Piauí, Brasil. *Rev Rene*. 2012; 13(2) 255-60.
- 3 - Faria FR, Faria ER, Faria FR, Paula HAA, Franceschini SCC, Priori SE. Associação entre os componentes da síndrome metabólica e indicadores antropométricos e de composição corporal em adolescentes. *Revista da Associação Brasileira de Nutrição*. 2014; 6 (1): 13-20.
- 4 - Sousa MCC, Tibúrcio JD, Bicalho JMF, Rennó HMS, Dutra JS, Campos LG. Fatores associados à obesidade e sobrepeso em escolares. *Texto Contexto Enferm*. 2014; 23(3): 712-9.
- 5 - Lavrador MSF, AbbesPT, Escrivão, MAMS, Taddei JAAC. Riscos cardiovasculares em adolescentes com diferentes graus de obesidade. *Arq. Bras. Cardiol*. 2011; 96(3): 205-211.
- 7 - Gasparotto GS, Legnani E, Legnani FS, Campos W. Simultaneidade de fatores de risco cardiovascular em universitários: prevalência e comparação entre períodos de graduação. *Saúde (Santa Maria)*. 2015; 41(1):151-60.
- 8- Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009: antropometria e análise do estado nutricional de crianças e adolescentes no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.

- 9 – Conde WL, Borges C. O risco de incidência e persistência da obesidade entre adultos brasileiros segundo seu estado nutricional ao final da adolescência. *Rev Bras Epidemiol.* 2011; 14(1) Supl.: 71-9.
- 10 – Carvalho CA, Fonseca PCA, Barbosa JB, Machado SP, Santos AM, Silva AAM. Associação entre fatores de risco cardiovascular e indicadores antropométricos de obesidade em universitários de São Luís, Maranhão, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2015; 20(2):479-490.
- 11 – Taylor RW *et al.* Evaluation of waist circumference, waist-to-hip ratio, and the conicity index as screening tools for high trunk fat mass, as measured by dual-energy X-ray absorptiometry, in children aged 3-19. *Am j Clin Nut.* 2000; 72: 490-5.
- 12 – COLE, T. J.; BELLIZZI, M. C.; FLEGAL, K. M.; DIETZ, W. H. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ.* V. 320, n. 7244, p. 1240-1243, may. 2000.
- 13 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica : diabetes mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- 14 – Beck CC, Lopes AS, Pitanga, FJG. Indicadores antropométricos como preditores de pressão arterial elevada em adolescentes. *Arq Bras Cardiol.* 2011; 96(2): 126-133.
- 15 – Romero A, Medeiros MJ, Borges CA, Romero SCS, Slater B. Associação entre atividade física e marcadores bioquímicos de risco para doença cardiovascular em adolescentes de escolas públicas de Piracicaba. *Rev Bras Ativ Fis e Saúde.* 2013; 18(5):614-622.
- 16 – Schommer VA, et al. Excesso de Peso, Variáveis Antropométricas e Pressão Arterial em Escolares de 10 a 18 Anos. *Arq Bras Cardiol.* 2014; 102(4):312-318.
- 17 – Pontes LM, Amorim RJM, Lira PIC. Prevalência e fatores associados ao excesso de peso em adolescentes da rede pública de ensino de João Pessoa, Paraíba. *Revista da AMRIGS.* 2013; 57(2):105-11.
- 18 – Cabrera TFC, et al. Analysis of the prevalence of overweight and obesity and the level of physical activity in children and adolescents of a southwestern city of São Paulo. *Journal of Human Growth and Development.* 2014; 24(1):67-6.
- 19 – Burgos MS, et al. Associação entre Medidas Antropométricas e Fatores de Risco Cardiovascular em Crianças e Adolescentes. *Arq Bras Cardiol.* 2013;101(4):288-96.
- 20 – SILVA ARV. Fatores de risco para síndrome metabólica em adolescentes. *Rev Enferm UFPI.* 2014; 3(2):1-3.
- 21 – Rinaldi AEM et al. Prevalência de pressão arterial elevada em crianças e adolescentes do ensino fundamental. *Rev Paul Pedriat.* 2012; 30(1): 79-86.

ATENÇÃO BÁSICA E OS AGENTES INDÍGENAS DE SAÚDE DA ALDEIA TREMEMBÉ: DIALOGOS COM A SAÚDE COMUNITÁRIA.

Joelson Dos Santos Almeida¹, Silmaria Bandeira Do Nascimento², Néria Maria Dos Santos Vieira²,
Jessica Cristina Moraes De Araujo¹, Melícia Galeno Spindola³, Eugênia Bridget Gadêlha
Figueirêdo⁴.

1. Acadêmicos de Enfermagem da Universidade Estadual do Piauí (UESPI). Integrantes do grupo Pesquisa em Saúde Pública FACIME/UESPI/. E-mail: joelsonalmeida2011@gmail.com.
2. Acadêmicas de Psicologia da Universidade Federal do Piauí (UFPI)/CMRV. Integrante do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde- PET SAÚDE. UFPI/CMRV.
3. Enfermeira. Graduada em Enfermagem pela UESPI.
4. Docente Assistente do Departamento de Psicologia - UFPI. *Correspondência: Núcleo de Estudos em Saúde Pública (NESP) UFPI - Campus Universitário Ministro Reis Veloso, São Benedito, CEP 64200-000, Parnaíba – PI.

INTRODUÇÃO

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) se constitui como um acontecimento que demarca necessidades de deslocamentos nas esferas *política*, compreendida como área de defesa de interesses e de atuação de diversos atores para a construção da saúde como direito e não como mercadoria; *cultural* que assinala a necessidade de uma nova forma de concepção do processo saúde-doença-cuidado que supere a centralidade da lógica biomédica e na esfera *tecnológica*, compreendida como área de conhecimentos aplicados.

Neste sentido, muitos esforços têm sido empreendidos com o objetivo de promover as mudanças necessárias nessas três esferas para que os princípios doutrinários do SUS sejam atendidos e, conseqüentemente, a política nacional de saúde ganhe potência na solução\superação dos problemas de saúde da população.

O SUS apresenta como princípios doutrinários a universalidade, integralidade do cuidado, equidade e participação popular. Princípios estes que se constituem como pilares da proposta de um projeto de inclusão social na medida em que tenta garantir a acessibilidade a redes de atenção e proteção; um olhar mais ampliado sobre o processo saúde-doença-cuidado, incluindo nos determinantes de saúde as dimensões social, cultural e subjetiva; o reconhecimento das necessidades e demandas territoriais, étnicas e de gênero e a participação popular.

A *integralidade do cuidado* se apresenta como modelo central para a definição desse processo de reorientação da atenção, gestão, participação e ensino na saúde já que aglutina e articula os demais princípios doutrinários e organizativos e traz em si a potência contra hegemônica, pois para ser plenamente operacionalizado é preciso romper com a lógica biomédica, descentrando o foco do campo biológico e articulando-o com os determinantes psicossociais do processo saúde-doença-cuidado. É necessário ainda superar o modelo flexneriano, derivado do modelo biomédico, de formação hipertecnificada, fragmentada, fundamentada nos especialismos e despolitizada, que colabora para a submissão de pessoas e grupos ao poder colonizador da ciência médica

e do capital, assim como, superar as relações de poder estabelecidas entre as diversas profissões e atores que constroem o cotidiano da vida e das instituições e que, historicamente, vem impedindo o avanço no enfrentamento das iniquidades sociais (objetivo central na proposta do SUS enquanto projeto social) e a produção do cuidado integral a saúde.

Dentre as várias estratégias adotadas para viabilizar a superação do modelo biomédico e o fortalecimento do modelo da integralidade está a reformulação da política do ensino com a intenção de promover a aprendizagem centrada nas práticas no serviço e no deslocamento das mesmas do contexto hospitalar para os demais níveis de atenção, em especial a Atenção Primária à Saúde (APS), como um caminho promissor para delineamentos formativos que privilegiam o diálogo, as trajetórias pessoais, a troca de experiências e o contato direto com a população em seus territórios existenciais e concretos (1).

Assim, a integração ensino-serviço-comunidade é contemplada na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) como eixo estruturante e é tomada de modo ampliado, como interseção de ensino, sistema de saúde e cidadania: atravessamentos de um para o outro, com potência formativa, ética, criativa e transformadora (2). Desse modo, é proposta como construção de materialidade dos conceitos derivados ao da integralidade e enfatiza a importância das relações humanas, a produção de autonomia, a aprendizagem ao longo da vida e o trabalho em equipe como eixos que contemplam a formação e o trabalho na saúde.

DESENVOLVIMENTO

A vivência na rede de atenção à saúde no Ceará.

O projeto Vivência e Estágio na Rede do SUS (VERSUS) é uma das ações empreendidas com o objetivo de aproximar os estudantes dos cursos de graduação do modelo da integralidade e do cotidiano de trabalho dos serviços de saúde, pois, as Instituições de Ensino Superior (IES), em sua grande maioria, não tem uma formação voltada para esta realidade, mas, sim para o “mercado de trabalho” liberal.

A Universidade Federal do Piauí (UFPI), através do Núcleo de Estudos em Saúde Pública (NESP), tem investido nesse caminho e já organizou três turmas para o desenvolvimento do VERSUS que contou com cerca de 20 alunos cada procurando integrar os mais diversos cursos da área da saúde e afins de várias IES do Estado.

Em sua terceira turma, o VERSUS extrapolou a fronteira estadual e em parceria com a Escola de Saúde Visconde de Saboya em Sobral (CE) promoveu mais um encontro que possibilitou conhecer a rede de atenção em saúde, os dispositivos sociais, residências e políticas públicas de saúde aplicadas no nível local.

Essa realidade proporcionou o reconhecimento do quanto o município e o estado do Ceará, tem avançado no referido contexto com relação ao que se vivencia no estado do Piauí, principalmente, no que se refere à integralidade do cuidado com a inclusão de práticas holísticas que valorizam o usuário, o profissional, o serviço.

Outro ponto que chamou atenção foi a interprofissionalidade explícita nas rodas de conversas. Pela intensa afinidade entre os profissionais não era possível, muitas vezes, identificar a formação de base destes, pois, falavam muito mais uma de atuação comum do que de suas especificidades ou áreas de atuação. A atenção básica em saúde, em que pese suas dificuldades estruturais, se mostrou fortalecida e preparada para lidar com as diversas modificações que o território sofre a cada dia.

A visita a uma aldeia indígena de etnia Tremembé, no município de Itarema (CE,) uma cidade localizada a 136km de Sobral-CE que possui um dispositivo de atenção em saúde a Casa de Saúde Indígena, foi outra experiência inesquecível. Muito bom perceber que além dos Centros de Saúde da Família existem outros dispositivos voltados para a atenção a saúde de grupos populacionais específicos que respeitam sua cultura, a organização peculiar de um modo de vida, seus conceitos e necessidades de saúde.

Foi possível perceber, entretanto, que embora existam diretrizes com propostas integradoras do SUS com iniciativas que preservem e acolha os povos indígenas aos serviços de saúde considerando sua medicina tradicional, ainda é necessário adequar os cuidados em saúde as demandas da cultura local, pois verificou-se através das falas dos moradores indígenas mais velhos a tristeza pela fragilização da cultura indígena como por exemplo a língua, os ritos, comidas, entre outras que vem ocorrendo ao longo dos anos.

A Aldeia Tremembé pertence ao distrito chamado Almofala pertencente ao município de Itarema-CE. A casa de saúde indígena possui 02 enfermeiros, 02 técnicos de enfermagem, 04 Agentes Indígenas de Saúde (AIS), Agente de Endemias Indígena (AESAM) e médico generalista. Desta vivência destacamos a relevância da equipe dos AIS que cobrem 3 aldeias, nas quais realizam atividades de educação em saúde, promoção e prevenção.

Os agentes indígenas de saúde para nossa surpresa demonstraram ter conhecimentos científicos ao falarem de certas mazelas crônicas e não crônicas associadas as questões de saneamento básico, qualidade de vida, falta de orientação nutricional e sociais. O trabalho realizado por eles, esta no contexto da educação em saúde, sem desprezar o saber popular, as crendices e hábitos culturais do povo. Na aldeia Tremembé, existem curandeiros, rezadeiras que fazem o cuidado holístico junto aos (AIS). Sendo o elo de confiança de entre a comunidade indígena e a Casa de saúde

indígena. No entanto, percebemos que as questões de doenças transmissíveis estão bem controladas, a problemática maior está associada ao território, drogadição, lutas pelos direitos sociais da aldeia.

Os agentes indígenas de saúde notam que ao longo do tempo a cultura da comunidade tem se perdido por questões de espaço, território ligadas ao desmatamento, falta de recursos na agricultura, pesca, trabalhos artesanais, necessidade de terrenos para o desenvolvimento os mesmos não aceitam a implantação em suas terras de um resort, pois eles perderiam espaço para o cultivo de seu próprio alimento e influenciado em perda de renda para a comunidade. Contudo, os AIS participam junto a comunidade para identificar as demandas do povo.

O trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) é, reconhecidamente, de extrema importância para uma política de saúde que se baseia na atuação do fortalecimento comunitário e no vínculo como possibilidade de capilarização das ações do SUS, em especial de ações de vigilância, educação em saúde e participação popular. Essas ações compõem o escopo das atividades da Atenção Básica em Saúde.

A Atenção Básica a Saúde e os Agentes Comunitários- Limites e possibilidades de uma atuação.

A Atenção Básica caracteriza-se por um complexo conjunto de ações em saúde, no âmbito individual e coletivo, abrangendo a promoção e a proteção em saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico e o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Suas ações devem estar comprometidas com o exercício de práticas sanitárias democráticas e participativas, sob égide do trabalho em equipe, que considera a dinâmica e idiosincrasias existentes no território em que vive a população assistida (3).

Seu trabalho orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social, incorporando desta forma, os princípios presentes da Reforma Sanitária que determinam novas concepções acerca do processo de saúde e doença e das formas de cuidado, seguindo a reorientação do modelo assistencial brasileiro no campo da saúde (4).

Tendo a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como célula organizativa para seu funcionamento, a Atenção Básica é vista como a porta de entrada dos usuários no Sistema Único de Saúde (SUS). Sua operacionalização se dá através do trabalho de uma equipe multidisciplinar constituída basicamente por enfermeiro, médico, odontólogo, auxiliares técnicos e Agentes Comunitários de Saúde (ACS's) (5). Nesse meio multidisciplinar, o ACS é a categoria responsável por estabelecer o elo entre equipe e comunidade, auxiliando o desenvolvimento das novas práticas em saúde e aproximando

a cultura e o conhecimento das classes populares dos saberes tecnológicos desenvolvidos pelos profissionais.

Entre as funções do ACS, instituídas pelas leis e portarias que regulamentam sua profissão, estão a de:

[...] realizar diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade na qual está inserido; *promover e executar atividades de educação para a saúde tanto individual quanto coletiva, nos domicílios e na comunidade (grifo nosso)*; realizar visitas domiciliares periódicas para monitoramento de situações de risco; fortalecer a organização e o desenvolvimento comunitário; estimular a participação da comunidade nas políticas públicas e participar de ações que fortaleçam elos entre o setor saúde e outras políticas para promoção da qualidade de vida (5, pg.368).

Nota-se que apesar de o agente de saúde ser identificado dentro da equipe saúde da família como um agente de mudança nas novas práticas de saúde, seu trabalho tem se limitado a ações de vigilância epidemiológica baseadas no controle sanitário e na prevenção de doenças. Há pouca ou nenhuma discussão das potencialidades dos ACS's para atividades educativas e grupais, incluindo a formação para tal e incorporação do saber popular em suas ações de saúde (5).

Estudos como o de (6-5-7) apontam que o agente de saúde não dispõem de ferramentas tecnológicas suficientes a fim de proporcionar o pleno desenvolvimento das atividades propostas para o seu trabalho. Tal deficiência corrobora para que sua atuação se ampare e conseqüentemente torne-se reflexo de práticas médico-hegemônicas executadas pelos demais profissionais das equipes de saúde que preponderam por ações pontuais, individualizadas, clínicas e curativas.

Ações de prevenção e promoção em saúde tornam-se escassas ou até mesmo inexistentes nesse meio. Práticas de educação em saúde são minimizadas a ações de orientação e prescrição de receitas prontas, mostrando-se pouco efetivas e afastando a população da construção de novos saberes e práticas importantes para o desenvolvimento da saúde pública no Brasil (5).

Para os povos indígenas, a saúde está intimamente relacionada com a terra e o equilíbrio da natureza. Desta forma, a busca pela garantia de seus direitos, de sua autonomia, preservação pela terra e uso exclusivo dos recursos naturais são vistos como determinantes da saúde. O que incorpora novos elementos ao trabalho desses atores.

Na declaração das nações unidas sobre os direitos dos povos indígenas aprovada em 2007 defende que os povos indígenas têm direito a exercer sua medicina tradicional e a manter suas práticas de saúde, como também usufruir de todos os níveis de saúde, sendo dever do Estado garantir este direito. A convenção 169 da Organização Internacional do Trabalho (OIT) defende que as ações assistencialistas devem dar

preferencia á formação e ao emprego as pessoas das comunidades locais e concentrar-se nos cuidados básicos de saúde, proporcionando articulação com os demais níveis de assistência a saúde (8).

Segundo as historiadoras (9) os povos indígenas estão em todos os estados brasileiros, com exceção do Piauí e Rio Grande do Norte, pois essa população foi desaparecendo na época da colonização, por volta do século XVII, por baianos e bandeirantes paulistas. O desaparecimento dos índios piauiense por brancos de poder é algo esquecido pelos estudiosos piauienses, Pois há poucas décadas começaram estudos e pesquisas por uma pequena parcela de pesquisadores.

Sabe-se que os povos indígenas estão vivendo em diferentes situações de conflito social, ameaça cultural e vulnerabilidade. Muitos deles ameaçados de desaparecimento. Os dados relacionados à saúde ainda são precários, pelas informações disponíveis sabe-se as taxas de mortalidade e morbidades são três vezes maiores que na população brasileira geral. O grande número de óbito sem registro sem causas definidas confirmam a pouca cobertura e a pouca resolutilidade dos serviços de saúde disponíveis (10).

A política nacional de atenção à saúde aos povos indígenas tem como base garantir o acesso integral a saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS de modo a preservar a diversidade cultural, social, geográfica, histórica e política buscando favorecer essa população mais vulnerável aos agravos á saúde de maior relevância, reconhecendo a cultura de sua medicina e os direitos à sua cultura.

Para chegar ao alcance dos propósitos defendidos pelo SUS são estabelecidas algumas diretrizes que devem orientar o trabalho, dentre elas está a organização dos serviços a atenção a saúde indígena, a preparação de recursos humanos, o monitoramento das ações dirigidas, a promoção e o controle social. As equipes de saúde devem ser compostas por médicos, enfermeiros, odontólogos, auxiliares de enfermagem e agentes indígenas de saúde para que assim os povos indígenas possam usufruir de forma satisfatória de um serviço de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O VERSUS encontra-se dentro das estratégias da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, política transversal do SUS, que se propõem a aproximar a educação da vida cotidiana é, portanto, fruto do reconhecimento do potencial educativo da situação de trabalho. Em outros termos, que no trabalho também se aprende. A situação prevê transformar as situações diárias em aprendizagem, analisando reflexivamente os problemas da prática e valorizando o próprio processo de trabalho no seu contexto intrínseco. Esta perspectiva, centrada no processo de trabalho, não se limita a determinadas categorias profissionais, mas a toda a equipe, incluindo médicos,

enfermeiros, pessoal administrativo, professores, trabalhadores sociais e todas as variantes de atores que formam o grupo.

Percebe-se que esta estratégia é central para as transformações necessárias na graduação e, portanto, na formação de profissionais mais comprometidos com o SUS e capazes de atuar nos contextos singulares de produção de vida gerando novas práticas e conhecimentos voltados para atender as necessidades de saúde da população e para a produção do cuidado integral a saúde.

Essa vivência possibilitou uma reflexão mais aprofundada sobre a organização do SUS, suas fragilidades e potencialidades, sobre a importância do cuidado integral à saúde em redes articuladas de ações e serviços e, principalmente, sobre a importância do papel do agente comunitário no trabalho com os grupos populacionais específicos.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Diretrizes Curriculares para os cursos da Saúde. c2013. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=12991:diretrizes-curriculares-cursos-de-graduacao-&catid=323:orgaos_vinculados>. Acesso em: 09 jul. 2014.
2. CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface (Botucatu), Botucatu, v.9, n.16, p.161-168, fev. 2005a. Brasília, 2011.
3. BRASIL. Atenção Primária e Promoção da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília, 2011.
4. MASSUDA, Adriano. Práticas de Saúde Coletiva na Atenção Primária em Saúde. IN CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; GUERRERO, André Vinicius Pires. (Org.) Manual de Práticas em Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada. São Paulo: Editora Hucitec. 2ª edição, p. 367-385, 2010.
5. FURLAN, Paula Giovana. O Agente Comunitário de Saúde e a Prática na Atenção Básica: Alguns Apontamentos. In: Campos, Gastão Wagner de Sousa; GUERRERO, André Vinicius Pires (Org.). Manual de Práticas em Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada. São Paulo: Editora Hucitec. 2ª edição, p.367-387, 2010.
6. SILVA, Joana Azevedo; DALMASO, Ana Silvia Whitaker. O Agente Comunitário De Saúde E Suas Atribuições: Os Desafios Para Os Processos De Formação De Recursos Humanos Em Saúde. Botucatu: Revista Interface, vol. 6, nº 10, fev. 2002.
7. TRAPÉ, Carla Andrea; SOARES, Cássia Baldini. A Prática Educativa Dos Agentes Comunitários De Saúde À Luz Da Categoria Práxis. Ribeirão Preto: Revista Latino Americana de Enfermagem. Nº15, v. 1. Janeiro-Fevereiro, 2007.
8. ALTINI. E, RODRIGUES. G, PADILHA. L, MORAES. P. D, LIEBGOTT. R. A. A política de atenção á saúde indígena no Brasil. Conselho indígena missionário. Outubro, 2013.
9. FRANCO. R. K. G. Historias orais dos remanescentes indígenas no território do Piauí no século XXI. Caderno de resumos XII encontro nacional de historia ora. Vol.01. N.01. 2014.
10. BRASIL. Fundação nacional de saúde. Política nacional de atenção á saúde dos povos indígenas. Breve recuperação histórica sobre a política de assistência a saúde nas comunidades indígenas. 2ª ed. Brasília: Ministério da saúde. Fundação Nacional de saúde, 2002.

USO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA PELAS PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS

Leidyanny Barbosa de Medeiros*¹, Daiane Medeiros da Silva², João Agnaldo do Nascimento³, Aline Aparecida Monroe⁴, Jordana Almeida Nogueira⁵, Oriana Deyze Correia Paiva Leadebal⁶

1. Enfermeira. Mestranda em Modelos de Decisão em Saúde pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). João Pessoa, Paraíba, Brasil. *E-mail*: leidyannymedeiros@hotmail.com.
2. Enfermeira. Doutoranda e Mestre em Enfermagem - UFPB. Professora da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança. João Pessoa, Paraíba, Brasil. *E-mail*: daianemedeiros19@hotmail.com.
3. Doutor em Estatística pela Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Professor do Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde - UFPB, João Pessoa, Paraíba, Brasil. *E-mail*: joaoagh@gmail.com.
4. Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP (EERP-USP). Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. *E-mail*: amonroe@eerp.usp.br.
5. Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. Professora Associada do Departamento de Enfermagem Clínica da UFPB. João Pessoa, Paraíba, Brasil. *E-mail*: jalnogueira31@gmail.com.
6. Enfermeira. Doutoranda e Mestre em Enfermagem UFPB. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Clínica - UFPB. João Pessoa, Paraíba, Brasil. *E-mail*: orianadcp1@gmail.com.
**E-mail para correspondência*: leidyannymedeiros@hotmail.com.

INTRODUÇÃO

Os cuidados em saúde estão inseridos em um cenário dinâmico, sob a influência do modo como as pessoas percebem e compreendem a necessidade desses cuidados, que quando direcionados a condições crônicas como o HIV/Aids tornam-se ainda mais criteriosos. A compreensão a respeito dessa necessidade impacta diretamente a utilização dos serviços de saúde, podendo o comportamento dos usuários em relação ao uso desses serviços serem resultantes de determinantes inerentes tanto a eles quanto a organização dos próprios serviços (PALÁCIO, FIGUEIREDO, SOUZA, 2012; FERNANDES, BERTOLDI, BARROS, 2009).

As dificuldades vivenciadas no enfrentamento da problemática do HIV/Aids, enquanto condição crônica, corroboram com a complexidade das necessidades de cuidados das pessoas e famílias que convivem com a infecção, gerando desafios para a garantia de um cuidado integral e eficaz, principalmente em contextos de sistemas de saúde fragmentados, onde a assistência é centrada nos serviços ambulatoriais especializados, e desprovidos de processos efetivos de referência e contrarreferência (LOPES et al., 2014)

A superação destes desafios perpassa pela reorganização dos serviços de saúde dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), pautada na efetivação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), para que se possa responder de modo coordenado e resolutivo as necessidades de atenção destas pessoas.

Dentro do SUS, a Atenção Primária (AP) é o primeiro nível de atenção, com foco sobre a promoção da saúde, prevenção das doenças/agravos e reabilitação. Dentre os níveis é o mais próximo do usuário, e, portanto com maior capacidade de

estabelecimento de vínculo, fundamental ao cuidado contínuo (MENDES, 2012; BRASIL, 2006).

Com a implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF), em substituição do Programa de Saúde da Família, a problemática do HIV/*Aids* ampliou seu espaço nas ações realizadas no nível de AP, através da oferta de ações centradas na promoção da saúde e prevenção de agravos, objetivando evitar a transmissão e disseminação do vírus (SILVA, VAL, NICHATA, 2010). No entanto é necessário que a equipe da ESF seja atuante não apenas na prevenção de novas infecções, mas no processo de adoecimento desses indivíduos, operando de modo articulado com a equipe dos serviços ambulatoriais especializados.

Reconhecendo a importância de um adequado manejo clínico no cuidado as pessoas vivendo com HIV/*Aids* (PVHA) e a necessidade de atuação dos diferentes serviços de saúde nessa assistência, incluído os ofertados pela ESF, o estudo objetivou investigar a associação de variáveis sociodemográficas e clínicas com o uso da Estratégia de Saúde da Família pelas pessoas vivendo com HIV/*Aids* para os seus cuidados de saúde.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, tipo inquérito, desenvolvido em um ambulatório especializado referência no atendimento a PVHA no estado da Paraíba.

Utilizando-se cálculo amostral para populações finitas, nível de significância de 5%, erro amostral (d) de 0,8, nível de confiança de 95%, p igual a 0,50, expressão: $n = Z^2 \cdot p \cdot q \cdot N / d^2 (N - 1) + Z^2 \cdot p \cdot q$, e correção para uma perda potencial de 10%, dotou-se como amostra 150 adultos, usuários do ambulatório especializado, notificados no Sistema de Agravos de Notificação (SINAN) como caso de *aids* entre os anos de 1980 a 2011, em uso de Terapia Antirretroviral (TARV) por período superior a seis meses, com idade mínima de 18 anos, não pertencentes ao sistema prisional. Utilizando-se amostragem não probabilística, por acessibilidade.

A coleta de dados foi realizada no período de 2011 a 2012, utilizando-se um formulário estruturado e por meio de entrevista e consulta ao prontuário,

Os dados foram analisados através de técnicas da estatística descritiva, utilizando-se o pacote estatístico SPSS - versão 20.0, e aplicado o teste de independência Qui-quadrado, considerando um nível de significância no valor de 5% (com variáveis com $p_valor < 0,05$), para a verificação da associação de variáveis independentes (sociodemográficas e clínicas) com o evento de interesse (uso da Estratégia de Saúde da Família), cujos resultados foram apresentados em tabelas e discutidos com base na literatura.

A pesquisa que deu origem aos dados foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Paraíba - UFPB, sob protocolo nº 612/2010.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Observa-se na tabela 1 que, segundo as características sociodemográficas, houve predomínio de homens (58,0%), com idade entre 18 e 71 anos (média de 41,7 anos), com escolaridade de no máximo 8 anos (58,7%), aposentados ou sem trabalho (75,3%), pertencentes a classe econômica C (55,3%), com domicílio próprio (62,0%), heterossexuais (68,0%) e com algum relacionamento afetivo (31,3%).

Quanto às características inerentes aos cuidados em saúde e perfil clínico, observou-se prevalência dos que julgaram como provável modo de transmissão a via sexual (70,7%), dos que apresentaram pelo menos uma doença oportunista (33,3%) e uma manifestação clínica de imunodeficiência no momento da notificação do caso (81,3%); dos que obtiveram o diagnóstico da aids através do aparecimento de sinais e sintomas (54,7%), dos que fazem uso exclusivo da TARV (62,7%), e apresentam algum tipo de doença crônica além do HIV/Aids (32,7%).

No que diz respeito ao uso dos serviços de saúde apenas 28,7% dos usuários afirmaram fazer uso dos serviços da ESF, 12,0% relataram a existência de alguma integração entre o serviço de saúde especializado e a ESF para os seus cuidados, 18,7% além do serviço ambulatorial ressaltaram a utilização dos serviços de urgência e emergência e igual percentual afirmaram que a equipe da ESF participa do acompanhamento clínico.

Tabela 1: Distribuição das variáveis em relação ao uso da ESF pelas PVHA com os respectivos valores do teste qui-quadrado de independência e o seu p-valor. João Pessoa/PB, Brasil, 2012.

Variáveis independentes	Uso da ESF		Qui-quadrado χ^2	p-valor	
	Sim (n=43)	Não (n=107)			
Sexo	Feminino	19	44	0,118	0,731
	Masculino	24	63		
Idade	18 – 37 anos	14	42	7,136	0,028*
	38 – 57 anos	22	61		
	58 – 77 anos	7	4		
Escola	≤8 anos	30	58	3,063	0,080
	>8anos	13	49		
Situação empregatícia	Economicamente ativo	5	32	5,515	0,019*
	Aposentado/Outros	38	75		
Classe econômica	AB	3	17	2,155	0,340
	C	25	58		
	DE	15	32		
Domicílio	Próprio	29	64	0,758	0,384
	Alugado/Outros	14	43		
Relacionamento afetivo	Sim	15	32	0,353	0,552
	Não	28	75		
Comportamento sexual	Heterossexual	35	67	5,157	0,076
	Homossexual	4	24		
	Bissexual	4	16		
Provável modo de transmissão	Transmissão sexual	24	82	6,415	0,011*
	Outras vias de transmissão	19	25		
Doenças oportunistas	Sim	15	35	0,065	0,798
	Não	28	72		
Manifestações clínicas	Sim	34	88	0,203	0,652
	Não	9	19		
Procura do diagnóstico	Aparecimento de sinais e sintomas	28	54	2,656	0,103
	Outros	15	53		
Tratamento para outras doenças	Sim	24	32	8,800	0,003*
	Não	19	75		
Presença de doenças crônicas	Sim	13	36	4,504	0,034*
	Não	30	71		
Integração do cuidado	Sim	5	13	22,020	0,000*
	Não	38	94		
Uso dos serviços de urgência e emergência	Sim	7	21	0,226	0,634
	Não	36	86		
Atuação da ESF	Sim	8	20	25,241	0,000*
	Não	35	87		

*variáveis com associação estatisticamente significativa em nível de significância de 5%.

Quando aplicado o teste qui-quadrado de independência para verificar a existência ou não de associação entre as variáveis averiguadas (variáveis sociodemográficas e de acompanhamento clínico) com o desfecho em investigação: o uso da ESF pelas PVHA nos seus cuidados de saúde observou-se que as variáveis, idade, situação empregatícia, provável modo de transmissão, tratamento para outras doenças, presença de doenças crônicas, integração entre os serviços de saúde para a prestação do cuidado e a atuação

da equipe da ESF nos cuidados de saúde desses pacientes apresentaram uma associação estatisticamente significativa (p -valor $< 0,05$).

Nos últimos trinta anos, incansáveis estudos e estratégias de ações foram desenvolvidas na direção do enfrentamento da infecção pelo HIV e das consequências advindas com o desenvolvimento da *aids*, que demandam no campo da organização dos serviços readequações para responder ao perfil dinâmico e multifacetado assumido pela epidemia e problemáticas que permeiam o campo da assistência a estas pessoas. Tais ações estão pautadas na necessidade de se estimular as PVHA a tornarem-se co-participantes e co-responsáveis pelos seus cuidados, estimulando a autonomia dessas pessoas e a oferta de cuidado permanente dentro de uma rede de atenção à saúde estruturada que atenda de modo resolutivo as necessidades desses indivíduos (PALÁCIO, FIGUEIREDO, SOUZA, 2012).

Entretanto, o panorama atual de provisão dos cuidados destinados às PVHA exibe uma assistência centrada nos serviços ambulatoriais especializados, o que confere uma característica fragmentada da assistência, que se fortalece diante do receio destas pessoas em revelar sua soropositividade e da falta de confiança nos profissionais com relação a garantia do sigilo da sua condição de saúde, ocasionando a pouca procura pelos serviços oferecidos na ESF (PALÁCIO, FIGUEIREDO, SOUZA, 2012; ZAMBENEDETTI, BOTH, 2012).

A utilização dos serviços da ESF consiste em problemática recortada por muitos estudos, no entanto ainda são poucos, tanto no cenário nacional e internacional, aqueles que abordam a utilização desses serviços pelas PVHA, e que demandam de uma rede estruturada de serviços, de diversas naturezas, complexidades e densidades tecnológicas para suprir as necessidades de cuidados biopsicossociais que permeiam a infecção adoecimento e tratamento (ZAMBENEDETTI, BOTH, 2012).

A significância apresentada quanto à idade e situação empregatícia corrobora com outros estudos que investigou a utilização dos serviços da ESF na população geral da área de abrangência, onde se verifica que, com o passar dos anos, conforme as pessoas envelhecem, há tendência de aumento da frequência de utilização dos serviços de saúde, e o aumento da procura entre os indivíduos que não são economicamente ativos ou estão desempregados (GOLDBAUM et al., 2005; FERNANDES, BERTOLDI, BARROS, 2009).

O resultado apontando associação entre o provável modo de transmissão e o uso da ESF pode indicar possíveis falhas nas atividades de promoção e prevenção que deveriam ser desenvolvidas pelas equipes de ESF, uma vez que para esse estudo 70,7% dos entrevistados tiveram como provável modo de transmissão a via sexual, possivelmente se houvesse uma ação mais efetiva dos serviços de saúde, bem como

uma maior responsabilização dos indivíduos com sua saúde, esses casos de infecções poderiam ter sido evitados através da conscientização do sexo seguro.

Outra associação significativa ocorreu entre o uso dos serviços da ESF e as variáveis presença de doenças crônicas e tratamento para outras doenças, sugerindo que quando os indivíduos vivenciam uma situação de saúde com a presença de outras comorbidades, há possivelmente um maior comprometimento do seu estado de saúde e resultante maior procura pelos serviços da ESF. Tais achados reafirmam estudo realizado no município de Porto Alegre (RS), o qual mostrou que os indivíduos que consideravam seu estado de saúde muito ruim tiveram maior probabilidade de utilizar os serviços oferecidos na ESF quando comparados àqueles que se julgavam com boa saúde (FERNANDES, BERTOLDI, BARROS, 2009).

Observou-se ainda associação entre o uso dos serviços oferecidos pela ESF e as variáveis existência de integração entre os serviços de saúde para a prestação do cuidado às PVHA e a atuação da equipe da ESF nos cuidados de saúde desses pacientes. Tal associação sugere que além do perfil do usuário, outros fatores relacionados à organização dos serviços influenciam os usuários do ambulatório a buscarem assistência nos serviços da ESF; e nessa perspectiva, destaca-se a relevância da atuação de profissionais comprometidos com o cuidado, capazes de se articularem com os vários setores para que suas ações sejam contínuas e em direção à resolutividade (FERNANDES, BERTOLDI, BARROS, 2009).

A articulação entre os setores é essencial à coordenação do cuidado, e uma necessidade inerente à efetivação de uma assistência de qualidade às PVHA, que se manifesta através da integração entre os diversos serviços e ações voltados para um único objetivo, atender as necessidades do indivíduo e comunidade, em todos os seus aspectos e de modo continuado e efetivo, o que pressupõe a participação dos serviços de APS na conformação da RAS (ALMEIDA et al., 2010).

CONCLUSÃO

A integração entre os serviços de saúde é um aspecto fundamental para que seja ofertada uma assistência continuada, efetiva e de qualidade às PVHA. Há, contudo, muitos desafios que coadunam com a centralização do cuidado destas pessoas nos serviços de assistência especializada, o que demandam de investimento na efetivação de uma RAS, com a transcendência dos cuidados para além dos serviços ambulatoriais especializados, e a efetiva participação da ESF na rede de atenção à saúde.

Considerando que houve associação tanto de fatores relacionados ao perfil dos usuários quanto da organização dos serviços de saúde, fica evidente a importância de se empreender esforços na capacitação das equipes tanto da APS quanto da Atenção Ambulatorial Especializada para que se comportem como rede, além de maior

capacitação dos profissionais para lidar com as necessidades de cuidado advindas dos conflitos inerentes a convivência com a infecção adocimento/tratamento e suas interfaces com a saúde.

Na direção do estímulo a mudança de comportamento dos usuários diante da busca pelos serviços, a possibilidade de identificar a associação entre aspectos clínicos e/ou sociais intrínsecos aos pacientes pode auxiliar profissionais e gestores de saúde no empreendimento de ações que possam fortalecer a integração da rede de atenção, refletindo no cuidado a esses pacientes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, P. F. et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2. 2010. 286-298. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000200008> Acesso em: 29 de novembro de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **HIV/Aids, hepatites e outras DST** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 196 p.

FERNANDES, L. C. L.; BERTOLDI, A. D.; BARROS, A. J. D. Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família. *Rev Saúde Pública*, v. 43. 2009. p. 595-603. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102009000400005&script=sci_arttext> Acesso em: 14 de março de 2015.

GOLDBAUM, M. et al. Utilização de serviços de saúde em áreas cobertas pelo programa saúde da família (Qualis) no Município de São Paulo. *RevSaude Publica*, São Paulo, v. 39, n. 1, 2005. p. 90-99. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000100012> Acesso em: 14 de março de 2015.

LOPES, L. M. et al. Coordenação da assistência prestada às pessoas que vivem com HIV/Aids em um município do Estado de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 11, 2014. p. 2283-2297. Disponível: <

http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001202283&lng=en&nrm=iso> <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00091213>.

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

PALÁCIO, M. B.; FIGUEIREDO, M. A. C.; SOUZA, L. B. O cuidado em HIV/Aids e a Atenção Primária em Saúde: possibilidades de integração da assistência. *Psico*. v. 43, n. 3, 2012. Disponível em:

<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/download/9816/8237>. Acesso em: 14 de março de 2015.

SILVA, J. A. S.; VAL, L. F.; NICHATA, L. Y. I. A estratégia saúde da família e a vulnerabilidade programática na atenção ao HIV/Aids: uma revisão da literatura. *O Mundo da Saúde*, v. 34, n. 1, 2010. Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/74/14_revisao_estrategia.pdf. Acesso em: 31 de agosto de 2014.

ZAMBENEDETTI, G.; BOTH, N. S. Problematizando a atenção em HIV/Aids na Estratégia Saúde da Família. *Polis e Psique*, v. 2, n. 1, 2012. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/PolisePsique/article/view/30512/25707>> Acesso em 14 de outubro de 2014.

OS EFEITOS DO ÁLCOOL NO DESENVOLVIMENTO PSICOSSOCIAL DO ADOLESCENTE: UMA QUESTÃO DE ORDEM SOCIAL E EDUCATIVA A SER DISCUTIDA NA ESCOLA.

Maricélia de Aquino Santana¹, Alane Santos Nunes², Ana Luiza Gonzaga³, Cássia Feitosa⁴, Leonor Garcia Mariano⁵, Reijane de Aquino Veloso⁶, Tamiris Rodrigues de Moura⁷, Maria do Carmo de Carvalho e Martins⁸

1. Bióloga. Pós-graduada em Gestão em Saúde pela Universidade Federal do Piauí – UFPI. Rua Juscelino Gomes, 1345, Campinas do Piauí, PI, Brasil /64730000 (89) 94183880, E-mail: mariceliaaquino@bol.com.br.
2. Assistente Social. Pós-graduada em Serviço Social, direitos sociais e políticas sociais na Faculdade Ademar Rosado – FAR.
3. Nutricionista. Pós-graduada em Educação Permanente para Estratégia Saúde da Família/EAD – UFPI.
4. Nutricionista. Pós-graduada em Nutrição Clínica e Terapia Nutricional – Faculdade Vale do Jaguaribe – CE.
5. Enfermeira. Pós-graduada em Educação Permanente para Estratégia Saúde da Família/EAD – UFPI.
6. Enfermeira do HU/UFMA. Residente em Saúde da Família pela Universidade Estadual do Piauí-UESPI.
7. Assistente Social. Pós-graduada em Gestão de Projetos Sociais – Instituto de Educação Superior Raimundo Sá – IESRSÁ. Pós-graduada em Gestão em Saúde – UFPI.
8. Doutora em Ciências Biológicas. Professora associada do Departamento de Biofísica e Fisiologia da UFPI.

INTRODUÇÃO

A adolescência é uma fase do desenvolvimento humano marcada por uma série de mudanças biológicas, cognitivas, emocionais e sociais. Essas intensas transformações tornam o adolescente vulnerável a adotar comportamentos de risco, dentre eles, a experimentação do uso de drogas (1).

Nos últimos anos, o crescente aumento do uso e abuso de álcool e outras drogas por crianças e adolescentes têm gerado discussões quanto ao desenvolvimento de estratégias para combater esse aumento, tendo a educação como foco das ações. Dessa forma, a escola tem sido apontada como um ambiente privilegiado para a prática de atividades preventivas, uma vez que é frequentada por jovens de diferentes faixas etárias e características (2).

O álcool, droga lícita e socialmente aceita, constitui porta de entrada para o uso de outras drogas e o consumo em excesso traz consequências gravíssimas para a saúde durante a puberdade, fase de desenvolvimento físico e psíquico (3).

Estudos indicam que o primeiro contato do adolescente com o álcool acontece na presença da família e acontece em média aos onze anos de idade (3,4,5) e é justamente nessa fase que se inicia a formação de grupos de amigos e os conflitos familiares. Sendo o alcoolismo um objeto psicossocial, faz-se oportuno responder a esse questionamento por meio da investigação das representações sociais.

A realização deste estudo surgiu da inquietação acerca do uso abusivo de álcool por adolescentes na comunidade escolar de uma escola pública estadual do sertão do semiárido piauiense, em especial, por alunos da 3ª série da única escola pública do município de Campinas do Piauí que oferece vagas para o ensino médio, e abrange a maioria dos alunos na faixa etária dos treze aos vinte e um anos. Daí a necessidade de um debate aberto que envolva família e escola sobre os efeitos do consumo de bebida

alcoólica entre os adolescentes e, assim, haver uma troca e aquisição de informações sobre a temática em questão.

Os alunos egressos da escola são, em sua maioria, adolescentes do sexo feminino, de classe média baixa. Esses jovens estão integrados com as tecnologias, fascinados com os sites de relacionamento, especificamente, facebook e whatsapp, adeptos de festas animadas por meio de músicas eletrônicas mixadas, realizadas por DJ's, e de sons automotivos.

Para uma melhor compreensão das atitudes dos adolescentes frente ao consumo de álcool fez-se necessário conhecer as percepções dos jovens sobre a temática abordada tendo com objetivo geral deste trabalho identificar as causas e consequências psíquicas e sociais na vida dos adolescentes e as implicações no relacionamento familiar e social.

METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa exploratória realizada através da análise das redações redigidas por alunos na faixa etária de 14 a 18 anos de uma escola pública estadual do município de Campinas do Piauí que atende alunos egressos no ensino básico.

Inicialmente foi realizada uma reunião com pais e professores da escola para apresentação do projeto e a solicitação do apoio de cada um para a concretização da atividade a ser desenvolvida. Ao tempo em que todos apoiaram a ideia, os pais dos alunos assinaram o termo de compromisso livre e esclarecido.

Logo após, o professor de português ministrou uma palestra com o tema relativo ao alcoolismo e ao término foi solicitado aos alunos desenvolverem redações sobre o tema, com os seguintes critérios: mínimo de vinte e cinco linhas e máximo de trinta linhas, com introdução, desenvolvimento e conclusão.

A escolha do público adolescente se justifica pelo fato de se constituir nos jovens a prevalência do consumo de bebidas alcoólicas, com início cada vez mais precoce, preocupando pais, professores e a comunidade em geral em relação ao trato dessa questão.

Causas e consequências do álcool na vida do adolescente e no convívio familiar e social

Educadores e psicólogos vêm discutindo a questão da prevenção do uso abusivo de drogas no espaço escolar, apresentando uma proposta antirrepressiva e anti-preconceituosa, sinalizando que é preciso levar em conta as dimensões emocionais, culturais e sociais dos jovens, assim como criar abertura de espaço para a orientação

dos pais e da comunidade em geral sobre as causas e consequências do uso de drogas na vida do adolescente, no convívio com a família e a sociedade (6).

O consumo de bebidas alcoólicas tem sido um fenômeno cultural e social complexo, sua presença diante da sociedade não é um fato novo. Está presente, principalmente, na fase da adolescência, período em que os jovens passam por mudanças corporais, sociais e culturais (7). O despertar da curiosidade sobre o mundo que existe se inicia justamente nessa fase da vida e o consumo de álcool representa um momento especial que exerce forte influência como atrativo, um momento de curtidão, de puro êxtase (7).

A influência para o consumo de bebidas alcoólicas está muitas vezes presente no seio da própria família e o comportamento do adulto (8) é fundamento importante para definição do relacionamento do adolescente com as bebidas lícitas (o álcool) e pode vir a ser um ponto negativo para o jovem por incentivá-los a iniciarem o consumo cada vez mais cedo (9), visto que, os jovens veem essas pessoas como um referencial de vida na definição do caráter pessoal.

Consumir bebidas alcoólicas constitui na fase da adolescência um problema de ordem psicológica e social com consequências, muitas vezes, gravíssimas para a família e para a sociedade (8). Problema que merece tecer algumas reflexões em relação ao que os adolescentes pensam e sentem (9).

O consumo de bebidas alcoólicas por adolescentes têm preocupado educadores e pais, visto que, é um público muito vulnerável ao uso de entorpecentes e, além disso conforme enfatiza Rocha (9) “as drogas fazem parte do cenário internacional”. Embora se perceba que um elevado grupo de adolescentes, ocasionalmente, tenham tido experiências com a bebida alcoólica de forma indireta, através dos estilos parentais, a mídia constitui um modelo primário de consumo e fator determinante para o comportamento posterior do adolescente em relação ao seu uso, uma vez que, os valores culturais podem ser disseminados através da mídia que constitui fonte primária de aprendizagem sobre o álcool (10).

Consequências da ingestão de bebidas alcoólicas na fase da adolescência inter-relacionada com fatores emocionais e sociais

Os adolescentes necessitam de proteção social, da garantia dos seus direitos perante a sociedade. De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente em seu artigo 4º:

É dever da família, da comunidade, de sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à

dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária (11).

Diversos pesquisadores ao referirem-se a exclusão social das famílias de baixa renda, lembram que crianças e adolescente ao se deparar com a exclusão social, por fatores econômicos, culturais ou sociais não conseguem cumprir com o seu papel na sociedade, e isso acaba por alargar certos fatores como o aumento do consumo de bebidas alcoólicas agregadas à violência, criminalidade e, conseqüentemente, dificuldade de inclusão social (12; 13).

Hoje, vários são os fatores que vinculam os jovens ao consumo alcoólico, principalmente, o fator social, um fator implicante na autoafirmação do adolescente na sociedade, momento de definição de sua própria imagem, ou seja, de sua personalidade. Na sua grande maioria o seu uso está vinculado aos prazeres individuais e coletivos que venham a influenciar no *status* frente aos colegas e o meio social do qual se encontram inseridos (7).

Diante das expectativas de mudanças sociais a maioria dos jovens procura conter a ansiedade consumindo bebidas alcoólicas ou a consomem puramente por curiosidade de experimentação de novas sensações e prazeres (14). Substâncias psicoativas, muitas vezes, tornam-se um fator de determinação da identidade dos adolescentes afastando-os do seu desenvolvimento físico e biológico (15) e contribuem para a dependência química possibilitando alterações de condutas psicológicas propensas ao comportamento de risco (16).

Nesses termos, dependendo da situação vivenciada pelo adolescente, alguns fatores podem se tornar relevantes na vida do jovem, o consumo de bebidas alcoólicas pode constituir um desses fatores que, muitas vezes, vinculam o adolescente ao ato infracional (17,18).

A família e a escola uma importante parceria na prevenção do uso álcool

Diversos fatores têm influenciado as ações familiares, dentre eles, o consumo de bebida alcoólica cada vez mais precoce pelo adolescente e própria mudança na postura do comportamento social e do ambiente familiar dos pais ou responsáveis na qual o adolescente está inserido. As formas de interação entre seus familiares e o ambiente no qual convivem podem contribuir com riscos do alcoolismo parental. Pais que bebem têm grandes possibilidades de influenciar os filhos a fazer o mesmo, e assim, o consumo de bebidas alcoólicas pode constituir um fator de risco na definição da personalidade do jovem (19).

Além das mudanças sociais, que alteram a estrutura familiar, a escola, enquanto espaço de ensino e aprendizagem, tem sofrido com o processo de transformação da família, mesmo a instituição podendo questionar tem posto em dúvida o papel relevante da família no aprendizado do filho, julgando-os, muitas vezes, como sujeitos incapazes ou inadaptados às transformações socioeducativas, devido, às dificuldades de aprendizagem que os filhos apresentam. O posicionamento da escola também modifica profundamente as relações familiares (7).

O relacionamento familiar é complexo, pois cada família possui seu alicerce, e não há um manual de instrução para isso, porém não se pode dizer que em uma família feliz não haja conflitos entre seus membros ou com outros sujeitos fora dela, pelo contrário, essa troca de opiniões favorece a autoconfiança e autoestima familiar. Esses diálogos serão necessários em toda etapa do crescimento da criança e do amadurecimento da família (18). O que marca mesmo é o desequilíbrio familiar em torno do consumo de bebidas alcoólicas.

Os valores e objetivos específicos na educação de uma criança constituem um organismo intrínseco, onde quanto mais diferentes são, mais necessitam uma da outra e cada qual com o seu ímpeto. Família e escola devem discutir juntos os problemas que são comuns na sociedade. A orientação familiar é alternativa que segundo o modelo cognitivo de Vygotsk incrementa a qualidade nas relações do grupo. O papel relevante da escola se constitui em orientar jovens adolescentes sobre condutas perante a família e sociedade e, com isso, se obtêm ganhos tanto para os familiares, bem como para a conscientização dos adolescentes na escola e, conseqüentemente, na família e na sociedade (7).

RESULTADOS E DISCUSSÕES

O consumo de bebida alcoólica é um fenômeno sociocultural complexo, isso significa dizer que sua presença na sociedade moderna não é simples, e a postura social e psicológica do consumidor apresenta-se de diferentes formas sendo os efeitos por ela produzidos atípicos (20). A escola, como instituição educativa tem assumido a responsabilidade da socialização dos seres humanos. Por isso, o debate a cerca do alcoolismo entre adolescentes constitui uma das principais temáticas sociais, visto que, na comunidade escolar, principalmente entre os adolescentes, o consumo de álcool é uma prática comum e pouco discutida (14).

Da amostragem utilizada na pesquisa 63,08% são do gênero masculino enquanto 36,92% do gênero feminino. Quanto à idade, a amostra era composta pelas faixas etárias de 14 a 18 anos, sendo 63,07% de indivíduos tinham entre 16 e 17 anos, 26,15% entre 14 e 15 anos e 10,78% tinham 18 anos.

Os resultados do estudo realizado no momento apontam que o consumo de bebidas alcoólicas tem crescido, particularmente entre os jovens (7). No levantamento realizado com a leitura das redações observou-se que o uso de bebidas alcoólicas faz parte do cotidiano de 70% dos alunos, pois ambos relataram em suas redações que já tiveram contato com bebidas alcoólicas. Em boa parte, o que chama atenção é o consumo acontecer no ambiente familiar, de forma indireta por meio dos estilos parentais (19) ou em festinhas, sempre em companhia de grupo de amigos que também já experimentaram o álcool, pois para eles, muitas vezes, constitui uma forma de prazer e encaram como uma diversão (21). Também, se pode observar nos relatos das redações que alguns adolescentes não mantiveram contato algum com bebidas alcoólicas por diversos motivos sendo um deles a repressão por parte dos pais. O consumo de álcool pelos pais e outros familiares é certamente uma das grandes influências para que as adolescentes se tornem dependentes (21) e pode-se apontar como um importante problema de saúde pública conforme a amostragem da pesquisa.

Ao mesmo tempo em que a lei brasileira define como “proibida à venda de bebidas alcoólicas para menores de 18 anos” (Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996), é notório entre os adolescentes o consumo de álcool inclusive no ambiente domiciliar, em festinhas entre amigos ou até mesmo organizadas pela própria família, ou mesmo em ambientes públicos (4). Essa percepção foi possível de ser notada durante as leituras dos textos redigidos pela população amostra. Sabe-se que as atitudes tomadas pela sociedade como um todo ainda (p.14) “é paradoxal em relação ao consumo de álcool”, visto que, se de um lado “condena o abuso pelos jovens”, do outro estimula o consumo “por meio da propaganda em massa” (4).

Um dos achados mais relevantes do estudo foi que o consumo de bebida alcoólica é relatado com frequência, pois os mesmos sempre estão presentes em festividades, sejam no ambiente familiar ou festas sociais. O álcool está presente no meio social do jovem adolescente, o que pode causar conflitos na sociedade e na família (19), ou seja, não atinge somente os mais desfavorecidos economicamente.

CONCLUSÃO

A partir das análises das redações argumentadas por estudantes da 3ª série do ensino médio de uma escola pública estadual do sertão do semiárido piauiense constatou-se que a família possui influência significativa no comportamento do adolescente, visto que, é à base dos sujeitos. E é nesse cenário, atrelado aos conflitos com os pais, que surge na maioria das vezes, o consumo de bebidas alcoólicas pelos adolescentes.

Percebeu-se durante o estudo que o consumo de álcool pelos adolescentes está associado à experimentação de uma nova representação social, uma nova identidade do jovem, a busca por novas experiências e o uso e abuso do álcool constitui um problema de ordem psicológica e social com consequências, muitas vezes, gravíssimas para a família e para a sociedade. Esse problema merece tecer algumas reflexões na escola com a participação da família, objetivando soluções significativas para a comunidade, pois na adolescência estão presentes diversos fatores de risco para o uso do álcool e acredita-se que os fatores evidenciados pelos jovens na categoria representacional apresentada na pesquisa constituem subsídios valiosos a serem considerados nas ações educativas pertinentes a tal problema de saúde pública.

REFERÊNCIAS

1. Andrade ALM, Micheli D, Silva EA. Neurociências do abuso de drogas em adolescentes. In: Ronzani TM, Silveira PS, organizadores. Prevenção ao uso de álcool e outras drogas no contexto escolar. Juiz de Fora: UFJF; 2014. p. 25-38.
2. Casela ALM, Monteiro EP, Freitas JVT, Silveira PS. As práticas de prevenção ao uso de drogas no Brasil. In: Ronzani TM, Silveira PS, organizadores. Prevenção ao uso de álcool e outras drogas no contexto escolar. Juiz de Fora: UFJF; 2014. p. 39-48.
3. Cavalcante MBPT, Alves MDS, Barroso MGT. Adolescência, álcool e drogas: Promoção da Saúde. Esc Anna Nery 2008 jul/set; 12(3): 555-9.
4. Pechansky F, Szobot CMI, Scivoletto S. Uso de álcool entre adolescentes: conceitos, características epidemiológicas e fatores etiopatogênicos. Rev Bras Psiquiatr 2004 mar; 26(1):14-7.
5. Faustini DMT, Novo NF, Cury MCFS, Juliano Y. Programa de orientação desenvolvido com adolescentes em centro de saúde: conhecimentos adquiridos sobre os temas abordados por uma equipe multidisciplinar. Ciênc saúde coletiva 2003 jun; 8(3):783-90.
6. Mello Filho J. Doença e Família. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2004.
7. Zagury T. O Adolescente por ele mesmo. 13.ed. Rio de Janeiro: Record; 2002.
8. Prata EMM, Santos MA. Reflexões sobre as relações entre drogadição, adolescência e família: um estudo bibliográfico. Estud Psicol (Natal) 2006 set/dez; 11(3):315-22.
9. Rocha SM. Adolescência, uso de drogas e o ato infracional: uma questão só de polícia? Rev Ministério Público RS 2005 54.ed:265-78.
10. Chirstiansen BA, Smith GT, Roehling PV, Goldman MS. Using alcohol expectancies to predict adolescent drinking behavior after one year. In: Ronzani TM, Paiva FS, Cotta JMO, Bastos RR. Expectativas sobre os efeitos do uso de álcool entre adolescentes. Psicologia em Pesquisa UFJF 2009 jan-jun; (01):75-86.
11. Brasil. Presidência da República, Subchefia para assuntos jurídicos. Lei nº 8069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências [internet]. Brasília, DF; 1990. [acesso em 2014 mar 30. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/18069.htm
12. Volpi M, organizador. O adolescente e o ato infracional. 2.ed. São Paulo: Cortez; 1997.
13. Assumpção Junior FB; Kuczynski E. Tratado de Psiquiatria da Infância e da Adolescência. São Paulo: Atheneu; 2003.
14. Diehl A, Cordeiro DC, Laranjeira R. Dependência Química: prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artmed; 2011.
15. Trindade J. Direito da Criança e do Adolescente: uma abordagem multidisciplinar. Porto Alegre: Livraria do Advogado; 2005.
16. Scivoletto S. Abuso e dependência de drogas. In: Saito MI, Silva LEV, organizador. Adolescência prevenção e risco. São Paulo: Atheneu; 2001.
17. Schenker M, Minayo MCS. A implicação da família no uso abusivo de drogas: uma revisão crítica. Ciênc Saúde Coletiva 2003;8(1):299-306.
18. Zantry-Jeronymo DV, Carvalho AMP. Alcoolismo parental e suas repercussões sobre crianças e adolescentes: uma revisão bibliográfica. Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas 2005;1(2):

19. Zalaf MRR, Fonseca RMGS. Uso problemático de álcool e outras drogas em moradia estudantil: conhecer para enfrentar. *Rev Esc Enferm USP* 2009 mar 43(1);132-8.
20. Guimarães ABP, Hochgraf PB, Brasiliano S, Ingberman YK. Aspectos familiares de meninas adolescentes dependentes de álcool e drogas. *Rev Psiq Clín* 2009 36(2):69-74.
21. Pechansky F, Szobota CM, Scivoletto S. Uso de álcool entre adolescentes: conceitos, características epidemiológicas e fatores etiopatogênicos. *Rev Psiquiatr Clín.* 2004 26(Supl1):14-7.



EXPERIÊNCIA EDUCATIVA JUNTO A ADOLESCENTES NO ENSINO PÚBLICO EM TIANGUÁ – CEARÁ, EM FOCO AS METODOLOGIAS ATIVAS.

Marta Célia Cunha¹, Érika Vanessa Serejo Costa¹, Silvinha de Sousa Costa¹, Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas².

1. Mestrandas em Saúde da Família.
2. Docente do Mestrado em Saúde da Família.
Contatos: martaceliac@gmail.com, erikaserejo@hotmail.com, silvinhacosta10@bol.com.br, cibellyaliny@gmail.com.

INTRODUÇÃO

A Educação em Saúde é inerente a todas as práticas desenvolvidas no âmbito do SUS. Como prática transversal proporciona a articulação entre todos os níveis de gestão do sistema, representando dispositivo essencial tanto para formulação da política de saúde de forma compartilhada, como as ações que acontecem na relação direta dos serviços com os usuários. Nesse sentido tais práticas devem ser valorizadas e qualificadas a fim de que contribuam cada vez mais para a afirmação do SUS como política pública de inclusão social, tanto por promover a apropriação do significado de saúde bem como promoção da cidadania².

A Estratégia Saúde da Família Padre Francisco Evaldo Carneiro Carvalho está situada na zona urbana do município de Tianguá, no bairro Governador Ferraz, conhecida como uma área de potencial risco social como a influência do tráfico de drogas, prostituição, violência doméstica entre outras situações que geram certa publicidade como sendo um bairro de alta periculosidade para a população e ganhando uma certa notoriedade “onde cada órgão faz o que compete a cada um” nos variados espaços, quer sejam, na saúde, educação, justiça ou religião na busca da preservação da vida e na redução de vulnerabilidades. Ainda que se pratiquem atividades de educação em saúde no âmbito da USF, percebe-se o frágil protagonismo dos indivíduos e da comunidade para o cuidado de sua saúde e conseqüentemente a ausência de empoderamento para este fim. Com o Projeto Escola Promotora da Vida, desenvolvido por profissionais de saúde e de educação do bairro, sentiu-se que a intersetorialidade pode estreitar os laços para o alcance de uma comunidade mais saudável e participativa, a partir da abordagem de educação popular.

Os Círculos de Cultura são espaços em que dialogicamente se ensina e se aprende. Em que se conhece em lugar de se fazer transferência de conhecimento. Em que se produz conhecimento em lugar da justaposição ou da superposição de conhecimento feitas pelo educador a ou sobre o educando. Em que se constroem novas hipóteses de leitura do mundo³.

Assim, desconstruir o pensamento de produzir saúde como sendo uma atividade exclusivamente de responsabilidade dos profissionais da saúde e em conjunto produzir

um conceito ampliado de saúde, respeitando saberes e cultura de um grupo de adolescentes, foi a premissa básica desse relato, ao problematizar atividades sobre os determinantes e condicionantes de saúde como: cultura da paz, lazer, defesa do meio ambiente e práticas corporais. Objetivou-se, portanto, construir a imagem-objetivo de uma vida saudável e feliz, na perspectiva cultural de um grupo de adolescentes, após a problematização do conceito de saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência de estratégia educativa desenvolvida entre profissionais de saúde e um grupo de vinte adolescentes, onze homens e nove mulheres, na Escola de Ensino Médio Dom Javier, no bairro Governador Ferraz, em Tianguá, Ceará no período de outubro a novembro de 2014.

Para uma discussão dinâmica e incentivadora do senso crítico e reflexivo acerca da produção do conceito de uma vida feliz e saudável, utilizamos a seguintes abordagens metodológicas: o círculo de cultura e a ilustração da imagem-objetivo.

No círculo de cultura o diálogo deixa de ser uma simples metodologia ou uma técnica de ação grupal e passa a ser a própria diretriz de uma experiência didática centrada no suposto de que aprender é aprender a dizer a sua palavra⁴. Assim, distribuímos tarjetas para os participantes, utilizando inicialmente perguntas disparadoras para o grupo: Para você o que é saúde? O que é felicidade? Que posso fazer para ter uma vida saudável e feliz?

A discussão da temática saúde é de suma importância, tendo em vista que a maneira como as pessoas compreendem o termo, irá nortear suas práticas em busca de melhorias para o controle social, participação popular e possível empoderamento. Neste sentido, o entendimento sobre ter saúde foi a questão disparadora para utilização da dinâmica dos Círculos de Cultura e posterior construção da imagem-objetivo.

A noção de "imagem objetivo" tem sido usada na área de planejamento para designar uma certa configuração de um sistema ou de uma situação que alguns atores na arena política consideram desejável. Diferencia-se de uma utopia pelo fato de que os atores que a sustentam julgam que tal configuração pode ser tornada real num horizonte temporal definido⁸.

Assim, a imagem-objetivo corresponde a uma determinada situação em que se pretende alcançar, com base em processos de diagnóstico situacional, com o envolvimento de diversos atores sociais¹¹, estando representados neste trabalho, pelos grupo de 20 alunos. Ela foi construída pelo grupo após as discussões realizadas dentro do círculo de cultura, acerca do conceito ampliado de saúde e perspectivas futuras de

conquista por esse “ser saudável”, dando valor a autonomia dos sujeitos enquanto protagonistas e autores de suas próprias vidas.

RESULTADOS

Previamente acordado com a Secretaria de Educação do município e a coordenação pedagógica da escola, em espaço reservado em turno não letivo dos alunos participantes, incluindo uma aluna especial (a de maior faixa etária da turma), demos início ao momento com a Dinâmica “Aprendendo o nome”. Ficamos todos em roda, com as mãos dadas e cada pessoa ia se apresentando junto a um adjetivo de mesma inicial.

Em seguida, convidamos todos a sentarem em círculo, e distribuimos as tarjetas amarelas para cada aluno, solicitando que escrevessem, em uma palavra, o que significava saúde para eles. Assim, as palavras citadas foram, por ordem: Alegria, Esperança, Paz, Sorriso, Confiança, Energia, Fé, União, Tudo e Vida. Cada aluno ao revelar sua palavra para o grupo, explicava porque a havia escrito. Então, com as tarjetas dispostas no quadro, pedimos que os alunos fossem organizando as palavras comuns e construindo um conceito conjunto sobre o que era saúde, o qual ficou descrito da seguinte forma:

*“Saúde é ter uma **vida** com a **confiança** de que, através da **união** de todos e a **energia** de cada um, teremos a **esperança** por um mundo de **paz** e **fé**, para alcançarmos a **felicidade**” (Conceito Coletivo).*

Então, revelamos o objetivo da atividade, o que até então era desconhecido por todos, apresentando o projeto “Escola Promotora da Vida”, a importância de se conhecer os determinantes sociais para se viver bem e com qualidade de vida, a importância daquele grupo de alunos ali presentes para serem protagonistas e agentes difusores de um novo pensar sobre ter saúde e fazer saúde, tanto para os outros alunos da escola, amigos, como também para familiares e vizinhos. Exibimos o vídeo motivacional do projeto, especialmente direcionado para o grupo de adolescentes.

Após a exibição do vídeo, problematizamos sobre os determinantes sociais da saúde, as opiniões de cada um, suas vivências particulares, o que eles poderiam dizer sobre o que a saúde pode representar em suas vidas. Distribuimos novas tarjetas, na cor verde, para que eles escrevessem o que significava saúde para eles após esse momento de discussão. Muitos relataram que era muito difícil dizer tudo o queriam em apenas uma palavra e pediram para escrever em uma frase ou duas. Deixamos os alunos à vontade, livres para escolher e escrever o que achassem melhor.

Assim, as ideias citadas foram: “Educação”, “Morar em um ambiente limpo”, “Praticar esporte”, “Segurança”, “Estudar e Trabalhar”, “Sair com a família”, “Apoio”, “Ter

o apoio da escola para sermos pessoas melhores”, “Compromisso”, “Lazer”, “Disposição para a mudança e o futuro melhor”, “Os jovens são o futuro da saúde e do mundo”. Organizado pelo mesmo mecanismo de junção de ideias semelhantes, a construção do novo conceito de saúde foi:

*“Saúde é ter **educação**, com o **apoio** de todos e da escola, para viver em um **ambiente limpo**, com **lazer**, **segurança**, **trabalho**, praticando **esportes**, vivendo bem com a **família** e tendo disposição e **compromisso** para a **mudança**, porque os **jovens são o futuro** da saúde e do mundo.”*

O Círculo de Cultura favorece incentivo e estímulo à utilização e à expressão de diferentes formas de linguagem e representação da realidade, onde os adolescentes entendem que o desenvolvimento das ações ocorre a partir deles como atores principais do processo de ensino-aprendizagem¹. Por essa metodologia se produz educandos/educadores, em sentidos necessários e complementares aos processos de aprendizagem onde a educação em saúde torna-se um aprender a ser e fazer-se adolescente reflexivo e crítico sobre si próprio e sobre seu mundo⁷.

Partindo agora desse conceito ampliado, explicamos para o grupo a construção da imagem-objetivo a ser produzida por eles, a partir dessas ideias. Entregamos as tarjetas verdes para a professora responsável e pactuamos o recebimento da ilustração no segundo dia conseqüente ao dia da atividade. Abaixo, tem-se a ilustração da imagem objetivo criada pelos alunos:



Figura 1. Ilustração da imagem-objetivo de uma vida saudável. Do lado esquerdo, tarjetas amarelas antes da problematização. Do lado direito, tarjetas verdes, após a problematização. FONTE: elaborado pelas autoras.

Assim, para avaliarmos o momento, distribuimos um instrumento estruturado com perguntas e respostas (ficha autoavaliativa), ressaltando que a última pergunta da ficha não era para ser respondida e sim ilustrada posteriormente pela imagem-objeto. Destacamos a seguir alguns comentários mais comuns feitos pelos alunos: Qual o conceito ampliado de saúde? O que posso fazer para melhorar minha própria saúde? O que posso fazer para promover saúde em minha escola? O que posso fazer para promover saúde em minha casa?

“Agora sabemos mais de como cuidar de nossa saúde... Praticar esportes, estudar, comer frutas... Incentivar as pessoas a se cuidarem... Conversar em casa com os meus pais sobre isso” (aluno x).

“O meu conceito de saúde é ter felicidade... Ser feliz, praticar esportes, ser uma pessoa melhor... Fazer com que eu tenha um ambiente agradável e limpo... Ter uma boa convivência e amor” (aluno y).

“Elas estão aqui para nos ajudar e melhorar nosso ponto de vista... Praticar mais esportes, acordar mais cedo e comer de três em três horas... Dar conselhos para os meus amigos praticarem mais exercícios... Pedir para os meus pais beberem mais água e serem um bom exemplo” (aluno z).

DISCUSSÃO

O Círculo de Cultura criado por Paulo Freire na década de 60 é um instrumento de expressão e aprendizagem, que atende propostas educativas e também pedagógicas na aplicação de seus conceitos e marcos teóricos. Abre caminhos para um diálogo que acontece na teia de relações sociais, fortalecendo os vínculos - um diálogo amoroso através de palavras geradoras que sacralizam a vida⁶.

A partir das questões disparadoras sobre o que é saúde, antes mesmo de problematizarmos, percebemos que o grupo de adolescentes não mencionou o conceito reducionista e biológico, que até então era esperado, pois em nenhuma fala foi citada ter saúde como a ausência de doença.

Porém, ao indagarmos sobre como alcançar essa pré-concepção coletiva sobre o tema, os alunos não sabiam como chegar a “essa saúde”, não conseguiam explicá-la nem determiná-la. Assim, após a problematização e o estímulo a reflexão sobre como suas próprias vidas aconteciam, sobre do que dependiam para viver bem e feliz, eles foram então compreendendo e personificando os determinantes sociais.

Por isso, torna-se interessante a prática da arte (com oficinas, desenhos) no sentido de proporcionar construções lúdicas que envolvem a imaginação, a criação de representações, o respeito aos limites, a liberdade, a tomada de decisões. Pode ser

vivenciada na educação formal de adolescentes com este fim: para a formação de conceitos, a catarse e o desenvolvimento da habilidades⁹.

A comunicação educadora por meio de desenhos tem sido bastante difundida em metodologias de educação popular, visto que a imagem captura com simbolismo a subjetividade dos indivíduos, os quais, muitas vezes, sabem mas não conseguem traduzir em saber apenas em palavras. Alguns autores^{5, 9, 10} trazem essa capacidade dos desenhos de expressar claramente a consciência do real em direção a uma consciência do possível, evidenciando comprometimento dos sonhos com seu mundo

A apreciação artística e a arte precisam ter lugar na escola. Contudo, sabemos que, muitas vezes, as únicas imagens na sala de aula são as imagens dos livros didáticos ou as imagens das folhas de colorir. Um dos grandes problemas que atinge os adolescentes de hoje é justamente o fato de que a sociedade de consumo oferece aos jovens uma profusão de imagens como modelos de ideais de Eu, oferecendo para sua constituição apenas a possibilidade de idealizações que não trazem consigo nenhuma necessidade sublimatória⁹.

Após atividade embasada no círculo de cultura, percebemos o quanto podemos nos impressionar com o saber do outro, no caso, o quanto foi surpreendente constatar que o conceito de saúde dos adolescentes não foi reducionista e o quanto eles estão abertos a ampliar suas concepções acerca do mundo. Mas para isso, faz-se necessário estimulá-los a compreender o seu papel dentro de suas vidas e na sociedade, na busca por uma verdadeira transformação das percepções e das realidades sociais. O diálogo, a troca de experiências e olhares distintos e complementares são essenciais para reduzir as vulnerabilidades como também dar espaço às potencialidades, construindo sujeitos autônomos e empoderados a difundir seus saberes, exercendo assim plenamente sua cidadania. Quase 70 % (treze) declararam que ao final do círculo de cultura aprenderam mais sobre saúde ou aprenderam “coisas” que não sabiam, aprimorando seu modo de pensar. Abaixo, tem-se algumas falas destacadas:

“Foi excelente porque teve diálogo”.

“Foi excelente porque mudei o meu conceito de saúde”.

”Foi excelente porque esse momento foi mágico”.

“Foi bom porque aprendi coisas que eu não sabia”.

“Foi bom porque nós discutimos a palavra saúde”.

E foi com base nesse olhar aprimorado sobre ter saúde e uma vida feliz, os participantes foram captados pela professora de artes da escola para representar esse saber nas perspectivas de um futuro alcançável, através da ilustração da imagem-objeto, entregue dois dias depois. Uma pesquisa realizada sobre o desenhar de

adolescente permitiu reconhecer o adolescente em seus aspectos psicológicos e físicos, fazendo-se compreender suas representações gráficas mais pertinentes, evidenciando que nesta fase da vida, o indivíduo interessa-se pelo desenho real no sentido pleno da palavra¹⁰.

Ressalta-se que a atividade educativa não se findou nessa experiência. O protagonismo desses adolescentes como disseminadores das discussões realizadas ficou evidente na menção em dar continuidade a outros encontros, previamente acordados pelo Projeto “Escola Promotora da Vida”, cujos temas foram sugeridos individualmente por meio de tarjetas. Os assuntos mais citados foram: Sexo, Alimentação saudável e autoconfiança. Agradecemos a todos pela presença, elogiamos a participação e o protagonismo do grupo e finalizamos a atividade com um registro de imagem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Não foi necessário prescrever ou ensinar nenhuma conduta de vida saudável, a aprendizagem aflorou durante a problematização das opiniões de todos. Nos surpreendemos com a riqueza da construção do discurso do sujeito coletivo e isso ficou muito claro na metodologia aplicada, pois, cada sujeito trouxe consigo algo para ensinar e necessita de algo para aprender, incluindo nós profissionais da saúde.

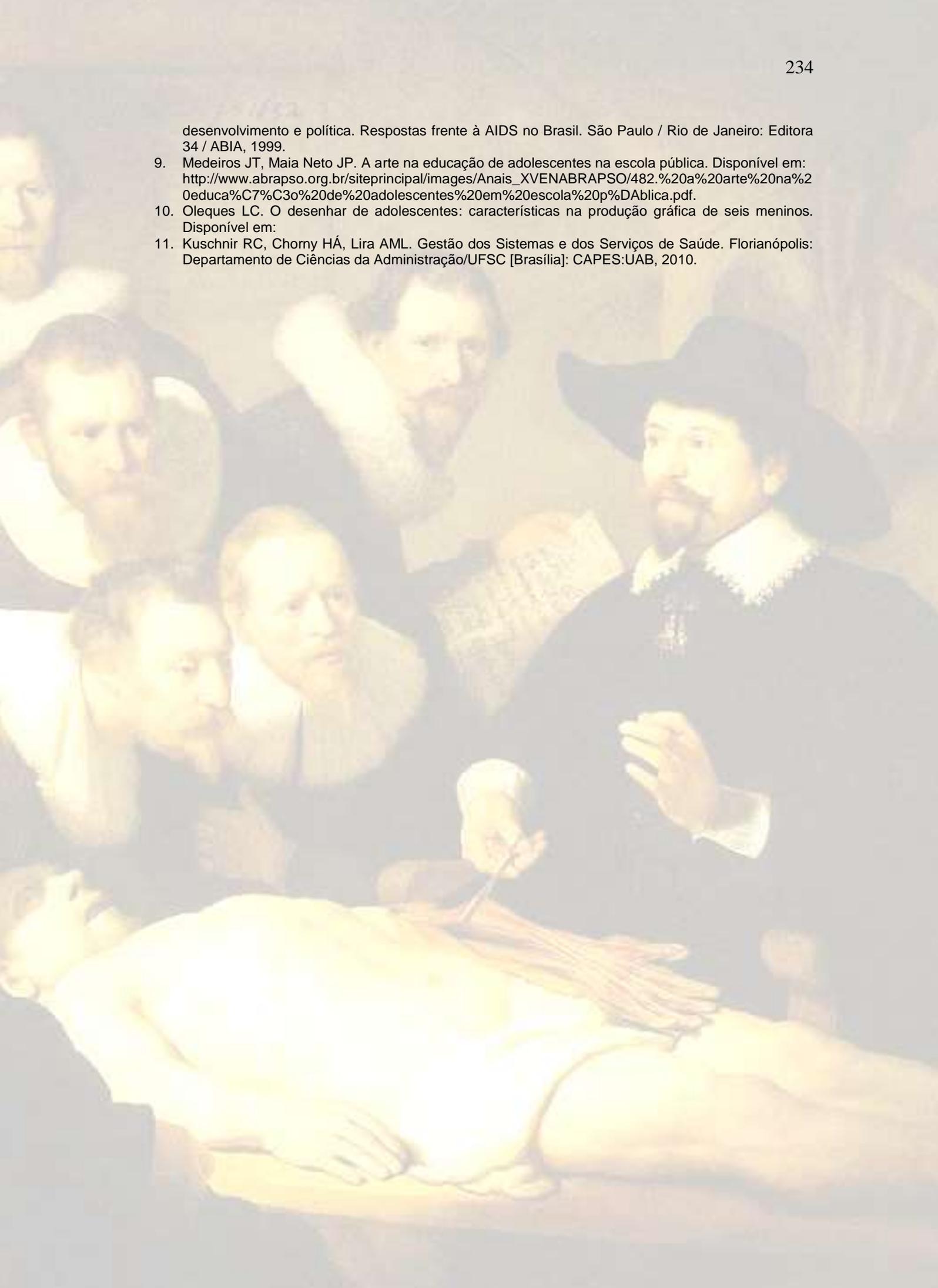
Percebemos que o grupo não mencionou o conceito biologicista, pois em nenhuma fala foi citada ter saúde como a ausência de doença. Porém, sobre como alcançar a pré-concepção coletiva sobre o tema, os alunos não sabiam como alcançar “essa saúde”, explicá-la nem determiná-la. Com a problematização, eles foram compreendendo e personificando os determinantes sociais, através da imagem-objeto.

REFERÊNCIAS

1. Abreu LDP, Mendonça GMM, Andrade AC, Oliveira GR, Aurélio DO, Rocha FAA, Silva MAM. Abordagem educativa utilizando os Círculos de Cultura de Paulo Freire: experiência de acadêmicos de enfermagem no “Grupo Adolescer”. *Adolesc. Saude*, Rio de Janeiro. 2013; 10(4):66-70.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Caderno de educação popular e saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. - Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
3. Freire P. *Pedagogia da Esperança. Um reencontro com a Pedagogia do oprimido*. 3. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1994.
4. Brandão CR. Círculo de Cultura. *Dicionário Paulo Freire*. Rev.Amp. Belo Horizonte: Autêntica Editora. 2010: 69-70.
5. Cavalcante, JHV. Círculos de Cultura e o adolescente: contribuições para atitudes saudáveis frente às drogas. [Dissertação]. Sobral: Universidade Estadual Vale do Acaraú / Centro de Ciências da Saúde / Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste em Saúde da Família, 2014.
6. Cavalcante R. A educação biocêntrica dialogando no círculo de cultura. *Revista Pensamento Biocêntrico*. Pelotas. 2008 (10).
7. Maron LC, Adreola K, Fantinel NM, Macedo PS, Koch RF, Rodrigues MGS. Oficinas educativas com adolescentes sobre DSTs/AIDS e métodos contraceptivos: um relato de experiência. *Revista Contexto & Saúde* Ijuí Editora Unijuí. 2011; 10 (20).
8. Mattos RA. Sobre os limites e as possibilidades dos impactos das políticas públicas relativas à epidemia de HIV/AIDS: algumas reflexões metodológicas feitas a partir do caso brasileiro. *Saúde*,

desenvolvimento e política. Respostas frente à AIDS no Brasil. São Paulo / Rio de Janeiro: Editora 34 / ABIA, 1999.

9. Medeiros JT, Maia Neto JP. A arte na educação de adolescentes na escola pública. Disponível em: http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/images/Anais_XVENABRAPSO/482.%20a%20arte%20na%20educa%C7%C3o%20de%20adolescentes%20em%20escola%20p%DAblica.pdf.
10. Oleques LC. O desenhar de adolescentes: características na produção gráfica de seis meninos. Disponível em:
11. Kuschnir RC, Chorny HÁ, Lira AML. Gestão dos Sistemas e dos Serviços de Saúde. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/UFSC [Brasília]: CAPES:UAB, 2010.



VIGILÂNCIA AO DESENVOLVIMENTO INFANTIL: detecção precoce dos sinais de autismo na APS.

Najra Danny Pereira Lima^{1}; Joyce Driely Carvalho Silva¹; Felipe Santana e Silva¹; Francidalma Soares Sousa Carvalho Filha²; Janderson Castro dos Santos³; Giancarlos de Sousa Lima⁴.*

1. Acadêmica do Curso de Bacharelado em Enfermagem, Faculdade de Ciências e Tecnologia do Maranhão, Caxias-MA, Brasil.
2. Enfermeira, Mestre em Enfermagem. Docente da Faculdade de Ciências e Tecnologia do Maranhão e Universidade Estadual do Maranhão, Caxias-MA, Brasil.
3. Cirurgião Dentista, Especialista em Saúde da Família, Caxias-MA, Brasil.
4. Médico, Especialista em Saúde da Família, Caxias-MA, Brasil. *Email para correspondência: arjandanny@hotmail.com.

INTRODUÇÃO

O acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento é uma das diretrizes mais importantes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). O primeiro refere-se ao aumento de medidas corporais, como peso e altura e o segundo, aplica-se ao aparecimento e aperfeiçoamento de funções, como a linguagem, habilidades motoras, funções cognitivas, maturidade psíquica e outras (PAISC, 2014; BRASIL, 2012).

A manifestação de dificuldades no desenvolvimento é muito variável e pode ser de ordem mental, física, auditiva, visual ou relacional. O déficit mental caracteriza-se por um estado de redução notável do funcionamento intelectual e está associado a limitações em pelo menos dois aspectos do funcionamento: comunicação, cuidados pessoais, atividades de vida diária, habilidades sociais, utilização dos recursos comunitários, autonomia, aptidões escolares, lazer e trabalho (MIRANDA; RESEGUE; FIGUIEIRAS, 2003).

Os distúrbios com predomínio motor costumam ser diagnosticados mais facilmente do que os de linguagem ou os cognitivos e embora as deficiências graves possam ser reconhecidas ainda na infância, alterações da fala, hiperatividade e transtornos emocionais não são facilmente diagnosticados (OPAS, 2005; HALPERN et al., 2000).

As alterações do desenvolvimento de predomínio relacional caracterizam-se por transtornos na interação social e na comunicação. Uma parcela significativa de tais crianças apresenta déficits cognitivos, sendo o Autismo a doença mais grave deste amplo espectro de entidades (MIRANDA; RESEGUE; FIGUIEIRAS, 2003).

O termo Autismo tem sua origem no grego autós, que significa de si mesmo. O Autismo compõe um grupo dos Transtornos Globais do Desenvolvimento (TGD), caracterizado por alterações qualitativas das interações sociais recíprocas e modalidades de comunicação, além de um repertório de interesses e atividades restrito, repetitivo e estereotipado (CID 10, 2007; DSM IV, 2002; FERARI, 2012).

O Autismo é uma condição de distúrbio do desenvolvimento que cursa com padrões atípicos de comportamento. É caracterizado por anormalidades qualitativas abrangentes e com diferentes graus de comprometimento nas seguintes áreas do desenvolvimento: habilidades de interação social recíproca, desenvolturas na comunicação e presença de estereotípias de comportamento, interesses e atividades. Apresenta maior prevalência no sexo masculino e na maioria dos casos, manifesta sintomas nos primeiros três anos de vida, ocasionando um desvio em relação ao nível de desenvolvimento esperado para sua idade (PAULA; RIBEIRO; TEIXEIRA, 2011; SCHWARSTZMAN, 2011; FERRARI, 2012).

Neste sentido, com o intuito de melhorar a atenção e intensificar a descoberta de casos novos de Autismo, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2013b) estabeleceu a linha de cuidado para a atenção integral às pessoas com Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) e suas famílias na rede de atenção psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS), além de fixar as diretrizes de atenção à reabilitação, para ampliar o acesso e a qualificação da atenção a essa população nos diferentes aspectos do cuidado à pessoa com deficiência.

Assim, a Atenção Primária à Saúde (APS), porta de entrada do sistema, pode ser uma grande aliada na descoberta de casos deste agravo, pois se constitui em um conjunto de ações implementadas no primeiro nível de atenção e está voltada para a promoção da saúde em âmbito individual e coletivo. É também responsável por atuar na proteção da saúde, prevenção e diagnóstico de doenças, reabilitação e manutenção da saúde, fundamentada nos princípios da universalidade, equidade e integralidade do cuidado (BRASIL, 2012b).

De acordo com Paiva Júnior (2014), uma pesquisa realizada nos Estados Unidos no ano de 2010 revelou 1 caso de TEA em cada 68 crianças com até 8 anos de idade, o equivalente a 1,47%, que representa um aumento de 30% quando comparados aos dados de 2008, que apontou 1 caso em 88 crianças e quase 60% em relação a 2006, que era de 1 para 110. Os números foram aferidos pelo *Center of Diseases Control and Prevention* (CDC), que também demonstrou que embora o Autismo possa ser detectado a partir dos 2 anos de idade, a maioria das crianças foi diagnosticada após os 4 anos.

No Brasil, os dados sobre o problema são praticamente desconhecidos. O maior e mais recente levantamento realizado no país, sugere que o Autismo afeta uma em cada 370 crianças ou 0,3% dessa população. Coordenado por Mercadante, da Universidade Federal de São Paulo e Cristiane Silvestre de Paula, da Universidade Presbiteriana Mackenzie, o estudo avaliou sinais de autismo em 1.470 crianças com idade entre 7 e 12 anos, das quais 94 foram encaminhadas para testes clínicos mais detalhados e 4 receberam diagnóstico de Autismo (ZORZETTO, 2011).

Com base nesses dados, esta pesquisa traz à tona uma importante discussão sobre os problemas oriundos da falta de ações de detecção e acompanhamento de alterações no desenvolvimento, sobretudo referentes ao Autismo e demonstra que, conforme Araújo (2011), um dos maiores entraves enfrentados na assistência à pessoa com TEA, refere-se à detecção precoce e à falta de intervenções subsequentes, que determinam um prognóstico ruim e dificultam o processo adaptativo.

Assim, o objetivo deste estudo foi avaliar o conhecimento e as práticas de enfermeiros e médicos atuantes na Atenção Primária à Saúde acerca do acompanhamento do desenvolvimento infantil, com ênfase no Transtorno do Espectro do Autismo, conforme as Políticas de Públicas vigentes.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo avaliativo, exploratório, com abordagem mista – qualitativa e quantitativa. A pesquisa avaliativa é um procedimento que consiste em fazer um julgamento de uma intervenção usando métodos científicos (FIGUEIRO; FRIAS; NAVARRO, 2010). Portanto, fazer pesquisa avaliativa demanda uma ou várias análises, havendo a necessidade de apelar-se, frequentemente, para um leque de estratégias em pesquisa e considerar as perspectivas dos diversos sujeitos envolvidas na intervenção (GERHARDT; SILVEIRA, 2009). Ademais, de acordo com Deslandes; Assis (2002), a articulação entre abordagens e combinações metodológicas tem reconhecida importância para pesquisar o complexo saúde-doença-atenção, indicando as diversas modalidades de diálogos. Nesse contexto, o quantitativo e o qualitativo traduzem, cada um na sua definição, as conexões entre o individual e o coletivo, presentes no cotidiano das práticas de saúde.

O cenário desta investigação foi o Município de Caxias, de área de 5.150,647 km², situado na região leste do estado do Maranhão, a 374 quilômetros da capital São Luís, e a 70 quilômetros da capital piauiense, Teresina. Apresenta uma população aproximada de 155.129 habitantes (IBGE, 2014). Segundo dados da Coordenação da APS e do Sistema de Informação da Atenção Básica, o município está estruturado com 53 Equipes de Saúde da Família (ESF), distribuídas em 21 UBS da zona urbana e 11 da zona rural. Assim, coletaram-se dados em todas as UBS.

Entre os profissionais atuantes na APS, o município conta com 53 médicos e 52 enfermeiros. Portanto, solicitou-se a participação dos 105 trabalhadores, dos quais, 81 (39 médicos e 42 enfermeiros) aceitaram participar da pesquisa.

Para garantir o sigilo e anonimato dos sujeitos do estudo, seus nomes foram substituídos pelas abreviações “E”, para representar os enfermeiros, e “M”, para representar os médicos. A essa identificação, foi acrescida, ainda, uma numeração que

corresponde à ordem em que foram organizadas as entrevistas. Sendo que a coleta de dados ocorreu mediante a realização de dois procedimentos concomitantes: a entrevista semiestruturada e a aplicação de um formulário estruturado aos médicos e enfermeiros atuantes na APS em Caxias – MA, entre os meses de maio a agosto de 2014.

A entrevista é definida por Minayo (2005; 2006b) como uma conversa que tem uma finalidade e que visa operacionalizar a metodologia abordada a partir da perspectiva dos participantes, em que o informante é convidado a expressar-se livremente sobre um tema, e as perguntas dão extensão às reflexões. O formulário, que, de acordo com Lakatos; Marconi (1991) é um roteiro de perguntas enunciadas pelo entrevistador e preenchidas por ele com as respostas do pesquisado, o que possibilita a elaboração de questões mais complexas, com vistas a garantir a exaustão de todas as possibilidades frente ao tema estudado.

Após a realização e transcrição das entrevistas, as respostas foram submetidas à Análise de Conteúdo, proposta por Bardin (1997). Entre as técnicas de Análise de Conteúdo, optou-se pela Análise Temática, que busca os núcleos de sentido, os quais constituem a comunicação e cuja expressão revela algo de importante para o objeto estudado. Assim, de posse do material oriundo das entrevistas, procedeu-se à classificação em três categorias após a inferência, descrição e interpretação minuciosa de todo o conteúdo.

Quanto aos dados quantitativos, após a aplicação dos formulários aos profissionais de saúde, compôs-se um banco de dados, que foram digitados no software *Statistical Package for the Social Sciences* – SPSS (versão 18.0 for Windows), posteriormente, consolidados por meio das técnicas de estatísticas descritivas (frequências absoluta e relativa) e apresentados sob a forma de tabelas. Procedeu-se a discussão dos achados com base na literatura produzida sobre o tema.

Quanto aos aspectos éticos, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 30648114.8.0000.5554. Os pesquisadores comprometeram-se com as normas preconizadas pela Resolução CNS 466/12 e suas complementares, que tratam dos aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos e os sujeitos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Dados referentes à aplicação dos formulários

A Tabela 1 versa sobre a assistência aos indivíduos com atraso no desenvolvimento que pode sugerir TEA. Para tanto, discute-se sobre a percepção dos

profissionais quanto aos sinais de alerta, o uso de instrumentos de triagem para identificação de perdas e o encaminhamento de casos suspeitos e/ou confirmados à Atenção Secundária.

Tabela 1 – Dados relativos à assistência ao paciente com atraso no desenvolvimento, sugestivo de TEA na APS. Caxias-MA, 2014.

VARIÁVEIS	N	%
Percepção de sinais de alerta		
Médicos (sim)	9	11,0
Médicos (não)	30	37,0
Enfermeiros (sim)	8	10,0
Enfermeiros (não)	34	42,0
Total	81	100,0
Uso de instrumentos de triagem		
Médicos (sim)	11	13,5
Médicos (não)	28	34,5
Enfermeiros (sim)	8	10,0
Enfermeiros (não)	34	42,0
Total	81	100,0
Encaminhamento à Atenção Secundária		
Consulta com Neurologista	21	26,0
Consulta com Pediatra	22	27,1
Centro de Atenção Psicossocial	15	18,5
Associação de Pais e Amigos dos Especiais	19	23,4
Outros	4	5,0
Total	81	100,0

Fonte: Pesquisa direta.

Em relação à percepção de sinais de alerta do TEA antes dos 18 meses, 17 (21%) trabalhadores referiram que conseguem perceber. Entretanto, 64 (79%) disseram não perceberem tais sintomas. Carvalho et al. (2013) referem que os sinais de retardo no desenvolvimento infantil podem ser precocemente detectados, e em um estudo realizado por estes autores em creches do município de Barueri-SP, a partir da aplicação da escala M-Chat, verificaram que 4 (3,8%) de 104 crianças, com idades entre 16 e 24 meses, apresentavam sinais perceptíveis de TEA, tais como déficit nas habilidades de comunicação social inicial e iniciação de atenção compartilhada.

Corroboram com estes resultados dados de uma investigação realizada por Braga e Ávila (2004), mostrando que, de uma amostra de 20 (vinte) mães de crianças com transtornos invasivos do desenvolvimento, matriculados no núcleo de autistas da APAE, do município de Catanduva, e na Escola do Autista, do município de São José do Rio Preto, ambos do estado de São Paulo, foi a família que, na maioria dos casos (75%), percebeu nas crianças os primeiros sinais de alerta para o autismo. Ademais, observou-se que a frequência com que os profissionais da saúde e educação detectaram os sinais de atraso ocorreu em apenas 25% dos casos.

Além disso, o produto obtido de um recente estudo com 32 crianças em idade pré-escolar, atendidas no Cincinnati Children's Hospital Medical Center (CCHMC), em Ohio

(EUA), realizado por Zanon; Backes; Bosa (2014) demonstra que sinais de atraso no desenvolvimento sugestivo de autismo são percebidos principalmente pelos pais, quando consideradas apenas as manifestações específicas do espectro.

Todavia, convém destacar que embora seja comum os pais perceberem alterações no desenvolvimento de seus filhos, eles demoram a procurar ajuda especializada nos serviços de saúde. Por isso, os profissionais da APS têm um papel fundamental na identificação inicial dos sinais e sintomas de risco para o TEA, pois a UBS é a porta de entrada para o SUS e a referência para o cuidado integral, considerando que diferentes demandas de saúde devem ser organizadas na rede, incluindo a atenção psicossocial (PROTOCOLO, 2014).

Assim, é preciso que tais profissionais conheçam os indícios de atrasos no desenvolvimento e sejam capazes de detectar as alterações sugestivas de TEA, desde o primeiro ano de vida; realizem a avaliação inicial e, em seguida, encaminhem aos especialistas, para que as devidas intervenções sejam implantadas, além de continuarem o acompanhamento por meio de consultas e visitas domiciliares, buscando aumentar as chances de inserção social e familiar do indivíduo.

Neste sentido, Prestes (2009) acrescenta que o diagnóstico e as intervenções precoces nos casos de autismo, podem auxiliar no alcance de modalidades mais avançadas no desenvolvimento no ciclo de vida, pois um significativo contingente de pessoas é diagnosticado apenas na faixa etária escolar, diminuindo as chances de consecução de uma vida mais saudável e adaptada aos moldes sociais existentes.

Quanto ao uso de instrumentos de triagem, percebeu-se que 62 (76,5%) participantes do estudo (34,5% médicos e 42% enfermeiros) não os utilizam quando realizam a avaliação do desenvolvimento infantil. De acordo com Araújo et al., (2013), a identificação de sinais precoces de autismo é de fundamental importância, e as escalas de avaliação permitem mensurar os indícios apresentados de maneira a viabilizar o diagnóstico. Assim, o olhar atento do profissional de saúde para os primeiros sinais de atraso facilita a investigação e o estabelecimento de um plano de cuidados eficiente. Entretanto, em conformidade com Robins (2008b), mesmo com a constatação de possibilidades de rastreamento ainda na primeira infância, apenas uma minoria dos casos é diagnosticada antes do período pré-escolar.

Braga; Ávila (2004) constataram em sua pesquisa que 50% das mães entrevistadas informaram nunca terem respondido ou percebido, durante os atendimentos, a presença de quaisquer instrumentos de triagem para avaliação do desenvolvimento dos filhos; 35% não souberam dizer se foi ou não utilizado; e 15% responderam positivamente à questão. Informações sobre esse tema não foram fornecidas pelos profissionais de saúde para 45% das mães; outras 10% não lembravam

se receberam ou não essas informações; e 5% responderam que mencionaram algumas informações, mas não todas.

É preciso destacar que o uso de instrumento de triagem permite um acompanhamento detalhado do desenvolvimento infantil, possibilita o registro dos dados para orientar a conduta diante da criança com atraso de desenvolvimento, e pode servir como meio de comunicação entre o profissional de saúde da APS, a família e os demais profissionais de outros níveis de assistência, tornando a assistência mais organizada e efetiva.

A esse respeito, Silva et al, (2010) acrescenta que o acompanhamento do CD é o eixo estruturante das linhas de cuidado da atenção integral à saúde da criança e possibilita a identificação de necessidades especiais que merecem abordagem oportuna. Para tanto, desde 2005, um instrumento utilizado para facilitar essa prática é a CSC, distribuída universalmente nas maternidades (públicas e privadas), e que deve ser valorizada pela equipe de saúde por meio do registro sistemático de informações relevantes a cada atendimento, compartilhando esse acompanhamento com a família.

Ademais, no conteúdo da CSC estão contidas orientações sobre a importância do acompanhamento do desenvolvimento e formas de avaliar esses pacientes. Além de pontuar os marcos do desenvolvimento para cada idade, a CSC explica a técnica adequada para a pesquisa de cada um deles, em que são identificados fatores de risco e alterações físicas normalmente associadas a atrasos do desenvolvimento. Para facilitar a assistência e registro dos dados, há na CSC um espaço para o preenchimento dos dados pelos profissionais. Caso o profissional suspeite de alguma alteração do desenvolvimento durante a avaliação, existem também orientações sobre condutas a serem tomadas (BRASIL, 2013a).

Em relação ao encaminhamento dos pacientes com atraso de desenvolvimento, 22 (27,1%) sujeitos declararam que encaminham as crianças à consulta com pediatra; 21 (26%), ao neurologista; 19 (23,4%), à APAE; 15 (18,5%), ao CAPS; e 4 (5%) mencionaram outras especialidades. Conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013b), no caso de um paciente com comprovado atraso de desenvolvimento, o profissional de saúde da APS deve solicitar apoio de outros setores de atendimento como o Centro Especializado em Reabilitação (CER) e Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), além de especialidades médicas e de outras categorias profissionais, como terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, assistente social e psicólogo. Portanto, após uma avaliação multiprofissional formula-se o projeto terapêutico da criança, com vistas a promover a melhora do seu quadro.

Ainda assim, convém ressaltar que o encaminhamento da criança a outros profissionais e/ou equipe de referência não minimiza a responsabilidade dos

profissionais da APS frente ao acompanhamento da pessoa com TEA e da família, pois este ato deve oportunizar discussões e avaliações de outros trabalhadores em saúde, garantindo-lhes continuidade e modificações às necessidades e respostas obtidas pelos pacientes.

Dados referentes à realização das entrevistas

Os resultados obtidos foram organizados em três categorias: 1) Identificação de atraso no desenvolvimento e conduta realizada; 2) Uso de instrumentos de triagem para identificar atraso no desenvolvimento em crianças; 3) Sinais sugestivos de Transtorno do Espectro do Autismo.

Categoria 1: Identificação de atraso no desenvolvimento e conduta realizada

Nesta Categoria serão discutidas as possíveis formas de identificações de atraso no desenvolvimento de crianças, bem como as condutas tomadas:

É o que mais a gente vê aqui. Principalmente casos de desnutrição, a questão também do tamanho pra idade, que agente observa muito, o tamanho e o peso pra idade, agente já encontrou vários casos, principalmente porque a gente pega área de periferia e na periferia é onde mais agente detecta. (M19)

O que mais a gente se depara aqui na estratégia é a criança no desenvolvimento, crescimento relacionado ao fator desnutrição, alimentação. (E27)

Já fiz diagnóstico de atraso de desenvolvimento, como por exemplo: falta de cuidados, desnutrida, baixa imunidade. (E36)

Já fiz diagnóstico sim, era uma criança que tinha desenvolvimento corporal bem atrasado, por exemplo, ela tinha nove anos e era completamente diferente de uma criança normal, fisicamente também. (E 15).

Percebe-se, que os interlocutores confunde mas definições de crescimento e desenvolvimento. Cabe ressaltar que a maioria dos distúrbios do desenvolvimento não interfere no crescimento, como em casos de TEA, que a criança pode alcançar todos os níveis de crescimento esperados para idade, e não desenvolver as habilidades esperadas; exigindo abordagens diferentes e específicas para a percepção e avaliação (SILVA et al., 2010).

Quanto às principais condutas tomadas pelos interlocutores diante de uma criança com atraso no desenvolvimento, foram mencionadas:

Encaminhar, porque eu não tenho base pra... Eu posso até fazer a triagem direitinho e detectar, mas eu sempre encaminho. (E11)

O município não dispõe de tratamento especializado. Então é encaminhado para São Luís (MA) ou Teresina (PI). (M7)

Aqui teve uma criança assim, mas inclusive, até perdi o segmento, porque eu encaminhei para o especialista e ela não voltou mais, aí eu fiquei sem saber qual era o diagnóstico exato dela, se era um retardo mental ou autismo, fiquei nessa dúvida. (M7)

Evidenciou-se nas falas que a conduta mais realizada é o encaminhamento dos pacientes. Ressalta-se que embora esta ação deva ser feita, para que seja efetivado o diagnóstico, esperava-se que os profissionais mencionassem ações realizadas na UBS, tais como: orientações sobre a situação da criança, explicações sobre o motivo do encaminhamento para a família e também o acompanhamento da criança após o diagnóstico.

Moreira e Simões (2013) destacam que a Estratégia Saúde da Família, devido à sua abrangência na comunidade, é uma ferramenta eficaz no tratamento e continuidade da assistência à saúde mental proporcionando uma atenção integral através do acolhimento, vinculação, função de referência e da longitudinalidade da assistência, diminuindo custos e proporcionando cidadania e acompanhamento sistemático ao paciente.

Ademais, o encaminhamento pode se apresentar como uma possibilidade de diminuir as obrigações e compromissos dos profissionais da APS diante das pessoas com atraso no desenvolvimento e seus familiares:

Nós, como enfermeiros, não temos esse poder de prescrever alguma coisa, ou de dizer alguma coisa, a gente encaminha para o médico e o médico é que encaminha para o especialista. (E5)

Eu encaminharia esse paciente para o pediatra, ele que se vire! (E3)

É notório nos relatos que o enfermeiro nem sempre se considera partícipe do processo de acompanhamento da pessoa com déficit no desenvolvimento. Porém, em conformidade com Braga e Ávila (2004), esse profissional deve assumir uma posição ativa e, caso perceba atraso e quando confirmado o diagnóstico, deve proporcionar atendimento humanizado, levando em consideração a complexidade e o impacto da notícia à família, além de possibilitar que a mesma seja assistida por um profissional interessado, preparado e que inspire confiança a todos os que convivem com a criança.

Carniel, Saldanha e Fensterseifer (2010) acrescentam que o enfermeiro desempenha um importante papel junto à criança com atraso e à família, tornando-se um grande aliado para participar do tratamento e acompanhamento dessa criança; além de discutir o caso com os demais membros da equipe multiprofissional, como o médico, o cirurgião dentista e os profissionais de nível médio, que também deverão prestar assistência contínua à criança.

Categoria 2: Uso de instrumentos de triagem para identificar atraso no desenvolvimento

Nesta categoria, observam-se respostas contrárias, pois alguns interlocutores afirmam utilizar instrumentos de triagem para identificar atraso no desenvolvimento e outros negaram:

Nós não utilizamos instrumentos de triagem, porque nosso tempo aqui é corrido, até mesmo pra gente ter aquele tempo para tá observando. As consultas com criança aqui tem o cronograma para os dias de atendimento da criança e a gente não costuma tá utilizando e até mesmo tá observando, porque as consultas aqui são corridas. (E20)

Só uso o meu conhecimento mesmo porque eu não tenho nenhum instrumento aqui, aí nem a unidade básica me dá condições para ter instrumento. Seria muito bom se tivéssemos acesso. (E 27)

Não existe um instrumento para que a gente identifique os casos de atraso no desenvolvimento ou autismo, então o diagnóstico às vezes acaba sendo um pouco atrasado. Eu utilizaria caso tivesse acesso. (M13)

Não dispomos de instrumentos de triagem palpáveis. É de fundamental importância a fim de identificar precocemente. (M20)

Sempre chega no ambulatório crianças com atraso no desenvolvimento, a gente usa a entrevista com a própria criança, mas agente não tem instrumento, a gente não tem acesso. (M36)

Como mostram as interlocuções, os profissionais da APS, em geral, não utilizam nenhum instrumento de triagem na prática de assistência à criança. Sigolo (2011) e Robins (2008) evidenciam que o acompanhamento do desenvolvimento infantil é um procedimento básico na APS, uma vez que visa prevenir um atraso ou amenizar suas consequências. Assim, instrumentos como a Caderneta de Saúde da Criança, os Indicadores de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDI) e o Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT) podem e dever ser largamente utilizados.

Ressalta-se que a APS dispõe da caderneta de saúde da criança, cujo conteúdo traz um instrumento de vigilância do desenvolvimento de crianças de 0 a 36 meses, bem como as condutas que devem ser realizadas diante de cada situação de risco para atraso no desenvolvimento. Além disso, estão inclusas informações importantes sobre o Autismo e os seus sinais sugestivos (BRASIL, 2011).

Categoria 3: Sinais sugestivos de Transtorno do Espectro do Autismo

Nesta Categoria, os participantes da pesquisa foram consultados sobre os sinais sugestivos de TEA:

É aquela criança parada. Ela fica muito tempo no mesmo lugar. (E4)

O Autista quando agente olha eu acho aquela criança lesada. (E6)

O cabelinho é bem ralinho, os olhos, nariz, a ponte nasal achatada, a língua protusa. (E8)

Ele fica muito concentrado nele mesmo, no eu dele, aquela criança parada, a ideia fixa em alguma, eu acredito que seja isso. (E 17)

É uma criança muito introspectiva, muito zangada às vezes. (M7)

Aquela criança que não tem interesse de estar no meio familiar conviver com as outras crianças, que se isola que fala pouco. (M12)

Choram muito, sem motivo aparente. (M14)

Percebe-se que o conhecimento sobre sinais de Autismo ainda é incipiente, pois embora tenham mencionado sinais como isolamento social e dificuldades de comunicação, foram citados de maneira isolada, como se a síndrome se resumisse a um traço. Visani e Rabello (2012) verificaram a falta de conhecimento e de autonomia por parte de profissionais de saúde em relação ao diagnóstico de autismo, revelando a necessidade de investimento na capacitação de profissionais da saúde, com vistas a melhorar a qualidade da assistência voltada ao acompanhamento do desenvolvimento infantil.

Outro fator que pode ser observado nas falas dos entrevistados nessa categoria é que a agressividade e hiperatividade foram sinais muito citados, porém estas não são características específicas de TEA:

Ele é muito agressivo, quando a gente conversa com ele a resposta é muito assim alterada, aí você já pode pensar no diagnóstico. (E9)

Uma criança agitada, que não acompanha as atividades da escola. (M27)

A inquietação, uma criança inquieta, gosta de estar sempre mudando de lugar, tem agitação e olhar fixo em algum lugar. (M28)

A hiperatividade é um sinal bem marcante. (M18)

O estudo realizado por Bianchini e Souza (2013) aponta que o transtorno de atenção e hiperatividade é uma das comorbidades mais encontradas em casos de TEA, porém a percepção de que toda criança autista seja agressiva e hiperativa, pode fazer com que esses profissionais deixem passar despercebidos alguns casos de atraso de desenvolvimento, pois muitas crianças estão dentro do espectro do autismo e não apresentam tais comprometimentos.

Embora a maioria dos profissionais apresentou dificuldade em expressar o seu entendimento e perceptivelmente detém pouco conhecimento, foi possível perceber que alguns interlocutores têm um bom entendimento sobre o tema:

Alteração de comportamento e desenvolvimento neuropsicomotor em graus variados. (E9)

Paciente com distúrbio comportamental, com desvio de atenção e retraimento, com aptidões elevada para algumas atividades, porém introspectiva. (E10)

É uma patologia que se manifesta principalmente na idade infantil e tem como característica o atraso do desenvolvimento cognitivo da criança, existem vários estágios desta patologia e dependendo desses níveis o tratamento é instituído. (M16)

É uma doença que tem várias formas de apresentação, desde as mais leves até as formas mais francas. (M34)

Quanto mais cedo o diagnóstico de autismo for efetivado e as intervenções instituídas, mais chances a criança terá de desenvolver-se adequadamente. Por isso, é necessário que todos os profissionais de saúde, inclusive aqueles que atuam na APS, compreendam a necessidade de desenvolverem habilidades e ações que possibilitem o diagnóstico precoce e viabilize o acesso às intervenções (SILVA; MULICK, 2009).

Neste ínterim, Visani e Rabelo (2012) enfatizam a necessidade de evitar os descaminhos e a passagem frustrada por profissionais e instituições de saúde entre a percepção de sinais geradores de preocupação, por parte dos pais, e o primeiro diagnóstico formal do transtorno. Assim, é necessário que profissionais de saúde diretamente ligados ao acompanhamento do desenvolvimento infantil detenham conhecimentos sobre o TEA, a importância da sua detecção e intervenção precoce, colaborando para o desenvolvimento da segurança e autonomia nas ações assistenciais.

Outrossim, Teixeira (2010) fez uma análise da produção científica de autores brasileiros sobre o TEA, cujos dados revelaram que tais pesquisas não suprem a demanda do País, com carência em particular de estudos epidemiológicos com grandes amostras populacionais, pesquisas sobre validação de instrumentos diagnósticos e de identificação precoce que contribuam para o estabelecimento de políticas públicas que colaborem para a elaboração dos programas de intervenção para os autistas e seus familiares.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O entendimento acerca do desenvolvimento humano é amplo e refere-se a um conjunto de transformações complexas, contínuas, dinâmicas e progressivas, que inclui, além do crescimento, a maturação, a aprendizagem e os aspectos psíquicos e sociais.

O Transtorno do Espectro do Autismo, uma das alterações mais comuns do desenvolvimento, é uma síndrome neurológica complexa, com etiologia não esclarecida e sem cura. A sintomatologia característica envolve isolamento social e grandes dificuldades de comunicação e de desenvolver habilidades básicas para adaptar-se bem

ao convívio social, interferindo na qualidade de vida e em direitos fundamentais de todo cidadão.

Neste estudo, ouviram-se 81 profissionais, médicos e enfermeiros atuantes na Atenção Primária à Saúde em Caxias-MA, buscando avaliar os cuidados em saúde direcionados a esses pacientes. Assim, verificou-se que o conhecimento dos sujeitos sobre a temática ainda é escasso e insuficiente para uma prática assistencial de qualidade, e que em geral não são realizadas ações de saúde efetivas com vistas à percepção de sinais de alerta para autismo.

Percebeu-se que não é dada a importância necessária ao Autismo e que a influência do diagnóstico precoce para um melhor prognóstico é desconhecida pela maioria dos profissionais. Em se tratando do entendimento dos profissionais sobre sinais de atraso de desenvolvimento sugestivos de autismo, verificou-se que em alguns casos estes foram apontados de forma equivocada ou isolados.

Percebeu-se que a maioria dos profissionais não faz uso de instrumentos de triagem durante o acompanhamento do desenvolvimento infantil. E se constatou equívocos na diferenciação entre crescimento e desenvolvimento. Além de se verificar que a conduta realizada por esses profissionais resume-se ao encaminhamento para a atenção secundária.

É necessário, portanto, que os profissionais de saúde atuantes na Atenção Primária à Saúde qualifiquem sua assistência para detectar precocemente alterações no desenvolvimento de crianças, inclusive o Autismo, fazendo uso de instrumentos de triagem, como a Carteira de Saúde da Criança e a escala M-CHAT, que são de fácil acesso e aplicação, norteando e respaldando a assistência prestada.

Sugerem-se que os gestores em saúde forneçam capacitações aos profissionais da Atenção Primária à Saúde em Caxias-MA, com vistas a qualificar a assistência às crianças, sobretudo em relação à avaliação do desenvolvimento, buscando aprimorar habilidades e ações que possibilitem o diagnóstico precoce, o acompanhamento contínuo e a observação da evolução do caso, além da oferta de suporte à família e ao paciente.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, Célia Maria. Psicologia e os transtornos do Espectro do Autismo. In: SCHWARTZMAN, José Salomão; ARAÚJO, Ceres Alves. **Transtornos do Espectro do Autismo**. São Paulo: Memnon, 2011.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. [Trad. Luiz Antero Reto e Augusto Pinheiro]. São Paulo: Edições 70, 1997.
- BIANCHINI, Natallie do Carmo Prado; SOUZA, Luiz Augusto de Paula Souza. Autismo e comorbidades: achados atuais e futuras direções de pesquisa. **Distúrb Comum**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 624-626, set. 2014.
- BRAGA, Maria Rita; AVILA, Lazslo Antonio. Detecção dos transtornos invasivos na criança: perspectiva das mães. *Rev Latino-Am Enf*, Ribeirão Preto, v. 12, n. 6, p. 76-83, dez, 2004.
- BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de atenção á saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caderneta de saúde da criança**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

_____. Ministério da saúde. **Linha de cuidado para a atenção integral às pessoas com transtorno do espectro do autismo e suas famílias no sistema único de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

CARNIEL, Elenice Lorenzi; SALDANHA, Letícia Beck; FENSTERSEIFER, Lísia Maria. Proposta de um plano de cuidados para crianças autistas. **Pediatria**, São Paulo, v. 33, u. 1, p. 4-8, 2011.

CEZAR-VAZ, Marta Regina et al. Estudo com enfermeiros e médicos da Atenção Básica à Saúde: uma abordagem socioambiental. **Texto Contexto Enf**, Florianópolis, v. 16, n. 4, p. 645-53, out/dez, 2007.

CID-10. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. 6. ed. São Paulo: Edusp, 2007.

DESLANDES, Suely Ferreira; ASSIS, Simone Gonçalves. Abordagens quantitativa e qualitativa em saúde: o dialogo das diferenças. In: MINAYO, Maria Cecilia de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira (Org.). **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 195-223.

DSM-IV – **Manual diagnóstico e estatístico de transtorno mental**. Trad. Cláudia Dornelles; 4. Ed. Ver-Porto Alegre: Artmed, 2002.

FERRARI, Pierre. **Autismo infantil: O que é e como tratar**. 4.ed. São Paulo: Paulinas, 2012.

FIGUEIRO, A. C.; FRIAS, P. G.; NAVARRO, L. M. Avaliação em Saúde: conceitos básicos para a prática nas instituições. In: SAMICO, Isabella. et al.(org.). **Avaliação em Saúde: Bases conceituais e Operacionais**. Rio de Janeiro: MedBook, p. 1-13, 2010.

GERHARDT, Tatiana Engel.; SILVEIRA, Denise Tolfo. **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

HALPERN, Ricardo et al. Fatores de risco para suspeita de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor aos 12 meses de vida. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 76, n. 6, p. 421-428, jan, 2000.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades**. [s.l.:s.n.], 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/>>. Acesso em: 10 de outubro de 2014.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 1991. 270 p.

MINAYO, Maria Cecilia de Souza. Pesquisa avaliativa por triangulação de métodos. In: BOSI, Maria Lúcia Magalhães; MERCADO, Francisco Javier. **Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006. p. 163-190.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9. ed. rev. e aprimorada. São Paulo: Hucitec, 2006b.

_____. Conceito de avaliação por triangulação de métodos. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. **Avaliação por triangulação de métodos: Abordagem de Programas Sociais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 19-52.

MIRANDA, Luci Pfeiffer; RESEGUE, Rosa; FIGUIEIRAS, Amira Consuelo de Melo. A criança e o adolescente com problemas do desenvolvimento no ambulatório de pediatria. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 79, n. 1, p. 33-42, 2003.

MOREIRA, Max Silva; SIMÕES, Willy Moreira Batista. A importância dos atributos: acolhimento, vínculo e longitudinalidade na construção da função de referência em saúde mental na atenção primária à saúde. **Rev Enf**, v. 16, n. 03, p.223-239, set/dez. 2013.

OPAS. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Manual para a vigilância do desenvolvimento infantil no contexto do AIDPI. Washington: OPAS, 2005.

PAIVA JÚNIOR, F. Casos de autismo sobem para 1 a cada 68 crianças. **Rev. Autismo**, [s.l.:s.n.], 2014.

PAULA, Cristiane Silvestre; RIBERO, Sabrina Helena B.; TEIXEIRA, Maria Cristina T. V. Epidemiologia e Transtornos Globais do Desenvolvimento. In: SCHWARTZMAN, José Schwartzman; ARAÚJO, Ceres Alves. **Transtornos do Espectro do Autismo**. São Paulo: Memnon, 2011.

PNAISC. Política de Atenção Integral à Saúde da Criança. CNS Aprova a PNAISC. [s.l.:s.n.], 2014. Disponível em: < <http://portalsaude.saude.gov.br> >. Acesso em 19 de abril de 2015.

- PRESTES, M. A. **Diagnóstico de autismo na rede pública de ensino: Um estudo exploratório da situação atual**. 2009. Dissertação. (Mestrado). Brasília: Universidade Católica de Brasília, 2009.
- PROTOKOLO. Secretaria de Saúde. Secretaria dos Direitos da Pessoa com Deficiência. **Protocolo do Estado São Paulo de Diagnóstico, Tratamento e Encaminhamento de Pacientes com Transtorno do Espectro Autista (TEA)**. s.l.:s.n.], 2014.
- RIBEIRO, Augusta Morgado; SILVA, Resegue F.; PUCCINI, Rosana Fiorini. Conhecimentos e práticas de profissionais sobre desenvolvimento da criança na atenção básica à saúde. *Rev Paul Pediatr*, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 121-1128, jun, 2010.
- ROBINS, D. L. et al. **Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT)**. Tradução: unidade de autismo, centro de desenvolvimento da criança – Hospital Pediátrico de Coimbra, 2008.
- ROBINS, Diana L. Screening for autism spectrum disorders in primary care settings. **SAGE Publications and The National Autistic Society**. Georgia, v.12, n.5, p. 481–500, 2008b.
- SCHWARTZMAN, José Salomão. Transtornos do Espectro do Autismo: Conceito e generalidades. In: SCHWARTZMAN, José Salomão; ARAÚJO, Ceres Alves. **Transtornos do Espectro do Autismo**. São Paulo: Memnon, 2011.
- SIGOLO, Ana Regina Lucato; AIELLO, Ana Lúcia Rossito. Análise de instrumentos para triagem do desenvolvimento infantil. *RevPaidéia*, v. 21, n. 48, p. 51 – 60, jan/abr, 2011.
- SILVA, Martha Andrade Vilela et al. **Linha de cuidado a criança**. Secretaria municipal de saúde e defesa civil - Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/judicializacao/pdfs/485.pdf>>. Acesso em: 10 Set. 2014.
- SILVA, Micheline; MULICK, James A. Diagnosticando o transtorno autista: aspectos fundamentais e considerações práticas. *Psicologia: ciência e profissão*, Brasília, v.29, n.1, p. 116-131, jan/mar, 2009.
- SILVA, Rafael Celestino; FERREIRA, Márcia de Assunção. Características dos enfermeiros de uma unidade tecnológica: implicações para o cuidado de enfermagem. *Rev Bras Enf*, Brasília, v. 64, n. 1, p. 98-105, jan, 2011.
- TEIXEIRA, Maria Cristina Triguero Veloz. Literatura científica brasileira sobre transtorno do espectro autista. *Rev Assoc Med Bras*, São Paulo, v. 56, n 5, p. 607-14, maio, 2010.
- VISANI, Paola; RABELLO, Silvana. Considerações sobre o diagnóstico precoce na clínica do autismo e das psicoses infantis. *Rev Latino-Am Psic Fundam*, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 57-64, Jun, 2012.
- ZANON, R. B.; BACKES, B.; BOSA, C., A. Identificação dos primeiros sintomas do autismo pelos pais. *Psic.: Teor. e Pesq.*, v. 30, n. 1, Brasília, mar. 2014.
- ZORZETTO, Ricardo. O cérebro no autismo: alterações no córtex temporal podem causar prejuízo na percepção de informações importantes para a interação social. *Rev Pesq*, n.184, 2011.

DESNUTRIÇÃO E DESENVOLVIMENTO INFANTIL.

Yasmin Brito de Carvalho¹, Taís Barbosa Bueno¹, Luciana Braga Marcilon Laurindo², Maria do Carmo de Carvalho e Martins³.

1 Estudantes de Medicina do Centro Universitário UNINOVAFAPI, Teresina, Piauí.

2. Estudante de Enfermagem da Universidade Estadual do Piauí, Teresina, Piauí.

3. Doutora em Ciências Biológicas. Professora Associada do Departamento de Biofísica e Fisiologia da Universidade Federal do Piauí; Professora do Centro Universitário UNINOVAFAPI, Teresina, Piauí.

INTRODUÇÃO

A alimentação constitui-se como um dos fatores mais importante para a manutenção da vida. Diante disso, o corpo exibe sistemas complexos que controlam a ingestão e o aproveitamento dos alimentos no nosso corpo. O comportamento alimentar é controlado por várias áreas do sistema nervoso como, hipotálamo, amígdala cerebral e o córtex pré-frontal. Mudanças na dieta são, frequentemente, compensadas com alterações metabólicas, dessa forma, aproveita-se ao máximo a energia disponível, para garantir a continuidade da vida. Por conseguinte, o paciente com quadro de desnutrição não possui quantidade e qualidade alimentar suficiente para manter o equilíbrio metabólico do corpo.

Dessa forma, conclui-se que a desnutrição consiste no estado patológico causado pela falta de ingestão ou absorção de nutrientes essenciais para a manutenção, crescimento e desenvolvimento do organismo. Caracterizando-se pelo distúrbio de composição corpórea no qual a deficiência de moléculas ocorre em consequência de o aporte nutricional ser abaixo do requerido. Resultando em redução da massa corpórea, disfunções orgânicas e podendo chegar a óbito.

Esta patologia tornou-se um problema de saúde pública devido ao seu amplo impacto na sociedade e aos aspectos ligados à natureza clínico-social multifatorial cujas raízes se encontram na pobreza (1). Pode iniciar-se na vida intrauterina e frequentemente nos primeiros 2 anos de vida, em decorrência da interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo, da alimentação complementar nos anos seguintes de vida e à ocorrência de repetidos episódios de doenças infecciosas, como diarreia (2).

Quanto maior a prática do aleitamento materno exclusivo, menor o risco de mortalidade por diarreia e outras infecções. Além disso, oferecer à criança outros alimentos além do leite materno antes do sexto mês de vida pode tornar a criança mais vulnerável a diarreias, a infecções respiratórias e gastrintestinais e a desnutrição, levando ao comprometimento do crescimento e desenvolvimento adequados (3).

Desenvolvimento infantil é um processo que vai desde a concepção, envolvendo vários aspectos, indo desde o crescimento físico, passando pela maturação neurológica, comportamental, cognitiva, social e afetiva da criança. Tem como produto tornar a

criança competente para responder às suas necessidades e às do seu meio, considerando seu contexto de vida (2).

Levando-se em conta que o desenvolvimento infantil está diretamente relacionado ao biológico e ao meio ambiente onde a criança vive, qualquer intercorrência neste aspecto pode representar fator de risco (4). E como fator de risco importante, tem-se o aporte nutricional da criança abaixo do requerido, pois além de afecções no desenvolvimento infantil, está intimamente relacionado ao óbito. O óbito pode ocorrer nas primeiras 48 horas da internação e compõe um percentual de 20%, quando o óbito ocorre por desnutrição grave a nível hospitalar (2).

OBJETIVO

O objetivo desta revisão literária consiste em apresentar os efeitos da desnutrição no desenvolvimento infantil. Baseado no que foi exposto e com a finalidade de esclarecer as principais desordens do organismo associadas à desnutrição, fez-se uma breve correlação entre as mais recorrentes alterações biológicas encontradas nesse tipo de desnutrição.

METODOLOGIA

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica sobre o tema nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO), U. S. National Library of Medicine (PubMed) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Foram usados os seguintes descritores, nas línguas portuguesa e inglesa, isolados e combinados: “desnutrição”, “criança”, “nutrientes”, “desenvolvimento”. Foram selecionados para compor essa pesquisa os artigos em que foram possíveis identificar resultados de estudos referentes a alterações psicométricas, comportamentais, biológicas e anatômicas decorrentes de carências nutritivas diversas na infância.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A desnutrição

Entende-se por desnutrição quando o organismo não recebe os nutrientes necessários para seu metabolismo fisiológico, devido à falta de aporte ou problema na utilização do que lhe é ofertado. No entanto, a grande maioria dos casos é secundária a uma alimentação carente dos nutrientes básicos, ou seja, resultado de uma ingesta insuficiente ou fome (5).

O déficit nutricional encontra-se variantes, aguda e crônica, sendo a última mais importante em consequência das alterações irreversíveis que acarreta no crescimento e

desenvolvimento em longo prazo. Apesar das variações populacionais, a prevalência de desnutrição crônica mostra uma tendência decrescente, na América Latina, por exemplo, caiu de 25,6%, em 1980, para 12,6% em 2000 (6).

Apesar da significativa redução da prevalência da desnutrição infantil, ainda hoje milhões de crianças brasileiras sofrem com as consequências dessa morbidade, principalmente, aquelas que se encontram nas zonas rurais e nas regiões mais pobres do país. As repercussões da desnutrição são sistêmicas, afetam todo o organismo do indivíduo e impedem o crescimento e desenvolvimento adequado da criança (5).

As principais causas

Trata-se de uma doença de origem multicausal e complexa que tem suas raízes na desigualdade social. Pode apresentar caráter primário ou secundário, dependendo da causa que o promoveu. A desnutrição não vem a ser consequência somente da má alimentação, nesse caso por causas primárias, que refere-se a pessoas que tem uma alimentação quantitativamente ou qualitativamente insuficiente em calorias e nutrientes.

Já a por causas secundárias, diz respeito a uma ingestão de alimentos não suficiente, porque as necessidades energéticas aumentam ou por qualquer outro fator não relacionado diretamente ao alimento, como a presença de verminoses, câncer, anorexia, alergia ou intolerância alimentares, digestão e absorção deficientes de nutrientes (1,5).

Além disso, por fatores que contribuem para que isso se agrave, como a família, habitação, educação, comportamentos entre outros. Como exemplo de fator de risco em potencial é a escolaridade materna, pois vários estudos apontam que a falta de informação da mãe contribui direta e indiretamente no estado nutricional, morbidade e mortalidade do filho (5,7).

Os resultados no desenvolvimento são produzidos pela combinação de fatores de risco genéticos, biológicos, psicológicos e ambientais, geralmente envolvendo interações complexas entre eles. Considera-se que o impacto de fatores biológicos seja mais importante no início da vida e que a influência de fatores ambientais (condição socioeconômica, estado nutricional, quantidade de estimulação, etc) aumente seu impacto no decorrer dos anos. Como indicadores biológicos com repercussão no desenvolvimento são apontadas condições desfavoráveis ao nascimento como o baixo peso e a prematuridade (8).

Efeitos no desenvolvimento físico

A desnutrição é responsável por 55% das mortes de crianças no mundo inteiro. Está associada a várias outras doenças e ainda hoje é considerada a doença que mais

mata crianças abaixo de cinco anos. O tipo prevalente de desnutrição, inclusive no Brasil, corresponde à baixa estatura (9). No Brasil, o último diagnóstico mais abrangente que expõe a situação de nutrição infantil foi divulgado pela Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde – PNDS, o qual revelou que, a cada dez crianças com menos de cinco anos de idade, uma apresenta desnutrição crônica, ou seja, déficit de altura para a idade (7).

Foi averiguado nos resultados da pesquisa de Petronilho e Silva (8) que a desnutrição proteica calórica influenciou no crescimento e desenvolvimento de crianças. Fator este preocupante, pois a falta de alguns micronutrientes presentes em uma dieta balanceada prejudica vários processos do organismo, desencadeando em problemas e patologias que surgirão ao longo do tempo. Desta forma constitui um problema de saúde pública, pois os efeitos da desnutrição em longo prazo verificaram alterações significantes no desenvolvimento da criança como: circunferência da cabeça, altura e quocientes de inteligência verbal e não verbal.

Efeitos no desenvolvimento cognitivo

Quanto ao desenvolvimento cognitivo, foi comprovado que a desnutrição deixa sequelas. Constataram que crianças neste estado nutricional apresentam uma dificuldade em aprender e pronunciar novas palavras, e que crianças com má alimentação contínua desde o início da vida se lembram mal do que viram pouco tempo antes, têm um vocabulário mais restrito e sofrem de ansiedade (8).

Alguns trabalhos, por exemplo, apontaram que efeitos funcionais e estruturais da experiência de desnutrição sobre o sistema nervoso, dependendo da idade do indivíduo, do grau e da duração da desnutrição, pareciam prejudicar a aquisição de repertório de comportamentos e o desempenho acadêmico dos sujeitos.

Muito se tem afirmado que as crianças com desnutrição fracassam na escola porque são portadoras de déficit cognitivo, atraso de desenvolvimento motor, perceptivo e emocional e deficiências na linguagem. As deficiências apontadas seriam as causas do baixo desempenho dessas crianças nas aprendizagens escolares, nos testes de inteligência e também da ausência de comportamentos esperados pela escola (disciplina, concentração, motivação para a aprendizagem etc.) (10).

Efeitos na imunidade

Um dado de uma análise mostra que, entre as crianças com desnutrição moderada em tratamento, cerca de 80% tiveram pelo menos um episódio infeccioso, e entre aquelas com desnutrição grave, essa prevalência subiu para cerca de 90%. Além disso,

60% tinham parasitas. E outra ocorrência bastante comum é a anemia, constatada em 62% delas (9).

Outro estudo realizado também comprova que o desenvolvimento da criança com desnutrição é mais lento e apresenta um sistema imunológico menos competente, pois sempre estão com quadros de gripes, faringite e diarreia. Ao final de todo o período de acompanhamento nesta pesquisa ficou claro o impacto que a carência nutricional causou sobre o desenvolvimento tanto físico, pois tinha crescido menos do que o esperado e apresentou demora em relação ao tempo estimado para manter o equilíbrio e andar (8).

Efeitos duradouros

Segundo outros estudos, a alimentação insuficiente tem efeitos duradouros como obesidades, diabetes, hipertensão e cardiopatias na vida adulta. Resultados mostram uma elevada prevalência de hipertensão em adolescentes que foram crianças desnutridas (6,10)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A desnutrição, muitas vezes ligada à situação de extrema pobreza, é um fator determinante, em especial quando durante a infância, para influenciar negativamente no desenvolvimento tanto físico quanto cognitivo da criança. Entretanto, a correlação entre o desenvolvimento infantil e a desnutrição não é visível apenas ao se contrastar populações favorecidas economicamente e as carentes, pois existe uma gama de situações que alteram o processo fisiológico de absorção dos alimentos, bem como diminuem o apetite e a ingestão alimentar de uma maneira geral, culminando na desnutrição do indivíduo.

Independente da etiologia da desnutrição, inúmeras pesquisas apontam como resultado direto desta, o rebaixamento do sistema imunológico, facilitando a infecção por microorganismos, além de atrasos intelectual e do desenvolvimento físico, alterações comportamentais, diminuição da concentração e aprendizagem e, a longo prazo, é base, também, para o surgimento de doenças crônicas na vida adulta.

Pela sua significativa importância para o correto desenvolvimento infantil, a desnutrição deve ser combatida, de tal forma que a suplementação nutritiva seja feita quando necessária e detectada rapidamente pelos profissionais da saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Botega, AO; Pinto, GB; Pereira, J; Santini, J; Mattos, K. M. Desnutrição infantil: um problema de saúde pública. 3ª Jornada Interdisciplinar em Saúde; 08-11 de jun. de 2010; Santa Maria. Rio Grande do Sul: UNIFRA; 2010.

2. BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de atendimento da criança com desnutrição grave em nível hospitalar. Série A. Normas e manuais técnicos. 1ª edição. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2005.
3. Dias M; Freire L; Franceschini S. Recomendações para alimentação complementar de crianças menores de dois anos. Rev. Nutr. Maio/Junho de 2010; 23 (3).
4. Geniole, LAI; Kodjaoglanian, VL; Vieira, CCA; Martins, CC. Assistência de enfermagem por ciclos. Modulo 8. Campo Grande, MS. Ed. UFMS: Fiocruz Unidade Cerrado Pantanal, 2011.
5. Felisbino-Mendes MS, Campos MD, Lana FCF. Avaliação do estado nutricional de crianças menores de 10 anos no município de Ferros, Minas Gerais. Rev Esc Enferm. USP 2010; 44(2):257-65.
6. Pais, AB; Carrera, EF. Necessidades básicas insatisfeitas, desnutrição infantil e risco de doenças na vida. Rev Paul Pediatr. 2009;27(2):127-32.
7. Eickhoff, S; Nogueira, La. Acompanhamento de crianças desnutridas e fatores de risco: Uma parceria com a pastoral da criança. Cient Ciênc Biol Saúde. UNOPAR: 2013;15(1):55-8.
8. Petronilho, DR; Silva, LMN. Os efeitos da desnutrição sobre o desenvolvimento físico e mental infantil – caso observado no município de Paracatu – MG. Paracatuba: Faculdade de Medicina, Faculdade Atenas; 2007.
9. Sawaya, AL; Desnutrição: consequências em longo prazo e efeitos da recuperação nutricional. Estudos Avançados. 2006; 20 (58); 147-58.
10. Sawaya, AL; Desnutrição e baixo rendimento escolar: contribuições críticas. Estudos Avançados. 2006; 20 (58); 133-46.

PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS: A POSSIBILIDADE DE ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO NA ATENÇÃO BÁSICA.

José Pereira Leal¹; Alessandra Noieto de Almeida Nunes Lima²; Raimundo Rosendo Prado Júnior³; Regina Ferraz Mendes⁴

1. Mestrando em Odontologia. Universidade Federal do Piauí (UFPI). *Correspondência: Rua Ricardo Pearce Brito, 4882, Apto. 104, Ed. Escócia, Teresina-Pi. Email: lealjp2008@hotmail.com

2. Mestranda em Odontologia. UFPI.

3. Docente. Centro de Ciências e Saúde. UFPI. Doutor em Dentística Restauradora pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho.

4. Docente. Centro de Ciências e Saúde. UFPI. Doutora em Dentística pela Faculdade de Odontologia de Bauru.

INTRODUÇÃO

Pacientes com necessidades especiais (PNEs) apresentam alterações mentais, físicas, orgânicas, sociais ou comportamentais, e portanto necessitam de atenção diferenciada à saúde por um período de tempo ou por toda a vida¹. A deficiência pode ser percebida no nascimento, ou pode ser adquirida ao longo da vida².

As pessoas com deficiência devem ser consideradas vivendo em situações especiais. A sociedade deve igualar as oportunidades de convivência e se adaptar de modo a atender às necessidades de todos os seus membros. Uma sociedade inclusiva não admite preconceitos, discriminações, barreira sociais, culturais ou pessoais³.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (Portaria MS/GM nº 1.060, de 5 de junho de 2002) determina um grande leque de possibilidades de tratamento dessas pessoas seja na prevenção de agravos, na reabilitação ou a nível de proteção da saúde. As sociedades e seus governos devem assegurar aos seus cidadãos a igualdade de oportunidades em todas as situações de vida, para que eles possam desenvolver seus potenciais, incluindo cuidados especiais para com aquelas pessoas que apresentam mais dificuldades³.

A Academia Americana de Odontopediatria ressalta que os PNEs têm alterações que limitam as suas atividades de vida diária. Assim, requerem monitoramento médico, programas e serviços especializados para seu desenvolvimento, atenção e cuidados permanentes. Com o intuito de fornecer uma linguagem universal e um padrão para a descrição dos estados de saúde, a Organização Mundial de Saúde (OMS) criou a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), que baseada numa abordagem psicossocial, permite a comparação e análise de dados e informações entre regiões e países⁴.

O sucesso do tratamento odontológico depende do conhecimento do paciente por parte do cirurgião-dentista (CD), o que é conseguido através de uma minuciosa anamnese. Saber identificar as peculiaridades de cada paciente com necessidade especial é essencial para adequar o tratamento odontológico dele⁴.

Atualmente, as pessoas com deficiência têm menos acesso aos serviços de saúde bucal sendo importante desenvolver estratégias que melhorem as condições de saúde bucal desses pacientes⁵.

Assim, o relato objetivou despertar no discente os recursos existentes na abordagem ao portador de necessidades especiais e sensibilizar quanto à possibilidade de assistência em todas as esferas de assistência a saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência desenvolvido no primeiro trimestre de 2015 a partir das aulas práticas da Disciplina Odontologia para Pacientes Especiais do Programa de Pós-graduação em Odontologia da Universidade Federal do Piauí (UFPI) em Teresina-Piauí. As aulas integram a atividade curricular e visa sensibilizar e envolver os discentes no atendimento a crianças e adolescentes assistidos no Centro Integrado de Educação Especial (CIES), bem como, aumentar a amplitude de cobertura do serviço odontológico ao PNEs

O CIES oferece equipe multidisciplinar com serviços educacional e assistência à saúde, incluindo serviços de neurologia clínica, fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, enfermagem, terapia ocupacional, serviço social e odontologia desde 2007. O centro requisita a obrigatoriedade de os PNEs terem diagnóstico médico estabelecido e estarem matriculados em escolas de ensino regular para terem acesso aos serviços prestado, assim como o desligamento da instituição após três faltas sem justificativas prévias.

Atualmente 261 crianças, com idades entre dois e quatorze anos, são assistidas nos turnos manhã e tarde. Dentre os diagnósticos médicos mais frequentes configuram síndrome de Down, paralisia cerebral e autismo, entretanto existem algumas outras síndromes raras, como as síndromes de Hunter, Gaucher e Cornelia de Lange.

Os dados foram coletados a partir da observação direta das condutas dos profissionais na abordagem e na execução da terapêutica ao paciente. Em seguida foram anotados na caderneta do discente para posterior análise e transcrição do relato.

Antes de iniciar o atendimento odontológico é realizado um questionário de saúde minucioso, o qual é assinado pelo responsável da criança. No questionário procura-se conhecer as limitações físicas, mentais, saúde geral do paciente e sua história médica. A partir dessas informações planejam-se consultas rápidas, para evitar fadigas musculares no paciente e avalia a melhor forma de tratá-lo de forma segura e efetiva. Se necessário são usadas contenções físicas, sob consentimento dos pais, a fim de facilitar o atendimento odontológico e controlar movimentos involuntários do paciente. Para minimizar os movimentos involuntários da mandíbula, pode-se ainda usar um abridor de boca.

Na anamnese, o profissional faz observações complementares sobre o estado de saúde da criança, são registrados métodos de condicionamento anteriores e averiguadas experiências prévias de sedação e a presença ou não de intercorrências durante este procedimento.

Durante o atendimento odontológico são utilizadas técnicas de manejo comunicativo e comportamental, por meio do uso de conversa sobre um assunto ou tema de interesse do paciente, DVD, música e brincadeiras; e técnicas de atendimento odontológico como explicar e mostrar os instrumentais odontológicos e o procedimento que seria realizado e em seguida executá-lo. Quando as formas não farmacológicas de gerenciamento comportamental falharem, recomenda-se utilizar pré-medicação oral, isolada ou combinada, e, se for o caso, o paciente deve ser encaminhado para anestesia geral. Em caso de uso de sedação moderada, recomenda-se a presença do anestesiolegista para melhor acompanhamento do paciente.

A assistência odontológica realizada engloba promoção de saúde, prevenção de agravos e procedimentos curativos de acordo as condições de saúde/doença bucal dos PNEs. Os CDs promovem ações de motivação de familiares e de cuidadores para alcance e manutenção da saúde bucal. Os procedimentos mais frequentes são controle de biofilme, ensino e execução de técnica de escovação, profilaxia profissional, restaurações convencionais, restaurações atraumáticas, exodontias, raspagem de cálculos.

Diariamente faz-se o controle mecânico do biofilme por escovação no escovódromo após os lanches dos turnos manhã e tarde. Nesse momento, a equipe de saúde bucal realiza, ajusta técnica de higiene bucal, e capacita cuidadores e crianças na frente do espelho. A imagem no espelho é um método auxiliar e importante no aprendizado por visualizar a ação executada, treinar e ajustar a técnica de escovação da criança e do cuidador no escovódromo.

Os medicamentos utilizados pelos PNEs são registrados no prontuário odontológico, uma vez que estes indivíduos fazem uso rotineiro de anticonvulsivantes como fenitoína (Epelin®, Hidantal®) e fenobarbital (Gardenal®), geralmente associados à hiperplasia gengival; ácido valpróico (Depakene®) e carbamazepina (Tegretol®), que podem causar sangramento gengival; e clonazepam (Rivotril®). Em pacientes que fazem uso de anticonvulsivantes deve-se ter cautela ao prescrever benzodiazepínicos, os quais podem potencializar o efeito depressor do sistema nervoso central.

O tratamento requer a participação de uma equipe multiprofissional, destacando-se a interação do CD com o fonoaudiólogo por ser o profissional que atua na resolução de problemas de deglutição, fala e comunicação dos pacientes, entretanto o contato com o médico também, contribui para o conhecimento do tipo de sequela resultante da

desordem do paciente, o que contribui na segurança e na condução do tratamento odontológico.

Os discentes participam ativamente por inspeção das condutas clínicas, discussão de casos encontrados, desenvolvimento de pesquisas, procedimentos clínicos, técnicas de ludoterapias e promoção de saúde em cuidadores e PNEs.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O tratamento desses pacientes, entretanto, não diferem muito do atendimento de pacientes normotipos. Técnicas semelhantes às utilizadas em Odontopediatria podem ser necessárias durante procedimentos, por exemplo: moldagem ou modelagem do comportamento, reforço positivo, técnica do dizer-mostrar-fazer, dessensibilização, verbalização contínua, imitação, competição e controle de voz. Além de enfatizar o princípio da promoção da saúde, priorizando meios e métodos preventivos a saúde bucal com orientação da família sobre a importância de uma boa higiene oral e da utilização diária do fio dental e da observação quanto à quantidade de pasta com fluoretos, pois há o risco de deglutição. Durante o exame clínico os pais são informados do atraso da erupção de dentes, da possibilidade de maloclusões e da necessidade de se realizar profilaxia antibiótica antes de intervenções cruentas (raspagem subgengival, endodontia, exodontia e restaurações utilizando matriz), nesses pacientes.

Os pacientes mostraram uma variedade de compreensão e cooperação, sendo necessárias sessões de tratamento odontológico de maior período de tempo, entretanto as técnicas de manejo preventivas e curativas não diferem muito dos outros pacientes, o que viabiliza o atendimento desses pacientes por CDs clínicos gerais que tenham disponibilidade e paciência em realizar os procedimentos necessários.

A abordagem e posicionamento do paciente com PC, é individualizada e sempre se avalia a melhor forma de tratar um paciente “cadeirante”: na cadeira odontológica ou na própria cadeira de rodas. De forma a dar maior conforto à criança. Quando a opção escolhida é a cadeira odontológica, sempre que necessário, posiciona-se os pacientes confortavelmente na cadeira, buscando manter uma postura adequada e a estabilização dos movimentos com a utilização um dispositivo de posicionamento da cabeça, em nível occipital e dos joelhos (como rolos de espuma), para manutenção dos membros inferiores inclinados. Aconselha-se manter o paciente em posição inclinada, evitando deixá-lo completamente deitado, para reduzir a dificuldade de deglutição e recomenda-se usar contenção física, sob consentimento dos pais, a fim de controlar os movimentos involuntários do paciente. Deve-se ainda, evitar movimentos bruscos e estimulação sonora e visual sem aviso prévio ao paciente, uma vez que essas situações podem desencadear reflexos na criança.

No tratamento odontológico de pacientes autistas é criada uma rotina de atendimento, e são realizadas várias visitas ao consultório antes de iniciar o tratamento. Deve-se manter sempre o mesmo dia, horário e equipe profissional, uma vez que o paciente autista necessita de uma continuidade; as consultas realizadas são curtas, bem estruturadas e evita-se a espera na recepção. São usados comandos claros, curtos e simples, evitando palavras que provoquem medo. As técnicas: “dizer, mostrar, fazer”; controle de voz, são geralmente utilizadas, bem como reforço positivo (elogios imediatos e presentes ao final do tratamento) e contenção física com consentimento dos pais. Prioriza-se também a prevenção de doenças bucais, realizando a orientação de higiene oral sempre na presença dos pais ou cuidadores.

PNE com diagnóstico de autismo pode apresentar resultados negativos ou positivos à abordagem comportamental nos tratamentos em situações semelhantes. Os comportamentos com automutilação são usados por esses pacientes para atrair a atenção do CD e responsáveis e evitar procedimentos indesejáveis. A estimulação sensorial como luz forte, sons e odores, devido à grande sensibilidade do autista a estes estímulos, deve ser reduzida.

O exercício de atividades práticas no CIES são importantes e permite a aquisição gradativa de habilidades e de técnicas fundamentais na consolidação da formação profissional dos discentes e em um cuidar holístico por compreensão do contexto social no qual o PNE está inserido.

No programa de saúde bucal (PSB), a assistência odontológica preconizada pelo Ministério da Saúde engloba grupos específicos e todas as faixas etárias da população, visando a manutenção da saúde geral e bucal, prevenção, tratamento e reabilitação das doenças bucais. Assim, a assistência indispensável à saúde dos PNEs está inclusa na amplitude do PSB e pautada no requisito de direcionamento da assistência às características da população assistida de acordo com a área de atuação de cada equipe.

CONCLUSÃO

A odontologia para pacientes especiais abrange uma variedade de quadros clínicos, os quais requerem do CD conhecimentos, habilidades diversas e condutas clínicas diferente das convencionais.

Ações promoção de saúde bucal, prevenção de agravos e controle de doenças realizadas no CIES são passíveis de execução na atenção primária e requerem envolvimento dos membros da equipe de saúde, habilidade do CD e espaço físico adequado no consultório odontológico.

As dificuldades encontradas no atendimento desses pacientes geralmente são relacionadas à falta de preparo profissional em lidar com o condicionamento do PNE na assistência à saúde bucal. O CD possui preparo técnico, mas o treinamento na assistência aos PNEs é essencial na superação de dificuldades inerente a esses pacientes.

Assim, a contribuição da Disciplina permitiu concluir que a assistência de PNEs no ambiente e com os recursos da atenção básica a saúde no âmbito público pelo cirurgião-dentista é viável.

REFERÊNCIAS

- 1- Pereira LM, Madero E, Ferreira SH, Kramer PF, Cogo RB. Atenção odontológica em pacientes com deficiência: a experiência do curso de odontologia da ULBRA. Canoas/RS. *Stomatol.* v.16 n.31 p.92-99. Jul/dez.2010.
- 2- Silva LCP, Lobão DS. Manejo de pacientes com necessidades especiais nos cuidados de saúde. In: Massara MLA, Rédua PC. *Manual de referência para procedimentos clínicos odontopediátricos.* São Paulo: Santos; 2010. 263-272p.
- 3- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Atenção à saúde da pessoa com deficiência no Sistema Único de Saúde – SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.* – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.
- 4- Campos CC, Frazão BB, Saddi PL, Moraes LA, Ferreira MC, Setúbal PCO et al. *Manual prático para o atendimento odontológico de pacientes com necessidades especiais.* Universidade Federal de Goiás-Faculdade de odontologia. 2ªed. 2009. Goiânia-GO.
- 5- Oliveira JS, Júnior RRP, Lima KRS, Amaral HO, Neto JMM, Mendes RF. Intellectual disability and impact on oral health: a paired study. *Spec Care Dentist* 33(6): 262-268, 2013.

AVALIAÇÃO DO PERFIL LIPÍDICO DAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES

*Rayla Pereira do Nascimento¹, Paula Valentina de Sousa Vera², Kátia Magaly Pires Ricarte³,
Laura Maria Feitosa Formiga⁴, Luisa Helena de Oliveira Lima⁵, Edina Araújo Rodrigues Oliveira⁶*

1 Enfermeira graduada pela Universidade Federal do Piauí – UFPI/Picos/PI. Integrante do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva/CSHNB/CNPq.

2 Enfermeira. Especialista em Enfermagem Obstétrica. Docente do Curso de Bacharelado em Enfermagem, Universidade Federal do Piauí, Campus Senador Helvídio Nunes de Barros. Picos- Piauí. Pesquisadora do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva/GPeSC/UFPI (paulinhavalentina@hotmail.com).

3 Educadora Física. Mestranda em Ciências e Saúde da UFPI. Docente do curso de Educação Física da UESPI/Campus Professor Barros Araújo. Pesquisadora do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva/GPeSC/UFPI.

4 Enfermeira. Mestre em Farmacologia Clínica pela Universidade Federal do Ceara. Docente do Curso de Enfermagem da UFPI/ Campus Senador Helvídeo Nunes de Barros. Pesquisadora do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva/GPeSC/UFPI.

5 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Curso de Bacharelado em Enfermagem, Universidade Federal do Piauí, Campus Senador Helvídio Nunes de Barros. Picos- Piauí. Pesquisadora do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva/GPeSC/UFPI

6 Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí/UFPI. Docente do Curso de Enfermagem da UFPI/ Campus Senador Helvídeo Nunes de Barros. Pesquisadora do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva/GPeSC/UFPI.

INTRODUÇÃO

A dislipidemia é um quadro clínico caracterizada por alterações na concentração de um ou mais lipídeos/lipoproteínas presentes no sangue (triglicérides, colesterol, lipoproteínas de alta [HDL] e baixa densidade [LDL]), ela vem se ascendendo de maneira rápida, principalmente em crianças e adolescente, constituindo um dos principais fatores de riscos para Doenças Cardiovasculares (DCV).

As DCV são doenças causadas pela união de muitos fatores como, alterações das taxas de lipídios no sangue, hipertensão, obesidade, diabetes, estilo de vida inadequado. Esses fatores de riscos podem se unir, aumentando à probabilidade de se adquirir as doenças cardiovasculares. É de suma importância o controle dos fatores de riscos logo na infância e adolescência, pois diminuem as chances dessas doenças, aumentando assim a qualidade de vida.

As dislipidemias no grupo infanto-juvenil são mais frequentes provavelmente devido às mudanças nos hábitos alimentares associadas à redução na prática de atividades físicas, com estabelecimento de vida sedentária (1).

A prática insuficiente de exercícios físicos também constitui um fator de risco para o desenvolvimento do quadro clínico de dislipidemia e aterosclerose. Lipídeos são importantes substratos para a produção de energia durante a prática de exercícios físicos e estudos mostram que adultos fisicamente ativos apresentam maior concentração plasmática de HDLcolesterol, menores concentrações de LDL-colesterol e triglicérides quando comparados àqueles sedentários. Mais do que isso, a prática sistematizada de exercícios físicos parece ser um importante estimulador do aumento do tamanho das moléculas de LDL-colesterol, diminuindo sua capacidade de penetrar no espaço subendotelial e ser oxidado (2).

O estilo de vida moderno contribui fortemente para o sedentarismo. O transporte urbano e escolar, o baixo número de aulas de educação física vigentes nos currículos das escolas de ensino médio e fundamental e a violência urbana favoreceram o sedentarismo, aumentando o número de horas frente à televisão e o consumo de alimentos hipercalóricos (3).

Estudiosos vêm alertando para a ascendência das dislipidemias em crianças e adolescentes. No Brasil não existem dados epidemiológicos nacionais referentes à prevalência desse agravo que cubram todo o território nacional. Contudo, estudos pontuais têm mostrado altas prevalências de dislipidemia, oscilando entre 3,1% a 46,5% em crianças e adolescentes em algumas regiões do país (4).

No passado, acreditava-se que as DCV eram específicas da população mais idosa, contudo tem-se observado uma prevalência importante entre adultos jovens. Além disso, ensaios clínicos apontam para um início muito precoce do processo de aterosclerose, uma das principais formas de manifestação das doenças cardiovasculares, e uma relação desta com fatores de risco semelhante aos encontrados na população adulta, como hipertensão, dislipidemias, obesidade, tabagismo, sedentarismo e baixa aptidão física (5).

Este assunto se torna mais preocupante quando se tem conhecimento de que a prevalência de dislipidemia e a obesidade vêm crescendo nesta última década, devido à falta da prática de exercícios físicos regulares, o consumo de uma alimentação rica em gordura saturada e pobre em fibras. Segundo os dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) de 2002-2003, a região Norte apresentou uma maior aquisição de carne bovina, cereais, raízes, tubérculos e oleaginosos e uma menor de frutas, verduras e legumes e derivados quando comparada com outras regiões do país (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2004).

A herança genética também é um determinante dos níveis de colesterol em crianças. Todo o espectro das doenças cardiovasculares envolve fatores genéticos que podem contribuir para sua ocorrência de maneira causal ou na sua patogênese (6).

Diante do exposto, o presente estudo visa analisar a prevalência de dislipidemias entre crianças e adolescente do município de Picos, através da avaliação da influência dos hábitos de vida das crianças e adolescente desse município. Com a finalidade de ampliar os conhecimentos e, contribuir de forma efetiva para melhorar a saúde pública.

MÉTODOS

Estudo de natureza descritiva do tipo transversal. Participaram da pesquisa as 9 escolas particulares que estão localizadas na área urbana, que possuem séries/anos que

se destinam à faixa etária em estudo (8 a 19 anos de idade) e que aceitaram participar do estudo concedendo autorização institucional.

A população foi composta por todas as crianças de 8 e 9 anos e todos os adolescentes de 10 a 19 anos regularmente matriculados nas escolas particulares da zona urbana de Picos. Para o cálculo do tamanho da amostra, utilizou-se a fórmula para estudos transversais com população finita (7): $n = (Z_{\alpha/2} * P * Q * N) / (Z_{\alpha/2} * P * Q) + (N - 1) * E^2$. Onde: n = tamanho da amostra; Z_{α} = coeficiente de confiança; N = tamanho da população; E = erro amostral absoluto; Q = porcentagem complementar (100-P); P = proporção de ocorrência do fenômeno em estudo.

Foram considerados como parâmetros o coeficiente de confiança de 95% (1,96), o erro amostral de 3% e população de 652 crianças (8 e 9 anos) e 2250 adolescentes (10 a 19 anos) (N=2902), regularmente matriculados nas escolas da zona urbana. A prevalência considerada foi a menor prevalência esperada dentre as variáveis escolhidas para estudo (7% para hipertensão arterial) (8) (P=0,07). A partir da aplicação da fórmula encontrou-se um total de 254 participantes, sendo 55 crianças e 199 adolescentes.

Os participantes foram proporcionalmente selecionados de acordo com o número de alunos matriculados em cada escola.

Para participar as crianças e adolescentes atenderam aos seguintes critérios de inclusão: criança com idade entre 8 e 9 anos e adolescentes com idade entre 10 e 19 anos; criança ou adolescente cujo responsável aceite participar da pesquisa e assine o termo de consentimento livre e esclarecido; adolescentes que preencheram os critérios de elegibilidade nas instituições escolares.

Foram excluídas as crianças e/ou adolescentes, cujos pais fossem adotivos, pois existem variáveis que são determinadas por herança genética; e os mesmos fossem portadores de alguma doença cardiovascular.

O período da coleta de dados foi realizado entre os meses de abril à dezembro de 2014. Para coleta dos dados, utilizou um formulário e dois questionários adaptados de um estudo que identificou a ocorrência simultânea de fatores de risco cardiovascular em amostra representativa de crianças de 7 a 10 anos de idade, domiciliadas na cidade de Vitória e investigar os fatores socioeconômicos associados (9). O formulário contém informações sobre identificação da criança/adolescentes, antropometria, medidas hemodinâmicas, hábitos alimentares e atividade física, e foi preenchido com a criança/adolescente. A coleta de dados antropométricos (peso, estatura, circunferência da cintura, circunferência do quadril, circunferência braquial, prega cutânea tricipital) foi realizada por estudantes de enfermagem e nutrição devidamente treinados, conforme técnicas padronizadas.

Um dos questionários tem informações sobre dados de saúde dos pais biológicos, história de nascimento da criança/adolescente, hábitos alimentares e atividade física da criança/adolescente. E outro contém informações sobre o núcleo familiar, informações sobre a casa, tipo de alimentação da família. Os questionários foram preenchidos com a mãe ou responsável da criança/adolescente.

Foram coletados dados de peso corporal em kg, precisão de 100g, em balanças modelo Family BWF (TanitaCorp., Arlington Heights, Estados Unidos). A estatura foi aferida em cm, precisão de 1mm, em estadiômetro portátil afixado à parede lisa e sem rodapé. Na realização das medidas de circunferência da cintura utilizou-se a fita métrica inelástica e flexível de 150 cm de comprimento, com precisão de uma casa decimal. A aferição foi feita estando o indivíduo em pé, em superfície plana e lisa, em posição ereta, abdômen relaxado, braços dispostos ao longo do corpo e os pés juntos. A circunferência do quadril foi medida na extensão máxima das nádegas (10). Foram realizadas três medições, considerando-se a média aritmética dos valores. Para a classificação do estado nutricional adotou-se os critérios propostos pela World Health Organization (WHO, 2007) sendo utilizados os indicadores de IMC/idade, estatura/idade, peso/idade e peso/estatura, segundo percentil, além de classificação dos adolescentes para risco cardiovascular, conforme circunferência da cintura e a relação cintura-quadril. A frequência cardíaca apical foi medida auscultando-se o tórax com um estetoscópio, do tipo pediátrico para crianças e adulto para adolescentes, numa área chamada de ponto de impulso máximo, durante um minuto completo. A pressão arterial foi verificada pelo método auscultatório clássico com aparelho validado para a pesquisa. A verificação da pressão arterial seguiu os procedimentos recomendados nas VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010).

Os dados foram organizados em tabelas e analisados com base em frequências absolutas e percentuais e em medidas de tendência central, medidas de dispersão e testes de associação e de diferença de média e coeficientes de correlação. Para significância estatística adotou-se um nível de 5%. Após serem tabulados no software Excel 2007®, foram transportados para o pacote estatístico SPSS, versão 20.0 para Windows® (Statistical Package for the Social Sciences e analisados de acordo com a literatura vigente.

Para a realização do estudo seguimos todos os princípios éticos contidos na Resolução 466/12 (11) que rege pesquisas envolvendo seres humanos. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Piauí (CAAE: 03864912.9.0000.5214). e os pais/responsáveis pela criança e/ou adolescente assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados coletados foram organizados por grupos de respostas, apresentados em tabelas e analisados com a utilização da estatística descritiva e analítica.

Tabela 1. Distribuição da amostra de acordo com a identificação das crianças. Picos, 2014. n= 180.

Variáveis	F	%
1. Sexo		
Feminino	113	62,8
Masculino	67	37,2
2. Idade (anos): Mediana (IQ): 14 (4)		
8 – 9	22	12,3
10 – 14	81	44,9
15 – 19	77	42,8
3. Cor/Grupo Étnico		
Branco	56	42,4
Preto	7	5,3
Pardo	66	50,0
Indígena	3	2,3
4. Renda familiar (salários mínimos)		
< 1	12	9,1
1 – 2	41	31,3
3 – 4	44	25,1
5 – 6	20	15,2
> 6	16	12,3

Levando em consideração o sexo, o presente estudo teve como resultados a prevalência do sexo feminino (62,8%). Resultados semelhantes também foram encontrados em estudo com a mesma faixa etária em um hospital universitário público, onde estudava a concentração de Lipídeos e lipoproteínas séricos em crianças e adolescentes ambulatoriais e que teve predomínio do sexo feminino com 56,0% (1).

A tabela 1 mostrou uma mediana de 14 anos sendo a maioria da cor parda (50%). Em relação à renda familiar, a maioria das famílias ganha de um a dois salários mínimos (31,2%).

TABELA 2- Distribuição da amostra de acordo com as características antropométricas das crianças e adolescentes do sexo masculino. Picos, 2014. n= 67

Variáveis	KS (valor p)	Média	Desvio-padrão	Mediana
1 Peso	0,200	56,57	15,73	56,65
2 Altura	0,200	1,64	0,14	1,65
3 IMC	0,000	19,94	5,67*	20,29
4 CC	0,200	70,96	9,89	71,05
5 CB	0,200	25,70	5,34	25,80

KS – Teste de Kolmogorov-Smirnov. IMC – Índice de Massa Corporal. CC – Circunferência da cintura; CB – Circunferência do braço. *Intervalo interquartilico.

TABELA 3- Distribuição da amostra de acordo com as características antropométricas de crianças e dos adolescentes do sexo feminino. Picos, 2014. n=113.

Variáveis	KS (valor p)	Média	IQ	Mediana
1 Peso	0,030	48,81	12,15	49,15
2 Altura	0,000	1,54	0,11	1,57
3 IMC	0,004	19,81	4,16	19,67
4 CC	0,000	65,82	8,52	66,10
5 CB	0,003	23,60	4,00	23,85

KS – Teste de Kolmogorov-Smirnov. IMC – Índice de Massa Corporal. CC – Circunferência da cintura; CB – Circunferência do braço. *Intervalo interquartilico.

Nesse estudo tanto nos dados antropométricos femininos quanto masculinos a idade relacionada com a altura foram adequados para essas crianças e adolescentes, um bom sinal de que a maioria dessa população está com um parâmetro ótimo para a idade e que precisam ser incentivados a continuarem tendo práticas saudáveis tanto na alimentação quanto na prática do exercício físico para que no futuro sejam adultos saudáveis.

TABELA 4 - Distribuição das crianças e adolescente por classificação nutricional baseado no IMC. Picos, 2014. n=180.

IMC	Meninos		Meninas	
	F	%	F	%
Magreza	41	61,2	78	70,3
Eutrofia	16	23,9	20	18,0
Sobrepeso	2	3,0	6	5,4
Obesidade	8	11,9	7	6,3
Total	67	100	111	100

Em relação a classificação nutricional dos escolares avaliados, embora tenha sido observado que uma grande parte estão classificados como magreza, homens 41(61,2%) do sexo feminino e 78(70,3%) do sexo masculino, alguns se encaixaram no quadro de sobrepeso e obesidade, onde revelou que 8 (8,4%) apresentaram sobrepeso e 15 (17,3%), apresentam obesidade, com predomínio dos homens na obesidade.

Entre crianças e adolescentes, altas prevalências de obesidade têm sido relatadas em diversos países do mundo. Na Europa ocorreu um aumento de dez vezes na taxa de obesidade nestas faixas etárias, desde a década de 1970 até a atualidade. Um estudo sobre a tendência de sobrepeso, obesidade e baixo peso das crianças e adolescentes nos Estados Unidos da América (EUA), Brasil, China e Rússia, mostrou um aumento da incidência de sobrepeso no Brasil (4,1 para 13,9%), na China (6,4 para 7,7%) e nos EUA (15,4 para 25,6%) (12).

A obesidade está sendo considerada uma doença crônica e epidêmica, pois vem apresentando um rápido aumento em sua prevalência nas últimas décadas, tanto em países desenvolvidos como nos em desenvolvimento, e está relacionada com uma alta taxa de morbidade e mortalidade (13).

Em estudo semelhante foram encontradas divergências em relação ao presente estudo, foi constatado que as características antropométricas foram maiores no sexo feminino do que no masculino. E sobre o estado nutricional, foi revelado que 126 (28,8%) apresentaram excesso de peso e 158 (36,2%), obesidade (4).

TABELA 5. Caracterização do perfil lipídico e glicídico de crianças e adolescente do sexo masculino, 2014, n=67

Triglicerídeos	N	%
Desejável	48	75,0
Limítrofe	9	14,1
Aumentado	7	10,9
Glicemia	N	%
Normal	61	95,3
Tolerância à glicose diminuída	3	4,7
Colesterol total	N	%
Desejável	35	59,3
Limítrofe	8	13,6
Aumentado	16	27,1
LDL-C	N	%
Desejável	43	74,1
Limítrofe	9	15,5
Aumentado	6	10,3
HDL-C	N	%
Desejável	32	50,0
Baixo	32	50,0
Total	64	100

TABELA 6. Caracterização do perfil lipídico e glicídico de crianças e adolescente do sexo feminino, 2014, n=113

Triglicerídeos	N	%
Desejável	89	84,0
Limítrofe	7	6,6
Aumentado	10	9,4
Glicemia	N	%
Normal	106	100
Tolerância à glicose diminuída		
Colesterol total	N	%
Desejável	29	29,3
Limítrofe	31	31,3
Aumentado	39	39,4
LDL-C	N	%
Desejável	58	58,6
Limítrofe	31	31,3
Aumentado	10	10,1
HDL-C	N	%
Desejável	77	72,6
Baixo	29	27,4
Total	106	100

As prevalências de alterações observadas nas diferentes taxas do perfil lipídico dos 180 participantes estão apresentadas na Tabela 5 e 6. Foram detectadas maiores

prevalência para colesterol total, principalmente nas mulheres (39,4%) do que nos homens (27,1%). Mas em relação aos triglicerídeos, glicemia e LDLcolesterol, apenas um pequeno percentil não estiveram na meta.

A concentração sérica média de HDL-c entre os participantes da amostra estudada foi ligeiramente superior nas mulheres, onde (50%) dos homens e (72,6%) das mulheres apresentaram o HDL desejável. Este resultado é compatível com (14) em crianças e adolescentes de 5 a 17 anos de Bogalusa. Encontraram valores de não-HDL-c maiores em homens adultos norte-americanos em relação às mulheres (15). Essas diferenças nos valores do HDL-c conforme grupo etário se deve, provavelmente, às transformações hormonais que ocorrem na fase da infância e adolescência para a vida adulta, e que influenciam diretamente as concentrações de lípidos e das lipoproteínas.

O percentual de uma média de 11,1% de crianças e adolescente com aumento do nível sérico dos triglicerídeos, encontrado neste estudo, foi menor do que os valores observados em estudo conduzido no Estado do Paraná, com crianças e jovens de até 19 anos de idade, no qual se registrou uma prevalência de hipertrigliceridemia de 22,5% (16). Por outro lado, nossos achados se aproximam daqueles de (17), que constataram aumento dos triglicerídeos em 12,8% de 109 crianças e adolescentes com história de doença arterial coronariana prematura. Diante desta comparação é plausível admitir que a alteração de triglicerídeos registrada neste estudo seja alta, considerando-se o pressuposto de estarmos estudando uma população saudável.

Por tudo o que foi mencionado, o papel da enfermagem é de grande importância na assistência e a uma maior atenção na saúde dos adolescentes, qual é importante estar investigando mais a fundo tais fatores que podem estar relacionados às doenças cardiovasculares e planejar estratégias que possam reduzir esse índice, através da promoção da saúde.

CONCLUSÃO

O presente estudo teve como pontos relevantes o sexo que na amostra houve predominância feminina, a mediana da idade dos meninos e das meninas, o peso médio, altura, IMC e as medidas hemodinâmicas verificadas estavam adequados para a idade. Em relação a atividade física, a maioria dos participantes encontravam-se irregularmente ativo, gerando uma maior preocupação já que é um dos fatores de risco para as doenças cardiovasculares.

Quanto aos dados do perfil lipídico, as crianças e adolescente de ambos os sexos, apresentaram o colesterol total acima do desejável, mas o sexo feminino obteve uma maior prevalência.

Espera-se que os resultados do presente estudo possam servir para alertar a população da importância de cuidar da saúde e que produzam mais estudos dessa temática sobre criança e adolescente.

Assim sendo, a identificação precoce de fatores de riscos cardiovasculares relacionado a prevalência de dislipidemias é de suma importância para que possam ser realizadas ações de promoção da saúde e o monitoramento em crianças e adolescentes brasileiros, cujos resultados desta pesquisa contribuirão sobremaneira para o maior conhecimento da situação epidemiológica neste grupo etário e para a tomada de decisões tanto na área da saúde como na da educação e na articulação entre elas.

REFERÊNCIAS

1. FARIA, C.F.; DALPINO, F.B.; TAKATA, R. Lípidios e lipoproteínas séricos em crianças e adolescentes ambulatoriais de um hospital universitário público. *Rev Paul Pediatr* v.26, n.1, p 54-58, 2008.
2. FERNANDES, R.A.; et al. Prevalência de dislipidemia em indivíduos fisicamente ativos durante a infância, adolescência e idade adulta. *Arq Bras Cardiol* v.97, n.4 p. 317-323, 2011.
3. ROSSETTI, B. R.; BRITTO, R. R.; NORTON, R. C. Prevenção primária de doenças cardiovasculares na obesidade infanto-juvenil: efeito 39nti-inflamatório do exercício físico. *Rev Bras Med Esporte*. v. 15, n. 6, p. 472-475, 2009.
4. RIBAS; S.A; SILVA C.S. **Dislipidemia em escolares na rede privada de Belém. Arq Bras Cardiol**. v.92, n.8 p. 446-51, 2009.
5. RODRIGUES, A. N.; et al. Aptidão cardiorrespiratória e associações com fatores de risco cardiovascular em adolescentes. *J Pediatr*. v. 83, n. 5, p. 429-35, 2007.
6. GRILLO, L.P., et al. Perfil lipídico e obesidade em escolares de baixa renda. *Revista Brasileira de epidemiologia*. v.5, n.9, p. 456-463, 2005.
7. LUIZ, R. R.; MAGNANINI, M. M. F. O tamanho da amostra em investigações epidemiológicas. *Epidemiologia*. v.7, n. 4, p. 295-307, 2006.
8. SILVA, M. A. et al., Prevalência de fatores de risco cardiovascular em crianças e adolescentes da rede de ensino da cidade de Maceió. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. v. 84, n. 5, p. 387-92, 2005.
9. MOLINA, M. C. B. et al. Fatores de risco cardiovascular em crianças de 7 a 10 anos de área urbana, Vitória, Espírito Santo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v. 26, n. 5, p. 909-17, 2010.
10. FERREIRA, M. G. et al. Acurácia da circunferência da cintura e da relação cintura/quadril como preditores de dislipidemias em estudo transversal de doadores de sangue de Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v. 22, n. 2, p. 307-314, 2006.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466/12. Brasília, 2012.
12. ROSSI, C.E; et al. Influência da televisão no consumo alimentar e na obesidade em crianças e adolescentes: uma revisão sistemática. *Revista de Nutrição*. v.23, n.4,p.607-620, 2010.
13. OLIVEIRA, C.L; et al. Obesidade e síndrome metabólica na infância e adolescência. *Rev. Nutr* v. 17. n.2, p.237-245, 2004.
14. SRINIVASAN, S.R. Distribution and correlates of non-high-density lipoprotein cholesterol in children: the Bogalusa Heart Study. *Pediatrics*. v.110, n.3,p29, 2002.
15. GARDNER, C.D. Population frequency distribution of nonhigh lipoprotein cholesterol (Third National Health and Nutrition Examination Survey) . *Am J Cardiol*. v.86, n.3, p.299–304, 2000.
16. SEKI, M; et al. Estudo do perfil lipídico de crianças e jovens até 19 anos de idade. *J Bras Patol Med Lab* v.37, n.4, p. 247-51, 2001.
17. ROMALDINI, C.C; et al. Fatores de risco para aterosclerose em crianças e adolescentes com história familiar de doença arterial coronariana prematura. *Jornal de Pediatria* v.80, n.2, p.135-40, 2004.

A TENDA DO CONTO COMO ESTRATÉGIA DE AÇÃO PARA EDUCAÇÃO NA SAÚDE MENTAL

Marize Melo dos Santos¹, Sarah de Melo Rocha Cabral², Josué Júnior de Araújo Pierote³, Ianne Fernandes da Silva⁴

1-Doutora em Nutrição pela Universidade Federal de Pernambuco. Tutora do PET-Saúde*

2- pós-graduanda. Mestrado em Saúde e Comunidade pela Universidade Federal do Piauí. Preceptora do PET-Saúde-UFPI

3- pós-graduando. Mestrado em Clínica Odontológica pela Faculdade de Odontologia de Piracicaba (FOP) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Bolsista do PET-Saúde-UFPI

4-graduanda do Curso de Nutrição pela Universidade Federal Do Piauí. Bolsista do PET-Saúde-UFPI

INTRODUÇÃO

Na trajetória da reforma sanitária, o processo de reforma psiquiátrica vem alterando conceitos e práticas na atenção aos transtornos mentais no país. Como se sabe, o foco principal é a desinstitucionalização, focada na família e na comunidade, com implementação de uma ampla rede comunitária de serviços substitutivos aos manicômios onde haja o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação. Com a implementação da Lei nº 10.216/01, (1), os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) passaram a ser a principal estratégia do processo da Reforma Psiquiátrica, cujos serviços foram implantados para acolher as pessoas portadoras de transtornos mentais graves e persistentes, para oferecer-lhes atendimento com equipe multidisciplinar e integrá-las no ambiente social em que vivem (2). Sabendo-se que o conceito saúde-doença tem evoluído para concepções mais vinculadas à qualidade de vida (3), e que os transtornos psiquiátricos estão relacionados com comorbidades como obesidade, dislipidemia e diabetes, evidenciando o contexto da síndrome metabólica (4), realça-se a extrema necessidade de ofertar para esta população maior conhecimento em saúde, na tentativa de melhoria na qualidade de vida.

Tendo em vista as especificidades dos usuários dos CAPS, faz-se necessário o uso de metodologias ativas na intenção de envolvê-los em um processo dinâmico de ensino-aprendizagem. A Tenda do Conto, uma experiência desenvolvida na rede de saúde do município de Natal-RN, representa um exemplo de estratégia de cuidado em usuários da atenção básica à saúde. O Projeto surgiu a partir de uma pesquisa de dissertação de mestrado na enfermagem, intitulada “Beirando a vida, driblando os problemas: estratégias de bem viver”, orientada pela professora Raimunda Medeiros Germano, onde as pesquisadoras Jacqueline Abrantes e Maria de Lourdes Freitas buscavam respostas para as questões de enfrentamento das adversidades do cotidiano (5).

A tenda do Conto constitui-se num dispositivo que denota a existência de outras dinâmicas para a promoção da saúde. Representa um estímulo para a formulação de novos problemas e oportunidades de saídas dos espaços tradicionais, visto que, no trabalho em Saúde, o foco é voltado para o adoecimento. Percebendo que as demandas

sociais, afetivas e os sintomas relatados muitas vezes são diagnosticados como doença, as pesquisadoras atentaram para a necessidade de levar as histórias para dentro dos serviços em saúde, em termos de considerar que as pessoas tem saberes, histórias e não são apenas hipertensos, diabéticos, cardiopatas, entre outros (5).

Baseado na experiência acima descrita, coordenadores e tutores do Programa Ensino pelo Trabalho-PET: promoção da Saúde, conduzido pela Universidade Federal do Piauí, Núcleo de Estudos em Saúde Pública-NESP, visando a promoção da saúde e integração do ensino-serviço-comunidade, realizaram projeto similar em um Centro de Atenção Psicossocial no município de Teresina, PI, um dos cenários de prática do programa.

Para tanto, em razão dos baixos níveis de cognição dos usuários do serviço, houve a necessidade de adaptações da estratégia original, constituindo-a em uma atividade multiprofissional, multitemática, de fácil compreensão, dinâmica e humanística de Educação em Saúde.

Objetivou-se com esta prática a modificação dos olhares dentro do processo educativo em saúde, com vistas à promoção de hábitos de vida saudáveis; o autoconhecimento dos participantes, buscando o amadurecimento emocional e identidade enquanto grupo bem como a reflexão sobre os desafios inerentes ao cotidiano das atividades de promoção de saúde dos serviços, a fim de oferecer-lhes alicerces para novas práticas de cuidado.

METODOLOGIA

Com base no texto “A Arte e a cultura na produção de saúde” (6), a atividade foi planejada com a equipe multiprofissional de um Centro de atenção Psicossocial da zona Sul de Teresina, PI, com intuito de adaptá-la a uma atividade de Educação em Saúde, especialmente Educação Alimentar e Nutricional, bem como de transformá-la em momentos de integração, onde todos teriam oportunidade de participar e narrar histórias e, a partir delas, a possibilidade de descoberta, de detecção de “problemas” ou quaisquer outros aspectos inerentes à saúde de cada participante.

A prática foi realizada em 04 (quatro) etapas, sendo em dias alternados, com o intuito de abranger o maior número possível de participantes, oportunizando discussões de variados temas em saúde. Baseou-se em contos livres que resgatassem histórias representativas, de forma original e dinâmica. Todos os usuários presentes nos dias das ações foram convidados a participar, inclusive os de baixa cognição.

Na primeira etapa foram utilizadas fotografias representativas de condições de saúde, bem-estar, doenças, estados emocionais, comportamentais, físicos,

nutricionais, mediante as quais os participantes (profissionais, bolsistas e voluntários do PET e usuários) escolheram aquelas que melhor lhes representavam, e, a partir delas, contaram histórias utilizando fotografias como instrumentos facilitadores para o direcionamento de contos envolvendo temáticas em saúde. Ressalta-se que, na medida em que os usuários resgatavam memórias e narravam seus conhecimentos e vivências, os profissionais e alunos selecionavam temas relevantes em saúde e, de forma simples, harmônica, não invasiva, dinâmica e integrativa, ofertavam seus conhecimentos científicos, desmistificando crenças e renovando o conhecimento.

Na segunda etapa, houve resgates das histórias dos usuários ausentes na etapa anterior. Em seguida, a realização de atividades de produção de artes em cartolinas, relacionadas às experiências e hábitos de vida, compartilhadas por cada sujeito. Todos os participantes do processo expressaram suas histórias por meio de escrita, colagens e/ou pinturas.

A terceira etapa foi caracterizada principalmente pela produção de vídeos e fotos dos participantes, como forma de resgatar, sob novos olhares suas histórias, registrar momentos de integração e elevar a autoestima.

Por fim, a quarta e última etapa foi a concreta construção de uma tenda, ao ar livre, sob uma árvore, utilizando-se TNT's coloridos e, internamente, preenchida por variados objetos, alimentos, fotografias e recortes de revistas como forma de representar cada uma das histórias contadas. Foram reapresentados, também, os vídeos gravados por cada participante, oportunidade de um reencontro consigo mesmo dentro das mais variadas etapas de construção. Nesta etapa, foram lembrados todos os momentos da atividade, seus objetivos e os mais variados temas discutidos.

A seguir, serão relatadas e transcritas as narrativas dos usuários envolvidos nas atividades.

RESULTADOS ALCANÇADOS

Participaram, em todas as etapas da atividade, 47 indivíduos, incluindo usuários, alunos e profissionais.

Na primeira etapa, os profissionais iniciaram as explicações sobre saúde, onde os principais temas inerentes às histórias relatadas foram: a importância do uso correto da medicação, o combate ao uso de drogas e tabagismo, cuidados com a higiene pessoal, em especial a saúde bucal, a importância da participação em atividades dentro do serviço, aspectos inerentes aos serviços dispensados e questões sociais que permeiam o universo familiar.

Na segunda etapa, os temas discutidos foram hábitos de vida saudáveis, higienização dos alimentos, obesidade, diabetes, hipertensão, sedentarismo e importância de uma vida ativa bem como a importância da família e do cuidador na assistência dos cuidados. As artes produzidas nessa etapa expressaram, predominantemente, aspectos emocionais. Desejos, anseios e conflitos inerentes ao dia a dia foram representados de forma escrita, pintada e/ou colada. Devido à significativa produção, nesta etapa foi confeccionado um portfólio reunindo todas as obras produzidas.

A terceira etapa representou um novo momento de expressão de desejos, de representações das imagens corporais, de cantos, de produções artísticas, de alimentação do espírito agora mediadas por registros de fotografias e filmagens.

A quarta e última etapa, resultou na construção física de uma tenda onde, dentro dela, buscou-se uma retomada às lembranças, contos e aprendizados reunidos até aquele momento de partilha e troca de experiências. Possibilitou as mais diversas formas de emoções, convertendo-se rica forma de intervenção terapêutica e educação em saúde e identidade enquanto grupo.

A prática transformou o conceito de saúde por parte dos participantes. A saúde passou a ser entendida pelos usuários não só como ausência de doença, mas como interesse coletivo e como condição essencial de vida.

Em cada contexto singular, sutilmente surgiram temáticas em saúde discutidas interativamente, conforme relatada a seguir:

... em um tempo eu quis dormir sem tomar remédios controlados, mas vi que não posso porque eu fui internada em um hospício. Quando eu estava lá, me trancavam com outras pessoas que me batiam muito, sabe? Uma vez fiquei com o corpo todo dormente, parecia que eu tinha dado um derrame...Me negavam água, eu ficava com sede e com fome...(usuária MFSL)

Na narrativa da usuária acima, identificou-se os temas de mudança dos modelos assistenciais aos portadores de transtornos mentais, a importância do uso

correto da medicação e da participação em atividades dentro do serviço, discutidos pela enfermeira quando interagia dizendo:

... isso era a maneira como funcionava. Antigamente, só haviam hospitais, não tínhamos os recursos que temos hoje...Hoje temos os CAPS com muitos profissionais para atendê-los (psiquiatras, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais, educadores físicos), hoje temos melhores remédios, melhores técnicas para tratamentos...É importante também a gente perceber que não podemos ficar sem tomar os remédios. Tomar as medicações de acordo como foi prescrito pelo médico (nos horários e nas quantidades certinhas) é condição muito importante para vocês não entrarem em uma crise e necessitem de internações... Além disso, é importante que frequentem o serviço para participar das atividades e serem atendidos pelos profissionais individualmente...(Enfermeira RMOTS)

O combate ao uso de álcool, drogas e tabagismo foram trabalhados quando dois usuários narraram:

...Há 15 anos atrás eu vivia acorrentado pelo álcool. Eu não progredia nada...vivia acabando com tudo que tinha, até que eu conheci uma irmandade chamada de alcoólatras anônimos, que mudou minha vida. Só não vivo melhor porque, por causa do álcool, de cinco em cinco anos em média venho tendo umas crises de depressão...Hoje eu me sinto bem. Aqui no CAPS é muito melhor do que onde eu era internado (hospital). Lá eu vivia isolado, aqui a gente está em um grupo. Hoje eu nasci de novo porque eu venci o álcool e estou vencendo a depressão. Me sinto uma criança...Hoje eu só tenho 15 anos de idade. (usuário BPSF).

... Eu era assim (apontando para os demais participantes uma fotografia de uma mulher com gesto muito agressivo)...Eu bebia muito, usava drogas. Quebrava tudo que tinha dentro de casa...Até que entrei em uma crise...passei três meses sem banhar e sem comer...Fiquei muito magra...Fui internada e depois de muito tempo aceitei me tratar...Venci o álcool, as drogas e o cigarro...eu fumava muito. Hoje não coloco um cigarro na boca...ando é longe de quem fuma... E estou

aqui, bem...mas tratando minha depressão....e eu sei que vou conseguir....gosto daqui... (usuário VLF)

Agradável surpresa foi a participação de um usuário que sempre se recusava a participar das atividades. Vendo que algo estava sendo realizado de forma diferente do cotidiano da unidade, espontaneamente ele se aproximou e, convidado a sentar-se e contar uma história, mesmo sendo portador de pouca voz e de baixa cognição, ele relatou entre alguns questionamentos:

..Não sinto falta do meu pai...Minha mãe tá no céu...Eu gosto muito de fumar... Tou sem dente na minha boca...Eu queria uns dentes novos pra ser feliz... (usuário JPL)

Esse momento foi significativo. Enquanto os profissionais, incrédulos com a participação, ficavam maravilhados, um dos alunos do curso de odontologia, oportunamente iniciou uma espetacular explanação sobre saúde bucal bem como os efeitos do cigarro e seus componentes.

Olha só gente? Que desejo mais legal! Ter dentes, mas dentes saudáveis e bonitos é o que todos nós desejamos, não é? Porque nossos dentes servem para cortar, rasgar, amassar e triturar os alimentos...Nossos dentes ajudam também na pronúncia das palavras. E o que nós devemos fazer para ter um sorriso bonito? Cuidar bem da nossa boca. Escovar bem os nossos dentes... Comer alimentos saudáveis...Quando não higienizamos, quando não limpamos bem a nossa boca, os nossos dentes, estamos favorecendo o aparecimento de uma massinha amarelada, pegajosa, chamada de placa bacteriana, que quando se acumula sobre os dentes causam a chamada cárie dentária... (Acadêmico de odontologia JJAP)

Evidenciando o dinamismo e integralidade da atividade, a nutricionista complementou a fala do graduando, com conhecimentos sobre a relação da alimentação e saúde bucal, especialmente, aspectos relativos ao elevado consumo de açúcares (doces) com o aparecimento de cáries bem como a importância de outros alimentos com a prevenção das mesmas.

E o que nossa alimentação tem a ver com a saúde de nossos dentes? Por que devemos evitar “coisas” doces? Vamos falar um pouco disso também?...Em relação à alimentação, o açúcar, também presente em doces, chicletes, bombons, refrigerantes, sucos industrializados, e sorvetes, é o elemento que causa cáries. Por isso devemos evitar o consumo desses alimentos...Uma alimentação saudável é importante para a saúde em geral, inclusive para a saúde de nossa boca... Por exemplo, alimentos como verduras, legumes e frutas, conhecidos como alimentos que contém fibras. Lembrem-se: não podemos comer alimentos que contenham as chamadas “gorduras ruins”, aqueles que possuem altos níveis de colesterol... carnes gordas, preparações fritas ou assadas, salgadinhos... Devemos comer gorduras de boa qualidade, presentes em castanhas, abacate ,por exemplo, e em poucas quantidades também para evitarmos a obesidade e problemas em nosso coração...Enfim, não devemos esquecer que temos que possuir uma alimentação variada, que nos forneça vitaminas, minerais (Cálcio e vitamina C, pra deixarmos os nossos dentes cada vez mais fortes), não esquecendo de beber muita água... (Nutricionista SMRC)

Continuadas as narrativas discutiram-se os temas: hábitos de vida saudáveis, mudança dos hábitos alimentares da família ou do cuidador, higienização dos alimentos, obesidade, diabetes, hipertensão, sedentarismo e importância de uma vida ativa. Todos esses temas baseados no conto de uma única usuária, portadora de sobrepeso e diabética:

Tia, eu adoro comer. Toda hora. É bom...A senhora ver né? Vive dizendo pra mim que não posso comer muito... que não posso ficar pedindo dinheiro para comprar salgado e nem comendo as frutas do chão....que tenho que lavar... Mas eu fiz exame do meu coração e não deu nadinha. Mas o médico falou, disse assim pra minha mãe: - A senhora tem que policiar ela na geladeira...Não deixar ela comer muito por causa do diabetes dela...se ela se cortar, o corte não vai fechar -. Ele disse que não podia comer nem doce, nem sal. Que as comidas tem que ser carne branca e não carne de sangue que a gente costuma comer...tem que fazer regime pra emagrecer...pra fazer caminhada, exercício, trabalhar, ajudar minha irmã a fazer as coisas em casa...(usuário SAA)

Reportando-se ao papel fundamental do familiar ou cuidador na prevenção, tratamento e promoção da saúde, cabendo a ele uma ação conjunta com os serviços de saúde, discutiu-se esta temática mediante narrativa abaixo:

Meu pai dizia que eu era doido. Me maltratava...Mas eu vou dizer pra vocês...vocês que não são doentes tem que entender que tem que cuidar bem de um menino que é doente. Tem que entender, brincar, fazer carinho. Eu nunca tive carinho da minha mãe e nem do meu pai verdadeiro ...(usuário FLRS)

Ressalta-se que muitos participantes não narraram temáticas relativas à saúde. Os usuários com cognição inferior contaram histórias meio desconexas de infância... ou que outras pessoas contavam... ou mesmo aquelas inventadas de momento. Mesmo não tendo sido identificadas temáticas em saúde nas narrativas desses usuários, as suas participações, embora singulares, evidenciaram a promoção da saúde, demonstrada pela sensação de bem-estar, pelo sentimento de sentirem-se importante e pelo reconhecimento de inclusão enquanto cidadãos e membros de um grupo. Eles não haviam participado de atividade semelhante, no CAPS, anteriormente. Mas, na tenda do conto..... foi realmente impressionante!

A tenda do conto, foi adaptada e desenvolvida tal qual foi proposta. Todas as temáticas específicas em saúde narradas pelos participantes foram trabalhadas durante a prática pela equipe multiprofissional. Contudo, devido à grande variação de temas, houve a necessidade de maior aprofundamento dos temas em momentos posteriores.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Resultado de um esforço coletivo e interativo, a Tenda do Conto constituiu-se numa prática terapêutica mediante narrativas em que profissionais alunos e usuários da Unidade de Saúde aliaram a sabedoria popular ao conhecimento científico. A adaptação da atividade para discussão de temáticas específicas constituiu-se numa prática dinâmica e inovadora, em que foi possível a educação e promoção da saúde.

A narração de histórias muito contribuiu para o crescimento individual e coletivo, bem como para a consolidação de uma nova forma de se trabalhar educação e promoção da saúde, especificamente com a saúde mental, no SUS.

Evidenciou-se, portanto, a necessidade de construção de novas práticas de educação em saúde e inclusão daqueles que muitas vezes são marginalizados pela sociedade, realçando a saúde como um incremento de justiça social e sanitária, merecedora de evidência prioritária por constituir-se em um símbolo dos valores humanos.

Colaboradores

Sarah de Melo Rocha Cabral desenhou e adaptou a nova proposta da Tenda do Conto, executou as etapas do processo ensino-aprendizagem e redigiu o conteúdo intelectual do manuscrito.

Marize Melo dos Santos idealizou a proposta da Tenda do Conto, contribuiu no desenho e adaptação da metodologia e revisou o conteúdo intelectual do manuscrito.

Josué Júnior de Araújo Pierote e Ianne Fernandes da Silva participaram das etapas das ações de educação em saúde e revisaram o conteúdo intelectual do manuscrito.

Agradecimentos

Aos bolsistas e voluntários do Programa Pro-PET: Saúde - UFPI que, por meio de tantas atividades desenvolvidas, de seus desempenhos e dedicação, justificaram a importância de programas de gestão que visem a promoção da saúde e a integração do ensino-serviço-comunidade;

Aos profissionais do CAPS III Sul, Adriana Medeiros de Carvalho, Marconi de Jesus Santos, Roxanna Mesquita de Oliveira Teixeira Siqueira, e, em especial, Anne Karoline de Sousa Macedo, pelo apoio, participação e integração na atividade, e pela oportunidade de trabalharmos e aprendermos juntos;

E, sobretudo, a todos os pacientes que, ao narrar suas histórias, modificaram os nossos olhares, tornando-nos melhores enquanto seres humanos e eternos aprendizes no processo de educação em saúde e por serem prova de que o poder público é capaz de gerir e tratar o cidadão com dignidade dentro de uma perspectiva de concretização de direitos no Sistema Único de Saúde-SUS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Lei nº 10216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. [Internet]. 2001 [citado 2011 Set 20]. Diário Oficial da República Federativa do Brasil.

- Brasília (DF); 2001. Disponível em: <http://www.inverso.org.br/index.php/content/view/3605.html> . Acesso 26/04/15
2. Nascimento, AF, Galvanese, AT. Avaliação da estrutura dos centros de atenção psicossocial do município de São Paulo, SP. Rev. Saúde Pública. 2009; v. 43:8-15.
3. Modesto, TN, Santos, DN. Saúde Mental na Atenção Básica . Revista Baiana de Saúde Pública. 2007; v.31, n.1: 19-24.
4. Filardi, FR; Bezerra, BPS. Síndrome metabólica e transtornos psiquiátricos: uma associação que não pode ser esquecida. Arq. Bras. Endocrinologia Metabólica.2006. vol.50, n.6.
5. Gadelha, JA. O intercessor tenda do conto (Entrevista). São Paulo: 29/09/2013. Disponível em:<<http://www.redehumanizausus.net/66079-o-intercessor-tenda-do-conto>>. Acesso em: 26 de mar. 2015. 20:36:00.
6. Gadelha, MJA; Freitas, FO. A Arte e a cultura na produção de saúde. Revista Brasileira Saúde da Família. 2013. p.54-58. Disponível <http://eps.otics.org/material/entrada-outras-ofertas/artigos/tenda-do-conto-artigo>. Acesso: 04 de mar. 2015. 15:43:00

INTEGRAÇÃO ENTRE VIGILÂNCIA EM SAÚDE E ATENÇÃO PRIMÁRIA NO BRASIL: DESAFIOS PARA OS GESTORES DO SISTEMA DE SAÚDE SUS

Manases José Bernardo de Lima¹, Giselle Campozana Gouveia²

¹Graduado em Pedagogia pela UPE e em Psicologia pela Universidade Estácio de Sá. Especialista em Saúde Pública pela UNAERP; em Análise de Dados em Epidemiologia pela FIOCRUZ/CpqAM; em Educação Permanente em Saúde em Movimento pela UFGS (cursando); em Neuropsicologia pela FPS (cursando); e em Gestão Pública e Controle pela Escola de Contas Públicas – ECPPBG/ TCE/PE. Mestrado Profissional em Saúde Pública (inconcluso) – pela FIOCRUZ/CpqAM; e Mestre e Doutor em Saúde Pública pela Universidade San Carlos – USC (Assunção - PY). E-mail: manasesbernardo@gmail.com.

²Possui graduação em Farmácia pela Universidade Federal de Pernambuco (1986), mestrado em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (2001) e doutorado em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (2009). Atualmente é tecnologista da Fundação Oswaldo Cruz. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Saúde Pública, atuando principalmente nos seguintes temas: SUS, satisfação de usuários, avaliação em saúde, análises epidemiológicas, aids e tracoma. Fundação Oswaldo Cruz Fundação Oswaldo Cruz, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães.

INTRODUÇÃO

A construção histórica do SUS foi marcada pela mobilização social e lutas por direito à saúde como elemento primordial de cidadania. A 8^o Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1986, é fomentadora das principais transformações do sistema nacional de saúde. Colocando em evidência a necessidade da formulação de uma política de saúde de abrangência nacional, voltada às necessidades da população brasileira (GOUVEIA, 2009).

Paralelamente, o movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) propunha o fim da assistência à saúde de forma discriminatória, desintegrada e fragmentada. Opondo-se ao modelo hospitalocêntrico da época. Este último modelo representa uma das heranças recebidas pelo SUS caracterizada por uma prática médica fragmentada e descontextualizada da realidade dos cidadãos (CAMPOS, 2003).

Dentre os princípios do SUS, um dos enormes desafios tem sido a construção de um sistema que se organize e atue de forma integrada, ou seja, ligado nas esferas de gestão, nos tipos diversos de instituições, nos diversos níveis de complexidade e nas múltiplas ações ofertadas. Neste sentido, a integração é o que de fato pode assegurar a integralidade do cuidado à saúde. Esta envolve questões ideológicas sobre como conceber as políticas de saúde, a estruturação e organização das instituições, o modo de gerir este sistema, e a forma de atuar dos profissionais de saúde.

Concomitante a isto, Mendes (2005) apresenta como um dos problemas do sistema de saúde o fato do próprio sistema, especialmente quando se trata de Atenção Primária em Saúde (APS), prevalecer percebido na sociedade como um sistema para pobres, sendo legitimado como segmentado e de menor complexidade.

Para tentar minimizar este problema e afirmando os compromissos assumidos em Alma-Ata, segundo a qual a APS deveria dar ênfase às ações de promoção e prevenção alinhadas às ações de tratamento e reabilitação, de acordo com as necessidades dos grupos populacionais, sobretudo os prioritários; o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009) coloca a integração entre a Vigilância em Saúde (VS) e a APS como condição obrigatória para a construção da integralidade no SUS.

Barbara Starfiel (2002), em seus estudos sobre a atenção primária, já coloca que a mesma deve oferecer a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, coordenando e integrando as demais áreas de atenção à saúde. A mesma afirma ainda, que a ação da APS deve estar voltada para a pessoa e não para a enfermidade e deve ter como pressuposto a atenção integral aos indivíduos e sua coletividade, dentro de uma concepção ampliada de saúde. Desta forma é fundamental que a APS apresente em seu escopo de ações atividades de promoção da saúde, prevenção de agravos e doenças, sobretudo às endêmicas e a vigilância dos fatores de risco.

Já o Ministério da Saúde (MS), compreende a Vigilância em Saúde como uma forma de pensar e agir e que tem como objetivo a análise permanente da situação de saúde da população, a organização e a execução de práticas de saúde adequadas ao enfrentamento dos problemas existentes (BRASIL, 2008). Suas atribuições, como as identificadas na APS, evidenciam uma aproximação conceitual e no desenvolvimento dos processos de trabalho, sobretudo em nível local.

A portaria 2.488 de 21 de outubro de 2011 estabelece a revisão de diretrizes e normas para Atenção Básica, para a ESF e PACS. A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas. É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde.

A consolidação entre a VS e a APS implica na superação de desafios teóricos e das práticas (Brasil, 2009). A VS concebida como uma lógica de organização dos serviços poderá ser um referencial para mudanças do modelo de atenção, portanto, deve estar inserida nas práticas das equipes de saúde da APS. Para que esta

integração se efetive é necessário: foco nas pessoas e no território; envolvimento da população na identificação de problemas e fortalezas das comunidades; planejamento voltado às necessidades; Promoção da Saúde como ação transversal; e trabalho em equipe (Brasil, 2009). Neste sentido, convém questionar: Quais as concepções dos gestores da saúde sobre a integração entre a VS e a APS?

MÉTODO

Tratou-se de um estudo inovador e de natureza científica original, de paradigma teórico- metodológico fenomenológico e fenomenográfico, de pesquisa do tipo não-experimental e exploratória, fundamentada na combinação de abordagem, de enfoque quantitativo, utilizando escopo de levantamento survey, de corte-transversal não-probabilístico; e de enfoque qualitativo, utilizando método interpretativista; com análise de conteúdo do tipo temático e descritivo, com propósito de nível exploratório, analítico e interpretativo-explicativo, orientado à compreensão do fenômeno para os sujeitos estudados, por meio da pesquisas de campo e análise documental, utilizando uma triangulação de método (sondagem de opinião, entrevista semiestruturada e análise documental). Apesar de se tratar de uma combinação de abordagem, sua análise e seus resultados tiveram maior ênfase no enfoque qualitativo (SANTOS, 2009; VILLALBA, 2010; MINAYO, 2005; BABBIE, 1999, VERGARA, 1997; ANDRADE, 2002; FREITAS et al., 2000).

O Delineamento de pesquisa de acordo com Kerlinger (1980, p. 94 apud BEUREN, 2003, P. 76) “a maneira pela qual um problema de pesquisa é concebido e colocado em uma estrutura que se torna um guia para a experimentação, coleta e análise de dados”. Nesta perspectiva, o método foi pensado à luz dos objetivos traçados, focando na qualidade dos dados. As técnicas aplicadas e os instrumentos utilizados foram planejados para analisar as seguintes categorias de análise: Conceito, Desafios e Contribuições. Neste trabalho a categoria de análise estudada foi “desafios”. Compreendida aqui também como “entraves”.

O tipo da amostra foi de intencionalidade, racionalidade, acumulativa, sequencial, de flexibilidade e refletividade. A unidade de análise foi a gestão tripartite do SUS. Explorou-se o fenômeno a partir de realidades regionais distintas e das três esferas da gestão do SUS. Após o processo de seleção da área de estudo, foram selecionados e estudados 16 estados, 29 municípios, cinco regiões do país e 6 instituições da esfera federal (SVS, SAS, ANVISA, FUNASA, CONASS e

CONASEMS). Analisou-se 23 publicações do MS, CONASS, CONASEMS, OMS e OPAS. Participaram 162 sujeitos (73% da amostra).

Após a aplicação dos critérios citados foi definida a área de estudo incluindo os seguintes estados e seus respectivos municípios: AM – Manaus e Borba; PA – Belém e Santa Luzia do Pará; RO – Porto Velho e Santa Luzia D'oeste; PE – Recife, Lagoa do Carro e Pedra; BA – Salvador e Aporá; CE – Fortaleza e Ocara; SE – Aracajú; GO – Goiânia e Edéia; MT – Cuiabá e Vila Bela da Santíssima Trindade; Distrito Federal; SP – São Paulo e Quatá; RJ – Rio de Janeiro e Paraíba do Sul; MG – Belo Horizonte e Mato Verde; ES – Vitória e Mantenópolis; RS – Porto Alegre e Porto Xavier; e PR – Curitiba e São Jerônimo.

Esta pesquisa está em consonância com a Resolução 196/96 tendo o seu projeto aprovado pelo Comitê de Ética do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPQAM), sob nº CAAE 0023.0095.000-11. Também passou por análise e aprovação pelo Núcleo de Educação Pesquisa e Conhecimento da ANVISA, em Brasília – DF (NEPEC) com Parecer Nº 05/2011 em de 14 de abril de 2011.

RESULTADOS

Resultados Obtidos na Sondagem de Opinião

Na sondagem de opinião participaram do estudo 149 sujeitos das três esferas de gestão (73,3% do esperado). A esfera de Gestão Federal apresentou o maior percentual de participação e a esfera municipal foi que apresentou o menor percentual de participação (64,44%), com maior participação dos secretários de saúde (70%) do que dos gestores de áreas técnicas. Na esfera estadual/distrital a participação foi maior dos presidentes de COSEMS e dos gestores das áreas de VS (ambos com 81,25%). Seguido dos gestores de APS (75%). Menor participação dos Secretários Estaduais de Saúde (62,5%), em relação a esta esfera. Enquanto que na esfera federal a participação foi plena (120%) e maior do que o esperado, considerando a necessidade da escuta de outros sujeitos importantes para o aprofundamento do estudo. No entanto, os gestores ligados à FUNASA pouco participaram (26,67%).

Graças ao apoio do CONASEMS, foi possível realizar a aplicação do questionário de forma presencial com grande parte dos secretários, durante o Congresso Nacional de Secretário Municipal de Saúde, realizado em Brasília, em 2011. Como também, pelo fato de termos tido o apoio do referido conselho de saúde,

tendo o mesmo enviado ofício a todos os Secretários da área do estudo, solicitando sua participação e seu apoio à pesquisa.

Resultados da Sondagem de Opinião na Esfera Municipal

Na esfera municipal foram aplicados 58 questionários (64,44% do esperado), correspondendo a 38,93% da sondagem de opinião realizada no estudo. Sendo: 21 secretários municipais de saúde (70% do esperado), 19 Gerentes de Atenção Primária em Saúde (63,33% do esperado) e 18 Gerentes de Vigilância em Saúde (60% do esperado). Os achados demonstraram uma maior participação na pesquisa dos municípios capitais (80%) do que dos municípios do interior, de pequeno porte, fora de região metropolitana, (48,89%). A região do país com maior participação de sujeitos aqui foi o Norte (88,9% do esperado), seguida do Sudeste (70,8%). Já o Centro-Oeste teve a menor participação, com apenas 25% do esperado.

Apesar das diversas dificuldades dos municípios dessas regiões no envio dos resultados, o que se percebe é que, talvez, de fato a integração entre a vigilância em saúde e a atenção primária em saúde tem se mostrado mais efetiva e evidente nessas regiões do país.

De forma geral apontaram como sendo os principais desafios o Planejamento e a Programação integrados das ações, visto em 65% das respostas. Em segundo lugar, apontaram o Monitoramento e a Avaliação das ações de forma integrada (62,1%) e a reorganização dos processos de trabalho (60,3%). Apresentam como entraves a resistência dos profissionais de saúde para atuar de forma integrada (65,5%) e a departamentalização das instituições de saúde que não favorece a integração, o mais importante para os gestores das capitais (61,1%).

Os Secretários Municipais de Saúde compreenderam como sendo os principais: O Planejamento e a Programação integrados das ações e o Monitoramento e a Avaliação das ações integrada, ambos referidos por 61,9% destes atores. Em terceiro lugar foi apontado à necessidade de reorganização dos processos de trabalho das equipes (47,6%). Compreenderam como principal obstáculo a resistência dos profissionais de saúde para atuar de forma integrada, (61,9% destes atores). Este também foi compreendido pelos Gerentes de APS e de VS como sendo o mais importante, presente em respectivamente 63,2% e 72,2% das respostas. Em segundo lugar, os Secretários, identificaram como outro importante entrave a precariedade dos vínculos de trabalho (47,6%). Um dos atores não respondeu a esta questão 4.

Para os Gerentes da APS o maior desafio é a reorganização dos processos de trabalho das equipes (73,7%), seguido do Planejamento e Programação integrada das ações (68,4%), que para eles ficou em primeiro lugar (66,7%), seguido do Monitoramento e Avaliação das ações de forma integrada (63,2%). E são de igual importância o Monitoramento e a Avaliação e a Reorganização dos processos de trabalho das equipes (61,1%). Apontam como entraves a heterogeneidade das práticas das eSF e a Departamentalização das instituições de saúde (52,6%). Os Gerentes de VS identificam como o segundo entrave o Financiamento das ações de VS (38,9%), em terceiro a Departamentalização das instituições de saúde e a precariedade dos vínculos (33,3%).

Resultados da Sondagem de Opinião na Esfera Estadual

Em relação ao número esperado, participaram do estudo 59 atores (73,75%), sendo eles 10 Secretários de Estado da Saúde (62,5%), 13 Presidentes de COSEMS (81,25%), 12 Gerentes Estaduais de Atenção Primária em Saúde (75%), 13 Gerentes de Vigilância em Saúde (81,25%) e 11 Técnicos representantes da Câmara Técnica da CIB (68,75%). Percebe-se maior participação dos atores da esfera estadual que a municipal, com relação aos Gerentes das APS e VS. Já com relação aos Secretários de Saúde, houve maior participação dos atores municipais. Somando esses atores, esperava-se a participação de 170 sujeitos na sondagem de opinião e participaram da pesquisa 68,82% desses atores. A distribuição da participação por Região do país se deu da seguinte forma: Região Norte (90,91%), Nordeste (50%), Centro-Oeste (44,44%), Sudeste (81,82%) e o Sul (72,73%).

Os resultados revelaram que, para os atores de Câmaras Técnicas, : o Monitoramento e Avaliação das ações de forma integrada (72,7%), seguido do Planejamento e Programação integrados das ações e da Reorganização dos processos de trabalho das equipes, ambos com 54,5% das opiniões. Enquanto que para os Secretários Estaduais de Saúde os principais desafios são a Reorganização dos processos de trabalho (60%), e a inserção das ações de vigilância em saúde nas práticas das equipes de saúde da família (50%).

As Regiões Sudeste e Norte apresentaram exatamente os desafios acima mencionados como sendo os principais para os gestores de sua região, sendo que esta última identifica ainda como importante a Educação Permanente dos profissionais de saúde (33,3%) e o fortalecimento do Controle Social (30%). As Regiões Nordeste e

Sul, apresentaram como importantes desafios a Incorporação dos ACE nas eSF e a Inserção das ações de vigilância nas práticas da eSF. Para a Região Centro-Oeste o principal desafio foi o Fortalecimento do Controle Social (66,75). Demonstrou-se que as Regiões Norte, Centro-Oeste e Nordeste (regiões mais pobres do país), apesar de identificar os mesmos entraves, também consideram como importante entrave o Financiamento das ações de vigilância em saúde e a Heterogeneidade das práticas das eSF.

Resultados na Esfera Federal

A previsão de sujeitos participantes dos estudos na esfera federal era de 33 atores, em relação à participação na sondagem de opinião. Participaram do estudo 96,97% do esperado, distribuído pelas instituições: SAS (200%), SVS (114,29%), ANVISA (100%), FUNASA (26,67%) e o GT-VS (120%). Esta enorme participação deve-se ao apoio recebido da SAS, SVS e ANVISA na definição das estratégias de coleta de dados. Observa-se que, com exceção da FUNASA, todas as demais instituições participaram plenamente do estudo. Ocorreu na esfera federal apenas uma recusa, oriunda de uma das Diretorias da SAS.

Os achados da análise demonstram como sendo os principais desafios em primeiro lugar, a Reorganização dos processos de trabalho das equipes (81,3%). Em segundo lugar o Planejamento e a Programação integrados das ações (71,9%). Em terceiro lugar o Monitoramento e a Avaliação das ações de forma integrada (62,5%). Outros desafios com importante frequência foram: a Inserção das ações de vigilância em saúde nas práticas da eSF e Território único de atuação das equipes de vigilância e saúde da família, ambos com 53,1%; e a Incorporação dos ACE nas eSF (46,9%).

Na opinião dos gestores da SAS, GT-VS, SVS e a ANVISA a Reorganização dos processos de trabalho das equipes é o principal desafio da gestão, sendo visualizada em respectivamente 80%, 75% e 100% nas duas últimas instituições. Os sujeitos da ANVISA também apontaram em primeiro lugar o Planejamento e Programação integrados das ações, a Inserção das ações de VS nas eSF e a Incorporação dos ACE nas eSF (todos 100%). Enquanto que para os sujeitos da FUNASA o principal desafio é o Monitoramento e Avaliação das ações de forma integrada (100%). Este desafio foi compreendido pelos sujeitos da SAS e do GT-VS como sendo o segundo desafio mais importante.

A Resistência dos profissionais de saúde, que para os gestores municipais e estaduais se trata do principal entrave, para os gestores da esfera estadual está em terceiro lugar (43,8%). Os atores da SAS identificaram como principais entraves a Precariedades dos vínculos de trabalho na saúde (70%), seguido igualmente pela Desarticulação das coordenações das áreas no município e pela Departamentalização das instituições de saúde (60%). Outro entrave importante identificado pelos sujeitos da FUNASA foi a Baixa cobertura de eSF (60%).

Em relação à sondagem de opinião, sob o ponto de vista de todos os sujeitos entrevistados no país, os resultados apresentados em relação aos principais desafios para a gestão em saúde, demonstram que: o Planejamento e a Programação integrados das ações (65,5%); o segundo mais importante para esfera federal (81,3%); e em terceiro lugar do ponto de vista dos gestores da esfera estadual (49,2%). O Monitoramento e a Avaliação das ações de forma integrada foram compreendidos pelos gestores da esfera estadual como o mais importante desafio (57,6%), para a esfera municipal o segundo mais importante desafio (62,1%), e para esfera federal o terceiro mais importante (68,8%). E a Reorganização dos processos de trabalho das equipes, na percepção dos atores da esfera federal, traduz-se em o principal desafio a ser enfrentado pela gestão na consolidação da integração entre a VS e a APS (84,4%), sendo o segundo mais importante para os gestores da esfera estadual (52,5%) e o terceiro mais importante para esfera municipal (60,3%).

Os desafios se apresentaram por esfera de gestão, sendo respectivamente municipal estadual e federal: território único de atuação das equipes de vigilância e eSF (39,7%, 30,5% e 46,9%); Educação Permanente dos profissionais de saúde (32,8%, 22% e 28,1%); Implementação de equipe de Apoio Matricial (27,6%, 23,7% e 46,9%); Fortalecimento da Participação e do Controle Social (39,7%, 20,3% e 50%); Desenvolvimento de ações de promoção da saúde (29,3%, 20,3% e 28,1%); Incorporação dos ACE nas eSF (37,9%, 39% e 43,8%); e inserção das ações de vigilância nas práticas das eSF (36,2%, 47,5% e 56,3%);

Resultados Obtidos na Entrevista Semiestruturada

Estava previsto realizar 10 entrevistas distribuídas da seguinte forma: 2 gestores da SAS, 3 da SVS, 1 da ANVISA, 1 da FUNASA, 1 CONASEMS, 1 CONASS, podendo ser entrevistados outros sujeitos de acordo com o interesse do pesquisador. Foram realizadas 13 entrevistas (130% do esperado), distribuídas conforme: 3 gestores da SAS (150%), 5 da SVS (166,7%), 1 da ANVISA (100%), 1 CONASEMS

(100%), 1 CONASS (100%) e outros 2 atores que participaram do processo de construção da Portaria 3.252/2009. Não foi possível a realização da entrevista com o ator ligado a FUNASA, por ter havido mudança na direção nacional da instituição.

Foram criadas as seguintes categorias de agrupamento, relacionadas ao: Processos de Trabalho (presente em 44,16%), Financiamento das ações de APS e VS (31,17%), Educação Permanente (24,8%), Participação Popular (1,3%), Gestão do Trabalho na saúde (6,5%) e Gestão do Sistema de Saúde (58,4%). Os achados na análise demonstram que foram identificados 79 repertórios de desafios, apontados pelos diversos sujeitos. Nota-se que 87% dos desafios tenham sua resolução sob a responsabilidade das duas áreas concomitantemente. Este resultado demonstra a necessidade de aproximação efetiva, permanente e sistemática das áreas de vigilância em saúde e da atenção primária em saúde, nos três níveis de gestão.

Finalizando a relação de desafios sob a responsabilidade da VS, seguem-se: a falta de repasse de novos recursos financeiros aos estados e municípios prometido pelo MS no valor de quatrocentos milhões em 2010, com o compromisso de dobrar os recursos da VS no processo de descentralização (Art. 35 da lei 8.080/96); o discurso de que os recursos da VS ser difícil de fazer uma boa execução orçamentária por se tratar de recursos bem rotulados; e a falta de consenso sobre a coparticipação de todos os estados no financiamento das ações de vigilância em saúde de forma triparte, com ausência de repasse de alguns estados para os municípios, e ainda, a retenção de parte dos recursos dos municípios nos estados, mesmo naquelas que aderiram ao Pacto pela Saúde. Percebe-se que 74% deles foram citados por atores ligados ao MS e 46,8% pelos atores ligados aos Colegiados de Gestão. Sendo importante enfatizar que alguns repertórios foram citados por ambos os grupos.

Resultados Obtidos na Análise Documental

Os documentos analisados foram de produção do MS, do CONASS, do CONASEMS, da OPAS, da OMS e textos, entrevistas e livros compreendidos pela pesquisa como fundamentais no temática discutida. Totalizando 23 produções. Os resultados seguem conforme os documentos analisados e suas referências. O processo de análise documental foi pensado no projeto para consolidar a triangulação de método e possibilitar a compreensão dos desafios sob a ótica das produções literárias sobre a temática especificamente, ou em alguns casos, na literatura sobre as áreas em investigação.

Diferentemente da sondagem de opinião e entrevista semiestruturada, os desafios identificados foram compreendidos como tal pelos autores das produções analisadas, mas também sob a ótica do pesquisador, com base também nas fundamentações teóricas, nos desafios expressos na Portaria 3.252/2009 e na observação e análise dos resultados das outras técnicas de investigação aplicadas. Neste sentido, a leitura feita nesses documentos possibilitou a identificação de desafios para a consolidação da integração entre a VS e a APS tanto do ponto de vista dos autores, como a luz da análise sobre os elementos textuais e questões apresentadas nas produções.

Os achados analisados neste documento são de enorme importância para o estudo uma vez que trata da percepção de alguns atores estudados na entrevista semiestruturada e que possibilita a comparação de suas falas no momento da publicação da Portaria, com a efervescência das discussões e no momento atual, após as críticas e reflexões feitas sobre o normativo. Nesta análise foi possível identificar todos os desafios apontados na sondagem de opinião.

De um modo geral foram identificados como sendo os três principais desafios para os gestores no país os identificados nas análises acima. Os demais desafios, apesar de não estarem entre os três, do ponto de vista da análise qualitativa proposta neste estudo, são tão importantes quanto os demais e precisam ser compreendidos como grandes desafios enfrentados pelos gestores. Esses desafios podem ser compreendidos melhor em cada esfera de gestão.

O resultado torna-se interessante pelo fato de demonstrar que as capitais, em sua quase totalidade, não realizaram habilitação para incorporação dos ACE nas eSF. Teria este fato sido ocorrido apenas pela dificuldade gerada pela medida e não pelo desinteresse por ela? Como também, demonstra uma apatia dos grandes municípios com esta medida indutora?

Outra análise importante a ser realizada é que a maioria dos municípios que incorporaram o ACE nas eSF são municípios de pequeno porte, fora de região metropolitana, sendo esses os que menos demonstraram interesse na participação da pesquisa. Outro questionamento importante a se fazer é o resultado do fato de que as Gerências de Atenção Primária e da Vigilância em Saúde na esfera municipal foram os grupos de sujeitos da pesquisa que menos participaram.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que não se identificou uma definição sistematizada e acabada do conceito de integração entre a VS e a APS, nem tão pouco um delineamento da sua significação e implicações, mas um leque de compreensões fundamentadas ainda em perspectiva, desejos e compreensões teóricas acerca das áreas especificadas.

A triangulação de método ampliou a capacidade investigativa; revelou peculiaridades por esfera de gestão; apontou semelhanças e diferenças melhor discutidas no trabalho; aprofundou os termos /concepções identificados; e fez emergir divergências e conflitos.

Neste sentido, os resultados da pesquisa demonstram um aprofundamento na temática e o levantamento de novas questões propositoras de investigação. E, por fim, os resultados demonstraram aproximações e diferenças nos desafios a serem enfrentados pelos gestores nas três esferas de gestão e nas diversas regiões do país.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. SUS 20 anos./ Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2009. 282p.
- . Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. A nova vigilância em saúde.
 - . Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Vigilância em saúde: dengue, esquistossomose, hanseníase, malária, tracoma e tuberculose / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. 2. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 200 p. : il. - (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica nº 21).
 - . Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ações transversais da vigilância em saúde: promoção, integração e análise: gestão 2007-2008 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 200 p.: il. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).
 - . Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigilância em saúde: CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. “O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância em saúde e da saúde da família”.Revista Ciências & Saúde, 2003, 8(2); pag. 569-584.
- STARFIELD, Bárbara. “Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia / Bárbara Starfield. – Brasília: UNES.

PRINCIPAIS ETIOLOGIAS DOS PACIENTES RENAI CRÔNICOS EM SERVIÇO DE HEMODIÁLISE EM CARUARU/PERNAMBUCO

Eduarda Letícia Carneiro de Carvalho¹, Neide Mariko Tanaka² Márcia Bento Moreira³ Cynara Castro Ferreira⁴

*¹Mestranda do Programa de Pós-Graduação Ciências da Saúde e Biológicas – PGCSB da Universidade Federal do Vale do São Francisco – UNIVASF. *Correspondência: Rua Fernão Dias Paes- 180-Maurício de Nassau, Edifício Ferreira de Lima. Caruaru, Pe, CEP: 55014-385. E-mail: leticia-carneiro@hotmail.com*

²Orientadora do Programa de Pós-Graduação Ciências da Saúde e Biológicas – PPGCSB da Universidade Federal do Vale do São Francisco – UNIVASF.

³Co-orientadora do Programa de Pós-Graduação Ciências da Saúde e Biológicas – PPGCSB da Universidade Federal do Vale do São Francisco – UNIVASF.

⁴Colaboradora, Enfermeira com MBA Executivo em Saúde com ênfase em clínicas e hospitais pela Fundação Getúlio Vargas- FGV.

INTRODUÇÃO

As mudanças na construção do perfil histórico-social tanto político, econômico e demográfico ocorrido nos últimos tempos em nosso país, também influenciaram o comportamento no setor saúde. Antes, o alvo era combater as doenças infecciosas e parasitárias, hoje, a preocupação se fixou em relação às Doenças Crônicas Não Transmissíveis -DCNT- (doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, diabetes, câncer e outras, inclusive doenças renais) que só no ano de 2007 a mortalidade por essas doenças chegou a alcançar 72% em todo Brasil (1)..

Sendo considerada como uma DCNT, a doença renal crônica (DRC) é caracterizada quando no intervalo de tempo \geq a 3 meses, o indivíduo apresentar Taxa de Filtração Glomerular (TFG) alterada em decorrência de dano renal parenquimatoso (albuminúria, hematuria, distúrbios eletrolíticos ou outras disfunções tubulares), alterações histológicas e em exames por imagem (2). Na maioria dos casos, a falência renal mostra-se silenciosa em suas fases iniciais e este fato contribui para a progressão e irreversibilidade da doença no qual corrobora para dificultar o fechamento de um diagnóstico precoce bem como o início de seu tratamento (3).

No ano de 2013 o número estimado de pacientes em tratamento dialítico foi de 100.397 (4) esse índice mostra um crescimento acentuado e preocupante uma vez que elenca a DRC como problema de saúde pública a nível global (5). Apesar de grandes avanços tecnológicos sobre os tratamentos de hemodiálise, diálise peritoneal e transplante renal que aumentaram a sobrevida do renal crônico, a qualidade de vida desses indivíduos ainda é bastante afetada em todos os seus aspectos devido à complexidade do problema que abrange desde fatores sociais, econômicos, emocionais até condições clínicas preexistentes (6).

Alguns indivíduos apresentam uma maior probabilidade de desenvolver a DRC, dentre eles são àqueles que apresentam histórico familiar de insuficiência renal, consumo de medicações nefrotóxicas, doença cardiovascular, idade avançada, hipertensão e diabetes. Esses pacientes devem ser monitorados rotineiramente na atenção primária à saúde que possui um papel fundamental no acompanhamento em relação à prevenção de agravos e doenças e promoção da saúde no intuito de manter a qualidade de vida além do encaminhamento precoce aos serviços especializados (7-8).

Com causas multifatoriais, a hipertensão arterial e a diabetes *mellitus* lidera sendo as principais causas para o desenvolvimento da DRC (9) e a atenção primária tem a responsabilidade de detectar, acompanhar e monitorar esses indivíduos através do programa HiperDia no qual, além de dispensar medicamentos trabalham também com educação em saúde na intenção de levar informação sobre cuidados, riscos e impactos que essas enfermidades podem causar (10).

Mais estudos são necessários para verificar o processo de cuidados aos indivíduos predispostos ao desenvolvimento e progressão da DRC desde a assistência primária até níveis mais complexos de atenção. O objetivo desse estudo requer identificar as principais causas da insuficiência renal dos pacientes já em tratamento hemodialítico com o propósito de problematizar a situação e fazer com que os profissionais tenham uma postura mais humanizada, integralizadora e interdisciplinar no cotidiano de seu trabalho compreendendo as necessidades de que esta população precisa em toda sua singularidade e coletividade.

MATERIAIS E METODOS

Este estudo caracteriza-se por ser quantitativo, do tipo transversal. O estudo transversal é caracterizado pela investigação da situação de saúde de uma população ou comunidade, baseado na avaliação individual do estado de saúde de cada membro gerando indicadores de saúde para cada grupo investigado, sendo de grande utilidade para realização de diagnósticos comunitários da situação local de saúde (11).

A pesquisa foi realizada em uma Unidade de Nefrologia a partir da dissertação de mestrado “Estudo da repercussão da assistência interdisciplinar à pacientes dialíticos” que foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Vale do São Francisco no período de janeiro a fevereiro de 2015 com registro sob o nº 0004/141014 CEDEP/UNIVASF (ANEXO I) obedecendo todos os princípios éticos

preconizados pela Resolução nº 466/12 que dispõe sobre a ética de pesquisa envolvendo seres humanos (12).

A clínica oferece tratamento de hemodiálise e de diálise peritoneal, sendo o primeiro em maior escala e são subsidiados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) bem como a maioria dos outros serviços de Terapia Renal Substitutiva (TRS) (13). O atendimento a esses pacientes é realizado de segunda-feira a sábado dividido em turnos e dias tendo grupos de segundas, quartas e sextas-feiras e outros de terças, quintas e sábados iniciando às 06 horas da manhã até às 20:00 horas com duração das sessões variando de três a quatro horas cada.

A amostra foram de 165 pacientes e foram consideradas como variáveis do estudo: sexo, idade, estado civil, condições econômicas como atividade remunerada e benefício e as principais doenças que acometem esses pacientes. A coleta de dados foi realizada através dos prontuários e do Sistema Integrado de Controle de Centros de Hemodiálise – Nefro Data. Após a coleta os dados foram tabulados utilizando o Software Microsoft Excel e posteriormente quantificando-os no programa Epi-info versão 3.5.1.

RESULTADOS

Nossos achados tiveram predominância do sexo masculino (61,8%) bem como em outros estudos que analisaram o perfil do paciente em estado de falência renal (14-16) De fato as mulheres se preocupam mais com a saúde procurando com uma frequência maior os serviços de saúde não só apenas para medidas curativas, mas também, de prevenção de doenças retardando ou até mesmo prolongando o surgimento de agravos como por exemplo a DRC. As políticas de atenção à saúde do homem devem trabalhar de forma mais efetiva na sensibilização masculina para o cuidado de si. Propagando informações na quebra de estigmas e tabus ainda muito vivenciados culturalmente (17).

Em relação ao estado civil foi encontrado pesquisas que colaboram com nossos achados (18-20), na maioria das vezes o companheiro assume o papel de cuidador principal. Então, além da assistência com o paciente renal crônico, esse indivíduo que presta cuidados fora serviço hospitalar merece apoio, pois, é peça fundamental na continuidade do processo saúde/doença. A média de idade dos sujeitos da pesquisa foi similar a outros achados (21-22). A forma de como a população vem envelhecendo vem sendo discutido em todo mundo, no que tange a DRC, o aumento da idade é um fator de risco preocupante que deve ser analisado

juntamente com outras complicações que ajudam na progressão e desenvolvimento da falência renal (23).

Tabela 01. Características sociodemográficas dos pacientes renais crônicos em um serviço de hemodiálise em Caruaru/Pernambuco, 2015.

CARACTERÍSTICAS		
Média de idade (anos)	49	
Sexo	n	%
Masculino	102	61,8
Feminino	63	38,2
Estado civil		
Casado	89	53,9
Solteiro	54	32,7
Divorciado	08	4,8
Viúvo	14	8,5

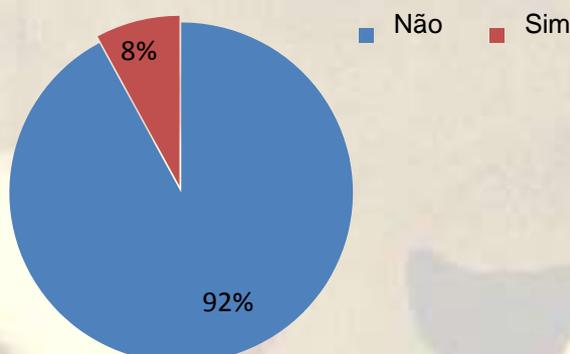
Fonte: Próprio autor

Se tratando das condições econômicas 92% não trabalhavam e 89% apenas recebe algum tipo de benefício. Estudo corrobora que 93,9% não trabalhavam no momento e a média dos pacientes em diálise que não retornam ao emprego é cerca de 2/3. A condição física do indivíduo é fundamental para o desenvolvimento das atividades funcionais, entretanto, se referindo aos pacientes em hemodiálise essas atividades ficam comprometidas resultando em conflitos psicológicos influenciando na evolução do quadro clínico do paciente (18).

Estudo afirma que aproximadamente todos os pacientes 240 (98%) recebiam auxílio doença e apenas cinco (2%) referiram estar à espera do auxílio previdenciário. Cerca de 50% dos pacientes depende dos transportes disponibilizados por prefeituras que realizam deslocamentos distantes, muitas vezes permanecendo o dia inteiro fora da cidade de origem. A falta de investimento público para abertura de novos centros em pequenas cidades de hemodiálise reflete da estrutura centralizada que hoje se encontra os centros de diálise do país (24).

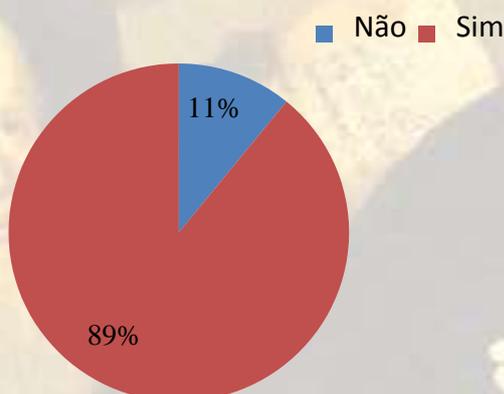
O emprego e a atividade de ocupação dos pacientes submetidos à hemodiálise tem sido um fator importante influenciador para melhorar a qualidade de vida desses pacientes em IRC. Por esse motivo, quando possível, deve inserir esses pacientes nas atividades profissionais (25).

Figura 01. Remuneração por atividade dos pacientes renais crônicos em um serviço de hemodiálise em Caruaru/Pernambuco, 2015.



Fonte: Próprio autor

Figura 02. Remuneração por auxílio governamental dos pacientes renais crônicos em um serviço de hemodiálise em Caruaru/Pernambuco, 2015.



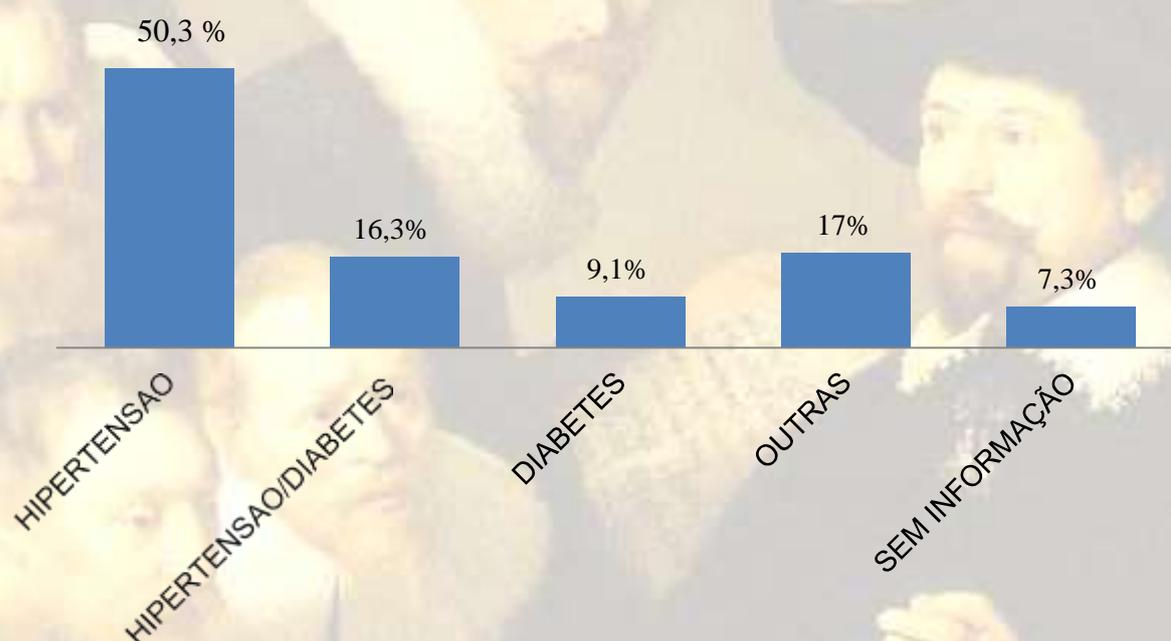
Fonte: Próprio autor

A hipertensão arterial apresenta-se como principal causa da DRC nos sujeitos da pesquisa (50,3%) seguido de diabetes mellitus (9,1%), nos últimos anos, inúmeras pesquisas voltadas para a doença renal mostram estes mesmos dados. (26-28) É preocupante e desafiador para saúde pública mundial em decorrência dos danos, riscos e impactos que essas doenças podem causar na vida desses indivíduos e a literatura reconhece evidências científicas para tal acometimento (29). Vários aspectos na rotina das pessoas com lesão renal são afetados sendo muitas vezes inesperadas e sem informação alguma. Então, todos os níveis de atenção a saúde devem trabalhar de maneira cooperativa e construtiva no intuito de manter um padrão de qualidade de vida estável.

A atenção primária tem um papel relevante no rastreamento, detecção, acompanhamento e monitoramento dos indivíduos hipertensos e diabéticos

através do Programa HiperDia que trabalha também com a promoção da saúde através da educação continuada desfragmentando a conduta meramente medicamentosa para uma assistência cada vez mais integrativa na qual insere a sociedade como corresponsável do seu ciclo saúde/doença (27).

Gráfico 01: Doenças que acometem pacientes renais crônicos em um serviço de hemodiálise em Caruaru/Pernambuco, 2015.



CONCLUSÃO

Esse estudo mostra que as principais doenças de base em pacientes com doença renal crônica é a hipertensão arterial e diabetes, isso evidencia um desafio para atenção básica que deve instituir ações e serviços em prol de um acompanhamento mais integral e efetivo a esses indivíduos além de trabalhos em educação em saúde e autocuidado proporcionando uma melhor qualidade de vida e prevenção de agravos e promoção da saúde.

É imprescindível reconhecer o perfil epidemiológico dos indivíduos hipertensos e diabéticos na atenção primária no intuito de minimizar ou até mesmo retardar possíveis agravos à saúde como é o caso da DRC para que se possa traçar linha de cuidados mais eficaz buscando aumentar a sobrevida com qualidade a todos esses atores. Os profissionais e autoridades tanto da área da saúde como de

áreas afins, podem com base nos dados apresentados neste estudo traçar estratégias de ações na atenção primária à saúde, de um modo geral, facilitando acesso dos pacientes a postos de saúde e capacitando os profissionais da rede básica a identificar e tratar a diabetes, hipertensão arterial e as doenças renais crônicas em seus estágios iniciais e colocarem em prática uma assistência humanizada, dinâmica e equânime em seu cotidiano de trabalho.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. *The Lancet*. 2011 mai; 61-74.
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica – DRC no Sistema Único de Saúde/ Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
3. Ribeiro RCHM, Oliveira GASA, Ribeiro DF, Bertolin DC, Cesarino CB, Lima LCEQ, Oliveira SM. Caracterização e etiologia da insuficiência renal crônica em unidade de nefrologia do interior do Estado de São Paulo. *Rev Acta Paul Enferm*. 2008; 21: 207-1
4. Sociedade Brasileira de Nefrologia. Censo de Diálise SBN 2013. Disponível em: http://sbn.org.br/pdf/censo_2013_publico_leigo.pdf
5. Lugon RJ. Chronic Kidney Disease in Brazil: A Public Health Problem. *J Bras Nefrol*. 2009; 31:2-5.
6. Guedes KD, Guedes HM. Quality of life in patients with chronic renal failure. *Rev Ciência & Saúde*. 2012; 5: 48-53.
7. Peixoto ERM, Reis IA, Machado EL, Andrade EIG, Acurcio FA, Cherchiglia ML. Diálise planejada e a utilização regular da atenção primária à saúde entre os pacientes diabéticos do Município de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2013; 29:1241-50.
8. Bastos MG, Bregman R, Kirsztajn GM. Doença renal crônica: frequente e grave, mas também prevenível e tratável. *Rev Assoc Med Bras*. 2010; 56: 248-53.
9. Soares GL, Oliveira EAR, Lima LHO, Formiga LMF, Brito BB. Perfil epidemiológico de pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico: um estudo descritivo. *Rev Multiprofissional em Saúde do Hospital São Marcos*. 2013; 1: 1-8.
10. Filha FSSC, Nogueira LT, Medina MG. Evaluation of the control of hypertension and diabetes in primary care: perspective of professionals and users. *Saúde Debate*. 2014; 38: 265-78.
11. Almeida FN, Rouquayrol MZ. Introdução a epidemiologia. Rio de Janeiro: Medsi; 2002.
12. Ministério da Saúde (BR); Conselho Nacional de Saúde. Resolução N°466/12 – Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde, 2012.
13. Sesso RCC, Lopes AA, Thomé FS, Lugon JR, Watanabe Y, Santos DR. Diálise Crônica no Brasil - Relatório do Censo Brasileiro de Diálise, 2011. *J Bras Nefrol*. 2012; 34:272-277.
14. Higa K, Kost MT, Soares DM, Morais MC, Polins BRG. Quality of life of patients with chronic renal insufficiency undergoing dialysis treatment. *Acta Paul Enferm*. 2008; 21:203-6.
15. Lanza AHB, Chaves APA, Garcia RCP, Brandão JAG. Biopsychological and social profile of chronic renal patients in hemodialysis. *Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde*. 2008; 33: 141-5.
16. Ferreira RC, Filho CRS, A qualidade de vida dos pacientes renais crônicos em hemodiálise na região de Marília, São Paulo. *J Bras Nefrol*. 2011; 33: 129-135.
17. Gutierrez DMD, Minayo MCS, Oliveira KNLC (In Memoriam). Homens e cuidados de saúde em famílias empobrecidas na Amazônia. *Saúde Soc São Paulo*. 2012; 21: 871-83.

18. Frazão, CMFQ, Ramos, VP, Lira, ALBC. Qualidade de vida de pacientes submetidos à hemodiálise. *Rev Enferm. UERJ*. 2011; 19: 577-82.
19. Lopes JM, Fukushima RLM, Inouye K, Pavarini SCI, Orlandi FS. Quality of life related to the health of chronic renal failure patients on dialysis. *Acta. Paul. Enferm.* 2014; 27: 230-6.
20. Cherchiglia ML, Machado EL, Szuster DAC, Andrade EIG, Acúrcio FA, Caiaffa WT et al. Perfil epidemiológico dos pacientes em terapia renal substitutiva no Brasil, 2000- 2004. *Rev Saúde Pública*. 2010; 44: 639-49.
21. Castro M, Caiuby AVS, Draibe SA, Canziani MEF. Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise avaliada através do instrumento genérico SF-36. *Rev Assoc Med Bras*. 2003; 49: 245-9.
22. Coutinho NPS, Tavares MCH. Care for chronic renal patients undergoing hemodialysis, from the perspective of the user. *Cad Saúde Colet*. 2011; 19: 232-9.
23. Tonelli M, Riella M. Doença renal crônica e o envelhecimento da população. *J Bras Nefrol*. 2014; 36: 1-5.
24. Junior HMO, Formiga FFC, Alexandre CS. Perfil clínico-epidemiológico dos pacientes em programa crônico de hemodiálise em João Pessoa – PB. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, João Pessoa, 2014; 36: 367-374.
25. Niu, SF, Li IC. Quality of life patients having renal replacement therapy. *J. Adv. Nurs.*, Taiwan. 2005; 51: 15-21
26. Zambonato TK, Thomé FS, Gonçalves LFS. Perfil Socioeconômico dos Pacientes com Doença Renal Crônica em Diálise na Região Noroeste do Rio Grande do Sul. *J Bras Nefrol*. 2008; 30: 192-9.
27. Rembold SM, Santos DLS, Vieira GB, Barros MS, Lugon JR. Demographic profile of individuals with chronic renal disease from a multidisciplinary outpatient clinic of a university teaching hospital. *Acta Paul Enferm*. 2009; 22: 501-4.
28. Moreira HG, Sette JBC, Keiralla LCB, Alves CG, Pimenta E, Sousa M. Diabetes mellitus, hipertensão arterial e doença renal crônica: estratégias terapêuticas e suas limitações. *Rev Bras Hipertens*. 2008; 15:111-16.
29. Miranzi SSC, Ferreira FS, Iwamoto HH, Pereira GA, Miranzi MAS. Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família. *Texto Contexto Enferm*. 2008; 17: 672-9.

ANEXO I



UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO - UNIVASF
COMITÊ DE ÉTICA E DEONTOLOGIA EM ESTUDOS E PESQUISAS – CEDEP
COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP

Prezada pesquisadora,

É com satisfação que informamos formalmente ao V^a. Sr^a. que o projeto “**Estudo da repercussão da assistência interdisciplinar à pacientes dialíticos**” foi aprovado pelo Comitê de Ética e Deontologia em Estudos e Pesquisas – (CEDEP) em reunião realizada no dia 14 de outubro de 2014. A partir de agora, portanto, o vosso projeto pode dar início à fase prática ou experimental. Informamos ainda que no prazo máximo de 1 (um) ano a contar dessa data deverá ser enviado a esse Comitê um relatório sucinto sobre o andamento da presente pesquisa. Informamos que para efeito de publicação, o presente projeto encontra-se registrado sob o nº 0004/141014 CEDEP/UNIVASF.

Pesquisadora responsável: **Eduarda Letícia Carneiro de Carvalho**

Data da entrada: **30/09/2014**

Petrolina-PE, 22 de janeiro de 2015.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Alexandre H. Reis', written over a horizontal line.

(Alexandre H. Reis)
Coordenador CEDEP/UNIVASF

Av. José de Sá Maniçoba, s/n – Centro – Petrolina - PE
CEP 56.304-205 - Petrolina – PE Tel/Fax: (87) 2101-6896 E-mail: cedep@univasf.edu.br