

Isabella Lima Barbosa Campelo
Alana Kelly Pereira de Sousa
Daniella Barbosa Campos
José Barbosa Campelo Neto
(Organizadores)

Saúde Coletiva: construção de saberes interdisciplinares e sua interface na produção de cuidado



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

REITOR

Hidelbrando dos Santos Soares

VICE-REITOR

Dárcio Ítalo Alves Teixeira

EDITORA DA UECE

Cleudene de Oliveira Aragão

CONSELHO EDITORIAL

Antônio Luciano Pontes Lucili Grangeiro Cortez
Eduardo Diatahy Bezerra de Menezes Luiz Cruz Lima
Emanuel Ângelo da Rocha Fragoso Manfredo Ramos
Francisco Horácio da Silva Frota Marcelo Gurgel Carlos da Silva
Francisco Josênio Camelo Parente Marcony Silva Cunha
Gisafran Nazareno Mota Jucá Maria do Socorro Ferreira Osterne
José Ferreira Nunes Maria Salete Bessa Jorge
Liduina Farias Almeida da Costa Silvia Maria Nóbrega-Therrien

CONSELHO CONSULTIVO

Antônio Torres Montenegro | UFPE Maria do Socorro Silva Aragão | UFC
Eliane P. Zamith Brito | FGV Maria Lírida Callou de Araújo e Mendonça | UNIFOR
Homero Santiago | USP Pierre Salama | Universidade de Paris VIII
Ieda Maria Alves | USP Romeu Gomes | FIOCRUZ
Manuel Domingos Neto | UFF Túlio Batista Franco | UFF

Isabella Lima Barbosa Campelo
Alana Kelly Pereira de Sousa
Daniella Barbosa Campos
José Barbosa Campelo Neto
(Organizadores)

Saúde Coletiva: construção de saberes interdisciplinares e sua interface na produção de cuidado



1ª Edição
Fortaleza - CE
2021



SAÚDE COLETIVA: CONSTRUÇÃO DE SABERES INTERDISCIPLINARES E SUA INTERFACE NA PRODUÇÃO DE CUIDADO

© 2021 *Copyright by* Isabella Lima Barbosa Campelo, Alana Kelly Pereira de Sousa, Daniella Barbosa Campos e José Barbosa Campelo Neto

O conteúdo deste livro, bem como os dados usados e sua fidedignidade, são de responsabilidade exclusiva do autor. O download e o compartilhamento da obra são autorizados desde que sejam atribuídos créditos ao autor. Além disso, é vedada a alteração de qualquer forma e/ou utilizá-la para fins comerciais.

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS

Editora da Universidade Estadual do Ceará – EdUECE

Av. Dr. Silas Munguba, 1700 – Campus do Itaperi – Reitoria – Fortaleza – Ceará

CEP: 60714-903 – Tel: (085) 3101-9893

www.uece.br/eduece – E-mail: eduece@uece.br

Editora filiada à



ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA
DAS EDITORAS UNIVERSITÁRIAS

Coordenação Editorial

Cleudene de Oliveira Aragão

Capa e Diagramação

Narcelio Lopes

Revisão de Texto

Os autores

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Saúde coletiva [livro eletrônico] : construção de saberes interdisciplinares e sua interface na produção de cuidado / organizadores José Barbosa Campelo Neto ... [et al.]. -- 1. ed. -- Fortaleza, CE : Editora da UECE, 2021.
PDF

Outros organizadores: Daniella Barbosa Campos, Alana Kelly Pereira de Sousa, Isabella Lima Barbosa Campelo

Vários autores.
ISBN 978-85-7826-809-1

1. Atenção Primária à Saúde
2. Interdisciplinaridade 3. Promoção da saúde
4. Saúde - Pesquisa 5. Saúde coletiva I. Campelo Neto, José Barbosa. II. Campos, Daniella Barbosa. III. Sousa, Alana Kelly Pereira de. IV. Campelo, Isabella Lima Barbosa

21-94665

CDD-616.0252

Índices para catálogo sistemático:

1. Atenção Primária à Saúde : Diretrizes práticas :
Medicina 616.0252

Maria Alice Ferreira - Bibliotecária - CRB-8/7964

APRESENTAÇÃO

Neste livro pretende-se ampliar as contribuições para a construção de saberes na produção do cuidado no âmbito da Atenção Primária à Saúde; discutir as diversas interfaces entre as abordagens à mulher, à gestante, à puérpera, ao homem, ao idoso, e na comunidade no geral, contemplando a multiplicidade de olhares sobre o cuidado em saúde, divulgando experiências e reflexões e fortalecendo as políticas públicas e o cuidado integral.

O leitor desta coletânea, terá acesso ao conhecimento compartilhado, interdisciplinar, transversalizado, através de diferentes perspectivas teóricas e metodológicas, comprometido em sensibilizar as pessoas envolvidas no cuidado dos indivíduos, a promover um cuidado baseado nas singularidades e necessidades individuais dos sujeitos.

Destarte, este livro, é produto de estudos realizados por diversos grupos de pesquisadores, imbrincadas nos processos de trabalho em saúde, como intuito de superar a visão biomédica através de reflexões e experiências de caráter inovador no campo da Atenção Primária em Saúde. Para tanto, os capítulos deste livro abordam importantes temáticas, como: no capítulo um, os autores dissertam a análise de conceito para construção de tecnologias em saúde, bem como, fundamentar o cuidado em saúde com conhecimento científico. Nos capítulos dois a cinco, a temática é o ciclo gravídico puerperal com ênfase no aleitamento materno, sendo abordado os direitos e conhecimento das mulheres, bem como, a atuação e condutas da enfermagem. Já no capítulo seis é abordado o custo e a efetividade dos exames para rastreamento do câncer de colo de útero. Nos capítulos sete e oito, enfocamos no cuidado aos hipertensos realizado na atenção primária à saúde e a sua qualidade de vida. Em relação ao capítulo nove, concentra-se na importância de cuidar do cuidador de pessoas com sofrimento psíquico. O capítulo dez

traz à tona os desafios e impactos da promoção, prevenção e recuperação na saúde do homem. O capítulo onze aborda os hábitos e atitudes de autocuidado em relação à fotoproteção de pessoas da comunidade. Já o capítulo doze, são destacados alguns aspectos considerados relevante sobre o bolsa família e a segurança alimentar. Por fim, o capítulo treze, destaca as contribuições da parceria entre a fisioterapia e os agentes comunitários de saúde na Atenção Primária à saúde.

Nessa perspectiva, a construção desse livro tem como objetivo reunir um vasto material para difundir novos conhecimentos, implementados com sucesso no cuidado aos indivíduos na atenção primária à saúde, cujos benefícios serão usufruídos por todos.

Sumário

APRESENTAÇÃO.....	5
CUSTO-EFETIVIDADE DE EXAMES DE RASTREAMENTO DO CÂNCER DE COLO UTERINO.....	9
Deise Maria do Nascimento Sousa, George Alberto Sabóia Coelho, Isabella Lima Barbosa Campelo, Laura Pinto Torres de Melo, Flávia Correa de Souza e Raquel Figueiredo Barretto	
DISCURSO DAS GESTANTES ATENDIDAS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE OS DIREITOS NO CICLO GRAVÍDICO E PUERPERAL	29
Lídia Clara Costa Barbosa, Marana Barros Guerra, Rayanne Ingrid da Silva Castro, Aline de Souza Pereira, Anna Paula Sousa da Silva e Renata Késia de Andrade Bezerra Coimbra	
VIVÊNCIAS DE GESTANTES E PUERPERA SOBRE O PROCESSO DE AMAMENTAÇÃO ...	44
Thatiana Pereira Régio de Araújo, Ana Tainara Pereira da Silva, Edilene Dias da Silva, Manuela Fabrício de Oliveira Cunha, Anna Paula Sousa da Silva e Isabella Lima Barbosa Campelo	
CONHECIMENTO E ATITUDE DE MÃES SOBRE A IMPORTÂNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO	53
Isabella Lima Barbosa Campelo, Cyntia Maria Aquino, Alana Kelly Pereira de Sousa, Thaís Lima de Almeida, Renata de Freitas Campelo e Sarah Luiza do Nascimento Paiva	
CONDUTA DOS ENFERMEIROS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA ACERCA DO ALEITAMENTO MATERNO	73
Francisco Railony Vieira Coutinho, Antônio Diego Costa Bezerra, Jeiza Caroline do Carmo Lima, Anna Paula Sousa da Silva e Isabella Lima Barbosa Campelo	
ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NOS PROGRAMAS DE SAÚDE MATERNO INFANTIL DA ATENÇÃO BÁSICA	99
Karoliny Cosme Pimenta Morales, Anna Paula Sousa da Silva, Isabella Lima Barbosa Campelo, Daniella Barbosa Campos, Aline de Souza Pereira e Laurineide de Fátima Diniz Cavalcante	
NECESSIDADES DE CUIDADO EM SAÚDE DO FAMILIAR CUIDADOR DE CRIANÇA E ADOLESCENTES EM SOFRIMENTO PSÍQUICO	119
Juce Ally Lopes de Melo, Ana Ruth Macedo Monteiro, José Maria Ximenes Guimarães, Rodrigo Jacob Moreira de Freitas, Maria Rocineide Ferreira da Silva e Violante Augusto Batista Braga	

UM NOVO OLHAR SOBRE A ATENÇÃO PRIMÁRIA AO HOMEM: DESAFIOS E IMPACTOS DA PREVENÇÃO, PROMOÇÃO E RECUPERAÇÃO DA SAÚDE E SUAS INFLUÊNCIAS NA CONTEMPORANEIDADE.	139
Antônio Eusébio Teixeira Rocha, Bruna de Albuquerque Maranhão Sucupira Salvador, Hortência Montenegro Campos, Christian Max Uchôa Leite e Ana Manuela Diógenes Teixeira	
AVALIANDO A QUALIDADE DE VIDA DO PACIENTE HIPERTENSO.....	155
Neiva Oliveira de Souza, Rithianne Frota Carneiro, Verydianna Frota Carneiro, Francisco Rical Alexandre e Karyna Lima Costa	
CONSULTA DE ENFERMAGEM – TECNOLOGIA DO AUTOCUIDADO EM PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL.....	169
Kelvia Coelho Campos de Paula, Antônio Diego Costa Bezerra, Ana Tainara Pereira da Silva, Edilene Dias da Silva e Zélia Maria de Sousa Araújo Santos	
FISIOTERAPIA NA ATENÇÃO BÁSICA: A IMPORTÂNCIA DA PARCERIA COM O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	187
Erika Mara Sales Rodrigues, Aline Barbosa Teixeira Martins e Cristina de Santiago Viana Falcão	
ANÁLISE DE CONCEITO COMO ESTRATÉGIA FUNDAMENTAL PARA CONSTRUÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE.	204
Livia Maria Damasceno dos Santos, Deise Maria do Nascimento Sousa, João Joadson Duarte Teixeira, Anne Fayma Lopes Chaves e Mônica Oliveira Batista Oriá	
IMPACTOS DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA E DO ACOMPANHAMENTO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA SEGURANÇA ALIMENTAR DOS BENEFICIÁRIOS.....	215
Helena Paula Guerra dos Santos e Anya Pimentel Gomes Fernandes Vieira-Meyer	
A SAÚDE INDÍGENA EM SEUS DIFERENTES CONTEXTOS: UM TRABALHO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ALDEIA PITAGUARY – MARACANAÚ/CE	235
Patrícia da Silva Pantoja, Karla Julianne Negreiros de Matos, Daysane de Pinho Machado, Francisco Jadsou Franco Moreira, Mirella Sales, Antonio Edvan Camelo Filho, Riksberg Leite Cabral e Maria Erivalda Farias de Aragão	
HÁBITOS E ATITUDES RELACIONADOS À FOTOPROTEÇÃO DOS MORADORES DA COMUNIDADE DO DENDÊ, FORTALEZA – CE.....	255
Ângela Melo de Lima, Aline Barbosa Teixeira Martins, Cristina de Santiago Viana Falcão, Mariza Araújo Marinho Maciel e Bárbara Karen Matos Magalhães Rodrigues	
SOBRE OS AUTORES.....	265

CUSTO-EFETIVIDADE DE EXAMES DE RASTREAMENTO DO CÂNCER DE COLO UTERINO

DEISE MARIA DO NASCIMENTO SOUSA
GEORGE ALBERTO SABÓIA COELHO
ISABELLA LIMA BARBOSA CAMPELO
LAURA PINTO TORRES DE MELO
FLÁVIA CORREA DE SOUZA
RAQUEL FIGUEIREDO BARRETTO

1 Introdução

O câncer do colo do útero (CCU) é considerado um grave problema de saúde pública, pois possui altos índices de incidência e prevalência, sendo o segundo tipo de câncer mais comum entre a população feminina. Por isso, existem diversas campanhas de prevenção que enfatizam e estimulam a importância da detecção precoce dessa doença, visando a redução das taxas de morbimortalidade por essa patologia (INCA, 2015).

Em todo o mundo é o quarto tipo de câncer mais incidente, com registros de 527 mil casos novos/ano. No Brasil, dados demonstram que, anualmente, são diagnosticados 16.340 novos casos, o que representa um risco estimado de incidência de 15,85 por 100.00 habitantes. Além disso, estima-se que dos casos confirmados para a doença, 5430 implicam em mortes. Dentre as regiões do país, destaca-se a Norte por apresentar a maior incidência da patologia com 1.970 (23,1%) casos, seguida do Centro-Oeste e Nordeste com respectivamente, 1.560 (11,4%) e 5.630 (10,3%) e terceiro a Sudeste com 4.940 (5,0%) e em quarto, o Sul, com 2.240 (5,1%). No estado do Ceará, acredita-se que

sejam identificados 960 casos novos e destes, 300 estão previstos para ocorrer na cidade de Fortaleza, com taxas brutas de incidência de 20,62 e 21,47/100.000, respectivamente (INCA, 2015).

Frente a este cenário epidemiológico foram criados diversos programas de saúde para combater a incidência e a mortalidade pelo câncer do colo do útero. Dentre elas, podemos citar o Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM), que preconiza a implantação do exame papanicolaou como ação de prevenção da doença, sendo introduzido pela primeira vez pelo Instituto Nacional do Câncer, que ampliou esta prática aos demais serviços de saúde (INCA, 2011).

O Programa de Oncologia do Instituto Nacional de Câncer (Pro-Onco) enfatiza ações focadas na educação e disseminação de informação entre profissionais e usuárias. Já o Projeto Viva Mulher mostra a importância de aumentar a cobertura do exame papanicolaou, principalmente entre as mulheres na faixa etária de 35 a 49 anos. O Programa Nacional de Combate ao Câncer de Colo do Útero trata da importância de estruturar a assistência em saúde a fim de aumentar a captação de mulheres para realizar o exame preventivo. O mais recente é o Programa Nacional de Atenção Oncológica (PNAO) que tem por objetivo controlar as taxas de CCU através do rastreamento da doença entre a população. Vale ressaltar que em meio a criação e implantação desses programas, foi instituído o Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO) que tem por meta monitorar e gerenciar a efetivação de tais ações (INCA, 2011; BIM et al., 2010; SOARES et. al, 2010).

O CCU é uma patologia que advém de uma infecção persistente no epitélio cervical. O seu desenvolvimento subdivide-se em três níveis, de acordo com o avanço da lesão nesta região, que são conhecidas por Neoplasias Intraepitelial Cervical (NIC) I, II e III. A NIC I representa o estágio inicial da lesão, enquanto a III indica o mais avançado.

Tais lesões podem ter como principal causa a infecção pelo Papi-loma Vírus Humano (HPV), que é conhecidamente um fator de risco para o estabelecimento do câncer cervical ao longo dos anos, desde o

momento da sua inoculação no epitélio da cérvix uterina. Cerca de 70% a 80% dos cânceres do colo uterino são provenientes da tipagem viral 16 e 18 do HPV. Algumas dessas lesões podem levar anos para se desenvolverem, sendo tratáveis quando diagnosticadas inicialmente, implicando em bom prognóstico, fato que contribui para realizar a detecção precoce da doença e evitar maior dano à saúde das portadoras (ZHENG, 2017; INCA, 2015).

A detecção precoce das lesões precursoras do câncer do colo do útero se configura como uma estratégia de prevenção secundária a realização do exame citológico do colo uterino e Papanicolaou. Recomenda-se que sejam realizados principalmente, em mulheres de 25 a 64 anos a cada três anos, após duas citologias consecutivas com resultado negativo. Para que seja conferida sua efetividade é necessário que haja uma taxa de cobertura de no mínimo 80% da população. Isso pode interferir diretamente na mortalidade por câncer de colo do útero, reduzindo pela metade a ocorrência de óbito por esta causa (GASPERIN, BOING, KUPEK, 2011; CORREA et. al, 2012).

Tendo em vista a magnitude desta doença, faz-se necessário implantar ações e tecnologias eficazes de rastreamento do CCU e que sejam equivalentes em razão de custo - efetividade incremental (RCEI). Para que isto ocorra, no Brasil, são adotados os parâmetros divulgados pela Organização Mundial de Saúde: recomenda-se o uso de intervenções que evitem um DALY por menos de 1 PIB per capita do país, pois são consideradas muito custo-efetivas; intervenções que custem até 3 PIB per capita ainda são consideradas custo-efetivas; e aquelas que excedam esse valor não são consideradas custo-efetivas. Apesar deste parâmetro considerar o DALY, diversos estudos já comprovaram que o limiar de custo efetividade é melhor mensurado ao utilizar o QALY (quality-adjusted life years) (SOAREZ, NOVAES, 2017).

Tais ações necessitam ser organizadas e compiladas através de um protocolo clínico, cuja finalidade é a melhoria da qualidade dos cuidados em saúde, bem como otimização do atendimento, priorizando o

alcance de resultados positivos para a clientela e proporcionando maior efetividade no tratamento a ser realizado. Além disso, promove maior redução de custos com vistas ao aumento dos benefícios, para os procedimentos a serem realizados no ambiente em que está inserido (HOPE et al., 2013).

A utilização dessa ferramenta na prática clínica requer um conhecimento aprofundado e sistematizado acerca do tema a que se refere, levando em consideração um cuidado específico para o paciente, tais como: escolha de um plano terapêutico eficaz, bem como na utilização da tecnologia mais adequada (procedimentos, testes diagnósticos, medicamentos, etc) de acordo com a necessidade do cliente (LIMA et. al., 2009).

Tendo em vista que as ações de rastreamento mostram-se como a principal fonte de evidência acerca da detecção de lesões precursoras do câncer do colo do útero, faz-se necessária a análise de custo-efetividade, para posterior implementação, de um protocolo clínico a ser seguido pelos profissionais de saúde da atenção básica durante as consultas ginecológicas realizadas por eles.

O enfermeiro tem papel fundamental para a implantação de estratégias de prevenção da incidência de CCU na população, atuando na consolidação da cobertura adequada do exame de prevenção do câncer de colo uterino e da aplicação da vacina quadrivalente contra o HPV. Assim, torna-se um dos responsáveis pela taxa e manutenção da adesão das usuárias no seguimento das consultas e na periodicidade adequada de realização do exame pelas mulheres. Além disso, desempenha atividades de promoção da saúde que tem por objetivo conscientizar as usuárias acerca dos fatores de risco da doença, bem como de aumentar o índice de adesão destas ao comparecimento regular das consultas para realizar o exame Papanicolau (GOL, ERKIN, 2016).

A consulta de enfermagem, tal como qualquer outra atividade assistencial, necessita ser sistematizada, ou seja, deve seguir uma sequência dinâmica de etapas, possibilitando o direcionamento de ações de enfer-

magem. É compreendida pelas seguintes etapas: histórico, diagnóstico, planejamento, implementação e evolução, a fim de que seu trabalho e conhecimento conduzam ao repensar contínuo da prática profissional (FELIPE et al., 2008).

Diante do exposto, a avaliação de custo-efetividade das ações preconizadas em um protocolo clínico é um importante direcionamento para as práticas de cuidado e procedimentos da rotina que os profissionais executam em diversos serviços, tornando-se, assim, fundamental para sua organização e gestão. Vale ressaltar que todas as ações preconizadas nesse tipo de material foram elaboradas por especialistas na área de atuação a que se propõe e estes estão embasados na mais alta evidência científica. (WERNECK; CAMPOS; FARIA, 2009; SOAREZ, NOVAES, 2017).

No Brasil, não há parâmetros que reforcem a introdução de tecnologias em saúde para exames de rastreamento do câncer cervical, doença que possui expressiva magnitude no país, fazendo-se necessário um estudo de revisão integrativa da literatura acerca da análise de custo-efetividade de novas tecnologias para o rastreamento do câncer do colo uterino e preconizam maior qualidade da assistência. Com base no acima exposto, esta pesquisa teve como objetivo analisar a produção científica acerca do custo-efetividade de exames para rastreamento do câncer de colo uterino.

2. Metodologia

Para atingir o objetivo do presente estudo, utilizou-se o método de revisão integrativa da literatura para identificar os métodos/estratégias de prevenção e detecção das lesões precursoras do câncer de colo do útero.

O desenho do estudo baseou-se em seis etapas descritas por Mendes, Silveira e Galvão (2008): 1) identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa; 2) estabelecimento de critérios para

inclusão e exclusão de estudos; 3) definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados; 4) avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; 5) interpretação dos resultados; 6) apresentação da revisão/síntese do conhecimento.

Vista a necessidade de delimitação de uma temática, utilizou-se da estratégia PICO/PICR (População, Intervenção, Comparação, Resultados) para construção da questão norteadora. Assim, com base nessa estratégia, definiu-se como problema de pesquisa: Quais os métodos de triagem mais custo-efetivos para detectar precocemente as lesões cervicais que causam o câncer do colo uterino em mulheres com vida sexual ativa? Em busca da resposta para este questionamento, realizou-se uma revisão sistemática das produções científicas da área da saúde relacionadas ao tema.

Para seleção dos artigos foram utilizadas as seguintes bases de dados: LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), MEDLINE (via PUBMED) e EBSCO host a fim de buscar evidências para responder a pergunta anteriormente mencionada. Os critérios de inclusão dos artigos definidos, inicialmente, para esta revisão sistemática foram: ser artigo de pesquisa completo, estar publicado nos idiomas português, inglês ou espanhol e retratar a análise custo-efetividade de ações utilizadas no rastreamento do câncer de colo uterino. Os estudos que não se enquadraram nas características citadas foram excluídos desta revisão.

Em virtude das características específicas para o acesso de cada uma das bases de dados selecionadas, as estratégias utilizadas para localizar os artigos foram adaptadas para cada uma, tendo como eixo norteador a pergunta e os critérios de inclusão, previamente estabelecidos, para manter a coerência na busca dos artigos e evitar possíveis vieses. Foram utilizadas como palavras-chave os descritores controlados: Custo-efetividade, Câncer do Colo uterino, Infecções por Papilomavirus, Vacinas contra HPV, Colposcopia e Teste de Papanicolaou. E uma palavra-chave que não é descritor controlado: cervicografia digital. Seis buscas foram realizadas por base, utilizando as respectivas combinações: Câncer

do Colo uterino AND Colposcopia AND Custo-efetividade; Câncer do Colo uterino AND Teste de Papanicolaou AND Custo-efetividade; Câncer do Colo uterino AND cervicografia AND Custo-efetividade; Câncer do Colo uterino AND custo-efetividade; Câncer do Colo Uterino AND Custo-Efetividade AND Vacinas contra HPV e Câncer do colo uterino AND Custo-efetividade.

A busca foi realizada pelo acesso online, no mês de outubro de 2017 sendo a amostra final desta revisão sistemática constituída por 12 artigos. Para a coleta de dados, foi elaborado um instrumento para apresentação e extração das informações dos artigos contemplando os seguintes itens: identificação do artigo original, características metodológicas do estudo, avaliação do rigor metodológico, das intervenções mensuradas e dos resultados encontrados. Para a análise e posterior síntese dos artigos que atenderam aos critérios de inclusão, foi utilizado um quadro sinóptico elaborado pela autora, especialmente construído para esse fim, que contempla os seguintes aspectos: referência bibliográfica, nível de evidência, idioma, país de origem, formação do pesquisador principal, base de dados, objetivo, desenho do estudo, considerações éticas, sujeitos, principais resultados, conclusão e limitações. Os artigos encontrados foram analisados por dois revisores.

Ressalta-se que durante a elaboração desta revisão, foram utilizados os seguintes níveis de evidências: I - Ensaio clínico randomizado com desfechos clinicamente relevantes, com adequado poder e mínima possibilidade de erro alfa e metanálises de ensaios clínicos de nível II comparáveis e com validade interna, com adequado poder final e mínima possibilidade de erro alfa; II - Ensaio clínico randomizado com desfechos substitutos e análise de hipóteses secundárias de estudos de nível I; III- Estudo quase- experimental com controles contemporâneos selecionados por método sistemático, independente de julgamento clínico. Análise de subgrupos de ensaios clínicos randomizados; IV- Estudo quase-experimental com controles históricos e de Coorte; V- Estudos de casos e controles e VI- Séries de casos (LIMA, 2017).

3. Resultados e Discussão

Quadro 1 - Caracterização das publicações e níveis de evidência dos artigos incluídos na revisão

Objetivo	Desenho/ Amostragem	Tecnologia Avaliada	Principais Resultados e Conclusões	Nível de Evidên- cia
- Avaliar o Custo-efetividade da vacinação de HPV em comparação com o Papanicolaou na Alemanha	- Análise custo-efetividade construída por base de uma coorte prospectiva de 10 anos	-Teste de HPV e Papanicolaou	Todos os cenários de triagem do HPV no modelo foram associados com menos mortes por falta de diagnóstico de câncer de colo do útero em comparação com a triagem de Papanicolaou; Os custos anuais totais foram menores com a triagem de HPV do que a citologia de Papanicolaou. O custo anual médio projetado para a triagem de HPV variou de \$117 milhões a \$136 milhões em comparação com \$177 milhões para a Papanicolaou, representando economia anual de \$41-60 milhões. O maior impacto clínico foi alcançado com a triagem primária de HPV (com genotipagem), seguida de colposcopia para mulheres positivas para HPV 16/18.	IV
- O objetivo deste estudo foi determinar o manejo ótimo das mulheres positivas para outros tipos de HPV de alto risco	- Coorte/ Análise custo-efetividade/ Mulheres de 18-84 anos	Colposcopia	- Ao nível da população, a referência imediata de colposcopia fornece uma redução incremental de 1-3% no câncer cervical e mortalidade com um acompanhamento de 12 meses; - A colposcopia tem uma relação custo-efetiva incremental (ICER) de A \$ 104.600 / LYS (95% CrI: A \$ 100,100-109,100) em mulheres não vacinadas e A \$ 117,100 / LYS (95% CrI: A \$ 112.300-122.000) nas coortes oferecidas pela vacinação	II
- Realizar uma análise econômica da saúde para avaliar cada método de rastreamento cervical em termos de combinação de custo e resultado, para determinar o mais adequado método de triagem do câncer cervical	- Estudo de avaliação econômica/308 6 mulheres	IVA Schiller Colposcopia Citologia em meio líquido Genotipagem do HPV	-A detecção de lesões precursoras do CCU a partir do IVA e Teste de Schiller teve menor custo; -A detecção das lesões pré-cancerígenas utilizando IVA + Teste de Schiller foi mais alta do que as realizadas com Citologia do Meio Líquido e testagem do HPV, porém a segunda opção requer menor uso de colposcopia; -Os custos da realização combinada da colposcopia+IVA+ Schiller foi mais custo-efetiva do que o uso da citologia do meio líquido e testagem do HPV; -Colposcopia + IVA+ SCHILLER apresentam alto custo-efetividade para rastreamento de lesões pré-cancerígenas em países em desenvolvimento, principalmente	IV

<p>- Avaliamos o tratamento e a eficiência de custos da estratégia de “see-and-treat” em comparação com o usual cuidado</p>	<p>- Análise custo-efetividade com coorte hipotética</p>	<p>-Colposcopia, Teste de HPV, Papanicolaou</p>	<p>- A estratégia de “see-and-treat” produziu um ICER de US \$ 70.774 / QALY em comparação com os cuidados habituais. Para a maioria dos cenários na análise de sensibilidade determinística, essa estratégia teve ICERs maiores do que US \$ 50.000 / QALY e sua relação custo-eficácia foi sensível à desutilidade do tratamento com LEEP e à aderência ao tratamento biopsidirecionado sob cuidados habituais.</p>	<p>IV</p>
<p>-Estimar os benefícios, custos e custo-eficácia da prática atual de triagem do câncer cervical e avaliar o valor das melhorias na triagem.</p>	<p>-Coorte/ Análise custo/efetividade Mulheres que participaram do programa de rastreamento</p>	<p>- Ações de um guideline</p>	<p>-Dentre as ações recomendadas pelo presente protocolo em estudo, a colposcopia demonstrou maior redução da incidência de câncer(67,7%), quarta maior redução da mortalidade por câncer cervical (69,9%), apresentou um custo vital de US\$ 1115,00 (US\$1096-1158); -Colposcopias com seguimento do rastreamento mostraram um incremento no QALY da população a baixo custo; - Para melhorar a adesão deste protocolo, especialmente o intervalo de 3 anos para triagem citológica e acompanhamento de diagnóstico, justifica-se maiores investimentos em intervenções para melhorar o rastreamento do câncer cervical nos Estados Unidos.</p>	<p>IV</p>
<p>- Identificar a estratégia econômica ideal para o gerenciamento de mulheres com ASC-US usuárias do Hospital Memorial King Chulalongkorn (KMCH)</p>	<p>- Análise econômica baseada em um estudo retrospectivo</p>	<p>-Citologia, Teste do HPV, colposcopia imediata</p>	<p>- A colposcopia é a estratégia menos dispendiosa e a opção mais efetiva entre as três estratégias de acompanhamento. -Comparado com a triagem de HPV, a citologia de repetição é menos dispendiosa, porém a triagem de HPV fornece possui uma relação custo-efetividade incremental (ICER) de 56.048 Baht por caso adicional de NIC2 detectado. -Do ponto de vista do paciente, o menos oneroso e menos efetivo é a triagem de citologia repetida. -A repetição da colposcopia tem uma relação custo-eficácia incremental (ICER) de 2.500 Baht por caso adicional de NIC2 detectado quando comparado à colposcopia. Da análise de sensibilidade, a triagem imediata de colposcopia não é mais custo efetivo quando o custo exceder 2.250 Baht ou o custo da citologia for inferior a 50 Baht (1USD = 31.58 THB). - Conclusão: Em mulheres com citologia ASC-US, a colposcopia é mais rentável do que a citologia ou triagem repetidas com testes de HPV tanto para o fornecedor como para o paciente.</p>	<p>IV</p>

<p>- Comparar os custos e o número de casos não detectados de quatro estratégias de triagem de câncer cervical no México</p>	<p>- Análise econômica onde estimou-se os custos e os resultados a) convencional Papanicolaou (Pap) sozinho; b) humanos de alto risco - Teste de vírus do papiloma (HR-HPV) como triagem primária com Pap como triagem de reflexo; c) HR-HPV como rastreio primário com tipografia HPV-16/18, citologia líquida (LBC) e imunomarcacão para teste p16 / Ki67 como triagem de reflexo e d) com teste com HR- HPV e LBC com digitaçao HPV 16/18 e imunomarcacão para p16 / Ki67 como triagem de reflexo. O resultado de interesse eram lesões cervicais de alto grau ou câncer/ Participaram do estudo 17.4 mulheres</p>	<p>Papanicolaou; Teste de vírus do HPV; - citologia do meio líquido;</p>	<p>- O estudo indicou que o custo total final de cada opção é de 98,8 milhões de dólares para o esfregaço de papanicolaou, 97,8 milhões de USD para HR-HPV combinado ao Papanicolaou, 91,5 milhões de dólares para HR-HPV mais triagem molecular e 93,9 milhões de USD para co-teste. Para todas as estratégias, o custo para tratar casos de NIC 2e3 e Câncer Cervical é a maior despesa. -Os custos para a opção de Papanicolaou sozinho são aproximadamente 69,9 milhões de USD, enquanto o exame de Papanicolaou HR-HPV plus, HR-HPV mais testes moleculares e co-teste gastam 39,5 milhões de USD, 42,3 milhões de USD e 41,5 milhões USD, respectivamente. - Os resultados sugerem que o HR- HPV como estratégia de triagem é a opção de menor custo:91,5 milhões USD. No entanto, a triagem molecular HR-HPV perdeu 171 casos mais do que co-teste, e 1,7 milhões de USD é necessário gastar mais para encontrar esses casos extras com a estratégia de co-teste. O esfregaço de Papanicolaou sozinho é a opção mais cara, pois tem o maior número de casos perdidos.</p>	<p>IV</p>
<p>Comparar o desempenho e custo da colposcopia X colposcopia imediata com base no teste de detecção do HPV mulheres com ASCUS.</p>	<p>-Estudo de Análise econômica, retrospectivo, com a participação de 594 mulheres</p>	<p>Papanicolaou, HPV teste + colposcopia</p>	<p>A taxa de detecção de NIC-2 foi maior no grupo de triagem de HPV em comparação com o grupo de colposcopia imediata (8% versus 1,6%, p = 0,011). No grupo de triagem do HPV, o custo total, o custo por paciente e o custo para detectar um caso de NIC de alto grau foram maiores do que o grupo de colposcopia imediata; Em mulheres com ASCUS, o teste de DNA do HPV + colposcopia é mais dispendioso do que a colposcopia imediata, porém há uma maior taxa de detecção de NIC 2.Tais achados sugerem que o teste de DNA do HPV combinado com citologia cervical poderia reduzir a taxa de referência para colposcopia;</p>	<p>IV</p>

Comparar o custo-efetividade das estratégias utilizadas em dois programas de rastreamento na Hungria.	- Estudo de coorte, com análise econômica em saúde/Foram coletados dados do prontuário de mulheres sob os programas de rastreio em estudo	Papanicolaou, Citologia Oncótica e Coposcopia	- A relação custo-efetividade incremental da prática intensiva de rastreamento atual foi de US \$ 33,100 por ano de vida ajustado de qualidade, em comparação com nenhuma triagem, enquanto que a relação custo-efetividade incremental do programa renovado foi de US \$ 18.990 por ano de vida ajustado de qualidade em comparação com nenhuma triagem. Os parâmetros mais influentes na análise determinística foram os pesos de qualidade de vida do câncer de fase I ou IIA não detectado.	IV
Foi examinado o impacto da adesão ao paciente e do desempenho do teste de rastreio no custo-efetividade da inspeção visual com ácido acético (VIA) e Papanicolaou quando usado com colposcopia para diagnóstico.	- A análise custo-efetividade foi realizada usando modelagem computacional.	-IVA e colposcopia	- IVA foi mais sensível do que o Papanicolaou (70% vs. 4%), menos dispendiosos (US \$ 0,23 vs. US \$ 3,17). A IVA apresentou maior taxa de falso positivo do que os esfregaços de Papanicolaou resultando em maiores taxas de referência de colposcopia, onde mais NIC foi detectada e tratada. Análise custo-efetividade revelou que o rastreio com IVA custaria US \$ 3,198 por caso de câncer evitado e reduziria o câncer casos em 42%, contra US \$ 36,802 e 2% para a triagem Papanicolaou. Embora a qualidade do Papanicolaou fosse baixa em Honduras, análise de sensibilidade mostrou que IVA foi mais rentável do que os esfregaços de Papanicolaou, mesmo que quando a precisão do teste foi equivalente.	IV
- Estimar a relação custo-eficácia dos métodos alternativos para gerenciamento de citologia cervical de baixo grau anormalidades detectadas na triagem de rotina.	- Estudo multicentrico sobre análise custo-efetividade em um teste controlado randomizado/P participaram do estudo 4201 mulheres com alterações na citologia	- Citologia oncótica, colposcopia e biópsia	-A colposcopia sem tratamento e com tratamento teve menor custo que a realização de papanicolaou. -Para cada NIC detectado verificou-se um custo de 1241,00 libras na perspectiva do NHS. Já na perspectiva social os custos foram de 1689 libras - Mesmo diante dos resultados, não existe uma razão econômica convincente para favorecer qualquer método de acompanhamento sobre qualquer um dos outros.	II
-Investigar o custo-efetividade da citologia e IVA para rastreio de NIC	-Análise custo-efetividade prospectivo com 131.578 mulheres	-IVA, Teste de HPV e citologia	- Os custos por 1.000 mulheres elegíveis para triagem foram de US \$ 3.917, US \$ 6.609 e US \$ 11.779 com VIA, citologia e HPV, respectivamente. O custo de detectar um caso de CIN2 / 31 usando VIA foi de US \$ 522 (95% CI \$ 429- \$ 652). Sugere-se que mais casos de NIC2 pode ser detectado na mesma população se a citologia fosse usada em vez de ao invés do IVA e cada caso adicional custariam US \$ 1065 (95% IC \$ 713-\$ 2175).	II

Embora não tenhamos feito delimitação temporal durante a busca nas bases verifica-se no quadro 1 que os 12 artigos analisados foram publicados entre 2005 e 2017. Dentre os artigos incluídos nesta revisão, 03 estudos foram desenvolvidos nos Estados

Unidos, enquanto países como a Austrália, China, Tailândia, Alemanha, Índia, México e Reino Unido tiveram uma publicação. Do total de estudos recusados, três apresentavam nível de evidência científica II e nove utilizaram como modelo de desenvolvimento a análise custo-efetividade utilizando uma coorte prospectiva e retrospectiva, bem como modelo de Markov computacional hipotético para estimar o impacto econômico em saúde. Os periódicos em que foram publicados foram variados, porém nenhum era da área de enfermagem. A maioria deles é multiprofissional com enfoque em ginecologia, câncer, saúde da mulher, saúde pública e epidemiologia.

Todos os estudos avaliados tinham por objetivo investigar a análise custo-efetividade de programas de rastreamento em seus países de origem ou de estudo (caso do artigo realizado na Índia, onde os autores são filiados a universidades e centros de estudo americanos). Ou buscavam comparar o custo-efetividade entre uso de diferentes tecnologias para rastreamento de neoplasias intraepiteliais cervicais. Por conta disso, identificou-se apenas uma categoria temática: Custo-efetividade das estratégias de rastreio das lesões pré-cancerígenas.

A avaliação de custo-efetividade é um processo que visa determinar, de forma sistemática e objetiva, a relação entre os custos e os benefícios decorrentes de intervenções preventivas. Os estudos de custo-efetividade também podem ser entendidos como um instrumento de análise de valor das intervenções em saúde. Vale ressaltar que os custos são confrontados com os desfechos clínicos na intenção de ponderar o impacto de diferentes alternativas para tratamento ou prevenção de um agravo em saúde, a fim de identificar os melhores efeitos do tratamento, considerando aquela que apresentar menor gasto (PORZSOLT, CORREIA,

2017). No Brasil, os estudos de custo-efetividade sobre o rastreamento de lesões precursoras do câncer cervical são escassos e na presente busca de artigos não foram encontrados estudos realizados no Brasil.

No quadro 1 estão expressos os objetivos, metodologia e principais resultados encontrados em cada estudo. Como estratégia principal de rastreio prevaleceu a utilização da colposcopia, que obteve maior relação de custo-efetividade incremental quando comparada a outras estratégias. Além disso, foi achado maior incremento do QALY quanto esta alternativa para rastreio foi utilizada. Outro resultado relevante foi a comparação entre programas de rastreio já estabelecidos em um determinado local e uma nova proposta com a introdução de novas tecnologias de rastreamento.

3.1. Custo-efetividade das estratégias de rastreio das neoplasias intraepiteliais cervicais (NIC)

As lesões intraepiteliais cervicais incidem, principalmente, em mulheres com faixa etária de 40-45 anos. A taxa de progressão para a doença maligna varia de 35 a 74% dos casos (BRASIL, 2016). Em relação às atipias de significado indeterminado em células escamosas, pode-se revelar ao exame citológico: Células escamosas atípicas de significado indeterminado; Células escamosas atípicas de significado indeterminado; quando não se pode excluir lesão intraepitelial de alto grau; Células glandulares atípicas de significado indeterminado, possivelmente não neoplásicas e células glandulares atípicas de significado indeterminado, quando não se pode excluir lesão intraepitelial de alto grau (BRASIL, 2016 ; SOUSA, ORIÁ, 2016).

Diante de cada achado diagnóstico, faz-se necessário seguir as seguintes recomendações: no caso de Células escamosas atípicas de significado indeterminado, que possivelmente não são neoplásicas, deve-se encaminhar a mulher para realizar a repetição da citologia em 6 e 12 meses, levando em consideração o tratamento de possíveis infecções. Se o resultado se mantiver, fazer a colposcopia. Para Células escamosas

atípicas de significado indeterminado, quando não se pode excluir lesão intraepitelial de alto grau, todas as mulheres deverão ser submetidas à colposcopia, avaliar o resultado deste exame e realizar mais duas citologias, que deverão ser avaliadas para encaminhamento da paciente para exérese da zona de transformação e até mesmo a biópsia. Em Células glandulares atípicas de significado indeterminado, possivelmente não neoplásicas e células glandulares atípicas de significado indeterminado, quando não se pode excluir lesão intraepitelial de alto grau recomenda-se realizar a colposcopia com coleta de material citológico do canal da cérvix. Se forem encontradas alterações neste exame, encaminhar a paciente para a biópsia para avaliar a existência de adenocarcinoma invasor. Também é necessário realizar uma avaliação do endométrio da cliente, através de ultrassonografia. Na análise de atípias de origem indefinida, tem que ser feita a diferenciação entre Células atípicas de origem indefinida, possivelmente não Neoplásicas e Células atípicas de origem indefinida, quando não se pode excluir lesão de alto grau, em mulheres acima de 35 anos e em jovens com sangramento uterino anormal, faz-se exame colposcópico para definir o tipo de lesão, se NIC I indicar a realização de uma citologia a cada 3 meses e se for NIC II ou III, realizar biópsia (BRASIL 2016; SOUSA, ORIÁ, 2016).

Tais recomendações corroboram com o resultado encontrado na análise do estudo, pois a colposcopia se mostrou um método eficaz para realizar o screening do câncer do colo uterino. Outro método que possui maior acurácia é a testagem do HPV, porém possui um custo maior do que o rastreamento com a colposcopia, que possui sensibilidade deste exame para lesões de alto grau de 88,6% e a especificidade é 14,2%. A biópsia dirigida por colposcopia tem sensibilidade de 42,3% e especificidade de 93,8% (MESINAS, 2014).

Diante dos resultados apresentados, recomenda-se a utilização da colposcopia para rastreamento do CCU na atenção básica, em conjunto com teste de IVA e Schiller a fim de obter maior detecção de neoplasias

intraepiteliais cervicais e tratá-las a fim de evitar a incidência e morbimortalidade por câncer uterino. Outro exame recomendado é a cervicografia digital, porém não foram encontradas na literatura pesquisas sobre custo-efetividade desta tecnologia.

4. Conclusão

Pela análise da literatura, percebeu-se que dentre os exames para o rastreamento do câncer do colo uterino mais custo-efetivos e utilizados em todo o mundo são a colposcopia, a cervicografia. Eles devem ser coadjuvantes ao exame citopatológico e possuem viabilidade econômica para serem realizados na atenção primária em saúde.

Além disso, observou-se que tais procedimentos são factíveis de serem realizados pela equipe multiprofissional de saúde, sendo necessário investimento em capacitação dos profissionais. Tal ação entra em consonância com a Política Nacional de Humanização e contribui para maior qualidade da assistência em saúde da população.

Porém, no Brasil, não existem avaliações econômicas suficientes que comprovem o custo-efetividade da introdução de novas tecnologias no sistema de saúde brasileiro. Esta foi a maior limitação encontrada para realização deste estudo, pois não foi possível verificar um limiar de investimento sustentável para impactar de forma positiva a cobertura do rastreio de CCU.

Contudo, diante dos achados desta revisão, propõe-se a inserção destes métodos na atenção primária em saúde, já que foi visto que possuem custo acessível e há experiência de sua implantação em países emergentes, assim como o Brasil.

5. Referências

- BIM, C. R., PELLOSO, S. M., CARVALHO, M. D. B., PREVIDELLI, I. T. S. Diagnóstico precoce do câncer de mama e colo uterino em mulheres do município de Guarapuava, PR, Brasil. *Revista Escola de Enfermagem USP*, São Paulo, v. 44, n. 4, 2010.
- BORGES, A. L. V. ET al. ERICA: sexual initiation and contraception in Brazilian adolescents. *Revista de Saúde Pública* [online], v. 50, suppl 1 [Accessed 7 June 2018], 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização.* – Brasília: Ministério da Saúde, 2004
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466/2012, de 13 de junho de 2013. Dispõe sobre novas diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos no cenário brasileiro. 2013.
- CAMPOS, N. G., BURGER, E. A., SY, S., SHARMA, M., SCHIFFMAN, M., RODRIGUEZ, A.C., HILDESHEIM, A., HERRERO, R., KIM, JJ. An updated natural history model of cervical cancer: derivation of model parameters. *American Journal Epidemiology*, v.180, n.5, p.545-55, 2014. doi: 10.1093/aje/kwu159.
- CONTANDRIOPOULOS, A. P., CHAMPAGNE, F., POTVIN, L., DENIS, J. L., BOYLE, P. *Saber preparar uma pesquisa.* Tradução de Sílvia Ribeiro de Souza. 2ª Ed. São Paulo – Rio de Janeiro. Hucitec.1997.
- CARDOSO, A. A., MAGALHÃES L.C. Análise de Validade de critério da Avaliação da Coordenação e Destreza Motora - ACOORDEM para crianças de 7 e 8anos de idade. *Revista Brasileira Fisioterapia*, v.16, n.1, p.16-22, 2012.
- CARVALHO, E. C., TONANI, M., BARBOSA, J. S. Ações de enfermagem para combate ao câncer desenvolvidas em unidades básicas de saúde de um município do estado de São Paulo. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v.51, n.4, 2005
- CERVANTES, C. A. D; BOTERO, M. A. Average years of life lost due to breast and cervical cancer and the association with the marginalization index in Mexico in 2000 and 2010. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 5, p. 1093-1102, May 2014
- CORREA, M. S., SILVEIRA, D. S., SIQUEIRA, F. V., FACCHINI, L. A., PICCINI, R.X., THUMÉ, E.; TOMASI, E. Cobertura e adequação do exame citopatológico de colo uterino em estados das regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n.12, 2012

- Costa, R. F. A., Longatto-Filho A., Pinheiro, C., Zeferino, L.C., Fregnani, J.H.T.G. Trend analysis of the quality indicators for the Brazilian cervical cancer screening programme by region and state from 2006 to 2013. *BMC Cancer*, .v. 18, n. 1, 2018.
- CASSIANI, S. H. B. A coleta de dados nas pesquisas em enfermagem: estratégia, validade e confiabilidade, 1987. 142f. Dissertação (Mestrado)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1987.
- EDUARDO, K. G. T., AMÉRICO, C. F., FERREIRA, E. R. M., PINHEIRO, A. K. B., XIMENES, L. B. Preparação da mulher para a realização do exame de Papanicolaou na perspectiva da qualidade. *Acta Paulista de Enfermagem*. São Paulo, v. 20, n. 1, 2007.
- FELIPE, G. F.; ABREU, R. N. D. C.; MOREIRA T. M. M. Aspectos contemplados na consulta de enfermagem ao paciente com hipertensão atendido no Programa Saúde da Família. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 42, n.4, 2008.
- FONSECA, A. J. et al. Epidemiologia e impacto econômico do câncer de colo de útero no Estado de Roraima: a perspectiva do SUS. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* [online]. vol. 32, n. 8, pp. 386-392, 2010.
- GASPERIN, S. I., BOING, A. F., KUPEK, E. Cobertura e fatores associados à realização do exame de detecção do câncer de colo de útero em área urbana no Sul do Brasil: estudo de base populacional. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 7, 2011.
- GOL I, ERKIN O. Knowledge and practices of nurses on cervical cancer, HPV and HPV vaccine in Cankiri state hospital, Turkey. *J Pak Med Assoc.*, v.66, n.12, p.1621-1626, 2016.
- GONCALVES, H. et al. Início da vida sexual entre adolescentes (10 a 14 anos) e comportamentos em saúde. *Rev. bras. epidemiol.* [online]., v.18, n.1, pp.25-41, 2015.
- GRINSBERG, G. M., LAUER, J. A. STEN, Z., BAETEN, S., BALTUSSEN R. Cost effectiveness of strategies to combat breast, cervical, and colorectal cancer in sub-Saharan Africa and South East Asia: mathematical modelling study. *BMJ*. p.1-18, 2012.
- HOPE, W.W., RICHARDSON, W., FANELLI, R., STEFANIDIS, D. How do sages members rate its guidelines? *Surgendosc.* 2013
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Câncer do colo do útero. *Revista brasileira de cancerologia*, Rio de Janeiro, v.46, n. 4, p.351-354, out./dez. 2000.
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 1996: Incidência de Câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA, 1996.
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2006: Incidência de Câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA, 2006.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2016: Incidência de Câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA, 2016.

LESSA, F.; FERRAZ, M.B. Health technology assessment: the process in Brazil. *Rev Panam Salud Publica*, Washington, v. 41, e25, 2017.

LIMA, S. M.L., POTELA, M.C., KOSTER, I., ESCOSTEGUY, C.C., FERREIRA, V. M. B., BRITO, C., VASCONCELLOS, M.T.L. Utilização de diretrizes clínicas e resultados na atenção básica à hipertensão arterial. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, 2009.

LIMA ACS, MARTINS LCG, LOPES MVO, ARAÚJO TL, LIMA FET, AQUINO PS, et al. Influence of hormonal contraceptives and the occurrence of stroke: integrative review. *Rev Bras Enferm [Internet]*, v.70, n.3,p.647-655, 2017.

MAR J, ANTOÑANZAS F, PRADAS R, ARROSPIDE A. Probabilistic Markov models in economic evaluation of health technologies: a practical guide. *Gac Sanit*. V.24, n.3, p.209-14.

MESINAS, A.G. Sensibilidad y especificidad de la biopsia dirigida por colposcopia en el diagnóstico de cáncer de cérvix en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza del 2008 al 2013. *Horiz. Med.*, Lima, v. 14, n. 3, p. 44-48, jul. 2014

MO, X., GAI, T. R, WANG, L., LIU, X., WU, B., LUO, H., NAGATA, C., MORI, R., NAKAYAMA, T. Cost-effectiveness analysis of different types of human papillomavirus vaccination combined with a cervical cancer screening program in mainland China. *BMC Infect Dis.*, v.17, n.1, 2017. doi: 10.1186/s12879-017-2592-5.

MOHER, D., SHAMSEER, L., CLARKE, M., GHERSI, D., LIBERATI, A., PETTICREW, M..PRISMA-P GROUP. Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. *Systematic Reviews*, v.4, n.1,2015.

MORIMOTO, T.; COSTA, J.S.D. Internações por condições sensíveis à atenção primária, gastos com saúde e Estratégia Saúde da Família: uma análise de tendência. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 22, n. 3, p. 891-900, 2017

NAHVIJOU A., et. al., Cost-Effectiveness of Different Cervical Screening Strategies in Islamic Republic of Iran: A Middle-Income Country with a Low Incidence Rate of Cervical Cancer. *PLoS One.*, v.1, n.6, pp.e0156705, 2016.

PORZSOLT, F., CORREIA, L. C. L. The Concept of Clinical Economics and its Relation with Effectiveness. *Arq. Bras. Cardiol.*, São Paulo , v. 108, n. 6, p. 488-490, June 2017.

REFAEI M, DEHGHAN NAYERI N, KHAKBAZAN Z, YAZDKHASTI M, SHAYANA. Exploring Effective Contextual Factors for Regular Cervical Cancer Screening in Iranian Women: A Qualitative Study. *Asian Pac J Cancer Prev*, v.19, n.2, pp.533-539, 2018

- QUICK, A.M., SEAMON, L.G., ABDEL-RASOUL, M., SALANI, R., MARTIN, D., Sexual function after intracavitary vaginal brachytherapy for early-stage endometrial carcinoma. *International Journal of Gynecological Cancer*. v. 22, n. 4, 2012.
- RICHARDSON, P.K. Use of standardized tests in pediatric practice. In: Case-Smith J. *Occupational Therapy for Children*. 5th ed. St Louis: Elsevier Mosby; 2005. p. 246- 275.
- ROHRBACHE, I.; HADDAD, L. H. Satisfação de pacientes após cirurgia refrativa de monovisão avançada. *Rev. bras.ofthalmol.*, Rio de Janeiro , v. 76, n. 4, p. 190-193, 2017
- SECOLI, S.R., NITA, M.E., ONO-NITA, S. K., NOBRE, M. Avaliação de tecnologia em saúde: II. A análise de custo-efetividade. *Arquivos de Gastroenterologia*, 47(4), 329-333, 2010.
- SALDIVA, P.H.N.; VERAS, M. Gastos públicos com saúde: breve histórico, situação atual e perspectivas futuras. *Estud. av.*,v. 32, n. 92, p. 47-61, 2018
- SILVA FILHO, Agnaldo Lopes. Emprego dos marcadores de prognóstico no tratamento para o carcinoma invasor de colo. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, Rio de Janeiro , v. 31, n. 9, p. 468-473, Sept. 2009
- SOARES, M. C. MISHIMA, S.M., MEINCKE, S.M.K., SIMINO, G.P.R. Câncer de colo uterino: caracterização das mulheres em um município do sul do Brasil. *Revista da Escola Anna Nery Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, Mar. 2010.
- SOUSA, D. M. N. et al . Development of a clinical protocol for detection of cervical cancer precursor lesions. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto , v. 26, e 2999, 2018.
- STABILE, S.A.B., EVANGELISTA, D.H.R., TALAMONTE, V.H., LIPPI, U.G., LOPES, R.G.C. Comparative study of the results from conventional cervico-vaginal oncotic cytology and liquid-based cytology. *Einstein (São Paulo)*, São Paulo, v. 10, n. 4, Dec. 2012.
- TEIXEIRA AM, TSUKAMOTO R, LOPES CT, SILVA RCG. Risk factors for unstable blood glucose level: integrative review of the risk factors related to the nursing diagnosis. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2017
- VAZ, A.F, PINTO-NETO, A. M., CONDE, D.M., COSTA-PAIVA, M.D., MORAIS, S. S., PEDRO, A.O., ESTEVES, S.B. Quality of life and menopausal and sexual symptoms in gynecologic cancer survivors: a cohort study. *Menopause*, v. 18, n. 6, 2011
- WEINSTEIN M, TORRANCE G, MCGUIRE A. QALYs: the basics. *Value Health* 12(Suppl.):S5-9. 2009
- ZHANG, S.K., et.al. The natural history of cervical cancer in chinese women: results from an 11-year follow-up study in china using a multistate model. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.*, v.23, n.7, pp.1298-305, 2014

ZHENG B, YANG H, LI Z, WEI G, YOU J, LIANG X, ZHAO C. HPV test results and histological follow-up results of patients with LSIL Cervical Cytology from the Largest CAP-certified laboratory in China. *J Cancer* 2017; 8(13):2436-2441. doi:10.7150/jca.19421. Available from <http://www.jcancer.org/v08p2436.htm>

DISCURSO DAS GESTANTES ATENDIDAS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE OS DIREITOS NO CICLO GRAVÍDICO E PUERPERAL

LÍDIA CLARA COSTA BARBOSA
MARANA BARROS GUERRA
RAYANNE INGRIND DA SILVA CASTRO
ALINE DE SOUZA PEREIRA
ANNA PAULA SOUSA DA SILVA
RENATA KÉSIA DE ANDRADE BEZERRA COIMBRA

1. Introdução

As mulheres possuem direitos previstos em Constituição Federal e são as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS). Durante a gestação, parto e o período puerperal, o Ministério da Saúde (MS) proporciona uma rede de acesso à informação e fortalecimento dos direitos discutidos desde o Programa de Assistência à Saúde da Mulher e fortalecido através da criação da Rede Cegonha (BRASIL, 1984; BRASIL, 2011).

No Brasil, as demandas relacionadas à gravidez e ao parto eram limitadas nas primeiras décadas do século XX, período em que a saúde da mulher foi englobada às políticas nacionais de saúde. Entre as décadas de 30 e 70, nos programas materno-infantis, as mulheres eram vistas restritamente por sua especificidade biológica e sua atuação maternal e de secretária do lar, desempenhando os papéis principais dentro de suas residências com seus filhos e demais familiares (BRASIL, 2004).

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) foi elaborado em 1984 pelo Ministério da Saúde, tendo como marco principal a cessação dos conceitos relacionados aos princípios que norteavam a política de saúde das mulheres e as regras para a seleção das

necessidades neste campo. Este programa trouxe inovações voltadas à promoção e prevenção à saúde, utilizando como técnicas para passagem de conhecimentos as ações educativas, incluindo o atendimento clínico ginecológico na assistência à mulher, tanto no pré-natal como no parto e puerpério, na prevenção, tratamento e orientações de DST, câncer de colo de útero e mama, no âmbito familiar, climatério, entre outras necessidades que acarrete o público feminino (BRASIL, 1984).

A Rede Cegonha foi um novo modelo implementado pelo Ministério da Saúde, que incorpora uma rede de cuidados que visa garantir direitos à mãe e a criança. Este novo modelo é a Rede Cegonha, criada em 2011 e que pode ser definida como uma ação de saúde do SUS que fortalece os direitos das mulheres e das crianças (BRASIL, 1984; BRASIL, 2011).

Destarte, o Ministério da Saúde preconiza a realização das consultas de enfermagem e que nelas sejam abordados os dados obstétricos e registrados na caderneta da gestante, para assim facilitar a comunicação entre a equipe, e que garanta á gestante uma gestação e parto seguro (MARQUES, 2012). É possível salientar, também, que a equipe de profissionais de saúde que estão diretamente ligados à realização do pré-natal necessita interessar-se no repasse de informações que são necessárias para a garantia de uma gestação digna e respeitosa a essas mulheres (BRASIL, 2011).

Os direitos que asseguram as mulheres podem ser divididos em sociais, trabalhistas e assistenciais. Entre essas divisões, existem os direitos que asseguram essa mulher durante o ciclo gravídico e puerperal. As fases gestacionais que são cercadas de direitos que precisam ser respeitados e informados a gestante. A gestação é definida como o período que compreende a fecundação do óvulo pelo espermatozoide até as fases que iniciam o momento do parto (REZENDE, 2014).

O parto para a mulher é um evento único. Várias modificações estão presentes neste período e as alterações que ocorrem seguem uma ordem cronológica que busca um desenvolvimento adequado para a

gestação e desenvolvimento do bebê. O puerpério ou pós-parto é um período que se inicia após a fase do parto e é cronologicamente variável, de definição imprecisa, onde ocorrem as manifestações involutivas e de recuperação da genitália materna após o parto, além de mudanças hormonais destaca-se as mudanças emocionais e psicológicas que merecem a atenção dos profissionais (REZENDE, 2014).

Dentre os direitos que assiste a mulher durante o ciclo gravídico e puerperal, destacaremos os direitos sociais que são direitos que asseguram às grávidas e resultam da luta das mulheres e foram desenvolvidos a partir da compreensão da necessidade de proteção à gestante e ao bebê (NIEG, 2008).

A Lei Nº 10.048 de 08 de novembro de 2000, garante que estas mulheres possam receber atendimento em caixas especiais, prioridades na fila de emergências de hospitais, bancos, supermercados, acesso à porta da frente de coletivos e assento preferencial em estabelecimentos e meios de transporte coletivo (BRASIL, 2012; BRASIL, 2011).

Os direitos trabalhistas asseguram a mulher enquanto empregada pública ou privada e atestam que enquanto estiver grávida, é assegurada à mulher estabilidade no emprego⁸. Anteriormente, no período em que ocorreram mudanças mundiais como a Revolução Industrial, as mulheres voltaram a trabalhar e passaram a concorrer o mercado de trabalho com a mão de obra masculina (NIEG, 2008).

O artigo 7º da Constituição Federal relata que o companheiro tem direito a licença paternidade de cinco dias, logo após o nascimento do bebê, art. 391 da CLT - Consolidação das Leis do Trabalho aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943. Enquanto estiver grávida, é assegurada à mulher estabilidade no emprego, o que significa que ela não pode ser mandada embora do trabalho.

A Lei Nº 9.799 de 26 de maio de 1999, incluída na CLT – Consolidação das Leis do Trabalho, a gestante tem o direito de ser dispensada do horário de trabalho para a realização de, no mínimo, seis consultas

médicas e demais exames complementares. Ela também tem o direito de mudar de função ou setor no seu trabalho.

A Lei Nº 11.770, de 9 de setembro de 2008, a duração da licença maternidade foi ampliada por 60 dias, desde que a empresa onde a gestante trabalhe faça parte do Programa Empresa Cidadã. O Art. 396 da Consolidação das Leis do Trabalho, a mulher tem o direito de ser dispensada do trabalho duas vezes ao dia por pelo menos 30 minutos para amamentar, até o bebê completar seis meses.

No Art. 392 da Lei Nº 10.421 de 15 de abril de 2002 da Constituição Federal, é garantido à gestante, o direito à licença–maternidade de 120 dias que garante o pagamento do salário integral e benefícios legais a partir do oitavo mês de gestação.

Os direitos assistenciais visa proporcionar uma gestação saudável e um parto seguro: a Lei Nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007, a gestante também tem o direito de conhecer antecipadamente o hospital onde será realizado seu parto; a Portaria Nº 569, de 1º de junho de 2000, o acompanhamento de pré-natal deve ser assegurado de forma gratuita pela Secretaria Municipal de Saúde; a Portaria Nº 2.418 de 2 de dezembro de 2005, no momento do parto e pós-parto, a gestante tem direito a um acompanhante: companheiro, mãe, irmã, amiga ou outra pessoa; a Portaria N º 569/2000, a mulher deve ser escutada em suas queixas e reclamações, de expressar os seus sentimentos e suas reações livremente, isso tudo apoiada por uma equipe preparada e atenciosa.

Quanto ao parto, a Portaria Nº 569/2000, afirma que garante a mulher um parto normal e seguro e que a cesárea deve ser feita em caso de risco para a criança e para a mãe; a Portaria de Nº 1.016 de 26 de agosto de 1993, permite que agora que a criança nasceu, mãe e filho têm o direito de ficar juntos no mesmo quarto.

Diante do exposto, o interesse desta pesquisa se dar pela observação por parte das pesquisadoras da importância das mulheres gestantes, parterientes e puérperas tomarem conhecimento dos seus direitos que são

assegurados por leis, desenhando de más condutas e informações errôneas. É possível salientar, também, que a equipe de profissionais de saúde que estão diretamente ligados à realização do pré-natal necessita interessar-se no repasse de informações que são necessárias para a garantia de uma gestação digna e respeitosa a essas mulheres.

Como contribuição para enfermagem, esta pesquisa colabora com o trabalho do profissional enfermeiro em hospitais, unidades básicas de saúde, residências e nos demais tipos de atendimentos, por ter um direcionamento e uma atenção voltada na conscientização e aprimoramento nos conhecimentos das mulheres que procuram o seu próprio atendimento ou de algum outro membro familiar do sexo feminino. Além de dar ênfase às diversas mudanças ocorridas por programas que contribuíram para a saúde pública brasileira.

O estudo tem como objetivo: analisar o discurso de gestantes a cerca do conhecimento de seus direitos no ciclo gravídico e puerperal.

2. Metodologia

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo com abordagem qualitativa. Na abordagem qualitativa, a pesquisa tem o ambiente como fonte direta dos dados. O pesquisador mantém contato direto com o ambiente e o objeto de estudo em questão, necessitando de um trabalho mais intensivo de campo. Nesse caso, as questões são estudadas no ambiente em que elas se apresentam sem qualquer manipulação intencional do pesquisador (CRESWELL, 2014).

A pesquisa foi implementada em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), da rede pública, localizada na Secretaria Executiva Regional (SER) II, no município de Fortaleza – CE. A unidade possui uma área de cobertura que atende a uma população de cinco mil famílias, com três equipes do Programa Saúde da Família (PSF), uma equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), três pediatras e uma ginecologista.

Oferecem ao usuário unidades com ambientes climatizados, atendimento totalmente informatizado e prontuário eletrônico, além de farmácia abastecida com medicamentos da Atenção Primária, coleta diária de exames laboratoriais e novo horário de funcionamento de 7 às 19h. Além disso, o local implementa grupos de apoio a gestantes, idosos e tabagistas.

As participantes do estudo foram 06 mulheres no ciclo gravídico, em atendimento da Unidade Básica de Saúde. A abordagem foi realizada com aproximadamente 20 mulheres. Dentre as 20, apenas 06, aceitaram participar da pesquisa.

As abordagens foram realizadas no início de março até o fim de maio de 2019. As gestantes foram nomeadas de G1, G2, G3 G4 G5 e G6.

Utilizamos por critério de inclusão mulheres com faixa etária de no mínimo 18 anos, que tenham interesse em participar da pesquisa, saibam ler e escrever e que estejam no período gravídico. Como critério de exclusão, enquadram-se as mulheres que Como critério de exclusão, enquadram-se as mulheres grávidas em atendimento no local da pesquisa que tivessem alguma deficiência mental ou de comunicação verbal de grau incapacitante.

A coleta de dados deu-se através de uma entrevista, com perguntas criadas no intuito de explorar as respostas disponibilizadas pelas gestantes sobre o conhecimento sobre seus direitos.

Durante a entrevista proposta, foram questionadas suas opiniões sobre leis e direitos que asseguram a mulher durante a gravidez e puerpério, seus respectivos benefícios e as maiores dificuldades encontradas para seu cumprimento pela sociedade. Além desses questionamentos iniciais, foi perguntado qual a forma de acesso a essas informações. As perguntas foram baseadas nas informações disponibilizadas na caderneta da gestante elaborada pelo Ministério da Saúde, que deve ser entregue à gestante, de preferência, em sua primeira consulta de pré-natal.

As abordagens foram realizadas individualmente nos dias em que ocorreram as consultas de pré-natal. Foi disponibilizada pela unidade a

sala de reunião, para realização da pesquisa. Na abordagem, as mulheres foram informadas sobre a finalidade do estudo e a importância da sua contribuição na participação da pesquisa, deixando claro todos os riscos e benefícios.

As entrevistas começaram após o preenchimento do termo de consentimento livre e esclarecido, que visa respeitar o participante e assegurar o seu direito de participar ou não da pesquisa que será implantada. Posteriormente, as pesquisadoras utilizaram do recurso gravador de voz, para a coleta de dados pessoais, antecedentes obstétricos e para as questões que foram elaboradas a fim de identificar seu conhecimento acerca do tema proposto. Houve dificuldade para algumas gestantes devido ao nível escolar, onde as perguntas foram esclarecidas pelas pesquisadoras.

O estudo foi analisado por meio da análise de conteúdo proposto por Bardin. A análise de conteúdo como uma técnica da análise qualitativa. Essa proposta se divide em três fases que são necessárias para se realizar uma análise de conteúdo: 1) pré-análise, 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação (BARDIN, 2010).

A Pré-análise, onde é feito a organização do material coletado. Essa organização é composta por quatro etapas: a leitura flutuante, fase em que ocorre o contato com os documentos coletados, a triagem dos documentos, que consiste na escolha do que será analisado; a definição das hipóteses e dos objetivos, a narração dos índices e elaboração de indicadores, que está relacionada à determinação de indicadores por meio de recortes de texto nos documentos analisado (BARDIN, 2010).

O tratamento dos resultados, inferência e interpretação, é a última etapa. É nesta etapa que os resultados são tratados, é nela que ocorre a condensação e a ênfase das informações para análise, resultando nas interpretações inferenciais. É o momento de intuição, de análise reflexiva e crítica (BARDIN, 2010).

A pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética e pesquisa do Centro Universitário Estácio do Ceará através do parecer: 3.267.462. O estudo

atendeu os preceitos da Resolução N° 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que trata de ética em pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

A pesquisa é composta por riscos e benefícios que podem ser esperados durante sua implementação. Os riscos provenientes desta pesquisa são mínimos e podem ser classificados em: mudanças nas emoções da gestante; lembranças indesejadas relacionadas a sofrimentos provenientes de gestações anteriores ou a gravidez atual. Já os benefícios consistem na avaliação dos conhecimentos das gestantes acerca dos seus direitos que lhe assistem durante o ciclo gravídico puerperal; realizar orientações sobre o assunto e desenvolver conhecimentos provenientes da participação da pesquisa.

3. Resultados e discussões

Foram entrevistadas 06 participantes do sexo feminino, todas no ciclo gravídico, as faixas etárias variavam entre 24 a 39 anos. Em relação ao estado civil, todas eram casadas. Quanto ao grau de escolaridade, cinco dessas participantes possuía o ensino médio completo, e apenas uma possuía o ensino superior completo. Em relação à ocupação, uma babá, uma manicure, uma doméstica, uma coordenadora, uma atendente, e outra vendedora. Todas residem nas proximidades da Unidade Básica de Saúde.

Quanto aos dados clínicos e obstétricos, a classificação da idade gestacional variou entre 12 semanas a 36 semanas. Aos números de gestações, duas na primeira gestação, duas na segunda gestação e duas na terceira gestação. Sobre o número de partos cesáreos e normais, três tiveram dois partos, duas tiveram um parto, e uma ainda se encontrava na sua primeira gestação. Em relação ao número de aborto, das 06 mulheres, apenas uma teve um aborto.

Durante a realização da entrevista foi observado um déficit de compreensão por parte de algumas gestantes sobre seus direitos no ciclo gravídico-puerperal. Quando questionadas sobre o conhecimento de seus direitos neste ciclo, as gestantes se baseavam apenas nos direitos prioritários e desconheciam direitos assistenciais e trabalhistas. Obser-

vou-se também que havia por parte das participantes, desinteresse em procurar conhecimento. As gestantes que tinham grau de escolaridade maior também se destacavam por nível de conhecimento mais elevado e interesse de debater com o grupo.

Nas falas foram contatadas déficit de conhecimento por parte das gestantes estudadas:

“Eu não sei nada sobre os direitos não, só mesmo prioridade. (G1)”

“Das leis o que eu acho? Eu sei alguma coisa. Eu acho que assim, as gestantes têm direito ao assento no ônibus, algumas outras leis eu não sei, mas nós também temos direitos nos bancos, nos postos de saúde, temos prioridade para ser as primeiras, assim como no supermercado; tem o de ficar afastada do trabalho de 4 à 6 meses depois que tem o bebê e continua recebendo o salário. (G2)”

A gestante que possuía um maior grau de escolaridade demonstrou ter mais interesse e até já havia por curiosidade lido o cartão da gestante:

“Vou falar um pouquinho das leis que eu já sei. Eu li o cartão de gestante, então isso me deixa um pouco resguardada. Eu procurei saber um pouco das minhas garantias até para poder reivindicar se eu não fosse atendida por elas, então a questão do acompanhante no parto, a mudança de função na empresa, da minha licença maternidade, de acompanhamento do pré-natal pelo SUS, do acompanhamento do meu bebê após o nascimento porque o SUS garante, filas preferenciais, sentar em bancos preferenciais em ônibus, acompanhamento pelo SUS de forma gratuita para quem não tem e para quem tem plano de saúde porque é um direito de todos, a estabilidade quando volta ao trabalho, então eu já tinha um pouquinho de conhecimento de todas. (G3)”

Segundo o Ministério da Saúde, um dos direitos das gestantes é receber de forma gratuita, durante os atendimentos oferecidos no pré-natal, a solicitação de exames, possíveis diagnósticos com o objetivo de promover uma gestação segura e humanizada, repasse de informações coesas por parte da equipe multidisciplinar sendo elas adaptadas e de fácil compreensão para qualquer público, além do direito de ser acompanhada nas consultas por um membro familiar ou pessoa de sua confiança (BRASIL, 2011).

Há conhecimento sobre benefícios, porém ainda são limitados:

“As leis e os direitos são bons, por que asseguram a mulher e o bebê daquilo que deve ser realmente cumprido, algumas a gente sabe que não são cumpridas, mas a gente tem o direito de reivindicar porque está na lei, é um direito nosso. (G4)”

Quando as gestantes foram indagadas à cerca dos benefícios que são proporcionados as gestantes, puérperas e bebês, oriundos das leis e programas do Ministério da Saúde, uma delas informou não saber sobre benefícios enquanto as demais tiveram uma opinião positiva, porém sempre ressaltando que há uma resistência da sociedade em cumprir esses direitos mesmo que estejam amparadas por leis.

Das entrevistadas, uma comentou sobre as dificuldades para cumprimento desses direitos:

“A maior dificuldade para cumprir é das empresas, por que mesmo sendo direito da mulher, mesmo sendo acordo coletivo, algumas empresas não querem cumprir, não querem liberar para as consultas de pré- natal, o tempo de licença ficam pedindo para voltar antes ou para fazerem alguns trabalhos de casa mesmo. (G5)”

“A dificuldade para as pessoas cumprirem esses direitos é que não se colocam no lugar do próximo, tem que se colocar no lugar do outro pra poder saber o que eu “tô” passando porque é estressante. (G6)”

Segundo Brasil 2010, em 1988 com a Constituição Federal, a mulher passou a usufruir de alguns privilégios no campo de trabalho. Em respeito à lei, as mulheres não poderiam ser dispensadas tendo como motivo a gravidez; demissões só seriam possíveis por justa causa e a estabilidade no local de trabalho passou a ser garantida pela Consolidação das Leis de Trabalho (BRASIL, 2010).

Quando o assunto abordado passou a refletir sobre as maiores dificuldades encontradas para que a população respeitasse e cumprisse os direitos das mulheres nesses períodos, todas as mulheres falaram que há resistência, exemplificando as filas de prioridade, principalmente no início da gestação. Uma delas nos deu o seguinte depoimento:

“A maior dificuldade para cumprir são das empresas, por que mesmo sendo direito da mulher, mesmo sendo acordo coletivo, algumas empresas não querem cumprir, não querem liberar para as consultas de pré-natal, o tempo de licença ficam pedindo para voltar antes ou para fazerem alguns trabalhos de casa mesmo”. (G3)

Outra gestante indagou que:

“A dificuldade para as pessoas cumprirem esses direitos é que não se colocam no lugar do próximo, tem que se colocar no lugar do outro pra poder saber o que eu “tô” passando porque é estressante”. (G5)

Em 1988, com a Constituição Federal, a mulher passou a usufruir de alguns privilégios no campo de trabalho. Em respeito à lei, as mulheres não poderiam ser dispensadas tendo como motivo a gravidez; demissões só seriam possíveis por justa causa e a estabilidade no local de trabalho passou a ser garantida pela Consolidação das Leis de Trabalho¹⁴.

Durante a entrevista, procuraram-se informações sobre a fonte no qual elas foram informadas acerca dos temas abordados. Para nossa surpresa, a maioria das entrevistadas respondeu que o conhecimento sobre o assunto provinha, na maioria das vezes, de pessoas e locais externos ao serviço de saúde em que o pré-natal é oferecido. Quatro gestantes comentaram não saberem por qual motivo não receberam informações durante as consultas, uma delas comentou:

“Eu nunca recebi informação não, nem em consultas, só mesmo que posso procurar a maternidade quando sentir dor”. (G6)

“Essas informações eu sei por que li no meu cartão de acompanhamento de gestante, também procurei na empresa, mas só assim mesmo”. (G3)

Apenas uma participante informou ter recebido informação com profissionais da área da saúde e também por meios próprios:

“Já, eu já tinha recebido informação sobre os direitos, na semana retrasada no grupo de gestantes, nas consultas com a enfermeira e com o médico e já li na caderneta da gestante”. (G2)

Segundo Busanello 2011, é possível observar que há um eminente despreparo por parte da equipe de saúde para o repasse de informações e humanização do serviço, bloqueando assim a melhora na qualidade do atendimento. A educação continuada é uma proposta que visa proporcionar aos profissionais espaço para qualificação, tendo como consequência o exercício da cidadania e direitos das mulheres neste ciclo¹⁵.

Mesmo com a caderneta da gestante presente em todas as entrevistas, foi observado que a maioria das mulheres não haviam feito a leitura da mesma, que possui um leque de informações sobre a gestação e o puerpério. A equipe multiprofissional sempre era alvo de destaque no questionamento. Seja pelo pouco repasse de informações ou pela falta de interesse em promover conhecimento a esse público. Evidenciou-se que a falta de compreensão sobre os direitos, o descaso de profissionais e a falta de interesse por parte do público em empoderar-se sobre o tema trazia uma série de malefícios, traumas e descumprimentos de direitos que estão previstos em leis há anos e que deviam ser praticados no cotidiano das mesmas.

4. Considerações finais

O déficit de conhecimento relacionada aos direitos que norteiam o período gravídico se mostrou evidente durante a aplicação da pesquisa. Tomando por base as falas das gestantes entrevistadas, observamos que a dificuldade de acesso a essas informações é um problema visível no serviço durante o pré-natal oferecido pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e pelos profissionais que as compõem.

Evidenciou-se, na maioria dos discursos analisados, que as entrevistadas não tinham conhecimento total sobre seus direitos sociais, trabalhistas e assistenciais e que boa parte das orientações que possuíam não era proveniente de profissionais de saúde.

Levando em consideração a população estudada e realizando a análise e discussão do conteúdo das entrevistas coletadas, percebemos que há uma deficiência no repasse de informação pelos profissionais de saúde que estão diretamente ligados a essas gestantes. Para que a equipe multidisciplinar preste atendimento eficiente, ético e humanizado, várias barreiras na comunicação precisam ser vencidas. Além do atendimento sistemático, físico e burocrático que é realizado no decorrer da gestação, é importante sanar dúvidas, prestar esclarecimentos e orientar esse público sobre seus direitos e deveres no ciclo.

Frente aos resultados encontrados é importante salientar que para um pré-natal eficaz em sua totalidade, a capacitação, treinamento contínuo e sensibilidade por parte dos profissionais que estão diretamente envolvidos na assistência pré-natal se faz necessária. Proporcionar a este público informação, esclarecimentos e atendimento de qualidade resulta em benefícios para a mãe e para o bebê, possibilitando assim uma gestação adequada, humanizada e respeitosa perante seus direitos.

A enfermagem, que participa ativamente das consultas pré-natais, deve estar atualizada e preparada para repassar informações de maneira clara e objetiva, sempre buscando empoderar essas mães e facilitar o acesso as orientações que estão presentes na cartilha da gestante, sanando dúvidas provenientes ao assunto. O profissional enfermeiro é peça fundamental durante o pré-natal e deve promover saúde ampliando horizontes para este público.

5. Referências

BARDIN, Laurence. Análise de conteúdo. 4. ed. Lisboa: Edições70, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática. Brasília: Ministério da Saúde, 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Coordenação-Geral de Saúde das Mulheres. Caderneta da Gestante. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Orientações para elaboração de propostas da rede cego-nha. [Internet]. 2012 [cited 2012 May 12]. Brasília, DF. Disponível em <https://www.google.com.br/search?q=Orienta%C3%A7%C3%B5es+para+elabora%C3%A7%C3%A3o+de+propostas+da+rede+cegonha&ie=utf-8&oe=utf-8&channel=fs&gws_rd=cr,ssl&ei=PDYQVt-iDpKSNoiPkOAN> Acesso em 07 de Jan de 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância. Guia dos direitos da gestante e do bebê. [Internet]. 2011 [cited 2012 July 14]. São Paulo, Globo. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/media_21259.htm> Acesso em 07 de Jan de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. RESOLUÇÃO Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau delegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acessado em: 07 de Janeiro de 2019.

BRASIL. Guia dos Direitos da Gestante e do Bebê. UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância. Ministério da Saúde. São Paulo. Globo. 2011.

BRASIL. Cartilha para a mãe trabalhadora que amamenta. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília. 2010.

BUSANELLO J, Kerber NPC, Fernandes GFM, Zacarias CC, Cappellaro J, Silva ME. Humanização do parto e a formação dos profissionais da Saúde. Cienc Cuid Saude Jan/Mar; v.10, n. 1, jan/fev, 2011.

CRESWELL, J.W. Investigação Qualitativa e projeto de pesquisa: escolhendo entre cinco abordagens. 3ª ed, Porto Alegre: Penso, 2014.

DIREITOS DA GESTANTE: CONHECER PARA EXIGIR, 2008. Núcleo Interdisciplinar de Estudos de Gênero – NIEG, VIÇOSA- MG. Disponível em: <<http://www.novos cursos.ufv.br/projetos/ufv/nieg/www/wp-content/uploads/direitos.pdf>> Acesso em 15 de out de 2018.

MARQUES AGB, Záchia SA, Schimidt MLS, Heldt E. Características de gestantes atendidas em consulta de enfermagem ambulatorial de pré-natal: comparação de quatro décadas. Rev Gaúcha Enferm [serial on the internet]. 2012 [cited 2014 Oct 20];33(4):41-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rngen/v33n4/05.pdf>

PORTARIA Nº 1.459, DE 24 DE JUNHO DE 2011. Disponível em: < MINISTÉRIO DA SAÚDE, Gabinete do Ministério: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau delegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html> Acessado em 15 de out de 2018.

REZENDE, J.; MONTENEGRO, C.A.B.; FILHO, J.R. Obstetrícia Fundamental. 13ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

RIBEIRO, JOX. Salário Maternidade - À Luz da Proteção Previdenciária. 2ª ed, Curitiba: Juruá Editora; 2009.

APÊNDICE

DISCURSO DAS GESTANTES ATENDIDAS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE DIREITOS NO CICLO GRAVÍDICO E PUERPERAL.

Nome:

Data de Nascimento:

Endereço:

Estado Civil:

Ocupação:

Nível de Escolaridade:

Renda:

G: P: A:

Idade Gestacional:

Intercorrências:

Data Provável do Parto:

Número de Consultas:

Comente a sua opinião sobre as leis e direitos que asseguram a mulher durante a gravidez e puerpério?

Em sua opinião quais os benefícios das leis e direitos para a gestante e puérpera?

Quais as maiores dificuldades para cumprir os direitos das mulheres?

Você já recebeu alguma informação sobre os direitos?

VIVÊNCIAS DE GESTANTES E PUERPERA SOBRE O PROCESSO DE AMAMENTAÇÃO

THATIANA PEREIRA RÉGIO DE ARAÚJO
ANA TAINARA PEREIRA DA SILVA
EDILENE DIAS DA SILVA
MANUELA FABRÍCIO DE OLIVEIRA CUNHA
ANNA PAULA SOUSA DA SILVA
ISABELLA LIMA BARBOSA CAMPELO

1. Introdução

Mais do que nutrir o bebê o ato da amamentação traz consigo um conjunto de fatores positivos tanto para mãe quanto para a criança. O leite materno além de água, vitaminas e sais minerais contém imunoglobulinas, enzimas, lisozimas e outras substâncias que auxiliam na proteção da criança, incluindo-se anticorpos, hormônios e outros componentes que não estão presentes em fórmulas de leite infantil (1).

O aleitamento materno encontra-se classificado em várias categorias e uma delas consiste no aleitamento materno exclusivo (AME) onde o bebê recebe especificamente o leite materno direto da mama ou ordenhado, podendo este ser leite humano de outra fonte sem a presença de outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes que contém vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos. O aleitamento materno predominante se constrói quando a criança recebe, além do leite materno, água ou bebidas à base de água como sucos de frutas e fluidos rituais (2) .

Além de fortalecer a criança a prática da amamentação causa efeitos positivos no desenvolvimento intelectual do bebê, melhora no desenvolvimento da cavidade bucal e possui influência na saúde física e

psíquica da mãe, promovendo a ela proteção contra câncer de mama, ovário e útero. Bem como, reduz o risco de hemorragia pós-parto, promovendo o vínculo afetivo entre mãe e filho, diminuindo o risco de depressão e melhorando assim a qualidade de vida para ambos (2).

Baseado (3) em dados de vigilância em saúde epidemiológicos e demográficos disponíveis para 130 países, o ato de não amamentar de acordo com as indicações ocasionou 595.379 mortes infantis por diarreia (38%) e pneumonia (62%) a cada ano. Com isso, a Organização Mundial da Saúde (OMS) junto com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), lançaram uma atualização do guia dos 10 passos para o sucesso do aleitamento materno, com o intuito de ampliar a assistência à amamentação nos hospitais (4).

Segundo a UNICEF e a OMS 78 milhões de bebês, tiveram que esperar por mais de uma hora para serem colocados no peito de suas mães. Três em cada cinco, não são amamentados em sua primeira hora de vida no mundo, sofrendo assim um maior risco de morte e adoecimento (4). Por estes motivos a OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) recomendam início imediato da amamentação dentro de uma hora após o parto. Com isso, é significativo que o profissional que acompanha a gestante realize logo durante o pré-natal as devidas orientações da importância do aleitamento materno exclusivo, sendo este vital para a saúde e desenvolvimentos da criança ao longo de toda a vida (6).

2. Método

Tendo em vista que o método descritivo-exploratório com abordagem qualitativa possibilita maior vínculo com o problema, tornando-o compreensível ou construindo opiniões sobre ele, adotamos este como metodologia de coleta e análise de dados. O estudo em tela foi realizado em uma unidade básica de saúde (UBS), da regional II, localizada no município de Fortaleza-Ceará, buscando identificar as vivências das gestantes e puérperas sobre o processo de amamentação. Tivemos como

foco de análise mulheres que já tinham amamentado e puérperas que estavam em aleitamento materno exclusivo (AME).

Como forma de resguardar as identidades das participantes deste estudo as mesmas foram identificadas com G1, G2... G12 e P1, P2, P3 e P4, seguindo a ordem das entrevistas. A coleta dos dados foi realizada através de um questionário com perguntas objetivas e subjetivas que foi elaborado pela pesquisadora e fundamentado no caderno de atenção básica número 32 de pré-natal de baixo risco (2).

3. Resultados e Discussão

Os resultados foram tabulados para melhor visualização dos dados obtidos. As gestantes foram identificadas na tabela 1 com a letra G, G1, G2... G12 e na tabela 2 as puérperas com a letra P, P1, P2, P3 e P4. A princípio foi estabelecido o perfil sócio demográfico do grupo em estudo, contendo dados referentes ao estado civil, grau de escolaridade, profissão e renda, como podemos observar a seguir:

Tabela 1: Perfil Sócio Demográfico das gestantes atendidas em uma Unidade Básica de Saúde em Fortaleza-Ceará, Brasil, 2019.

Gestantes	Estado Civil	Grau de escolaridade	Renda
G 1	Casada/mora com companheiro (a)	Fundamental Completo	De 1 a 2 salários
G 2	Casada/mora com companheiro (a)	Analfabeta	Até 1 salário mínimo
G 3	Solteira	Ensino Médio Incompleto	De 1 a 2 salários
G 4	Casada/mora com companheiro (a)	Superior Incompleto	Até 1 salário mínimo
G 5	Casada/mora com companheiro (a)	Superior Incompleto	De 2 a 3 salários
G 6	Casada/mora com companheiro (a)	Ensino Médio Incompleto	De 1 a 2 salários
G 7	Casada/mora com companheiro (a)	Ensino Médio completo	Mais de 3 salários

G 8	Solteira	Fundamental Incompleto	Até 1 salário mínimo
G 9	Casada/mora com companheiro (a)	Fundamental completo	Até 1 salário mínimo
G 10	Casada/mora com companheiro (a)	Ensino Médio completo	Até 1 salário mínimo
G 11	Casada/mora com companheiro (a)	Ensino Médio Incompleto	Até 1 salário mínimo
G 12	Casada/mora com companheiro(a)	Ensino Médio Incompleto	De 1 a 2 salários

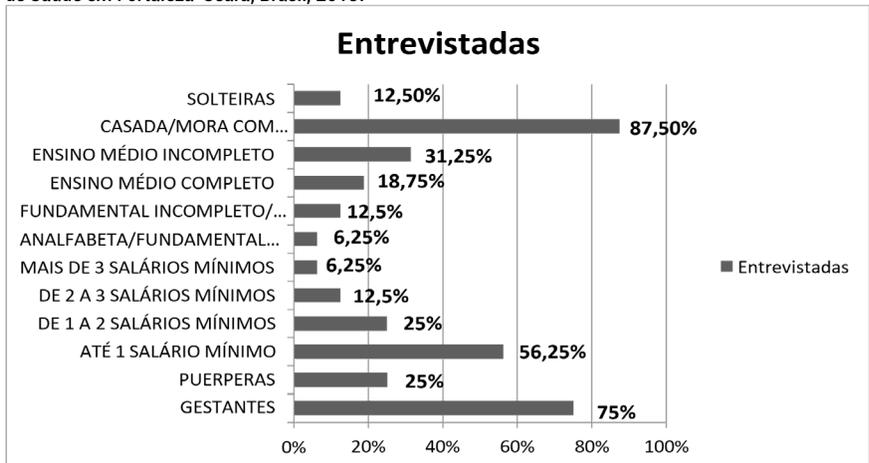
Fonte: do autor 2019.

Tabela 2: Perfil Sócio Demográfico das puérperas atendidas em uma Unidade Básica de Saúde em Fortaleza-Ceará em 2019.

P 1	Casada/mora com companheiro (a)	Ensino Médio Incompleto	Até 1 salário mínimo
P 2	Casada/mora com companheiro (a)	Superior completo	Até 1 salário mínimo
P 3	Casada/mora com companheiro (a)	Ensino Médio completo	Até 1 salário mínimo
P 4	Casada/mora com companheiro (a)	Pós Graduada	De 2 a 3 salários

Fonte: do autor 2019.

Tabela 3: Porcentagem Sócio Demográfica das gestantes e puérperas atendidas em uma Unidade Básica de Saúde em Fortaleza-Ceará, Brasil, 2019.



Fonte: do autor 2019.

Durante as realizações das entrevistas foi identificado que as gestantes receberam orientações sobre aleitamento materno e sua importância durante a fase do pré-natal, porém quando se trata de orientações sobre tipos de medicações que podem ou não fazer uso, estas demonstraram insuficiência informativa. Por isso, construímos duas categorias de dúvidas frequentes que podem ou não acompanhar essas mulheres no momento da gestação:

3.1. Categoria 1: Dúvidas das mães sobre aleitamento materno, alimentação e medicamentos na gestação:

G4: “Não tenho dúvidas, pois já é minha segunda gestação, mas me preocupo sobre a alimentação que posso fazer durante a gestação”.

G5: “Tenho dúvidas só sobre a alimentação”.

G7: “Tive dúvidas só na primeira gestação, sobre o que podia ou não podia tomar na gestação”.

G9: “Tenho dúvidas sobre o que devo comer se posso ter relação sexual, sobre quais medicações que posso tomar”. O período gestacional é composto por diversas alterações, medos e receios, principalmente quando se trata em conciliar a amamentação ao uso de medicamentos. Maior parte das medicações são compatíveis com a amamentação, porém, ainda assim existem fármacos que não são conciliáveis, podendo ser lesivos para a saúde infantil. Dessa forma, se faz necessário que a nutriz tenha um acompanhamento profissional para que possa receber as devidas orientações quanto à utilização de medicamentos e fatores relacionados com o fármaco, sendo importante também ser levado em consideração tanto o lactente como a mãe na avaliação dos riscos e benefícios do medicamento durante o aleitamento materno (6) .

Através dos relatos obtidos podemos perceber que algumas mulheres têm receios quando se trata de fazer uso de algum fármaco durante a lactação. Devido a essa apreensão as mulheres chegam a optar por substituir o uso das drogas farmacêuticas pelo uso de plantas medicinais por acreditarem que a origem natural dessas ervas não promova riscos à saúde. Independente do uso de drogas farmacêuticas ou naturais é extremamente necessário que o profissional de saúde se atente para os meios e medicações que as mães fazem uso para que assim possam rea-

lizar as devidas orientações para cada caso. Como acontece com o uso e medicamentos corretos a serem ingeridos durante a gestação, as mulheres puérperas também relataram alguns receios em relação aos cuidados com o bebê e a amamentação, o que constrói a segunda categoria de dúvidas frequentes:

3.2. Categoria 2: Dúvidas sobre a pega correta, cuidados e tipos de mamilos no puerpério

P1: “Dúvidas sobre amamentação, pois meus seios racharam, cortou a ponto de sangrar”.

P3: “Não sabia que tinha que colocar o bebê no mesmo peito da última mamada”.

P4: “Tive dúvidas se ia ter leite suficiente”.

G1: “Tive dúvidas sobre os tipos de mamilos, tive um dos seios ferido na amamentação anterior”.

G2: “Na minha primeira gestação quando fui amamentar meu peito pedrou e feriu”.

G3: “Não tenho dúvidas, porém durante as outras amamentações sempre meu seio feriu”.

Há uma variedade nos tipos de mamilos, alguns são planos, outros invertidos podendo dificultar o início da amamentação, porém não é um impedimento para a realização de uma amamentação de sucesso, pois o bebê faz o bico com a aréola. Por isso, é de suma importância que essa mãe receba orientações e ajuda logo após o nascimento do bebê (2). Por isso, cabe ao enfermeiro, profissional que normalmente está mais próximo das mães durante o primeiro contato da mulher com o seu bebê, iniciar o processo de aleitamento materno (AM) o mais previamente possível. Nesse período, o enfermeiro deverá reforçar as orientações, buscando solucionar os problemas ali identificados como a questão do tipo de mamilo daquela mulher, gerando assim uma maior segurança a puérpera, prevenindo e ajudando a superar os obstáculos relacionados ao processo da amamentação (7).

Os diversos benefícios que o aleitamento materno proporciona tanto para a mãe quanto para o bebê são inquestionáveis, contudo, mesmo

as mulheres tendo aquisição a esse conhecimento quando se veem na posição de amamentar se deparam com diversas dúvidas que acarretam a insegurança e a insatisfação no ato de amamentação que acaba gerando a desistência e a introdução de fórmulas como auxílio.

4. Considerações Finais

A realização do presente estudo permitiu evidenciar a carência de conhecimentos acerca da amamentação e cuidados a saúde da mãe e do bebê. Por considerarem dominantes das informações necessárias acerca da gestação e fase puerpérea estas evitam se aprofundar no assunto. No entanto, fica evidente que as mesmas são desprovidas de informações cabíveis. Por isso, é de suma importância a existência de um material educativo construído por profissionais da saúde que sirva como difusor de conhecimentos para esse público e que seja acessível tanto para aquelas que saibam ler quanto para aquelas que não dominam a competência de leitura, uma vez que se encontram em um período delicado e o conhecimento se torna fundamental para os devidos cuidados com a mãe e com a criança.

A criação de métodos inovadores que disseminem o conhecimento apropriado para gestantes e puerperas proporcionará uma recuperação mais positiva e auxiliará no incentivo da amamentação, podendo assim, evitar futuras complicações tanto para a mãe quanto para o bebê, desde frustrações até mesmo morbimortalidades.

5. Referências

SILVEIRA RSO, et al. Construção de tecnologia educativa para incentivar puerperas ao aleitamento materno. Mostra Interdisciplinar do curso de Enfermagem.2017;2(3):1-3.

BRASIL M S. Cadernos de Atenção Básica, nº 23, Saúde da Criança Aleitamento Materno e Alimentação Complementar [internet]. 2. Ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. [acesso em 2019 abr. 15]. Disponível em:<<https://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/>

publicacoes/saudecriancaaleitamentomaternocab23.pdf>.

WALTERS DD, PHAN LT, MATHISEN R. The cost of not breastfeeding: global results from a new tool.2019Jul;34 (6):407-417.

UNICEF FNUI. Dez passos para o sucesso do aleitamento materno. Atualizada em 2018; acesso em 15 de abril de 2019. <https://www.unicef.pt>. Disponível em: <https://www.unicef.pt/media/2300/iab_10-medidas_sucesso-aleitamento-materno-2018-09.pdf>.

MATOS DS, RODRIGUES MS, RODRIGUES TS. Atuação do enfermeiro na assistência ao pré-natal de baixo risco na estratégia saúde da família em um município de Minas Gerais. *Enferm Rev.*2013;16(1):18-33.

RAMINELLI M, HAHN SR. Medicamentos na amamentação: quais as evidências? *Ciência & Saúde Coletiva.*2019;24 (15):573-587.

SILVA ACGD, GALDINO LGDS. Aleitamento materno: as atribuições do enfermeiro mediante as compilações e dúvidas da puérpera.2019.12f.TCC (Graduação) -Faculdade de Enfermagem, Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos, Brasília, 2018.

CONHECIMENTO E ATITUDE DE MÃES SOBRE A IMPORTÂNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO

ISABELLA LIMA BARBOSA CAMPELO

CYNTIA MARIA AQUINO

ALANA KELLY PEREIRA DE SOUSA

THAÍS LIMA DE ALMEIDA

RENATA DE FREITAS CAMPELO

SARAH LUIZA DO NASCIMENTO PAIVA

1. Introdução

O aleitamento materno contém os nutrientes necessários para a alimentação adequada do bebê, este leite é produzido pelos alvéolos localizados nas glândulas mamárias da mulher. O aleitamento é o período em que a criança se alimenta do leite da mãe. É importante que este seja fornecido ao recém-nascido nas primeiras horas do nascimento até os seis primeiros meses de vida de forma exclusiva e complementado até os dois anos de idade (ROUQUAYROL, 2013).

Em 2001, foi comprovado que o leite humano é considerado o alimento mais completo para o lactente, auxiliando no crescimento e desenvolvimento da criança amamentada. A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda o aleitamento materno exclusivo (AME) até o sexto mês de vida do recém-nascido e a partir dos seis meses de idade todas as crianças devem receber alimentos complementares e manter o aleitamento materno. (BRASIL, 2015).

O cenário mundial em relação à amamentação se mostra desfavorável. Nos anos 90 foi registrado um leve aumento da frequência de amamentação exclusiva em crianças menores de quatro meses, de 48% para 52%. Embora a situação do aleitamento no Brasil tenha demons-

trado melhora na situação do aleitamento exclusivo ainda é deficitária. A porcentagem de crianças amamentadas com leite materno exclusivo ainda está abaixo do recomendado pela Unicef e o Ministério da Saúde (SENA, 2007).

Apesar da recomendação da OMS, é possível observar que as taxas de aleitamento materno, em especial as de aleitamento materno exclusivo, ainda não atingiram índices satisfatórios no Brasil e no mundo. Segundo dados da II Pesquisa de Prevalência em Aleitamento Materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal, realizada em 2008, identificou-se que a prevalência da amamentação exclusiva com leite materno em menores de seis meses foi de 41% e a duração mediana de AME foi de 54,1 dias (SIVA, 2014).

Com tudo já foi possível evidenciar um declínio da mortalidade infantil no Brasil devido a um conjunto de fatores, em especial o aumento da taxa de amamentação, visto que, em todo o mundo, o aleitamento materno reduz em até 13% as mortes de crianças menores de cinco anos por causas evitáveis (BRASIL, 2014).

O leite humano possui numerosos fatores imunológicos que protegem a criança contra infecções. A IgA secretória é o principal anticorpo, atuando contra microrganismos presentes nas superfícies mucosas. Os anticorpos IgA no leite humano são um reflexo dos antígenos entéricos e respiratórios da mãe, ou seja, ela produz anticorpos contra agentes infecciosos com os quais já teve contato, proporcionando, dessa maneira, proteção à criança contra os germes prevalentes no meio em que a mãe vive. A concentração de IgA no leite materno diminui ao longo do primeiro mês, permanecendo relativamente constante a partir de então (BRASIL, 2015).

Ao ponto de vista nutricional o leite materno é rico em vitaminas, proteínas, carboidratos, gorduras, sais minerais e água, fazendo assim que ele seja essencial para o crescimento e desenvolvimento da criança, principalmente nos 6 primeiros meses de vida. (RAMOS, 2018)

O único alimento suficiente para o recém-nascido nos aspectos energético, nutricional e imunológico é o leite humano. Este possui inúmeras vantagens, dentre elas, melhorar sistema gastrointestinal, cognitivo, nervoso, fortalecimento do vínculo entre mãe e filho, ações curativas e preventivas de doenças, e uma composição completa de macro e micronutrientes, tornando sua composição inimitável sob todos os pontos de vista. (OLIVEIRA, 2015)

É extremamente importante o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança desde o nascimento, principalmente no primeiro ano de vida, pois é nessa fase que se faz o desmame, muitas vezes precocemente e/ou com introdução alimentar de maneira errada, tanto na qualidade como na quantidade, podendo assim favorecer a obesidade infantil e repercutir na saúde do indivíduo ao longo da vida. (OLIVEIRA, 2015)

A prática do aleitamento materno sofreu diversas modificações de acordo com o período histórico. Na II Grande Guerra Mundial, a industrialização, a massificação do trabalho feminino, os movimentos feministas, a perda da família alargada, a indiferença ou ignorância dos profissionais de saúde e a publicidade agressiva das indústrias produtoras de substitutos do leite materno tiveram como consequência uma baixa da incidência e da prevalência do aleitamento materno. Foram as mulheres com maior escolaridade que mais precocemente deixaram de amamentar seus filhos, sendo rapidamente imitadas pelas mulheres com menor escolaridade (UNICEF, 2012).

Este fenômeno alastrou aos países em desenvolvimento, com consequências gravíssimas em termos de aumento da mortalidade infantil. A partir dos anos 70, verificou-se um retorno gradual à prática do aleitamento materno, sobretudo nas mulheres mais informadas (UNICEF, 2012).

De qualquer forma, a busca de conhecimento e a maneira de interpretar as informações sobre o aleitamento materno, as crenças e os significados que a mulher atribui ao aleitamento materno representam maior influência na duração da amamentação, sendo considerados determinantes para o sucesso ou não desta prática (SILVA et al., 2014).

Neste cenário, o profissional, em especial, o de enfermagem, que estreitamente se relaciona com a mulher durante o ciclo gravídico-puerperal, tem um papel fundamental no AME, pois deve incentivar a promoção e apoio ao aleitamento materno, bem como, compreender o processo do aleitamento no contexto sociocultural e familiar (FONCECA, 2013).

Dessa forma, o enfermeiro deve conhecer as vantagens da amamentação para a criança e para a mãe, em termos económicos, às repercussões na redução do absentismo ao trabalho por parte dos pais e estar ciente dos padrões atuais de amamentação. É igualmente importante compreender os fatores de decisão do AM poderão influenciar de forma positiva ou negativa o seu sucesso, assim como compreender os motivos que levam à introdução precoce de outros líquidos/alimentos na dieta do recém-nascido. (CASTRO; SILVA; SILVA, 2015).

Existem fatores, perante a decisão de amamentar, que se relacionam com a mãe que são a sua personalidade e a atitude, e outros se referem à criança e ao ambiente, tais como as circunstâncias em que ocorreu o nascimento e o período pós-parto. Existem ainda outros fatores, como o trabalho materno, em que a inserção não formal no mercado de trabalho as impede de usufruir de benefícios legais como a licença maternidade (CASTRO; SILVA; SILVA, 2015).

A Atenção Básica frente ao AME conta com o apoio da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) que foi idealizada em 1990 pela OMS e pelo UNICEF, tendo como objetivo a mobilização dos funcionários dos estabelecimentos de saúde para que ocorram mudanças de condutas e rotinas responsáveis pelos elevados índices de desmame precoce (BRASIL, 2015).

Apesar de todas as evidências científicas provando a superioridade da amamentação sobre outras formas de alimentar a criança pequena, e apesar dos esforços de diversos organismos nacionais e internacionais, as prevalências de aleitamento materno no Brasil, em especial as de amamentação exclusiva, estão bastante aquém das recomendadas, e o profissional de saúde tem papel fundamental na reversão desse quadro (BRASIL, 2015).

Mas para isso ele precisa estar preparado, pois, por mais competente que ele seja nos aspectos técnicos relacionados à lactação, o seu trabalho de promoção e apoio ao aleitamento materno não será bem-sucedido se ele não tiver um olhar atento, abrangente, sempre levando em consideração os aspectos emocionais, a cultura familiar, a rede social de apoio à mulher, entre outros. Esse olhar necessariamente deve reconhecer a mulher como protagonista do seu processo de amamentar, valorizando-a, escutando-a e empoderando-a (BRASIL, 2015).

Nesse contexto, surgiu o interesse em estudar essa temática, pois percebeu-se que a carência de informações sobre a amamentação interferia diretamente na prática dela. Em contrapartida, há ausência de utilização de tecnologias educativas para auxiliar no processo de ensino aprendizagem das mães. Nessa perspectiva, esse estudo visa refletir sobre a atitude e conhecimento de mães sobre o aleitamento materno exclusivo e partir desse conhecimento para elaborar uma tecnologia educativa que oferte informações de maneira clara e objetiva para facilitar a compreensão das mães sobre AME.

Esta pesquisa contribuirá para que os profissionais percebam como as mulheres estão interpretando as orientações passadas por eles e analisar onde necessita mais atenção. Identificar as dificuldades relatadas por essas mães durante a amamentação e dar uma melhor assistência frente a este problema. Nesse sentido o estudo objetiva analisar o conhecimento e atitude das mães relacionada ao aleitamento materno.

2. Metodologia

A pesquisa se trata de um estudo exploratório, com abordagem qualitativa. Com o estudo exploratório podemos estabelecer critérios, métodos e técnicas para elaborar uma pesquisa com o objetivo de explorar novas descobertas, e assim dando a oportunidade de formular novas hipóteses (CERVO et al., 2014).

O estudo foi realizado em uma Unidade Básica de Saúde da Coordenação Regional II, localizada no município de Fortaleza-CE. Esse posto foi escolhido devido a grande demanda de gestantes descritas na área e por ser local de referência no aleitamento materno, em que há uma sala específica para orientações as mães.

Essa UBS é composta por equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) atende a uma população de pessoas. Os serviços que funcionam na unidade são: acolhimento; atendimento médico, de enfermagem, odontológico, nutricionista; acompanhamento de gestantes, puérperas e crianças; acompanhamento de adolescentes e idosos; prevenção de câncer ginecológico (útero e mama); planejamento familiar e dispensação de preservativos e contraceptivos; realização de testes rápidos de HIV e sífilis; visita domiciliar; acompanhamento dos benefícios do programa bolsa família; grupo de educação em saúde. O horário de funcionamento é de sete horas da manhã até sete horas da noite de segunda a sexta excluindo-se feriados. Um dos principais problemas de saúde encontrados é pré-natal na adolescência.

A população alvo da pesquisa foram as gestantes e puérperas atendidas no posto de saúde. A partir da coleta foram entrevistadas 15 gestantes e puérperas que estavam aguardando a consulta de pré-natal ou que participassem do grupo de gestante.

O número de entrevistas foi definido pelo número de saturação, portanto quando iniciou um processo de repetição das informações encerramos as entrevistas, pois o início desse processo repetitivo foi considerado como limite de saturação das informações.

Para preservar a privacidade das mães foram identificadas nos resultados com a letra M e com numeração de um a quinze, M1, M2... M15, seguindo a ordem das entrevistas. São incluídos mães e profissionais de saúde que concordarem em participar da pesquisa. Serão excluídos os que não assinarem o termo de consentimento.

Para coleta das informações foi realizado em primeiro momento, durante um curso de gestantes realizado na UBS, a apresentação do pro-

jeto as mães da unidade, a fim de realizar o convite para a participação e apresentação do estudo e seus objetivos. Em seguida, após a realização deste contato, as mães que concordaram e tiveram interesse em participar aguardaram até o final da palestra para a realização das entrevistas.

Os dados foram coletados através de um instrumento estruturado do tipo entrevista para as gestantes e as mães (APÊNDICE A), criado pela autora que considera aspectos relacionados à temática do estudo. Durante a coleta de dados com as mães foi aplicado um questionário (APÊNDICE A) versando questões sobre a identificação das entrevistadas, perguntas relacionadas ao perfil demográfico e seus conhecimentos a respeito do aleitamento materno, orientações recebidas.

Todas as entrevistadas preencheram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B). O estudo foi realizado entre os meses de setembro de 2017 a novembro de 2017. O mesmo só foi iniciado após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e comunicação com a instituição pesquisada.

Segundo Bardin, a função primordial da análise do conteúdo é o desvendar crítico. Na época, estudos sobre análise do conteúdo visavam incidir em diferentes fontes de dados, são elas: material jornalístico, discursos políticos, cartas, publicidades, romances e relatórios oficiais. Nessa fase preocupava-se com a objetividade nas análises, superavam-se as incertezas e o enriquecimento das leituras. Na obra, a análise do conteúdo é definida como um método empírico. A análise do conteúdo é um conjunto de instrumentos de cunho metodológico em constante aperfeiçoamento, que se aplicam a discursos (conteúdos e continentes) extremamente diversificados.

Além disso, os dados também foram analisados a luz do conhecimento teórico. O conhecimento da teoria foi retirado da literatura científica mais recente. A pesquisa foi realizada seguindo os preceitos éticos estabelecidos na resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que envolve de ética envolvendo seres humanos. A pesquisa não

ofereceu riscos ou danos na dimensão física, moral, intelectual, social, cultural, ou espiritual dos sujeitos pesquisados e da UAPS. Os dados coletados somente serão utilizados para os fins do estudo.

A coleta de dados teve início após apreciação e autorização do projeto pelo Comitê de Ética sob o protocolo nº1584.117. O projeto e a lista de UBASF selecionadas foram encaminhados para a Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (COGTES) e depois da aprovação foi assinado pelo pesquisador um termo de responsabilidade em pesquisa.

3. Resultado e discussão

As gestantes e puérperas participantes do estudo apresentam idades que variam entre 14 e 32 anos e foram identificadas nesse contexto como mães M1, M2... M15. Inicialmente foi definido o perfil sociodemográfico e obstétrico do grupo em estudo, que através de uma tabela, contendo dados referentes á idade, número de filhos, número de gestações, estado civil, grau de escolaridade, renda, como podemos observar a seguir:

Quadro 1: Perfil Sociodemográfico das gestantes e puérperas atendidas em um Centro de Saúde da Família de Fortaleza/Ceará, Brasil, 2017.

Gestantes e puérperas	Idade	Nº Filhos	Nº Gestações	Estado Civil	Grau de Escolaridade	Renda/ Salario mín.
M1	30	3	3	Solteira	Ensino Médio Completo	Até 1
M2	22	1	1	Casada	Ensino Médio Completo	2 a 4
M3	16	1	1	Solteira	Ensino Fundamental Completo	Até 1
M4	14	1	1	Solteira	Ensino Fundamental Incompleto	Até 1
M5	22	1	2	União Consensual	Ensino Médio Completo	2 a 4

M6	30	4	3	Solteira	Ensino Fundamental Incompleto	Até 1
M7	32	2	3	União Consensual	Ensino Fundamental Incompleto	Até 1
M8	24	0	1	Divorciada	Ensino Médio Completo	Até 1
M9	28	2	4	União Consensual	Ensino Fundamental Incompleto	Até 1
M10	32	2	2	Solteira	Ensino Médio Completo	2 a 4
M11	32	1	2	Casada	Ensino Fundamental Incompleto	Até 1
M12	30	2	2	Casada	Ensino Médio Completo	Até 1
M13	29	2	2	União Consensual	Ensino Fundamental Completo	Até 1
M14	31	2	2	União Consensual	Ensino Superior Incompleto	Até 1
M15	19	1	1	Casada	Ensino Fundamental Incompleto	Até 1

A partir dos resultados descritos no quadro acima, observou que a faixa-etária é de 16 a 32 anos, a maioria são multíparas (67%), 33% com estado civil em união consensual, 40% ensino fundamental incompleto e 80% com renda até 1 salário-mínimo e 20% de 2 a 4 salários-mínimos.

Sendo assim, foi observado através dos dados sociodemográficos demonstrados que o nível de instrução das participantes pode ocasionar déficit nas respostas a serem analisados, com relação aos sentimentos e conhecimentos das gestantes e puérperas. Com isso vale ressaltar a importância das orientações e promoção da saúde e a elaboração de um manual autoexplicativo para auxílio especialmente com esse grupo alvo.

3.1. Categoria 1: Conhecimento e Atitude das Mães sobre o Aleitamento Materno

A amamentação é o período que o recém-nascido se alimenta total ou parcialmente do leite da mãe. É uma prática milenar com reconhecidos benefícios nutricional, imunológico, econômico e social. Estes benefícios são aproveitados em sua plenitude quando a amamentação é praticada por pelo menos dois anos, sendo que, até o sexto mês de vida seja ofertado como fonte exclusiva de alimentação do lactante (PÁDUA, 2013).

A prática da amamentação trás vários benefícios em longo prazo como na diminuição dos riscos de doenças crônicas decorrentes da alimentação inadequada, como obesidade, hipertensão e dislipidemias, assim como o diabetes melittus tipo I, estimando-se, nesse último caso, que 30% das ocorrências poderiam ser prevenidas se 90% das crianças até três meses não recebessem leite de vaca, valendo ressaltar que as crianças de menor nível socioeconômico são as mais vulneráveis e que o leite materno, protege contra várias infecções (BRASIL, 2014).

O leite materno é um importante e segura fonte de nutrição para o ser humano, é o alimento essencial nos primeiros anos de vida, uma vez que seus benefícios se refletem na vida adulta. Observa-se nesse alimento composição nutricional balanceada com presença de fatores funcionais e modulares, meios pelos quais as necessidades fisiológicas, imunológicas, de crescimento e desenvolvimento do lactante são asseguradas. Além disso, o leite materno tem sido recomendado como único alimento nos seis primeiros meses de vida do bebê, pois além de água, vitaminas e sais minerais, ele contém imunoglobinas, algumas enzimas e lisozimas e muitos outros componentes que não estão presentes em outras fórmulas infantis de leite. A introdução de alimentos complementares com a continuação da amamentação pode acontecer a partir dos seis meses até os dois anos de idade ou mais (FREIRE; POZZEBON; REAL, 2012).

O aleitamento materno exclusivo até os 6 meses, aliados a introdução alimentar adequada e balanceada são importantes medidas para a prevenção da obesidade e doenças crônicas não transmissíveis, além de promoverem saúde física, psíquica da criança e da mãe que amamenta, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) (RAMOS, 2018)

Vale ressaltar que o aleitamento materno promove benefícios não só para o bebê, mas também para a mãe como prevenção de câncer de mama, evita nova gestação, menores custos financeiros, melhor qualidade de vida, além de permitir o vínculo, afeto, proteção entre o binômio mãe-bebê (SILVA NETO et al., 2014).

Foi percebido que a grande maioria dessas mães tem conhecimentos dá importância da amamentação e sobre o significado do aleitamento materno exclusivo, porém quando questionadas sobre os benefícios desta ação, muitas responderam de forma genérica, demonstrando um conhecimento superficial.

Segue alguns relatos respondidos por elas:

M2: “Que ele é muito importante exclusivamente até os seis meses, o leite materno. E que é bom você prolongar um pouco mais, para a saúde dele”.

M6: “Que ele faz bem e é importante para a criança”.

M8: “Sei que é importante para a criança até os seis meses, só o leite. Depois dois seis meses é o aleitamento mais algumas comidas para fortificar a criança”.

M10: “Amamentar é dar peito até os seis meses sem dar água, sem dar chá. Evita infecções né?!” M12: “Que é sustentável para a alimentação da criança. Que é a primeira alimentação, né”.

A promoção da amamentação não requer apenas conhecimentos anatômicos, bioquímicos e fisiológicos, requer também, em reconhecer a possibilidade de decidir das mulheres envolvidas, saber ouvir e aprender, desenvolver confiança e dar apoio (FONSECA, 2013).

3.2. Categoria 2: Dificuldades com Relação a Amamentação

Relacionado às dificuldades encontradas para a amamentação uma entrevistada não soube responder, seis relataram que não tiveram nenhuma dificuldade e oito disseram que tiveram dificuldades, nos relatos das que tiveram dificuldade, observou-se na maioria as mesmas:

M1: “Muita dificuldade mesmo, porque meu peito ficou com secreção na ponta de
tão inflamado que ficou”.

M5: “Machucou o bico do peito e ela (a enfermeira) disse que era a pega errada e eu poderia usar o leite do peito que já ia cicatrizar e colocar ela para fazer a pega correta que não vai ferir mais, pronto, foi só isso mesmo”.

Apesar de ter muitos benefícios, vários pesquisadores apontaram baixos índices na frequência de aleitamento materno, e principalmente, no aleitamento materno exclusivo nas capitais brasileiras. A prevalência geral de Aleitamento Materno Exclusivo (AME) foi de 41% e a Região Nordeste apresentou o pior indicador, com a prevalência de 37% (SILVA NETO et al., 2014).

Silva et al. (2014) evidencia como problemas comuns do aleitamento materno fissuras mamárias, ingurgitamento, mastite, abscesso, entre outros, e podem interferir no processo de amamentação, favorecendo o desmame precoce. As dificuldades que as puérperas vivenciaram remetem às técnicas e posições inadequadas para amamentação.

A amamentação deve ser vivida como algo prazeroso pela mulher e, em vista disso, é de extrema importância ressaltar a participação da enfermagem em ações e programas voltados à promoção do aleitamento materno. A equipe de enfermagem é essencial neste processo e tem a responsabilidade de apoiar as mulheres e suas famílias por meio de ações que possam influenciar positivamente no sucesso da amamentação, evitando possíveis problemas (SILVA et al., 2014).

3.3. Categoria 3: Necessidade de Elaboração de Um Manual Educativo Para Auxiliar as Mães no Aleitamento Materno

Segundo Silva et al. (2014), a forma como os profissionais de saúde, assim como os meios de comunicação, aborda a amamentação com as puérperas e familiares, quando realizada de maneira efetiva contribui para o estímulo ao aleitamento materno exclusivo, principalmente quando se agregam tecnologias.

Entre as variadas transformações que vêm ocorrendo no mundo, pode-se citar o avanço tecnológico como processo que tem contribuído para facilitar e auxiliar as ações diárias das pessoas. As mudanças também ocorrem no campo da enfermagem, em que se podem utilizar as tecnologias em diferentes contextos, tanto assistencial quanto educacional. As tecnologias podem ser divididas em: leve, que deve ser o eixo central da assistência em saúde (a constituição de relações para implementação do cuidado, como vínculo, gestão de serviços e acolhimento); leve-dura (a construção do conhecimento por meio de saberes estruturado - teorias, modelos de cuidado, cuidado de enfermagem) e dura que é a utilização de instrumentos, normas e equipamentos tecnológicos (SABINO et al., 2016).

Observa-se na prática assistencial que, dentre as tecnologias utilizadas para o incentivo ao aleitamento materno. Por tecnologia dura entendem-se equipamentos, normas e estruturas organizacionais utilizados na assistência à saúde. Dentre as tecnologias duras utilizadas para a promoção do aleitamento materno estão: folhetos, cartões-postais, livretos, filmagem, software educativo, escalas que avaliam as mamadas e indicam os aspectos que necessitam de maior acompanhamento e testes laboratoriais do leite materno (SILVA et al., 2014).

Em março de 1992, o Ministério da Saúde (MS) e o Grupo de Defesa da Saúde da Criança, com o apoio do UNICEF e da OPAS (Organização Pan-Americana de Saúde), deram os primeiros passos para o sucesso do aleitamento materno que são: 1 Dar somente leite materno

até os seis meses, sem oferecer água, chás ou qualquer outro alimento; 2. Ao completar seis meses, introduzir de forma lenta e gradual outros alimentos, mantendo o leite materno até os dois anos ou mais; 3 Ao completar seis meses, dar alimentos complementares (cereais, tubérculos, carnes, leguminosas, frutas e legumes) três vezes ao dia, se a criança estiver em aleitamento; 4 A alimentação complementar deve ser oferecida de acordo com os horários de refeição da família, em intervalos regulares e de forma a respeitar o apetite da criança; 5 A alimentação complementar deve ser espessa desde o início e oferecida de colher; iniciar com a consistência pastosa e, gradativamente, aumentar a consistência até chegar à alimentação da família; 6 Oferecer à criança diferentes alimentos ao dia. Uma alimentação variada é uma alimentação colorida; 7 Estimular o consumo diário de frutas, verduras e legumes nas refeições; 8 Evitar açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos e outras guloseimas, nos primeiros anos de vida. Usar sal com moderação; 9 Cuidar da higiene no preparo e manuseio dos alimentos; garantir o seu armazenamento e conservação adequados; 10 Estimular a criança doente e convalescente a se alimentar, oferecendo sua alimentação habitual e seus alimentos preferidos, respeitando a sua aceitação (UNICEF,2017).

Em 2008 foi criada a estratégia Amamenta Brasil, uma importante estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno na atenção básica. E em 2010, a fim de incentivar a continuidade da amamentação e mesmo após regresso da mulher ao trabalho, o Ministério de Saúde criou a iniciativa de promover a implantação de salas de apoio à amamentação em empresas (BRASIL, 2014).

O enfermeiro como um educador é indispensável no processo de amamentação. Ele não pode ser substituído pela tecnologia dura ou leve-dura, mas integrar-se a ela, pois a interação entre profissional e a usuária do serviço de saúde demonstra exercer influência maior na prática do aleitamento materno exclusivo, principalmente, quando é realizada desde o pré-natal até o puerpério (SILVA et al., 2014).

Quando questionadas se havia a necessidade de melhorar as orientações dadas pelos profissionais relacionados ao aleitamento materno seis disseram que não e nove que sim, e ficou bastante marada a fala das mulheres que disseram que sim:

M2: “Eu acho que até quando você vai fazer o pré- natal eles tem que orientar isso, porque eu não recebi. Pra dar um apoio, pra gente ir aprendendo logo no pré-natal elas tem que ajudar ensinar”.

M7: “Porque aqui a gente tem sorte de ter a enfermeira que trabalha nessas áreas, mas em outros postos tanto não sabem que existem esses cursos para gestantes que dizem a importância, né. A gente tem pouquíssimas informações se a gente não for atrás”.

Um das pacientes que relataram que não tinha a necessidade de melhorar relatou que as informações são repassadas, o problema é que elas seguem do jeito que querem. Profissionais de saúde para poder transmitir confiança à mãe – nutriz, é preciso que tenham acesso a todos os conhecimentos técnicos disponíveis para orientá-las e para o sucesso da amamentação, é necessário que os profissionais a vejam como pessoa, que tenham respeito por essa nova situação da mulher, das dificuldades e dos problemas que a situação acarreta. A equipe de enfermagem tem um papel fundamental junto das mães para cumprir este papel, pois, amamentar engloba crenças, tabus, experiências que muitas vezes contribuem de forma negativa para efetivação da amamentação, surgido assim a necessidade do profissional atuar ajudando a enfrentar essas situações de forma que a mãe se sinta segura e confiante (FONSECA, 2013).

Apesar de vários estudos demonstrarem uma grande interferência no AME por parte dos familiares, nesta pesquisa foi evidenciado o contrário. Das 15 mulheres entrevistadas cinco não receberam orientações de familiares e/ou amigos e se deram porque a família não é daqui e geralmente vivem somente com o esposo/parceiro, 10 relataram que receberam orientações sendo que, entre estas três receberam orientações inadequadas, outras duas foram de forma insuficiente e uma não lembra. Em relação às orientações dos familiares evidenciou-se que, algumas informações foram bastante úteis:

- M2: A minha mãe me orientou muito. Sempre me deu muito apoio. Sempre falava que não pode dar água e nem chá, só o leite.
- M6: “Os meus familiares, minha mãe e minha irmã. Elas falaram que era importante e que não era pra eu ter parado”.
- M8: Uma pessoa aqui e outra ali é que diz alguma coisa. Mas especificamente não. Foi as mulheres que eu vi os meninos ao nascer, minhas primas. Que não adianta colocar outra alimentação a não ser o leite até os seis meses. Depois é que vai colocando outras coisas.
- M11: “Os vizinhos. Orientaram a dar chá porque ele sentia cólica”.
- Relacionado às que relataram que receberam informações dos profissionais, sete relataram que receberam informações do profissional enfermeiro: M6: “O enfermeiro falou que tinha que amamentar que era importante para a criança. Falou da posição de amamentar”.
- M9: “As enfermeiras, quando a gente vai ao pré- natal falam que não pode dar água”.

Sabe-se que a família exerce grande influência no que diz respeito à alimentação, nutrição e hidratação da criança. Desse modo, as vivências familiares, culturais e condições de vida podem interferir nesta prática (SILVA et al., 2014).

Como último questionamento, ficou, se elas achavam que era importante a criação de uma cartilha que mostrasse todo o processo de amamentação, apenas uma respondeu que não e todas as outras que sim:

- M1: “Era bom. Eu pelo menos eu gosto quando tô num canto ficar lendo. ‘Ah meu peito tá desse jeito. Será que é normal?’ Ai vai lá e vê. Eu acho bom”. M2: “Acho importante, porque no pré-natal, se ela não me diz se eu tivesse um livrinho que me ensinasse seria bmais fácil”.
- M3: “Sim. Porque muitas mães pensam que não é tão importante assim. É importante falar, uma cartilha mostrando, explicando”.
- M5: “Com certeza. Porque aquela carteira da gestante, eu li bastante lá também... tirei algumas dúvidas até mesmo do parto. Sei que tem muitas mães que não liga que não lê, né, mas tem muitas que com certeza, principalmente mães de primeira viagem, eu pelo menos li”.
- M8: “Sim. No meu caso que não tive orientação, se tivesse uma oportunidade de ter uma cartilha, justamente para isso seria bem melhor. Mas já que não inventaram ainda. Tão profundamente que eu saiba, que eu conheça, que eu tenha visto, eu não vi ainda”.
- M9: “Eu acho. Porque ajudaria, ilustração é sempre bem-vinda. Qualquer tipo de ilustração. Independente da gente tá com a tecnologia da internet, mas nem todo mundo tem acesso, né?!”.

E a negativa da paciente chamou bastante atenção, principalmente pela mesma ser da área da saúde: M14: “Ninguém ler. Não é que isso não seja importante, mas a realidade é que ninguém ler. Se eu receber, eu não vou ler. A não ser uma mãe interessada. E eu como já passei pela experiência, eu já sabia. Eu acho que palestra seria melhor, mas aí tem a questão não é toda gestante que vai. E hoje em dia tem muito acesso a internet, né. As pessoas procuram, pesquisam mais pela internet. Tem aplicativo que você se cadastra que você recebe semanalmente informações de como tá se formado a criança. Ai quando nasce eles mandam informações sobre aleitamento e de uma forma que você lê que não fica cansativa”.

A enfermagem tem um importante papel no incentivo à amamentação, em todas as fases de seu processo, tanto no acompanhamento do pré-natal através das visitas domiciliares, palestras, grupos de gestantes e como na manutenção no período puerperal. Passar confiança nas informações para as mulheres é uma das pontes para o sucesso de uma prática correta, e isto deve ser incentivado desde o início do processo de formação profissional (SILVA et al., 2014).

Além disso, é importante questionar: Que estratégias estão sendo aplicadas para o acompanhamento das gestantes e das puérperas e o incentivo e a manutenção da AME? No puerpério, como estas dúvidas vêm sendo trabalhadas para que a AME seja efetivada de forma eficaz?

4. Conclusão

O desenvolvimento do presente estudo mostrou a importância e a necessidade de um manual educativo para auxiliar as mães no aleitamento materno. Foi observada uma deficiência na adesão do aleitamento materno exclusivo até aos seis meses, por conta da falta de conhecimento sobre os benefícios da AME e persistência diante das dificuldades existentes durante o ciclo de amamentação.

Dentre as principais limitações encontradas durante a pesquisa com as gestantes e puérperas, foi observado que a falta de interesse por dar continuidade à amamentação, era devido a dificuldades no processo de amamentar. Tendo como relato experiências ruins e traumas, como dor ou fissuras.

Portanto, nota-se, que além do manual educativo para auxílio das mães, é preciso também, de um apoio familiar e uma educação continuada dos profissionais de saúde que estão à frente da atenção básica dentro da comunidade. Assim, atenuando a perspectiva de adesão da amamentação exclusiva até aos seis meses.

5. Referencias

- BARDIN, Laurence. Análise de Conteúdo. In: BARDIN, Laurence. Análise de Conteúdo. 70. São Paulo: Edições 70., 2011. Cap. 3. p. 114-116
- BRASIL. Ministério da Saúde. Aleitamento Materno, Distribuição de Leites e Fórmulas Infantis em Estabelecimentos de Saúde e a Legislação. Brasília 1ª edição, 2014
- BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. SAÚDE DA CRIANÇA. Aleitamento Materno e Alimentação Complementar nº 23, Brasília 2ª edição, 2015.
- CASTRO, Raquel; SILVA, Ernestina; SILVA, Daniel. Mothers' perception of nurses' breastfeeding promotion practices. Revista de Enfermagem Referência, [s.l.], v. , n. 6, p.65-73, 30 set. 2015. Health Sciences Research Unit: Nursing. <http://dx.doi.org/10.12707/riv14077>.
- CERVO, Amado Luiz et al. Metodologia científica METODOLOGIA CIENTIFÍCA. 6. ed. São Paulo: Always Person, 2014. 162 p.
- FONSECA, Maíse do Socorro Santos; COSTA, Luhana Karoliny Oliveira; QUEIROZ, Lorena Lauren Chaves; QUEIROZ, Rafaelle Cristina Cruz da Silva; RIBEIRO, Thatiana Silvestre Fernandes. Importância do aleitamento materno exclusivo: uma revisão sistemática da literatura. Revista Brasileira de Ciência da Saúde v.15, n. 1, p. 39-46, 2013
- FREIRE, Ariane Bôlla; POZZEBON, Nathália Mezadri; REAL, Amanda Albiero. INFLUÊNCIA DOS FATORES BIOLÓGICOS E AMBIENTAIS SOBRE O ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO. 2012. 10 f. Tese (Doutorado) - Curso de Fisioterapia, Universidade Federal de Santa Maria., Santa Maria, 2012
- GÜNTHER, Hartmut. Pesquisa Qualitativa Versus Pesquisa Quantitativa: Esta É a Questão?. Psicologia: Teoria e Pesquisa, Brasília, p.201-210, maio 2006.

LOBIONDO-WOOD G, Haber J. Desenhos não experimentais. In: Lobiondo-Wood G, Haber J. Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2001. p.110-121.

MALHOTRA, Naresh: Pesquisa de Marketing Uma Orientação Aplicada. 6ª Edição. São Paulo: Bookman, 2010.

MARCONI, Marina de A; LAKATOS, Eva Maria. Técnicas de Pesquisa/São Paulo: Atlas Ed., 2002. 282p.

PÁDUA, Roberta Araujo de. ALEITAMENTO MATERNO: PROPOSTA DE INTERVENÇÃO E REFLEXÃO DAS MÃES SOBRE SEUS BENEFÍCIOS. 2013. 30 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 2013.

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

ROCHA, P. K.; PRADO, M. L.; WAL, M. L.Ç CARRARO, T. E. Cuidado e tecnologia: aproximações através do Modelo de Cuidado. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília; v. 61 n.1 p: 113-116. 2008.

ROUQUAYROL, Maria Zélia. Epidemiologia & Saúde / Maria Zélia Rouquayrol, Marcelo Gurgel Carlos da Silva. – 7. ed. – Rio de Janeiro: MedBook, 2013.

SABINO, Leidiane Minervina Moraes de et al. Uso de tecnologia leve-dura nas práticas de enfermagem: análise de conceito. Aquichan, [s.l.], v. 16, n. 2, p.230-239, 1 jun. 2016. Universidad de la Sabana. <http://dx.doi.org/10.5294/aqui.2016.16.2.10>.

SAÚDE, Organização Mundial da. RECOMENDAÇÕES OMS. Disponível em:<http://www.leitematerno.org/oms.htm#_ftn1>. Acesso em: 02 set. 2017.

SENA, Maria Cristina Ferreira; SILVA, Eduardo Freitas da; PEREIRA, Maurício Gomes. Prevalência do aleitamento materno nas capitais brasileiras. Rev. Assoc. Med. Bras., São Paulo, v. 53, n. 6, p. 520-524, 2007 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010442302007000600020&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 12 jun. 2017.

SILVA NETO, Homero Ferreira da et al. A IMPORTÂNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO:: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA. Revista Eletrônica Extensão & Sociedade, Rio Grande do Norte, v. 6, n. 2, p.59-66, jul. 2014.

SILVA, Nichelle Monique da et al. Mothers' knowledge about exclusive breastfeeding. Revista Brasileira de Enfermagem, [s.l.], v. 67, n. 2, p.290-295, jan. 2014. GN1 Genesis Network. <http://dx.doi.org/10.5935/0034-7167.20140039>.

SOLER, Z. A.S.G.; SANTOS, V.L.F; AZOUBEL, R. Alimentação de crianças no primeiro semestre de vida: enfoque no aleitamento materno exclusivo. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, 5 (3): 283-291, jul. / set., 2005.

TURANO ER. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa. Construção teórico-epistemológica: discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis: Vozes; 2003. UNICEF, Brasil. Iniciativa Hospital Amigo da Criança. <https://www.unicef.org/brazil/pt/activities_9994.htm>. Acesso em 03 de junho de 2017.

UNICEF, Comité Português. Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés, 2012. Disponível em https://www.unicef.pt/docs/manual_aleitamento_2012.pdf>. Acesso em 17 de junho de 2017.

WORLD, Health Organization. Report of an expert consultation on the optimal duration of exclusive breastfeeding. Geneva: World Health Organization; 2001.

Ramos AE, Ramos CV, Santos MM, Almeida CAPL, Martins MCC. Knowledge of healthcare professionals about breastfeeding and supplementary feeding. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018;71(6):2953-60. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0494>.

CONDUTA DOS ENFERMEIROS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA ACERCA DO ALEITAMENTO MATERNO

FRANCISCO RAILONY VIEIRA COUTINHO
ANTÔNIO DIEGO COSTA BEZERRA
JEIZA CAROLINE DO CARMO LIMA
ANNA PAULA SOUSA DA SILVA
ISABELLA LIMA BARBOSA CAMPELO

1. Introdução

O Ministério da Saúde consolidou a rede cegonha em junho de 2011, visando melhorar a qualidade da assistência fundamentada na humanização. Esta consiste na execução do cuidado que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, parto e puerpério, bem como, à criança, o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudável. Para isso, é necessária uma série de ações de atenção à saúde, destacando a qualificação do sistema e da gestão da informação (BRASIL, 2016).

Pensando nas políticas públicas que permeiam a promoção da saúde infantil, a organização mundial de saúde (OMS), o fundo das nações unidas para a infância (UNICEF) e o ministério da saúde preconizam o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade e, depois dessa idade, que os lactentes recebam alimentos complementares, mas continuem com o leite materno até os dois anos. As práticas apropriadas de alimentação são de fundamental importância para a sobrevivência, crescimento, desenvolvimento, saúde e nutrição dos lactentes em qualquer lugar. Nessa ótica, o aleitamento materno exclusivo é de crucial importância para que se obtenham bons resultados em todas as fases da vida (SILVA E SOUZA, 2015).

No Brasil, a literatura mostra que alguns fatores podem influenciar negativamente o sucesso da amamentação exclusiva, favorecendo o desmame precoce. Entre eles, destacam-se o uso de chupeta pelos lactentes, presença de fissura mamilar, práticas hospitalares inadequadas, mudança da estrutura social, acarretando o trabalho materno fora do lar, absenteísmo da mulher no pré-natal, depressão pós-parto e condutas e orientações inadequadas nas consultas de pré-natal, por parte dos profissionais da saúde. Contudo, o nível de escolaridade da mãe também parece influenciar na compreensão dos esclarecimentos sobre a amamentação (VASQUEZ; DUMITH; SUS, 2015).

Sabe-se que o aleitamento materno é uma forma natural de nutrição do recém-nascido, propiciando para a criança um alimento completo, pois o mesmo já está pronto para o consumo do bebê com todos os nutrientes necessários, anticorpos, e temperatura ideal, bem como aumenta o vínculo da mãe com o bebê. Para a mãe, a amamentação traz diversos benefícios tais como, a contribuição para a recuperação do útero, diminuição do risco futuro de desenvolvimento de câncer de mama e de ovários e auxílio à volta ao peso pré-gravídico (SILVA E SOUZA, 2019).

O conhecimento dos benefícios do leite materno faz com que se entenda que amamentar é a melhor forma de alimentar o recém-nascido, assim as mães devem ter orientações sobre a técnica da amamentação, bem como ter as dúvidas esclarecidas durante as consultas de pré-natal. Com isso, é estimulado a conscientização da importância e o desejo de amamentar seu filho de forma integral, exclusivamente até o sexto mês de vida do recém-nascido.

As práticas no incentivo ao aleitamento materno têm se intensificado no decorrer dos anos, na tentativa de melhorar os déficits acerca do desmame precoce. Campanhas ativas que visam informar e conscientizar a população, em conjunto com programas educativos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), núcleos de aleitamento materno e a mídia têm propagado as orientações à população acerca desse assunto.

Segundo Vasquez e Dumith (2015), o manejo clínico adequado da amamentação por parte dos profissionais da saúde é um fator importante e decisivo que aumenta a prevalência do aleitamento materno exclusivo (AME). Ele inclui não apenas conhecimentos básicos e habilidades em AM, mas também a competência do profissional na comunicação adequada por meio do aconselhamento.

Segundo Pinho (2017), a falta de informações, que deveriam ser repassadas durante o pré-natal, pode desfavorecer o ato de amamentar, tornando, dessa forma, o processo de amamentação ineficiente e doloroso. Tendo em vista o déficit de AME, seja por falta de informações ou informações inadequadas, é inegável que existem falhas na comunicação e fornecimento de orientações por parte dos profissionais de saúde às gestantes. Informações estas, que são essenciais e que deveriam ser repassadas de forma clara e contínua.

Os profissionais de saúde, sobretudo o enfermeiro, têm papel fundamental para modificar essa realidade, fornecendo informações desde o acompanhamento pré-natal, mediante o apoio emocional e orientações do ponto de vista prático. Tal conduta possibilita que as mulheres desenvolvam a autoconfiança em sua capacidade de amamentar, aprendam como superar dificuldades e experimentem êxitos com a amamentação no pós-parto imediato.

Diante disso, este estudo é de extrema relevância para identificar as condutas dos enfermeiros nas consultas de pré-natal, ocasião mais propícia para dar as devidas orientações as gestantes. Já que o profissional de enfermagem é o que mais acompanha a gestante e tem a oportunidade de a cada consulta prestar os esclarecimentos, tirar as dúvidas e orientar em relação, tanto a gestação, quanto ao puerpério, sobretudo em relação ao AME.

Para isso, é necessário que o profissional detenha os conhecimentos necessários e saiba sobre a importância do processo de AME e das complicações e fatores que levam ao desmame precoce, situação que deve ser

evitada ou reduzida na sociedade, pelos impactos até na saúde da vida adulta do bebê, fazendo com essa criança cresça saudável e se torne um adulto com menos doenças respiratórias e alérgicas, por exemplo.

A questão norteadora dessa pesquisa foi: Quais as condutas do enfermeiro, na atenção básica, em apoio ao AME nas consultas de pré-natal? Portanto, o objetivo deste estudo é identificar quais as condutas e apoio prático dos enfermeiros acerca do AME na atenção primária da cidade de Fortaleza-Ce, durante as consultas de pré-natal.

2. Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo do tipo quantitativo. A pesquisa descritiva visa identificar, registrar e analisar as características, fatores ou variáveis que se interligam com o fenômeno ou processo (PEROVANO, 2016).

A análise quantitativa segue uma sequência de etapas linear e tem como primeiro passo a identificação de um problema de pesquisa e formulações de questões norteadoras. Essas questões identificam algumas das variáveis do estudo. Além disso, também é feito o delineamento e planejamento com elaboração de protocolos de intervenção, identificação da população e, posteriormente, coleta de dados, análise e divulgação (POLIT; BECK, 2018).

Os dados foram coletados nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBASF) das Coordenações Executivas das Regionais I, II, III, IV, V e VI de Fortaleza, no estado do Ceará, no período de agosto a dezembro de 2018. A escolha dos locais de pesquisa se deu aleatoriamente, levando em consideração a disposição geográfica das unidades e das áreas cobertas por elas. Assim, foram escolhidos postos que fossem, relativamente, próximos um do outro, viabilizando o acesso do pesquisador aos locais de coleta dos dados. Além disso, regionais maiores, ou seja, que cobriam áreas maiores, tiveram mais unidades participantes que áreas menores, sendo selecionadas entre 9 e 20 UBASF de cada regional.

Ao todo, participaram da coleta 91 UBASF. Na regional I participaram 9 UBASF com 15 enfermeiros participantes da entrevista. Na regional II, 14 UBASF com 15 enfermeiros participantes. Na regional III participaram 20 UBASF com 23 enfermeiros e na regional IV participaram 14 UBASF com 25 enfermeiros. Na regional V, 16 UBASF com 23 enfermeiros e na regional VI, 18 UBASF com 19 enfermeiros. Totalizando 120 enfermeiros participantes.

Foram entrevistados os enfermeiros que aceitaram participar da pesquisa no período proposto para a coleta de dados. Como critérios de inclusão, foram selecionados enfermeiros da estratégia saúde da família que atendiam nas consultas de pré-natal, cadastrados na unidade de saúde, que tivessem disponibilidade para participar da pesquisa, concordassem em participar do estudo e assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A coleta de dados se deu após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa, na plataforma Brasil (Nº do parecer: 1584.117). O projeto e a lista de UBASF selecionadas foram encaminhados para a Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (COGTES) e depois da aprovação foi assinado pelo pesquisador um termo de responsabilidade em pesquisa.

Com a assinatura do termo, foram liberados os ofícios com a autorização de pesquisa para serem encaminhados a cada regional. As técnicas de educação permanente de cada regional assinaram e autorizaram a realização da coleta de dados nas UBASF.

Além disso, para o ingresso nas UBASF eram apresentados o projeto de pesquisa e o ofício aos coordenadores de cada Unidade Básica. Para obtenção das informações foi utilizado um questionário estruturado com perguntas elaboradas pelo pesquisador, embasado nas recomendações do caderno de atenção básica ao pré-natal de baixo risco do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012) e da Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006).

O questionário foi composto por 15 questões, referentes a assuntos, desde a forma de tratamento pelo nome da gestante e fornecimento de orientações de maneira clara, a informações sobre os benefícios do AME. As respostas foram limitadas a Sim ou Não, exceto a última questão, que se refere a uma escala de zero a dez. O próprio entrevistado registrava suas condutas nos questionários, sem interferência do pesquisador.

Foram esclarecidos os objetivos da pesquisa, garantindo aos entrevistados o sigilo e o compromisso ético de mantê-los no anonimato, bem como livrá-los de qualquer constrangimento, danos moral e físico. Os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e permaneceram na resolução das questões por, em média, 8 minutos. Além desse questionário, também foram realizadas perguntas sobre o sexo, idade e formação dos enfermeiros. Os dados foram coletados três vezes por semana: segunda, quarta e sexta, no período da tarde, de 13h às 17h.

Para a análise dos dados que foram separados por área temática, em tabelas e gráficos, foi utilizado o programa editor de planilhas Microsoft Excel (Office 2007). O presente estudo está em conformidade com a Resolução 446/2012 do Conselho Nacional de Saúde (2012), que trata dos preceitos éticos na pesquisa com seres humanos, respeitando a dignidade humana e pela especial proteção devida aos participantes das pesquisas científicas envolvendo seres humanos. Considerando assim, o desenvolvimento e engajamento éticos inerentes ao desenvolvimento científico e tecnológico.

3. Resultados e Discussões

Para realização deste estudo foi aplicado um questionário acerca do AME com 120 enfermeiros que atendem no pré-natal em unidades básicas de saúde. Foram analisadas as orientações e condutas deles nas consultas de pré-natal. Tais informações possibilitaram estabelecer como está ocorrendo o apoio prático e as orientações sobre a importância do aleitamento materno exclusivo nos locais de pesquisa.

3.1. Perfil sociodemográfico dos enfermeiros da atenção básica

Características socioeconômicas e demográficas dos enfermeiros da atenção básica de Fortaleza-CE, mostrando o perfil desse grupo de profissionais nos locais de pesquisa. Foram coletados, a partir da amostra total de 120 enfermeiros, dados como faixa etária, estado civil, renda e tempo de serviço. Em seguida foram apresentados os dados referentes às condutas dos enfermeiros frente ao aleitamento materno na atenção básica.

Com relação ao sexo dos enfermeiros entrevistados, 27 (22,5%) são do sexo masculino e 93 (77,5%) do sexo feminino, o que mostra a soberania feminina nessa profissão ainda no século XXI. Contudo, é inegável que há um aumento na inserção de homens neste cenário.

Existe na enfermagem brasileira uma seletividade baseada no sexo, a qual se manifesta no ensino e marca as preferências do sistema em todos os níveis. Os textos didáticos e, mais raramente, a conduta de docentes confirmam tal seletividade, por meio da determinação de pacientes e técnicas mais adequadas às habilidades de gênero (Lopes & Leal, 2005). A partir disso existem, ainda hoje, áreas do conhecimento que oferecem resistência à entrada do homem enfermeiro, como: ginecologia, obstetrícia, pediatria e neonatologia. Este tipo de limitação pode estender-se para a abordagem do aleitamento materno, supondo-se que a prática do acompanhamento às lactantes é mais aceita quando feita por uma mulher enfermeira. Entretanto, não se encontra na literatura evidências científicas que comprovem esta suposição.

A faixa etária dos entrevistados variou de 26 a 60 anos, sendo o perfil predominante pessoas entre 41 e 50 anos com (41,7%). Isso caracteriza a enfermagem dos locais de pesquisa como adultos maduros, subentendendo-se que estes têm alguma experiência pessoal com o aleitamento materno, seja como mães ou como companheiros de mulheres que amamentam.

O tempo de formação do enfermeiro está intrinsecamente ligado à qualidade da abordagem no pré-natal, sobretudo se não houver capacitações e especializações nesse intervalo de tempo. Visto isso, foi ob-

servado neste estudo a presença majoritária de enfermeiros formados de 6 a 10 anos (37,5%), ou seja, já estão fora do ambiente acadêmico há um tempo relativamente longo. Esse ponto impacta negativamente nas orientações de enfermagem, se nesse período não tiverem buscado nenhum aprimoramento e atualização dos seus conhecimentos.

59,2%, o que corresponde a 71 pessoas entrevistadas, tem algum tipo de aprimoramento ou especialização. Contudo, estudos mostram que há uma lacuna no conhecimento científico dos profissionais de enfermagem quando se fala em AME. É necessário que haja mais investimentos na educação profissional para os trabalhadores da atenção primária de saúde, já que é nesse nível que a mulher tem a maior parte do seu acompanhamento gestacional e pós-parto (MACHADO et al., 2015).

3.2. Comunicação enfermeiro-paciente no pré-natal

É sabido que a comunicação entre profissionais da saúde e pacientes deve sempre ser clara e objetiva, a fim de favorecer o entendimento das orientações repassadas. A tabela a seguir irá apresentar as condutas dos enfermeiros acerca do processo comunicativo nas consultas de pré-natal sobre o AME.

Os dados apontam que 119 (99,2%) dos entrevistados utilizam uma linguagem clara, demonstrando um resultado satisfatório, no que diz respeito à comunicação verbal deles nas consultas de pré-natal para com as gestantes.

Entende-se que a consulta no pré-natal é uma ocasião importante de interação entre a mulher e o profissional de saúde, sendo um momento propício para o esclarecimento de dúvidas, a troca de experiências, conhecimentos e a compreensão do processo de gestar. O enfermeiro ocupa uma posição de destaque na equipe, entre os profissionais que atuam na atenção ao pré-natal, tendo um papel importante no âmbito educativo, de prevenção e promoção da saúde, sendo necessário um

diálogo simples e claro estabelecido pelo profissional, já que ele está ali como meio facilitador de comunicação (CAMPOS et al., 2016).

A falta de informação ou a insatisfação com o atendimento, que deveria ser um meio de esclarecimento e de repassar as informações, se não forem de maneira simples, clara e objetiva, podem representar uma barreira à adesão ao pré-natal, facilitando o abandono e desinteresse por parte das gestantes.

A comunicação entre profissional-paciente requer a utilização de estratégias que facilitem a difusão de informações sobre as vantagens e importância do AME, de orientações a respeito da prática clínica da amamentação e da forma de conciliar essa prática com outros papéis exercidos pela mulher na sociedade. Com isso, pode-se evidenciar nesse estudo, em relação ao diálogo entre profissional e paciente, que 118 (98,4%) enfermeiros responderam que mantém essa comunicação, um diálogo atencioso com a gestante.

A utilização de estratégias para garantia desse vínculo profissional-paciente é de suma importância. E mesmo esta tarefa sendo de responsabilidade de todos os profissionais de saúde, a equipe de enfermagem se destaca, visto que ela atua diretamente como agente de promoção da saúde, influenciando positivamente a prática do aleitamento materno (MACHADO et al., 2015).

Segundo o Manual de Atenção Básica da Saúde da Criança de 2015, não basta ao profissional de saúde ter conhecimentos básicos e habilidades em aleitamento materno. É necessário que também se tenha competência para se comunicar com eficiência, o que se consegue mais facilmente usando a técnica do aconselhamento, mesmo que informalmente, em amamentação (BRASIL, 2015).

Portanto, é importante que as mulheres sintam que o profissional se interessa pelo seu bem estar e de seus filhos, pela sua história. É dando espaço para que elas falem que fará com que tenham mais confiança e sintam-se apoiadas e acolhidas. Para isso, é necessário que os enfermei-

ros dediquem tempo para ouvir, prestando atenção no que a mãe está dizendo e no significado de suas falas.

As consultas de pré-natal são um dos principais meios de aconselhamento sobre AME, e os seus benefícios. Ao questionamento sobre a orientação as gestantes sobre a importância e os benefícios do acompanhamento do pré-natal, a maioria dos enfermeiros entrevistados, 114 (95%), responderam que explicam e conscientizam as suas clientes sobre a importância das consultas de pré-natal. Mostra-se, então, um resultado satisfatório contribuindo para a redução dos índices de desmame precoce e dando melhor assistência ao binômio mãe-filho.

O pré-natal destaca-se como fator essencial na proteção e na prevenção de eventos adversos sobre a saúde obstétrica, possibilitando a identificação e o manuseio clínico de intervenções oportunas sobre potenciais fatores de risco para complicações à saúde das mães e de seus recém-nascidos. No entanto, para que isso aconteça, deve-se ressaltar a importância dos profissionais da saúde, que atendem ao pré-natal, conversarem acerca da importância das consultas do período gestacional e sua adesão ao longo de toda a gravidez (NUNES et al., 2016).

No entanto, isso é considerado um grande desafio para os serviços de saúde, o que resulta em indicadores com impacto negativo, visto que algumas literaturas mostram que existe um alto índice de abandono do acompanhamento do pré-natal, o que implica na mortalidade materna e alto índice de desmame precoce, uma vez que reflete nas condições de vida e na qualidade da atenção à saúde da criança (LEAL et al., 2018).

Dentre as estratégias que se podem utilizar para favorecer a assiduidade das gestantes às consultas de pré-natal e potencializar seus conhecimentos e diálogo profissional-paciente, estão as metodologias ativas (MACHADO, et al, 2015). O que mostra neste estudo que, de 120 enfermeiros, apenas 58 (48,4%) responderam que utilizam metodologias ativas na sua rotina de atendimentos. Isso evidencia que menos da metade dos entrevistados utilizam este recurso, sendo irrefutável a

necessidade de ampliar a visão da enfermagem a respeito do uso das metodologias ativas e de quão eficazes podem ser na garantia de uma boa assistência, durante as ações em saúde, no intuito de conseguir repassar as informações de uma forma mais dinâmica, facilitando a absorção do conhecimento para as gestantes.

Estes recursos educativos se referem às atividades de educação em saúde voltadas para o desenvolvimento de capacidades individuais e coletivas, visando a melhoria da qualidade de vida e saúde. Não se restringe apenas a processos de intervenção na doença, mas para que o indivíduo e a coletividade disponham de meios para a manutenção e orientações ativas (SOUZA E MARCON, 2017).

Contudo, a realidade dos serviços de saúde nem sempre corresponde às necessidades desse setor e expectativas sentidas pelas mulheres durante a gestação pelo fato de, muitas vezes, não dispor de profissionais habilitados a realizar educação em saúde, sobretudo no período gestacional. Além disso, fatores que vão desde a administração das UBSF, como as verbas para a realizações das atividades, acabam dificultando o trabalho do profissional da saúde e o emprego destes recursos dinâmicos.

Neste contexto, inserem-se as atividades educativas em grupo para gestantes e nutrizes realizadas nas unidades de saúde da família. Os métodos ativos em grupo para gestantes e nutrizes partem da ideia de que o compartilhamento das expectativas, experiências e vivências destas mulheres em relação ao aleitamento materno, aliado à orientação dos profissionais de saúde, podem prevenir dificuldades e ensiná-las a lidar com a ansiedade, inseguranças e possíveis problemas relacionados com a prática da amamentação (FONSECA, MACHADO et al., 2015).

Sendo assim, os profissionais de saúde devem assumir a postura de educadores que compartilham saberes, buscando devolver metodologias ativas, voltadas a realidade de suas pacientes de uma forma simples, clara e objetiva com o intuito de instruir e repassar as orientações corretas de uma forma mais interativa.

3.3. Orientações sobre parto, participação paterna e AME.

O parto é um processo natural e fisiológico que desde os primórdios era realizado de maneira instintiva pela mulher e auxiliado por pessoas que tinham certo conhecimento sobre o nascimento. Porém, após a institucionalização desse processo, o parto tornou-se mecanizado e tecnicista, protagonizado geralmente pelo profissional médico que entende o parto como doença e que realiza procedimentos intervencionistas, geralmente dispensáveis para tratá-lo. (OLIVEIRA; PENNA, 2018). A tabela seguinte irá apresentar dados sobre as condutas acerca das principais orientações repassadas durante as consultas de pré-natal acerca do tipo de parto, participação paterna e AME.

Em relação aos enfermeiros entrevistados, 98 (81,6%) responderam que repassam orientações adequadas com o intuito de incentivar o parto normal para suas pacientes. Essa conduta é de extrema importância, já que a atenção ao parto e ao nascimento no país é marcada por uma intensa medicalização, por intervenções desnecessárias e potencialmente iatrogênicas e pela prática abusiva da cesariana (GOMES et al., 2018).

Assim, o profissional deixa de lado o contexto psicossocial que é envolvido em todo o processo da gestação, não respeitando muitas vezes a vontade de suas pacientes, o conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visam à promoção e o incentivo ao parto normal. É necessário, então, uma relação de confiança entre o enfermeiro e seus pacientes que foque às necessidades e anseios da parturiente em todas as consultas de pré-natal (PEREIRA et al., 2016).

A contribuição do enfermeiro no acompanhamento do pré-natal para o incentivo ao empoderamento da gestante na preparação para o parto natural tem sido evidenciada como reflexo positivo na experiência da gestação. Preparação que deve promover a autonomia feminina, estimulando a escolha informada, resgatando o cuidado centrado nas necessidades da gestante, respeitando o direito ao seu próprio corpo e exercendo uma prática ética fundamentada em evidências (JARDIM; SILVA; FONSECA, 2019).

Diante disso, o profissional de enfermagem, através desse elo com a paciente, pode, durante as consultas de pré-natal, orientá-las sobre os tipos de parto. Além disso, pode apresentar os benefícios do parto vaginal, visto que o ele apresenta menores riscos, melhor recuperação e melhor vínculo mãe e filho para a amamentação, aumentando a produção de leite materno, encorajando-as à adesão desse tipo de parto, caso seja possível esse procedimento (JARDIM; FONSECA; SILVA, 2019).

Para isso, é necessária a boa comunicação, construindo uma relação de confiança e esclarecimento entre o profissional e a gestante. Por isso, a importância dos enfermeiros nas consultas de pré-natal, orientarem as gestantes quanto aos benefícios do parto vaginal. O processo de empoderamento e de aconselhamento quanto aos benefícios do parto normal exige, dos enfermeiros, condutas e orientações adequadas para as gestantes, além do reconhecimento das potencialidades e do âmbito socioeconômico de cada uma delas, o processo requer também a autonomia do enfermeiro, uma vez que esse profissional precisa conhecer as informações para poder viabilizá-las às gestantes.

A referência para a maternidade foi uma iniciativa oferecida pela estratégia da Rede Cegonha em 2011, compondo uma de suas diretrizes com o objetivo de proporcionar vínculos entre os serviços oferecidos para o parto, os profissionais, as gestantes e os familiares. Além disso, visa reduzir o risco de complicações por atendimento tardio, já que as gestantes já estarão previamente informadas sobre a sua maternidade de referência, agilizando sua assistência (BRASIL, 2011).

111 (97,5%) enfermeiros responderam que orientam sobre o Hospital de referência a que as gestantes devem ir quando necessitarem de algum atendimento de emergência ou na hora do parto propriamente dito. Para garantir uma assistência de qualidade, o programa de humanização no pré-natal e nascimento (PHPN) trouxe inúmeras recomendações de condutas, práticas e orientações a fim de garantir uma melhor assistência durante todo o processo da gestação, garantia do

acolhimento com avaliação e classificação de risco, confirmação de um pré-natal de qualidade, vinculação da gestante à unidade de referência em casos de possíveis emergências obstétricas e, para o momento do parto, na garantia de práticas de segurança na atenção ao parto e nascimento (HENZ; MEDEIROS; SALVADORI, 2017).

Sobre a importância da participação do pai nas consultas de pré-natal, 84 (70%) enfermeiros responderam que informam e orientam sobre a importância da participação do pai no pré-natal. Essa presença é essencial, pois o homem pode transmitir apoio para a mulher gerando segurança e tranquilidade durante a gestação. Além disso, pode ampliar seus conhecimentos em relação aos cuidados para com a saúde da mulher e o seu filho.

Os serviços de saúde são focados para o acolhimento da mulher gestante, dispensando a participação do pai. A percepção de exclusão dos pais nos serviços públicos pode ser evidenciada pela pouca infraestrutura física, incompatibilidade de horários de consultas de pré-natal, ausência de capacitações e descrédito dos profissionais sobre esse público.

Para a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, é necessário conscientizar os homens do dever e do direito à participação no planejamento reprodutivo. A paternidade não deve ser vista apenas do ponto de vista da obrigação legal, mas, sobretudo, como um direito do homem a participar de todo o processo da gestação, bem como do acompanhamento da gravidez, do parto, do pós-parto e da educação da criança (HENZ; MEDEIROS; SALVADORI, 2017).

As informações disponibilizadas nas consultas proporcionam condições ao parceiro de entender as mudanças que ocorrem com a mulher nesse período e também orientá-los sobre o direito de acompanhar a gestante nas consultas pré-natais e no parto. A lei nº11 108/2005 permite a presença de um acompanhante de livre escolha da mulher durante o período do trabalho do parto e pós-parto em todas as instituições brasileiras (CAMPOS E SAMPAIO, 2016). No entanto, a in-

fraestrutura, com pouco espaço e ambiente compartilhado por outras mulheres, inviabiliza essa presença do pai em algumas instituições, pois a prioridade é a garantia da privacidade das demais.

Por fim, a atuação do enfermeiro como membro da equipe e responsável pelo atendimento das consultas de pré-natal na atenção básica é essencial. Desta forma, é importante orientar o pai sobre o seu direito de acompanhar a gestante nas consultas de pré-natal no momento do parto e pós-parto.

Em relação ao fornecimento de informações sobre a importância dos benefícios ao AME, este estudo demonstrou que 101 (84,1%) dos entrevistados responderam que fornecem esse tipo de informação. Isso evidencia que os enfermeiros, ancorados às definições da OMS, implementam adequadamente as condutas no que se refere às orientações, ressaltando e explicando esses benefícios, contribuindo para a diminuição do desmame precoce por falta de informações.

A importância do AME tem sido relacionada por mães e gestantes à prevenção de doenças e ao fato de ser importante para todo o desenvolvimento do bebê. A experiência prévia com amamentação aumenta a prevalência de sucesso no AME. Em contrapartida, apesar do conhecimento recebido de profissionais ou familiares quanto ao AME, isso não tem sido suficiente para que as orientações sejam seguidas, o que seria fundamental considerando que o estabelecimento do AM se associa a menor necessidade de estimulação da sucção não nutritiva (SNN) complementar (DADALTO; ROSA, 2017).

Por fim, há evidências epidemiológicas suficientes que embasam a recomendação da amamentação exclusiva até os seis meses de vida. No entanto, segundo alguns estudos, ainda é baixo o número de mulheres que cumprem essa recomendação. Entre os fatores envolvidos na baixa adesão ao aleitamento materno exclusivo, pode-se citar a falta de conhecimento das gestantes sobre a importância e os benefícios do AM (AMARAL et al., 2015).

Diante disso, torna-se notório a influência positiva das orientações repassadas às gestantes nas consultas de pré-natal acerca dos aspectos benéficos do AME. Sabe-se, então, que conhecimentos corretos sobre aspectos relevantes do aleitamento materno contribuem para o sucesso desse processo, por isso a importância dos enfermeiros repassarem as informações nas consultas de pré-natal sobre os benefícios do AME, afim de incentivar e propagar essa prática.

3.4. Humanização e condutas acerca do AME

De acordo com algumas ações da humanização que são tidas como essenciais em todas as partes do atendimento à saúde, e nas consultas de pré-natal, 104 (86,7%) dos enfermeiros entrevistados responderam que tratavam as gestantes pelo nome nas consultas de pré-natal. Isso demonstra uma preocupação no atendimento às gestantes nas consultas do pré-natal em fornecer um cuidado humanizado, visto que são medidas simples, mas essenciais para a relação de confiança entre paciente e profissional e assiduidade às consultas.

Não se pode pensar na ação de enfermagem sem mencionar a importância do processo comunicativo a ela relacionado, a melhoria da qualidade dos serviços é, sem dúvidas, um dos maiores desafios dos profissionais de saúde. Infelizmente, em algumas instituições, centros, hospitais e UBS, o aspecto humano ainda é preterido, deixando as questões emocionais e psicológicas do paciente em segundo plano. Ações e condutas que são essencialmente básicas como, por exemplo, chamar as pacientes pelo nome, e tratálas com cordialidade fazem toda a diferença na construção da confiança entre profissional e paciente e nas consultas de pré-natal (JARDIM; SILVA; FONSECA, 2019).

Assim, é necessário que se pense de forma mais ampla contemplar sistematicamente a humanização das ações dos enfermeiros nas consultas de pré-natal, desde a concepção e planejamento das consultas, programas ou atividades e rotinas dos serviços de saúde, até as políticas e propostas ligadas à macrogestão do sistema e serviços de saúde.

Quando se perguntou se eles orientavam as gestantes as posições corretas para amamentar seus filhos, a maioria, 104 (86,6%), respondeu que não tem essa conduta. A respeito dessas orientações, o manual da atenção básica da saúde da criança 2015 diz que orientar não significa dizer à mulher o que ela deve fazer, mas significa ajudá-la a tomar decisões, após ouvi-la, entendê-la e dialogar com ela sobre os prós e contras das opções. É importante respeitar a escolha da mulher, pois ela deverá se sentir confortável e relaxada, seja sentada, deitada ou em pé (BRASIL, 2015).

O posicionamento da criança deve ser orientado no sentido de garantir o alinhamento do corpo, de forma a manter a barriga da criança junto ao corpo da mãe para, assim, facilitar a coordenação da respiração, da sucção e da deglutição. Deve-se ressaltar a importância de identificar os conhecimentos, as crenças e as atitudes que a gestante possui em relação à amamentação, que tipo de experiência possui ou se já viveu alguma vez a amamentação. Além disso, é importante também oferecer às gestantes oportunidades de troca de experiências por meio de reuniões de grupo que objetivem informar as vantagens e o manejo para facilitar a amamentação (BRASIL, 2015).

Tirar as dúvidas da mãe e incentivar sempre serão as melhores contribuições que o profissional poderá executar. A mãe deve encontrar a melhor posição e tornar este momento prazeroso para, assim, fazer total diferença no intuito de não ocorrer o desmame precoce prejudicando o recém-nascido (PEDROSA; SILVA; MUNIZ, 2016).

Assim, os profissionais de saúde, por meio de suas condutas, podem influenciar negativamente e positivamente o início da amamentação e sua duração. Logo, a prática da amamentação é dependente da ação do enfermeiro, pois esse é facilitador e encorajador desta prática, sendo eles responsáveis pelo esclarecimento de todas as dúvidas das gestantes e lactantes.

A literatura confirma o papel decisivo da prática da atividade física na promoção da saúde, na qualidade de vida e na prevenção e/ou con-

trole de diversas doenças. Diretrizes para a promoção de estilos de vida saudáveis têm sido recomendadas por órgãos envolvidos com a saúde pública, destacando-se a prática de atividade física regular em todo o ciclo vital. Aos enfermeiros que responderam a pergunta se orientavam as suas pacientes a realizar exercícios físicos, como por exemplo a caminhada, 87(72,%) responderam positivamente. Tal orientação é de suma importância, já que a atividade física e a prática corporal regular são aliados fundamentais no controle do peso, na redução do risco de doenças e na melhoria da qualidade de vida. (Brasil, 2014)

A World Health Organization (WHO) estabelece que para prevenir e manejar a atual epidemia global de obesidade, deve haver a integração da atividade física regular no cotidiano, acompanhada de melhoria da qualidade de vida e alimentação (SURITA; NASCIMENTO; SILVA, 2014)

As gestantes devem ser avaliadas antes de iniciar a atividade física. Contudo, as atividades recreativas, em sua grande parte, são seguras durante a gravidez, recomendando-se a prática de exercícios moderados por 30 minutos, diariamente (BRASIL, 2015). Nesse sentido, os profissionais de saúde são os responsáveis por disseminar essas concepções e orientar as mulheres sobre os benefícios da prática da atividade física durante a gestação. Essa orientação deve ser feita durante as consultas de pré-natal, onde o profissional da saúde tem um contato maior com suas pacientes, tornando-se um facilitador de informações.

Assim, estimular a adoção de estilo de vida saudável deve fazer parte das orientações dadas às gestantes durante as consultas de pré-natal, sistematizada para todas as mulheres em qualquer fase da vida, visando não só os comprovados benefícios durante a gestação mas também a prevenção de doenças crônico-degenerativas associadas ou não à obesidade ao longo de sua vida.

Sobre a maneira correta da retirada e do armazenamento do leite materno, 64 (53,3%) enfermeiros responderam que prestam essas

orientações às mães. No entanto, essa deveria ser uma conduta de todos e uma forma de tentar melhorar essa problemática são as informações que os enfermeiros devem repassar às gestantes durante as consultas de pré-natal, sobre a forma correta de armazenar o leite materno, caso seja preciso as mães ficarem ausentes por um logo período, embora seja desejável que elas estejam disponíveis para amamentar o seu bebê exclusivamente até os 6 meses. Muitas vezes isso não se torna possível, algumas mulheres precisam voltar ao trabalho enquanto o bebê ainda está nos meses do aleitamento exclusivo (FERNANDES et al., 2016).

O ideal é que o bebê continue sendo alimentado com o leite materno, sem a necessidade de se adicionar leites artificiais ou outros alimentos. É necessário, portanto, que a mãe faça a ordenha (retirada manual do leite) e o armazene de uma forma correta, enfatizando assim, a importância das instruções repassadas pelos enfermeiros nas consultas de pré-natal para que essa prática possa se tornar segura e indispensável e que o pai ou outra pessoa possam oferecer à criança nos momentos que seriam dadas as mamadas. Esse processo de retirada e armazenamento é de suma importância, visto que devem ser seguidas uma série de recomendações, para que o leite possa manter a qualidade nutricional que este possui, quando dado diretamente através da mamada.

No cenário brasileiro, onde muitas conquistas foram alcançadas em prol do resgate do aleitamento materno exclusivo, constata-se que as políticas familiares continuam se apresentando insuficientes. É prudente uma reflexão sobre como o país vem promovendo ações e como elas dialogam com os discursos oficiais pró-amamentação e das formas de como as famílias irão lidar com essa problemática, visto que o atual é de mulheres que cada vez mais estão ganhando seu espaço no mercado de trabalho e que passam muitas vezes o dia fora, dificultando a amamentação exclusiva até o sexto mês de vida das crianças.

3.5. Informações adicionais da pesquisa

Dados sobre capacitações por parte dos enfermeiros, informações dadas por eles às mães sobre alimentação saudável e sua perspectiva sobre a importância do AME. 91 (75,8%) enfermeiros responderam que não participaram de nenhuma capacitação nos últimos 2 anos. Isso impacta negativamente nas orientações do pré-natal, já que os profissionais estarão menos capacitados em relação aos conhecimentos mais atuais, causando assim um déficit no entendimento deles em relação ao AME. Visto isso, a capacitação dos profissionais de saúde é essencial, possibilitando o embasamento teórico e prático para sua conduta.

De acordo com Leal et.,al (2018) uma das alternativas para capacitar os profissionais em serviço é a educação permanente considerada uma estratégia que busca refletir sobre as práticas cotidianas dos serviços de saúde com o objetivo de realizar ações que qualifiquem a atenção à saúde, de modo que tragam atualizações importantes para os profissionais aplicarem no trabalho. É função dos gestores municipais disponibilizarem essa atividade no campo de trabalho visando o melhor atendimento no cotidiano.

Percebe-se, então, que a educação permanente assume um papel importante no que concerne a atualização dos profissionais de enfermagem para desenvolverem uma consulta de pré-natal com qualidade e melhores atitudes em busca de uma assistência eficaz e segura, proporcionando qualidade de vida às gestantes e refletindo na redução da morbimortalidade materna e neonatal e no desmame precoce. Para isso, são necessários investimentos na formação pessoal dos profissionais, qualificando-os estes para o atendimento à mulher no período de pré-natal e nascimento (CAMPOS E SAMPAIO 2016).

Sobre a pergunta se enfermeiros orientavam suas pacientes nas consultas de pré-natal para uma alimentação saudável, 111 (92,6%) dos entrevistados responderam que orientam, o que apresenta um resultado positivo, já que o Ministério da Saúde do Brasil preconiza a compreen-

são dos múltiplos significados da gestação para a gestante, assim como do contexto em que ela está inserida. Sendo assim, o pré-natal torna-se momento privilegiado para discutir e esclarecer questões básicas de saúde e bem-estar, bem como orientações de uma melhor qualidade de vida nutricional (Brasil, 2018).

Dessa forma, as orientações nutricionais devem ser oferecidas de acordo com as possibilidades econômicas, sociais e culturais de cada paciente, o que implica na necessidade de adequado preparo dos profissionais da área da saúde em relação ao assunto. A perda ou o excesso de peso na gestação pode trazer prejuízos tanto para a saúde da criança, quanto da mãe, como por exemplo o desenvolvimento do diabetes gestacional. As orientações quanto ao controle dietético devem ter como base a identificação dos hábitos alimentares da gestante, de suas preferências do poder aquisitivo da família.

Vale ressaltar a importância da elaboração de programas para educação em saúde no pré-natal que contemplem a avaliação e orientação nutricional nos moldes do curso de gestante, sala de espera, reciclagem para equipes de enfermagem e médica que prestam assistência às gestantes no pré-natal. Com isso, é necessária a discussão e reivindicação por políticas de saúde favoráveis a esse hábito.

O último ponto abordado foi o questionamento de que nota os enfermeiros dariam, de zero a dez, para a importância do AME e 91 (75,3%) enfermeiros disseram que dão nota 8 a 10, representando, assim, uma maioria consciente sobre essa importância para a saúde da mãe e do bebê.

Diante do exposto, pode ser evidenciado como os profissionais da atenção primária têm boas condutas, de forma geral, em relação ao atendimento e orientações durante o pré-natal sobre o AME. No entanto, pontos isolados parecem impactar negativamente na qualidade da sua assistência e nos resultados finais, já que é inegável o déficit de muitas mães a respeito do AME e de sua importância.

Contudo, questões culturais e sociais das próprias mães podem estar envolvidas, precisando que os enfermeiros voltem um olhar mais atencioso para identificação dessas necessidades e planejem estratégias de intervenções e mudanças no atendimento, a fim de alcançar êxito no quesito Aleitamento Materno.

4. Conclusão

Ao fim deste estudo, pode se observar a importância das orientações e condutas corretas nas consultas do pré-natal por parte dos enfermeiros e os impactos positivos dessas ações para o bem-estar das gestantes e dos bebês, visto que os resultados na sua maioria foram satisfatórios no que diz respeito ao atendimento prestado por parte dos entrevistados.

Algumas lacunas evidenciam déficits no que diz respeito ao atendimento dos enfermeiros e ao alto índice do desmame precoce em todo o país, visto que a literatura evidencia essa carência e urgência de mudar essa realidade pertinente, que mesmo com algumas estratégias de melhorar esses dados, ainda não mostram no que tange à prática do aleitamento materno e adesão correta da amamentação exclusiva.

No entanto, mais pesquisas devem ser realizadas buscando analisar as condutas dos enfermeiros nas consultas de pré-natal em relação à adesão das orientações recebidas pelas gestantes no pré-natal, buscando saber como está sendo esse atendimento dos enfermeiros, para que, com isso se compreenda a real situação que se encontra esses atendimentos na atenção primária por parte dos profissionais enfermeiros.

Vale ressaltar a importância das capacitações e dos treinamentos para os profissionais de saúde acerca do aleitamento materno, para que estes possam sempre está atualizados e prestando um atendimento de qualidade no setor primário de saúde. Com isso, torna-se notório a relevância dos enfermeiros nas consultas de pré-natal nas UBS, pois estes profissionais estão desde as consultas do planejamento familiar para

casais que querem ter filhos, a primeira e última consulta de pré-natal, tendo assim uma grande participação e influência na assistência acerca do aleitamento materno.

5. Referências

ANDREUCCI, C. B.; CECATTI, J. G. Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.27, n.6, p.1053-1064, jun, 2011

AMARAL, L. J; XAVIER, J. B. et., al. Fatores que influenciam na interrupção do aleitamento materno exclusivo em nutrizes. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, [s.l.], v. 36, n., p.127-134, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.56676>>. Acesso em: 23 maio 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição. Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno. Proteção, Promoção e Apoio ao Aleitamento Materno: o papel especial dos serviços materno-infantis. Genebra: OMS; 1989.

BRASIL, Ministério da Saúde. Assistência pré-natal e a criança. Brasília-DF, 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. Assistência pré-natal. Brasília-DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção ao Pré-Natal de baixo risco. *Caderno de Atenção Básica*, Brasília-DF, 2012.

BRASIL, Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196/96. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. Disponível em: <<http://www.bioetica.ufrgs.br/res19696.htm>>. Acesso em: 15 set. 2012.

CAMPOS, C. P. S; SAMPAIO, A. A importância do pai nas consultas de pré-natal. *Revista de Enfermagem*, Brasília-DF, v. 9, n. 6, p.1-8, 10 jul. 2016. Anual. Disponível em: <<http://nippromove.hospedagemdesites.ws>>. Acesso em: 24 abr. 2019

CAMPOS, M. L et al. Percepção das gestantes sobre as consultas de pré-natal realizadas pelo enfermeiro na atenção básica. *Journal Of Nursing And Health*, Pelotas-Rs, v.6,n.7,p.1-12,2016.Anual Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/7949>

DADALTO, VARGAS. C. E; ROSA, E. Conhecimento sobre os benefícios do aleitamento materno e a desvantagem da chupeta, relacionada á prática das mães ao lidas com o recém-nascidos, pré-termo. *Rev Paul Pediatr*. São Paulo-sp, v. 6, n. 7, p.399-406, 2017. Anual. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpp/v35n4/0103-0582-rpp-2017-35-4-00005.pdf>>. Acesso em: 25 abr. 2019.

MACHADO, M. O. et., al. Perfil sócio-demográfico e competência em aleitamento materno dos profissionais de enfermagem da Estratégia Saúde da Família. *Revista de Enfermagem, Uberaba-minas Gerais*, v. 6, n. 6, p.85-96, 2015. Anual. Disponível em: <<http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sciarttext&pid=S087402832015000200010&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>>. Acesso em: 24 abr. 2019

FERNANDES, V. M. B. et., al. Implantação de salas de apoio à amamentação em empresas públicas e privadas: potencialidades e dificuldades. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, [s.l.], v. 37, n. p.1-9, jun. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.esp.2016-0046>.

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOMES, SAMARARA, CALIXTO et., al. Rebirth of childbirth: reflections on medicalization of the Brazilian obstetric care. *Revista Brasileira de Enfermagem*, [s.l.], v. 71, n. 5, p.2594-2598, out. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672018000502594&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 23 maio 2019.

HENZ, G. S; MEDEIROS, C. R. G; SALVADORI, R. T. A inclusão paterna durante o pré-natal. *Revista de Enfermagem e Atenção A Saúde, Lageado-rs*, v. 1, n. 6, p.1-15, 17 jul. 2017. Anual. Disponível em: <http://www.unifra.br/eventos/forumfisio/Trabalhos/5053.pdf>>. Acesso em: 24 abr. 2019

JARDIM, M. J; FONSECA, L. M. B; SILVA, A. A. The Nurse's Contributions in Prenatal Care Towards Achieving the Pregnant Women Empowerment. *Cuidado é Fundamental, Rio de Janeiro*, v. 11, n. 6, p.432-440, 2019. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i2.432-440>>. Acesso em: 23 maio 2019.

LEAL, JESUS, et., al. Prenatal care: Assistência ao pré-natal. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, [s.l.], v. 10, n. 1, p.113-122, 9 jan. 2018. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Disponível em:<www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/download/5991/pdf>. Acesso em: 25 abr. 2019.

MARTINS, M. C; FROTA M. A; ADERALDO, N. N. S; SILVEIRA, V.G. O reflexo da orientação na prática do aleitamento materno. *Cogitare Enferm* 2008; 13(3): 403-9.

MENDOZA-SASSI, R. A.et., al. Diferenças no processo de atenção ao pré-natal entre unidades da Estratégia Saúde da Família e unidades tradicionais em um município da Região Sul do Brasil. *Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro*, v.27, n.4, p.787-796, abr, 2011.

NUNES, Juliana Teixeira et al. Qualidade da assistência pré-natal no Brasil: Cadernos Saúde Coletiva, [s.l.], v. 24, n. 2, p.252-261, jun. 2016. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462x201600020171>>. Acesso em: 25 abr. 2019.

OLIVEIRA, V. J; PENNA, C. M. M Every birth is a story: process of choosing the route of delivery. *Revista Brasileira de Enfermagem*, [s.l.], v. 71, n. 3, p.1228-1236, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000901228&lng=en&tlng=en>. Acesso em: 23 maio 2019.

PEDROSA, B. S; SILVA, R. M; MUNIZ, C. C.S. Orientações para amamentação adequada, e complicações do aleitamento materno inadequadas. *Revista Cient. Sena Aire, São Paulo*, v. 1, n. 4, p.79-86, jun. 2016. Disponível em: <revistafacesa.senaaires.com.br/index.php/revisa/article/view/258>. Acesso em: 26 abr. 2019.

POLIT, D. F; BECK, C. T. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. *Artmed*. 9º Edição. Porto Alegre. 2018

PINHO, A. L. N. Prevenção e tratamento das fissuras mamárias baseadas em evidências científicas: uma revisão integrativa de literatura. 2017. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3259.pdf>>. Acesso em: 27 maio 2017.

POZZEBON, N. M. et., al. Prevalência do aleitamento materno exclusivo no Brasil. *Revista online de enfermagem, São Paulo*, Out.2017 v. 3, n. 5, p.79-86 Disponível em: <<http://www.unifra.br/eventos/forumfisio/Trabalhos/5053.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2017.

SAÚDE, Ministério. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes. Brasília: 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf>. Acesso em: 27 maio 2017.

PEREIRA, S. S.et., al. Parto natural: A atuação do enfermeiro diante da assistência humanizada. *Tempus, Actas de Saúde Colet, Brasília-df*, p.200-213, set. 2016. Disponível em: <<http://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/1727>>. Acesso em: 25 abr. 2019.

SURITA, F. G; NASCIMENTO, S. L; SILVA, J. L. P. Exercício físico e gestação. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, Campinas- Sp*, v. 36, n. 6, p.1- 6, 06 out. 2014. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rbgo/v36n12/0100-7203-rbgo-36-12-0531.pdf>. Acesso em: 03 maio 2019.

SILVA, A. P, SOUZA, N. Prevalência do aleitamento materno. *Revista de Nutrição*, [s.l.], v. 18, n. 3, p.301-310, jun. 2015. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732005000300002 >. Acesso em: 06 abr. 2019.

SOUZA, V.B, R; MARCON, R. T.S. Ações educativas durante a assistência pré-natal: percepção de gestantes atendidas na rede básica de Maringá-PR. *Rev. Eletr. Enf. [Internet]*. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292015000200181> Acesso: 08 abr. 2019.

VASQUEZ, J; DUMITH, SAMUEL C; SUS, L. R. O. Aleitamento materno: estudo comparativo sobre o conhecimento e o manejo dos profissionais da Estratégia Saúde da Família e do Modelo Tradicional. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, [s.l.], v. 15, n.2, p.181-192, jun. 2015. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292015000200181>. Acesso em: 09 abr. 2019.

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NOS PROGRAMAS DE SAÚDE MATERNO INFANTIL DA ATENÇÃO BÁSICA

KAROLINY COSME PIMENTA MORALES
ANNA PAULA SOUSA DA SILVA
ISABELLA LIMA BARBOSA CAMPELO
DANIELLA BARBOSA CAMPOS
ALINE DE SOUZA PEREIRA
LAURINEIDE DE FÁTIMA DINIZ CAVALCANTE

1. Introdução

Sabe-se que a assistência à saúde da mãe e do filho tem início, principalmente, na atenção básica, onde essa por sua vez é o primeiro nível de atenção e caracteriza-se por um conjunto de ações no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (FERREIRA; PÉRICO; DIAS, 2018).

A saúde materna e infantil abrange todas as atividades e programas voltados à saúde das mulheres e das crianças, sendo assim abrange o período de concepção, gestação, parto, pós-parto, cuidados com recém-nascido, e com a criança na primeira infância (BRASIL, 2018).

A saúde da mulher antes da gestação é trabalhada durante o planejamento familiar que é realizado na atenção básica, dentro do núcleo de estratégia de saúde da família (NASF). Vale ressaltar que o programa de planejamento não é restrito apenas para as mulheres, nele também fazem parte o homem, o casal e a família, onde os indivíduos devem ser tratados com respeito e ética profissional (UFSC, 2016).

Durante a gravidez a mulher tem o direito de ser acompanhada pelo Sistema único de Saúde (SUS), através do pré-natal, onde é avaliada a evolução do processo gestacional e os riscos para a mãe e o bebê.

O pré-natal é classificado em baixo risco e alto risco. Nos casos de baixo risco a gestante é acompanhada na atenção básica. Enquanto no alto risco seu pré-natal é realizado em redes de atenção secundária. Não existe alta do pré-natal: o acompanhamento da mulher no ciclo gravídico-puerperal encerra-se após a realização de pelo menos uma consulta puerperal, que deverá ocorrer até o 20º dia pós-parto. O seguimento poderá ser prolongado se forem observados riscos no período puerperal (BRASIL, 2014).

O parto e o pós-parto são etapas fundamentais na saúde materno-infantil, visto que são os períodos em que mais podem acontecer complicações, como por exemplo, hemorragias. O parto normal é o mais saudável para a mulher e o bebê, pois minimiza essas complicações, no entanto as taxas de cesariana mostram-se expressivas, em um estudo realizado pela Agência Nacional de Saúde (2015), mostrou que 84,6% dos partos na rede privada foram cesarianas e na rede pública esse número chegou a 40%.

A puericultura é uma extensão e continuação do acompanhamento à mãe e ao filho, mas agora com a chegada de uma criança recém-nascida. Por que motivo, ao atender uma criança, o profissional de saúde não pode vê-la como um ser isolado, mas como parte de seu contexto familiar. No ano de 1990 as taxas de mortalidade infantil e neonatal, atingiam em torno de 47,1% e 23,1%, respectivamente, onde no ano de 2017, esses valores caíram para 14% e 9,6%, respectivamente, a meta para o ano de 2030 é que tenha uma redução de 3,9% ao ano de queda da mortalidade infantil e 4,6% ao ano da mortalidade neonatal. Referente à mortalidade materna tem-se uma redução de 5,3% ao ano desde 2017 e estimasse que esses valores permaneçam até o ano de 2030 (BRASIL, 2018a).

Tanto o planejamento familiar como o pré-natal, entre outros programas, fazem parte da Estratégia de Saúde da Família (ESF), onde o ministério da saúde, juntamente com a Organização Mundial de saúde fizeram um relatório, referente ao incentivo e o investimento no Pro-

grama de Estratégia de Saúde da Família (ESF), e mostrou que graças aos avanços do programa e de do empenho em atender cada vez mais a população e cadastra-las, 69% menos de gestantes ficaram sem acesso ao pré-natal, 34% menos crianças foram consideradas de baixo peso, a cobertura vacinal ficou 2 vezes maior, a desnutrição infantil crônica reduziu em 70% (1996-2007), a mortalidade infantil reduziu em quase 70% (BRASIL, 2018a).

O Rede Cegonha é uma importante estratégia do Governo Federal, uma vez que objetiva a implementação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança, que garanta acesso, acolhimento, resolutividade e reduza, dessa forma, os índices de mortalidade materno infantil (BRASIL, 2016).

A Estratégia Rede Cegonha tem a finalidade de estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil. Representa um conjunto de iniciativas que envolvem mudanças no processo de cuidado à gravidez, ao parto e ao nascimento, na articulação dos pontos de atenção em rede e regulação obstétrica no momento do parto, na qualificação técnica das equipes de atenção primária e no âmbito das maternidades, na melhoria da ambiência dos serviços de saúde, na ampliação de serviços e profissionais (BRASIL, 2016).

Com a implementação da Rede Cegonha, as mães de família se beneficiaram em média com 1,5 consultas de pré-natal a mais. Todos esses programas têm foco principalmente na atenção básica, por isso foi criado o PMAQ – AB, que é o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, onde foi visto que as equipes que realizavam 3 ciclos apresentaram melhores resultados nas consultas de puericultura, pré-natal, puerpério e tratamento de sífilis. Apesar de ter ocorrido um aumento de 95% dos casos de sífilis congênita, entre 2012 e 2017 (BRASIL, 2018).

Dentro do contexto de saúde da mulher são atribuições do Enfermeiro orientar quanto ao planejamento familiar, realizar atenção à

saúde da gestante e da puérpera na Unidade de Atenção Primária em saúde, realizar consulta de enfermagem de pré-natal de risco habitual, prescrever medicamentos, solicitar exames complementares e encaminhar a outros serviços de saúde quando necessário, prescrever medicamentos, solicitar exames complementares e encaminhar a outros serviços de saúde quando necessário, Realizar exame clínico das mamas e coleta para exame citopatológico do colo do útero; Orientar as gestantes e a equipe quanto aos fatores de risco e à vulnerabilidade; Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea; Contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente da equipe de enfermagem e de outros membros da equipe sobre a saúde da gestante e da puérpera e Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da instituição (BRASIL, 2017).

Um atendimento de qualidade no pré-natal pode desempenhar um papel importante na redução da mortalidade materna, além de evidenciar outros benefícios à saúde materna e infantil (PORTAL EDUCAÇÃO, 2018). No âmbito da Rede Cegonha, preconiza-se a realização da “Primeira Semana de Saúde Integral”, onde o Enfermeiro está encaixado diretamente. Trata-se, segundo o Ministério da Saúde, de uma estratégia em saúde, na qual são realizadas atividades na atenção integral à saúde de puérperas e recém-nascidos. As ações objetivam a triagem neonatal, a triagem auditiva, a checagem da vacinação BCG e Hepatite B e a avaliação do aleitamento materno, para orientação e apoio. A atenção à mulher e ao recém-nascido nas primeiras semanas após o parto é fundamental para saúde materna e neonatal (PORTAL EDUCAÇÃO, 2018).

Percebe-se que a preocupação com a saúde materna e infantil vem aumentando e existem boas projeções para os próximos anos, porém é necessário também analisar como está sendo realizado o trabalho por parte dos profissionais e como esses investimentos estão sendo distribuídos e utilizados.

Todo estudo contribui para a evolução e progresso do assunto explorado. Na problematização foi visto que apesar do SUS oferecer assistência desde a concepção até após o parto, ainda morrem mulheres e crianças, o que gera uma reflexão em saber se a assistência está sendo realizada realmente como se deve.

Porém é preciso entender, também, o lado profissional da assistência, não podendo generalizar as complicações materno-infantil como efeito de uma (des) ação profissional. Sabe-se que em muitos locais existe a precariedade de materiais, problemas com a ambiência, sobrecarga de trabalho de profissionais, entre outros.

Através desse estudo será possível identificar fragilidades e potencialidades na assistência, principalmente durante os atendimentos dos profissionais de Enfermagem, onde isso gerará pesquisas e publicações na área que ajudarão na resolutividade dos problemas identificados, podendo traçar assim estratégias que visem a excelência no serviço, visto que o Enfermeiro, também é parte fundamental na prevenção e promoção da saúde. Por fim deixará, também, o profissional mais atento a atitudes e situações que podem ser corrigidas e incentivando outras propostas de estudos relevantes sobre o tema, tanto sob o ponto de vista do profissional como do paciente.

A pesquisa busca identificar a atuação do enfermeiro nos programas de saúde materno infantil da Atenção Básica.

2. Metodologia

Trata-se de um estudo qualitativo, de natureza descritiva e explicativa. A pesquisa foi realizada na cidade de Fortaleza localizada no estado do Ceará. Fortaleza é considerada a quinta capital do Brasil em termos de população, contendo uma área total de 314,930 km², sua população está em torno dos 2.643.247 habitantes (IBGE,2018).

Fortaleza é dividida em Coordenadorias Regionais de Saúde (CORES), sendo seis no total. As CORES têm como principais funções,

exercer autoridade sanitária no seu território, planejar, executar, acompanhar, monitorar e avaliar as ações e serviços de saúde no âmbito regional em consonância com as normas e diretrizes municipais; principalmente, no que diz respeito as Unidades de Atenção Básica em Saúde (UABS); gerir as redes de atenção no âmbito regional; além de implementar ações de educação permanente em saúde e regular as referências de exames e consultas especializadas e os leitos hospitalares, entre outros (SMS-CE, 2015).

O estudo foi realizado na CORES VI, que atende uma área total de 119,98 km², com uma população de, aproximadamente, 541.160 pessoas. A regional VI foi escolhida por ser a maior e a que abrange a maior parte dos bairros da cidade de Fortaleza. Foram escolhidas 6 Unidades Básicas de Saúde (UBS), que tinham entre duas e doze equipes. Participaram da pesquisa enfermeiros cadastrados na Estratégia Saúde da Família (ESF), que atuam nas Unidades de Atenção Primária a Saúde (UAPS), adstritas na CORE VI do município de Fortaleza- Ceará.

Dessa forma, para a seleção dos sujeitos foram observados os seguintes critérios de inclusão: ser enfermeiro cadastrado na estratégia saúde da família das UAPS da CORE VI; atuar no programa de planejamento familiar, pré-natal e puericultura, em sua rotina de trabalho. E como critérios de exclusão: enfermeiros que estão afastados do cargo por motivos de saúde, institucional ou de licença maternidade.

O presente projeto conta com a participação de 16 enfermeiros. As entrevistas pararam quando os objetivos da pesquisa haviam sido respondidos de forma clara e objetiva.

A coleta de dados ocorreu nos meses de dezembro de 2018 e janeiro de 2019. As entrevistas foram realizadas por meio de dois instrumentos, no primeiro momento foi utilizado um formulário, que serviu para orientar a entrevista, e que foi aplicado à todos os entrevistados. O formulário continha dados como: variáveis pessoais tais como tempo de formação e tempo de serviço na Atenção básica, formação especia-

lizada e atuação. Como perguntas norteadoras da pesquisa destacam-se: Qual o entendimento sobre a saúde materna e infantil? Quais os programas realizados na atenção básica com foco na saúde materna e infantil? Quais ferramentas utilizadas para auxiliar na assistência à mãe e ao bebê.

A segunda parte da pesquisa constou com um questionário que foi entregue aos participantes, como forma de avaliação do seu conhecimento acerca da saúde materna e infantil. O conteúdo do questionário eram questões simples que são primordiais para uma correta assistência à saúde da mulher e da criança, tais como encaminhamento ao pré-natal de alto risco, leitura de exames, números de consultas do pré-natal e puericultura, as vacinas da infância, entre outros. Não foi estipulado tempo limite para as respostas.

Foi utilizada a técnica de análise de Bardin. Todos os resultados encontrados na pesquisa de campo foram embasados com a literatura, mantendo uma afirmação concludente e fidedigna dos fatos, evitando posicionamentos baseados no achismo e inverdades.

A pesquisa seguiu as normas éticas e científicas de acordo com as determinações da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O trabalho foi submetido ao comitê de ética e pesquisa da Universidade Federal do Ceará, que teve aprovação de Nº 3.069.312, no dia 10 de dezembro de 2018.

3. Resultados e Discussão

Participaram da entrevista 16 Enfermeiros, onde destes 14 (87,5%) eram do sexo feminino, e 2 (12,5%) correspondiam ao sexo masculino. A presença feminina na Enfermagem, está enraizada desde sua origem, onde as mulheres realizavam o cuidado aos doentes, de forma empírica, sendo assim, as mulheres continuam sendo as principais responsáveis pelos cuidados (SANTOS-ORLANDI et al., 2017).

As faixas etárias que mais se sobressaíram foram as de 31 a 40 anos (37,5%) e a de 41 a 50 anos (37,5%). Quanto aos anos de formação, oito dos 16 entrevistados tinham entre 0 e 10 anos de formados, seis entre 11 e 20 anos e apenas dois faziam parte do grupo que correspondiam entre 21 e 50 anos de formação profissional. Quanto a experiência na atenção primária, mais da metade dos enfermeiros entrevistados (9 – 56,25%), tinham de 0 a 10 anos, apenas dois dos entrevistados tinham mais de 20 anos de atendimento na Atenção Primária de Saúde.

A carga horária de trabalho variou entre 32 horas semanais e 60 horas semanais, porém a que mais prevaleceu foi a carga horária estabelecida de 40 horas semanais (87,5%), onde o vínculo empregatício se manteve maioria entre seleção pública e concursados, em que juntos correspondiam a 75% dos entrevistados. Os demais enfermeiros são contratados através de um serviço chamado de RPA (Recibo de Profissional Autônomo).

Dados semelhantes foram achados na pesquisa de Pires (2016), onde dos seus 23 entrevistados identificou-se a presença majoritária de mulheres (87%); na faixa etária entre 30 e 49 anos (61%); com experiência profissional maior que 5 anos (70%) e experiência na ESF de um a cinco anos (61%). Quanto ao regime de trabalho, houve forte predomínio de profissionais concursados (70%) e com jornada contratual de 40 horas semanais (87%).

No quesito especialização, 15 (93,75%) dos 16 entrevistados, possuíam especialização, sendo elas em diversas áreas tais como neonatologia (2), Saúde Pública (4), Obstetrícia (3), Educação Profissional (1), Perícia Criminal (1), Enfermagem do Trabalho (1), Unidade de Terapia Intensiva (2), Gerontologia (1). Vale ressaltar que apenas um dos entrevistados tinha mestrado, sendo este em Cuidados Clínicos.

No ano de 2015 houve um crescimento de pouco mais de 30% nos programas de pós-graduação em Enfermagem, sendo 63 os programas de pós-graduação *stricto sensu* no país, responsáveis por um total de 89 cur-

tos. Destes, 47 perfazem cursos de mestrado acadêmico, 14 de mestrado profissional e 28 de doutorado. Os programas estão distribuídos em 31 cursos de mestrado na região Sudeste, 6 no Centro-Oeste, 13 no Nordeste, 11 no Sul e 2 no Norte. Os cursos de doutorado são: 15 no Sudeste, 5 no Nordeste, 6 no Sul e 2 no Centro- -Oeste (FERREIRA et al., 2015).

Dando continuidade na pesquisa foi solicitado aos enfermeiros que explicassem seu entendimento acerca da saúde materna e infantil. Em suas respostas os participantes englobaram descrições que envolviam desde a suspeita da gestação até o acompanhamento da criança na primeira infância.

Segundo Cassiano (2014) as políticas públicas de saúde destinadas ao atendimento das necessidades e dos direitos da mulher e da criança são definidas seguindo desde princípios meramente reprodutivos, voltados apenas para a concepção e anticoncepção, até aqueles mais amplos, voltados para garantir uma melhor condição de saúde e de vida.

Referente aos programas preconizados pelo ministério da saúde e realizados na atenção básica, os enfermeiros citaram o planejamento familiar, o pré-natal, a visita puerperal, a puericultura e o programa cresça com seu filho.

O pré-natal é um programa garantido pela Unidade de Atenção Primária à Saúde, visando um acompanhamento da paciente durante o ciclo gravídico, buscando evitar ou identificar de forma precoce problemas que possam afetar a saúde materna ou infantil. A Unidade Básica de Saúde deve sempre ser vinculada a uma maternidade e a mulher orientada quanto a essa informação (CONASEMS, 2018).

O acompanhamento a puérpera ou visita puerperal deve ser realizado nos primeiros dias após o parto, visto que o profissional deverá orientar a mãe quanto ao aleitamento materno, fazer o acompanhamento e cadastro da criança, realizar uma busca ativa a respeito das vulnerabilidades e educar a mãe quanto ao planejamento reprodutivo (CONASEMS, 2018).

O programa cresça com seu filho foi criado em 2014, faz parte hoje em Fortaleza das regiões mais vulneráveis, que são as cobertas pela Regional I, V e VI. Tem como objetivo principal apoiar as famílias em situação de vulnerabilidade para que promovam o desenvolvimento integral de suas crianças no período da gestação e até os três anos. Na Regional VI, participam do programa 08 Unidades Básicas de Saúde da Família, com 24 enfermeiros treinados e 135 ACS, também, capacitados, chegando a atingir uma cobertura de 1215 crianças (BRASIL, 2014b).

Foi questionado aos Enfermeiros quanto aos profissionais mínimos que deveriam prestar assistência a gestante durante o pré-natal. Segundo o Ministério da Saúde (2017), a equipe básica que deve assistir a mulher durante a gestação é composta por Médico, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Auxiliar ou Técnico de Saúde Bucal, Cirurgião Dentista e o Agente Comunitário de Saúde.

Na pesquisa se percebeu uma exclusão dos Técnicos de Enfermagem e ACS, por parte dos Enfermeiros, onde eles foram citados por menos de 40% dos entrevistados, onde o ACS tem papel fundamental na captação da gestante nas comunidades, pois ele, geralmente, já é um morador da região e tem maior acesso à essas pacientes, podendo inclusive identificar situações de risco e fragilidades. O técnico de Enfermagem atua diretamente nas orientações e cuidados básicos dessa mulher, tais como explicando a importância do pré-natal, identificando fatores de risco como uma curva hiperglicêmica e/ou um pico pressórico (BRASIL, 2017).

Apesar de o Cirurgião Dentista ser figura marcante nas Unidades Básicas, apenas pouco mais de 50% dos enfermeiros acreditavam que ele deveria compor o número de profissionais que prestam assistência a gestante.

Durante o período gestacional, a mulher fica vulnerável a determinadas doenças devido a alterações fisiológicas deste período e isto pode gerar intercorrências durante a própria gestação, no parto e ao feto e

recém-nascido. Uma dessas doenças e que ainda não é valorizada na saúde materno infantil é a Doença Periodontal, que acomete em média 60% das gestantes e pode levar a uma resposta imunológica exacerbada e gerar complicações materno-fetais (LIMA et. al., 2018).

As categorias profissionais de Médicos e Enfermeiros foram citadas por 100% dos entrevistados. Acredita-se que esse valor seja pelo fato de ser os dois profissionais que tem maior regularidade de atendimentos com as pacientes em suas consultas de pré-natal, sempre buscando intercalar os atendimentos e realizar um trabalho baseado na prática interdisciplinar.

Foi apresentado aos enfermeiros itens, onde eles deveriam dizer se aquela situação permitiria que o pré-natal fosse realizado na atenção básica, ou em caso negativo, indicaria que eles deveriam encaminhar a paciente ao pré-natal de alto risco. Os itens estavam misturados e a resolução não podia contar com nenhum tipo de auxílio como, por exemplo, consultas a manuais e/ou protocolos federais ou institucionais.

Nos resultados 12,5% dos enfermeiros informaram que pacientes com cardiopatias, não precisariam ser encaminhadas ao pré-natal de alto risco, bem como 62,50% também, não encaminhariam ao pré-natal de alto risco pacientes com Hipertensão Arterial Crônica e/ou caso de paciente que faça uso de anti-hipertensivo (PA>140/90mmHg antes de 20 semanas de idade gestacional – IG); No entanto 68,75% dos entrevistados encaminham para o pré-natal de alto risco pacientes com idade < 15 anos e > que 35 anos, bem como 56,25% dos enfermeiros encaminham para o alto risco pacientes que tiveram na gestação anterior síndromes hemorrágicas ou hipertensivas.

Metade dos entrevistados não encaminharia adolescentes com fatores de risco psicossocial para o alto risco, assim como 18,75%, também, não encaminhariam ao alto risco, gestantes Portadoras de doenças infecciosas como hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis terciária. 37,5% afirmaram que Diabetes Mellitus gestacional e Obesidade Mórbida não são motivos para referenciar pacientes ao serviço de atenção secundária.

31,25% acreditam que distúrbios hipertensivos na gestação atual não necessita de encaminhamento ao alto risco, esse mesmo percentual afirmou também que mulheres com Intervalo interpartal menor do que dois anos ou maior do que cinco anos não podem ter seu pré-natal classificado como de baixo risco.

Uma paciente que por algum motivo venha a ser referenciada ou não referenciada de forma errada para a assistência ao pré-natal de alto risco, pode acabar contribuindo para a superlotação de grandes maternidades e da atenção básica. A superlotação constitui um fenômeno contemporâneo que está presente nas diversas partes do mundo, onde suas causas e consequências ocasionam forte impacto sobre a gestão clínica e a qualidade do atendimento. Seu acontecimento ocasiona retardo no atendimento ao paciente, o que pode elevar o risco de mortalidade. Sendo assim, ela representa uma ameaça aos direitos humanos da população (OLIVEIRA et al., 2017).

Abrangendo o pós-parto como continuidade do cuidado a mãe e ao filho, o primeiro contato dessa criança com a unidade de saúde e seus profissionais deve ser através da visita puerperal, que um instrumento de consulta que está presente em todas as unidades básicas de saúde.

Visitas domiciliares são recomendadas às famílias de gestantes e de crianças na primeira semana pós-parto e, posteriormente a esse período, a periodicidade deve ser pactuada com a família a partir das necessidades evidenciadas e considerando-se os fatores de risco e de proteção. Cabe lembrar que a visita domiciliar não é apenas uma atribuição do agente comunitário, pois toda a equipe faz uso dessa prática, podendo a primeira consulta do RN e da puérpera ocorrer em domicílio, conduzida pelo(a) médico(a) e/ou enfermeiro(a) (BRASIL, 2014).

Foi solicitado aos Enfermeiros que escrevessem quantas consultas de puericultura devem ser realizadas até dois anos de vida e a periodicidade das mesmas. Todos eles informaram que a criança deve ter no mínimo 6 consultas no primeiro ano de vida e no mínimo 2 consultas

no segundo ano de vida. Seis dos enfermeiros (37,5%), informaram realizar a consulta todos os meses, no primeiro ano de vida, após a primeira consulta do recém-nascido (RN), que era feita quando a mãe buscava a Unidade de Saúde para a realização do Teste do Pezinho, dois (12,5%), afirmaram que as consultas por eles eram realizadas a cada dois meses, no primeiro ano de vida, após a primeira consulta do RN, quatro (25%), informaram realizar as consultas no primeiro ano de vida da seguinte forma: Ao nascer, 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês e 1 ano. E os outros quatro entrevistados (25%), informaram dividir as consultas do primeiro ano em: Ao nascer, 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês, 1 ano.

O ideal é que a criança tenha no mínimo 8 consultas de puericultura, no primeiro ano de vida, sendo mensal até o 6º mês e depois trimestral até o 12º mês. Após 1 ano de nascimento a criança necessita de acompanhamento a cada 6 meses. Sendo as consultas primordiais para avaliação do desenvolvimento da criança e as influências de possíveis determinantes sociais (BRASIL, 2014).

Por fim foi solicitado que os enfermeiros identificassem as vacinas que uma criança deve ter tomado, tendo um ano de vida, a questão visou identificar a importância do Enfermeiro frente ao conhecimento do calendário vacinal infantil básico, visto que durante uma consulta de puericultura é fundamental que o mesmo saiba identificar situações de atrasos.

Segundo a Sociedade Brasileira de Imunizações (2019), uma criança com um ano de idade já deve ter sido vacinada com: 1 dose de BCG, 1 dose de Hepatite B, 3 doses da vacina Pentavalente, 2 doses da vacina Rotavírus, 3 doses da vacina contra a poliomielite injetável (VIP), 3 doses de pneumocócica, 3 doses de meningocócica, 1 dose de Hepatite A, 1 dose de Tríplice Viral e 1 dose de Febre Amarela (Na região de Fortaleza está vacinada é obrigatória apenas em casos de viagem para regiões endêmicas ou de surto) (SBIIm, 2019).

Percebeu-se que apenas 3 (18,75%) dos entrevistados acertaram todas as vacinas do primeiro ano de vida infantil. O maior percentual se concentrou nos profissionais que tiveram de 6 a 7 acertos (37,5%), ressaltando que isso significa que acertaram mais da metade das vacinas. Quatro (25%) dos entrevistados acertaram entre 4 e 5 vacinas. Dois enfermeiros acertaram entre 1 e 3 vacinas. E um dos participantes optou por não responder a questão.

Apesar da maioria dos enfermeiros ter acertado mais de 50% das vacinas, isso não exclui a preocupação de que eles estão diretamente ligados ao encaminhamento das crianças à sala de vacina, porém não saberiam identificar todas as vacinas certas que a criança precisa tomar.

O papel da Enfermagem na sala de vacina é definir as ações que são de sua responsabilidade nesse contexto, contribuindo para o controle e/ou erradicação de agravos evitáveis por imunizantes com execução correta de toda a política no que diz respeito à conservação dos imunobiológicos, correta administração e preparo da vacina, conduta frente aos efeitos adversos, preenchimento correto dos impressos e educação continuada para profissionais (MARINELLI; CARVALHO; ARAÚJO, 2015). A saúde é uma área de constante modificação e transformação, com estudos e avanços tecnológicos frequentes e com isso requer capacitação dos profissionais que atuam nesse seguimento.

Segundo os dados encontrados na pesquisa 4 (25%) dos enfermeiros nunca participaram de uma capacitação, 6 (37,5%), relataram que sua última reciclagem ou treinamento foi realizado há mais de 3 anos, 4 (25%), participaram de alguma capacitação no período entre e 3 anos, e apenas 2 (12,5%), informaram ter realizado algum tipo de treinamento, capacitação ou reciclagem no último ano, onde um desses relatou que a capacitação foi realizada por meio particular e mediante sua vontade de se atualizar.

No campo da qualificação dos profissionais inseridos no Sistema Único de Saúde (SUS), a preocupação com a educação dos profissionais

de saúde vem sendo referenciada por meio de movimentos sociais, legislações e políticas públicas que defendem que o Sistema de Saúde deve exigir uma reorientação das políticas de gestão do trabalho e da educação na saúde, com definição de diretrizes para o setor e fortalecimento da integração ensino-serviço- comunidade (OLIVEIRA et al., 2016).

Após quatro décadas da conferência de Alma Ata e três décadas da promulgação da Constituição Brasileira, é importante analisar a situação atual e as perspectivas na formação dos trabalhadores de saúde para atender às novas demandas decorrentes das mudanças demográficas e do perfil de morbimortalidade da população. A atenção primária é a estratégia apoiada internacionalmente como elemento central e orientador de políticas que fortalecem os Sistemas Nacionais de Saúde, com abordagem integral dos indivíduos e famílias; e compreende a saúde como resultado das suas condições de vida e de trabalho. Na agenda para o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) até 2030, o investimento em recursos humanos para a saúde é um dos componentes essenciais (THUMÉ et al., 2018).

Os participantes, também, foram questionados sobre o que para eles era considerado um desafio ou que dificultava uma melhor assistência à saúde da mãe e do filho, tendo como resposta a dificuldade na realização dos exames, principalmente os de imagem. Os profissionais informam que aconselham as suas pacientes a realizar o exame de forma particular, visto que muitas mulheres que não o fazem dessa forma, quando conseguem realizar a 1ª Ultrassonografia (USG) já estão no final do 3º trimestre.

O ministério da Saúde reconhece a falha dentro desse contexto e informa que foram realizados investimentos na Expansão e Qualificação da Rede (Ambiência, CPN, CGBP, leito GAR, UTIN e UCI neonatal), de R\$ 668 milhões em obras aprovadas, onde dessas 12% estão concluídas. Com esse investimento espera-se que haja recursos para 100% da USG, bem como a capacitação de 2.774 Enfermeiras Obstétricas (BRASIL, 2018).

Outro ponto citado pelos enfermeiros é o encaminhamento da paciente para uma rede secundária de atendimento (referência) e a resposta desse encaminhamento para a atenção primária (contrarreferência) das pacientes. Os participantes informam que não existe uma comunicação entre a atenção básica e a rede secundária de saúde, onde muitas pacientes são referenciadas ao alto risco, mas mesmo continuando o atendimento na atenção básica como forma complementar não existe um elo entre os profissionais em prol da assistência ao paciente.

Gestações classificadas como de alto risco necessitam de atendimento especializado. Este requer que seja assegurado a gestante o acesso a serviços que possuam tecnologias duras e leveduras que respondam às suas necessidades em saúde. Considerar-se-á que gestantes demandam maior complexidade para seu atendimento em níveis secundários e terciários de atenção à saúde. Entretanto, é imprescindível a manutenção do acompanhamento pela equipe da Atenção Básica, por ser ela a responsável pelo acompanhamento próximo e contínuo da usuária. Portanto, há necessidade de os serviços de saúde reorganizarem o atendimento prestado a mulheres em período gestacional classificadas como de alto risco, buscando a integração dos serviços de saúde dos diferentes níveis de complexidade e a efetivação do atendimento integral (CORRÊA; DÓI, 2014).

4. Considerações Finais

Apesar do grande esforço feito pelos órgãos competentes, muitos questionamentos ainda devem ser levados em consideração, buscando a melhoria do serviço prestado. Entender que hoje na atenção básica quase todos os programas são voltados à saúde da mulher (mãe) e da criança é o primeiro passo para uma melhoria no contexto de saúde oferecido. Em um contexto geral os resultados da pesquisa apresentaram mais pontos considerados positivos do que negativos.

Dentro da perspectiva trabalhista, observaram-se maior número de concursados e celetistas, mostrando que o profissional de Enfermagem está aos poucos tendo espaço dentro dos cargos públicos.

Atualmente os programas mais presentes continuam sendo pré-natal e puericultura, apesar do planejamento familiar está se mostrando mais presente e não somente um momento de entrega ou prescrição de anticoncepcional. E ressalta-se, também, o aparecimento do programa cresça com seu filho, que é relativamente novo, e ainda não foi implementado em todos os postos de saúde.

Referente às falhas no serviço, deve-se chamar atenção principalmente a dificuldade da realização de exames, como, por exemplo, a Ultrassonografia. E a falta de comunicação com serviços secundários e terciários, em contrapartida é preciso destacar que o Enfermeiro está atento ao que deve ser feito, sentindo-se incomodado com a situação de dificuldade às vezes encontrada.

Quanto ao conhecimento, existe a necessidade de uma reciclagem com os profissionais e os mesmos reconhecem esse déficit, alguns tentam capacitar-se por vontade própria, com ânsia de levar o melhor para o paciente.

Dentro das limitações do trabalho, pode-se citar, a dificuldade dos tramites burocráticos que rodeiam a pesquisa no município, e o difícil acesso aos postos de saúde, em virtude da situação social em que a cidade de Fortaleza encontrava-se no período da pesquisa, o que acabou restringindo e muitas vezes impedindo o acesso aos locais da pesquisa. Em contrapartida, todos os locais visitados, as gestões acolheram a proposta do estudo, assim como os profissionais que se mostraram solícitos em participar e querer contribuir.

Portanto o trabalho revelou questões importantes que necessitam serem mudadas ou realizadas, visando uma maior qualidade do serviço tanto para quem o presta (profissional), como para quem o recebe (paciente).

As dificuldades encontradas na pesquisa abrem espaço para novas pesquisas na área, que possam de alguma forma minimizar os achados. Vale ressaltar a importância significativa da Enfermagem dentro desse contexto visto seu contato direto e mais prolongado com os pacientes, sem contar que o profissional Enfermeiro vem avançando dentro do contexto acadêmico.

5. Referencias

ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Programa de Incentivo ao Parto Normal. 2015.

BRASIL. Comissão Permanente de Protocolos de Atenção à Saúde. Atenção à saúde da mulher no Pré-Natal, Puerpério e Cuidados ao Recém-nascido. Cppas, Distrito Federal, p.1-44, 2017. Ministério da Saúde. Cresça com seu filho: Fortaleza a primeira infância. Prefeitura de Fortaleza. 2014b

_____. Ministério da Saúde. Estratégias de atenção à saúde para redução da mortalidade materna e na infância. Brasília. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança : crescimento e desenvolvimento – Brasília : Ministério da Saúde, 2014a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderneta da gestante / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Nota Técnica 01/2017 de 14 junho de 2017. Lex: Atenção ao Pré-Natal na Atenção Básica. Porto Alegre.

_____. Redes de atenção à saúde: a Rede Cegonha/Consuelo Penha Castro Marques. - São Luís, 2016.

CONASEMS. Secretaria de Saúde. Estratégias de atenção à saúde para redução da mortalidade materna e na infância. Brasília. 2018.

CORRÊA, Áurea Christina de Paula; DÓI, Helga Yuri. Contrarreferência de mulheres que vivenciaram gestação de risco a unidades de saúde da família em Cuiabá. Cienc Cuid Saude, Cuiabá, v. 13, n. 1, p.104-110, 2014.

FERREIRA, Rejane Eleuterio et al. Motivação do Enfermeiro para ingressar em uma pós-graduação stricto sensu. Revista Baiana de Enfermagem, Salvador, v. 29, n. 2, p.180- 185, 2015. Trimestral.

FERREIRA, Sandra Rejane Soares; PÉRICO, Lisiane Andréia Devinar; DIAS, Vilma Regina Freitas Gonçalves. The complexity of the work of nurses in Primary Health Care. Revista Brasileira de Enfermagem, [s.l.], v. 71, n. 1, p.704-709, 2018.

- IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia Estatística - IBEG. Taxa de fecundidade total, segundo as Grandes Regiões / Censo Demográfico 2018.
- LIMA, Maria Ramos Diurado et. al. A importância da saúde bucal em gestantes. Universidade Estadual Paulista “Julio de Mesquita Filho”. Faculdade de Medicina de Botucatu, NEAD.TIS, 2018.
- MARINELLI, Natália Pereira; CARVALHO, Khelyane Mesquita; ARAÚJO, Telma Maria Evangelista. Conhecimento dos profissionais de Enfermagem em sala de vacina: análise da produção científica. Revista Univap, São Paulo, v. 21, n. 38, p.26-35, 2015.
- OLIVEIRA, Gabriela Silva et al. Superlotação das urgências e estratégias de gestão de crise: uma revisão de literatura. Ciências Biológicas e de Saúde Unit, Aracaju, v. 4, n. 2, p.115-126, 2017.
- OLIVEIRA, Mariana Policena Rosa de et al. Formação e Qualificação de Profissionais de Saúde: Fatores Associados à Qualidade da Atenção Primária. Revista Brasileira de Educação Médica, Goiás, v. 40, n. 4, p.547-559, 2016.
- PORTAL EDUCAÇÃO (São Paulo). A contribuição da enfermagem no crescimento e desenvolvimento da criança.2018.
- SANTOS-ORLANDI, Ariene Angelini dos et al. Profile folder adults caring for other older adults in contexts of high social vulnerability. Escola Anna Nery – Revista de Enfermagem, [s.l.], v. 21, n. 1, p.1-8, 2017. GN1 Genesis Network.
- SBIM, Sociedade Brasileira de Imunizações. Calendário de Vacinação SBIm criança. 2019.
- SMS, Secretária Municipal de Saúde - SMS. Regionais de Saúde. - Fortaleza, 2015.
- THUMÉ, Elaine et al. Formação e prática de enfermeiros para a Atenção Primária à Saúde - avanços, desafios e estratégias para fortalecimento do Sistema Único de Saúde. Saúde em Debate, [s.l.], v. 42, n. 1, p.275-288, set. 2018
- UFSC. Universidade Federal de Santa Catarina. Atenção integral à saúde da mulher: medicina. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2016.

NECESSIDADES DE CUIDADO EM SAÚDE DO FAMILIAR CUIDADOR DE CRIANÇA E ADOLESCENTES EM SOFRIMENTO PSÍQUICO

JUCE ALLY LOPES DE MELO
ANA RUTH MACEDO MONTEIRO
JOSÉ MARIA XIMENES GUIMARÃES
RODRIGO JÁCOB MOREIRA DE FREITAS
MARIA ROCINEIDE FERREIRA DA SILVA
VIOLANTE AUGUSTO BATISTA BRAGA

1. Introdução

A luta pelo acesso ao cuidado integral e humanizado para os sujeitos em sofrimento psíquico, incorporada pelo Movimento Brasileiro de Reforma Psiquiátrica Brasileira, tem suas propostas materializadas na construção de uma rede de cuidados de base territorial e comunitária, com vistas à desinstitucionalização das práticas de saúde mental e à participação dessas pessoas na cidade, garantindo-lhes o exercício de seus direitos de cidadania.

Assim, desde o final dos anos 1980 tem-se implantado serviços substitutivos de saúde mental, cuja expansão e consolidação corrobora para que o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011) instituisse a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, com vistas a articular e integrar os pontos de atenção à saúde mental, nos distintos níveis de complexidade do sistema de saúde. Nesse contexto, os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS são estratégicos na reorganização do modelo de atenção à saúde mental, devendo desenvolver ações compartilhadas com a Atenção Primária à Saúde – APS, particularmente com as equipes da Estratégia Saúde da Família-ESF, por meio de apoio matricial e construção de pro-

jetos terapêuticos que possibilitem a inclusão da família e a construção de redes de cuidado nas práticas de saúde no território.

No âmbito dos CAPS, a produção do cuidado é responsabilidade das equipes multiprofissionais, que atuam sob lógica interdisciplinar, as quais devem atuar para além dos muros institucionais, reconhecendo o território como espaço social no qual deve ocorrer o desenvolvimento de estratégias de que promovam maior sociabilidade e maior contratualidade das pessoas com sofrimento psíquico no exercício da sua cidadania. Porquanto, valorizam-se as ações de promoção da saúde mental de cunho individual, mas sobretudo aquelas de alcance coletivo, voltadas à articulação da rede social de apoio na qual os sujeitos estão inseridos. Nesse novo contexto, é preciso reconhecer a família e suas necessidades de saúde nas ações de cuidado, com foco da integralidade e humanização da atenção à saúde mental, pois está envolvida e em convivência com este sujeito (MORAIS et al., 2019).

Com efeito, quando se discute rede social do sujeito, pode-se pensar primeiramente na família, pois é a partir dela que os seres se desenvolvem e constroem suas primeiras relações com o mundo. A família é um grupo que constitui um campo de relações entre pessoas que compartilham significados e sentimentos de suas experiências existenciais, em uma relação intra e extra familiar. Este grupo atravessa os tempos passando por inúmeras transformações e interferências da conjuntura social, tendo a responsabilidade e a exigência dos papéis socialmente atribuídos a ela, de procriar e criar filhos saudáveis e preparados para se inserir a vida em coletividade (COVERO et al., 2004).

No caso de uma criança ou adolescente se encontrar na situação de sofrimento psíquico, os familiares sentem a perda do controle, por não conseguirem desempenhar seus papéis efetivamente, sentindo-se impotentes ou culpados perante o adoecimento psíquico (CHAGAS, 2006). Por conseguinte, é possível identificar familiares angustiados e preocupados com tal problemática da criança e adolescente, outros apresentando desinteresse e desatenção, distanciamento e isolamento,

ou submissão e dedicação de si ao sofrimento do outro, a partir das relações desenvolvidas.

Diante desse contexto, os familiares podem apresentar necessidades de cuidado em saúde, que devem ser visualizadas e atendidas pelas equipes da rede de atenção psicossocial, assumindo que além de cuidar da criança e adolescente em sofrimento psíquico é preciso cuidar dos familiares por meio do atendimento individual ou coletivo, seja no espaço institucional ou domiciliar, proporcionando atividades de ensino, apoio social, lazer, buscando a vinculação intersetorial para a melhoria de acesso ao trabalho, à educação e à saúde da família.

Por cuidado em saúde, entende-se que este não deve ser simplificado e deve favorecer a relação entre profissionais e sujeitos. Assim, cuidar vai além de uma prática apenas de elaboração de orientações e prescrições normativas do que fazer e como fazer. O familiar precisa ser cuidado no âmbito de uma vinculação que proporcione a escuta, o entendimento e autonomia do mesmo. E esse cuidado precisa envolver-se com o eixo da integralidade, que traduz-se em atender os problemas físicos, psíquicos e sociais do sujeito familiar. O cuidado integral é também entendido como o “entrelaçamentos” de pessoas, ou seja, efeitos e repercussões de interações positivas entre usuários, profissionais e instituições que são traduzidas em atitudes como: tratamento digno e respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo (PINHEIRO; GUIZARDI, 2006). É nessa direção que a rede social se traduz por um sistema composto de “nós”, representados por sujeitos e/ou instituições, e conexões, que são as interações destes (LANDIM et al., 2010).

Nesse sentido, as necessidades do familiar que convive com a criança e adolescente em sofrimento psíquico podem ser cuidadas por meio do apoio social, enquanto fundamento para a troca de experiências, companhia, aconselhamento, escuta, alívio do seu sofrimento, configurando-se enquanto recursos não substitutivos do serviço de saúde mental formal, mas sim de ampliação da rede de cuidados à família.

Partindo-se da compreensão de que as experiências vividas dão significado à percepção de cada pessoa sobre um fenômeno particular, e na perspectiva de ouvir a história do “ser” familiar, nossa questão problema é: na convivência com a criança ou adolescente em sofrimento psíquico, como o familiar percebe as suas próprias necessidades de cuidado à saúde?

Com vistas a dar respostas ao questionamento, objetivou-se apreender as percepções do familiar quanto às suas necessidades de cuidado em saúde, utilizando o referencial teórico metodológico da sociologia fenomenológica de Alfred Schutz.

Desse modo, o estudo torna-se relevante, pois ao descrever a experiência vivida e as percepções que ela faz surgir, aproximam-se da vivência familiar que é particular, rica em diversos significados, valores, motivos, aspirações, as quais são esses elementos que constituem a essência de se conviver com a criança e adolescente em sofrimento psíquico. Tendo em vista que em nível brasileiro ainda são poucas as pesquisas que se enveredam para compreender as necessidades de cuidados à saúde do familiar em convivência com crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, a pesquisa se propôs buscar contribuições a esta temática.

2. Metodologia

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, seguindo o referencial teórico metodológico da fenomenologia social de Alfred Schutz (2012), de natureza exploratória e descritiva, uma vez que possibilitou maior familiaridade com o objeto de estudo, a ponto de explorar novas descobertas e/ou aprimorar as ideias existentes sobre ele, descrevendo as características de determinada população e/ou fenômeno vivido (GIL, 2014).

A pesquisa foi realizada no domicílio dos familiares de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico atendidas no Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência – CAPS, no município de Mos-

soró – Rio Grande do Norte (RN), tendo em vista que neste lócus tivemos a oportunidade de nos aproximarmos mais das condições de vida, das relações interpessoais e sociais e das experiências vividas dessas pessoas.

Participaram da pesquisa 10 familiares de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico atendidas no CAPS da cidade de Mossoró – RN, selecionados com base nos seguintes critérios de inclusão: Ser familiar cuidador da criança ou adolescente em sofrimento psíquico grave (usuário intensivo) atendida no CAPS, com frequência de adesão ao serviço, cinco vezes por semana e há pelo menos três meses; Ser parente de 1º ou 2º grau e conviver no mesmo tempo e espaço domiciliar da criança ou adolescente em sofrimento psíquico. Os critérios de exclusão foram os familiares que apresentassem deficiência verbal ou cognitiva que impossibilitasse a participar da pesquisa e familiares menores de 18 anos de idade.

A principal fonte de produção de dados empíricos foi o diálogo em profundidade, entre a pesquisadora e o sujeito familiar, sendo também utilizado as entrevistas semiestruturadas. Este processo foi desenvolvido a partir da relação face a face e da intersubjetividade, pois somente assim pôde-se perceber o outro e conhecê-lo, captando a sua ação subjetivamente significativa no mundo da vida.

Nessa relação face a face, entrevistado e entrevistador compartilharam um com o outro um presente vivido, gerando o relacionamento do Nós, que é a orientação para o Tu correspondida pelo outro, em que ambos se voltaram intencionalmente um para o outro em um determinado tempo e espaço (SCHUTZ, 2012; 2008).

O roteiro norteador da entrevista foi composto por questões abertas, proporcionando maior liberdade ao sujeito familiar a partir do rompimento com a formalidade para que houvesse maior adesão e, conseqüentemente, coerência entre a produção de dados e os objetivos propostos. Desse modo, interrogou-se: Diante da convivência com a

criança ou adolescente em sofrimento psíquico, quais as necessidades de cuidado à saúde que você julga ter?

Antes da entrevista, foi realizado uma reunião no CAPS com os sujeitos da pesquisa. Na ocasião, foi entregue uma carta convite a cada familiar, convidando o mesmo para fazer parte da pesquisa, bem como a leitura e explicação do Termo de Consentimento Livre Esclarecido – TCLE. As entrevistas foram audiogravadas e, posteriormente, transcritas com o auxílio do Software Digital Voice Editor 3^o para o Office Word^o no microcomputador.

A análise de dados de acordo com o referencial teórico metodológico da fenomenologia social começou desde a coleta de dados, ou seja, foram simultâneas, sendo o exercício metodológico operante nas seguintes atividades: realizou-se a epoché da atitude natural, em que se suspendeu a dúvida sobre o mundo da vida cotidiano e qualquer pressuposto a ele, em um esforço para alcançar a essência do fenômeno vivido; utilizou-se a intuição, com vistas a permanecer-se aberto aos significados atribuídos ao fenômeno por aqueles que o vivenciaram; transcreveu-se e realizou-se a leitura minuciosa sobre as entrevistas e relatos expressos; exercitou-se a análise, na qual se apreenderam os significados essenciais do fenômeno, a partir da situação biográfica e conhecimento à mão do entrevistado e entrevistador; organizou-se e agrupou-se os significados apreendidos a partir das suas similaridades, consequentemente definindo as categorias concretas de primeiro e segundo grau; exercitou-se a descrição e discussão, passando-se a interpretar subjetivamente o fenômeno a luz dos conceitos da fenomenologia sociológica de Schutz (2012; 2008).

Para chegarmos à compreensão sociológica de Schutz foi preciso, entender que todas as experiências e todos os atos se fundam nas estruturas de significatividade, desse modo ao serem exploradas as vivências dos sujeitos no mundo da vida, os atores captam o que está ocorrendo realmente na sua consciência, sob influência da situação biográfica e

conhecimento tipificado das experiências vividas. A interpretação subjetiva do sentido da ação só foi possível revelando os motivos que determinam o seu curso, e, para isso, foi preciso descobrir o projeto existente por trás do ato de comunicação, expresso por signos, que caracterizam um contexto objetivo de significação, mas também oferecem indicações facilitadoras desta interpretação subjetiva (SCHUTZ, 2008).

Na interpretação subjetiva pretendeu-se obter os primeiros significados captados e interpretados a partir da experiência do senso comum do mundo intersubjetivo da vida diária do ator que vivencia o fenômeno. O agrupamento desses significados por semelhança de sentido chama-se de categorias concretas de primeiro grau. Posteriormente a pesquisadora social, também sob influência da situação biográfica e conhecimento tipificado das suas experiências vividas, observou a significatividade expressa nas entrevistas e inferiu sentido as mesmas dando origem às categorias concretas de segundo grau (SCHUTZ, 2012).

O conteúdo das entrevistas de cada familiar foi analisado em separado, como em estudo de caso, compondo descrição sucinta de cada sistema familiar, seguindo um sistema de categorias para cada caso único, que depois foi revisto de forma a constituir uma estrutura temática que englobasse a análise de outras famílias, facilitando a comparação entre os sistemas (FLICK, 2009).

O projeto teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte - RN, sob o protocolo 02605412.1.0000.5294. Na perspectiva de assegurar o anonimato dos participantes do estudo, ao apresentar trechos das falas, os familiares foram denominados pela letra 'E' seguida de um número cardinal.

3. Resultados e Discussões

Com base na análise das falas obtive-se as seguintes categorias concretas:

3.1. Necessidades de cuidado.

Esta categoria abrange as necessidades de cuidado à saúde que surgiram na convivência com a criança e adolescente em sofrimento psíquico. Sendo subdividida em três subcategorias: Necessidades de conhecimento sobre o sofrimento psíquico; Necessidades de cuidado na rede de saúde; Necessidades de apoio social.

Para a análise da categoria concreta, utilizamos o referencial teórico de Alfred Schütz (2012; 2008), com base especificamente aos conceitos de situação biográfica, conhecimento à mão, relação face a face, intersubjetividade, ação social, relevâncias, motivações para e motivações por quê.

Quanto à situação biográfica dos sujeitos da pesquisa pode-se perceber que a maioria composta por familiares cuidadores do gênero feminino, sendo apenas um do gênero masculino, na faixa etária entre 28 e 44 anos.

O tipo de vínculo mais comumente encontrado entre o familiar-cuidador e a criança ou adolescente é o de mãe-filho, sendo apenas um participante com vínculo de pai-filho. Os familiares mantêm relações estáveis, com estado civil de casado, e constituindo uma família do tipo nuclear.

Quanto à escolaridade, a maioria dos familiares entrevistados não haviam concluído o ensino fundamental ou ensino médio, apenas dois tinham o ensino médio completo e um o ensino superior completo. Quanto à execução de atividade laboral as entrevistadas classificam-se na função de donas de casa, havendo apenas um familiar com a função de pedreiro.

O nível da renda mensal das famílias foi entre dois a três salários mínimos, e sete participantes encontram-se vivendo em casa própria e três em casa alugada. O meio de transporte utilizado variou muito, pois cinco se deslocam de carro próprio, quatro de ônibus, e um de moto.

Desse modo, percebe-se que o mundo social e a situação biográfica do sujeito familiar estão em consonância com as categorias concretas que emergiram.

3.2. Necessidades de conhecimento sobre o sofrimento psíquico

O desconhecimento dos familiares, mas também de outros atores como professores, sobre o sofrimento psíquico, a sintomatologia e as estratégias que podem ser utilizadas para lidar com as situações conflituosas e difíceis, tem se expressado como um problema na convivência com a criança e adolescente em condição de sofrimento psíquico. Esse contexto tem sido referência para que os familiares relatem necessidades quanto ao conhecimento sobre o sofrimento psíquico, tanto familiar quanto da rede social, uma vez que necessitam de suporte de conhecimento para lidar com o seu ente familiar usuário do CAPS. Isso fica evidente nos depoimentos:

“Na escola também, os professores não sabem como lidar e não entendem. Quando ele começa a chorar, ou quando ele tem algumas crises e fica nervoso, ai já ligam pedindo para ir pegar ele, porque não sabem o que fazer”. (E1)

“Falta experiência e informações de como conviver com elas, pois nós temos poucas. Mas depois que eu comecei a frequentar o CAPSi, está melhorando pois a cada dia, a gente aprende mais a como lidar com elas”. (E2)

“No início foi mais difícil, porque teve aquele “baque” quando eu soube do diagnóstico. Eu não sabia o que era, eu não entendia. Ai meu marido pesquisou na internet para saber o que era o autismo, porque até então a gente não sabia nem o que era. Ai pesquisou como deveríamos lidar com ele. Ai lá no CAPS também sempre orienta”. (E5)

“Sem eu entender e saber que ele era autista, eu brigava com ele, e ele não estava nem ai. Ai teve um dia que eu fui bater nele, ai era eu batendo nele e ele batendo em mim, ai eu acho que ele pensava assim, deve ser uma brincadeira ai eu vou descontar. Ai quando começou lá no CAPS, disseram que não era para eu bater nele, deveria impor limites e colocá-lo de castigo. E eu dizia que ele não entende, ele não sabe o que é castigo, ai se levanta. Ai é muito difícil, porque lá no CAPS eles dizem que os autistas entendem tudo, mas para mim eles não entendem não. Porque eu falo às vezes, e ele não obedece”. (E6)

Esse discurso pode ser interpretado por dois horizontes: primeiro, confirma a inexistência de conhecimento por parte dos familiares sobre as instituições responsáveis pelo cuidado em saúde mental, bem como a pouca proximidade dos próprios serviços e dificuldade de acesso aos serviços de atenção psicossocial.

As dificuldades escolares são frequentemente encontradas em associação com o início dos sintomas de sofrimento psíquico da criança ou adolescente. Assim, alguns familiares percebem-se em situação difícil junto à escola, pois professores, coordenadores, e outros estudantes não estão preparados para conviver com o sofrimento psíquico da criança e adolescente. As queixas da escola podem ser relacionadas não apenas ao despreparo dessa instituição em lidar com o sofrimento psíquico, como também à discriminação sofrida por essas crianças e adolescentes por outros estudantes, e até mesmo, por professores e coordenadores (TÁVORA, 2011).

Há a necessidade de intervenções educativas junto aos familiares, com o objetivo de aumentar seu conhecimento sobre o sofrimento psíquico, bem como as formas de lidar com a criança e adolescente no seu cotidiano e em momentos de crise. A família demonstra necessidade de conhecer sobre a ‘doença’, os seus sintomas e efeitos, visto que o sofrimento psíquico possui representações de ordem simbólica, moral, social e psicológica tanto para a pessoa que sofre quanto para a sua família (Barroso; Bandeira; Nascimento, 2009; Navarini; Hirdes, 2008).

É justamente por lidarem com o ‘desconhecido’, que o distanciamento, a exclusão, a não formação de vínculos, bem como os sentimentos de medo, angústia e preocupação atrelam-se à convivência com a criança e adolescente em sofrimento psíquico, tanto por parte da família quanto por parte da rede social. Por sua vez, isso influencia nas ações dos familiares, professores e profissionais de saúde frente à convivência com crianças e adolescentes, originando atitudes agressivas e conflituosas no conviver.

Outro aspecto inerente para a compreensão do sofrimento psíquico, diz respeito à comunicação entre os sujeitos que se dá no mundo da vida cotidiana, sendo o processo de criação de significados baseado na memória das experiências. E o cruzamento ou comunicação entre essas memórias só é possível ao transcender o mundo mais próximo de mim e visitar outras províncias de significado (SCHUTZ, 2008).

Portanto, à medida que não se conhece o sofrimento psíquico, nem por parte familiar e nem por parte da rede social (escola, amigos, vizinhos, profissionais de saúde etc), o processo comunicativo estará em prejuízo, tendo em vista que os significados não estarão sendo interpretados e partilhados pelos sujeitos envolvidos.

Para tanto, faz-se necessário reconhecer o modo de vida dos familiares, que se traduz em diferentes necessidades. Ademais, é relevante compreender que acesso e o valor de uso de cada tecnologia são determinados pela necessidade de cada pessoa, em cada momento. Assim, as necessidades de cuidado, no que diz respeito ao conhecimento sobre o sofrimento psíquico, abrange aspectos relacionados à construção de vínculos afetivos entre o usuário e o profissional ou equipes de saúde, bem como a construção de autonomia que cada pessoa tem no seu modo de andar a vida, o que vai além da informação e da educação, mas uma compreensão dos sujeitos em relação (PINHEIRO; GUIZARDI, 2006).

3.3. Necessidades de cuidado pela rede de saúde

De modo geral, os familiares sinalizam necessidades de assistência à saúde, por parte da rede de atenção à saúde mental, se colocando enquanto sujeitos, que no seu processo de conviver com o sofrimento dos seus filhos, apresentam problemas principalmente de ordem emocional, sinalizadas pelo choro, preocupação, medo, desespero, negação e receio de adoecimento mental.

“Eu acredito ter necessidades, pois qualquer mãe que tem um filho especial precisa de um apoio de um psiquiatra e de um psicólogo. Porque antes eu me preocupava muito, logo no início quando eu soube, e quanto mais eu pesquisava na internet, eu via coisas tristes, ai eu chorava muito. Ai eu estava até com medo de cair em depressão”. (E3)

“Para mim, eu nunca procurei um serviço de saúde para resolver as minhas tensões, mas eu acho que eu preciso de um psicólogo. Eu acho que os pais precisam ser cuidados, assim como os filhos são tratados, os pais precisam também. Nem que seja só para desabafar algumas coisas. Eu acho que deveria ter uma terapia só para os pais”. (E5)

“Eu sinto necessidade de conversar, acho que lá no CAPS era para ter um momento para conversar com nós pais”. (E7)

“Eu pensava em procurar um psicólogo. Já tive vezes de pensar em procurar alguém para me ajudar, para me dá alguma opinião, para tentar melhorar a situação um pouco. Às vezes eu queria saber como agir com ele sobre como sair com ele. não sei se fui eu que fui culpada, por eu não ter saído com ele quando ele era novinho, não foi acostumado, porque hoje não tenho como sair com ele”. (E10)

Evidencia-se com base nas falas que os familiares apresentam a necessidade de serem incluídos como sujeitos que também precisam de cuidado no âmbito da rede de atenção à saúde mental, com vistas a serem acolhidos, escutados e apoiados na convivência com a criança e adolescente em sofrimento psíquico e nas suas necessidades de saúde oriundas desta relação.

Diante do impacto da descoberta do sofrimento psíquico da criança e adolescente em sofrimento psíquico, a família vivencia sentimentos controversos e difíceis de compreender, o que a longo do tempo pode gerar sobrecarga, que dificulta a convivência, tornando-a insustentável, difícil e desgastante, o que ressalta a importância de serem orientadas e apoiadas (BORBA; SCHWARTZ; DANTORSKI, 2008).

Com efeito, os familiares demandam ações de cuidado direcionadas ao atendimento de suas necessidades no âmbito da rede de atenção à saúde. Tais necessidades podem emergir de aspectos relacionados ao ciclo vital do familiar, mas também do processo de cuidar do filho com sofrimento psíquico, que podem comprometer a sua função de cuida-

dor gerando uma interposição negativa na condução do cuidado (COVELO; BADARO-MOREIRA, 2015).

Diante da difícil tarefa de cuidar do familiar de pessoas em sofrimento psíquico, por se caracterizar como uma realidade complexa, identifica-se que há a necessidade dos integrantes da família ter suporte emocional (COVELO; BADARO-MOREIRA, 2015). Porém, não se desvinculando do apoio psicossocial, tanto dos indivíduos em sofrimento psíquico como de seus familiares, por meio de uma rede de atendimento centrado na comunidade tendo como estratégia terapêutica o acolhimento, responsabilidade, humanização da atenção e a interdisciplinaridade.

Os CAPS tornaram-se uma dessas principais modalidades de atenção psicossocial para integração da pessoa em sofrimento psíquico no ambiente social e cultural, abrindo as possibilidades para a convivência com a sociedade e familiares, na busca pela reinserção social dos seus usuários ao acesso ao trabalho, lazer, exercício de direitos civis, fortalecimento dos laços familiares e comunitários (SCHRANK; OLSCHOWSKY, 2008).

A produção do cuidado deve acontecer, de uma maneira ampla, em que a criança e adolescente tenham suas diversas necessidades atendidas, incluindo-se além do cuidado terapêutico, as próprias demandas do cotidiano familiar ou com a interação social, onde requer do cuidador perceber fatores que possam minimizar a sintomatologia por condutas em sua vivência, capazes de garantir uma continuidade no cuidado (REIS et al., 2016).

Portanto, o sofrimento psíquico da criança e adolescente representa um grande abalo para o familiar que convive com ele. É evidente, que cada familiar tem sua visão quanto ao sofrimento psíquico, assim a compreensão sobre o modo de conviver com a criança e adolescente está diretamente relacionado com o modo de cada família enfrentar o sofrimento psíquico. É comum na coexistência familiar, tendências para

a saúde e para a doença, e o que faz o diferencial é a maneira de como a família enfrenta a situação de crise e mudanças. Este diferencial pode ser influenciado por diversos fatores sociais, econômicos, psicológicos, e familiares, os quais caracterizam a família e que são determinantes das relações saudáveis e das relações adoecidas (MELMAN, 2008).

O encontro entre familiar e profissional de saúde precisa ser pautado na relação face a face, a qual valoriza a orientação de um para o outro, sendo as suas intencionalidades partilhadas e compreendidas a partir do conhecimento construído das suas experiências. Só assim, o sujeito familiar poderá ser compreendido, pois estarão vivendo em um determinado espaço e tempo, e em um determinado presente, estabelecendo uma relação de vivência mútua e compreensão das suas necessidades.

É na situação face-a-face que pode se dar a maior parte de meu intercâmbio social junto aos meus semelhantes. É na situação face-a-face que ocorre um processo intercomunicativo, direcionado pelo ato intencional de apreender o outro como um sujeito vivo e consciente, havendo uma simultaneidade vivida. É na relação face-a-face que pode haver a compreensão genuína entre os sujeitos, na medida em que nesta situação pode emergir uma direção intencional do eu para o tu e vice-versa, proporcionando, deste modo, um envolvimento, uma troca (SCHUTZ, 2012).

Compreender as necessidades do familiar é de extrema necessidade para a vivência no mundo social, pois é a partir dela que será possível interpretar o processo saúde-doença do familiar, bem como as suas atitudes perante o mundo da vida cotidiana em relação à criança e adolescente em sofrimento psíquico.

O compreender é correlativo de significar, pois só algo compreendido é significativo. O familiar em atitude natural só compreende o mundo interpretando suas vivências com a criança e adolescente em sofrimento psíquico. Essa compreensão implicará na captação do que está ocorrendo realmente na mente do familiar, na apreensão das coisas das quais as manifestações externas são meras indicações, e nesse senti-

do, o profissional de saúde está em relação face a face com o familiar no intuito de trocarem mutuamente essa compreensão (SCHUTZ, 2008).

Desse modo, os CAPS têm vivenciado dificuldades quanto ao estabelecimento de espaços e estratégias para que o familiar expresse suas necessidades biológicas, materiais e emocionais, por meio das suas experiências, crenças, relações, opiniões e escolhas. Uma delas diz respeito aos projetos de cuidado individualizado ao sujeito em sofrimento psíquico sem envolver-se com o núcleo familiar.

A história de vida da família que convive com o sujeito em sofrimento psíquico, muitas vezes é esquecida na supremacia do cuidado a criança e adolescente e na sobrecarga de atividades assistenciais por parte da grande maioria dos profissionais do CAPS. Se a pretensão constitucional do CAPS se configura no compromisso de profissionais com um cuidado integral, comunitário, de escuta ativa, de ressocialização, onde a família é entendida como lócus e promotora do cuidado, há de se considerar que esta família necessita de atenção e de inclusão nas estratégias de cuidado deste serviço. 3.4. Necessidades de apoio social

Os familiares necessitam de uma rede mais ampla de cuidado a si, tendo em vista que para eles a convivência e cuidado com as crianças e adolescentes em sofrimento psíquico são difíceis, e precisa ser partilhado, na perspectiva de não trazer prejuízos à saúde dos mesmos. Dessa forma, expressam sentirem falta do apoio de amigos e familiares para o cuidado, na responsabilização e divisão de tarefas relacionadas ao cuidado, como também servirem como apoio informativo ou de escuta.

“Eu sinto mais necessidade de apoio, de poder contar com a família e amigos para cuidar dele. Não tem aquela pessoa que eu possa contar quando eu precisar”. (E5)

“Nem recebo ajuda e apoio de amigos ou mesmo da família para cuidar dele não.

Porque amigos a gente encontra para beber, brincar, se divertir, é muito difícil encontrar amigos para essa horas de dificuldades. Até mesmo na família, ele dizem assim: esse menino não tem o juízo certo. Deveria levar esse menino para aposentar.

Então gente da família diz isso, imagine os de fora. Por isso que eu só tenho força mesmo, em Deus”. (E6)

“Eu queria muito conversar sobre o assunto do meu filho, mas com as minhas amigas não dá certo, porque elas não vão entender nada do que eu estou falando. Eles não passam pela mesma situação, elas não têm um filho como o meu. Então assim, eu sinto a necessidade de uma conversa”. (E9)

“A gente se sente solitário nessa luta, principalmente morando no interior, carente de maiores cuidados. A gente tem dificuldade em todos os aspectos”. (E9)

Um dos fatores que torna o cuidado ainda mais difícil é questão de não existir um apoio dos demais membros da família, seja pelas atividades diurnas que o membro se insere ou até mesmo pela demanda do familiar em sofrimento psíquico (REIS et al., 2016).

Entende-se que o suporte familiar e social pode facilitar a relação de cuidado, pois os cuidadores principais podem sentir-se mais confortados e com disponibilidade para realizar outras tarefas que lhe sejam relevantes e salutar para a promoção de saúde física ou mental, permitindo ainda o exercício de solidariedade, num compartilhamento de tarefas e responsabilidade pelo bem-estar do outro (SILVA, 2010).

Assim, é necessário haver uma interação social para o desenvolvimento do cuidado à criança e adolescente em sofrimento psíquico, conseqüentemente, o cuidado não poderá acontecer apenas entre cuidador e criança ou adolescente, pois a existência de outras pessoas, amigos, familiares favorecerão um cuidado mais amplo e de maior significância. Reduzindo as tensões do familiar que cuida da criança e adolescente, pois perceberão que não estão sozinhos, sendo um processo de cuidado projetado por todos nós, familiares e sociedade.

A interação social por meio do mundo intersubjetivo ocorre através da imposição dos objetivos do meu semelhante, onde ocorre o despreendimento dos objetivos iniciais por projetos que tomam em conta os objetivos do outro, e vice-versa. A intersubjetividade é a categoria fundamental da existência humana no mundo da vida. O mundo da vida não significa o meu mundo privado, mas um mundo onde estou sempre vivenciando uma relação compartilhada com os outros (SCHUTZ, 2012).

Por este motivo, os familiares cuidadores de criança e adolescentes, sentem a necessidade de compartilharem experiências cotidianas, na forma da coexistência, indicando que as ações são sempre intersubjetivas entre eles e demais membros em relação. Viver no mundo da vida significa viver em envolvimento interativo com muitas pessoas, em complexas redes de relacionamentos sociais. A interação social pressupõe a existência de uma simultaneidade vivida e melhor superação dos desafios de uma forma conjunta.

4. Considerações Finais

Para a compreensão das necessidades de cuidado em saúde do familiar que convive com a criança ou adolescente em sofrimento psíquico, a fenomenologia se mostrou adequada, pois o mundo social não deve ser aceito de forma ingênua, mas ser reconhecido como ambiente complexo de atividades humanas, que para serem compreendidas devemos nos voltar ao ator dessas ações, ao sujeito do mundo social.

Em um mundo intersubjetivo, familiares de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, compartilham e interpretam um ao outro. Desse modo, as expectativas e intencionalidades giram em torno do cuidado a criança e adolescente em sofrimento psíquico, sendo expressos sentimentos de tristeza, desânimo, impotência, culpa e preocupação, principalmente, em relação ao futuro das suas crianças e adolescentes.

Nesse contexto, os familiares vivenciam uma diversidade de necessidades de cuidado à saúde. A primeira delas é quanto à construção de conhecimento sobre o sofrimento psíquico, pois foi demonstrado que a família e outras pessoas em convivência com a criança e adolescente em sofrimento psíquico necessitam reconstruir o seu conhecimento à mão na perspectiva de ajudarem no lidar com a criança e adolescente.

A segunda necessidade identificada, diz respeito à construção de uma rede de atenção que inclua o familiar nas suas atividades, de modo

a assegurar um cuidado extensivo ao binômio: familiar cuidador e crianças e adolescentes em sofrimento psíquico.

A terceira necessidade relatada foi sobre a constituição e valoração de apoios sociais representados por outros familiares, amigos e profissionais de saúde na perspectiva de encontrarem apoio para cuidarem de si e de suas crianças e adolescentes em sofrimento psíquico. Essas necessidades valorizaram principalmente a interação social entre os sujeitos na intenção de trocas de experiências, de conhecimento, de apoio psicológico e social.

Aponta-se a necessidade de uma reorganização de instituições, familiares, crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, e sociedade geral após a compreensão aqui aprendida dos aspectos inerentes à convivência com esse ser.

Para os serviços de saúde formais é necessário escutar e construir espaços de sociabilidades e cuidado ao familiar. Há de haver também uma melhor comunicação e articulação da rede em saúde mental, reconhecendo a família enquanto lócus de cuidado, e que em virtude dos seus contextos, necessitam de apoio das mais variadas ordens para sustentação do cuidado domiciliar e uma melhor convivência.

Quanto às instituições de apoio social, estas devem ser fortalecidas e trabalhadas na perspectiva de se aliarem aos serviços formais de atenção à saúde mental, de modo a constituir uma rede mais ampla de cuidado ao familiar que convive com a criança e adolescente em sofrimento psíquico.

Para os profissionais de saúde, a pesquisa contribui no entendimento sobre a família, de forma a refletir e considerar que está também necessita de cuidado numa logística de articulação da rede psicossocial de apoio formal e informal, assim, a equipe de profissionais de saúde poderá planejar um cuidado consoante com a realidade na qual a família vive, além de estimulá-la a ampliar seu ciclo de convivência e se fortalecer mutuamente.

5. Referências

- BARROSO, S.M.; BANDEIRA, M.; NASCIMENTO, E. Fatores preditores da sobrecarga subjetiva de familiares de pacientes psiquiátricos atendidos na rede pública de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v. 25, n. 9, p.1957-1968, 2009.
- BORBA, L.O.; SCHWARTZ, E.; DANTORSKI, L.P. A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 21, n. 4, p. 588-94, 2008
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 3088 de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde [Internet]. Brasília: 2011 [citado em 2019 jun 30]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html
- CHAGAS, N.R. O cuidador familiar e o cuidado à criança com câncer em quimioterapia no domicílio: abordagem da Fenomenologia Social. 144f. Dissertação [Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Saúde]. Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza: 2006.
- COLVERO, L.A.; IDE, C.A.C.; ROLIM, M.A. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. *Rev Esc Enferm USP*, v. 38, n. 2, p. 197-205, 2004.
- COVELO, B.S.R.; BADARO-MOREIRA, M.I. Laços entre família e serviços de Saúde Mental: a participação dos familiares no cuidado do sofrimento psíquico. *Interface (Botucatu)*, vol.19, n.55, pp.1133-1144, 2015.
- FLICK, U. Uma introdução à pesquisa qualitativa. Tradução Sandra Netz. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2009.
- GIL, A.C. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6 ed. – 6 reimpr. – São Paulo: Atlas, 2014.
- LANDIM, F.L.P.; NUNES, M.O.; COLLARES, P.M.C.; MEDEIROS, I.V. Estudo-síntese: interfaces da análise de rede social com o campo da saúde mental. *Cad. Saúde Colet.*, v. 18, n. 4, p. 527-35, 2010.
- MELMAN, J. Família e Doença Mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares. 3. ed. São Paulo: Escrituras, 2008.
- MORAIS, A.P.P.; GUIMARÃES, J. M.X.; ALVES, L.V.C.; MONTEIRO, A.R.M. produção do cuidado na atenção psicossocial: visita domiciliar como tecnologia de intervenção no território. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2019 [Prelo].
- NAVARINI, V.; HIRDES, A.A. família do portador de transtorno mental: identificando recursos adaptativos. *Texto e Contexto – enferm.*, v. 17, n. 4, p. 680-688, 2008.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. Cuidado e Integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In.: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A (orgs.). Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ; ABRASCO; 2006. P. 21-36.

REIS, T.L. et al. Sobrecarga e participação de familiares no cuidado de usuários de Centros de Atenção Psicossocial. Saúde debate, v. 40, n. 109, p. 70-85, 2016.

SCHRANK, G.; OLSCHOWSKY, A. O CAPS e as estratégias para a inserção da família. Rev. Esc. Enf. USP. São Paulo, v. 42, n. 1, p. 127-134, 2008.

SCHUTZ, A. El problema de la realidad social. 2ª ed., 2ª reimp. Buenos Aires: Amor-ortu, 2008.

SCHUTZ, A. Sobre fenomenologia e relações sociais. Edição e organização de Helmut T.R. Wagner. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

SILVA, K.V.L.G. Cuidado ao familiar de adulto em sofrimento psíquico: desafio para a assistência de enfermagem. 120 f. Dissertação [Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Saúde]. Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza: 2010.

TÁVORA, R.C.O. Típico familiar de criança e adolescente em sofrimento psíquico reflexões sobre o cuidado clínico de enfermagem. Dissertação [Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Saúde]. Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza; 2011.

UM NOVO OLHAR SOBRE A ATENÇÃO PRIMÁRIA AO HOMEM: DESAFIOS E IMPACTOS DA PREVENÇÃO, PROMOÇÃO E RECUPERAÇÃO DA SAÚDE E SUAS INFLUÊNCIAS NA CONTEMPORANEIDADE.

ANTÔNIO EUSÉBIO TEIXEIRA ROCHA
BRUNA DE ALBUQUERQUE MARANHÃO SUCUPIRA SALVADOR
HORTÊNCIA MONTENEGRO CAMPOS
CHRISTIAN MAX UCHÔA LEITE
ANA MANUELA DIÓGENES TEIXEIRA

1. Introdução

A partir do final do século XX, a saúde do homem tem recebido cada vez mais um maior destaque. Vem tornando-se tema de discussões entre gestores do SUS, Sociedade Civil Organizada, acadêmicos, e agentes de cooperação internacional no intuito de melhor reconhecer os desafios para o acesso mais efetivo dos homens às políticas públicas de saúde.

O uso dos serviços de saúde pelos homens difere do realizado pelas mulheres, concentrando-se na assistência a agravos e doenças, em que a busca por atendimento, em geral, acontece devido a situações de extrema emergência e/ou em nível especializado ou de urgência.

O modo como o sistema de saúde no Brasil vem se organizando revela que a maior parte do atendimento de atenção básica privilegia grupos populacionais classicamente considerados mais vulneráveis, por meio de ações programáticas voltadas para a saúde da mulher, da criança e do idoso, pouco favorecendo a atenção à saúde do homem. Pode-se constatar essa incongruência quando se analisam os programas voltados para prevenção e campanhas de autocuidado, as quais são direcionadas somente para as categorias de usuários supracitados.

Motivado pela intensa e contínua necessidade de melhora da condição da saúde do homem, associada aos crescentes índices de morbimortalidade na população masculina, foi criada, através da Secretaria de Atenção à Saúde e do Ministério da Saúde, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem - PNAISH (Brasil, 2009), a fim de nortear a atenção básica em saúde para essa população.

É importante considerar que os gestores e profissionais de saúde, vivendo sob a égide da dominação dos mesmos modelos de masculinidades que pretendem combater, também estão passíveis de reforçar as barreiras socioculturais e institucionais que afastam os usuários homens dos serviços (Moura, 2012). Para isso, a PNAISH deve apontar para as possibilidades de mudanças profundas na reorganização de práticas e sentidos acerca do que é ser homem, nas relações de equidade de gênero e nas suas implicações no processo de saúde-doença.

Desse modo, torna-se necessária uma maior compreensão dos conceitos e das necessidades específicas da saúde do homem, para assisti-la de forma mais eficiente e efetiva. Salientando as principais linhas de ações e eixos temáticos norteados pelo PNAISH dando sua importância para a atenção básica.

2. Programa Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem

Para minimizar tais fragilidades do sistema de saúde, o Ministério da Saúde (MS) instituiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem - PNAISH, por meio da Portaria nº 1.944/GM em 27 de agosto de 2009, cujos objetivos principais são: qualificar a assistência à saúde masculina na perspectiva de linhas de cuidado que resguardem a integralidade e qualificar a atenção primária para que ela não se restrinja somente à recuperação, garantindo, sobretudo, a promoção da saúde e a prevenção de agravos evitáveis.

A Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem foi criada em meio às necessidades apresentadas no cenário brasileiro. A

visão apresentada pela maioria da população traduzia uma desatenção com a saúde do homem. Assim, por intermédio do Ministério da Saúde, foi descrito um programa visando a melhoria da atenção voltada a saúde do homem, a diminuição da mortalidade desse gênero e uma mudança na perspectiva social, promovendo uma maior auto-preservação e auto-cuidado, que obedecem aos princípios e as diretrizes pré-estabelecidas, a fim de atuar de forma eficiente nas diversas populações.

3. Princípios

A PNAISH objetiva orientar as ações e serviços de saúde para a população masculina, com integralidade e equidade, primando pela humanização da atenção. Essa política tem como princípios a humanização e a qualidade, que implicam na promoção, reconhecimento e respeito à ética e aos direitos do homem, obedecendo às suas peculiaridades socioculturais.

1	Acesso da população masculina aos serviços de saúde hierarquizados nos diferentes níveis de atenção e organizados em rede, possibilitando melhoria do grau de resolutividade dos problemas e acompanhamento do usuário pela equipe de saúde;
2	Articular-se com as diversas áreas do governo, com o setor privado e a sociedade, compondo redes de compromisso e corresponsabilidade quanto à saúde e a qualidade de vida da população masculina;
3	Informações e orientação à população masculina, aos familiares e a comunidade sobre a promoção, prevenção, proteção, tratamento e recuperação dos agravos e das enfermidades do homem;
4	Captação precoce da população masculina nas atividades de prevenção primária relativa às doenças cardiovasculares e cânceres, entre outros agravos recorrentes;
5	Capacitação técnica dos profissionais de saúde para o atendimento do homem;
6	Disponibilidade de insumos, equipamentos e materiais educativos;
7	Estabelecimento de mecanismos de monitoramento e avaliação continuada dos serviços e do desempenho dos profissionais de saúde, com participação dos usuários;
8	Elaboração e análise dos indicadores que permitam aos gestores monitorar as ações e serviços e avaliar seu impacto, redefinindo as estratégias e/ou atividades que se fizerem necessárias.

Fonte: Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem 2009.

Devido à existência de variáveis quanto à entrada do homem no sistema de saúde, é necessário que essa política afirme os seguintes aspectos possibilitando um equilíbrio entre a procura de assistência, a necessidade, o vínculo e a qualidade de vida.

4. Diretrizes

As diretrizes foram elaboradas tendo em vista a Integralidade, Factibilidade, Coerência e Viabilidade e norteadas pela humanização e qualidade da assistência. A Integralidade tanto se baseia na dinâmica referência e contrarreferência, quanto em intervenções abrangentes e/ou específicas. Em relação à Factibilidade foram analisados recursos, tecnologias e estruturas, dentre outros componentes. A coerência visa à compatibilidade entre os princípios do SUS e as diretrizes, e a viabilidade dessa política está relacionada aos três níveis de gestão e do controle social.

5. Eixos Temáticos

Com o objetivo de romper os obstáculos que impedem a população masculina de buscar os serviços de saúde, o Ministério da Saúde priorizou certos determinantes em saúde na tentativa de uma maior adesão dos homens nesses serviços, constando, dessa forma, com uma atuação desenvolvida a partir de cinco (05) eixos temáticos:

Eixos Temáticos
Acesso e Acolhimento
Saúde Sexual e Reprodutiva
Paternidade e Cuidado
Prevenção de Violências e Acidentes
Principais Agravos e Enfermidades.

5.1. Acesso e Acolhimento

Até pouco tempo era bastante disseminada apenas a ideia de que as unidades básicas de saúde eram serviços destinados quase que exclusivamente para as mulheres, crianças e idosos. Isso se deve, não apenas a negligência do homem com a sua própria saúde, nem, tampouco, a uma falha exclusiva no modelo de atenção primária à saúde. Mas sim, a uma complexa relação que envolve: os homens na qualidade de sujeitos confrontados com as diferentes dimensões da vida; os serviços na maneira como eles se organizam para atender os usuários considerando suas particularidades e os vínculos estabelecidos entre os homens e os serviços e vice-versa.

Um ponto fundamental para cumprir os princípios de humanização e da qualidade da atenção integral ao homem é capacitar os profissionais de saúde, integrantes das equipes da Estratégia Saúde da Família, para o melhor acolhimento do homem nos serviços, incluindo na Educação Permanente temas ligados a Atenção Integral à Saúde do Homem.

A grande urgência em relação aos cuidados com a saúde do homem e estratégias voltadas para prevenção e promoção da saúde masculina, em vez de recuperação e tratamento, decorreu do perfil epidemiológico dessa população. Laurenti (1998), a partir de dados de vários países das Américas, revelou que os homens tinham uma expectativa de vida ao nascer sempre menos do que as mulheres, além de uma sobre mortalidade masculina em todos os grupos etários. Contatou-se também que quanto à taxa de mortalidade segundo causa de morte, os homens também apresentam índices mais elevados na comparação com as mulheres, na maioria das causas. Entre as principais causas de morte masculina as doenças cardiovasculares, as neoplasias malignas e as violências, sobressaindo os acidentes de veículo a motor e os homicídios. Pelo fato de muitas dessas causas podem ser controladas ou, até mesmo, prevenidas por meio de intervenção em práticas cotidianas.

Tornou-se necessário então, uma abordagem que se dê em uma dimensão em que se considere essas situações como algo contextualizado nas relações socioculturais em que os homens e as mulheres vivem. Korin(2001), Sabo (2000) e Courtenay (2000) demonstram que, na construção de gênero, muitos homens assumem riscos que interferem em suas condições de saúde. Essa construção também define a forma como os homens usam e percebem os seus corpos. Nas perspectivas de seus modelos de masculinidade, os homens muitas vezes assumem comportamentos considerados pouco saudáveis, comportamentos esses que estão relacionados a um modelo de masculinidade idealizada, a masculinidade hegemônica (Connell, 1995).

Ademais, na perspectiva de gênero deve ser pensado quanto ao espaço das UBS. A ideia dos serviços de saúde como um espaço feminizado precisa ser transformada de modo a incluir as necessidades de saúde dos homens. É importante uma mudança na postura prática dos profissionais de saúde para que tenham uma maior sensibilidade para as interações entre as concepções de gênero e as demandas trazidas pelos homens no uso de serviço. Portanto, o acesso e o acolhimento do público masculino nos serviços de saúde são propostos por meio da reorganização das ações de saúde, através de uma proposta inclusiva, na qual os homens considerem os serviços de saúde também como espaços masculinos e, por sua vez, os serviços reconheçam os homens como sujeitos que necessitem de cuidados.

5.2. Saúde Sexual e Reprodutiva

O direito à saúde sexual e reprodutiva é parte do direito humano à saúde e sua promoção e efetivação pressupõem o respeito a direitos, como à liberdade e autonomia sobre seus corpos, como dimensão fundamental da saúde, em todas as fases da vida.

Enquanto o foco inicial da noção de saúde reprodutiva e dos estudos produzidos na área da Saúde Coletiva voltava-se ao reconhecimento

e proteção dos direitos reprodutivos das mulheres, a partir de meados dos anos 90 alguns pesquisadores e militantes do campo passaram a reconhecer a necessidade da inclusão dos homens, especialmente no que toca a comportamentos e valores que intervêm nos processos relacionais de saúde reprodutiva e sexualidade incluindo as questões dos indivíduos e seus direitos como parte da reprodução.

Segundo Arilha (2001), o reconhecimento e a valorização da necessidade de focar os homens na área da saúde reprodutiva deveram-se, em grande parte, à urgência imposta pela pandemia de HIV/Aids, à crescente visibilidade da violência contra mulheres baseadas nas desigualdades de gênero e à constatação do desequilíbrio de gênero nas decisões e cuidados no campo da saúde sexual e reprodutiva. Trata-se, neste caso, de uma visível ampliação da temática da reprodução em direção à da sexualidade, com a qual passaria a combinar-se.

Com a implantação da PNAISH, objetivou-se superar a restrição de responsabilidade sobre as práticas contraceptivas às mulheres, assegurando aos homens o direito à participação no planejamento reprodutivo. As estratégias visam ampliar o conhecimento e participação masculina no planejamento familiar e no processo de escolha de métodos contraceptivos, informar sobre o direito a realizar vasectomia e quando indicado; incentivar a realização da vasectomia ambulatorial versus vasectomia hospitalar, bem como a realização da vasectomia versus laqueadura; contribuir para o acesso aos métodos de reprodução humana assistida nos casos de infertilidade masculina e/ou do casal; aumentar ações de prevenção de DST/AIDS nas unidades de saúde; criar espaços de discussão e esclarecimento sobre agravos relacionados a SSR, como disfunção erétil, ejaculação precoce, hiperplasia benigna da próstata, câncer de próstata e câncer de pênis; e desenvolver ações de vigilância, diagnóstico e tratamento de todos os casos de sífilis, no gestante e seu parceiro, com o objetivo de reduzir o número de casos de sífilis congênita na população.

Dessa forma, deve-se fazer a sensibilização de gestores, profissionais de saúde e a população em geral para reconhecer que os homens também são sujeitos de direitos sexuais e reprodutivos, implementando ações, que segundo a portaria nº 1.944, devem realizar o planejamento e assistência às disfunções sexuais e reprodutivas, enfocando a infertilidade; ampliar e qualificar a atenção ao planejamento reprodutivo masculino; estimular a participação e a inclusão do homem nas ações de planejamento de sua vida sexual e reprodutiva, enfocando as ações educativas, inclusive no que toca a paternidade; garantir a oferta de contracepção cirúrgica voluntária masculina; promover a prevenção e controle das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV.

5.3. Paternidade e Cuidado

A espera de um filho ou filha é um acontecimento único, vivido intensamente tanto pelo homem (pai) quanto pela mulher (mãe). Muitos pais, na idade adulta, na adolescência ou na juventude, desejam participar ou participam ativamente em todos os momentos da gravidez, desde o projeto de concepção, até a progressão da gestação e o desenvolvimento do bebê. Afinal, trata-se de um compromisso a longo prazo. Vivenciar a gravidez em parceria, compartilhar as dúvidas, enfrentar os medos, as angústias e as inquietações, com tranquilidade e esperança, são cuidados que o pai pode prestar a si e a sua companheira. Esta experiência pode ser mais prazerosa quando o casal planeja, em comum acordo, o momento de ter filhos e o espaçamento entre uma gestação e outra. A lei 11.108, de 07 de abril de 2005, conhecida com a lei do acompanhante, dá a mulher o direito de ter um acompanhante durante o pré-parto, parto e pós-parto.

Em contrapartida, mesmo após a sanção da Lei 11.108, muitas gestantes ainda a desconhecem. Dessa forma, são necessários programas de divulgação e estímulo ao cumprimento dessa Lei. Com esta finalidade, foi criado, pelo Hospital Distrital Gonzaga Mota de Messejana,

o programa “Parto Que Te Quero Perto”. O hospital maternidade visa com esse projeto mostrar aos pais grávidos o seu papel durante o parto dos filhos, fortalecendo, assim, os laços familiares ao estimular os companheiros das gestantes a se fazerem presentes do início ao final da gravidez. A importância de projetos como esse se dá pelo fato de a presença do pai trazer vários benefícios para a gestante, garantindo uma maternidade segura. Tal programa também instituiu a “Visita Aberta”, uma ação que amplia o horário de visitação às parturientes, apoiando a ideia de que pai não é visita e o “Encontro Com Pais e Acompanhantes”, que objetiva estimular a presença dos pais no parto, sendo um projeto pioneiro no município de Fortaleza e que faz parte do programa “Parto Que Te Quero Perto”.

5.4. Prevenção de Violência e Acidentes

A violência é um fenômeno social e histórico de conceituação complexa, que encerra eventos de natureza diversa relacionados às estruturas sociais, econômicas, políticas, culturais e comportamentais, os quais, muitas vezes, fundamentam e legitimam atos de violência institucionalizada. Segundo a Organização Mundial de Saúde, os homens têm taxas de homicídio até 10 vezes mais elevadas que as mulheres, sendo a faixa de 15 a 29 anos a mais vulnerável tanto a violências como a acidentes/violências no trânsito. A violência urbana, as agressões físicas, acidentes com armas de fogo e acidentes de trânsito são os principais tipos de violência, principalmente entre adultos jovens. Menos frequentes, porém importantes, são as causas externas relacionadas à autoagressão, como suicídio e as tentativas não consumadas. A população masculina jovem (de 20 a 24 anos) é o grupo que se encontra em maior risco para tal violência.

Propõe-se, então, a integralidade na atenção à saúde do homem, pois implica sobre o processo de violência, requerendo a desessencialização de seu papel de agressor, por meio da consideração crítica dos fatores que vulnerabilizam o homem à autoria da violência, a fim de

intervir preventivamente sobre as suas causas, e não apenas em sua reparação. O MS incluiu a prevenção de violências e acidentes na sua agenda, responsabilizando-se não apenas pela assistência e reabilitação das vítimas, mas também pela promoção à saúde, prevenção e vigilância de violências e acidentes. Dentre as iniciativas, destacam-se a publicação, em 2001, da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, em 2006 a Política Nacional de Promoção da Saúde, a Rede Nacional de Núcleos de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde, implantada em 2004 pelo MS. Destaca-se ainda o Projeto de Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito implantado em 2002 e o Projeto Vida no

Trânsito; este último faz parte de uma iniciativa mundial denominada Segurança no Trânsito em Dez Países (RS-10) e foi implantado em cinco capitais em 2010 e expandido para todas as demais capitais em 2011.

Estas iniciativas têm fortalecido a prioridade do tema no contexto do SUS. Com a PNAISH, orienta-se desenvolver ações que chamem atenção para a grave e contundente relação entre a população masculina e as violências (em especial a violência urbana) e acidentes, sensibilizando a população em geral e os profissionais de saúde sobre o tema. A inserção dos homens como sujeitos nos estudos sobre a violência, a partir do referencial de gênero e masculinidades, tem contribuído para a crítica ao modelo hegemônico de masculinidade, sendo ressaltado que, para que esta forma de violência seja erradicada socialmente, faz-se necessária a conscientização dos próprios homens, em particular, e da sociedade, de uma forma geral, (Lima et al., 2008).

5.5. Principais Agravos e Enfermidades

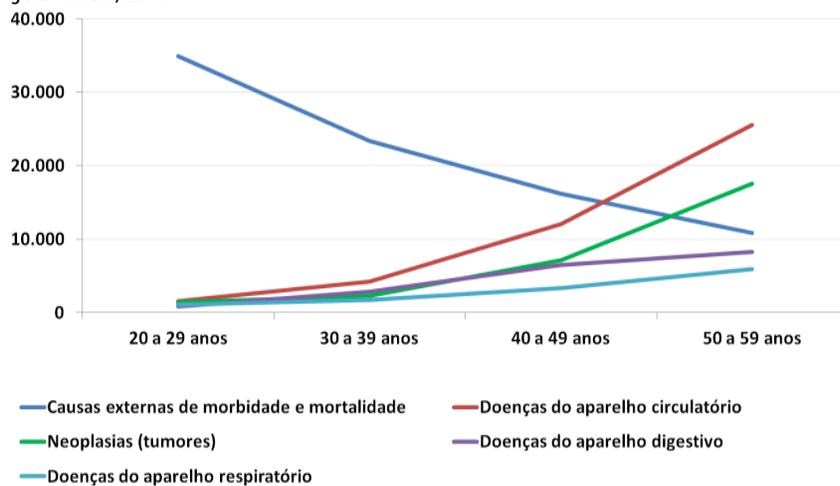
Em relação ao perfil de mortalidade, são seis as principais causas de óbitos na faixa de 20 a 59 anos em todo o País: causas externas de morbidade e mortalidade; doenças do aparelho circulatório; neoplasias (tumores); doenças do aparelho digestivo; sintomas, sinais e achados

anormais de exames clínicos e laboratoriais; e algumas doenças infecciosas e parasitárias.

Quanto à morbidade, sete causas respondem pela internação da maioria dos homens, em ordem decrescente de ocorrência: lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas; doenças do aparelho digestivo; doenças do aparelho circulatório; algumas doenças infecciosas e parasitárias; doenças do aparelho respiratório; transtornos mentais e comportamentais; e neoplasias.

6. Principais causas de mortalidade na população masculina de 20 a 59 anos.

Figura 1 Brasil, 2010:



Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) – MS

As maiores prevalências de fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis são insuficiente atividade física no tempo livre (IAFTL) e baixo consumo de frutas, legumes e verduras, seguidos por excesso de peso, consumo de gorduras saturadas, consumo de refrigerantes, baixo consumo de feijão, consumo abusivo de bebidas alcoólicas, tabagismo, sedentarismo, hipertensão arterial, obesidade e diabetes.

Orientar à população masculina, aos familiares e à comunidade sobre a promoção, a prevenção, a proteção, o tratamento e a recuperação dos agravos e das enfermidades do homem está entre os princípios da PNAISH.

Diante disso, objetiva-se fortalecer a assistência básica no cuidado com o homem, facilitando e garantindo o acesso às informações sobre as medidas preventivas contra os agravos e as enfermidades que atingem a população masculina, estimular a articulação das ações governamentais com as da sociedade civil organizada e a qualidade da atenção necessária ao enfrentamento dos fatores de risco das doenças e dos agravos à saúde.

7. Recursos e Avaliação/Monitoramento

A Portaria Nº 2.773, de 19 de novembro de 2013 dispõe sobre os recursos financeiros de custeio a Estados, Distrito Federal e Municípios para o fortalecimento e/ou aperfeiçoamento de iniciativas prioritárias da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (Padilha 2013).

Diante da atribuição da portaria, os recursos são oferecidos mediante um projeto, que deverá atender um dos seis seguimentos estipulados: acesso e acolhimento do público masculino nas unidades de saúde; direitos sexuais e reprodutivos; paternidade e cuidado; promoção da saúde e prevenção de violência e acidentes; atenção integral as doenças prevalentes na população masculina; e prevenção do uso de álcool e outras drogas (Padilha 2013).

8. Desafios

A saúde da população masculina vem ganhando notoriedade e espaço nos últimos anos, seja devido à maior divulgação e exploração dos dados dos sistemas de informações epidemiológicas ou da produção

científica, seja pela criação de estratégias públicas específicas para esta população. O grande desafio dos serviços de saúde consiste, ainda, além de buscar a reorganização de suas ações que visem à contemplação desse usuário, também remete a necessidade da criação de estratégias que façam os homens perceberem a necessidade de uma atenção integral a si.

Recomendações Para a Unidade Básica de Saúde	
Criar Horários de Atendimento alternativo	
Criar Oficinas	
Assistência Individual e Familiar	
Criar Grupos de Discussão	
Acolher Adequadamente e de forma Especializada	
Promover Atividades Educativas	
Fortalecer a Rede de Apoio Social	
Salientar o Papel do Homem na Gestação	
Esclarecer o processo de gravidez ao Homem	
•	Fortalecer os Vínculos Familiares
•	Esclarecer O Papel do Pai na Forma�o dos Filhos

9. Pré-natal do homem grávido

A forma o do vínculo entre pai e filho costuma ser mais lenta, consolidando-se gradualmente após o nascimento e no decorrer do desenvolvimento da criança. O fluxo do pré-natal do homem grávido inicia-se no acolhimento do casal na Unidade Básica de Saúde, seguida pela consulta médica ou de enfermagem com a entrega do teste rápido de gravidez (TRG). Caso o resultado for positivo, ocorrerá uma vincula o a rotina do pré-natal, no qual serão ofertados testes rápidos de sífilis, HIV, hepatites virais e exame de rotina, além de atividades educativas e de planejamento reprodutivo.

Os cinco passos do homem grávido são:

- Informar como será a participa o do homem no pré-natal, parto e puerpério.

- Realizar exames de rotina e testes rápidos.
- Atualizar o cartão de vacinas
- Desenvolver temas voltados para o público masculino nas atividades educativas durante o pré-natal.
- Participar efetivamente no momento do parto e puerpério.

10. Conclusão

Diante de uma perspectiva errônea, o homem associa, muitas vezes, o cuidado com a saúde a fragilidade, promovendo o descuido consigo, aumentando o risco de contrair e disseminar uma doença. A distinção cultural entre o homem, a mulher, as crianças e os idosos perdura há muito tempo, mostrando um choque entre a masculinidade e seu estado de saúde, tornando-o mais vulnerável a doenças crônicas e graves.

A Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem (PNAISH) foi criada visando a diminuição da morbimortalidade masculina e a melhoria da atenção voltada a essa parcela da população. Os princípios e as diretrizes da PNAISH foram desenvolvidos para nortear os cuidados específicos com a saúde da população masculina abrangendo de forma ampla e eficiente, tanto na promoção como na prevenção dos principais agravos de saúde.

Embora não se possa definir especificamente a dificuldade da relação do homem e sua saúde, sabe-se que essa política foi criada para desenvolver o cuidado a parcela masculina com sua saúde e sua família. Observa-se também que diante de várias dificuldades, como planejamentos eficazes, profissionais instruídos e suporte financeiro adequado, deve-se fiscalizar e aprimorar a PNAISH a fim de fornecer suporte integral à população masculina, possuindo assim, toda a equipe multidisciplinar um papel fundamental na maximização da eficácia e funcionamento do programa, já que a inserção do homem como um protagonista na atenção primária depende de ações multiprofissionais e de uma mudança de conceitos previamente estabelecidos.

11. Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde do Homem. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem-Plano de Ação Nacional 2009-2011. Brasília, DF, 2009. Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/plano_nacional.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2014.
- FIALHO, Fabrício Mendes. Uma crítica ao conceito de masculinidade hegemônica (Working Papers). Lisboa: Instituto de Ciências Sociais-ICS, 2006. Disponível em: <http://www.ics.ul.pt/publicacoes/workingpapers/wp2006/wp2006_9.pdf>. Acesso em: 9 jun. 2014.
- GUERREIRO, Iara Coelho Zita. Masculinidades e prevenção do HIV. Boletim do Instituto de Saúde, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 17-23, 2012.
- KNAUTH, Daniela Riva; COUTO, Márcia Thereza; FIGUEIREDO, Wagner dos Santos. A visão dos profissionais sobre a presença e as demandas dos homens nos serviços de saúde: perspectivas para a análise da implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, p. 2617-2626, 2012.
- LEAL, Andréa Fachel; FIGUEIREDO, Wagner dos Santos; SILVA, Geórgia Sibebe Nogueira. O percurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Homens (PNAISH), desde a sua formulação até sua implementação nos serviços públicos locais de atenção à saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, p. 2607-2616, 2012.
- LOPES, Adriana; Mota, Carlos Guilherme. História do Brasil: uma interpretação. 2. ed. São Paulo: Senac, 2008.
- LOPEZ, Silvia Brána; MOREIRA, Martha Cristina Nunes. Políticas nacionais de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens e à Saúde do Homem: interlocuções políticas e masculinidade. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, mar. 2013.
- MOURA, Erly Catarina et al. Atenção à saúde dos homens no âmbito da Estratégia Saúde da Família. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.19, n.2, fev. 2012.
- MOURA, Erly Catarina de; LIMA, Aline Maria Peixoto; URDANETA, Margarita. Uso de indicadores para o monitoramento das ações de promoção e atenção da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH). *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, p. 2597-2606, 2012.
- NASCIMENTO, Elaine Ferreira do; Gomes, Romeu. Marcas identitárias masculinas e a saúde de homens jovens. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n.7, p. 1556- 1564, jul. 2008.
- OLIVEIRA, Marcia Cristina dos Santos Máximo. Dia de Atenção Integral à Saúde do Homem: ação estratégica da Unidade Médica de Saúde da Família do Rio Comprido,

- Jacareí, SP. Boletim do Instituto de Saúde, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 41-47, 2012.
- SCHRAIBER, Lília Blima et al. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, p. 961-970, mai. 2010.
- SCHWARZ, Eduardo. Reflexões sobre gênero e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. *Ciências e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.17, n. 10, out. 2012.
- SEPARAVICH, Marco Antonio; CANESQUI, Ana Maria. Saúde do homem e masculinidades na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: uma revisão bibliográfica. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 22, n. 2, abr./jun. 2013.
- Silva, Silvana de Oliveira. Política nacional de atenção Integrada à saúde do homem. Conceitos e reflexões para sua efetivação. In: *JORNADA INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM UNIFRA*, 2., 2012, Santa Maria. Anais... Santa Maria: UNIFRA, 2012.
- TONELI, Maria Juracy Filgueiras; SOUZA, Marina Gomes Coelho; MULLER, Rita de C.Flores. Masculinidades e práticas de saúde: retratos da experiência de pesquisa em Florianópolis/SC. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 973- 994, 2010.
- SILVA, Patricia Alves dos Santos et al . A saúde do homem na visão dos enfermeiros de uma unidade básica de saúde. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro , v. 16, n. 3, set. 2012.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Portaria Nº 2.773, de 19 de Novembro de 2013. Dispõe sobre o repasse de recursos financeiros de custeio a Estados, Distrito Federal e Municípios para o fortalecimento e/ou aperfeiçoamento de iniciativas prioritárias da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://www.conass.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=3143:cin-308-publicada-a-prt-gm-n-2773-que-dispoe-sobre-o-repasse-de-recursos-financeiros-de-custeio-a-estados-distrito-federal-e-municipios-para-o-fortalecimento-eou-aperfeiçoamento-de-iniciativas-prioritarias-da-politica-nacional-de-atencao-cont&catid=6:conass-informa&Itemid=14>. Acesso em: 28 jul. 2014.
- BRASIL. Lei Nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 7 jul. 2014

AVALIANDO A QUALIDADE DE VIDA DO PACIENTE HIPERTENSO

NEIVA OLIVEIRA DE SOUZA
RITHIANNE FROTA CARNEIRO
VERYDIANNA FROTA CARNEIRO
FRANCISCO RICAEL ALEXANDRE
KARYNA LIMA COSTA

1. Introdução

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é considerada um grave problema de Saúde Pública, por estar associada ao aparecimento de outras doenças crônico-degenerativas que trazem repercussões negativas à qualidade de vida. Dentre os agravos salientam-se as doenças cardiovasculares e cerebrais como o Acidente Vascular Encefálico (AVE), uma das principais causas de morte originária da Hipertensão Arterial não controlada (BRASIL, 2001).

A aferição da pressão arterial deve ser anual, devido ela ser considerada uma doença “silenciosa”. O limite recomendado para o diagnóstico é de igual ou maior a 140x90 mmHg, ressaltando que este valor deve ser encontrado em, pelo menos, duas aferições realizadas em momentos diferentes, em indivíduos adultos sem uso de anti-hipertensivos (BRASIL, 2013).

Estima-se que na realidade brasileira são encontrados cerca de 17 milhões de portadores de hipertensão arterial, 35% da população a partir dos 40 anos de idade, e esse número é crescente, sendo que o seu aparecimento está cada vez mais precoce. Estima-se que cerca de 4% das crianças e adolescentes também sejam portadoras. A carga de doenças representada pela morbimortalidade devido à doença é muito alta e

por isso a Hipertensão Arterial é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo (BRASIL, 2006).

A fisiopatologia da HAS ainda é pouco elucidada; pode-se dizer que é uma síndrome multifatorial, na qual interações complexas entre fatores genéticos e ambientais causam elevação sustentada da pressão arterial. Um pequeno número de pacientes (entre 2% e 5%) tem doença renal ou adrenal como causa de elevação da pressão arterial, levando à hipertensão secundária. Em aproximadamente 90% a 95% dos casos, a hipertensão não tem etiologia conhecida (classificada como primária ou idiopática), sendo o tratamento feito através de mudanças no estilo de vida e/ou medicamentos (HALLIWILL, 2001).

A pressão arterial (PA) representa a força exercida pelo sangue contra as paredes arteriais durante um ciclo cardíaco e é determinada por uma combinação de processos ligados ao débito cardíaco e à resistência vascular periférica. O controle da pressão é complexo e envolve mecanismos hemodinâmicos, neurais e hormonais que interagem para regular a pressão quando ocorrem variações devidas a vários estímulos. Diferentes mecanismos estão envolvidos tanto na manutenção como na variação momento a momento da PA, regulando o calibre e a reatividade vascular, a distribuição de fluido dentro e fora dos vasos e o débito cardíaco (HALLIWILL, 2001).

A OMS conceitua qualidade de vida como sendo “a percepção do indivíduo, de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. A qualidade de vida (QV) serve como indicador nos julgamentos clínicos de doenças específicas avalia o impacto físico e psicossocial que as enfermidades podem acarretar para as pessoas acometidas, permitindo um melhor conhecimento acerca do paciente e de sua adaptação à condição de estar doente.

A hipertensão está, ainda, associada às demais doenças e condições crônicas, tais como doença renal crônica, diabetes, entre outras. Essas

evidências lhe conferem magnitude, em razão do agravamento das condições de saúde do indivíduo, concorrendo para a perda da qualidade de vida. (BRASIL, 2011).

Diante do exposto surge o seguinte questionamento: Qual a importância da qualidade de vida para pacientes hipertensos? Qual o perfil da população hipertensa através da aplicação do questionário de qualidade de vida?

O interesse da pesquisa surgiu devido a análise sobre a qualidade do tratamento do paciente, que está diretamente associado a qualidade de vida dele, bem os cuidados de enfermagem que envolve a parte técnica e racional. Portanto, a proposta deste trabalho científico, visa levar o profissional de enfermagem a uma reflexão a partir da percepção do paciente diante da hipertensão, levando em consideração a qualidade de vida do mesmo. Por tanto, o seguinte trabalho tem como objetivo analisar a qualidade de vida do paciente hipertenso com o uso do questionário validado Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida-SF-36

2. Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, transversal com abordagem quantitativa, realizado por meio da aplicação de um questionário já validado nos hipertensos atendidos na UAPS localizada no município de Fortaleza, Ceará.

A pesquisa foi realizada durante o período de agosto a setembro de 2017, realizada na Estratégia de Saúde da Família em Unidades de Atenção Básica de Saúde, vinculado ao Sistema Único de Saúde – SUS, da regional SER VI na cidade de Fortaleza – CE, nos turnos manhã e tarde para permitir a maior amostragem possível.

A UAPS Edmar Fugita, presta assistência aos pacientes de segunda a sexta, em dois turnos de trabalho, dando assistência a uma média de

cento e cinquenta pacientes de ambos os sexos, com idade variando entre 17 a 80 anos e nível socioeconômico variável. A unidade dispõe de equipe multiprofissional composta por: médico, enfermeiro, assistente social, nutricionista e técnico de enfermagem. Apresenta uma infraestrutura constituída de salas: recepção; acolhimento; sala de vacinação; sala de teste rápido e consultórios.

Participaram da pesquisa 35 pacientes hipertensos em tratamento dos cento e cinquenta pacientes cadastrados na Unidade no segundo semestre de 2017, que foram submetidos a consulta no período da coleta. Foram usados como critério de participação, clientes em tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica há mais de 6 meses sem déficit cognitivo e dentro da faixa etária de 17 a 80 anos e ambos os sexos que aceitarem participar da pesquisa. E o critério de exclusão será os faltosos, os que abandonaram o tratamento ou que se negaram a participar da pesquisa.

A coleta de dados ocorreu nos meses de agosto a setembro de 2017, através da utilização de um questionário disponíveis, que permite avaliação da qualidade de vida de pacientes nas mais diversas doenças. Para proceder a coleta de informações foi utilizada a entrevista semiestruturada: foi aplicada uma entrevista semiestruturada, buscando as verbalizações dos pacientes frente a sua percepção e qualidade de vida para o diagnóstico de Hipertensão Arterial.

Os dados contidos nos instrumentos respondidos pelos participantes foram organizados e processados pelo *Statistic Package for Science Social (SPSS, versão 23,0)*. Eles serão tabulados e, após, obtidos os resultados, procederá a sua interpretação. Segundo Lakatos (1991), a importância dos dados está não em si mesmos, mas em proporcionarem respostas as investigações. A análise dos resultados baseou-se na estatística analítica e descritiva, utilizando-se dos testes estatísticos a fim de alcançar os objetivos propostos, sobretudo de validade e confiabilidade do instrumento. Os dados qualitativos gerados das justificativas complementaram a análise dos dados quantitativos.

Após analisar os dados obtidos realizou-se a organização dos mesmos em tabelas e gráficos, em seguida, discutidos tendo como embasamento a revisão literária pertinente ao assunto. Ressalta-se ainda, que o cronograma da pesquisa foi seguido de forma rigorosa, atentando-se para o cumprimento das atividades dentro das datas previstas, em relação às despesas, todas foram assumidas pelo pesquisador.

A pesquisa em questão será desenvolvida de acordo com as Diretrizes e Normas de Pesquisa em Seres Humanos, através da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, na qual respeitará, sob a visão do indivíduo e das coletividades, os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, visando ainda assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos de pesquisa e ao Estado. Os homens entrevistados serão orientados sobre o anonimato e que poderão retirar o seu consentimento no momento que desejarem. Ressalta-se que a coleta de dados somente será realizada após a emissão de parecer favorável do Comitê de Ética e da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para atender os aspectos éticos e legais, o projeto de pesquisa foi encaminhado à Plataforma Brasil e ao Comitê de Ética da instituição hospitalar, para apreciação e autorização formal e segue com a aprovação de nº 68226917300000.8085. A coleta de dados foi realizada após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e a emissão do parecer favorável do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP).

3. Resultados

Foram entrevistados 35 pacientes hipertensos, sendo 7 homens e 28 mulheres. A apresentação dos resultados e discussões está dividida em partes: Variáveis sociodemográficas e psicossociais; Avaliação da qualidade de vida dos entrevistados e o comprometimento das atividades.

VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E PSICOSSOCIAIS

TABELA 1 – Distribuição sociodemográfica e psicossocial dos entrevistados, Fortaleza- CE, 2017.

Idade		
Entre 18 a 35	00	0%
Entre 36 e 60 anos	35	100,00%
Sexo		
Homem	07	20,00%
Mulher	28	80,00%
Cor		
Branca	12	34,28%
Não Branca	23	65,71%
Ocupação		
Aposentado	18	51,42%
Do lar	09	25,71%
Empregado	06	17,14%
Desempregado	02	5,71%
Estado Civil		
Casado	17	48,57%
Solteiro	04	11,42%
Separado/divorciado	09	25,71%
Viúvo	05	14,28%
Naturalidade		
Fortaleza	27	77,14%
Interior	08	22,85%

Fonte: autora, 2017.

Desde logo os entrevistados foram questionados em relação a saúde. É possível perceber na TABELA 1 que 100% dos entrevistados têm entre 36 e 60 anos. Quanto ao sexo dos entrevistados, verifica-se que a amostra é essencialmente constituída por mulheres (80%).

Na questão relativa a como estes se consideram em função sua cor da pele, 23% consideram-se não brancos e 12% brancos. Quanto ao estado civil, verifica-se que 17% são casados, 4% solteiros, 9% separados ou divorciados e 5%viúvos. No nível de ocupação, mais da metade da amostra (51,42%) são aposentados, 9% domésticos ou do lar, 6% estão empregados e 2% encontram-se desempregados. Verifica-se que a 77,14% da amostra, tem naturalidade na cidade de Fortaleza e 22,85% no interior. O maior número de mulheres participantes pode ser interpretado em razão das características da mulher ser mais atenta aos aspectos relacionados a sua saúde (ARBEX, 2009).

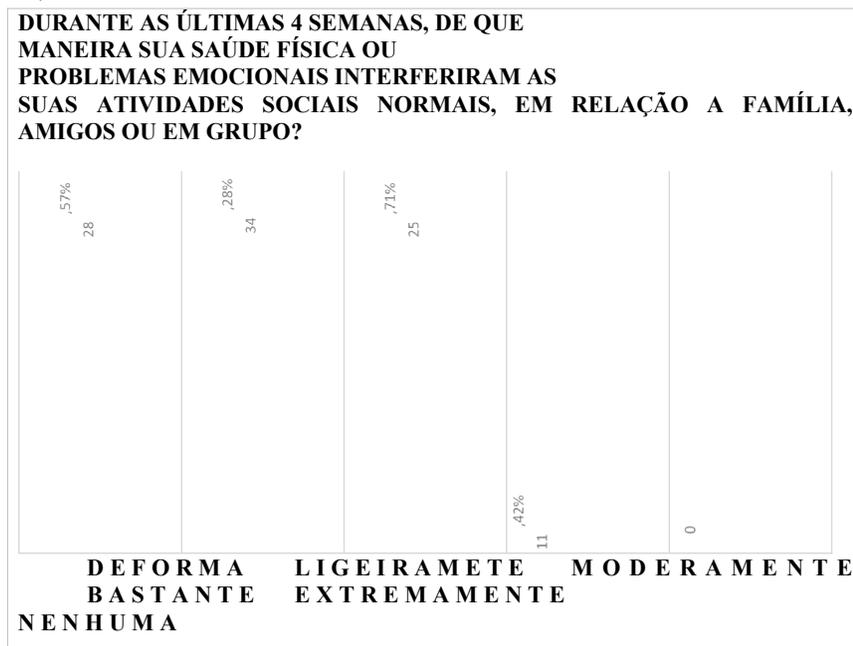
3.1. Avaliação da Qualidade de Vida dos Entrevistados e o Comprometimento das Atividades.

GRÁFICO 1 – Avalia qual a percepção do paciente em relação a sua saúde. Fortaleza- CE, 2017.



Os entrevistados foram questionados quanto a sua opinião própria em relação a sua saúde atual. Nos relatos, de 100% dos entrevistados, 57% consideram a própria saúde boa, sendo que 26% considera a própria saúde ruim, quase 10 pessoas das 35 entrevistadas e 14% considera sua saúde muito boa. Transformada em medida epidemiológica desde os anos 50, a autoavaliação da saúde é reconhecida como um dos indicadores mais úteis em pesquisas gerontologias e de saúde. Segundo auto-

res, ela é capaz de fornecer uma síntese de saúde física (JYLHA, 1994).
 GRÁFICO 2 – O entrevistado foi indagado de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram as suas atividades sociais normais, em relação a família, amigos ou em grupos? Fortaleza - CE, 2017.



Fonte: autora, 2017.

A média de entrevistados que afirmaram ligeiramente ter passado por problemas em suas atividades físicas e emocionais nas últimas quatro semanas é de 12 pessoas (34,28%) sendo que 28,57% afirmam que de forma alguma sofreram problemas anteriormente com atividades. 11,42% dos entrevistados estavam no grupo que afirmaram ter passado por bastantes problemas. Portanto 65,7% da população estudada apresentam esse sintoma de dor em níveis diferentes

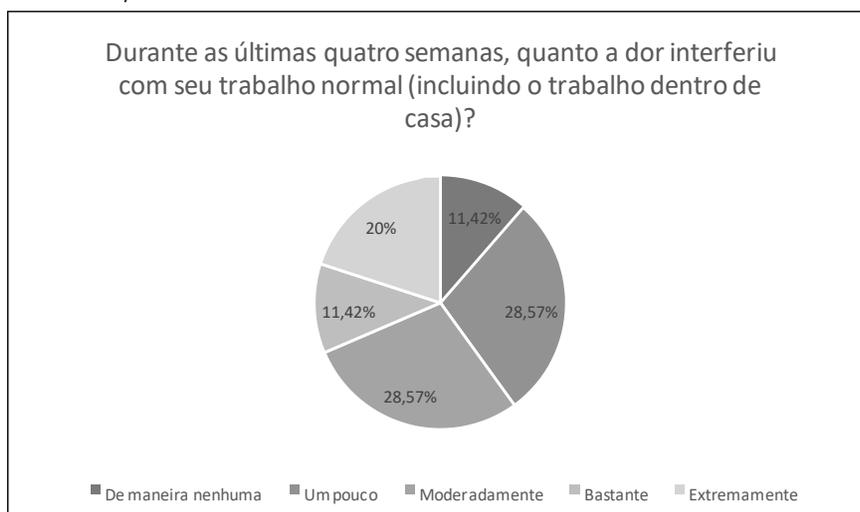
GRÁFICO 3 – Quanta dor no corpo você teve durante as últimas quatro semanas. Fortaleza - CE, 2017?



Fonte: autora, 2017.

O gráfico 3 mostra a distribuição percentual dos entrevistados que tiveram dor nas últimas quatro semanas. A pontuação máxima para manifestação moderada de dor foi de 31,42% cerca de 11 pessoas. Para a manifestação leve foram aproximadamente 10 pessoas (28,57%). Com nível relevante de 11,42% (4 pessoas) afirmaram nenhuma dor. Os outros ficaram divididos em 3 pessoas (8,57%) cada para muito leve, grave e muito grave em relação a dor.

GRÁFICO 4 - Quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa). Fortaleza - CE, 2017.



Fonte: autora, 2017.

O gráfico 4 apresenta a descrição da interferência da dor no trabalho, assim 7 (20%) dos entrevistados relataram extrema interferência relacionada a dor. 11,42% (4 pessoas) relatara que de maneira nenhuma a dor interferiu em suas atividades e o mesmo índice 11,42% (4 pessoas) relatou que a dor interferiu bastante nos últimos quatro meses. E com relatos de pouca interferência e moderada ficaram com índices de 28,57% cerca de 10 pessoas.

TABELA 2 – O entrevistado foi indagado de que maneira se sente ou como tudo tem acontecido durante as últimas quatro semanas. Fortaleza - CE, 2017.

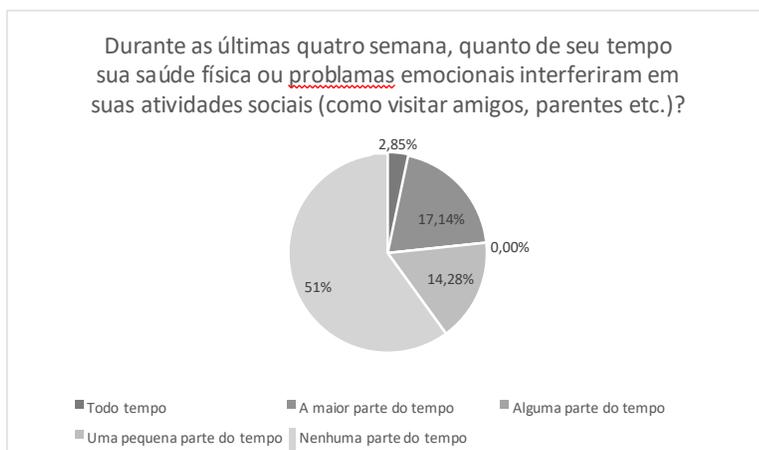
	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força?	22,85%	28,57%	14,28%	11,42%	20%	2,85%
Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	25,71%	14,28%	0	17,14%	11,42%	31,42%
Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode anima-lo?	0	2,85%	8,57%	11,42%	20%	57,14%
Quanto tempo você tem se	57,14	31,42%	14,28%	2,85%	5,71%	0
sentido calmo ou tranqüilo? Quanto tempo 0 você tem se sentido com muita energia?		0	25,71%	28,57%	42,85%	2,85%

Quanto tempo 0 você tem se sentido desanimado ou abatido?	0	11,42%	2,85%	14,28%	71,42
Quanto tempo 0 você tem se sentido esgotado?	0	14,28%	40%	14,28%	31,42%
Quanto tempo 0 você tem se sentido uma pessoa feliz?	74,28%	22,85%	2,85%	0	0
Quanto tempo 0 você tem se sentido cansado?	0	11,42%	17,14%	42,85%	28,57%

Fonte: autora, 2017.

A análise da tabela 2 identificou que a maioria dos entrevistados em alguma parte do tempo tem se sentido com vigor, uma pessoa nervosa, deprimido, tranquilo, com energia, desanimado, esgotado, feliz ou cansado. Os clientes foram abordados quanto a sua opinião sobre o seu estado emocional mais frequente. O índice maior ficou com sentir-se desanimado ou abatido, 71,42% (25 pessoas) afirmaram nunca ter possuído esse sentimento. Em relação a sentir-se uma pessoa feliz, 74,28% dos entrevistados cerca de 26 pessoas afirmaram felicidade a maior parte do tempo. Quanto à influência do estado emocional na pressão arterial, 81% dos sujeitos desse estudo responderam que há influência, 10% acharam que às vezes ele pode influenciar, e 9% acreditam que não influencia.

GRÁFICO 5 - Quanto os problemas emocionais ou sua saúde interferiram em suas atividades sociais. Fortaleza - CE, 2017.



Fonte: autora, 2017.

Quanto a problemas emocionais ou a saúde, no gráfico 5 mostra que houve uma proporção maior quando os entrevistados relataram que em nenhuma parte do tempo sofreram nas últimas semanas com problemas emocionais, relatos de 51% dos entrevistados (18 pessoas). Aproximadamente 7 clientes (17,14%) relataram ter tido algum problema emocional a maior parte do tempo. Uma pequena parte do tempo está o índice de 14,28% dos entrevistados (5 pessoas). Apenas 2,85% (1 pessoa) declarou ter convivido com problemas emocional por todo o tempo.

4. Conclusão

O presente estudo mostrou que a prevalência da HAS autorreferida foi maior entre as mulheres. O levantamento da prevalência da HAS e sua associação com outros fatores de risco cardiovasculares possibilitou conhecer o perfil de saúde da população em questão, identificando-se, assim, a necessidade premente de intervenções específicas de

Enfermagem, a implementação de protocolo de atendimento que tenha como foco minimizar complicações decorrentes da hipertensão arterial, como também prevenir o surgimento de outras doenças cardiovasculares.

A partir dos resultados obtidos, observa-se que o índice de pessoas adultas que se autor referem como hipertensas é elevado. Além disso, os fatores de risco associados à hipertensão identificados nesse estudo mostram que essas questões constituem desafio para o setor de saúde, pois eles refletem hábitos da qualidade de vida. Esses possíveis maus hábitos resultam em problemas de saúde como a obesidade, o qual, no presente estudo, apresentou associação significativa com hipertensão arterial, importante causa conhecida de morbimortalidade em adultos, no Brasil e no mundo.

Torna-se clara a necessidade de políticas de saúde que invistam na detecção precoce e acompanhamento adequado da hipertensão arterial, além de ações educativas que possibilitem a participação ativa dessas pessoas na discussão da necessidade de adesão ao tratamento e na adequabilidade de tal prática a seu cotidiano.

Para tais ações, é fundamental a participação das equipes multiprofissionais que atuam nos serviços de saúde. Nesse aspecto, conforme já relatado, a instituição em estudo é composta por equipe multiprofissional, porém a atuação de alguns integrantes da equipe, especificamente da enfermagem, é restrita as pessoas portadoras de diabetes, indo de encontro ao recomendado pelas diretrizes brasileiras de hipertensão arterial e dos programas estabelecidos pelo Ministério da Saúde para o acompanhamento da doença.

5. Referencias

ARBEX, F.S. Avaliação da qualidade de vida em adultos e idosos hipertensos que utilizam medicação anti-hipertensiva. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas/ Universidade Estadual de Campinas, 2009.

BRASIL. Caderno de atenção básica 37. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica [documento na Internet]. 51 Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013. Disponível em: <http://www.dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad15.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Relatório Técnico da Campanha Nacional de Detecção de Suspeitos de Diabetes Mellitus. Brasília: MS, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Relatório Técnico da Campanha Nacional de Detecção de Suspeitos de Hipertensão Arterial. Brasília: MS, 2011.

HALLIWILL, J.R Mecanismos e implicações clínicas da hipotensão pós-exercício em seres humanos. Exercício. Sport Sci. Rev . v.29, p.65-70, 2001.

JYLHA M. Saúde auto-avaliada revisitada: Explorando episódios de entrevistas com idosos entrevistados. Soc sci med .., 39: 983-90.1994.

CONSULTA DE ENFERMAGEM – TECNOLOGIA DO AUTOCUIDADO EM PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL

KELVIA COELHO CAMPOS DE PAULA
ANTÔNIO DIEGO COSTA BEZERRA
ANA TAINARA PEREIRA DA SILVA
EDILENE DIAS DA SILVA
ZÉLIA MARIA DE SOUSA ARAÚJO SANTOS

1. Introdução

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) organiza a prática da enfermagem e o fluxo da assistência, oferecendo subsídios para o desenvolvimento metodológico de práticas interdisciplinares e humanizadas de cuidado. Os aspectos positivos da aplicação da SAE baseiam-se na segurança no planejamento, execução e avaliação das condutas de enfermagem, individualizando a assistência, viabilizando o cuidado, com a autonomia do enfermeiro, tendo, por conseguinte diminuição do tempo de hospitalização e economia de recursos (MOLA et al, 2019).

A implantação da SAE encontra-se amparada legalmente pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) presente na Lei do Exercício Profissional, no Código de Ética do Profissional de Enfermagem e pela Resolução nº 358/2009 que dispõe sobre a SAE, considerada uma atividade privativa do enfermeiro devendo ser integrante das ações produzidas pelo sistema de prestação de serviços de saúde (COFEN, 2009).

O Processo de Enfermagem (PE) caracteriza-se pela dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas que viabiliza a organização da assistência ao usuário. Essa sistematização constitui-se de cinco etapas: histórico de enfermagem, diagnósticos de enfermagem, plano assistencial ou planejamento de enfermagem, prescrição de enfermagem e

evolução de enfermagem com linguagem própria apresentada pela taxonomia North American Nursing Diagnosis Association International (NANDA - I) que contém diagnósticos prontos, sendo esses divididos em domínios, classes e diagnósticos (MOLA et al, 2019).

Segundo Santos e Silva, (2002), a CE deve constituir um espaço favorável para a exposição de queixas da pessoa, para a identificação das demandas ou necessidades de autocuidado, bem como ao aspecto biopsíquico e socioespíritual e às capacidades dessa pessoa para o exercício destas atividades. Também, envolve um momento educativo, que visa preparar tanto o indivíduo como a família para o autocuidado, contribuindo para a promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde.

O processo de cuidar em Enfermagem ou CE é um modelo de sistematização da assistência e deve ser o alicerce, o eixo estruturante da construção do conhecimento e da prática profissional (ensino, assistência, pesquisa e gestão/gerenciamento), haja vista ser o cuidado o objeto de estudo e de trabalho da Enfermagem (GARCIA, 2016). É por meio deste processo que o enfermeiro identifica as necessidades daqueles que estão sob seus cuidados e estabelece um fluxo de comunicação entre usuário e equipe de enfermagem. Além disso, sua utilização melhora a qualidade do cuidado e promove o desenvolvimento científico da enfermagem (MOSER et al, 2018).

ACE favorece o julgamento clínico e a observação de forma sistematizada, sendo subsidiada por diferentes teorias que orientam a assistência do indivíduo de forma integral e individualizada, com vistas à elaboração de diagnósticos de enfermagem, centrados nas necessidades do usuário e na assistência integral, bem como na determinação das intervenções necessárias para uma assistência efetiva e eficiente (MOSER et al, 2018).

No Brasil, destaca-se a Teoria das Necessidades Humanas Básicas, criada por Wanda de Aguiar Horta com base no indivíduo que necessita dos cuidados da enfermagem com vistas à identificação das necessidades fisiológicas, de segurança, amor, relacionamento, estima e realização pessoal (MOSER et al, 2018).

A promoção, a prevenção, a recuperação e a reabilitação da saúde do indivíduo, da família e da comunidade, subsidiada pela CE, consistem no foco da Enfermagem e contribui positivamente para o crescimento da formação profissional dos enfermeiros, no conjunto ou individualmente, ampliando sua visão sobre o processo saúde-doença e possibilitando a melhoria da qualidade da assistência prestada aos usuários hipertensos (DANTAS et al, 2016).

Nesse contexto, ao longo da minha experiência profissional no acompanhamento às pessoas com hipertensão arterial sistêmica (HAS) tenho observado a falta de sistematização na atuação do enfermeiro, ou seja, não utilizam a CE. Portanto a atenção é centrada na queixa ou na doença, ou seja, não utilizam a CE, que possibilita um atendimento sistematizado e integral às necessidades de saúde das pessoas. Haja vista que há falta ou déficit nas ações de autocuidado entre as pessoas com agravos crônicos, em particular a HAS, que tem sido um grande desafio para a Equipe de Saúde (EqS).

Logo, a implantação desse aparato metodológico ou CE é importante no reconhecimento da instituição do real papel da enfermagem, na qualidade prestada durante a assistência, na autonomia do enfermeiro, na segurança na tomada de decisão, na utilização constante do raciocínio diagnóstico, na caracterização do tipo de clientela, no envolvimento da equipe de enfermagem, bem como no registro de todas as informações advindas das investigações do enfermeiro (MENESES et al, 2019).

Logo, como profissionais comprometidos com o cuidado, faz-se necessário construir uma relação com o ser humano, usando múltiplas opções tecnológicas para condução no engajamento do autocuidado.

Então, mediante a problemática do déficit de autocuidado do indivíduo em relação ao controle da HAS e com a manutenção da saúde em geral, optou-se por este estudo com o objetivo de validar o plano de cuidados enquanto tecnologia educativa para o autocuidado da pessoa com hipertensão arterial integrante da consulta de enfermagem.

2. Metodologia

Estudo metodológico que, de acordo com Polit, Beck e Hungler (2011), refere às investigações dos métodos de obtenção, organização e análise dos dados, tratando da elaboração, validação e avaliação dos instrumentos e técnicas de pesquisa.

O estudo realizou-se nas 12 (doze) Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) distribuídas na Coordenadoria Regional de Saúde II (CORES II) em Fortaleza-CE. Ressalta-se que em cada UAPS estavam alocadas de 02 a 08 Equipes de Saúde da Família (EqSF), conforme está demonstrado no Quadro 2.

Quadro 1 - Distribuição dos UAPS, segundo número de EqSF, e Enfermeiros na Coordenadoria Regional de Saúde II. (CORES II). Fortaleza-CE, 2019.

UAPS	Nº de EqSF	Nº de Enfermeiros
Aída Santos	03	03
Benedito Arthur	04	04
Célio Brasil	04	04
Flávio Marcílio	04	04
Frei Tito	04	04
Irmã Hercília	08	08
Miriam Mota	03	03
Odorico de Moraes	04	04
Paulo Marcelo	03	03
Pio XII	03	03
Sandra Nogueira	05	05
Rigoberto Romero	05	05
TOTAL	50	50

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde (SMS) - Fortaleza-CE, 2019.

No município de Fortaleza-CE, as CORES são a subprefeituras localizadas em Fortaleza- CE. Atualmente são 6 (seis) CORES - I, II, III, IV, V, VI. Cada CORES é subdivida em várias AP (Áreas Particulares), onde trabalham superintendentes, líderes comunitários, secretários e outros, com a função de garantir a melhoria de vida aos habitantes e a preservação das potencialidades naturais da região Fortaleza-CE conta com 109 UAPS, 402 Equipe Saúde da Família (EqSF), sendo 2.458 Agente Comunitários de Saúde (ACS); 341 auxiliares de enfermagem; 389 enfermeiros e 369 médicos. As Coordenadorias Regionais (CORES) são compostas por um superintendente que executa as políticas públicas definidas pelo poder executivo municipal e prestam serviços às comunidades sendo classificadas em I, II, III, IV, V E VI de acordo com a territorialização.

Ressalta-se que cada UAPS tem um Coordenador. O número de Equipe Saúde da Família (EqSF) varia segundo o quantitativo de famílias cadastradas e residentes na área adscrita, e cada EqSF é composta por um enfermeiro, um médico, um auxiliar ou técnico de enfermagem, e de no mínimo seis ACS, dependendo do tamanho da população assistida.

A CORES II é formada por 20 bairros que são: Aldeota, Cais do Porto, Cidade 2000, Cocó, De Lourdes, Dionísio Torres, Engenheiro Luciano Calvalcante, Patriolino Ribeiro, Joaquim Távora, Manuel Dias Branco, Meireles, Mucuripe, Papicu, Praia de Iracema, Praia do Futuro I e II, Salinas, São João do Tauape, Varjota, Vicente Pinzon, onde habitam 334.868 pessoas, correspondendo a 13,50% da população da Capital. Esta região da cidade possui uma área de 44, 42 km². Participaram do estudo, 30 (trinta) dos 50 (cinquenta) enfermeiros integrantes das Equipes Saúde da Família (EqSF) lotadas na CORES II de Fortaleza-CE, que acompanhavam as pessoas com hipertensão arterial nas UAPS (Juízes técnicos), e 10 (dez) enfermeiros docentes e mestres ou doutores na temática estudada (Juiz de conteúdo). O processo de validação do Plano de Cuidados integrante da Consulta de enfermagem consistiu dos seguintes passos:

a) Apresentação da Plano de Cuidados

O Plano de Cuidados (PC) foi embasado no referencial teórico de Orem (1995). O PC contém 05 (cinco) etapas – Levantamento de dados, Diagnóstico, Planejamento, Implementação e Evolução/Avaliação.

Para realização da PC, foram utilizados os impressos: Levantamento de dados, que foi elaborado por Santos e Silva (2002) já validado; Plano de Cuidados (PC), com os Diagnósticos de Enfermagem (DE) baseados na Taxonomia da Associação Norte-

Americana de Diagnósticos de Enfermagem (North American Nursing Diagnosis Association) (NANDA 2015-2017) elencados de acordo com os “Requisitos de Autocuidado” de Orem (1995) com as respectivas intervenções e resultados esperados, com base em NIC (Nursing Intervention Classification) e NOC (Nursing Outcomes Classification) (2012). Os DE foram selecionados a priori com base nas experiências vivenciadas pela pesquisadora no acompanhamento às pessoas com HAS, sendo os mais frequentemente identificados.

b) Validação do Plano de Cuidados

A validação da PC foi feita por dois grupos de participantes: 1) Enfermeiros integrantes das Equipes Saúde da Família (EqSF) (Juízes técnicos); e 2) Comitê composto por 10 (dez) juízes de conteúdo (JC), com vasto conhecimento e experiência na temática, e que sejam capacitados à análise do conteúdo, clareza e compreensão do instrumento (WOOD; HABER, 2014). O número de juízes está de acordo com as recomendações de especialistas que sugerem um mínimo de cinco e no máximo de dez pessoas (LYNN, 1986). A seleção dos JC se deu com base nos critérios para participação do estudo. A busca foi por meio de pesquisa na Plataforma Nacional Lattes mediante refinamento de pesquisa com critério de mestrado ou doutorado e área de atuação em HAS e Tecnologias educativas em saúde, em que os primeiros dez JC que atenderam aos critérios já foram prontamente selecionados e

incluídos. A partir disso, segue-se o estudo de avaliação no qual foram distribuídos os documentos aos participantes: Carta convite; Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias; CE – Levantamento de dados;

Guia Instrucional para Consulta de Enfermagem PCE; Formulário de identificação dos Juízes e Questionário de Validação da PC. A coleta de dados aconteceu durante os meses de janeiro a março de 2018, por meio dos documentos citados. Os dados contidos nos instrumentos respondidos pelos juízes foram organizados nas temáticas: Caracterização dos juízes, e Validação do Plano de Cuidados.

Na análise dos resultados, fundamentou-se no referencial teórico e na literatura selecionada. As justificativas dos juízes complementaram a análise dos dados quantitativos e as sugestões julgadas procedentes foram incorporadas no Plano de Intervenção (PI).

A pesquisa desenvolveu-se de acordo com a Resolução n. 466/2012 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) (BRASIL, 2012), que regulamenta a pesquisa com seres humanos. Aos participantes, foram assegurados o anonimato e o direito de retirar o consentimento no momento que desejarem. Para preservar o anonimato dos participantes, os juízes técnicos foram identificados com a sigla JT seguida da numeração de 1 a 30, e os juízes de conteúdo, da sigla JC, seguida da numeração de 1 a 10. Coletaram-se os dados após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B) e da emissão do parecer favorável da Comissão de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza – UNIFOR, sob o número 2.542.700

3. Resultados e discussão

Para o processamento da análise, os resultados foram distribuídos em: Caracterização dos juízes, e Validação do Plano de Cuidados.

3.1. Caracterização dos Juízes

A maioria dos juízes técnicos (JT) (96,67%) era do sexo feminino, com tempo de exercício profissional de 9 a 13 anos (90,0%), especialistas em Saúde Pública (80,0%). Todos informaram de 09 a 12 anos de experiência no acompanhamento às pessoas hipertensas. Ressalta-se que 26,6% dos JT eram doutores, e 40,0% eram mestres.

Com relação aos juízes de conteúdo (JC), 90,0% eram do sexo feminino, com tempo de exercício profissional de 09 a 14 anos (100%), 50,0% eram mestres em Saúde Coletiva, e os demais com doutorado na mesma área.

3.2. Validação do Plano de Cuidados integrante da Consulta de Enfermagem

A primeira etapa da Consulta de Enfermagem - Levantamento de dados, que foi elaborado e validado por Santos e Silva (2002). O processo de validade consiste nas demais etapas que estão inclusas no Plano de Cuidados (PC).

Os JT (100,0%) concordaram totalmente com a PC proposto com vista ao engajamento do usuário no autocuidado para fins de controle da hipertensão arterial, destacando aspectos relevantes: abrangência ampla e integral, com foco da atenção na pessoa; construção de novos saberes entre enfermeiro e usuários; e estabelecimento de vínculo e participação entre aqueles responsáveis pelo engajamento do usuário no autocuidado – próprio usuário, familiares e profissionais.

[...] instrumento completo que contempla todos os ambientes, públicos, reações, convivências do paciente [...] (JT 01)

[...] a tecnologia (CE) mostrada lança mão de várias opções de abordagem ao paciente, facilitando seu engajamento no autocuidado [...] (JT 02)

[...] abrange o paciente de forma holística, contempla todas as áreas - física, social e emocional [...] (JT 04)

[...] conduz o usuário a educação de sua própria saúde, promovendo um completo bem-estar físico, mental e social, o que define saúde [...] (JT 25)

Como exposto por Silva et al (2018), o PC corresponde um instrumento metodológico que o enfermeiro utiliza para assistir ao cliente, guiando o cuidado e permitindo o registro das ações. Este instrumento apresenta múltiplos pontos positivos para o usuário e para os profissionais além de sua implementação ser um dever legal do enfermeiro. Atualmente, é comum encontrar uma implantação parcial dessa prática, mesmo sabendo que, para garantir o êxito dessa ação, o enfermeiro necessita inserir-se nesse processo de forma competente, científica e técnica.

O PC traz a percepção do “algo novo”, ao qual a equipe de Enfermagem deverá se adaptar, de forma planejada, a ponto de permitir mudanças nas atitudes cotidianas, nos hábitos e nos comportamentos e nas relações de trabalho. Dessa forma, para que essa adaptação aconteça, há a necessidade de mudanças comportamentais, de atitudes e de conhecimento das pessoas envolvidas, para que haja a transição de uma dada situação para outra (SILVA et al, 2018).

[...] instrumento que se aplicado, permite uma proximidade e uma construção de saberes fazendo com que o paciente entenda e se sinta responsável pelo seu cuidado [...] (JT 06)

A construção de novos saberes entre enfermeiro e usuários se dá por meio do apoio à educação, fundamentado no diálogo participativo, no qual todos contribuem para a formação do saber, do aprendizado e do ensino. Não é somente um momento educativo, mas de estabelecimento de laços de amizade e apoio, de terapia e lazer. Nesse espaço, as pessoas podem falar e serem ouvidas e compreendidas. A prática educativa é a construção do processo de cuidado, é uma contribuição à pessoa com doença crônica não transmissível, no sentido de tornar o autocuidado uma realidade, que traz repercussões para a autonomia e o bem-estar.

O PC contém um plano de assistência de aspecto educativo cujas ações são classificadas em: fazer, orientar, encaminhar, ajudar e supervisionar empoderando tanto o enfermeiro quanto o usuário no sistema de cuidar, ensinar e aprender o processo saúde- doença (PINHEIRO, 2016).

[...] o paciente e o profissional passam a ter um vínculo maior, e o paciente passa a responsabilizar-se pelo seu autocuidado buscando atingir seus objetivos [...] (JT 14)

[...] há uma coparticipação entre sujeito, família e profissional. Tudo favorece o envolvimento do paciente no cuidado com a sua saúde e sua doença [...] (JT 15)

O estabelecimento de vínculo e coparticipação entre aqueles responsáveis pelo engajamento do usuário no autocuidado – próprio usuário, familiares e profissionais se caracteriza como cogestão que, conforme a PNH (BRASIL, 2013), refere-se à inclusão de novos sujeitos nos processos de análise e decisão quanto à ampliação das tarefas da gestão – que se transforma também em espaço de realização de análise dos contextos, da política em geral e da saúde em particular, em lugar de formulação e da pactuação de tarefas e do aprendizado coletivo.

Com isso, ter a consciência da importância da prática de Enfermagem executada de forma organizada, qualificada e sistematizada pode não somente traduzir qualidade, como também refletir atitudes e trazer a percepção de que o resultado de suas ações refletirá em comprometimento, zelo, amor, humanização e conhecimento, além de satisfação profissional (SILVA et al, 2018).

Assim, o usuário educa-se, adere e torna-se coparticipativo ao tratamento de sua enfermidade, o que contribui com um bom acolhimento que significa reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde. O acolhimento deve comparecer e sustentar a relação entre equipes/serviços e usuários/populações (BRASIL, 2013).

De acordo com os JC (100,0%), a PC possibilita o engajamento do usuário no autocuidado porque estabelece a relação terapêutica entre enfermeiro/usuário e a participação ativa deste no controle do seu agravo, conduzindo à promoção da saúde evitando à necessidade da atenção

especializada, incentiva a mudança comportamental do usuário no controle da HAS e na manutenção da saúde, e favorece o compromisso do usuário com a sua saúde.

[...] a tecnologia proporcionará integração entre profissional e hipertenso, como também uma coparticipação do usuário como protagonista no controle da hipertensão [...] (JC01)

O estabelecimento da relação terapêutica entre enfermeiro/usuário e participação ativa deste no controle do seu agravo poderá ajudar o indivíduo a conceituar seus problemas, enfrentá-los, visualizar sua participação na experiência e alternativa de solução dos mesmos, além de encontrar novos padrões de comportamento. O relacionamento enfermeiro e paciente, numa perspectiva terapêutica trata-se da: percepção do indivíduo quanto à vivência ou situação (como a profissional vivencia a sua relação com o cliente); a percepção do indivíduo em relação ao outro (como a enfermeira percebe o indivíduo); e a metapercepção (o que a enfermeira imagina ou infere que o cliente está sentindo ou percebendo a respeito dela) (LAING et al., 2016).

[...] a consulta mostra orientações completas, embasadas teoricamente (NANDA; NIC E NOC) e adotadas de acordo com as necessidades de saúde do usuário da APS, sendo possível que o mesmo se engaje no seu próprio cuidado, trabalhando eficazmente a promoção da saúde, prevenindo agravos e instabilidades, e evitando, na maioria das vezes, idas desnecessárias aos serviços de saúde da atenção secundária e terciária da rede de atenção [...] (JC04)

O PC proposto favorece o julgamento clínico e a observação de forma sistematizada, com vistas à elaboração dos diagnósticos de Enfermagem, centrados nas necessidades do cliente e na assistência integral, bem como na determinação das intervenções necessárias para uma assistência efetiva e eficiente (MOSER et al, 2018).

A promoção, a prevenção, a recuperação e a reabilitação da saúde do indivíduo, da família e da comunidade, subsidiada pelo PC, evitam a necessidade de atenção especializada colocando o usuário como o centro do processo de cuidar (MOSER et al, 2018).

[...] na consulta, há a sugestão da mudança comportamental, hábitos alimentares, prevenção e promoção da saúde etc. Apesar das barreiras educativas, acesso ao sistema de saúde e outros fatores adversos [...] (JC05)

[...] a proposta de tecnologia está abrangente, direcionada ao indivíduo hipertenso, de forma a contribuir para torná-lo sujeito ativo e cuidador de sua saúde [...] (JC09)

Os JT (100,0%) concordaram totalmente com o PC proposto no engajamento do usuário no autocuidado para fins de manutenção da sua saúde, uma vez que o mesmo orientado gozará de qualidade de vida, identificará precocemente seus agravos à saúde possibilitando a prevenção de riscos.

[...] mesmo que necessite de apoio familiar, o paciente terá qualidade de vida facilitada, com todas as orientações propostas [...] (JT 01)

[...] permite identificar fatores de risco podendo o enfermeiro agir de maneira preventiva[...] (E03)

[...] uma vez que conduz o usuário à educação em saúde, torna-se agente de seu próprio autocuidado, mantendo-o bem informado [...] (JT 05)

A enfermagem atual desenha-se como ciência buscando construir novos valores e estabelecer suas teorias por intermédio do PC, objetivando romper com os mitos e empirismos envoltos ao processo de cuidar sem embasamento científico (XAVIER et al, 2018).

O cuidado de enfermagem prestado com embasamento científico proporciona subsídios e estratégias para poder implementar ações que possibilitem melhorar a prática assistencial à pessoa.

Neste contexto, as práticas educativas que devem ser realizadas a partir de um modelo educativo que proporcione um ambiente capaz de estimular no usuário a sua criticidade e capacidade transformadora, de forma que compreenda todos os sujeitos envolvidos no processo como atores no processo ensino-aprendizagem, visando responder todas as demandas apontadas pela realidade subjetiva de cada indivíduo. Então,

esta abordagem tem seu enfoque direcionado para conscientização e participação dos sujeitos, cujos educadores buscam avaliar e problematizar sua realidade social (LAING et al., 2016).

Os JC (100,0%) concordaram totalmente com o PC no engajamento do usuário no autocuidado para manutenção de sua saúde, em detrimento do incentivo à busca de conhecimento e de adoção de hábitos saudáveis, da viabilidade no processo de orientação e acompanhamento, e da melhoria do desempenho do enfermeiro na atenção à saúde do usuário.

[...] a tecnologia encorajará e mostrará que é possível manter a saúde por meio do conhecimento e hábitos saudáveis [...] (JC01)

[...] o usuário hipertenso que tem conhecimento quanto ao seu problema de saúde acaba aderindo melhor ao tratamento, a Tecnologia vem a contribuir para este conhecimento, logo, ele tende a entender mais sobre a doença, sobre seus fatores de risco e complicações, assim como, sobre a importância da mudança do estilo de vida para a manutenção da sua saúde [...] (JC03)

Os profissionais buscam propor qualidade de vida às pessoas com HAS, estimulando-os a serem sujeitos autônomos de suas ações, refletindo sobre seu corpo com base no conhecimento sobre sua saúde, na perspectiva de modificar os hábitos de vida na busca de alcançar atitudes saudáveis.

[...] na consulta, acredito que o profissional terá respaldo em acompanhar e orientar melhor o paciente no processo de cuidado com sua saúde [...] (JC02)

A viabilidade no processo de orientação e acompanhamento do usuário possibilita ao profissional refletir de forma crítica e participava sobre o seu fazer, influenciando-o de forma significativa na participação do processo de cuidar do indivíduo e da família.

[...] a tecnologia proposta vai colaborar para aperfeiçoar e melhorar a prática clínica durante a Consulta de enfermagem para o enfermeiro orientar o usuário ao engajamento no autocuidado para fins de manutenção da sua saúde e evitar complicações no futuro. Sugere-se elaborar uma carta aos gestores municipal, estadual e federal, para ampla divulgação na Estratégia Saúde da Família [...] (JC06)

[...] o instrumento aborda condições viáveis para que o profissional enfermeiro o utilize em sua rotina assistencial ao paciente hipertenso, favorecendo o engajamento do usuário do serviço hipertenso a adotar medidas que sejam mantedoras e benéficas a sua saúde [...] (JC09)

A melhoria do desempenho do enfermeiro na atenção à saúde do usuário produz transformações tecnológicas que influenciam no cuidado, nos valores, nos conhecimentos, nas habilidades, colaborando para o aperfeiçoamento profissional, influenciando a vida do cliente significativamente para o engajamento no autocuidado e manutenção da saúde.

4. Conclusão

A partir da análise dos resultados, constatou-se que o PC proposto foi validado pelos juízes como estratégia para o engajamento da pessoa com HAS ao autocuidado, como uma tecnologia completa e complexa, relevante para o usuário, enfermeiro, categoria profissional e instituição.

A CE proposta contempla todos os requisitos de autocuidado propostos por Orem (1995), possibilitando ao Enfermeiro conduzir a pessoa hipertensa para o engajamento no autocuidado para fins de manutenção da saúde.

Certamente, para a incorporação da CE no sistema de saúde, haverá facilidades e dificuldades ou resistências, sendo as principais abordadas o tempo para a aplicação do instrumento, capacitação de Enfermeiros sobre a temática, disponibilização do material em formato eletrônico, a fim de facilitar o manuseio e o registro das intervenções, bem como o monitoramento periódico do autocuidado proposto mensalmente. Para tanto, será imprescindível a colaboração dos atores envolvidos na atenção à saúde – Gestores, Gerentes e Enfermeiros. Verificou-se, por meio desse estudo, a importância de que a prática do enfermeiro esteja fundamentada na CE como instrumento de viabilização de prática profissional.

Por meio deste estudo evidenciou-se, por meio da utilização do CE e de outros métodos de organização do cuidado, que a SAE vem tomando espaço na pauta de discussão dos pensadores e pesquisadores de Enfermagem como importante instrumento de consolidação da Enfermagem como ciência.

A pesquisa também demonstrou a necessidade dos enfermeiros vêm na implementação da CE, ao relatarem que o processo facilita a compreensão e a atenção ao cliente em sua totalidade. Para tanto, faz-se necessário que os profissionais estejam dispostos a adquirir conhecimentos acerca do tema, para que sua atuação se efetive de forma concisa, eficaz e eficiente.

Portanto, com o propósito de aprimorar esta metodologia de trabalho, é de fundamental importância propor soluções que contribuam para a sua viabilização desta tecnologia proposta, visto que o modelo adotado para realizar a CE demonstra a intenção de aumentar a qualidade da assistência prestada ao usuário e enriquecer a prática dos profissionais, elevando o desempenho destes neste processo.

Contudo, os resultados deste estudo serão apresentados aos Gerentes e Coordenadores de Enfermagem nas UAPS para fins de divulgação e posteriormente implantação (formato impresso e/ou digital) com a finalidade de instrumentalizar a atuação dos enfermeiros, enquanto educadores em saúde, no engajamento do usuário no autocuidado com o controle da HAS e com a manutenção da saúde em geral, estendendo as ações preventivas deste agravo aos familiares, conseqüentemente minimizando a problemática da HAS para a Saúde Pública, que se expandirá com o predomínio de idosos na população brasileira.

5. Referências

ARAUJO, Caroline Barão et al. A prática do autocuidado por trabalhadores da enfermagem de unidades básicas de saúde. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 18, 2016. Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/39304>>.

BARBIANI, Rosângela; NORA, Carlise Rigon Dalla; SCHAEFER, Rafaela. Nursing practices in the primary health care context: a scoping review. *Revista latino-americana de enfermagem*, v. 24, 2016. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692016000100609&script=sci_arttext&tlng=es>.

BARRETO, Mayckel da Silva et al. Não utilização de consultas de rotina na Atenção Básica por pessoas com hipertensão arterial. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, p. 795- 804, 2018. Disponível em: <https://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000300795>.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 0544/2017. Dispõe sobre a Consulta de Enfermagem. Brasília-DF, 9 mai. 2017. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília-DF, 15 out. 2009.

Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional da Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

CARPESITO, M. Manual de diagnósticos de enfermagem. 11.ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

CHERNICHARO, Isis de Moraes. O Idoso no mundo contemporâneo e as novas tecnologias. 2018. 131f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - CHERNICHARO, Isis de Moraes. O Idoso no mundo contemporâneo e as novas tecnologias. Rio de Janeiro, 2018.

DANTAS, Cilene Nunes; SANTOS, Viviane Euzébia Pereira; TOURINHO, Francis Solange Vieira. A consulta de enfermagem como tecnologia do cuidado à luz dos pensamentos de Bacon e Galimberti. *Texto & Contexto-Enfermagem*, v. 25, n. 1, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010407072016000100601&script=sci_abstract&tlng=es>.

ENGELA, Maria Helena Trindade et al. Uso das tecnologias em saúde na atenção básica às pessoas em condições de hipertensão arterial sistêmica. *Rev. Pesqui. Cuid. Fundam.* (Online), v. 10, n. 1, p. 75-84, 2018. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p &nextAction=lnk&exprSearch=32258&indexSearch=ID>>.

FLORES, Cezar Augusto da Silva; ALMEIDA, Patrícia Bilha de; MARTINI JUNIOR, Ercílio. Investigação e Documentação Histórica da Enfermagem na Região Norte do Estado de Mato Grosso-Brasil. *Hist. enferm., Rev. eletrônica*, v. 8, n. 1, p. 18-26, 2017. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p &nextAction=lnk&exprSearch=32306&indexSearch=ID>>.

GARCIA, Telma Ribeiro. Sistematização da assistência de enfermagem: aspecto substantivo da prática profissional. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, v. 20, n. 1, p. 5-6, 2016. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/1277/127744318001.pdf>>.

GOMES, Iago Vieira et al. Caracterização dos usuários hipertensos atendidos em unidade de pronto atendimento 24 horas. *Nursing*, v. 21, n. 239, p. 2114-2118, 2018. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p &nextAction=lnk&exprSearch=32914&indexSearch=ID>>.

KLAFKE, Andre; VAGHETTI, Laura Afanador Píneros; COSTA, Andre Dias. Efeito do vínculo com um médico de família no controle da pressão arterial em hipertensos. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 12, n. 39, p. 1-7, 2017. Disponível em: <<https://rbmfc.emnuvens.com.br/rbmfc/article/view/1444>>.

LIMA, Juliana Vieira Figueiredo et al. Utilidade da teoria do conforto para o cuidado clínico de enfermagem à puérpera: análise crítica. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 37, n. 4, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472016000400701&script=sci_abstract&tlng=es>.

MALACHIAS, M. V. B. et al.. 7ª Diretriz brasileira de hipertensão arterial. *Arq Bras Cardiol*, v. 107, n. 3, p. 1-103, 2016. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.p df>

MARIOSIA, Duarcides Ferreira; FERRAZ, Renato Ribeiro Nogueira; SANTOS-SILVA, Edinaldo Nelson dos. Influência das condições socioambientais na prevalência de hipertensão arterial sistêmica em duas comunidades ribeirinhas da Amazônia, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, p. 1425-1436, 2018. Disponível em: <https://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232018000501425>.

MARTINS, Rafael da Silva Tavares; NASCIMENTO, Deyvison Roberto. Industrialização como agente transformador da qualidade de vida. *Revista Univap*, v. 22, n. 40, p. 51, 2016. Disponível em: <<https://revista.univap.br/index.php/revistaunivap/article/view/1351>>.

MENESES, Alexandra Ribeiro Coelho; GOIABEIRA, Yara Nayá Lopes Andrade; MENEZES, Elielza Guerreiro; LIMA, Bianca Santana; JARDIM, Mara Julyete Arrais; NETO, Manoel Luiz. Dificuldades dos acadêmicos de enfermagem na aplicabilidade da sistematização da assistência de enfermagem. *Rev Fun Care Online*, v.11, n.1, p. 181- 185, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361>.

MOLA, Raquel; DIAS, Megliane Lopes; COSTA, Josely de França; FERNANDES, Flávia Emília Cavalcante; LIRA, Gerlene Grudka. Conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre a sistematização da assistência de enfermagem. *Rev Fun Care Online*, v.11, n.4, p.887-893, 2019. Disponível em:<http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i4.887-893>.

MOSER, Denise Consuelo; SILVA, Gelson Aguiar; MAIER, Suellen Rodrigues Oliveira; BARBOSA, Leonardo Costa; SILVA, Tatiana Gaffuri. Sistematização da Assistência de Enfermagem: percepção dos enfermeiros. *Rev Fun Care Online*, v.10, n.4, p.998-1007, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361>.

OREM, D. *Nursing concepts of practice*. 5. ed. St Louis: Mosby Year Book, 1995.

PINTO, Eliangela Saraiva Oliveira; RODRIGUES, Weliton Nepomuceno. Sistematização da Assistência de Enfermagem na Atenção Primária a pessoas portadoras de hipertensão arterial. *Nursing*, v. 21, n. 237, p. 2036-2040, 2018. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=32628&indexSearch=ID>>.

RÊGO, Anderson da Silva et al. Fatores associados à pressão arterial inadequada de pessoas com hipertensão. *Cogitare Enferm.*, v. 23, n. 1, 2018. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/54087>>.

SANTOS, Z. M. S. A.; SILVA, R. M. *Hipertensão arterial: modelo de educação em saúde para o autocuidado*. Fortaleza (CE): UNIFOR; 2002.

SILVA, Cristiane Rodrigues; LIMA, Eliane de Fátima Almeida; FURIERI, Lorena Barros; CANICALI, Primo Cândida; FIORESI, Miriam. Atitudes do enfermeiro frente ao Processo de Enfermagem. *Rev Fun Care Online*, v. 10, n. 4, p.1111-1117, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175->.

SILVEIRA, Nalin Ferreira; VALMORBIDA, Willian. Processo de etiquetagem para implantação da tecnologia RFID na Biblioteca do Centro Universitário Univates. *RDBCI: Revista Digital de Biblioteconomia e Ciência da Informação*, v. 14, n. 2, p. 334-347, 2016. Disponível em: <<https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/rdbci/article/view/8641634>>.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes brasileiras de hipertensão. *Revista Bras Hipertens.*, v. 17, n.1, p. 7-10, 2016.

SOUZA, Elisângela et al. Educação em saúde a portadores de hipertensão e diabetes na atenção primária. *Nursing*, v. 21, n. 240, p. 2178-2183, 2018. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=33088&indexSearch=ID>>.

XAVIER, Lucélia Ferreira et al. Sistematização da assistência de enfermagem: o conhecimento de enfermeiros do município de JI-Paraná, Rondônia, Brasil. *Nursing*, v. 21, n. 239, p. 2110-2113, 2018. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=32913&indexSearch=ID>>.

FISIOTERAPIA NA ATENÇÃO BÁSICA: A IMPORTÂNCIA DA PARCERIA COM O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

ERIKA MARA SALES RODRIGUES
ALINE BARBOSA TEIXEIRA MARTINS
CRISTINA DE SANTIAGO VIANA FALCÃO

1. Introdução

Os cuidados primários de saúde são definidos como cuidados essenciais de saúde colocados ao alcance universal dos indivíduos da comunidade, eles representam o primeiro nível de contato da população com o sistema nacional de saúde. Esta definição de Atenção Primária foi escrita na I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, no ano de 1978 em Alma-Ata, Casaquistão, URSS. Na ocasião formulou-se a Declaração de Alma-Ata, documento que até os dias atuais serve de referência para o planejamento de ações que visam à melhoria na prestação do serviço de Atenção Básica, para a população mundial (ALMA, 1978).

De acordo com Loures; Silva (2010) desde então a crescente valorização da Atenção Básica a Saúde (ABS) estimula o aprofundamento dos conhecimentos e entendimento da assistência prestada a população neste nível.

Uma das medidas fundamentais para o fortalecimento das ações de Atenção Básica no Brasil foi à implantação, em 1994, da Estratégia de Saúde da Família (ESF), que se caracteriza pela implantação de equipes multiprofissionais em Unidades Básicas de Saúde (UBS), responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias que vivem

em um determinado espaço geográfico (LANCMAN et al, 2013). No entanto é importante ressaltar que antes mesmo da criação da ESF, em 1991 esse modelo de assistência começava a tomar forma através da criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), pois a partir de então se começou a focar a família como unidade de ação programática em saúde e não mais somente o indivíduo (BRASIL, 2000).

Costa et al (2013) afirma que o ACS é uma peça fundamental na saúde da família, pois possibilita que as necessidades da população cheguem à equipe de profissionais, que intervirá junto à comunidade. Também mantém o fluxo contrário, levando a população informações de saúde.

Os ACS estão direcionados e orientados para a execução de suas ações, conforme portarias editadas pelo Ministério da Saúde. Muitas vezes é permitida a adaptação de acordo com a realidade local (BRASIL, 2012a).

Reconhecendo a importância de outros saberes e práticas para consolidar a integralidade do cuidado, a portaria n. 154/GM, de 24 de janeiro de 2008, propõe a criação dos Núcleos de Apoio A Saúde da Família (NASF) possibilitando o acesso de outros profissionais a Atenção Básica, dentre eles o Fisioterapeuta (BRASIL, 2008).

Freitas (2006) afirma que a inserção da fisioterapia na Atenção Básica se constitui em um fato recente na história. A participação da profissão nesse campo de trabalho tem favorecido diversas reflexões sobre a ampliação e/ou reconfiguração de suas práticas para a apropriação de novos saberes necessários a uma melhor intervenção nesse nível de atenção a saúde, em conformidade com os princípios e diretrizes sinalizados como desejáveis para a construção do Sistema Único de Saúde (SUS).

Desse modo a fisioterapia tem demonstrado a importância do seu papel no cuidado a saúde da população inserindo-se de forma cada vez mais expressiva nos três níveis de atenção do SUS (NOVAIS, OLIVEIRA, 2010). A aproximação entre a fisioterapia e o nível primário

apresenta-se como uma alternativa capaz de fortalecer a Atenção Básica aumentando a resolutividade do sistema e contribuindo para a garantia da integralidade na assistência (BISPO JUNIOR, 2010).

Segundo Loures, Silva (2010) a existência de ações semelhantes e complementares entre o fisioterapeuta e o agente comunitário de saúde pode contribuir para o fortalecimento de um dos preceitos tão enfatizados nas definições de Atenção Básica, o trabalho em equipe.

Desse modo o estudo objetivou analisar a percepção dos agentes comunitários de saúde sobre a atuação da fisioterapia na Atenção Básica, visando fortalecer essa relação e contribuir com o desenvolvimento de uma assistência integral a saúde da população.

2. Metodologia

O estudo fez uso de uma metodologia qualitativa, realizado em três Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Itatira-Ceará, as três unidades contam com o serviço de fisioterapia no próprio posto de saúde. Os dados foram coletados individualmente nas UBS durante o horário de trabalho da ESF. As três UBS contam com um total de 21 Agentes Comunitários de Saúde, destes um se encontrava afastado das atividades e 6 estavam ausentes das atividades nas UBS no momento da coleta, sendo entrevistados 14 agentes comunitários de saúde (ACS).

A coleta dos dados ocorreu por meio de uma entrevista semi-estruturada constando de duas etapas: a primeira visou traçar o perfil sociodemográfico dos profissionais e a segunda contemplou a realização de uma entrevista utilizando as seguintes questões norteadoras: “Fale um pouco sobre como é o trabalho do agente de saúde, quais são suas atribuições e que atividades realiza” “Quais as atividades desenvolvidas pela fisioterapia que você tem conhecimento” “Você já identificou na sua área de trabalho pessoas que poderiam ser acompanhadas pela Fisioterapia” “Quais atividades que você desempenha na sua rotina de

trabalho você acredita que poderiam ser realizadas em parceria com o fisioterapeuta” “Você considera importante a assistência da fisioterapia nas ações de prevenção e promoção da saúde, por quê?

As entrevistas foram devidamente registradas em um gravador de áudio de aparelho celular modelo Iphone 4 e transcritas na íntegra. As entrevistas foram tratadas por meio da Análise de Conteúdo proposta por Minayo (2007), constituindo-se de três etapas: pré-análise, exploração do material ou codificação e tratamento dos resultados obtidos/interpretação.

Após a análise emergiram as seguintes categorias: Agente comunitário de saúde: de tudo um pouco; Fisioterapeuta reabilitador na visão do ACS; Fisioterapeuta e ACS: integralidade no atendimento. Utilizou-se a análise descritiva para compilação dos dados sociodemográficos, disponibilizando-os em tabela.

Para preservar o anonimato na identificação, atribuiu-se nomes de plantas típicas do sertão cearense aos participantes, uma forma simbólica de homenagem a esses profissionais que assim como a caatinga, formação vegetal do semiárido nordestino, tem seu valor na diferença, pois expressam diversidade e riqueza de possibilidades.

A Secretária Municipal de Saúde apresentou-se de acordo com a realização da pesquisa, seguida da aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Fortaleza, com o parecer n 1.146.839, respeitando a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012a).

3. Resultados e discussão

Participaram do estudo 14 agentes comunitários de saúde, destes 85,7% eram do sexo feminino, a faixa etária predominante foi entre 21 e 30 anos. Dos entrevistados 85,7% eram casados, o número de ACS com filhos também representou 85,7%. 50% dos ACS declararam residir com 3 a 4 pessoas, seguido do grupo acima de 5 pessoas com 42,9%. A maioria se declarou de religião católica 85,7% (Tabela).

Em relação à renda familiar 71,4% declararam renda em torno de 1 a 2 salários-mínimos e ao serem questionados se realizavam alguma outra atividade remunerada além do trabalho de ACS 78,6% responderam de forma negativa. O nível de escolaridade revelou que 50% dos entrevistados têm o ensino médio completo, ao passo que 28,6% têm nível superior incompleto. O tempo de serviço de 57,1% dos entrevistados é superior a dois anos (Tabela).

Observa-se a predominância dos entrevistados do gênero feminino retomando aspectos sócio-históricos sobre a atividade de agente de saúde que desde o seu início foi priorizada a mão de obra feminina para desempenhar o papel de ACS no sertão cearense. Como critérios para essa seleção elegiam agentes de saúde, mulheres pobres, com intenção de garantir um salário mensal durante um grande período de seca, onde essas mulheres deveriam ser conhecidas e respeitadas pela comunidade independentemente do nível de escolaridade (AVILA, 2011).

A faixa etária caracterizada em maior número de jovens demonstra a busca da profissão de ACS como uma nova perspectiva de trabalho e melhoria da qualidade de vida por parte dos jovens da comunidade (GALAVOTE, 2010).

Os dados encontrados sobre estado civil, filhos e renda familiar, são semelhantes aos de outro estudo relatado por Ferraz; Aerts (2005), onde a maioria dos ACS são casados, católicos e com filhos, também se assemelha a renda famílias de até 2 salários-mínimos. Ainda esse mesmo autor alerta para o fato de que a grande maioria desses trabalhadores havia passado pelo exercício da maternidade ou paternidade, trazendo consigo vivências sobre saúde infantil geradas por suas experiências no cuidado de seus filhos. Se por um lado podem facilitar o trabalho junto às famílias, por outro o que deu certo em suas experiências pessoais pode não ser o adequado para a população por eles assistida. Mais uma vez, torna-se fundamental a educação permanente e supervisão constante desse trabalhador pela equipe de saúde.

O nível de escolaridade encontrado no estudo se assemelha ao que Galavote (2010) detectou em uma pesquisa realizada no município de Vitória, Espírito Santo – Brasil que quanto maior o grau de escolaridade mais condições terá o agente de incorporar novos conhecimentos e orientar as famílias sobre sua responsabilidade.

O tempo de serviço de mais da metade dos ACS's é superior a 2 anos, isso favorece o desempenho de suas funções uma vez que a baixa rotatividade dos profissionais, fortalecendo o vínculo com a comunidade uma vez que o tempo de permanência no programa é importante para o entendimento do papel do agente, que é construído nas práticas cotidianas (FERRAZ; AERTS, 2005).

A partir da análise da entrevista destacaram-se três categorias apresentadas a seguir: Agente comunitário de saúde: de tudo um pouco; Fisioterapeuta reabilitador na visão do ACS; Fisioterapeuta e ACS: integralidade no atendimento.

3.1. Agente Comunitário de Saúde: de tudo um pouco

Os agentes de saúde que participaram da pesquisa demonstraram ter conhecimento acerca das atividades que devem realizar no seu dia a dia. Nos relatos as atividades mais recorrentes foram às visitas domiciliares, ações de encaminhamento a UBS e orientações quanto a hábitos saudáveis. O público mais citado como foco de trabalho dos ACS foram crianças em relação ao peso e vacinas, gestantes na realização do pré-natal e o acompanhamento de hipertensos e diabéticos em suas áreas de trabalho.

Bom a gente realiza é visitas domiciliares, visita as gestantes aos hipertensos diabéticos

- (Juazeiro)

Bom a atividade do ACS é você orientar né as famílias e encaminhar, por exemplo ao chegar numa casa você vai orientar as famílias

nos cuidados na higiene na prevenção da saúde e caso você constata que tem alguma pessoa doente você vai encaminhar ao PSF

- (Xiquexique)

Acompanha criança, idoso, hipertenso o obeso a gestante, criança menor de 2 ano (...) em geral toda população

- (Anjico)

Ávila (2011) esclarece que são inúmeras as atribuições sobre a responsabilidade dos ACS, podendo classificá-las em três grandes grupos: ações de prevenção e promoção da saúde, ações de mediação entre os serviços de saúde e os usuários e ações de acompanhamento e reabilitação.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2011) podemos destacar dentre as atribuições dos agentes de saúde: trabalhar na adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea; orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis; realizar atividades programadas e de atenção a demanda espontânea; desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividades; estar em contato permanente com as famílias desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde, à prevenção das doenças e ao acompanhamento das pessoas com problemas de saúde.

Em conformidade com o que foi revelado pelo presente estudo, outros autores destacaram como atividade principal desempenhada pelo ACS a visita domiciliar e a educação em saúde (BRASIL, 2012b; FERRAZ; AERTS, 2005). Nas atividades educativas, as orientações que mais costumam prestar as famílias são referentes à higiene, ao calendário de vacinas, aos cuidados com recém-nascido, puérperas, gestantes, uso correto das mediações e ao acompanhamento de grupos de risco (FERRAZ; AERTS, 2005).

De forma isolada em algumas falas também apareceram relatos de atividades como cadastro de famílias para o Programa Bolsa Família do Governo Federal, orientações sobre a puericultura, exame Papanicolau, planejamento familiar e Doenças sexualmente transmissíveis. Além destas um dos participantes citou como função do ACS auxiliar na identificação de casos de Tuberculose e Hanseníase em sua área.

[...] a gente trabalha muito também sobre esses cadastros do bolsa família né
(Palma)

Bom a nossa responsabilidade é tá encaminhando, orientando, prevenindo, informando vendo a necessidade de cada um né [...] é fazer o peso adequado pra fazer a puericultura, as mulheres em relação a prevenção do Papanicolau, também em relação ao planejamento família. [...] as pessoas mais difíceis de levar no posto seriam os jovens né, mais é uma idade que a gente tem que focar bem encima que tem as DST's (Macambira)

Nós fazemos o que, acompanhamos a gestante saber se tá fazendo o pré-natal, é acompanha as crianças fazendo o peso saber se não tem criança obesa, se não tem criança desnutrida, é fazendo o acompanhamento todo na área, sabendo se não tem pessoa com tuberculose, hanseníase e muito mais (Maniçoba)

Também são atividades que podem ser realizadas pelos ACS ações coletivas e individuais nos domicílios e na comunidade, por exemplo, combate a dengue, malária, leishmaniose, entre outras mantendo a equipe informada, principalmente a respeito de situações de risco, realizam também o acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família ou qualquer outro programa similar de transferência de renda e enfrentamento de vulnerabilidades implantado pelo Governo Federal, Estadual e Municipal de acordo com o planejamento da equipe (BRASIL, 2012).

Para além das atividades devidamente regulamentadas o agente de saúde se apresenta perante a comunidade muitas vezes como um mediador de conflitos, amigo, conselheiro, criando desse modo um vínculo muito

forte com as pessoas do lugar, isso decorre muitas vezes da proximidade e da convivência com os indivíduos, visto que o ACS é o único profissional da ESF que obrigatoriamente tem que residir na sua área de atuação.

“[...] Você encontra problemas de saúde e problemas não de saúde, aí a gente torna a ser padre, advogado, juiz tudo isso tá entendendo?” (Cacto)

“Eu acho assim que o agente de saúde ele é de tudo um pouco, psicólogo, professor, tudo, pai, mãe, irmão, amigo e é isso.” (Juazeiro)

“Mais também a gente é conselheiro a gente é enfermeiro é psicólogo, por que assim, quando as pessoas tão preocupadas, com problema a primeira pessoa que elas procuram é a gente”. (Imburana)

A entrada no mundo familiar traz inevitavelmente consigo a intimidade das pessoas, o seu mundo privado, e com ele, novas construções relacionais permeadas de significados e de sentimentos (NUNES et al, 2002). Diante desse contexto, os agentes de saúde realizam tarefas que não se restringem ao campo da saúde, caracterizando-os como trabalhador genérico, de identidade comunitária, que tem sua atividade ancorada em um perfil social composto por sua capacidade de liderança e ajuda solidária intracomunitária, constituindo-se um trabalhador sui generis (NOGUEIRA; SILVA; RAMOS, 2000).

3.2. Fisioterapeuta reabilitador na visão do ACS

Os relatos demonstram que a fisioterapia é vista pelos ACS como uma ciência primordialmente reabilitadora, que trabalha sobre o movimento, recuperando pessoas que sofreram algum tipo de traumatismo, com dificuldade de locomoção e também sobre o tratamento de dores principalmente na coluna.

A reabilitação daquela pessoa que está com alguma deficiência né, a possibilidade de dias melhores, a possibilidade de uma locomoção melhor, de um desenvolvimento melhor de um momento assim na vida,

que muitas vezes eles tavão num momento assim, achando que não podiam mais exercer uma função e através da Fisioterapia eles percebem que eles podem sim (Marmeleiro)

Ajuda né principalmente aquelas pessoas que estão acamadas né, ou que passaram por algum acidente [...] tipo não estão se movimentando né, e ela ajuda bastante na movimentação do corpo (Xiquexique)

Assim pessoas que tem problemas de dores musculares, de coluna, essas coisas né (Mandacarú)

Bispo (2010) explica que o caráter reabilitador que a fisioterapia retrata muitas vezes está atrelado a sua própria concepção uma vez que a fisioterapia se destinou quase que exclusivamente ao controle dos danos de determinadas doenças. A atuação da fisioterapia reabilitadora é destinada a cura de determinadas enfermidades e/ou reabilitação de sequelas e complicações.

Embora a maioria dos profissionais tenham ressaltado o papel reabilitador da fisioterapia, quando questionados acerca da importância do trabalho da fisioterapia nas ações de prevenção e promoção em saúde, todos os ACS's concordaram que a fisioterapia é importante, ainda que de forma tímida as noções de como a fisioterapia pode atuar nessa área foram colocadas pelos entrevistados como sendo orientações sobre exercícios, prevenção de danos e dois ACS pontuaram a articulação de grupos para discussão de temas de saúde.

Considero primordial por que assim a fisioterapia [...] ela ajuda não só na reabilitação depois do acidente mais em si na prevenção desse acidente, por que as vezes a pessoa sofre um acidente [...] que pode evitar se a pessoa tivesse um conhecimento maior. (Aroeira)

Prevenir é melhor que remediar né já diz o ditado, com o trabalho de prevenção [...] acredito que vai ter pessoas mais saudáveis né, pessoas com menos dificuldades [...] uma orientação pra fazer exercício uma caminhada por mais simples que seja, eu acho que todo trabalho de prevenção primordial em todas as áreas da saúde em todos os sentidos (Marmeleiro)

Pra prevenir né antes que aconteça né? A não ser que possa ser também formar grupos [...] talvez nesse grupo a gente descobrisse algo que dissesse tá necessitando disso [...]vou fazer isso [...] pra promover pra que isso não venha acontecer no futuro (Cacto)

Bispo Junior (2010) afirma que os conhecimentos inerentes a fisioterapia também contribui para a prevenção de doenças e sequelas. Novais, Oliveira (2009) complementam que aliado a isso a reestruturação do SUS baseada no fortalecimento da Atenção Primária tem impulsionado o fortalecimento de ações que possibilitam a atuação do fisioterapeuta nesse nível de atenção, dentre dessas ações podemos citar a criação do NASF. Sendo assim, Bispo Junior (2010) reitera que diante desse contexto a aproximação entre a fisioterapia e o nível primário apresenta-se como alternativa capaz de fortalecer a Atenção Básica, aumentando a resolutividade do sistema e contribuindo para a garantia de integralidade na assistência.

3.3. Fisioterapeuta e ACS: integralidade no atendimento

Os ACS foram questionados sobre quais atividades realizavam na sua rotina de trabalho e que acreditam ser efetuadas em parceria com o fisioterapeuta. Deste questionamento emergiu de forma mais recorrente nas falas a realização de visitas domiciliares e que seriam realizadas ações de orientações e identificação de pessoas que necessitariam da assistência fisioterápica, em uma das falas também ocorreu à realização de atividades com a comunidade.

Participar assim no meu ponto de vista sobre uma visita domiciliar junto com o ACS né (Palma)

Eu acho assim visita aos acamados, eu acho que deveria ter um acompanhamento pra saber se tem né a possibilidade de voltar alguma, andar né ajudar [...] em alguma coisa (Imburana)

Eu acho que seria palestra uma vez por semana, encontro pra gente falar a respeito da, assim desenvolver algum exercício né, que a gente fizesse junto com a comunidade (Mandacaru)

A visita domiciliar é um instrumento considerado ideal para a educação em saúde já que a troca de informações se dá inserida no contexto de vida do individuo e de sua família. As informações não estão prontas visto que cada residência apresenta uma realidade e necessidades diferentes e, baseando-se nisto ocorre à troca de informações (FERRAZ, AERTS, 2005). A convivência do fisioterapeuta no ambiente familiar o coloca em confronto direto com a realidade vivida por essa pessoa. Isso permite do ponto de vista do relacionamento entre as partes, uma interlocução em um campo mais rico (talvez mais verdadeiro) em relação à possibilidade de uma maior aproximação entre as necessidades verbalizadas pela pessoa atendida com as ações a serem propostas pelo profissional (FREITAS, 2006).

Alguns relatos que surgiram durante a entrevista levantaram um questionamento interessante sobre como o trabalho da fisioterapia é divulgado para os ACS. Percebeu-se que muitos tomam conhecimento das atividades desenvolvidas através dos relatos de indivíduos que já realizaram algum tipo de atendimento nas unidades de fisioterapia.

Por que assim nunca chamaram a gente pra ter uma reunião pra explicar a gente né assim, então a única coisa que a gente sabe é na fisioterapia aqui que eles fazem [...] pra pessoas que tem traumatismo [...] pra recuperação mais nunca chamaram a gente e falou assim a isso é isso e serve pra isso e isso. (Imburana)

Eu acho assim que nós agente de saúde trabalhamos muito com a informação, uma vez que nós não temos a informação e o conhecimento naquilo a gente fica [...] a gente vê várias situações no nosso ambiente mais a gente não consegue identificar por exemplo, se eu tivesse uma capacitação voltada pra fisioterapia, entendeu voltada pros conhecimentos da fisioterapia que eu pudesse identificar aquela pessoa que

necessitasse de fisioterapia realmente ai sim eu poderia dar um suporte maior né? [...] não que eu esteja dizendo que a gente receba capacitação pra fazer a fisioterapia mais pelo menos pá identificar os casos [...] que isso é muito importante. (Aroeira)

É plausível que os profissionais do PSF conheçam o perfil profissional do profissional fisioterapeuta para tornar a fisioterapia acessível à população, não somente nos aspectos de recuperação funcional mais também no sentido de ações educativas, preventivas, promotoras e de manutenção da saúde (OLIVEIRA et al, 2011).

Ribeiro (2001) defende que o ACS e líderes comunitários favorecem a inserção dos fisioterapeutas na comunidade, desse modo o treinamento de agentes comunitários e familiares para colaborar no processo de reabilitação, representando uma enorme contribuição para a evolução e eficácia do tratamento.

4. Considerações finais

O agente comunitário de saúde é um profissional singular que aproxima a população das equipes de saúde, apresentando perfil na presente pesquisa de acordo com as exigências do Ministério da Saúde.

Diante dos novos desafios que a reestruturação do SUS enfrenta no sentido de proporcionar a população ações de promoção e prevenção em saúde e não apenas de cunho curativo, o fisioterapeuta e o agente comunitário de saúde do município de Itatira - CE se encontram na possibilidade de garantir atenção integral a população, por meio das atividades na atenção básica. Ressalta-se o conhecimento apresentado pelos ACS do devido município sobre a atuação da fisioterapia também na atenção básica.

Para além disto, o agente de saúde se posiciona também como um “Tradutor” da realidade vivenciada por aqueles indivíduos, pois os profissionais de nível superior atuantes na atenção básica necessitam com-

prender todo um contexto social, familiar, ambiental e cultural para conseguir uma resolutividade das questões que emergem da comunidade.

5. Referências

ALMA - Ata. Declaração de I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata, URSS; 1978.

AVILA, M.M.M. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará: o caso de Uruburetama. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. v. 16, n. 1, p. 349-360, 2011.

BISPO JUNIOR, J.P. Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. *Ciênc. saúde coletiva* [online], v. 15, (suppl.1), p. 1627-1636, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Cadernos de Atenção Básica – Programa da Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.154/GM de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio a Saúde da Família – NASF. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Legislativo, Brasília, DF, 2008, seção 1, p.38-42, 2008.*

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde; 2012a.*

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 466 de 12 de outubro de 2012b.

COSTA, S.M et al. Agente Comunitário de Saúde: elemento nuclear nas ações em saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 18, n.7, p. 2147-2156, 2013.

FERRAZ, L; AERTS, D. R. G. C. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. *Ciênc. saúde coletiva*[online], v. 10, n. 2, p. 347-355, 2005.

FREITAS, M. S. A Atenção Básica como campo de atuação da fisioterapia no Brasil: as diretrizes curriculares resignificando a prática profissional. [tese]. Rio de Janeiro (RJ):

Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2006.

GALAVOTE, H. S; PRADO, T. N; MACIEL, E.L.N; LIMA, R. C. D. Desvendando os processos de trabalho do agente comunitário de saúde nos cenários revelados na Estratégia Saúde da Família no município de Vitória (ES, Brasil). *Ciênc. saúde coletiva* [online]. v. 16, n. 1, p.231-240, 2011.

LANCMAN, S; GONCALVES, R.M.A; CORDONE, N.G, BARROS, J.O Estudo do trabalho e do trabalhar no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Rev. Saúde Pública*, v. 47, n.5, p. 968-975, 2013.

LOURES, L. F; SILVA, M.C.S. A interface entre o trabalho do agente comunitário de saúde e do fisioterapeuta na atenção básica à saúde. *Ciênc. saúde coletiva* [online], v. 15, n. 4, p. 2155-2164, 2010.

MINAYO, M.C.S. (Org.) O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10ª ed. São Paulo: Hucitec; 2007.

NOVAIS, B.K.L; OLIVEIRA, B.G.E. G. Percepções sobre o trabalho do fisioterapeuta na Atenção Primária. *Revista de APS*; v.14, n. 4, p. 424-434, 2011.

NOGUEIRA, R. P; SILVA, F. B; RAMOS, Z.V.O. A vinculação institucional de um trabalhador “sui generis”: o agente comunitário de saúde. Texto para discussão n 735 [site da internet] 2000. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/pub/td/td_2000/td0735.pdf.> Acesso em: 19/09/2015.

NUNES, M; TRAD, L.B; ALMEIDA, B. A; HOMEM, C. R; MELO, MELO, M.C. I. C. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. *Cad Saúde Pública*, v. 19, n. 6, p. 1639-1646, 2002.

OLIVEIRA, G; ANDRADE, E.S; SANTOS, M. L; MATOS, G.S.R. Conhecimentos da Equipe de Saúde da Família acerca da atuação do Fisioterapeuta na Atenção Básica. *Rev Brasileira de Promoção da Saúde*, Fortaleza, v. 24, n. 4, p. 332-339, 2011.

RIBEIRO, K. Q. S. Fisioterapia na comunidade: buscando caminhos na atenção primária a saúde a partir de um projeto de extensão universitária [dissertação]. João Pessoa (PB): Universidade Federal da Paraíba: 2001.

Tabela

Caracterização do perfil sociodemográfico dos ACS do município de Itatira –
CE participantes da pesquisa, 2015. (n=14)

Características	N	(%)
Sexo		
Masculino	2	14,3
Feminino	12	85,7
Idade (Anos)		
21-30	5	35,7
31-40	4	28,6
41-50	2	14,3
51-58	3	21,4
Estado Civil		
Solteiro	2	14,3
Casado/Mora junto	12	85,7
Separado/Divorciado - - Viúvo - - Filhos		
Sim	12	14,3
Não	2	85,7
N de pessoas que residem no domicílio		
Menos de 3	1	7,1
De 3 a 4	7	50
Acima de 5	6	42,9
Religião		
Católica	12	85,7
Evangélica	2	14,3
Espírita	-	-
Outras	-	-
Renda Familiar		
Até 1 salário mínimo	1	7,2
De 1 a 2 salários	10	71,4
Acima de 2 salários	3	21,4
Realiza outra atividade remunerada		
Sim	3	21,4
Não	11	78,6

Escolaridade		
Fundamental completo	1	7,1
Ensino médio completo	7	50
Superior incompleto	4	28,6
Superior completo	2	14,3
Tempo de Serviço		
06 meses a 1 ano	2	14,3
1 a 2 anos	4	28,6
Acima de 2 anos	8	57,1

ANÁLISE DE CONCEITO COMO ESTRATÉGIA FUNDAMENTAL PARA CONSTRUÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE.

LIVIA MARIA DAMASCENO DOS SANTOS
DEISE MARIA DO NASCIMENTO SOUSA
JOÃO JOADSON DUARTE TEIXEIRA
ANNE FAYMA LOPES CHAVES
MÔNICA OLIVEIRA BATISTA ORIA

1. Introdução

Conceito é uma palavra derivada do latim *conceptus*, que significa noção, juízo, concepção, ideia e síntese. Conceituar é o ato de formular ideias para se comunicar efetivamente. Todo conceito tem uma história e é elaborado a partir de uma realidade perceptível formada por experiências diretas e indiretas, ou seja, não são jamais criados do nada. Estes são dinâmicos, emergem, se consolidam e se transformam à medida que novos estudos, experiências e reflexões são aplicados. Na pesquisa, os conceitos delimitam o enfoque do estudo, possibilitando maior organização no processo metodológico. Na prática assistencial, compreender os conceitos que permeiam a realidade dos nossos usuários ou dos aspectos que norteiam os serviços de assistência em saúde contribui para o sucesso de ações educativas e promotoras de saúde. Para que o conceito possa contribuir com a construção do conhecimento científico é necessário que seus atributos essenciais e, conseqüentemente, suas definições sejam analisadas periodicamente. Sua definição e a busca dos seus atributos essenciais são realizadas por meio de diferentes modelos de análise de conceito.

A análise de conceito é uma atividade científica fundamentada que traz clareza à definição dos conceitos usados na ciência. Os estudos sobre análise de conceito acarretam contribuições significativas à formação do conhecimento, visto que um conceito bem definido se torna um objeto de estudo mais claro, coerente e passível de ser utilizado em outras pesquisas. O ato de clarificar um conceito não significa um ponto final, mas um passo crítico no desenvolvimento do saber relacionado aos conceitos de interesse, considerando-o dinâmico e dependente do contexto em que se encontra. Nas ciências em saúde, a análise dos conceitos torna-se relevante principalmente porque, mediante o esclarecimento do conceito, podem-se definir práticas para a melhoria da qualidade da assistência a partir da materialização do fenômeno abstrato pelos seus atributos e características. Na Enfermagem, por exemplo, poder-se-ia fazer um paralelo, inclusive com o Processo de Enfermagem no qual o Diagnóstico de Enfermagem carece de características definidoras e fatores relacionados para que tenha seu uso de forma coerente e mais resolutiva.

Esse seria o raciocínio para a relevância da definição do conceito: torna-se necessário a definição teórica de atributos, antecedentes e consequentes para que o conceito seja mais claro, o que facilita e uniformiza seu uso e compreensão, tornando-o mais relevante. A base metodológica da análise de conceito foi descrita primariamente nos estudos de Aristóteles no Século IV antes de Cristo. Posteriormente outros filósofos como Descartes, Kant e Frege foram atribuindo suas concepções filosóficas ao método, ampliando as discussões sobre os conceitos. Na literatura científica existem vários modelos de análise conceitual, os quais possuem como objetivo em comum a busca dos atributos, que constituem a definição real do conceito, e de seus antecedentes e consequentes, que são os levantamentos de incidentes ou eventos que acontecem antes e depois do fenômeno conceitual, respectivamente. Analisar um conceito a partir de um modelo teórico pressupõe, portanto, elencar atributos ou características para o fenômeno estudado, mantendo-o atualizado, já que os conceitos são dotados de mutabilidade a depender do contexto em que estão inseridos e do momento histórico.

2. Desenvolvimento

Neste capítulo iremos apresentar três experiências de pesquisadores que utilizaram modelos de análise de conceito: Modelo de Walker e Avant, Método evolucionário de Rodgers e Método híbrido de Schwartz-Barcott e Kim aplicados a conceitos que podem ser úteis para você.

2.1. Cuidado Transpessoal de Enfermagem na Perspectiva de Walker e Avant

O Método de Walker e Avant embora fundamentado no Modelo de Wilson que possui onze etapas (1. Isolar as questões de valores do conceito; 2. Respostas centradas na essência do conceito; 3. Caso modelo; 4. Casos Contrários; 5. Casos Relacionados; 6. Casos Limítrofes; 7. Casos Inventados; 8. Contexto Social; 9. Expressão da Dúvida; 10. Resultados aplicáveis à situação real; 11. Aplicação da análise na produção de conhecimento) foi sintetizado em sete etapas que aqui foram aplicadas ao conceito de Cuidado Transpessoal na Enfermagem, conceito inicialmente estabelecido por Jean Watson.

Quadro 1 - Análise do Conceito Cuidado Transpessoal na Enfermagem segundo o Modelo de Walker e Avant.

Etapas	Resultados
Seleção do conceito:	O objetivo do estudo foi analisar os atributos, antecedentes e consequentes do conceito cuidado transpessoal na Enfermagem.
Determinação da finalidade da análise conceitual:	A relação do cuidado de Enfermagem exige uma reciprocidade de atenção entre cuidador e cliente. Deste modo, a análise de conceito foi o método escolhido para clarificar o conceito de cuidados transpessoal baseado nos estudos da teórica Jean Watson, estudiosa do ramo do cuidado humano.

Identificação dos possíveis usos do conceito:		Para fundamentação do conceito foram utilizados livros publicados pela teórica Jean Watson, seguido os seguintes critérios de inclusão: obras literárias (livros) que abordam sobre a Teoria do Cuidado Humano, escritos em língua inglesa ou portuguesa. Após a busca os livros foram submetidos a leitura para apreciação do conteúdo. Tendo como amostra final seis livros.
Determinação atributos essenciais	dos	Dentre os atributos o elemento mais evidenciado foi a intersubjetividade. Assim o cuidado transpessoal vai além do campo do cuidar para as pessoas envolvidas (transcende o individual). Essa relação subjetiva tem o potencial de ultrapassar o físico-material ou do mental-emocional; ela transcende o tempo, o espaço e a fisicalidade e afeta os envolvidos de maneira que eles carregam para a sua vida o processo vivido.
Identificação antecedentes consequentes conceito	de e do	O antecedente mais presente nas publicações avaliadas foi o momento de cuidado (evento ou ocasião real de cuidar), foi citado em todas as publicações. A Teoria do Cuidado Humano entende o cuidado transpessoal como aquele que ocorre no momento do cuidado, período no qual os elementos do processo clínico caritas são usados para operacionalizar e conduzir o enfermeiro para realização do cuidado transpessoal. Nas consequências do conceito cuidado transpessoal o elemento descrito em todos os livros analisados foi sua capacidade de propiciar restauração/reconstituição (healing).
Definição de referências para os atributos essenciais		Após a publicação da obra <i>Caring science as sacred</i> , no ano de 2005, acontece uma evolução na construção da teoria. Os fatores de cuidado são trocados pelo elementos do processo clínico caritas e, ao exibi-los, Watson, permite o entendimento profundo do processo de vida e das experiências humanas vivenciadas, amplia os seus conceitos, introduz a sacralidade do ser cuidado e sua
		conexão para um plano além do visual, havendo, ainda, a proposição do healing como reconstituição.
Construção de um caso modelo		Assim, o cuidado transpessoal é compreendido como aquele que ocorre no momento de cuidado, operacionalizados pelos elementos do processo clínico caritas, que vai além do processo de enfermagem.

2.2. Tecnologia em Enfermagem, Promoção da Saúde e o Modelo Evolucionário de Rogers

O Modelo Evolucionário de Análise de Conceito de Rodgers propõe o desenvolvimento do conceito como um ciclo contínuo no tempo e em um contexto particular. Nesse modelo, distinguem-se três aspectos importantes no desenvolvimento do conceito: seu “significado”, seu “uso” e sua “aplicação”. Este modelo segue seis etapas:

1. Seleção do conceito de interesse e expressões associadas;
2. Identificar e selecionar o campo apropriado para coleta de dados, nesse tipo de análise, o local se refere ao período a ser examinado ou tipos de literatura a serem incluídas. O campo de coleta dos dados pode ser escolhido de acordo com a familiaridade com a literatura que geralmente emprega esse conceito;
3. Coletar os dados, reconhecendo os atributos do conceito e seus aspectos contextuais (antecedentes e consequentes);
4. Analisar os dados e identificar as características do conceito;
5. Identificação de um modelo para o conceito;
6. Identificar hipóteses e implicações para outros estudos. Para exemplificar o modelo de Rogers apresentamos as análises dos conceitos de Tecnologia na Enfermagem e Promoção da Saúde.

Quadro 2 - Análise do conceito de Tecnologia na Enfermagem segundo os quatro primeiros passos do método evolucionário de Rogers.

Etapas	Resultados
Seleção do conceito de interesse e expressões associadas:	Pesquisadoras da área da Enfermagem perceberam a escassez de produção científica que mencionasse as tecnologias de relacionamento ou tecnologias leves na área da enfermagem, mesmo sendo estas muito utilizadas como subsídios para as ações de enfermagem, principalmente naqueles últimos dois anos, motivados por tal contexto, foi realizada uma análise conceitual da tecnologia na enfermagem, a fim de ampliar a compreensão da construção desse conceito e contribuir para sua correta utilização.
Identificação e seleção de um campo	Biblioteca Virtual em Saúde na base de dados e BDEnf.
apropriado para coleta de dados relevantes com a finalidade de identificar os atributos do conceito e suas bases contextuais:	
Coletar os dados	Para realização do estudo foram selecionados artigos, dissertações, teses, anais de eventos, livros, entre outros materiais, foram encontrados no total de 200 documentos. Após leitura dos resumos dos artigos, foram excluídos os que somente mencionavam o termo tecnologia, mas não o discutiam, bem como os que não guardavam relação com a temática escolhida, o que totalizou 39 artigos.
Análise dos	dados
relacionados	às
características	do
Como resultado destacam-se dois atributos para o conceito de tecnologia: produto e processo. Para “Tecnologia como produto” o conceito considerado foi: construção de um artefato	

conceito	palpável, baseado no conhecimento científico, voltado à melhoria de uma situação de saúde, emancipação ou geração de conhecimento; sendo caracterizado por três elementos: informatização, informação e artefato. Já a “Tecnologia como processo” compreende todo método cuja função abranja a capacitação de indivíduos ou grupos para desempenhar determinada função ou atividade, bem como a gestão de serviços/produtos ou de pessoal, ou mesmo, a promoção de qualquer forma de abordagem humana; sendo caracterizada por três elementos: a capacitação, a gestão e a abordagem humana. Antecedentes: o conhecimento científico, o conhecimento prático, a qualificação profissional, o treinamento e a criatividade; e, como consequentes a resolução de problemas, a emancipação, a melhoria da assistência, a organização, o isolamento social, o distanciamento, o acesso à informação e a racionalização de serviços e recursos humanos.
----------	--

Assim, a Tecnologia como processo tem como antecedentes o conhecimento, a capacitação, o cuidado individualizado, a abordagem construtiva e dialógica, e como consequentes a mudança de comportamento, a satisfação de necessidades, a valorização, o fortalecimento de redes de apoio e inclusão social, a promoção da saúde e da qualidade de vida. Sua utilização no contexto do processo de trabalho na Atenção Primária em Saúde (APS) agregou um novo olhar a esse conceito, abrangendo os grupos, suas conformações e os métodos, seja de ensino ou de capacitação.

O conceito de Promoção da Saúde permitiu avançar em todas as etapas do modelo evolucionário de Rogers como apresentado no Quadro 3.

Quadro 3 - Demonstrativo a análise de conceito de Promoção da Saúde, segundo método evolucionário de Rogers.

Etapas	Resultados
Seleção do conceito de interesse e expressões associadas:	O conceito selecionado foi Promoção da Saúde devido a escassez de estudos que abordam a temática.
Identificar e selecionar o campo apropriado para coleta de dados:	Para analisar o conceito de promoção da saúde foram utilizadas as cartas de promoção da saúde.
Coletar os dados, reconhecendo os atributos do conceito e seus aspectos contextuais (antecedentes e consequentes)	Atributos: saúde positiva, cuidado de saúde consigo e com os outros, saúde ligada a equidade e justiça social, acesso a educação e informação, capacitação comunitária e estratégia que melhora a qualidade de vida. Antecedentes: necessidade de reestruturar os serviços de atenção à saúde, necessidade de mediação da saúde com outros setores, busca de parcerias e alianças, necessidade de melhorar o acesso da população aos serviços, reduzir iniquidades e ideia de que somente o setor saúde resolve os problemas da população. Consequentes: estratégias eficazes, melhora da qualidade de vida, adoção da intersetorialidade, melhora na participação popular, responsabilização do setor público, redução das iniquidades, impacto positivo na saúde e prioridade fundamental das políticas públicas de saúde.
Analisar os dados e identificar as características do conceito:	Promoção da Saúde foi definido como “Processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no processo”, assim como “Processo que permite às pessoas melhorarem o controle sobre sua saúde e seus determinantes através da mobilização individual e coletiva”.
Identificação de um modelo para o conceito:	Os termos substitutos elencados, ou seja, aqueles que remetem à ideia do conceito mesmo que seja utilizada uma palavra diferente, foram qualidade de vida, empoderamento e capacitação da comunidade, ambientes favoráveis à saúde, saúde, ambiente e desenvolvimento humano, saúde e cidadania.
Identificar hipóteses implicações para outros estudos:	O estudo e a definição do conceito é relevante para que a partir da clarificação deste se possa definir estratégias de ação e obter mais êxito, maximizando os ganhos pelo compartilhamento de informações mais claras e concisas que estarão necessariamente em sintonia com o que se pretende evidenciar nos estudos em saúde.

2.3. Tensão do Cuidador Familiar de Idosos segundo o Modelo Híbrido de

Swartz-Barcott e Kim

O Modelo Híbrido de Análise Conceitual de Swartz-Barcott e Kim associa a análise teórica com a observação empírica. O método é composto por três fases que podem ser realizadas progressiva ou simultaneamente. A primeira fase é teórica, trata-se da seleção do conceito, busca na literatura e definição conceitual. A segunda fase é dita como trabalho de campo, nesse momento são realizadas as observações empíricas relacionadas ao fenômeno conceitual, a seleção de casos, coleta e análise dos dados. A fase final, conhecida como analítica, consiste na comparação dos dados achados na busca teórica com os dados elencados na observação empírica. Para exemplificar este modelo trazemos a análise do conceito de tensão do cuidador familiar de idosos dependentes.

Quadro 4. Exemplo de análise de conceito de Tensão do cuidador familiar de idosos dependentes, segundo o método de Swartz-Barcott e Kim.

Etapas	Resultados
Primeira fase (Teórica):	O conceito de Tensão do cuidador familiar de idosos dependentes foi selecionado em decorrência da dinâmica da Consulta de Enfermagem ao idoso dependente que vem acompanhado pelo familiar, que expressa a sobrecarga e exaustão relacionadas ao cuidado com o parente. Estes, geralmente, encontram-se doentes, mas ocultam suas necessidades em prol do ente querido e deixam de serem assistidos pelos profissionais da saúde. A busca na literatura foi realizada nas bases de dados International Nursing Index e Lilacs e foi efetivada com uma amostra de 84 trabalhos que versavam sobre a tensão do cuidador familiar, publicados nos idiomas português, inglês e espanhol, no período de 1990 a 2001. Os resultados deram subsídios para formular o instrumento de coleta de dados utilizado na segunda etapa. Os atributos elencados diziam respeito ao estado físico, emocional do cuidador, autocuidado, uso de medicamentos, uso de álcool e fumo. Os antecedentes estavam relacionados com as características sociodemográficas e ao ambiente físico e familiar e interação entre idoso e cuidador. Quanto aos consequentes foram introduzidas questões relacionadas à dinâmica familiar, mudanças nas rotinas, interferência na vida social do cuidador e abandono do papel do cuidador.

Etapas	Resultados
Segunda fase (Observação empírica ou Trabalho de Campo):	A fase de estudo de campo, envolveu trinta cuidadoras de idosos captadas em um programa de atenção ao idoso dependente, sendo os dados obtidos mediante entrevista individual, e analisados quantitativamente. Os pesquisadores realizaram visitas domiciliares para melhor observar a realidade social, ambiental e econômica das
	participantes, visto que a análise conceitual guiada pelo modelo híbrido exige uma avaliação reflexiva e integral dos componentes envolvidos no fenômeno requer uma maior aproximação com os participantes do estudo.
Terceira fase (analítica):	Nessa fase foi realizada uma comparação dos dados encontrados na fase teórica com os dados das observações empíricas. Esse procedimento permitiu definir o fenômeno tensão do cuidador familiar de idosos dependentes como “um estado dinâmico de alteração do bem-estar do cuidador familiar, variável de pessoa para pessoa, multideterminado e cumulativo, resultante do processo de cuidado do idoso dependente”.

3. Considerações Finais

A análise de conceito, orientada pelas perspectivas evolucionária, híbrida e de Walker e Avant, possibilitou identificar os atributos essenciais e reconhecer os eventos que antecedem e sucedem conceitos importantes para o desenvolvimento das pesquisas desenvolvidas por enfermeiros. O estudo dos conceitos amplia as possibilidades de desenvolvimento de novas investigações na área clínica. A utilização desse novo conhecimento pode contribuir para práticas de Promoção da Saúde mais eficazes e específicas. No âmbito do ensino de Enfermagem, intervenções podem ser planejadas para melhorar o desempenho de acadêmicos durante as práticas do curso, desta forma é válido estimular os profissionais para o desenvolvimento de novos estudos envolvendo análise de conceito.

4. Referências

AQUINO, P.S; MELO, R.P; LOPES, M.V.O; PINHEIRO, A.K.B. Análise do Conceito de Tecnologia na enfermagem segundo o método evolucionário. *Acta Paul Enferm.*, v. 23, n. 5, p. 690-696, 2010.

FAVERO, L, PAGLIUCA, LMF, LACERDA, MR. Cuidado transpessoal em enfermagem: uma análise pautada em modelo conceitual. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 500-505, 2013.

FERNANDES, M.G.M; GARCIA, T.R. Atributos da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 818-824, 2009.

FONTENELE, F. C.; PAGLIUCA, L. M. F.; CARDOSO, M. V. L. M. L. Cuidados com a pele do recém-nascido. *Anna Nery.*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 480-485, 2012.

LOPES, M.S.V; SARAIVA, K.R.O; FERNANDES, A.F.C; XIMENES, L.B. Análise do conceito de Promoção da Saúde. *Texto Contexto Enferm.*, Florianópolis, v. 19, n. 3, p. 461-468, 2010.

MCEWEN, M.; WILLS, E. M. Desenvolvimento de conceito: esclarecimento do significado dos termos. Trad. de Ana Maria Thorel. Porto Alegre: Artmed, p. 74-96, 2009.

RODGERS, B. L.; KNAFL, K. A. *Concept development in nursing – foundations, techniques, and applications*. Philadelphia: WB Saunders Company, 2000

IMPACTOS DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA E DO ACOMPANHAMENTO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA SEGURANÇA ALIMENTAR DOS BENEFICIÁRIOS.

HELENA PAULA GUERRA DOS SANTOS
ANYA PIMENTEL GOMES FERNANDES VIEIRA-MEYER

1. Introdução

O Programa Bolsa Família (PBF) é o Programa de Transferência de Renda Condicionada (PTRC) brasileiro, que se destaca como um dos mais antigos e de maior cobertura na América Latina, direciona-se às famílias vivendo em situação de pobreza e de extrema pobreza (FISZBEIN; SCHADY, 2009). Pase e Melo (2017) relatam que o programa objetiva garantir a essas famílias o incentivo ao acesso a direitos sociais básicos nos campos da assistência social, educação e saúde, obtidos pelas famílias eleitas por meio do cumprimento de uma série de condicionalidades nessas áreas para melhorar a qualidade de vida das famílias e contribuir para a sua inclusão social (BRASIL, 2019a).

Somente com o adequado acompanhamento dessas condicionalidades podem ser identificadas as situações de vulnerabilidades no contexto familiar que interfiram no acesso aos serviços básicos a que as famílias têm direito (XIMENES; AGATTE, 2011). A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), publicada em 2017, estabelece que o acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF é uma atribuição comum dos profissionais da Atenção Básica (BRASIL, 2019b). No entanto, já há estudos apontando o despreparo dos profissionais atuantes na Estratégia de Saúde da Família (ESF), que chegam a declarar que não

entendem ser de sua responsabilidade ações de saúde específicas e prioritárias para o grupo (PETROLA et al., 2014; BARBOSA et al.; 2014).

Na área da saúde, exige-se a vacinação dos menores de 7 anos, aferição de peso e estatura para acompanhar desenvolvimento infantil e acompanhamento de gestantes e nutrizes, tanto no aspecto clínico, como na prevenção com participação em palestras que promovam o aleitamento materno e alimentação saudável. (BARBOSA et al., 2014; PASE; MELO, 2017; BRASIL, 2019a). A promoção e monitoramento da alimentação saudável é ponto chave para o bom desenvolvimento das crianças e interfere no estabelecimento das doenças crônicas não transmissíveis, em especial, obesidade, diabetes e hipertensão, altamente prevalentes e diretamente relacionadas aos altos índices de morbidades e mortalidades ocasionadas por doenças cardiovasculares (BRASIL, 2010; MONTEIRO et al., 2011).

Segundo a Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN) a segurança alimentar e nutricional se define, enquanto estratégia ou conjunto de ações, como intersetorial e participativa, e consiste na realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras da saúde, que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis (BRASIL, 2006).

Zimmermann e Frota (2010) afirmam que não há uma rede de proteção social consolidada no Brasil, mas que o PBF tem atuado de forma significativa na erradicação da fome e na diminuição dos níveis de pobreza. França (2015), Magro e Reis (2011) e Silva (2015) afirmam que os impactos reais do programa são indiscutíveis, no sentido que representa para muitas famílias uma elevação no nível de renda, ou acesso a única garantia de renda. Mas, salientam que o nível de distribuição de renda é insatisfatório, algo compensatório, que não permite superar a condição de pobreza, apenas a ameniza.

Conforme dados do Ministério do Desenvolvimento Social (MDS) o benefício é ofertado às famílias em extrema pobreza, que são as com renda mensal de até R\$ 89,00 por pessoa, ou famílias pobres, com renda de R\$ 89,01 até R\$ 178,00 por pessoa, desde que tenham filhos menores de idade ou gestantes na sua composição. Os valores pagos podem ser do tipo benefício básico de R\$ 89,00, concedido às famílias em situação de extrema pobreza, com possibilidade de receberem complementarmente benefícios variáveis. Pois, caso tenham em sua composição gestantes, nutrizes, crianças e adolescentes de 0 a 17 anos podem receber acréscimos de R\$ 41,00 ou R\$ 48,00, com limite de teto em R\$390,00, além de um benefício extra específico para cada situação com vistas a superação da extrema pobreza, até que a família ultrapasse o piso de R\$89,00 por pessoa (BRASIL, 2019c).

Dantas e Neri (2013) afirmam que, em consequência do aporte financeiro e das condicionalidades impostas, o impacto do PBF sobre a alimentação é digno de nota, interferindo na dignidade humana. Relata-se que o gasto prioritário do benefício recebido tem sido feito com alimentos (LIGNANI et al. 2012; FERREIRA; MAGALHÃES, 2017) e que a elevação da renda impacta na melhoria dos níveis de segurança alimentar (CABRAL et al., 2014; MARTINS; MONTEIRO, 2016; COELHO; MELO, 2017). No entanto, há discussões controversas sobre se essa maior aquisição alimentar reflete, de fato, em maior segurança alimentar e nutricional (LIGNANI et al. 2012; UCHIMURA et al., 2012; COTTA; MACHADO, 2013; COELHO; MELO, 2017; SILVANI et al., 2018).

Vários estudos apontam a ESF como modelo que melhor possibilitaria a concretização dos direitos sociais à saúde (MENDES, 2012; MARTINS et al., 2016; OLIVEIRA; PEREIRA, 2013). Ou seja, boas performances associadas da ESF e do PBF deveriam repercutir significativamente em melhores condições de segurança alimentar para seus beneficiários, tendo em vista que o PBF é operacionalizado pela ESF e essas duas políticas podem, de maneira sinérgica, impactar nas vidas das pessoas vivendo em vulnerabilidade social.

Para averiguar a concretude do objetivo de combater a fome e promover a segurança alimentar e nutricional estabelecido pela Lei n.º10.836 (BRASIL, 2004), a qual instituiu o PBF, e avaliar e discutir impactos na segurança alimentar e nutricional de beneficiários do PBF, que possam derivar da atuação das equipes da ESF na operacionalização e acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF, e repercutir na saúde dos seus beneficiários, realizou-se uma revisão crítica/integrativa da literatura envolvendo a temática.

2. Metodologia

Foram consultadas as bases de dados Pubmed/Medline e Scielo, bem como os portais de organizações públicas. As buscas foram guiadas pelos descritores: bolsa família e saúde da família, com acréscimos do impacto e segurança alimentar, em diferentes combinações, como também dos seus correspondentes em inglês para acessar o Pubmed. A busca se deu entre maio a junho de 2019. Os critérios de inclusão foram o recorte de tempo, que envolveu publicações entre 2015 e 2019, em língua inglesa ou portuguesa, publicados em revistas indexadas, e conectados com a temática descrita. Como critério de exclusão foram desconsiderados os artigos de revisão.

Desta forma, o fluxo para seleção dos artigos para esta revisão crítica/integrativa ocorreu na seguinte sequência: 1. Busca nas bases de dados Pubmed/Medline e Scielo de artigos com as palavras-chave ‘bolsa família’, ‘saúde da família’, ‘segurança alimentar’ e ‘impacto’; 2. Restrição desta busca ao período de 2015 a 2019; 3. Restrição da busca a artigos da língua inglesa ou portuguesa 4. Identificação de artigos repetidos nas bases de dados, com posterior remoção das repetições; 5. Criação de uma lista única com os artigos pré-selecionados; 5. Seleção, entre os artigos pré-selecionados, daqueles com relação direta com a temática “Impactos do programa bolsa família e do acompanhamento da estratégia saúde da família na segurança alimentar dos seus beneficiários”, que não fossem de revisão.

3. Resultados e Discussão

Inicialmente buscou-se no Scielo, onde foram localizados 165 artigos com uso dos descritores ‘saúde da família’ e ‘bolsa família’, depois 35 artigos com uso dos descritores ‘saúde da família’, ‘bolsa família’ e ‘segurança alimentar’, e acrescentando-se ‘impacto’ na busca com ‘bolsa família’ e ‘segurança alimentar’ localizou-se mais um artigo. Aplicando-se os filtros de data de publicação e língua nos 165 primeiros artigos localizados restaram 66 publicações. Excluindo-se os repetidos e sem conexão temática restaram 14, onde um era de revisão sistemática e foi também excluído, então 13 estudos foram relacionados nessa fase. Aplicando-se os mesmos critérios aos outros 36 artigos, restaram os mesmos 13 já localizados. De um total de 201 publicações, 13 foram selecionadas nessa base de dados ao final.

No Pubmed foram localizados 44 artigos com uso dos descritores ‘health family’ e ‘bolsa família’, mais 8 artigos quando se acrescentou o descritor ‘food security’, e localizou-se 14 artigos com a combinação dos descritores ‘health family’, ‘bolsa família’ e ‘impact’. Aplicando-se os filtros de data de publicação e língua nos 44 inicialmente localizados, restaram 17 artigos. Excluindo-se os repetidos e sem conexão temática restou somente um artigo. Aplicando-se os mesmos critérios aos outros 22 artigos, restou o mesmo já localizado, foram comuns as duas bases quatro artigos. De um total de 66 publicações, somente uma foi selecionada nessa base de dados ao final.

Assim, de um universo de 267 artigos que foram identificados nas bases de dados com os descritores supramencionados, um total de 14 artigos (Tabela 1) foi selecionado ao final da aplicação da metodologia descrita. Não foi localizada publicação em 2019, registrou-se três publicações em 2018, também três nos anos 2016 e 2015 cada, sendo o ano de 2017 o que apresentou o maior número de publicações, com cinco publicações localizadas. O resumo dos principais achados dos artigos selecionados, assim como informações sobre ano de publicação, autoria e metodologias utilizadas podem ser visualizados na tabela 1.

Contudo, antes de discutirmos os achados referentes aos artigos desta revisão integrativa, é importante mencionar, para valorizar a perspectiva histórica dos achados, o que manuscritos mais antigos informavam sobre o assunto.

Estudos anteriores a 2015 pontuavam registros de aumento de consumo dos variados grupos alimentares por beneficiários do PBF, com preocupações sobre o grande aumento dos alimentos de alta densidade calórica e baixo teor nutritivo, como açúcar, alimentos processados e refrigerantes (LIGNANI et al., 2010). Embora alertassem que as mudanças no padrão de consumo se assemelhassem às tendências de transição nutricional observadas na população brasileira em geral, indicavam a necessidade de melhorar o acesso a alimentos saudáveis, como frutas e legumes. Defendendo ainda que fossem incorporadas ações de educação alimentar adaptadas ao repertório cultural dos distintos segmentos sociais, pois observaram relatos de desconhecimento do que constitui uma alimentação saudável por parte dos beneficiários (UCHIMURA et al. 2012).

Lignani et al. (2010) admitem em seu artigo que, no entanto, não podem fazer inferências causais ao PBF, tendo em vista que seu estudo não permitia grupo-controle, até mesmo por razões éticas. Trouxeram ainda relatos de outros estudos contemporâneos, onde os PTRC do México e Colômbia apresentavam resultados bem-sucedidos no aumento do consumo de alimentos de origem animal, vegetais e frutas, em detrimento dos cereais e gorduras.

Trabalho quase-experimental de Martins e Monteiro (2016) se opõe a essas colocações anteriores sobre o PBF, se assemelhando aos resultados dos demais PTRC de outros países relatados, pois comparando o impacto do Programa na disponibilidade de alimentos entre crianças beneficiárias e não beneficiárias do programa, encontraram que entre os beneficiários o gasto alimentar era maior, com maior disponibilidade de comidas frescas e ingredientes para culinária, incluindo alimentos que qualificam e diversificam a dieta, como vegetais, carnes e tubérculos.

O estudo foi desenvolvido em uma amostra probabilística de 55.970 domicílios brasileiros, utilizando dados da Pesquisa de Orçamento Familiar realizada em 2008-2009.

Sperandio et al. (2017) também realizaram estudo com o objetivo de avaliar o impacto do PBF no consumo de alimentos nas regiões Nordeste e Sudeste. A base de dados utilizada também procedeu do módulo sobre o consumo alimentar individual da Pesquisa de Orçamento Familiar. Para a análise da medida de impacto foi utilizado o método Propensity Score Matching, que assemelha os indivíduos beneficiários e não beneficiários em relação ao conjunto de características socioeconômicas. Os beneficiários do PBF apresentaram menor consumo de alimentos processados e ultraprocessados, em ambas as regiões, e maior consumo de alimentos in natura ou minimamente processados na região Nordeste.

Outro estudo que fez uso da mesma base de dados e mesmo método de correção do viés da seleção amostral, que Sperandio et al. (2017) e Martins e Monteiro (2016), foi o de Coelho e Melo (2017). Os resultados do seu estudo demonstraram que o valor médio do Índice de Qualidade da Dieta (IQD) para as famílias beneficiárias do PBF supera em 9,05 o valor médio do IQD das famílias não participantes do PBF. Para os autores os resultados corroboram com a eficácia do PBF em elevar a qualidade da dieta das famílias, principalmente quanto à redução de gordura e sódio, e aumento da variedade.

Esses três estudos convergem em dados positivos sobre a segurança alimentar e possuem um comum o fato de terem se servido da mesma base de dados. No entanto, outros estudos, com o mesmo objetivo e bases de dados diferenciadas, também alegam aumento da segurança alimentar e melhoria nos indicadores socioeconômicos, revelando que o PBF impacta positivamente no aumento da renda, propiciando melhorias dos níveis de segurança alimentar (CABRAL et al., 2014; SUZART; FERREIRA, 2018). Suzart e Ferreira (2018) revelaram que o aumento da frequência escolar e o cumprimento da agenda de acompa-

nhamento da saúde são alcançados, no entanto relatam que é necessária maior articulação da transferência de renda e estratégias mais amplas que promovam o desenvolvimento econômico e social, face a pobreza em seu caráter multidimensional.

Estudo qualitativo realizado por Ferreira e Magalhães (2017), onde as autoras avaliaram as práticas alimentares de 24 mulheres obesas beneficiárias do PBF, volta a reforçar a ideia de práticas alimentares inadequadas em beneficiários. Segundo as autoras, o papel do PBF é fundamental na alimentação das famílias por amenizar, em algum grau, situações extremas de privação. Onde destaca-se que o recurso do PBF inclusive era gasto na totalidade com alimentos. Mas, a novidade é a incorporação de produtos industrializados largamente difundidos entre os mais pobres. Sinalizam que iniciativas que promovam o desenvolvimento dos sistemas agroecológicos em nível local, a fim de ampliar o acesso, a disponibilidade e o consumo de alimentos saudáveis, valorizando a cultura local, devem ser incentivados pelo Programa. É importante pontuar que as autoras não alegam relação causal do PBF com a obesidade, mas inércia em disparar ações de promoção em prevenção por parte de quem operacionaliza o Programa.

A controvérsia sobre a temática retorna, pois estudos como o de Freitas et al. (2017), que buscaram comparar a prevalência do estado nutricional das crianças no Acre e Rio Grande do Sul, mas também analisar o perfil antropométrico dessas crianças durante cinco anos, concluíram que o sobrepeso e a obesidade entre as crianças beneficiadas pelo PBF aumentou no período estudado, notadamente no Rio Grande do Sul. A explicação causal para este achado não é clara, mas é possível que isto ocorra devido ao fato da transição nutricional estar num estágio mais avançado nesta região. O trabalho de Sperandio et al. (2016) também reforça a importância de melhoria da qualidade nutricional da alimentação de beneficiários, pois encontra que adolescentes do PBF apresentam maior consumo de energia e macronutrientes, diante de menor consumo de cálcio e vitaminas A, B, C e E.

Outros estudos, como o de Facchini et al. (2014), Monteiro et al. (2014), Saboia e Santos (2015), Sperandio e Priore (2015), Souza et al. (2016), Silva et al. (2017) e Correia et al. (2018) encontraram altas prevalências de insegurança alimentar entre beneficiários do PBF. Para a análise de Facchini et al. (2014) foi utilizada a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar. A prevalência da insegurança alimentar moderada ou grave foi de 22,9% no Nordeste e 7,5% no Sul. Em ambas as regiões, na análise ajustada, a maior probabilidade da insegurança alimentar moderada e grave foi identificada em domicílios chefiados por mulheres, com cor da pele materna preta e parda, com menor escolaridade materna, menor renda familiar per capita e beneficiárias do PBF. Os autores destacaram que o acréscimo de renda para R\$175,00 per capita diminuiria a insegurança alimentar, sendo essencial a melhor focalização do PBF e aumento da renda dos extremamente pobres.

Saboia e Santos (2015) em estudo realizado em Teresina, Piauí, revelaram que há estreita relação da insegurança alimentar com fatores socioeconômicos e demográficos, envolvendo questões como tipo de moradia, renda e ser beneficiária do PBF. Já para Sperandio e Priore (2015), em estudo realizado em Viçosa, Minas Gerais, reforçou-se que a conexão com a baixa escolaridade materna de mães beneficiárias do PBF e menor nível econômico justifica ações estatais focalizadas, como o PBF, associado a ações estruturantes na educação. Souza et al. (2016), em estudo realizado em Campinas, São Paulo, revelaram que mais de um terço dos domicílios apresentam alguma forma de insegurança alimentar, sendo que a grave se conecta com condições socioeconômicas, principalmente relacionadas ao chefe da família, já as leves se conectam com condições demográficas.

Correia et al. (2018), em estudo transversal realizado no Ceará, encontraram, tal qual Sperandio e Priore (2015), que a participação em PTRC foi relacionada de forma independente com a segurança alimentar, assim como o nível educacional, ambiente residencial e estado nutricional das crianças, o que fez concluir que investimentos em edu-

cação e PTCR como o PBF podem ser utilizados para reduzir a insegurança alimentar. Silva et al. (2017) encontraram resultados semelhantes, mas investigaram comunidades quilombolas e não quilombolas, e revelaram que comunidades quilombolas apresentam prevalência ainda maior de insegurança alimentar, apesar de viverem nas mesmas áreas de abrangência, reforçando sua vulnerabilidade.

Apesar do considerável número de artigos revelando que a insegurança alimentar parece estar associada as condições de vida das beneficiárias do PBF, como a baixa renda, baixa escolaridade, tipo de moradia, ambiente residencial, cor e desconhecimento sobre o que é alimentação saudável. Não há indícios de que o recebimento do bolsa família agrave/piore a insegurança alimentar, pelo contrário, chega a ser redundante tal afirmação, até porque esse é o perfil que as faz serem eleitas para o recebimento. Além do que, pelo contrário, maiores investimentos em ações focalizadas como o PBF são indicativos de solução para o enfrentamento dessas questões, pois ele tem conseguido amenizar esses riscos sociais dos mais vulneráveis.

Nascimento et al. (2017) e Coelho et al. (2015) em estudos semelhantes, utilizando dados secundários, tiveram achados que permitiram concluir que mães com menor renda, menor escolaridade e beneficiárias do PBF (perfil 1) parecem ser de risco para a introdução precoce da alimentação complementar e desmame. Acharam também que os lactentes entre 0 e 23 meses apresentaram consumo alimentar inadequado, com introdução precoce da alimentação complementar, além de, práticas alimentares inadequadas como refresco industrializado, chá, água, leite de vaca, papa salgada, refrigerante, mingau com leite e leite engrossado com farinha foram muito frequentes. As mães do perfil 2, com mais idade, maior número de filhos e com maior número de residentes no domicílio estavam associadas ao consumo de leite materno.

Mais uma vez, percebe-se que a baixa escolaridade e desinformação, consequência direta da menor renda e das barreiras de acesso que

se impõe a esse grupo findam por deixá-las mais expostas e em desvantagem. O que os estudos acima conseguiram revelar foi que as mais experientes, com mais filhos, conseguiam ter um perfil mais saudável quanto a manutenção do aleitamento materno. A ESF muito fica a dever nessas situações, pois independente da experiência das mães e das suas condições de renda, todas deveriam estar esclarecidas da relevância do aleitamento materno e com claro entendimento sobre alimentação saudável para menores de 24 meses.

Silvani et al. (2018) avaliaram e compararam o consumo alimentar de 187 usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) de Porto Alegre, segundo o tipo de assistência e participação no PBF. O padrão alimentar saudável foi identificado em apenas 41% dos usuários do SUS. Entre os beneficiários do PBF o consumo de hortaliças e salada crua foi significativamente menor e o padrão alimentar saudável não foi demonstrado pela maioria dos beneficiários, o que mais uma vez aponta a falha da ESF no disparar de ações de promoção e prevenção em saúde.

Em síntese, evidencia-se que a contribuição do PBF no enfrentamento da fome parece ter convergência indubitável, pois, por ser, muitas vezes, a única fonte de renda, a sua relevância na redução da fome e da pobreza parece ser unânime (MACEDO; BOSI, 2016; SUZART; FERREIRA, 2018). Alguns estudos apontam maior consumo de alimentos em todas as categorias alimentares e melhoria na segurança alimentar (LIGNANI et al., 2010; CABRAL et al., 2014; MARTINS; MONTEIRO, 2016; SPERANDIO et al., 2017; COELHO; MELO, 2017). No entanto, também há relatos de inclusão de alimentos industrializados, de maior teor calórico e baixo valor nutricional (FERREIRA; MAGALHÃES, 2017; LIGNANI et al., 2010) e de maior risco das beneficiárias para a insegurança alimentar (UCHIMURA et al., 2012; FACCHINI et al., 2014; MONTEIRO et al., 2014; SABOIA; SANTOS, 2015; SPERANDIO; PRIORE, 2015; SOUZA et al., 2016; SILVA et al., 2017; CORREIA et al., 2018; SILVANI et al., 2018).

A partir desse confronto, levantam-se questionamentos sobre a qualidade alimentar dos beneficiários e apontam-se questionamentos sobre a ausência de esclarecimentos e ações de promoção de saúde sobre alimentação saudável na ESF, por alguns autores que pesquisaram nessa área (LIGNANI et al., 2010; UCHIMURA et al., 2012; FERREIRA; MAGALHÃES, 2017; SILVANI et al., 2018).

Segundo Cotta e Machado (2013) o PBF promove um aumento do acesso aos alimentos, que não necessariamente é acompanhado por um aumento da qualidade nutricional da alimentação. As autoras relatam que em outros países como México e Colômbia, os impactos dos PTRC sobre o estado nutricional de crianças nem sempre são claros, mas registram impactos positivos na altura e peso das crianças de até 3 anos de idade, motivados por suplementação e acompanhamento nutricional realizado com as famílias. Apontaram também problemas de maiores níveis pressóricos, aumento de massa corporal e consumo de alimentos não saudáveis por beneficiários do programa Oportunidades do México.

Grande parte dos estudos relacionados à segurança alimentar apresentados parecem direcionar para uma necessidade de implantação de ações de educação e conscientização das beneficiárias sobre alimentação saudável (UCHIMURA et al., 2012; LIGNANI et al., 2010; FREITAS et al., 2017; FERREIRA; MAGALHÃES, 2017; SILVANI et al., 2018) e cuidados para evitar o desmame e introdução alimentar precoce das crianças menores de 24 meses (COELHO et al., 2015; NASCIMENTO et al., 2017). Muito embora, as atividades educativas para promover alimentação saudável e aleitamento materno já representem condicionalidade de saúde do PBF, e façam parte do rol de ações inerentes a Atenção Básica (BRASIL, 2019a). O que nos aponta a necessidade de se aplicarem estudos que investiguem se a condicionalidade da participação em palestras de promoção da alimentação saudável está sendo cumprida.

Pode se perceber que é provável que esteja sendo falha a implantação da condicionalidade prevista de promoção e prevenção à saúde com aplicação de atividades educativas para esse fim. Guendelman et al. (2010) e Uchimura et al. (2012) já haviam suscitado a dúvida sobre a fragilidade do efeito do PBF na saúde das pessoas estar relacionada a pouca efetividade do apoio da ESF a estas famílias, e levantado a necessidade de se trabalhar ações informativas de controle de peso focadas em aspectos culturalmente aceitáveis.

Deve-se considerar as especificidades dos espaços de vida individual e coletiva para entender as práticas alimentares dos sujeitos (FERREIRA; MAGALHÃES, 2017). Pois, somente o adequado acompanhamento das condicionalidades de saúde possibilitaria a identificação de situações de vulnerabilidades no contexto familiar que interfiram no acesso aos serviços básicos e na promoção do autocuidado (XIMENES; AGATTE, 2011).

Com alguns estudos já destacando a inabilidade da ESF para lidar com esse acompanhamento (TREVISANI; JAIME, 2012; PETROLA et al., 2014; BARBOSA et al., 2014; SANTOS et al., 2011), fica clara a importância de se repensar as práticas e processos de trabalho implantados na ESF para desenvolver com qualidade as ações envolvendo o PBF. Visto que, conforme descrevem Silva, Paes e Silva (2018) o PBF, por estabelecer condicionalidades que são atribuições da ESF, têm seus sucessos atrelados e interdependentes. Ou seja, a qualidade do processo de trabalho da ESF parece interferir na melhoria das condições de saúde (segurança alimentar e nutricional) das famílias beneficiárias do PBF. Desta forma, as duas políticas precisam trabalhar de forma sinérgica para que resultados mais positivos sejam atingidos.

Amaral, Portilho e Mendes (2011) afirmam que é importante compreender que a opção política-filosófica pela construção de uma sociedade inclusiva faz com que todos os profissionais da saúde sejam corresponsáveis pela efetivação de ajustes que garantam o acesso dos pa-

cientes socialmente desfavorecidos. Ainda, conforme estudo de Ramos e Cuervo (2012), no que tange os trabalhadores da ESF, para avançar no processo de operacionalização do PBF, necessitam superar a alienação da atividade profissional e entender as proposições do programa como estratégias político-sociais, para além de promoverem o acesso ao serviço de saúde, ajudarem a desenvolver os mecanismos capazes de redundarem na segurança alimentar e nutricional e permitir os beneficiários a alcançarem o direito humano à alimentação adequada.

O PBF impacta reduzindo a fome, com ampliação do acesso à alimentação promovido pelo aporte financeiro, mas não resolverá sozinho o problema da insegurança alimentar, outras intervenções e políticas alimentares precisam ser implementadas para garantir qualidade e sustentabilidade, tais como: investimentos em educação, incentivos à agricultura familiar, oferta de suplementação alimentar em crianças e adolescentes e fortalecimento das ações de acompanhamento nutricional e promoção de alimentação saudável praticadas na ESF.

A despeito da controvérsia apresentada quanto a relação do PBF com o aumento da qualidade da dieta, é mister que seja percebida a importância desses aspectos aqui abordados, sob o risco de não estarmos trabalhando ações básicas, acessíveis e fáceis de realizar que importem em uma população mais saudável, bem nutrida e forte, com menor risco para o desenvolvimento de doenças crônicas, como a obesidade, hipertensão e o diabetes. Além do que, não se podem apartar as práticas da assistência à saúde da ESF, das ações de acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF.

Apesar dos artigos aqui expostos, ainda são escassas as publicações que vinculem diretamente as ações da ESF na prática de acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF e relatem impactos resultantes dessas ações. Faz-se relevante elevar a produção acadêmica nesse sentido, sobretudo que colham dados primários sobre o cumprimento das ações de promoção e prevenção juntos aos beneficiários, como também sobre dados que reflitam as mudanças alimentares provocadas pelo PBF.

4. Considerações finais e Conclusões

O combate a desigualdade social é medida essencial para melhoria dos índices de saúde da população, tendo em vista a determinação social da saúde. Portanto, ações que alcancem êxitos na qualidade e cobertura da ESF, bem como o aperfeiçoamento das práticas de acompanhamento das condicionalidades da saúde e ampliação da cobertura do PBF, com melhor focalização do programa e superação da pobreza extrema, são importantes ferramentas na melhoria da saúde e segurança alimentar do estrato populacional que deles se beneficiam.

A atuação das instâncias gestoras do SUS, nas diversas esferas, com vistas a aperfeiçoar a operacionalização da implementação dos dois programas e impulsionar os impactos que podem advir da atuação da ESF no acompanhamento do PBF faz-se imprescindível. Assim como, faz-se necessária a práxis das equipes que atuam na ESF na construção de ações coletivas e holísticas, que objetivem aspectos sistêmicos de integração de práticas de assistência atreladas as de promoção e prevenção em saúde.

Pode-se refletir por meio dessa revisão que a exigência e acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF na ESF revelaram-se com influência positiva na promoção da segurança alimentar e nutricional dessas famílias. No entanto, melhores resultados poderiam advir do adequado acompanhamento nutricional e realização das ações de promoção da saúde em torno da alimentação saudável e amamentação materna por parte da ESF. Pois, a garantia de segurança alimentar e nutricional requer ações que combatam tanto a desnutrição e fome, quanto o sobrepeso e a obesidade. Assim, urge a ação sinérgica das duas políticas (ESF e PBF) para que melhores resultados sejam alcançados junto a esta população vulnerável.

5. Referências

- AMARAL, L. D.; PORTILHO, J. A. C.; MENDES, S. C. T.; Estratégias de acolhimento e condicionamento do paciente autista na Saúde Bucal Coletiva. *Tempus - Actas de Saúde Coletiva - Saúde Bucal*. Brasília, v. 5, n. 3, 2011.
- BARBOSA, N. et al. Programa Bolsa Família: A condicionante saúde realmente existe? *Rev. Bras. Promoção de Saúde*. Fortaleza, v.27, n.4, p.435-436, out. dez, 2014.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA (DAB). Programa Bolsa Família. Disponível em http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_bfa.php Acesso em: 15 mar. 2019a.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para menores de dois anos: um guia para o profissional de saúde da atenção básica. Brasília: MS; 2010.
- MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME (MDS). Bolsa Família. Disponível em <http://mds.gov.br/assuntos/bolsa-familia/gestao-do-programa/condicionalidades> Acesso em: 16 mar. 2019b.
- MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME (MDS). Bolsa Família. Disponível em <http://mds.gov.br/assuntos/bolsa-familia/oque-e/beneficios> Acesso em: 19 mar. 2019c.
- . Presidência da República. Lei Federal n.º 10.836. Cria o Programa Bolsa Família. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 9 de janeiro de 2004.
- Presidência da República. Lei Federal n.º 11.346. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional- SISAN. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 15 de setembro de 2006.
- CABRAL, C.S. et al. Segurança Alimentar, renda e Programa Bolsa Família: estudo de coorte em municípios do interior da Paraíba, Brasil, 2005-2011. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v.30, n.2, p. 393-402, fev., 2014.
- COELHO, L.C. et al. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional/SISVAN: conhecendo as práticas alimentares de crianças menores de 24 meses. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v.20, n. 3, p. 727-738, 2015.
- COELHO, P.L.; MELO, A.S.S.A. Impacto do Programa “Bolsa Família” sobre a qualidade da dieta das famílias de Pernambuco no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v.22, n.2, p.393-402, 2017.
- CORREIA, L.L. et al. The relation of cash transfer programs and food insecurity among families with preschool children living in semiarid climates in Brazil. *Cad. Saúde Colet*. Rio de Janeiro. v.26, n.1, p. 53-62, 2018.
- COTTA, R.M.M.; MACHADO, J.C. Programa Bolsa Família e segurança alimentar e nutricional no Brasil: revisão crítica da literatura. *Rev. Panam. Salud Publica*. v.33, n.1, p. 54-60, 2013.

- DANTAS, C.E.S.; NERI, E.L. As consequências do programa de transferência de renda condicionada Bolsa Família na vida das suas beneficiárias. *Revista Gênero e Direito*. v.1, p. 96-110, 2013.
- FACCHINI, L.A. et al. Insegurança alimentar no Nordeste e Sul do Brasil: magnitude, fatores associados e padrões de renda per capita para redução das iniquidades. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v.30, n.1, p. 161-174, jan., 2014.
- FERNALD, L.C., et al. Maternal perceptions of early childhood ideal body weight among Mexican-origin mothers residing in Mexico compared to California. *J Am Diet Assoc*. v.110, n.2, p. 222-229, feb., 2010.
- FERREIRA, V.A.; MAGALHÃES, R. Práticas alimentares de mulheres beneficiárias do Programa Bolsa Família na perspectiva da promoção da saúde. *Saúde Soc*. São Paulo. v.26, n.4, p.987-998, 2017.
- FISZBEIN, A.; SCHADY, N. Conditional cash transfers: Reducing present and future poverty. Washington, D. C.: World Bank, 2009.
- FRANÇA, M.V.F. Os programas de transferência de renda no Brasil: arcabouço histórico e desenvolvimento. In: VII Jornada Internacional de Políticas Públicas, São Luís, 2015. FREITAS, A.G., et al. Comparison of the nutritional status in children aged to 5 to 10 years old on the Conditional Cash Transfer Programme in the States of Acre and Rio Grande do Sul, Brazil. *J Hum Growth Dev*. v.27, n.1, p. 35-41, 2017.
- LIGNANI, J.B. et al. Changes in food consumption among the Programa Bolsa Família participant families in Brazil. *Public Health Nutrition*. v. 14, n.5, p. 785-792. 2010.
- MACEDO, M.A.; BOSI, M.L.M.; Valorações e juízos de mérito do Programa Bolsa Família na práxis em alimentação e nutrição: emancipação e/ou acomodação sustentada? In: PRADO, S.D., et al. orgs. Estudos socioculturais em alimentação e saúde: saberes em rede. [on line]. Rio de Janeiro: EDUERJ. Sabor metrópole series, v.5, p. 459-473, 2016.
- MARTINS, A.P.B.; MONTEIRO, C.A. Impact of the Bolsa Família program on food availability of low-income Brazilian families: a quasi-experimental study. *BMC Public Health*. v.16, n.1, p. 827, aug, 2016.
- MARTINS, J.S. et al. Estudo Comparativo entre Unidades de Saúde com e sem Estratégia Saúde da Família por meio do PCATool. *Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade*. Rio de Janeiro, v.11, n.38, jan/dez, 2016.
- MAGRO, A.FN; REIS, C.N. Os Programas de Transferência de Renda na América Latina – panorama de experiências em desenvolvimento. *Observatorio Iberoamericano del Desarrollo Local y la Economía Social – OI DLES*. Málaga, v.5, n.10, jun., 2011.
- 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, 512p.

- MONTEIRO, C.A. et al. Increasing consumption of ultra-processed foods and likely impact on human health: evidence from Brazil. *Public Health Nutr.* v.14, n.1, p. 5-13, 2011.
- MONTEIRO, F. et al. Bolsa Família: insegurança alimentar e nutricional de crianças menores de cinco anos. *Ciência e Saúde Coletiva.* v.19, n.5, p. 1347-1358, maio, 2014.
- NASCIMENTO, F.A.; SILVA, S.A.; JAIME, P.C.; Cobertura da avaliação do estado nutricional no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional brasileiro: 2008 a 2013. *Cad. Saúde Pública.* Rio de Janeiro, v.33, n.12, 2017.
- NAZARENO, L.A.; VASCONCELOS, A.M.N. Transferências Condicionadas de Renda: origens, fundamentos e tendências recentes na África Subsaariana. *Boletim de Economia e Política Internacional- BEPI.* n.19, p. 76-86, jan-abr, 2015.
- OLIVEIRA, M.A.C; PEREIRA, I.C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Revista Brasileira de Enfermagem.* v.66, n. Especial, p 158-164. 2013.
- PASE, H.L.; MELO, C.C. Políticas Públicas de transferência de renda na América Latina. *Revista de Administração Pública.* Rio de Janeiro, v.51, n.2, p.312-329, mar-abr, 2017.
- PETROLA, K.A. F. et al. Provision of Oral Health Care to Children under Seven Covered by Bolsa Família Program. Is this a Reality? *PLoS ONE.* United States, v.11, n.8, aug., 2016.
- RAMOS, C.I.; CUERVO, M.R.M. Programa Bolsa Família: a interface entre a atuação profissional e o direito humano a alimentação adequada. *Ciência e Saúde Coletiva.* Rio de Janeiro, v.17, n.8, p. 2159-2168, 2012.
- SABOIA, R.C.B.; SANTOS, M.M. Prevalência de insegurança alimentar e fatores associados em domicílios cobertos pela Estratégia Saúde da Família em Teresina, Piauí, 2012-2013*. *Epidemiol. Serv. Saúde.* Brasília. v.24, n.3, p. 749-758, out-dez, 2015.
- SANTOS, L. P. et al.; Avaliação do programa Bolsa Família em municípios de baixo índice de Desenvolvimento Humano e cumprimento das condicionalidades de saúde. *Tempus- Actas de Saúde Coletiva,* Brasília, v.5, n.4, p.139-165, 2011.
- SILVA, E.K.P. et al. Insegurança alimentar em comunidades rurais no Nordeste brasileiro: faz diferença ser quilombola? *Cad. Saúde Pública.* v.33, n.4, e00005716, 2017.
- SILVA, E.S.A.; PAES, N.A. Programa Bolsa Família e mortalidade infantil no Brasil: Revisão integrativa. *HOLOS.* v.34, n.1, p.201-211, 2018.
- SILVA, M.O.S. A pobreza enquanto categoria teórica de fundamentação e foco de intervenção dos programas de transferência de renda na América Latina. In: VII Jornada Internacional de Políticas Públicas, São Luís, 2015.
- SILVANI, J. et al. Consumo Alimentar de usuários do Sistema Único de Saúde segundo o tipo de assistência e participação no Bolsa Família. *Ciência e Saúde Coletiva.* Rio de Janeiro, v. 23, n.8, p. 2599-2608, ago., 2018.

SOUZA, B.F.N.J. et al. Demographic and socioeconomic associated with food insecurity in households in Campinas, SP, Brazil. *Rev. Nutr. Campinas*. V.29, n.6, p. 845-857, nov- dez, 2016.

SPERANDIO et al. Impact of the Bolsa Família Program on energy, macronutrient, and micronutrient intakes: Study of Northeast and Southeast. *Rev. Nutr. Campinas*, v.29, n.6, p.833-844, 2016.

SPERANDIO et al. Impacto do Programa Bolsa Família no consumo de alimentos: estudo comparativo das regiões Sudeste e Nordeste do Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v.22, n.6, p.1771-1780, 2017.

SPERANDIO, N.; PRIORE, S.E. Prevalência de insegurança alimentar domiciliar e fatores associados em famílias com pré-escolares, beneficiárias do Programa Bolsa Família em Viçosa, Minas Gerais, Brasil. *Epidemiologia Serv. Saúde*. Brasília, v.24, n.4, p.739-748, out-dez, 2015.

SUZART, A.S.; FERREIRA, A.P. Avaliação do Programa Bolsa Família (PBF) na segurança alimentar e nutricional das famílias beneficiadas, Vitória da Conquista, BA. *Interações*, Campo Grande, v.19, n.3, p.585-595, set, 2018.

TREVISANI, J.J.D.; JAIME, P.C. Acompanhamento das condicionalidades da saúde do Programa Bolsa Família: estudo de caso no Município do Rio de Janeiro-RJ, Brasil, em 2008. *Epidemiologia Serv. Saúde*. Brasília, v.21, n.3, p.375-384, jul-set, 2012.

UCHIMURA, K.Y. et al.; Qualidade da alimentação: percepções de participantes do programa bolsa família. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v.17, n.3, p. 687-694, 2012.

XIMENES, D. A.; AGATTE, J.P.; A gestão das condicionalidades do Programa Bolsa Família: uma experiência intersetorial e federativa. *Inc. Soc.*, Brasília, v.5, n.1, p. 11-19, jul-dez, 2011.

ZIMMERMANN, C.R.; FROTA, M.M.R. O Brasil e as experiências internacionais de Programas de Transferência de Renda. In: 13º Congresso da Rede Mundial da Renda Básica. São Paulo: síntese eventos. v.1, p 1-19, 2010.

Tabela 1 - Artigos selecionados segundo critérios estabelecidos.

AUTORES/ANO/BASE DE DADOS	METODOLOGIA	IMPACTOS NA SEGURANÇA ALIMENTAR
Coelho et al., 2015 Pubmed e Scielo	Estudo transversal	Crianças menores de 24 meses com práticas alimentares inadequadas e mães beneficiárias com risco para o desmame
Saboia e Santos, 2015 Scielo	Estudo transversal	Alta prevalência de insegurança alimentar associada a fatores socioeconômicos e demográficos

Sperandio e Piore, 2015 Scielo	Estudo transversal	Elevada prevalência de insegurança alimentar associada à baixa escolaridade materna de mães do PBF
Souza et al., 2016 Scielo	Estudo transversal	Insegurança alimentar leve associada às condições sociodemográficas e moderada ou grave com condições socioeconômicas
Martins e Monteiro, 2016 Pubmed	Estudo quase-experimental	Beneficiários com maior gasto alimentar e maior disponibilidade de alimentos saudáveis
Sperandio et al., 2016 Scielo	Estudo comparativo	Adolescentes do PBF com maior consumo de energia e
		macronutrientes e menor consumo de micronutrientes
Sperandio et al., 2017 Scielo	Estudo comparativo	Beneficiários apresentaram menor consumo de alimentos processados e ultraprocessados
Silva et al., 2017 Pubmed e Scielo	Estudo transversal	Insegurança alimentar associada a ser beneficiário do PBF
Coelho e Melo, 2017 Scielo	Estudo comparativo	Famílias beneficiárias tem Índice de Qualidade da Dieta maior que não beneficiárias
Ferreira e Magalhães, 2017 Scielo	Pesquisa qualitativa	Menos insegurança alimentar em beneficiárias, mas com incorporação de produtos industrializados
Nascimento et al., 2017 Pubmed e Scielo	Estudo ecológico	Mães do PBF são de risco para introdução precoce da alimentação complementar e desmame
Correia et al, 2018 Scielo	Estudo transversal	PTRC e investimentos em educação são iniciativas que podem reduzir a insegurança alimentar
Suzart e Ferreira, 2018 Scielo	Estudo transversal analítico	Maior segurança alimentar e necessidade de ações de responsabilidade social e políticas públicas como garantia da segurança alimentar
Silvani et al., 2018 Pubmed e Scielo	Estudo transversal	Padrão alimentar menos saudável nos beneficiários do PBF

Fonte: Elaboração própria (2019)

A SAÚDE INDÍGENA EM SEUS DIFERENTES CONTEXTOS: UM TRABALHO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ALDEIA PITAGUARY – MARACANAÚ/CE

PATRÍCIA DA SILVA PANTOJA
KARLA JULIANNE NEGREIROS DE MATOS
DAYSANE DE PINHO MACHADO
FRANCISCO JADSON FRANCO MOREIRA
MIRELLA SALES
ANTONIO EDVAN CAMELO FILHO
RIKSBERG LEITE CABRAL
MARIA ERIVALDA FARIAS DE ARAGÃO

1. Introdução

A educação em saúde é um conjunto de atividades que sofrem influência e modificação de conhecimentos, atitudes, religiões e comportamentos, sempre em prol da melhoria da qualidade de vida e de saúde do indivíduo (Feio & Oliveira 2015; Marcondes, 1974). A iniciativa de promover um conhecimento sobre cuidados com a saúde tem se tornando um instrumento de melhoria de qualidade de vida e de combate ao desenvolvimento de doenças crônicas.

Ao longo dos últimos 15 anos, a prática de educação em saúde vem se modificando e tornando-se menos impositiva e mais inovadora, buscando o envolvimento para reflexão, explicitando dúvidas, dificuldades e inseguranças (Cavalcante & Vasconcelos, 2007; Schlichting et al., 2007). Nesse sentido o diálogo entre o paciente e a equipe promotora da saúde foi crescendo, uma vez que o sujeito se tornou ativo no próprio cuidado com a saúde (Ottawa, 1986).

É fundamental o desenvolvimento de autocrítica no sujeito e a reflexão sobre seus hábitos diários, cuidado com a saúde e mudanças pertinentes à promoção da saúde. Esse processo desenvolveu vínculo entre a equipe e o sujeito, permitindo maior acesso ao autocuidado, informação e até mesmo adesão medicamentosa (Ferreira et al., 2009; Barroso, 2007).

A partir da necessidade da educação em saúde, observou-se que os estudos com saúde indígena não datam de longo período. Em uma revisão bibliográfica entre os anos de 2005 e 2007 não apresentou trabalhos com população indígena (Ferreira et al., 2009). Encontram-se publicações com o tema datando dos últimos 6 ou 7 anos (Barros et al., 2012). Para que o cuidado com a saúde indígena pudesse ser organizado, foi necessário credenciamento e levantamento de toda a população, assim como a importância do reconhecimento da área para identificar as reais necessidades de cada comunidade indígena (SILVA, 2016)

A construção do diagnóstico e os cuidados necessários permite à equipe de saúde o planejamento da vigilância em saúde, onde o indivíduo tem a responsabilidade com o cuidado de saúde pessoal e comunitário. Na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), as ações de promoção de saúde são um ponto fundamental para melhorar as condições de vida da população e garantir a saúde a partir do Sistema Único de Saúde (SUS) (PORTARIA 2.43/ 2017).

No que diz respeito à educação em saúde, vale salientar que os povos indígenas possuem uma característica diferenciada pois sua cultura precisa ser resgatada. Eles possuem hierarquia, curandeiros, chefes, caciques e pajé e todo um conhecimento empírico que envolve uma cultura milenar. Diante disso a equipe deve estar preparada para incentivar o crescimento da cultura popular indígena e adequá-los cada vez mais aos seus próprios costumes.

Nesse contexto, considerando a importância da educação em saúde para promoção da saúde individual e a necessidade de estudos nessa

área que envolvem a saúde indígena foi que objetivamos desenvolver atividades de educação em saúde e resgate da cultura da população indígena dos Pitaguary, de forma a estimular o desenvolvimento de ações integradas de assistência-ensino-extensão-pesquisa na Atenção Primária pelo desenvolvimento de produtos voltados às necessidades dos usuários; conceber associações/dissociações entre o saber científico e o saber popular vivenciado no espaço de cuidado integral na atenção básica em saúde, por meio de ações de educação popular e educação permanente em saúde, considerando o caráter dialético e dinâmico do cuidado em saúde e desenvolvimento de grupos de educação em saúde sobre problemas típicos do cotidiano da população indígena como gravidez na adolescência, uso de drogas, infecções sexualmente transmissíveis e cuidado com a saúde e doenças crônicas.

2. Metodologia

2.1. Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva. Ela se propõe a descrever a criação de projetos de educação em saúde a partir da criação de grupos de educação em saúde

2.2. Local da observação

O estudo foi realizado no município de Maracanaú-CE, pertencente a região metropolitana de Fortaleza, com os índios Pitaguarys, da aldeia Chui, residentes na área de abrangência da unidade Básica do Horto (UBASF – HORTO). A comunidade indígena Pitaguary é composta por aproximadamente 2834 índios presente nas 5 aldeias. Os índios da aldeia Chui esta o distribuídos entre as UBASF`s da comunidade do Horto e Olho D`água.

2.3. População amostra

O estudo foi desenhado a partir da experiência dos profissionais de saúde e dos alunos do Programa de Ensino pelo Trabalho para Saúde (PET-Saúde) que observaram os altos índices de gravidez na adolescência, doenças crônicas e necessidade de educação em saúde.

2.4. Desenvolvimento dos grupos de educação em saúde

Os grupos foram desenvolvidos e implementados pelos profissionais da estratégia de saúde da família e os alunos do PET-saúde UECE/Maracanaú com foco em saúde do idoso, gestante e paciente com risco e/ou doenças crônicas no intuito de desenvolver o ensino de educação em saúde. As agentes de saúde eram responsáveis por convidar a população para as ações desenvolvidas pela equipe e também eram orientadas no momento dos grupos como forma de manter a informação atualizada para toda população.

2.5. Aspectos éticos

No presente trabalho, ocorreu no período de fevereiro de 2011 a junho de 2012, na aldeia do Horto, atendidos na Unidade Básica de Saúde Vicente Severino, aprovado pelo CEP/UECE 10462632-1 de 21/02/2011.

3. Resultados e Discussão

Segundo o ministério da saúde (MS) a atenção básica seria a porta de entrada do SUS, dessa forma, a educação em saúde seria um instrumento de tecnologia leve em que seria possível fazer uma intervenção baseada no conhecimento popular e científico para melhoria do cuidado com a saúde (ALVES, 2005; LEONELLO, 2007).

Inicialmente foi realizado o reconhecimento da área de trabalho indígena. Os alunos realizaram visitas domiciliares juntamente com a equipe para tomar conhecimento sobre a realidade daquela população, seu nível de entendimento ao realizar uma palestra de educação em saúde e quais assuntos deveriam ser o foco principal de toda a equipe que organizaria o trabalho grupal (apêndice A). Em seguida foi montado o trabalho de abordagem de educação em saúde dividido por áreas de abrangência: Saúde da criança e do adolescente, saúde do idoso, gestante.

Após montado os grupos de intervenção em educação em saúde, iniciou-se os trabalhos com a população especificada acima.

3.1. A Educação Em Saúde Através Das Salas De Espera Na Saúde Indígena

Salas de espera é uma estratégia que vem sendo muito utilizada no nível de Atenção Básica, por ter caráter educativo, podendo ser utilizada como uma ferramenta para a promoção de saúde e prevenção de doenças. Elas promovem um cuidado humanizado, proporcionando uma maior aproximação entre a comunidade e os serviços de saúde. (NASCIMENTO, 2005)

As salas de espera desenvolvidas juntamente com a população indígena levaram em consideração a prerrogativa de que o trabalho multidisciplinar se constitui um instrumento para viabilizar o aperfeiçoamento e especialização em serviço dos profissionais da saúde, bem como estágios e vivências de acordo com as necessidades do Sistema Único de saúde-SUS. ((NASCIMENTO, 2005)

As salas de espera abordaram assuntos diversos através de dinâmicas interativas, cartazes, palestras e jogos, todos com caráter educativo, com o intuito de atrair a atenção dos usuários que aguardam atendimento. Os temas discutidos foram baseados nas necessidades observadas, como em dados epidemiológicos do local. Atingiu como público alvo a co-

comunidade indígena Pitaguary na unidade básica de saúde da família (UBASF) do Horto, Maracanaú – Ce. (Apêndice A)

Com a implantação das salas de espera em atendimento da rede básica de saúde, observou-se que pacientes aprendem sobre os cuidados com a saúde, tiram suas dúvidas, aprendem sobre algum assunto através de dinâmicas de grupo, educativas, jogos esportivos como foi realizado na UBASF do horto com diversos assuntos.

Desde a discussão sobre os cuidados com a transmissão respiratória, assuntos como DST, HIV, gravidez na adolescência até métodos anticoncepcionais, dentre muitos outros, tirou-se dúvidas, experiências foram expostas, ajudando outros que ali se encontram melhorando a qualidade de vida da população, e criando-se uma rede de informações e conhecimentos que podem ser transmitidas de pessoa a pessoa, contribuindo para efetivar os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

O trabalho multidisciplinar e a educação em saúde vêm ganhando força na última década pois tem sido utilizada como forma de prevenção da saúde na atenção primária, uma vez que toda a estrutura do SUS está embasada na vigilância e promoção da saúde. A Estratégia de saúde da Família não se desenvolve sem uma base multidisciplinar e os trabalhos de educação em saúde são vistos como essenciais para a promoção da saúde individual e coletiva (Brasil, 2007).

3.2. A Educação em Saúde da Criança

Dentro da rede de atenção ao SUS, existe o programa de atenção a saúde da criança e do adolescente (Ribeiro, 2015). Diversas ações foram desenvolvidas com a população indígena Pitaguary de cuidado com a saúde de crianças e adolescentes. Inicialmente foram levantadas campanhas de conscientização da importância da vacinação. Dentre essas ações, foram feitas campanhas para vacinação de 100% da população indígena em vacinas como poliomielite e H1N1.

A poliomielite também chamada de paralisia infantil, pólio ou ainda doença de Heine-Medin é uma infecção viral aguda causada por um dos três poliovírus existentes. É uma doença contagiosa, que ataca o sistema neurológico afetando o corpo inteiro podendo causar paralisia dos movimentos musculares. A decisão de implementar esse controle através de campanhas nacionais de imunização – a partir daí Dias Nacionais de Vacinação – firmado 1980, assegurou um declínio importante e imediato da doença no país, a partir daí (Metello, 2004).

Em 1983, essa estratégia foi recomendada pela Organização Panamericana de Saúde (OPS) para todos os países da América Latina. Logo em 26 países das Américas estava controlada a poliomielite, criando as condições favoráveis para ser escolhida como a doença-bandeira para emprestar credibilidade à vacina, como uma tecnologia eficaz de prevenção de doenças infecciosas. Dessa forma, por iniciativa da OPS e da UNICEF, em 1985, o governo brasileiro e demais países das Américas assumiram o compromisso de interromper a transmissão autóctone do poliovírus selvagem na região até 1990, com o apoio da USAID, UNICEF, BID e do Rotary Internacional. Em 1994, o Brasil recebeu o Certificado de Erradicação. Em função disso, o governo juntamente com estados e municípios ofertou vacinação para crianças menores de cinco anos, com primeira e segunda dose para melhor eficácia (Metello, 2004).

Sobre H1N1, etmos que o vírus Influenza A, inicialmente, apresentou uma epidemia conhecida como influenza, transmitida pelo vírus de mesmo nome, em 1889, quando 300 mil pessoas morreram. Em 1918, uma variação do vírus, tornando a doença conhecida como gripe espanhola, acometeu cerca de 50% da população mundial e vitimou mais de 40 milhões de pessoas. Em 1957, a gripe asiática, transmitida também por uma variação do vírus influenza, se espalhou pelo mundo em seis meses e matou cerca de um milhão de pessoas (Metello, 2004).

As principais características do processo de transmissão da influenza são: alta transmissibilidade; maior gravidade entre os idosos, as crian-

ças, os imunodeprimidos, os cardiopatas e os pneumopatas; rápida variação antigênica do vírus influenza, o que favorece a rápida reposição do estoque de suscetíveis na população. Em função disso, o governo juntamente com estados e municípios ofertou vacinação pra população abrangendo várias faixas etárias.

A campanha teve o objetivo de realizar vacinação em crianças menores de cinco anos contra poliomielite e H1N1, além da atualização do cartão de vacinação da criança. Foi realizada com a participação dos alunos do PET sob orientação da equipe de saúde. (Apêndice B)

No momento, os alunos puderam aprender sobre a importância da vacinação, sua aplicação, orientação sobre os cuidados, cartão de vacina e sua organização. Trouxeram jogos educativos para as crianças além de desenhos educativos para colorir e distrair as crianças afim de conseguir uma melhor adesão à vacinação.

O momento foi benéfico não somente para as crianças e pais mas para os alunos que compartilharam seus conhecimentos, ideias, orientaram sobre a importância da vacinação e procuraram soluções para as ansiedades sobre o grupo e desenvolvendo projetos na comunidade indígena.

3.3. A Educação em Saúde do Adolescente

A adolescência representa um singular momento na vida de qualquer indivíduo. Tal faixa etária, cercada de dúvidas e anseios, compõe um grupo de risco perante variáveis diversas como gravidez precoce, dst's, drogas e violência urbana. É nesse ensejo que reside a importância de uma inserção adequada destes no SUS mediante a existência de programas que permitam a percepção do adolescente como sujeito de sua própria saúde e não apenas mero objeto de investigação (ABICH, 2016).

Ampliar a cobertura e facilidade do acesso aos serviços de saúde para a população adolescente Indígena. Realizar a promoção da Saúde através da conscientização dos direitos de saúde dos adolescentes. Bus-

car uma maior interação entre a população adolescente e os profissionais/alunos da Saúde. Através da implantação do Projeto “Caderneta do Adolescente”, preconizado pelo Ministério da Saúde, alunos do Projeto

PET-SAÚDE UECE/MARACANAÚ juntamente com seus preceptores e equipe da Unidade Básica da Saúde da Família (UBASF) Vicente Severino organizaram os serviços de saúde exclusivamente para o atendimento deste grupo etário no dia 19 de Julho de 2010.

A implantação de tal programa de saúde abrangeu cerca 250 adolescentes da comunidade indígena Pitaguary que foram submetidos a exames odontológicos, a avaliação nutricional, orientação sobre higiene pessoal, planejamento familiar e sexualidade; checagem de vacinas e palestras sobre os direitos dos adolescentes. (Apêndice C)

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem como premissa básica a integralidade do acesso à prestação dos serviços de saúde. Um projeto de tal magnitude permitiu uma porta de entrada simples e abrangente a toda aquela população jovem. O acesso à informação, normalmente precário e ocasional, foi possibilitada pela maior interação entre os jovens e profissionais gerando questionamentos e interesses daqueles a respeito da saúde/bem-estar mediante sua real condição de saúde.

Durante essa campanha de avaliação da saúde do adolescente, pode-se avaliar o estado nutricional e intervenções necessárias para a prevenção de doenças crônicas a longo prazo. Nesse contexto, entende-se que a avaliação nutricional tem por finalidade verificar o crescimento e as proporções corporais em um indivíduo ou em uma comunidade, e com base nesses dados, estabelecer atitudes de intervenção, melhorando a qualidade de vida da população de uma forma geral.

A Organização Mundial de Saúde define adolescência como sendo o período da vida que começa aos 10 anos e termina aos 19 anos completos dividida em três fases: Pré-adolescência (10 aos 14 anos), adolescência (15 aos 19 anos) e juventude (20 aos 24 anos). Foi avaliado o estado nutricional de pré-adolescentes indígenas da etnia Pitaguary, em

Maracanaú/CE, através do índice de Massa Corporal (IMC) segundo a idade e sexo. O diagnóstico nutricional nessa faixa etária foi conduzido por meio do uso do Índice de Massa Corporal [IMC = peso(kg)/estatura²(m)] para a idade. Como pontos de corte para o diagnóstico de desnutrição, de risco de sobrepeso e de sobrepeso foram utilizados, respectivamente, os percentis 15, 85 e 95 da distribuição da população-referência.

Como resultados encontrou-se que 92,5% do grupo masculino (n = 87) encontra-se na faixa de IMC ideal para idade assim como 90,9% das meninas na faixa de 10 a 14 anos. Encontrou-se 11,7% (n = 11) dos meninos com sobrepeso, tendo IMC acima de P95 para idade e 2,1% (n = 2) em desnutrição com IMC abaixo de P15. No grupo feminino encontrou-se 3% (n=3) com sobrepeso, IMC acima de P95 para idade e 1% (n=1) desnutrido, com IMC abaixo de P15.

Nessa avaliação, meninas apresentaram menos alterações de IMC que os meninos, no entanto mostraram-se mais preocupadas com esse parâmetro nessa idade e a necessidade de intervenção multidisciplinar para orientação sobre a importância de cuidados com alimentação e qualidade de vida que irão interferir no desenvolvimento futuro.

Sabe-se que doenças cardiovasculares e provenientes de obesidade são prevalentes em pessoas com alteração na faixa de gordura corporal e IMC elevado (Rego & Chiara, 2006). Essas patologias já estão sendo detectadas em crianças e adolescentes, o que leva a equipe de saúde da família a desenvolver estratégias de detecção precoce de riscos para doenças crônicas. A inserção destes no SUS, não pela procura de cuidados assistenciais, mas sim pela promoção da saúde, revela-se essencial à modificação do paradigma da medicina focada na cura da doença, para a medicina que visa à prevenção e autonomia do paciente.

3.4. A Educação em Saúde na Escola Indígena

A compreensão da adolescência dar-se, principalmente, através das suas bases epistemológicas e antológica, que é construído na dinâmica do cotidiano. É preciso entender que a adolescência é um fenômeno novo, cerca de 60 anos atrás no contexto do pós-guerra em que essa categoria surgiu em especial, para categorizar o fenômeno da marginalidade que despontava na época.

Contudo a adolescência hoje, é reconhecida a partir do prisma pelo qual os adultos olham os adolescentes e pelo qual os próprios adolescentes se contemplam. Ela é uma das formações culturais mais poderosas de nossa época, despertando inveja e medo, dentro de um roteiro que contempla a vida e a juventude, ao mesmo tempo, que é assolado pelos pesadelos de violência e desordem. Além disso, a juventude desperta desconfiança fazendo com que muitas vezes esse período seja uma fonte de desconfiança e repressão preventiva. Despertando nos jovens as angustias de terem nas mãos a “maior felicidade” de todas a pesar de não conseguirem vivê-la no seu cotidiano, esmagados pelas angústias da dos lutos da infância e do temor de não se enquadrar e se destacar no mundo adulto que está cada vez mais competitivo. Não se pode, contudo, esquecer de abordar uma das questões essencial na construção da juventude, as questões sociais de um país marcado pela desigualdade e pela miséria.

Dentre alguns trabalhos de saúde na escola, foi desenvolvido as oficinas. Estas, divididas em três momentos, no primeiro os alunos relataram a suas experiências suas ou de seus conhecidos que tiveram contato com álcool e drogas, em seguida foi aberto uma discussão sobre os malefícios e as consequências do uso dessas substâncias, em especial para o adolescente. Em um terceiro momento os pais foram convidados a escola para uma reunião ao qual eles puderam expor as suas dificuldades em lidar com o tema, além da exposição simples e detalhada da melhor maneira de lidar com o tema em casa. A utilização de oficinas apresen-

ta-se como estratégia de crescimento e reflexão, na qual os participantes são estimulados a elaborar um conceito sobre si e a defender suas opiniões perante o grupo, expressando, assim, suas potencialidades, além de promover o lúdico e possibilitar a descontração e a criação de elos entre os participantes do grupo e os facilitadores das oficinas.

No primeiro momento, foi realizada uma sessão quebra-gelo, no qual houve a apresentação do monitor do Pet Saúde responsável pela atividade e seus objetivos. Em seguida, os alunos puderam se apresentar verbalmente. Nesta etapa, buscou-se estimular a desinibição e a interação das participantes, bem como a criação de um vínculo entre as mesmas e o facilitador da oficina. Em estudo realizado através de um comparativo entre as técnicas utilizadas para o desenvolvimento de oficinas, verificou-se que o momento inicial de descontração ou aquecimento é fundamental para o entrosamento do grupo e para dar continuidade às fases seguintes da oficina (Wagner, 2008).

Após o aquecimento foi pedido que os jovens relataram as suas opiniões sobre o álcool e as drogas, pode-se perceber um despertar para a autovalorização, por meio do simples fato de se apresentarem perante o grupo a que estão inseridas, bem como de se autoafirmarem por meio da escrita de suas experiências que foram posteriormente selecionadas e acrescentadas ao quadro, que ajudaram a incentivar a discussão sobre o tema.

Pode-se uma certa unanimidade em relação a quanta o álcool e as drogas são prejudiciais ao corpo e a saúde e como elas podem encurtar a vida dos indivíduos. Em relação às drogas a questão do vício e as atitudes tomadas para sustentá-lo como a entrada no mundo do crime foram evidenciados. Em relação ao álcool apesar de ser presente no discurso os seus malefícios é considerado mais comum e muitas e tolerável pela sociedade.

Os jovens apresentaram que muitas vezes o uso dessas substâncias é desencadeada pela curiosidade e pela influência dos amigos uma vez que nesse período o jovem em busca de uma identidade para estabili-

zar-se e desenvolver sua autoestima busca nos grupos uma superidentificação, ou seja, reforço para seus aspectos mutáveis, uma vez que o jovem transfere para o grupo a dependência da família, buscando sempre um líder para substituir os pais, ajudando a amainar seus conflitos. Percebe-se nos jovens nessa etapa da vida um movimento esquizoide da personalidade que faz com que dentro de um grupo os jovens se sintam isento de responsabilidade sobre seus atos, assim é muito comum crimes ou vandalismo cometidos nesse período da vida. Além disso, os jovens atentaram para o fato de como o uso de álcool e drogas pode afetar e muitas vezes até destruir as relações familiares.

Dentro os depoimentos escritos apenas um jovem identificou-se como usuário, no entanto ele estava a par de como o uso dessas substâncias eram nocivas a saúde e faziam mal, por isso era algo que ele gostaria muito de parar. Já na reunião com os pais, pode-se perceber um certo despreparo dos pais em relação ao tema, muitos não sabiam muito bem o que eram as drogas e como tratar esse tema em casa. Além disso, há uma grande preocupação com o fato de trazer o assunto para discussão influenciar seu uso despertando uma certa curiosidade no jovem. A psicologia Russa, trás uma discussão fundamentada no materialismo histórico e dialético, que não reduz o ser humano, entendendo-o como uma unidade da totalidade.

Materialismo, porque somos o que as condições materiais (...) nos determinam a ser e a pensar. Histórico porque a sociedade e a política não surgem de decretos divinos nem nasce da ordem natural, mas dependem da ação concreta dos seres humanos no tempo. (Chauí, M. 1995, p. 414). O materialismo dialético se refere à realidade, sendo uma disciplina da razão, habilitando à leitura dos conflitos e contradições da sociedade.

A educação em saúde é fundamental e instrutiva uma vez que leva ao jovem informação e disponibiliza uma espaço de reflexão e construção de subjetividade importante para uma tomada consciente de deci-

sões, no entanto uma política séria e vigorosa é necessário para amainar essa situação dos usuários de álcool e drogas, como para combater o crescimento do uso dessas substâncias através de políticas preventivas. (Apêndice D)

3.5. A Educação em Saúde do Idoso

O Brasil envelhece de forma rápida e intensa. Segundo o IBGE, a população idosa brasileira é composta por 29.374 milhões de pessoas, totalizando 14,3% da população total do país. A expectativa de vida em 2016, para ambos os sexos, aumentou para 75,72 anos, sendo 79,31 anos para a mulher e 72,18 para o homem. Esse crescimento representa uma importante conquista social e resulta da melhoria das condições de vida, com ampliação do acesso a serviços médicos preventivos e curativos, avanço da tecnologia médica, ampliação da cobertura de saneamento básico, aumento da escolaridade e da renda, entre outros determinantes (Brasil, 2019).

Dentre as ações para cuidados com a pessoa idosa, a Carteira do Idoso é um direito assegurado no artigo 40 do Estatuto do Idoso (Lei federal nº 10.741/2003) e regulamentado pelo Decreto 5.934/2006, que visa à otimização da assistência à pessoa idosa como, por exemplo, agilizar o atendimento nas unidades de saúde. A Ação desenvolvida para inserção da carteira do idoso na comunidade indígena objetivou não apenas a entrega de um cartão, mas uma ação de orientação e avaliação do idoso. Na Carteira do Idoso constam dados pessoais e informações sobre saúde, medicação, imunização e pressão arterial.

Houve um acompanhamento dos idosos pelos profissionais da saúde, através de palestras, entrevistas e relatos, buscando estratégias que identifiquem os riscos associados ao modo de vida do idoso, como o tipo de moradia, hábitos alimentares que podem influenciar no peso, na pressão arterial e índice glicêmico. Esse acompanhamento não se

daria apenas no dia da campanha, seria um trabalho integrativo e constante da equipe para acompanhar esses idosos mês a mês de forma a manter a vigilância em saúde. (Apêndice E)

A transição demográfica brasileira apresenta características peculiares e demonstra grandes desigualdades sociais no processo de envelhecimento. Esse processo impactou e trouxe mudanças no perfil demográfico e epidemiológico em todo país, produzindo demandas que requerem respostas das políticas sociais, implicando em novas formas de cuidado, em especial aos cuidados prolongados e à atenção domiciliar. Associado a esse quadro, ocorreram mudanças na composição das famílias brasileiras, no papel da mulher no mercado de trabalho, na queda da taxa de fertilidade e na nupcialidade, resultando em novos desafios a serem enfrentados no cuidado à população idosa, dirigidos principalmente às políticas de saúde, da assistência social e da previdência social (Brasil, 2019).

3.6. A Educação em Saúde da Gestante

O “Grupo de Gestantes Indígenas” foi criado a partir do interesse em compartilhar conhecimento de área multidisciplinar com objetivo de orientar as gestantes sobre os cuidados necessários para uma gravidez saudável, bem como complementar as ações de acompanhamento de pré-natal através de atividades educativas e lúdicas, levando em consideração os hábitos e costumes indígenas. A justificativa da formação do grupo deve-se a possibilidade de troca de experiências entre as gestantes, bem como subsidiá-las com informações necessárias para um bom período gravídico e um parto seguro.

No primeiro encontro foi usado como metodologia a participação direta das gestantes através de uma oficina que abordou a “Importância do Pré-natal”. Nesta atividade, além do desenvolvimento da temática central, procurou-se também identificar quais os assuntos de maior interesse das gestantes indígenas para que possamos utilizar nos próximos encontros do grupo.

Como resultados da formação deste grupo percebemos que várias dúvidas foram esclarecidas, informações foram socializadas e gerou-se uma expectativa muito grande para atividades futuras. Foi desenvolvido folders de orientação sobre exercícios, mitos e verdades sobre sexo na gestação, alimentação saudável alertas de risco no pré-natal. O grupo se desenvolvia durante todo o período gestacional de forma que a mãe pudesse compartilhar seus medos e sanar dúvidas com a equipe e outras gestantes. (Apêndice F)

4. Conclusão

Ao longo de quase 2 anos o trabalho foi implantado dentro da saúde indígena, tendo como base a educação em saúde por meio de trabalhos de grupo e salas de espera. Toda a comunidade foi atingida e impactada a valorizar o conhecimento dispensado, compartilhamento realizado entre a equipe, alunos e parceiros de grupo.

Assim, esse trabalho observou a importância da criação de estratégias de empoderamento da população em relação aos cuidados com a sua saúde. Fomentando que, independentemente do nível cultural social ou econômico, metodologias aplicadas de forma direcionadas as possibilidades e necessidades reais da população vão gerar resultados positivos. Além disso, acredita-se que são necessários mais estudos, uma vez que a população indígena brasileira vem passando por uma série de transformações no

qual é necessário que os profissionais de saúde conheçam de forma mais profunda a realidade dessa comunidade podendo estruturar intervenções mais eficazes.

5. Referências

ABICH, D. R. Educação em saúde voltada à prevenção de gravidez na adolescência no município Penedo-AL. Trabalho de conclusão de curso do Curso de Especialização Estratégica Saúde da Família – UFMG. Minas Gerais. p. 25. 2016.

ALMEIDA, Maria Elisa Grijó Guahyba de and PINHO, Luís Ventura de. Adolescência, família e escolhas: implicações na orientação profissional. *Psicol. clin.* [online]. 2008, vol.20, n.2, pp. 173-184. ISSN 0103-5665. doi: 10.1590/S0103-56652008000200013.

ALVES, Vânia Sampaio. Um modelo de educação em saúde para o programa saúde da família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Revista interface Comuc., Saúde e Educ.*, v. 9, n. 16, 2005.

AMARAL, MA, Pontes HA, Lopes LR, Massa TCSC, Fonseca RMGS. Oficinas de sexualidade: uma abordagem ampliada para se trabalhar com adolescentes. In: *Anais do 8º Encontro de Extensão da UFMG; 2005 out 3-8; Belo Horizonte, Brasil.* Belo Horizonte: UFMG; 2005.

ABERASTURY DE PICHÓN RIVIÈRE, Arminda. *Adolescência*. 2.ed. Porto Alegre, RS: Artes Médicas, 1983. 246 p. (Biblioteca artes médicas. Psiquiatria. Psicologia. Psicanálise.) ISBN (broch.)

BARROSO, Maria Grasiela Teixeira. Saúde coletiva e promoção da saúde: sujeito e mudança. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 244-246, Jan. 2007. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2007000100029&lng=en&nrm=iso>. accesson 22 June 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000100029>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Caderno de educação popular em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas*. - 2ª edição - Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002.40 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Programa de Qualificação de Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e Agentes Indígenas de Saneamento (AISAN) / Ministério da Saúde. Ministério da Saúde, 2016.

Barros, A. M.; Carvalho, F. A.; Fonseca, I. M. Escritos sobre educação e saúde indígenas. E-papers, ed. 1, p. 236, 2012.

CALLIGARIS, Contardo. *A Adolescência*. São Paulo: Publifolha, 2000. 81 p. (Folha Explicata), ISBN 9788574022154 (broch.). Carta de Ottawa. Primeira Conferência Internacional sobre promoção da saúde. Ottawa, nov 1986. Disponível em <www.opas.org.br>, acessado em 22 jul 2019.

- CAVALCANTE, M.T.L.; VASCONCELLOS, M.M. Tecnologia de informação para a educação na saúde: duas revisões e uma proposta. *Ciênc Saúde Coletiva*, v.12, n.3, p. 611-22, 2007.
- FEIO, A; OLIVEIRA, C. C. Confluências e divergências conceituais em educação em saúde. *Saúde Soc. São Paulo*, v. 24, n. 2, p. 703-715, 2015.
- Ferreira, M. L. S. M.; Ayres, J. A.; Correa, Y. Healthcare education: literature review from 2005 to 2007. *Revista Mineira de Enfermagem*, v. 13.2, p. 1-6, 2009.
- FERREIRA, Maria de Lourdes da Silva Marques. Educação em saúde - revisão bibliográfica de 2005 a 2007. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/190>. Acesso em 22 de junho de 2019.
- LEONELLO, Valéria Marli. Competência para a ação educativa da enfermeira: uma interface entre o ensino e a assistência de enfermagem. 2007. 156 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade Estadual de São Paulo, São Paulo, 2007
- MARCONDES, R. S. Educação em saúde pública: conceituação, objetivos e princípios. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública USP. Disciplina Educação em Saúde Pública, 1974.
- MAFFACCIOLLI R, Lopes MJM. Educação em saúde: a orientação alimentar através de atividades de grupo. *Acta paul. enfermo.* 2005;18(4):439-45.
- OUTEIRAL, José. *Adolescer*.3,Ed..São Paulo, SR: Revinter,2008. Metello, P. M. M.– Estudo sobre poliomielite. <Http://www.geocities.com/HotSprings/Spa/3834/POLIOMIELITE.htm>>, acessado em 23 Jun 2019.
- NASCIMENTO, Maristella Santos; NASCIMENTO, Maria Angela Alves do. Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: a interface da vigilância da saúde versus as ações programáticas em saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 10, n. 2, p. 333-345, 2005 .
- OUTEIRAL, J.; *Adolescer*.3,Ed..São Paulo, SR: Revinter,2008.
- SANTOS, Michelle Steiner dos; XAVIER, Alessandra Silva; NUNES, Ana Ignez Belém Lima. *Psicologia do desenvolvimento: teorias e temas contemporâneos*. Fortaleza, CE: Liber Livro, p. 2016, 2008.
- PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017 - Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html> Acesso em 22 de junho de 2019.
- REGO, A. L. V.;; CHIARA, V. L. Nutrição e excesso de massa corporal: fatores de risco cardiovascular em adolescentes. *Rev. Nutr.*, v. 19, n. 6, p. 705-712, 2006 .
- RIBEIRO, K. G. Os determinantes sociais da saúde no grande bom jardim – Fortaleza/CE. Tese de doutorado em saúde coletiva – UECE/UFC/UNIFOR. Fortaleza. p. 343. 2015.

Schlichting, S.; Boog, M. C. F.; Campos, C. J. G. Almoço como momento terapêutico: uma abordagem de educação em saúde com mulheres alcoolistas. *Rev Latinoam Enferm.* V. 15, n. 3, p. 384-90, 2007.

SANTOS, Larissa Medeiros Marinho dos. O papel da família e dos pares na escolha profissional. *Psicol. estud.* [online]. 2005, vol. 10, n. 1, pp. 57-66. ISSN 1413-7372. doi: 10.1590/S1413-73722005000100008.

SANTOS, Michelle Steiner dos; XAVIER, Alessandra Silva; NUNES, Ana Ignez Belém Lima. *Psicologia do desenvolvimento: teorias e temas contemporâneos*. Fortaleza, CE: Liber Livro, 2008. 216 p. (Coleção Formar) ISBN (broch.) 9788598843797

SILVA, Domingas Machado da et al . Dificuldades enfrentadas pelos indígenas durante a permanência em uma Casa de Saúde Indígena na região Amazônica/Brasil. *Saúde soc.*, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 920-929, 2016.

WAGNER, Adriana; RIBEIRO, Luciane de S.; ARTECHE, Adriane X. and BORNHOLDT, Ellen A. Configuração familiar e o bem-estar psicológico dos adolescentes. *Psicol. Reflex. Crit.* [online]. 1999, vol.12, n.1, pp. 147-156. ISSN 0102- 7972. doi: 10.1590/S0102-79721999000100010.

HÁBITOS E ATITUDES RELACIONADOS À FOTOPROTEÇÃO DOS MORADORES DA COMUNIDADE DO DENDÊ, FORTALEZA – CE.

ÂNGELA MELO DE LIMA

ALINE BARBOSA TEIXEIRA MARTINS

CRISTINA DE SANTIAGO VIANA FALCÃO

MARIZA ARAÚJO MARINHO MACIEL

BÁRBARA KAREN MATOS MAGALHÃES RODRIGUES

1. Introdução

A pele é o maior órgão do corpo humano compõe, aproximadamente, 16% do peso corporal e possui várias estruturas que juntas executam funções específicas, como a proteção do organismo contra substâncias prejudiciais, além de bactérias, parasitas e insetos, função excretora, eliminando suor e secreções, além de auxiliar na regulação térmica do organismo, mantendo assim a homeostase corporal. Por ser um órgão externo, acaba sofrendo com os danos da radiação ultravioleta (RUV) (SOUZA et al, 2016).

O sol é a principal fonte de exposição RUV, sendo classificado como UVA (315-400 nanômetros ou nm), UVB (280-315 nm) e UVC (100-280 nm). A radiação ultravioleta presente na Terra se mostra em doses maiores de ultravioleta A (UVA) e menores de ultravioleta B (UVB), ambas desencadeando inúmeras reações orgânicas (CALÒ; MARABINI, 2014; PURIM ; LEITE, 2010; GONTIJO et al, 2009; BALOGH et al, 2011).

Para Monteiro (2010) a faixa de comprimento de onda da radiação UVA é dita como maior estímulo externo para a aceleração dos mecanismos de foto envelhecimento, através da ativação das enzimas que degradam o colágeno e a elastina e por meio da geração de radicais

livres. Além disso, tem participação na carcinogênese por causar dano oxidativo ao DNA dos queratinócitos, atua também no processo de melanogênese (pigmentação imediata) e de imunossupressão (GRANDI, et al, 2016).

A radiação UVB, mesmo tendo menor penetração na pele, pode alcançar até a derme papilar e com isto desencadear alterações às fibras de elastina e de colágeno. Portanto, os raios UVB também participam do processo de fotoenvelhecimento. Provoca também a formação de queimaduras, câncer de pele, vermelhidão e ardência (CABRAL, et al, 2011)

A pele humana, por meio de seus mecanismos de defesa, mostra-se insuficiente para uma proteção eficaz. Sendo assim, é de extrema importância a necessidade do uso de medidas fotoprotetoras, principalmente com o constante uso dos filtros solares. No entanto, o conhecimento quanto aos diversos riscos à exposição solar desprotegida é variável entre os indivíduos (MONTEIRO, 2010; PURIM ; LEITE, 2010; TEIXEIRA, 2010).

A incrementação de ações voltadas a proteção solar pode contribuir de modo significativo para minimizar os níveis cumulativos de exposição à radiação e sua relação com os diferentes tipos de agravos cutâneos. As mudanças nos hábitos de vida podem, especialmente, reduzir a necessidade de cirurgias mutiladoras e problemas estéticos indesejáveis. (URASAKI, et al, 2016)

Recentemente, foi elaborado o Consenso Brasileiro de Fotoproteção, primeiro documento oficial sobre fotoproteção confeccionado no Brasil e direcionado para a população brasileira.

As recomendações básicas consistem às internacionalmente aderidas: exposição restrita ao sol, uso de vestimentas e acessórios (luva, boné, chapéu, guarda sol, óculos) e fotoproteção tópica através de protetores solares, podendo ser classificados como orgânicos (absorvem a RUV) e inorgânicos (substâncias fotos táticas que refletem RUV). Outra prática importante é o autoexame da pele. Esta análise representa uma

ferramenta de extrema importância ao permitir o reconhecimento de alterações precoces sugestivas de malignidade (SCHALKA; STEINER, 2014; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014; GREYER-BECK, et al, 2014; BALOGH et al, 2011).

Por conta das diversas reações orgânicas relacionadas à exposição excessiva e desprotegida do Sol, é de extrema relevância o presente estudo onde visa conhecer os hábitos de exposição e atitudes frente à fotoproteção, para que haja uma conscientização da população dos diversos riscos que a RUV pode vir a acarretar para o corpo e da importância da adoção de medidas fotoprotetivas.

O estudo tem como objetivo avaliar os hábitos e atitudes relacionados a fotoproteção dos moradores da comunidade do Dendê, em Fortaleza – CE.

2. Metodologia

Tratou-se de um estudo descritivo, com abordagem quantitativa desenvolvido na comunidade do Dendê em Fortaleza/CE no período de outubro a novembro de 2016. A pesquisa teve como população moradores da comunidade do Dendê, localizado bairro Edson Queiroz/ Fortaleza-CE. A amostra, após cálculo amostral, com 95% de significância obtemos uma amostra de 243 indivíduos. Foi elaborado um questionário que abordava assuntos referentes à características gerais, hábitos de exposição solar, medidas de fotoproteção, outras alterações e conhecimento sobre o fatores de risco.

Os dados foram calculados no programa Excel versão 2010 e analisados por meio de utilização de tabelas dos achados clínicos.

Na realização desta pesquisa, obedeceu-se a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996) e teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade de Fortaleza (COÉTICA) com o parecer 2.446.016.

3. Resultados E Discussões

Os resultados observados entre os voluntários foram separados nas seguintes áreas: Características gerais, hábitos de exposição solar e medidas de fotoproteção. A amostra sugerida inicialmente era de 243 indivíduos, portanto, ao final, obtivemos 140 moradores.

Na análise da Tabela I, dos 140 indivíduos entrevistados, 64% são do sexo feminino (n=89) e 36% do sexo masculino (n=51), 32% com faixa etária predominante de 25 a 35 anos (n=46), de diferentes raças, onde a maioria se considera mulato claro (n=45) com o percentual de 32%.

Tabela I – Características gerais da população amostral. (Fortaleza, CE, n=140)

Características Gerais	
Sexo	Porcentagem
Feminino (n=89)	64%
Masculino (n=51)	36%
Idade	
18 a 25 anos (n=34)	24%
25 a 35 anos (n=46)	32%
35 a 45 anos (n=26)	19%
45 a 55 anos (n=26)	19%
55 a 65 anos (n=8)	6%
Cor da pele	
Branco (n=27)	19%
Mulato claro (n=45)	32%
Mulato escuro (n=17)	12%
Pardo (n=40)	29%
Negro (n=9)	7%
Amarelo (n=2)	1%

Fonte: Dados do pesquisador (2016)

No estudo realizado por Urasaki et al (2016), observou-se que 33,5% dos entrevistados se expõem à radiação ultravioleta antes das 10:00 hrs, 55% entre 10hrs e 16:00 hrs e 11,4% em todos os horários. Em relação ao tempo de exposição solar, 32,6% ficam menos de 1hr expostos e 67,4% ficam expostos por mais de uma hora. Este dado foi

bem próximo ao do presente estudo (Tabela 2), obtendo-se um valor de 24% de indivíduos que se expõem no horário de 08:00 às 10:00hrs, 64% de 10:00 às 16:00hrs, 1% a partir das 16:00hrs e 11% nos horários de 08:00 às 10:00hrs e de 10:00 às 16:00hrs, onde 45% da população amostral ficam menos de 1hr expostas ao Sol e 55% se expõem por mais de 1hr. Em contrapartida, o estudo de Didier et al (2014), a maioria da amostra pesquisada preferia se expor ao sol em horários de menor intensidade da radiação solar, sendo: 37,9% antes das 10:00hrs, 33,2% entre 10:00 e 15:00hrs e 28,9% depois das 15:00hrs.

Rizzatti et al (2011) mostra em sua pesquisa o motivo pelo qual as pessoas do seu estudo se submetiam à exposição solar, sendo 78% por lazer e 38,4 % por trabalho. No nosso estudo os dados apontam que 64% fazem a exposição por trabalho, 18% por lazer e 18% pelo dois motivos.

Tabela 2 – Hábitos de exposição solar. (Fortaleza, CE, n=140)

Hábitos de exposição solar	
Está exposto ao sol diariamente?	Porcentagem
Sim (n= 91)	65%
Não (n=49)	35%
Se expõe por trabalho ou por lazer?	
Trabalho (n=59)	64%
Lazer (n=16)	18%
Os dois (n= 16)	18%
Qual horário está mais exposto ao sol?	
08:00 às 10:00 hrs (n=22)	24%
10:00 às 16:00 hrs (n=58)	64%
A partir das 16:00 hrs (n=1)	1%
08:00 às 10:00hrs / 10:00 às 16:00 hrs (n=10)	11%
Quanto tempo?	
0 a 30 minutos (n=27)	30%
30 a 60 minutos (n=14)	15%
Mais (n=50)	55%

Fonte: Dados do pesquisador (2016)

Segundo Lima (2013) a exposição excessiva ao Sol resulta em diversas alterações na pele, dentre elas: eritema, manchas, edemas até o mais grave, o câncer de pele. Os perigos à saúde causados pela RUV podem ser minimizados com recursos fotoprotetores, como permanecer à sombra, uso de vestimenta apropriada e o hábito de utilização de filtros solares (BAILLO; LIMA, 2012).

Tabela 3 – Medidas de fotoproteção. (Fortaleza, CE, n=140)

Medidas de Fotoproteção	
Faz uso de protetor solar?	Porcentagem
Sim (n=45)	32%
Não (n=95)	68%
Se não, porque?	
Acho caro (n=12)	13%
Não gosto (n=33)	35%
É oleoso/ arde/ escorre nos olhos (n=0)	0%
Não tenho hábito/costume (n=22)	23%
Não lembro/ Esqueço (n=10)	11%
Não preciso/ Não é necessário (n=7)	7%
Não tenho (n=2)	2%
Desleixo/ Falta de cuidado (n=4)	4%
Não ando no sol (n=2)	2%
Nunca usei/Difícil usar (n=2)	2%
Tenho preguiça (n=1)	1%
Utiliza diariamente?	
Sim (n=15)	33%
Não (n=30)	67%

Fonte: Dados do pesquisador (2016)

A Tabela 3 mostra se os pesquisados fazem ou não o uso de protetor solar, se aplicam diariamente e dos que respondem negativamente ao uso de filtro solar, o porquê dessa não utilização. Segundo os dados, 32% dos indivíduos fazem o uso do protetor solar e 68% não têm esse hábito. Segundo Gonzáles et al (2008), fotoproteção é uma medida preventiva e terapêutica frente aos efeitos oriundos da radiação UV. A principal forma de defesa contra efeitos adversos é a utilização dos fotoprotetores, também denominados protetores solares.

Entretanto, o mesmo não pode ser visto no estudo realizado por Castilho et al (2010), onde 83,9% dos participantes mencionaram fazer a utilização de filtro solar, todavia menos de 25% deles fazem uso diário, número menor do que analisado nesta pesquisa, onde 33% fazem o uso diariamente.

Tabela 4 – Medidas de fotoproteção (Fortaleza, CE, n=140)

Medidas de Fotoproteção	
Costuma reaplicar?	Porcentagem
Sim (n=21)	47%
Não (n=24)	53%
De quanto em quanto tempo?	
A cada 30 minutos (n=4)	19%
A cada hora (n=2)	10%
Mais (n=15)	71%
Utiliza outra medida alternativa frente a proteção?	
Boné (n=27)	19%
Guarda Sol (n=9)	6%
Roupa (n=6)	4%
Boné e roupa (n=3)	2%
Boné e Guarda Sol (n=3)	2%
Boné, roupa e sombra (n=1)	1%
Boné e óculos (n=1)	1%
Sombra (n=1)	1%
Não utilizam nenhuma medida alternativa (n=89)	64%

Fonte: Dados do pesquisador (2016)

Na Tabela 4 é relatado que apenas 47% da amostra costuma reaplicar o protetor solar e 53% não. Quando questionados o tempo que costumam reaplicar o protetor solar, 19% reaplica a cada 30 minutos, 10% a cada hora e 71% em mais de uma hora.

Ferreira et al (2011) mostra que a maioria de seus voluntários (45,03%) relataram se preocupar em fazer a reaplicação, e mais da metade 51,47% faz isto a cada 2 horas. Ainda no estudo, 49,66% do grupo que utiliza fotoprotetor apenas quando se expõe diretamente ao sol também reaplicam o produto depois de um período na água ou após um exercício físico.

Apesar dos efeitos benéficos da utilização dos FPS, outros fatores estão relacionados para a real proteção da pele, como: quantidade de produto posto sobre a pele, o período de aplicação e reaplicação, bem como o suor e exposição à água, fatores esses que levarão a retirada do filtro solar. Sendo assim, a utilização precisa ser contínua e reaplicável diversas vezes ao dia (MEYER et al, 2011).

Ainda na Tabela 4, foi questionado o uso de outras medidas fotoprotetivas, em que 19% fazem o uso de boné, 6% de guarda sol, 4% de roupas, 2% boné e roupa, 2% boné e guarda sol, 1% boné, guarda sol e sombra, 1% boné e óculos, 1% sombra e 64% não utilizam nenhuma medida alternativa frente à proteção solar. O mesmo não foi visto no trabalho produzido por Purim et al (2013) que observou-se as medidas fotoprotetoras empregadas 85,4% dos entrevistados se referem ao uso de camisetas de mangas curtas ou longas; bonés, chapéus ou viseiras (67,7%); óculos escuros (40,9%), bem como, as meias longas ou calças compridas (17,7%).

Tabela 5 – Medidas de fotoproteção (Fortaleza, CE, n=140)

Medidas de Fotoproteção	
Qual fator de proteção costuma utilizar?	Porcentagem
0 a 30 (n=10)	22%
30 a 60 (n=35)	78%
60 a 100 (n=0)	0%
Qual parte do corpo costuma utilizar protetor solar?	
Rosto (n=11)	24%
Pescoço e colo (n=0)	0%
Membros superiores (n=0)	0%
Membros inferiores (n=0)	0%
Mãos (n=0)	0%
Orelhas (n=0)	0%
Rosto, pescoço e colo, MS E MI, mãos e orelhas (n=6)	13%
Rosto, pescoço e colo, MS E MI (n=3)	7%
Rosto, pescoço e colo, MS (n=3)	7%
Rosto, MS E MI, mãos (n=1)	2%
Rosto, MS E MI (n=7)	16%
Rosto e MS (n=13)	29%
Rosto, pescoço e colo (n=1)	2%

Fonte: Dados do pesquisador (2016)

Ao analisar a Tabela 5, é possível constatar que 22% dos voluntários costumam utilizar o fator de proteção de 0 a 30, já a maioria da amostra (78%) utiliza de 30 a 60 e nenhum dos pesquisados de 60 a 100. Já sobre a parte corporal que costumam utilizar o protetor, 29% relataram que aplicam em rosto e membros superiores (MS), seguido por apenas rosto com o valor de 24%. Estes resultados diferem em alguns aspectos dos achados de Pompeu et al (2013), em uma população de trabalhadores de ruas das Cidades de Araras e Rio Claro - SP, onde os resultados obtidos foram: 63,5% fazem o uso de filtro solar com FPS de 08 a 30 e 36,5% fazem uso de filtro solar com FPS de 30 a 60. Quando questionados sobre qual parte do corpo utilizavam o filtro solar, a grande maioria (53%) aplicavam no rosto e membros superiores e 18% aplicavam apenas no rosto.

4. Conclusões

A partir dos resultados obtidos concluímos que os entrevistados da comunidade se expõem exacerbadamente ao sol, sendo a maioria sem o uso de filtro solar e outros recursos de fotoproteção, e mesmo os que utilizam não o fazem de forma correta para a real proteção contra a radiação ultravioleta.

Dessa forma é imprescindível a necessidade de ações educativas ao uso de formas fotoprotetivas, para que haja uma conscientização e, consequentemente, uma adesão cada vez maior desses importantes aliados da saúde tegumentar, prevenindo doenças e melhorando a sobrevivência dessas pessoas, uma vez que deve ser encarado como um problema de saúde pública.

5. Referencias

BALOGH, T.S.; VELASCO, M.V.R.; PEDRIALI, C.A.; KANEKO, T.M.; BABY, A.R. Proteção à radiação ultravioleta: recursos disponíveis na atualidade em fotoproteção. *An Bras Dermatol.*, São Paulo, v. 4, n. 86, p.732-742, 2011.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) [Internet]. Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil. Disponível em:<http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/sintese-de-resultados-comentarios.asp>. Acesso em: 20 de agosto. 2016
- CABRAL, L. D. da S.; PEREIRA, S. de O.; PARTATA, A. K. Filtros solares e fotoprotetores mais utilizados nas formulações no Brasil. *Revista Científica do ITPAC, Araguaína*, v. 4, n.3, 2011.
- CALÓ, R; MARABINI, L. Protective effect of *Vaccinium myrtillus* extract against UVA- and UVB-induced damage in a human keratinocyte cell line (HaCaT cells). *Journal of Photochemistry and Photobiology B: Biology, Amsterdã*, v. 132, p. 27–35, 2014.
- GONTIJO G. T, PUGLIESI M. C. C, ARAÚJO F. M. Fotoproteção. *Surg Cosmet Dermatol, Minas Gerais*; p,186–191, 2009.
- GRANDI, C.; BORRA, M.; MILITELLO, A.; POLICHETTI, A. Impact of climate change on occupational exposure to solar radiation. *Ann Ist Super Sanità, Itália*, v. 52, n. 3, p. 343-356, 12 abr. 2016.
- GRETHER B. S.; MARINI, A.; JAENICKE, T.; Krutmann J. Photoprotection of human skin beyond ultraviolet radiation. *Photodermatol Photoimmunol Photomed, Alemanha*, v. 30. n. 2. p. 167-74, 2014.
- MONTEIRO, E. de. O. Filtros solares e fotoproteção. *Rev. Bras. Med, São Paulo*, v. 67, n. 6, p. 5–18, 2010.
- PURIM, K. S. M; LEITE, N. Fotoproteção e exercício físico. *Rev. Bras. Med. Esporte, Niterói*, v. 16, n. 3, p. 224 – 229, 2010.
- PURIM, K. S. M; TITSKI, A. C. K; LEITE, N. Hábitos solares, queimaduras e fotoproteção em atletas de meia maratona. *Revista Brasileira de Atividade física & saúde, Paraná*, v. 18, n. 5, p.636–645, 2013.
- SCHALKA, S.; STEINER. D (org). Consenso Brasileiro de fotoproteção - Fotoproteção no Brasil: recomendações da Sociedade Brasileira de Dermatologia [Internet]. 2014. Disponível em:<http://www.sbd.org.br/publicacoes/consenso-brasileiro-de-fotoprotecao>. Acesso em: 13 set. 2016
- SOUZA, R. M. C. C. M.; HORTA, G. T.; MELO, S. E.; ROCHA, B. D. F. Câncer de pele: Hábitos de exposição solar e alterações cutâneas entre agentes de saúde em um município de Minas Gerais. *Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro, MG*, p. 1945-1956. 2016.

SOBRE OS AUTORES

Alana Kelly Pereira de Sousa

Graduada em Enfermagem do Centro Universitário Unifanor Wyden Brasil. Pós-graduada em Ginecologia e Obstetrícia pela UniFanor Wyden. Pós-graduada em Gerenciamento em Serviços de Enfermagem. Preceptora do Curso de Enfermagem da UniFanor Wyden. Coordenadora de Estágios do Curso Técnico de Enfermagem UniAteneu.

Aline Barbosa Teixeira Martins

Fisioterapeuta graduada pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Doutora em Ciências Médico-Cirúrgicas pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Mestre em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Especialista em Fisioterapia Dermato-Funcional. Docente do Curso de Fisioterapia e Estética e Cosmética da UNIFOR.

Aline de Souza Pereira

Graduada em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza (2005), com Especialização em Enfermagem Obstétrica pela UECE (2016), Mestrado em Saúde Coletiva pela UNIFOR (2010) e Doutora em Saúde Coletiva pelo departamento de Pós-graduação em Saúde Coletiva Associação ampla UFC/UECE/UNIFOR. Coordenadora do Grupo de Estudos e Programas na Atenção e Vigilância as Violências.

Ana Manuela Diógenes Teixeira

Graduada em Direito pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR) em 2014. Atualmente cursando Medicina no centro universitário UNINTA.

Ana Ruth Macedo Monteiro

Graduada em Bacharelado Em Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará (1988), graduação em Licenciatura Em Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará (1989), mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (1996), doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (2001) e Pós-Doutorado pelo Programa de Pós-Graduação em Sociologia da UFC(2015), Atualmente é professor associado da Universidade Estadual do Ceará e enfermeiro - Secretaria de Estado da Saúde.

Ana Tainara Pereira da Silva

Enfermeira graduada pelo Centro Universitário Unifanor Wyden Brasil. Doula e Enfermeira do Instituto Materno Infantil do Ceará. Preceptora do Curso Técnico de Enfermagem UniAteneu.

Ângela Melo de Lima

Graduada em Estética e Cosmetologia pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

Anna Paula Sousa da Silva

Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (2006), mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (2008) e doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (2012), ambos na área da saúde da mulher e oncologia. Docente da Área de Saúde da Mulher e Saúde Sexual e Reprodutiva e Semiologia e Semiotécnica na UniFanor/Wynder e Área de Semiologia e Métodos e Técnicas de Ensino na Unichristus. Coordenadora do projeto de pesquisa em Saúde da Mulher UniFanor/Wynder. Preceptora de núcleo de Enfermagem da Residência Multiprofissional em Cancerologia do Hospital Geral de Fortaleza / Escola de Saúde Pública - ESP. Coordenadora da Residência Multiprofissional em Neurologia e Neurocirurgia do Hospital Geral de Fortaleza / Escola de Saúde Pública - ESP.

Anne Fayma Lopes Chaves

Graduada em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza. Especialista em Unidade de Terapia Intensiva pela Universidade Estadual do Ceará. Mestre e Doutora pelo Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Ceará. Professora Adjunta A do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira.

Antônio Diego Costa Bezerra

Enfermeiro graduado pelo Centro Universitário Unifanor Wyden Brasil. Graduando em Gestão Pública pelo Centro Universitário Unifavip, Pesquisador de IC pelo CNPq na Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ-CE), Presidente da Sociedade Cearense de Pesquisa e Inovações em Saúde (SOCEPIS).

Antonio Edvan Camelo Filho

Médico, Especialista em neurologia pela USP-SP.

Antônio Eusébio Teixeira Rocha

Possui graduação em Medicina pela Universidade Federal da Paraíba(1987), especialização em Gestão Empresarial de Cooperativismo de Crédito pela Universidade Federal do Ceará(2008), especialização em Administração Hospitalar e Gestão em Saúde pela Universidade Gama Filho(2005), especialização em MEDICINA DO TRABALHO pela FACULDADE DE MEDICINA DE ITAJUBÁ(1999), mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza (2010).

Anya Pimentel Gomes Fernandes Vieira-Meyer

Possui Graduação em Odontologia pela Universidade Federal do Ceará (1998), Mestrado em Odontopediatria (MSc) - University of London-Inglaterra (2000), Doutorado em Odontologia na University of Toronto-Canadá (2005) e pós-doutorado em saúde pública pela Universidade da California Berkeley (2015-2016).

Bárbara Karen Matos Magalhães Rodrigues

Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza, Fisioterapeuta Neurofuncional. Docente e coordenadora da Graduação Tecnológica em Estética e Cosmética da Universidade de Fortaleza - UNIFOR, instrutora no setor de Saúde pela empresa Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (SENAC) até Setembro de 2014.

Bruna de Albuquerque Maranhão Sucupira Salvador

Graduação em medicina pelo Centro Universitário Christus

Christian Max Uchôa Leite

Graduado em Medicina pelo Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS), no ano de 2018.1.

Cristina de Santiago Viana Falcão

Possui graduação em Fisioterapia pela Universidade de Fortaleza (2000). Atualmente é docente e tutora do Centro de Ciências da Saúde da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Mestre em Saúde Coletiva (UNIFOR) e Especialista em Fisioterapia Dermatofuncional (FIC).

Cynthia Maria Aquino

Possui graduação em Direito pela Faculdade Estácio do Recife (2012). Advogada aprovada e devidamente regulamentada na OAB-PE desde dezembro de 2012. Pós- Graduação em Direito do Trabalho e Processo do Trabalho Público e Privado (2014). Pós-Graduanda em Direito Público. Experiência nas áreas Cível e Trabalhista. Cursos de atualização do Código de Processo Civil de 2015 e da nova Legislação Trabalhista.

Daniella Barbosa Campos

Possui graduação em Direito pela Faculdade Estácio do Recife (2012). Advogada aprovada e devidamente regulamentada na OAB-PE desde dezembro de 2012. Pós- Graduação em Direito do Trabalho e Processo do Trabalho Público e Privado (2014). pós-graduanda em Direito Público.

Daysane de Pinho Machado

Nutricionista, graduanda em medicina pela Universidade de Rondônia.

Deise Maria do Nascimento Sousa

Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Coordenadora do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva (GEPESC) no Centro Universitário Unifanor.

Edilene Dias Da Silva

Técnica de enfermagem pela Escola Técnica de Enfermagem São Camilo de Lellis e Doula e Membro do Instituto Materno Infantil do Ceará.

Erika Mara Sales Rodrigues

Extensão universitária em Projeto Jovem Voluntario pela Universidade de Fortaleza, Brasil (2007)

Flávia Correa de Souza

Graduada em Enfermagem pelo Centro Universitário UnifanorWyden. Pós-Graduada em Cardiologia e Hemodinâmica pela Universidade Estadual do Ceará (UECE) e Pós-Graduada em Urgência e Emergência em Enfermagem pela Faculdade de Venda Nova do Imigrante (FAVENI)

Francisco Railony Vieira Coutinho

Enfermeiro graduado no Centro Universitário Unifanor Wyden. Pós-Graduando em Ginecologia e Obstetrícia no Centro Universitário Unifanor Wyden.

Francisco Ricael Alexandre

Acadêmico de Enfermagem pelo Centro Universitário UniFanor. Integrante no Núcleo de Pesquisa e Estudos em Saúde do Adulto (NUPESA)

Francisco Jadson Franco Moreira

Psicólogo. Membro do grupo de pesquisa Educação, História e Saúde Coletiva vinculado ao Diretório dos Grupos de Pesquisa no Brasil do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. Autor/Idealizador do Observatório de Educação Permanente em Saúde do Ceará - OBSERVAEPS - Ce.

George Alberto Sabóia Coelho

Possui graduação em Medicina pela Universidade Federal do Ceará (1983).

Helena Paula Guerra dos Santos

Possui graduação em Odontologia pela Universidade Federal do Ceará (1997). Concluiu Mestrado Profissional em Saúde da Família pela Fiocruz/CE (2019). Tem especialização em Periodontia (2004). Capacitação em Saúde da Pessoa Idosa (2017). Especialista em Gestão de Serviços de Saúde, formada pela Escola de Saúde Pública do Ceará. Dentista concursada do Programa de Saúde da Família (PSF) da Prefeitura Municipal de Fortaleza desde 2006

Hortência Montenegro Campos

Graduação em Medicina pelo Centro Universitário Christus.

Isabella Lima Barbosa Campelo

Enfermeira. Pós Doutoranda Fiocruz-Ce. Doutora em Saúde Coletiva pela associação ampla Universidade Estadual do Ceará/Universidade Federal do Ceará/Universidade de Fortaleza. Mestre em Saúde Coletiva. Mestre em Saúde Coletiva. Especialista em Ginecologia e Obstetrícia; Saúde da Família na área de Saúde do trabalhador. Consultora em Aleitamento Materno e Laserterapia. Doula e Educadora Perinatal. Docente e responsável técnica na pós graduação em ginecologia e obstetrícia. Coordenadora Acadêmica e Docente do curso de graduação Enfermagem Unifanor Wyden. Presidente do Instituto Materno Infantil do Ceará. Coordenadora do Núcleo de Pesquisa e Estudos em Saúde da Mulher na Unifanor. Membro do Núcleo docente estruturante Unifanor.

Jeiza Caroline do Carmo Lima

Acadêmico de Enfermagem pelo Centro Universitário UniFanor. Doula formada pelo Instituto Materno Infantil do Ceará. Estagiária do Instituto Materno Infantil do Ceará (IMICE).

João Joadson Duarte Teixeira

Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (2019). Especialista em Enfermagem Obstétrica pelo Centro Universitário FAMETRO (2018), em Gestão dos Serviços de Urgência e Emergência (2012) pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP- CE) e em Gestão dos Sistemas e Serviços de Saúde - Gestão SUS pela ESP-CE (2010); e, Bacharel em Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará (2004).

José Maria Ximenes Guimarães

Possui graduação em ENFERMAGEM pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (1997), mestrado em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará (2007) e doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará (2012). Atualmente é docente do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família, Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, na Universidade Estadual do Ceará.

Juce Ally Lopes de Melo

Doutoranda no curso de Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde (Acadêmico) pela Universidade Estadual do Ceará - UECE. Mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde pela UECE (2013). Possui Graduação em Enfermagem Licenciatura/Bacharelado pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte em Mossoró/RN (2005) e Pós- Graduação (Especialista) na área de Urgência e Emergência pela Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande/PB (2008).

Karla Julianne Negreiros de Matos

Psicóloga, mestre em Saúde Coletiva e doutorando em Saúde Coletiva pela UECE. Coordenadora do Grupo de extensão em práticas lúdica e educacionais (GEPLÉ).

Karoliny Cosme Pimenta Morales

Pós-graduada em Obstetrícia e Saúde da Mulher - UECE. Pós-graduanda em Aleitamento Materno e Banco de Leite Humano - IDE. Consultora em Aleitamento Materno. Educadora Perinatal. Preceptora da disciplina de supervisionado I - UniAteneu. Docente do curso técnico em Enfermagem - UniAteneu. Auxiliar de Coordenação de estágios em Técnico em Enfermagem - UniAteneu.

Karyna Lima Costa

Enfermeira pelo Centro Universitário Unifanor-Wyden. Participante do Núcleo de Pesquisa em Saúde do Adulto- Nupesa. Coordenadora da Atenção Primária do Município de Redenção- Ceará. Coordenadora da Equipe de Enfermagem do Núcleo de Monitoramento a COVID-19.

Kelvia Coelho Campos de Paula

Enfermeira graduada em enfermagem Faculdade Novafapi. Mestre em Tecnologia e Inovação da Enfermagem (MPTIE - UNIVERSIDADE DE FORTALEZA - UNIFOR); Especialista em Unidade de Terapia Intensiva (UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ - UECE);

Laura Pinto Torres de Melo

Enfermeira Obstetra da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (UFC/MEAC/EBSERH); Docente do Centro Universitário UniFanor Wyden; Doutora em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde pela Universidade Estadual do Ceará; Mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde (Universidade Estadual do Ceará - 2014); Especialista em Enfermagem Obstétrica (Universidade Estadual do Ceará - 2013). Graduada em Enfermagem (Universidade de Fortaleza - 2011).

Laurineide de Fátima Diniz Cavalcante

Possui graduação em enfermagem bacharelado e licenciatura pela Universidade de Fortaleza ,(UNIFOR) . Especialista em Enfermagem Médico cirúrgica pela Universidade estadual do ceará(UECE). Mestre em saúde coletiva (UNIFOR). Doutora em saúde coletiva (UNIFOR).

Lídia Clara Costa Barbosa

Enfermeira e Pós-graduanda em Saúde da Família, pelo Centro Universitário Estácio do Ceará. Docente do Curso Técnico em Enfermagem.

Livia Maria Damasceno dos Santos

Enfermeira, graduada pela Universidade Federal do Ceará (2013). Mestre pelo Programa de Pós- Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Especialista em Gestão, Auditoria e Perícias em Sistemas de Saúde. Coordenadora do curso de Enfermagem da Faculdade Ateneu- Unidade Antônio Bezerra. Integrante do núcleo de pesquisa NEPPSS-UFC. Atua na área de Saúde da Mulher, Aleitamento Materno, Urgência e Emergência, Gestão Acadêmica e Gestão de Serviços de Saúde.

Manuela Fabrício de Oliveira Cunha

Médica, graduação pela Universidade Federal do Ceará. Residência em Saúde Pública. Atua no Instituto Materno Infantil do Ceará; Estratégia Saúde da Família do município de Caucaia-Ce

Marana Barros Guerra

Formação acadêmica: Enfermagem - Centro Universitário Estácio do Ceará. Cursando Pós-graduação em Saúde Pública com ênfase em ESF - FAVENI; Auditoria em Enfermagem - FAVENI; Enfermagem em Estética - FAVENI.

Maria Erivalda Farias de Aragão

Farmacêutica, professora Dra. do curso de Ciências Biológicas na Universidade Estadual do Ceará.

Maria Rocineide Ferreira da Silva

Enfermeira graduada pela UECE. Especialista em saúde da Família. Mestre em Saúde Pública pela UECE. Doutora em Saúde Coletiva Associação Ampla UECE-UFC. Doutora em Saúde Coletiva Associação Ampla UECE-UFC. Professora Adjunto do Curso de Enfermagem da UECE e da pós graduação nos Programas de Saúde Coletiva, Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Saúde Coletiva e Mestrado Profissional em Saúde da Família.

Mariza Araújo Marinho Maciel;

Possui graduação em Fisioterapia pela Universidade de Fortaleza (2010) e pós graduação em Fisioterapia Dermato Funcional pelo Centro Universitário Christus. Mestre de Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza e Pós Graduada em Cosmetologia.

Mirella Sales

Nutricionista, formada pela Universidade Estadual do Ceará e atua como nutricionista do esporte e clínica.

Mônica Oliveira Batista Oriá

Possui graduação em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza (1998), Mestrado (2003) e Doutorado em Enfermagem (2008) pela Universidade Federal do Ceará e Pós- Doutorado pela University of Virginia (2008 e 2017). Atualmente é Professor Associado II da Universidade Federal do Ceará. É coordenadora do Núcleo de Estudo e Pesquisa em Promoção da Saúde Sexual e Reprodutiva (NEPPSS), grupo certificado pelo CNPq. É tutora da Liga Acadêmica de Enfermagem em Ginecologia e Obstetrícia.

Neiva Oliveira de Souza

Enfermeira pelo Centro Universitário UNIFANOR WYDEN. Pós-graduada em UTI e Pediatria.

Patrícia da Silva Pantoja

Enfermeira, Doutora em Ciências Fisiológicas/UECE. Professora Titular na Faculdade Unifanor Wyden/Fortaleza, Pesquisadora do programa de transferência tecnológica/FUNCAP-UFC.

Raquel Figueiredo Barretto

Professora do Centro Universitário Fanor Wyden. Possui graduação em Letras (2001) e Especialização em Ensino de Língua Portuguesa (2005) pela Universidade Estadual do Ceará, Mestrado em Saúde Coletiva (2008) pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

Rayanne Ingrid da Silva Castro

Enfermeira. Cursando Pós-graduação em obstetrícia e ginecologia. Funcionária pública pela Ebserh, como técnica de Enfermagem.

Renata de Freitas Campelo

Graduação em Odontologia pela Universidade de Fortaleza (2011), Especialista em Ortodontia pela Universidade Vale do Acaraú (2015), Mestre em Clínicas Odontológicas pela Universidade de Fortaleza- Unifor (2021).

Renata Késia de Andrade Bezerra Coimbra

Enfermeira. Docente Auxiliar I do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Estácio Ceará. Mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde - PPCCLIS (Universidade Estadual do Ceará) conceito CAPES 5, desenvolvendo pesquisas na área de saúde da criança com ênfase na Promoção da Saúde, Tecnologia, Gestão em Enfermagem, Aleitamento Materno, Alimentação Complementar e Crescimento e Desenvolvimento da Criança. Especialista em Enfermagem Obstétrica pela Universidade Estadual do Ceará (UECE) e Educação em Saúde para Preceptores no SUS pelo Instituto Sírio Libanês.

Riksberg Leite Cabral

Enfermeiro, Docente do Centro universitário UniFametro, técnico do núcleo de contas hospitalares do Hospital Municipal João Elísio de Holanda.

Rithianne Frota Carneiro

Possui graduação em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza (2007). Especialista em Terapia Intensiva pela UECE (Universidade Estadual do Ceará). Especialista de Saúde da Família pela FIOCRUZ - UFC (Universidade Federal do Ceará). Especialidade em Auditoria de Sistemas e Serviços de Saúde pelo INTA (2013) e Especialista em Urgência e Emergência pela ESP-CE (Escola de Saúde Pública). Mestrado em saúde coletiva pela UNIFOR (2014). Doutoranda de Saúde Coletiva pela UECE com pesquisa em doença crônicas não transmissíveis .

Rodrigo Jacob Moreira de Freitas

Possui graduação em Enfermagem (Licenciatura e Bacharelado) pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte - UERN (2010), Mestre e Doutor em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde pela Universidade Estadual do Ceará - PPCCLIS/UECE (2019). Atualmente é Docente Adjunto II do curso de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte - UERN/Campus Pau dos Ferros - CAPF

Sarah Luiza do Nascimento Paiva

Enfermeira pelo Centro Universitário Unifanor Wyden Brasil - UNIFANOR. Pós Graduanda em Urgência e Emergência e Unidade de Terapia Intensiva pelo Centro Universitário UNINTA. Doula formada pelo Instituto Materno Infantil do Ceará. Preceptora de Estágio Supervisionado do Curso Técnico de Enfermagem ORIENTO, no Hospital e Maternidade São José. Coordenadora da Base do SAMU 192 de Guaraciaba do Norte e Auxiliar Administrativa da Coordenação da Atenção Básica de Guaraciaba do Norte.

Thaís Lima de Almeida

Possui graduação em Nutrição pela Universidade de Fortaleza (2014), e pós graduação em Nutrição Clínica Funcional pelo Instituto VP.(2018)

Verydianna Frota Carneiro

Possui graduação em Odontologia pela Universidade Federal do Ceará (2007.2); curso de Aperfeiçoamento em Gestão dos Serviços de Atenção em Saúde Bucal pela Escola de Saúde Pública, em Áreas Estratégicas da Atenção Básica pela ESP-CE, Cirurgia Oral e Odontologia Estética pela Associação Brasileira de Odontologia. Especialista em Endodontia pela Escola Cearense de Odontologia, Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará/Universidade Aberta. Mestre em Ensino na Saúde pela Universidade Estadual do Ceará (UECE) e em Clínica Odontológica - Endodontia, pela Universidade Federal do Ceará.

Violante Augusto Batista Braga

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Professora Associada da Universidade Federal do Ceará/ Departamento de Enfermagem.

Zélia Maria de Sousa Araújo Santos

Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC) em 1980, e em Administração pela Universidade Estadual do Ceará (UECE) em 1985. Especialista em Hipertensão Arterial pela Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH) desde 2001. Mestrado e Doutorado em Enfermagem pela UFC em 1998 e 2001, respectivamente. Pós- Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), em 2009.

Thatiana Pereira Regio de Araújo

Enfermeira graduada pela UniFanor; Pós graduanda em UTI pela Unichristus; Enfermeira RT da Easy grupo; Coordenadora de Enfermagem da Easy Grupo; Enfermeira de bordo da Easy Air; Enfermeira de operações da Easy Emergências.