ORGANIZADORAS

Renata de Sousa Alves
Ana Paula Soares Gondim
Maria Fátima Maciel Araújo

# Promoção da saúde da família

## Ressignificando a prática e a pesquisa

Imprensa Universitária UFC

Coleção de Estudos da Pós-Graduação

Edições UFC

# Promoção da saúde da família

## Ressignificando a prática e a pesquisa

**Presidente da República**
Michel Miguel Elias Temer Lulia

**Ministro da Educação**
José Mendonça Bezerra Filho

**Universidade Federal do Ceará - UFC**

**Reitor**
Prof. Henry de Holanda Campos

**Vice-Reitor**
Prof. Custódio Luís Silva de Almeida

**Pró-Reitor de Pesquisa e Pós-Graduação**
Prof. Antônio Gomes de Souza Filho

**Pró-Reitor de Planejamento e Administração**
Prof. Almir Bittencourt da Silva

**Imprensa Universitária**
**Diretor**
Joaquim Melo de Albuquerque

**Conselho Editorial**
**Presidente**
Prof. Antônio Cláudio Lima Guimarães

**Conselheiros**
Prof.ª Angela Maria R. Mota Gutiérrez
Prof. Ítalo Gurgel
Prof. José Edmar da Silva Ribeiro

Renata de Sousa Alves
Ana Paula Soares Gondim
Maria Fátima Maciel Araújo
(Organizadoras)

# Promoção da saúde da família

## Ressignificando a prática e a pesquisa

Imprensa Universitária
UFC

Fortaleza
2017

**Promoção da saúde da família: ressignificando a prática e a pesquisa**

Copyright © 2017 by Renata de Sousa Alves, Ana Paula Soares Gondim, Maria Fátima Maciel Araújo, (Organizadoras)

Todos os direitos reservados

Impresso no Brasil / Printed In Brazil

Imprensa Universitária da Universidade Federal do Ceará (UFC)
Av. da Universidade, 2932, fundos – Benfica – Fortaleza – Ceará

**Coordenação editorial**
Ivanaldo Maciel de Lima

**Revisão de texto**
Yvantelmack Dantas

**Normalização bibliográfica**
Marilzete Melo Nascimento

**Programação visual**
Sandro Vasconcellos / Thiago Nogueira

**Diagramação**
Sandro Vasconcellos

**Capa**
Heron Cruz

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Bibliotecária Marilzete Melo Nascimento CRB 3/1135

P965 Promoção da saúde da família: ressignificando a prática e a pesquisa / Renata de Sousa Alves, Ana Paula Soares Gondim, Maria Fátima Maciel Araújo (Organizadoras) - Fortaleza: Imprensa Universitária, 2017.

236 p. ; 21 cm. (Estudos da Pós-Graduação)

ISBN: 978-85-7485-304-8

1. Promoção da saúde. 2. Saúde da família. 3. Atenção básica da saúde. I. Alves, Renata de Sousa, org. II. Gondim, Ana Paula Soares, org. III. Araújo, Maria Fátima Maciel, org. IV. Título.

CDD 613

# AGRADECIMENTOS

À direção da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem (FFOE) e docentes de todos os departamentos que contribuíram de forma significativa para a construção deste trabalho.

Aos alunos egressos da primeira turma do Mestrado Profissional em Saúde da Família, nucleadora UFC. Foram muitos os aprendizados e momentos compartilhados.

À Prefeitura Municipal de Fortaleza, por propiciar os cenários de prática para a construção dos trabalhos e conclusão de mestrado dos profissionais e, consequentemente, este livro.

À Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura (FCPC) pelo aporte financeiro para a editoração deste trabalho.

À Imprensa Universitária, pelo trabalho prestimoso na correção e editoração deste livro.

# SUMÁRIO

**INTRODUÇÃO** ..... 11

**PARTE I - GESTÃO EM SAÚDE** ..... 15

OCORRÊNCIA DE ACIDENTES COM MATERIAL BIOLÓGICO NA ATENÇÃO BÁSICA
*Marília de Lima Holanda, Francisca Verônica Moraes de Oliveira, Andrea Silvia Walter de Aguiar, Neiva Francenely Cunha Vieira, Renata de Sousa Alves* .....17

DIFICULDADES E BARREIRAS ASSOCIADAS AO ACESSO À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM MICROÁREAS DE UMA CAPITAL DO NORDESTE BRASILEIRO
*Marise Cristiane Rocha Lima Thé, Paulo César de Almeida, Erika Arrais Peter Farache, Renata de Sousa Alves, Andréa Silvia Walter de Aguiar* .... 37

ANÁLISE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE NO ÂMBITO DA SAÚDE BUCAL
*Paloma Stephânia Guilhermina Prado de Sá, Maria Vieira de Lima Saintrain, Emília Soares Chaves, Andréa Silvia Walter de Aguiar* ..... 57

AVALIAÇÃO DA ESTRUTURA DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: requisitos para um cuidado efetivo
*Cícera Rejane Tavares de Oliveira, Andrea Gomes Linard, Marco Túlio Aguiar Mourão Ribeiro, Alexandre Cesar Tavares Vidal* ..... 75

**PARTE II - PROCESSO SAÚDE-DOENÇA E INTERFACE COM A EPIDEMIOLOGIA** ..... 95

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE PORTADOR DE TUBERCULOSE: construção de instrumento
*Emilia Soares Chaves Rouberte, Rafaelle Lopes de Oliveira, Rafaella Pessoa Moreira, Isaura Letícia Tavares Palmeira Rolim, Andrea Gomes Linard* ..... 97

CONHECENDO A PRÁTICA DE MULHERES EM RELAÇÃO AO EXAME PAPANICOLAOU NO CONTEXTO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
*Elainy Fabrícia Galdino Dantas Malta, Fabiane do Amaral Gubert, Ivana dos Santos Fonseca, Marcela Ariadne Braga Gomes, Camila Teixeira Moreira Vasconcelos* ..... 113

TUBERCULOSE E USO DE DROGAS LÍCITAS E ILÍCITAS EM PACIENTES DE UMA UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA
*Janete Galvão Martins Cassiano, Paulo Sérgio Dourado Arrais* ..... 131

SEDENTARISMO ENTRE PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA
*Cícera Maria Arrais Pereira Vasconcelos, Paulo Sérgio Dourado Arrais* .... 149

**PARTE III - EDUCAÇÃO EM SAÚDE** ..... 165

GRUPO DE SAÚDE DE HOMENS E AUTOCUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
*Rômulo Fernandes Augusto Filho, Aluísio Ferreira de Lima, Paulo César de Almeida, Sandra Cecília de Souza Lima, Silvana Dayse Brito de Araújo Costa* ..... 167

A PARTICIPAÇÃO SOCIAL NAS UNIDADES BÁSICAS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA REGIONAL NORTE DE TERESINA-PI: um ideal a ser concretizado
*Sandra Cecília de Souza Lima, Aluísio Ferreira de Lima, Renata Bessa Holanda, Paulo César Almeida, Fabiane do Amaral Gubert* ... 187

CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DE PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE EDUCAÇÃO EM SAÚDE: experiência no contexto da visita domiciliária ao adolescente
*Ivana dos Santos Fonseca, Fabiane do Amaral Gubert, Elainy Fabrícia Galdino Dantas Malta, Gemimma de Paiva Rêgo, Neiva Francenely Cunha Vieira* ..... 201

PARCERIA SAÚDE E ESCOLA NA PREVENÇÃO DE DROGAS: estudo de intervenção
*Renata Luzia Cavalcante Costa, Ana Lúcia Araújo Gomes, Renata de Sousa Alves, Ana Cristina Pereira de Jesus Costa, Neiva Francenely Cunha Vieira* ..... 215

AS ORGANIZADORAS ..... 233

# INTRODUÇÃO

Este livro surgiu como forma de dar visibilidade às dissertações dos, agora, Mestres em Saúde da Família, formados pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família - RENASF, nucleadora UFC, como discentes da primeira turma do Mestrado Profissional em Saúde da Família – MPSF (2012-2014).

A proposta do Mestrado Profissional em rede é fruto de experiências acumuladas de cooperação e intercâmbio entre as instituições nucleadoras. Como exemplo citamos a experiência com Programas de Pós-graduação em Associação Ampla: Doutorado em Saúde Coletiva (UFC e UECE), Mestrado Acadêmico em Saúde da Família (UVA--UFC), Doutorado em Biotecnologia pela Rede Renorbio (da qual participam UECE, UFC, UFRN e Fiocruz) e Doutorado em Desenvolvimento e Inovação Tecnológica de Medicamentos (UFRN e UFC).

Com isso, a associação de instituições do Nordeste Brasileiro (CE, MA, RN) e Fiocruz possibilitou a concretização da primeira turma de Mestrado Profissional em Saúde da Família (MPSF), contando com seis instituições (UFC, UECE, UVA, Fiocruz, UFMA, UFRN) e uma turma de 100 alunos. O Mestrado ofertado de forma gratuita aos profissionais da Estratégia de Saúde da Família contribui com a formação destes profissionais.

O MPSF tem como prioridade formar profissionais que permaneçam nos serviços e que tenham competência para a preceptoria. Além disso fortalece a formação técnica e científica desses profissionais de saúde, ao incentivar o uso do método científico e das evidências empíricas tanto para a tomada de decisões quanto para a gestão do processo de trabalho e de cuidado.

O grande desafio para a formação como um todo e, especialmente, a formação em saúde, está na perspectiva de desenvolver a autonomia individual em íntima coalizão com o coletivo. A educação

deve ser capaz de desencadear uma visão abrangente do todo, além de possibilitar a construção de redes de mudanças sociais, com a consequente expansão da consciência individual e coletiva.

Neste contexto, o MPSF traz como proposta de ensino-aprendizagem a utilização de metodologias ativas. Com isso, o ato de aprender torna-se um processo reconstrutivo, que permite o estabelecimento de diferentes tipos de relações entre fatos e objetos, desencadeando ressignificações e reconstruções, além de contribuir para a sua utilização em diferentes situações. O estudante assume um papel cada vez mais ativo, descondiciona-se da atitude de mero receptor de conteúdos e busca efetivamente conhecimentos relevantes aos problemas e aos objetivos da sua aprendizagem.

Neste livro estão reunidos alguns estudos de práticas centradas, principalmente, em diferentes cenários do serviço e da comunidade. Trata-se, portanto, de um livro que reúne os produtos gerados em um trajeto de construção dos Trabalhos de Conclusão de Mestrado (TCM), levando em consideração o protagonismo dos mestrandos, no intuito de corrigir problemas ou compreender processos de seus cenários de trabalho.

O livro foi pensado em três eixos principais que norteiam o MPSF, *Promoção da Saúde, Atenção e Gestão do Cuidado em Saúde* e *Educação em Saúde.* Entretanto, verificou-se a necessidade de agregar a esse conjunto, uma nova vertente e, desta forma, o livro foi dividido em três grandes partes:

***Parte I – Gestão em Saúde:*** estudos cujo direcionamento é para a identificação de entraves ou dificuldades e de soluções de aplicação local; tais estudos pensam a Gestão de Saúde Pública como um conjunto de sistemas, serviços e processos que buscam a integração dos diversos setores e unidades de saúde com o objetivo de captar dados e transformá-los em informação para uma melhor gestão dos serviços e recursos públicos, além de um melhor atendimento à população.

***Parte II – Processo saúde-doença e sua interface com a epidemiologia:*** estudos que se preocuparam com o desenvolvimento de estratégias para as ações voltadas para a proteção e a promoção da saúde

da comunidade e sua relação com a epidemiologia a fim de fundamentar o desenvolvimento de políticas no setor da saúde, levando em conta o conhecimento disponível e adequando-o às realidades locais.

***Parte III – Educação em Saúde:*** estudos que nos levam a compreender que as concepções de educação em saúde anseiam anteriormente pelo entendimento das concepções de educação, saúde e sociedade a elas subjacentes. A isso, acrescentamos, também, a necessidade de compreender essas concepções na interface com o trabalho em saúde e suas relações com os participantes do trabalho educativo.

Convidamos os leitores a conhecer este livro que conta, em 12 capítulos, a trajetória de alguns egressos dessa primeira turma, suas histórias e suas aprendizagens.

*As organizadoras*

Fortaleza, 2015

# Parte I

# GESTÃO EM SAÚDE

# OCORRÊNCIA DE ACIDENTES COM MATERIAL BIOLÓGICO NA ATENÇÃO BÁSICA

*Marília de Lima Holanda*
*Francisca Verônica Moraes de Oliveira*
*Andrea Silvia Walter de Aguiar*
*Neiva Francenely Cunha Vieira*
*Renata de Sousa Alves*

## Introdução

Diante da grande incidência de acidentes de trabalho com material perfurocortante ou por contato de secreções com mucosas, que são os agravos à saúde do trabalhador da área da saúde mais documentados, apesar da subnotificação, as doenças ocupacionais e os acidentes de trabalho constituem-se em importantes questões de saúde pública que ainda precisam ser mais bem discutidas (CORREA; DONATO, 2007; GALLAS; FONTANA, 2010).

Na pesquisa de Chiodi et al. (2010), a qual investigou a ocorrência de acidentes de trabalho (AT) entre trabalhadores de saúde, os ATs com exposição a material biológico apareceram entre os de maior ocorrência (32,02%). Esse índice foi ainda maior no estudo realizado na rede de saúde pública do município de Ribeirão Preto. Nesta pesquisa dos 155 acidentes identificados, 40% envolveram exposição a material biológico (CHIODI et al., 2010).

De acordo com o Boletim Epidemiológico do estado de São Paulo, no período de janeiro de 2007 a maio de 2012, foram realizadas 62.970 notificações de acidentes com material biológico. Destes acidentes, que aconteceram com diversas categorias profissionais, 34,8% acometeram auxiliares de enfermagem; 17,7%, técnicos de enfermagem; e 6,6%, enfermeiros. A equipe de enfermagem foi acometida em 59,1% dos acidentes (SÃO PAULO, 2012).

A equipe de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) é uma das categorias da área da saúde que mais está exposta a riscos biológicos. Isso se deve ao fato de estarem em maior número nos serviços e ao tipo de procedimentos que realizam, estando expostos a materiais biológicos potencialmente contaminantes, como sangue e secreções de curativos, e instrumentos perfurocortantes, como agulhas, lancetas e lâminas de bisturi, que utilizam nas práticas diárias.

O risco de exposição ocupacional a material biológico está presente em todos os ambientes onde o cuidado à saúde é prestado, direta ou indiretamente, tanto em instituições de saúde (unidades básicas de saúde, clínicas, hospitais, laboratórios, consultórios odontológicos, unidades de atendimentos pré-hospitalar, bancos de sangue e de leite humanos) quanto no domicílio do paciente, considerando a assistência domiciliar prestada pelos serviços de *Home Care* e pela Estratégia Saúde da Família - ESF (BRASIL, 2006b).

Diversas são as pesquisas sobre biossegurança realizadas no âmbito hospitalar, entretanto não podemos esquecer que o ambiente das unidades básicas de saúde (UBS) também oferece riscos aos profissionais que ali atuam. Segundo Cardoso e Figueiredo (2010), estudos que abordem esta temática em unidades da ESF são escassos.

Os principais riscos aos quais os profissionais de saúde se expõem ao se acidentar com material biológico, seja por via cutânea ou percutânea, são as infecções pelos vírus das hepatites B e C e pelo HIV.

O risco ao qual o profissional de saúde está exposto depende da prevalência dos vírus na população atendida por ele. No período de 1999 a 2009, foram detectados no Brasil 96.044 casos novos de hepatite B e 60.908 casos de hepatite C. Em 2009 as taxas de prevalência dos vírus da Hepatite B e C foram de 7,6/100.000 e 5,1/100.000 habitantes,

respectivamente (BRASIL, 2010). A taxa de prevalência do HIV na população brasileira vem mantendo-se estável em 0,6% desde 2004 (BRASIL, 2013).

Acreditamos que os profissionais de saúde conheçam os riscos aos quais estão expostos durante suas rotinas de trabalho, mas diante da grande incidência de acidentes ocupacionais já mencionada, supõe-se que este conhecimento ainda não seja suficiente para gerar ações seguras de prevenção de acidentes e doenças ocupacionais, o que indica a necessidade de ações que venham a modificar esta situação. Daí a importância da educação permanente nos serviços de saúde, através da qual o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano dos trabalhos, com possibilidade de transformar as práticas profissionais.

É necessário que a ocorrência de tais eventos seja registrada junto aos serviços competentes das instituições de saúde (Medicina do Trabalho, Comissão de Controle de Infecção e outras), tanto para dar a conhecer a real magnitude do problema e encontrar formas de reduzir os acidentes, como para possibilitar o acompanhamento dos casos, prevenindo a ocorrência de doenças ocupacionais ou iniciando precocemente o tratamento dos casos em que não tenha sido possível prevenir.

No presente estudo, investigamos a ocorrência de acidentes com exposição a material biológico entre os auxiliares e técnicos de enfermagem que exercem suas funções nas unidades básicas de saúde da Secretaria Executiva Regional III do município de Fortaleza.

Acreditamos que tal investigação contribuirá para que as informações relacionadas a este tipo de acidente de trabalho sejam identificadas e relatadas. Pretendemos contribuir para que políticas de prevenção e controle de acidentes de trabalho possam ser adotadas por todas as unidades básicas de saúde do Município de Fortaleza por meio da criação de um programa específico para a saúde do trabalhador da ESF. Pretendemos contribuir ainda para a divulgação do fluxograma a ser seguido após exposição ocupacional a material biológico com o intuito de reduzir a subnotificação e possibilitar o acompanhamento dos casos. Assim, o estudo tem por objetivo verificar a ocorrência de acidentes de trabalho com exposição a material biológico, ocorridos com auxiliares e técnicos de enfermagem, em Unidades básicas de Saúde da

Secretaria Executiva Regional III do município de Fortaleza, nos últimos cinco anos, descrevendo as características dos acidentes de trabalho com exposição a material biológico.

O Ministério da Saúde define como acidente de trabalho o ocorrido em qualquer situação em que o trabalhador esteja representando os interesses da empresa ou agindo em defesa de seu patrimônio; assim como aquele ocorrido no trajeto da residência para o trabalho e vice-versa, o qual provoque lesão corporal ou perturbação funcional; que cause a morte, a perda ou a redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho (BRASIL, 2006a).

Dentre todos os riscos aos quais os profissionais da área da saúde estão expostos, o maior é o acidente com material biológico, que expõe o trabalhador a microrganismos patogênicos que podem causar doenças graves e incuráveis, aqui destacamos a contaminação pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e pelos vírus das hepatites B e C, os quais podem ser letais. De forma mais frequente, essa contaminação ocorre por via cutânea, por meio dos acidentes com materiais perfurocortantes (CHIODI; MARZIALE; ROBAZZI, 2007). Define-se como perfurocortante qualquer material pontiagudo ou que tenha fio de corte que seja capaz de causar perfuração ou corte, dentre os quais destacamos agulhas, lancetas, lâminas de bisturi e escalpes (SERAFIM; LENTEZ, 2012).

Diversos são os estudos que destacam dentre os profissionais de saúde os atendentes, auxiliares e técnicos de enfermagem como os que mais se envolvem em acidentes de trabalho (ARAÚJO et al., 2012; MARZIALE; RODRIGUES, 2002; CHIODI et al., 2010; ALVES; PASSOS; TOCANTINS, 2009). Em uma revisão bibliográfica (MARZIALE; RODRIGUES, 2002), na qual foram analisados 55 artigos publicados em periódicos indexados nas bases de dados Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e National Library of Medicine (Medline) entre os anos de 1985 e 2000, constatou-se que a categoria profissional mais acometida por acidente de trabalho com material perfurocortante é a dos auxiliares de enfermagem. Ainda por meio deste trabalho identifica-se o principal fator associado à ocorrência de acidente percutâneo: o reencape de agulhas. Tal prática fere as

precauções padrão, e os auxiliares e técnicos de enfermagem são os que mais comumente realizam este procedimento inadequado.

Em estudo realizado no Brasil, com trabalhadores da saúde, visando à identificação do risco ocupacional de infecção pelo HIV, foi constatado que 88,8% dos acidentes de trabalho notificados acometeram o pessoal da enfermagem (MACHADO, 1992).

Uma justificativa dada para este grande número de acidentes estar relacionado a profissionais da equipe de enfermagem é o fato de esta classe estar em maior número dentro das instituições de saúde (LIMA; OLIVEIRA; RODRIGUES, 2011); além dos inúmeros procedimentos realizados pela classe, estando os profissionais em contato direto e frequente com materiais perfurocortantes e com os pacientes e, consequentemente, com os fluidos e secreções provenientes destes (ARAÚJO et al., 2012). A enfermagem ainda é uma profissão predominantemente feminina, no Brasil, constituída por 87,35% de pessoas do sexo feminino (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2013), o que justifica os resultados encontrados a respeito da prevalência deste tipo de acidente entre as mulheres (LIMA; OLIVEIRA; RODRIGUES, 2011).

## Metodologia

Trata-se de um estudo de campo retrospectivo, de natureza quanti-qualitativa, de caráter descritivo e exploratório. Descritivo, pois, segundo Bervian e Cervo (2002), procura conhecer as diversas situações e relações que ocorrem na vida social e demais aspectos do conhecimento humano, tanto do indivíduo tomado isoladamente como de grupos e comunidades maiores. Exploratório, pois não elabora hipóteses a serem testadas, tendo como intuito apenas a formulação de objetivos e a aquisição de maiores informações acerca de determinado assunto, na presente pesquisa, sobre a ocorrência de acidentes de trabalho com exposição a material biológico, ocorridos com auxiliares e técnicos de enfermagem, em unidades básicas de saúde da Secretaria Executiva Regional III do município de Fortaleza, nos últimos cinco anos.

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) é o órgão da administração direta da Prefeitura de Fortaleza que gerencia a oferta de ações e

serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), possui 92 unidades básicas de saúde como porta de entrada dos serviços de saúde, que oferecem a atenção básica ou primária à população, tendo como referência a Estratégia Saúde da Família. As UBS abrigam equipes da ESF, que reúnem médicos, enfermeiros, dentistas, auxiliares, técnicos de enfermagem, técnicos de higiene dental e agentes comunitários de saúde.

O município de Fortaleza está dividido em sete Secretarias Executivas Regionais (SER) (I, II, III, IV, V, VI e Centro), que funcionam como subprefeituras. No modelo de descentralização da administração pública municipal em Fortaleza, a SMS se articula diretamente com as sete Secretarias Executivas Regionais por meio dos respectivos Distritos de Saúde.

A SER III está localizada na zona oeste do município de Fortaleza e abrange os bairros Antônio Bezerra, Padre Andrade, Henrique Jorge, Dom Lustosa, Pici, Parquelândia, Presidente Kennedy, Jóquei Clube, Quintino Cunha, Rodolfo Teófilo, Bela Vista, Olavo Oliveira, Parque Araxá, Amadeu Furtado, Autran Nunes, João XXIII e Bonsucesso.

Na SER III contamos com 16 unidades básicas de saúde, 101 auxiliares e técnicos de enfermagem e 66 equipes de saúde da família. A presente pesquisa foi realizada com auxiliares e técnicos de enfermagem que exercem suas funções nas UBS da SER III do município de Fortaleza. Todos os profissionais auxiliares e técnicos de enfermagem das dezesseis unidades foram convidados a participar do estudo.

São diversos os procedimentos de enfermagem realizados, entre eles: vacinas; curativos; retirada de pontos; administração de medicações injetáveis, orais e em aerossóis; punções venosas; coleta de material (sangue, urina, fezes e escarros) para exames. Procedimentos que expõem constantemente a saúde dos profissionais a vários riscos, principalmente os biológicos. Daí a importância de conhecer, aplicar e obedecer às normas e rotinas de biossegurança.

A coleta de dados se deu por meio de um questionário adaptado do formulário de notificação de exposição ocupacional a material biológico (MARZIALE, 2003a), contendo dados de identificação do trabalhador acidentado, do local ou setor de trabalho, descrição da atividade

realizada e do acidente (objeto causador, motivos/causas acidente), medidas adotadas quando da ocorrência do acidente (condutas e tratamento), situação vacinal do trabalhador (MARZIALE, 2003a). Tal questionário foi composto por três blocos de perguntas: o primeiro bloco contendo perguntas sobre os dados gerais do profissional, o segundo, informações sobre o envolvimento do profissional em acidentes de trabalho com material biológico na UBS onde trabalha nos últimos cinco anos; e o terceiro investigou as características dos acidentes identificados. O profissional que se envolveu em mais de um acidente, respondeu um questionário para cada evento ocorrido (terceiro bloco de perguntas), não ultrapassando três eventos. As informações foram coletadas nos meses de outubro e novembro de 2013 e, durante a realização da pesquisa, obedecemos ao que consta na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde / Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), que dispõe sobre pesquisa com seres humanos, com aprovação no CEP sob número 401.099.

## Resultados

Encontramos 101 auxiliares e técnicos de enfermagem trabalhando nas 16 unidades básicas de saúde da Secretaria Executiva Regional III do município de Fortaleza. A presente pesquisa foi realizada com 97 participantes, pois 03 auxiliares ou técnicos de enfermagem não foram encontrados no seu local de trabalho durante o período de coleta de dados (licenças médica ou prêmio) e 01 não aceitou participar do estudo. Apenas 43 (44,3%) desses funcionários estão inseridos em equipes da Estratégia Saúde da Família, dos quais 41 participaram da pesquisa.

Dos 97 participantes, 35 (36,1%) eram auxiliares de enfermagem e 62 (63,9%) técnicos de enfermagem. Os participantes que tinham ambos os cursos (auxiliar e técnico) foram considerados como pertencentes à categoria de técnicos de enfermagem. Dos participantes do estudo, 93,8% eram do sexo feminino; 38,1% eram casados; 35,1%, solteiros; 17,5%, separados; 6,2% viviam em união estável; e 3,1% eram viúvos.

A faixa etária prevalente foi a que compreende de 40 a 49 anos (39,2%), seguida de 30,9% na faixa etária de 50 a 59 anos, 16,5% na

faixa etária de 30 a 39 anos 7,2% por maiores de 60 anos e 6,2% na faixa de 20 a 29 anos.

Tabela 1 – Perfil sócio demográfico dos auxiliares e técnicos de enfermagem da Atenção Primária à Saúde da Secretaria Executiva Regional III do município de Fortaleza, 2013

| Variáveis | N | % | IC 95%* | p-Valor* |
|---|---|---|---|---|
| **Sexo** | | | | **<0,001** |
| Feminino | 91* | 93,8 | 87,0 – 97,7 | |
| Masculino | 6 | 6,2 | 2,3 – 13,0 | |
| Faixa etária (anos) | | | | |
| De 20 a 29 | 6 | 6,2 | 2,3 - 13,0 | <0,01 |
| De 30 a 39 | 16 | 16,5 | 9,7 - 25,4 | |
| De 40 a 49 | 38* | 39,2 | 29,4 - 49,6 | |
| De 50 a 59 | 30 | 30,9 | 21,9 - 41,1 | |
| Maior que 60 | 7 | 7,2 | 2,9 - 14,3 | |
| **Estado Civil** | | | | **<0,1** |
| Casado | 37* | 38,1 | 28,5 - 48,6 | |
| Solteiro | 34* | 35,1 | 25,6 - 45,4 | |
| Separado | 17 | 17,5 | 10,5 - 26,6 | |
| Amasiado | 6 | 6,2 | 2,3 - 13,0 | |
| Viúvo | 3 | 3,1 | 0,6 - 8,8 | |
| **Ocupação** | | | | **0,048** |
| Técnico de Enfermagem | 62* | 63,9 | 53,5 - 73,4 | |
| Auxiliar de Enfermagem | 35 | 36,1 | 26,6 - 46,5 | |
| **Tempo de ocupação** (anos) | | | | **0,004** |
| Menor que 5 | 6 | 6,2 | 2,3 - 13,0 | |
| De 5 a 10 | 25 | 25,8 | 17,4 - 35,6 | |
| De 10 a 20 | 32* | 33,0 | 23,8 - 43,3 | |
| De 20 a 30 | 25 | 25,8 | 17,4 - 35,6 | |
| Maior que 30 | 9 | 9,3 | 4,3 - 16,9 | |
| **Tempo de trabalho no local** (anos) | | | | **<0,001** |
| Menor que 5 | 34 | 35,1 | 25,6 - 45,4 | |
| De 5 a 10 | 29 | 29,9 | 21,0 - 40,0 | |
| De 10 a 20 | 29 | 29,9 | 21,0 - 40,0 | |
| De 20 a 30 | 4 | 4,1 | 1,1 - 10,2 | |
| Maior que 30 | 1 | 1,0 | 0,0 - 5,6 | |

* IC 95% = Intervalo de Confiança 95%. Teste Qui-quadrado ou Exato de Fisher.
Fonte: Elaborada pelas autoras.

A maior parcela dos participantes tinha entre 10 e 20 anos de profissão. Verificou-se que 25,8% tinham de 5 a 10 e de 20 a 30 anos, 6,2% menos que 5 anos e 9,3% mais que 30 anos de profissão.

Os resultados desta investigação nos mostraram que 29,9% dos profissionais estudados se envolveram em acidentes com material biológico nas Unidades Básicas de Saúde da Secretaria Executiva Regional III do município de Fortaleza nos últimos cinco anos.

Foram encontrados 40 acidentes que envolveram material biológico na população estudada. Tais acidentes envolveram 29 profissionais, ou seja, alguns profissionais se envolveram em mais de um acidente. Sessenta e oito profissionais relataram não terem se envolvido com esse tipo de acidente nos últimos cinco anos, 20 relataram ter se envolvido uma vez, 07 duas vezes e 02 três vezes.

Dos 40 acidentes identificados, 37% foram notificados. Considerar que a notificação não é importante foi o principal motivo para evitar fazê-la.

Tabela 2 – Envolvimento dos auxiliares e técnicos de enfermagem da Atenção Primária à Saúde da Secretaria Executiva regional III do município de Fortaleza em acidentes com material biológico, notificação dos casos e motivos para não notificar, 2013

| Variáveis | N | % | IC 95%* | p-Valor* |
|---|---|---|---|---|
| **Respostas sobre número de acidentes (n=97)** | | | | **<0,001** |
| 0 | 68* | 70,1 | 60,0 – 79,0 | |
| 1 | 20 | 20,6 | 13,1 – 30,0 | |
| 2 | 07 | 7,2 | 2,9 – 14,3 | |
| 3 | 2 | 2,1 | 0,2 – 7,2 | |
| **Notificação (n=40)** | | | | **0,001** |
| Não, nenhuma | 28* | 70,0 | 53,5 - 83,4 | |
| Sim, todas as vezes | 10 | 25,0 | 12,7 - 41,2 | |
| Algumas vezes | 2 | 5,0 | 0,6 - 16,9 | |
| **Motivo (n=36)** | | | | **0,001** |
| Notificação não é importante | 23* | 63,9 | 38,7 - 70,1 | |
| Paciente fonte aparenta baixo risco | 6 | 16,6 | 5,4 - 28,5 | |
| Desconhecido dos procedimentos | 5 | 13,9 | 4,0 - 25,6 | |
| Falta de tempo | 1 | 2,8 | 0,0 - 12,6 | |
| Exposição aparenta baixo risco | 1 | 2,8 | 0,0 - 12,6 | |

* IC 95% = Intervalo de Confiança 95%. Teste Qui-quadrado ou Exato de Fisher.
Fonte: Elaborada pelas autoras.

As atividades que eram realizadas no momento dos acidentes mais citadas foram: descarte de material perfurocortante (15); realização de curativos (07), vacinação (07) e realização de teste de glicemia capilar (05). O reencape de agulha foi responsável por 2,5% dos acidentes (apenas um acidentado relatou ter se ferido ao reencapar uma agulha já utilizada).

O motivo mais comum relatado como provocador do acidente foi o fato de o paciente se mover durante o procedimento (11) seguido pelo não uso de equipamentos de proteção individual pelo profissional (7) e por falta de atenção (5). A grande demanda de pacientes na unidade foi citada como motivo de cinco acidentes ocorridos durante campanhas de vacinação. Quatro acidentes foram relacionados ao mau uso do recipiente destinado ao descarte de material perfurocortante ou a sua má qualidade (cheio além do limite, fino, montado de forma errada etc.).

A parte do corpo mais acometida foi os dedos da mão (55%), mas também identificamos acidentes com pé, rosto e barriga. O material mais envolvido foi o sangue (85%).

Dos quarenta acidentes relatados, identificamos 12 (30%) acidentes que envolveram contato de material biológico com a pele ou a mucosa do profissional ou ambas, e 28 (70%) que envolveram material perfurocortante previamente contaminado com fluidos orgânicos.

Dos acidentes sem perfuração (12), o material biológico mais envolvido foi o sangue (n=07), o tipo de exposição mais comum foi contato com a pele (n=11) e a parte do corpo mais acometida foi o rosto (n=03) e as mãos (n=04).

Dos acidentes percutâneos, 27 (96,4%) foram pelo contato com sangue e 18 (64,3%) foram ocasionados por agulha descartável, enquanto 21,4% por lancetas e 14,3% por outros agentes, incluindo escalpe, lâminas de bisturi e pinça ginecológica. Em nenhum dos acidentes o material causador tinha dispositivo de segurança. O material orgânico mais envolvido foi o sangue, o tipo de lesão mais comum foi o puntiforme e a parte do corpo mais acometida foram os dedos das mãos.

De acordo com a avaliação dos acidentados, 67,9% dos acidentes com perfuração foram classificados como superficiais, 21,4% como moderados e 10,7% como graves.

Dos 28 acidentes com perfuração, 20 (71,4%) acometeram técnicos de enfermagem e 8 (28,6%) auxiliares de enfermagem. Dos acidentes com perfuração ocorridos com auxiliares de enfermagem, 3 (37,5%) foram notificados e 5 (62,5%) não foram. Dos ocorridos com os técnicos de enfermagem, 7 (35,0%) foram notificados e 13 (65,0%) não foram (p=0,261). O índice de notificação desse tipo de acidente foi de 35,7%.

Dos 12 acidentes sem perfuração, 8 (66,7%) acometeram técnicos de enfermagem e 04 (33,3%) auxiliares de enfermagem. Dos acidentes sem perfuração ocorridos com auxiliares de enfermagem, 2 (50%) foram notificados.

Quanto ao uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), no momento da exposição, 60% dos profissionais relataram o uso. Dos EPIs mais utilizados destacamos a máscara (n=17, 34,7%), o avental (n=16, 32,7%) e a luva (n=12, 24,5%). Os profissionais acidentados que não utilizavam EPI no momento do acidente (n=16) foram perguntados sobre os motivos para o não uso da proteção. O motivo mais citado foi a pouca disponibilidade desses insumos na unidade básica de saúde, principalmente nas salas de vacina (n=8), além de três participantes terem dito que, no momento do acidente, estavam realizando atividades que não precisam de EPI como a limpeza de bancadas. Um participante disse não usar EPI por não gostar, por se sentir incomodado com eles, outro disse só usar quando sabe que o paciente é HIV positivo ou portador de alguma doença infecto-contagiosa e um ainda relatou que não vê a necessidade de usar EPI em unidade básica de saúde. Dois participantes alegaram ter sido só um descuido, falta de cuidado.

Tabela 3 – Características dos acidentes com material biológico ocorridos entre auxiliares e técnicos de enfermagem da Atenção Primária à Saúde da Secretaria Executiva Regional III do município de Fortaleza, 2013

| Variáveis | N | % | IC 95%* | p-Valor* |
|---|---|---|---|---|
| **Local do acidente (n=40)** | | | | **0,081** |
| Sala de vacina | 16 | 40,0 | 24,9 - 56,7 | |
| Sala de curativo | 8 | 20,0 | 9,0 - 35,6 | |
| Sala do acolhimento | 6 | 15,0 | 5,6 - 29,8 | |
| Extra-muros da unidade | 4 | 10,0 | 2,8 - 23,7 | |
| Sala de medicação | 3 | 7,5 | 1,6 - 20,4 | |
| Expurgo | 1 | 2,5 | 0,0 - 13,2 | |
| Outro | 2 | 5,0 | 0,1 - 13,2 | |
| **Parte do corpo (n=40)** | | | | **0,001** |
| Dedo da mão | 22 | 55,0 | 38,5 - 70,7 | |
| Mão | 8 | 20,0 | 9,0 - 35,6 | |
| Pé | 3 | 7,5 | 1,6 - 20,4 | |
| Rosto | 3 | 7,5 | 1,6 - 20,4 | |
| Braço | 2 | 5,0 | 0,1 - 13,2 | |
| Barriga | 1 | 2,5 | 0,0 - 13,2 | |
| Olhos | 1 | 2,5 | 0,0 - 13,2 | |
| **Material Biológico (n=40)** | | | | **<0,001** |
| Sangue | 34 | 85,0 | 70,2 - 94,3 | |
| Secreção purulenta | 3 | 7,5 | 1,6 - 20,4 | |
| Tecidos corporais | 1 | 2,5 | 0,0 - 13,2 | |
| Outro | 2 | 5,0 | 0,1 - 13,2 | |
| **Circunstância (n=40)** | | | | **0,594** |
| Durante manipulação do coletor de descarte | 10 | 24,5 | 12,4 - 40,3 | |
| Durante descarte no coletor, lesão por material sendo descartado | 6 | 14,6 | 5,6 - 29,2 | |
| Movimentação do paciente | 5 | 12,2 | 4,1 - 26,2 | |
| Durante a retirada de agulha no paciente | 4 | 9,8 | 2,7 - 23,1 | |
| Durante trânsito para descarte | 3 | 7,3 | 1,5 - 19,9 | |
| Material deixado em outro local impróprio | 2 | 4.9 | 0,6 - 16,5 | |
| Durante inserção de agulha no paciente | 2 | 4,9 | 0,6 - 16,5 | |
| Colisão com outro material ou pessoa | 2 | 4,9 | 0,6 - 16,5 | |
| Coletor de descarte com material perfurocortante transfixado | 1 | 2,4 | 0,6 - 16,5 | |
| Durante descarte no coletor, lesão por material que estava no coletor | 1 | 2,4 | 0,1 - 12,9 | |

*(continuação tabela 3)*

| Variáveis | N | % | IC 95%* | p-Valor* |
|---|---|---|---|---|
| Durante limpeza, desinfecção ou esterilização de material | 1 | 2,4 | 0,1 - 12,9 | |
| Durante passagem ou recebimento de objeto cortante | 1 | 2,4 | 0,1 - 12,9 | |
| Durante recapeamento de agulhas | 1 | 2,4 | 0,1 - 12,9 | |
| Outro | 1 | 2,4 | 0,1 - 12,9 | |

* IC 95% = Intervalo de Confiança 95%. Teste Qui-quadrado ou Exato de Fisher.
Fonte: Elaborada pelas autoras.

## Discussão

Os resultados encontrados nesta pesquisa nos mostraram que parte significativa (29,9%) dos auxiliares e técnicos de enfermagem que exercem suas atividades nas unidades básicas de saúde da Secretaria Executiva Regional III do município de Fortaleza já se envolveu em acidentes com material biológico na unidade onde trabalha.

Também encontramos que a ocorrência de um acidente prévio não foi capaz de evitar novos acidentes, pois 31% dos profissionais que foram vítimas de acidentes com material biológico o sofreram mais de uma vez. No estudo de Ribeiro et al. (2010), no qual foi avaliada a influência de acidentes com material biológico na adesão ao uso de EPI, concluiu-se que um evento prévio de AT envolvendo material biológico não foi capaz de gerar mudanças de comportamento, mesmo que este evento tenha trazido preocupação e ansiedade para o profissional vitimado. Este achado reforça a importância da presença de serviços de educação permanente nas instituições de saúde para promover um espaço para que os profissionais de saúde reflitam sobre a biossegurança individual, bem como para levantar crenças e saberes destes trabalhadores sobre o tema, para que se possam propor medidas que diminuam os indicadores de adoecimento decorrentes de agravos relacionados. Um dado que nos chamou atenção foi a quantidade de acidentes que não foram notificados (70%). Um dos motivos pelo qual o profissional não procedeu à notificação foi a orientação por profis-

sionais da unidade (médicos ou enfermeiros) que julgaram este não ser um procedimento importante.

No presente estudo, a frequência de acidentes ocupacionais não sofreu influência do perfil sócio demográfico e de trabalho dos participantes. Isto é, os acidentes independem do sexo, da faixa etária, do estado civil, da ocupação ou do tempo de serviço.

Como era de se esperar, os locais onde mais foram registrados acidentes com material biológico foram as salas de vacina, curativo e acolhimento, setores das UBS onde os procedimentos são realizados. Dos acidentes com material biológico sem perfuração, 58,3% (n=7) ocorreram nas salas de curativos; já entre os com perfuração, 50% (n=14) ocorreram nas salas de vacina e 18% (n=5) ocorreram nas salas de acolhimento, estando estes relacionados com a realização de teste de glicemia capilar. Destacamos a ocorrência de 14,3% (n=4) dos acidentes com perfurocortantes ocorridos em locais fora das UBS, nas áreas de abrangência da estratégia saúde da família como residências de pacientes, empresas e escolas.

As atividades que mais trouxeram risco de acidentes aos profissionais das UBS foram a aplicação de vacina, a realização de curativos e a realização de teste de glicemia capilar, que são os procedimentos mais realizados na atenção básica. O teste de glicemia capilar foi responsável por 12,5% dos acidentes. Esse é um procedimento relativamente simples e, talvez por isso, as medidas de precaução padrão sejam negligenciadas durante a sua realização o que justifica o índice de acidentes encontrados (ARAÚJO et al., 2012). Para diminuir o risco de infecção ocupacional devido a este procedimento, as UBS deveriam aderir ao uso do lancetador ou das lancetas retráteis. Com estes dispositivos o procedimento torna-se mais seguro, pois evita o manuseio direto de agulhas.

Um grande índice de acidentes foi verificado durante o descarte de material perfurocortante. O descarte de material perfurocortante em locais inapropriados foi o motivo de 5% dos acidentes, o que o caracteriza como uma importante fonte de risco de infecção não só para os profissionais da equipe de enfermagem como também para os demais funcionários, em especial o pessoal da limpeza, e usuários das unidades

básicas de saúde. A ocorrência de acidentes durante o descarte inadequado de perfurocortantes evidencia o não cumprimento das precauções padrão (PP), como o que também foi evidenciado ao reencapar agulhas (2,5%) (CHIODI et al., 2010). Esse elevado índice pode ser justificado pela baixa qualidade dos recipientes utilizados (por não serem apropriados, rígidos e resistentes a vazamentos), montagem e manutenção inadequada, quantidade inferior à necessidade, fazendo que se ultrapasse o limite de enchimento, favorecendo a ocorrência de acidentes.

Quanto ao fluido orgânico mais envolvido, verificamos que o sangue esteve presente em 85% dos acidentes, sendo 58,3% entre os acidentes sem perfuração e 96,4% entre aqueles onde houve perfuração. Tal resultado foi similar ao encontrado na pesquisa de Simão et al. (2010), na qual se verifica que 82,6% dos acidentes analisados foram relacionados com o sangue. No estudo de Chiodi et al. (2010) o material biológico envolvido com acidentes de trabalho foi o sangue em 71,2% dos casos. Dos acidentes com sangue, 79,4% foram causados por perfurocortantes. Aqui se torna importante ressaltar que as agulhas contaminadas com sangue são os principais responsáveis pela exposição dos profissionais de saúde aos riscos de adquirirem infecções pelo vírus do HIV e das hepatites B e C (SIMÃO et al., 2010).

Uma possível justificativa para os acidentes com perfuração serem mais frequentes que os de contato de material orgânico com pele e mucosas está nas características dos acidentes. Os profissionais podem nem considerar o contato com fluidos corpóreos como acidentes e acabam banalizando, o que não ocorre com os que envolvem perfuração cutânea, que são mais concretos e assustadores.

A agulha tem sido o objeto responsável pela maioria dos acidentes com perfurocortantes entre profissionais de saúde (FEIJÃO; MARTINS; MARQUES, 2011, SERAFIM; LENTEZ, 2012, SIMÃO et al., 2010; CHIODI et al., 2010; ARAÚJO et al., 2012). Na presente pesquisa foi o agente causador predominante (64,28%), mas em outras pesquisas esse índice foi maior chegando a estar relacionada a 100% dos acidentes (FEIJÃO; MARTINS; MARQUES, 2011).

Nas unidades básicas de saúde onde a pesquisa foi realizada não contamos com instrumentos perfurocortantes com dispositivos de segurança.

Aqui, mais uma vez, salientamos a importância de notificar todos os acidentes com perfurocortantes, pois a subestimação da ocorrência desse tipo de acidente e a ausência de dados acerca dos fatores de risco para a sua ocorrência impede que os empregadores vejam a necessidade de oferecer equipamentos com dispositivos de segurança (FACCHIN, 2013).

Na presente pesquisa, o uso dos EPI não evitou a ocorrência do acidente, mas lembramos que o uso minimiza o risco ao qual o profissional é exposto, reduzindo a gravidade do acidente, pois o uso de EPI pode diminuir em até 75% a quantidade de material biológico inoculado no profissional (CORREA; DONATO, 2007).

Os profissionais que não utilizavam EPI no momento do acidente citaram os motivos, destes o mais prevalente foi a pouca disponibilidade desses insumos na unidade básica de saúde, principalmente nas salas de vacina (n=8). Vale ressaltar que, segundo a NR 32, os EPI, descartáveis ou não, deverão estar à disposição em número suficiente nos postos de trabalho, de forma que seja garantido o imediato fornecimento ou reposição (BRASIL, 2005).

## Conclusões

Ao finalizar o trabalho, observamos que parte considerável (1/3) dos auxiliares e técnicos de enfermagem que trabalham nas unidades básicas de saúde da Secretaria Executiva III do município de Fortaleza foi vítima de acidente de trabalho envolvendo material biológico nos últimos cinco anos. Dentre os acidentes, se destacam os que foram causados por objetos perfurocortantes, expondo os profissionais a um risco maior de adquirirem doenças como a hepatite B e C e a aids. Destacamos ainda a presença de três acidentes classificados como graves pelo acidentado, mostrando que nas UBS os profissionais estão se expondo a riscos biológicos que não estão sendo estudados, são escassos os estudos com essa temática desenvolvidos na APS.

Concluímos que os acidentes envolvem em sua maioria mulheres, que perfuram as extremidades dos membros superiores (mãos e dedos) com agulhas previamente contaminadas com sangue de pa-

cientes. O local onde ocorrem mais acidentes é a sala de vacina e a atividade mais relacionada com o momento do acidente é o descarte do material perfurocortante.

Grande parte dos acidentes não foi notificada (70%), pois o acidentado não considera esta uma conduta importante. Salientamos a importância da notificação destes acidentes para que possamos conhecer a real magnitude dessa problemática e, diante desse conhecimento, possamos planejar e executar ações de prevenção a agravos da saúde dos trabalhadores.

Em virtude dessa realidade propõe-se que atividades de educação permanente sejam realizadas para os profissionais atuantes na atenção primária do município de Fortaleza para orientá-los sobre a importância da prevenção e da notificação dos acidentes, com o objetivo de fazer o controle de agravos, diminuir os riscos ocupacionais e melhorar a qualidade de vida do profissional de enfermagem. Outra recomendação importante é que os EPI sejam disponibilizados em quantidade e qualidade adequadas em todos os setores das UBS, agulhas com sistemas de proteção já estão disponíveis no mercado e têm se mostrado eficazes na diminuição do número de acidentes nos estabelecimentos de saúde que as adotam.

Diante das consequências, tanto biológicas quanto psicológicas, que podem trazer para vida do profissional, os acidentes com material biológico vêm ganhando destaque entre os pesquisadores da área saúde do trabalhador. É uma importante questão de saúde pública que deve ser mais bem discutida, em todas as instituições que prestam cuidado à saúde, qualquer que seja o nível de atenção. Recomendamos expandir o presente estudo às demais SERs para que se conheça a realidade do município. Recomendamos ainda realizar novos estudos que abordem os danos psicológicos que esse tipo de acidente pode causar nos profissionais acidentados.

## Bibliografia

ALVES, S. S. M.; PASSOS, J. P.; TOCANTINS, F. R. Acidentes com perfurocortantes em trabalhadores de enfermagem: uma questão de biossegurança. *Rev. Enferm. UERJ*, v. 17, n. 3, p. 373-377, 2009.

ARAÚJO, T. M. et al. Acidentes de trabalho com exposição a material biológico entre os profissionais de enfermagem. *Rev. Enferm. Ref.,* v. 3, n. 7, p. 7-14. 2012.

BERVIAN, P. A.; CERVO, A. L. *Metodologia cientifica*. 5. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2002. 242 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. *Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos*. 2012. Disponível em: < http://migre.me/wG9aS>. Acesso em: 3 jan. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Notificação de acidentes do trabalho fatais, graves e com crianças e adolescentes*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ações em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Exposição a material biológico*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Boletim Epidemiológico*: hepatites virais, Brasília, v. 1, n. 1, 2010. 64 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Política brasileira de enfrentamento da aids*: resultados, avanços e perspectivas 2012. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 14 p. Disponível em: <http://migre.me/ws6ci>. Acesso em: 16 out. 2013.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria GM n.º 485, de 11 de novembro de 2005. *Norma regulamentadora 32*: segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde. Disponível em: <http://portal.mte.gov.br/data/files/8A7C816A350AC8820135161931EE29A3/NR-32%20(atualizada%202011).pdf>. Acesso em: 6 mar. 2014.

CARDOSO, A. C. M.; FIGUEIREDO, R. M. Situações de risco biológico presentes na assistência de enfermagem nas unidades de saúde da família. *Rev. Latino-Am. Enferm.*, Ribeirão Preto, v. 18, n. 3, 2010. Disponível em: <www.eerp.usp.br/rlae>. Acesso em: 13 fev. 2014.

CHIODI, M. B. et al. Acidentes registrados no centro de referência em saúde do trabalhador de Ribeirão Preto, São Paulo. *Rev Gaúcha Enferm*., Porto Alegre, v. 31, n. 2, p. 211-217, 2010.

CHIODI, M. B.; MARZIALE, M. H. P.; ROBAZZI, M. L. C. C. Acidentes de trabalho com material biológico entre trabalhadores de unidades de saúde pública. *Rev. Latino-Am. Enferm*., Ribeirão Preto, v. 15, n. 4, p. 632-638, 2007.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Departamento de Tecnologia da Informação e Comunicação. *Análise de dados das inscrições dos profissionais de enfermagem existentes nos Conselhos Regionais no ano de 2011*. Versão 3.0. 2013. Disponível em: <http://www.portal-cofen.gov.br/>. Acesso em: 16 nov. 2013.

CORREA, C. F.; DONATO, M. Biossegurança em uma unidade de terapia intensiva: a percepção da equipe de enfermagem. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.*, v. 11, n. 2, p. 197-204, 2007.

FACCHIN, L. T. *Subnotificação de acidentes com material biológico pela equipe de enfermagem*: um estudo caso-controle. 2013. 116 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

FEIJÃO, A. R.; MARTINS, L. H. F. A.; MARQUES, M. B. Condutas pós-acidentes perfurocortantes: percepção e conhecimento de enfermeiros da atenção básica de Fortaleza. *Rev. Rene*, v. 12, p. 1003-1010, 2011.

GALLAS, S. R.; FONTANA, R. T. Biossegurança e a equipe de enfermagem na unidade de cuidados clínicos: contribuições para a saúde do trabalhador. *Rev. Bras. Enferm*, v. 63, n. 5, p. 786-792, 2010.

LIMA, L. M.; OLIVEIRA, C. C.; RODRIGUES, K. M. R. Exposição ocupacional por material biológico no Hospital Santa Casa de Pelota-2004 a 2008. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.*, v. 15, n. 1, p. 96-102, 2011.

MACHADO, A. A. Risco de infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) em profissionais da saúde. *Rev. Saúde Pública*, v. 26, n. 1, p. 54-56, 1992.

MARZIALE, M. H. P. Formulário de notificação de exposição ocupacional a material biológico. *Rede de Prevenção de Acidentes de Trabalho – USP*. 2003a. Disponível em: < http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/viewFile/3537/pdf; http://www.paulinia.sp.gov.br/downloads/srh/sinan.pdf>. Acesso em: 24 mar. 2014.

MARZIALE, M. H. P. *Rede de prevenção de acidentes de trabalho com exposição a material biológico em hospitais do Brasil (REPAT-USP)*. Disponível em: <http://repat.eerp.usp.br/projeto>. Acesso: 19 fev. 2013.

MARZIALE, M. H. P. Subnotificação de acidentes com perfurocortantes na enfermagem. *Rev. Bras Enferm*, v. 56, n. 2, p. 164-168, 2003b.

MARZIALE, M. H. P.; RODRIGUES, C. M. A produção científica sobre os acidentes de trabalho com material perfurocortante entre trabalhadores de enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enferm.*, Ribeirão Preto, v. 10, n. 4, p. 571-577, 2002.

RIBEIRO, L. C. M. et al. Influência da exposição a material biológico na adesão ao uso de equipamentos de proteção individual. *Ciências, Cuidado e Saúde*, v. 9, n. 2, p. 325-332, 2010.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Programa Estadual de DST/Aids. Acidentes ocupacionais com exposição a fluidos no estado de São Paulo. *Boletim Epidemiológico CRT – DST/AIDS CVE*, v. 1, p. 107-112, 2012.

SERAFIM, V.; LENTEZ, R. A. Avaliação dos casos de acidentes de trabalho com perfuro cortantes na secretaria de saúde do município de Içara. *RIES*, v. 1, n. 1, p. 88-104, 2012.

SIMÃO, S. A. F. et al. Acidentes de trabalho com material perfurocortante envolvendo profissionais de enfermagem de unidade de emergência hospitalar. *Rev. Enferm., UERJ*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 400-404, 2010.

# DIFICULDADES E BARREIRAS ASSOCIADAS AO ACESSO À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM MICROÁREAS DE UMA CAPITAL DO NORDESTE BRASILEIRO

*Marise Cristiane Rocha Lima Thé*
*Paulo César de Almeida*
*Erika Arrais Peter Farache*
*Renata de Sousa Alves*
*Andréa Silvia Walter de Aguiar*

## Introdução

O acesso aos serviços de saúde e a possibilidade de sua utilização, em momento adequado, expressam características da oferta que facilitam ou dificultam a capacidade de uso pelas pessoas (MISHIMA et al., 2010; MENDES, 2011). Contudo, trata-se de um conceito complexo, cuja abordagem isolada se torna difícil, pois se relaciona às necessidades de saúde, à demanda, à oferta e ao uso dos serviços (OJANUGA; GIBERT, 1992; PUENTES-MARKIDES, 1992; BONELLO, 2012).

Tema amplamente discutido na literatura, o termo acesso muitas vezes é empregado de forma imprecisa. Dependendo do olhar de quem o analisa, ao longo do tempo e de acordo com o contexto, é possível perceber variações de entendimento, de terminologia e de enfoque do seu conceito (GIOVANELLA; FEURY, 1996; TRAVASSOS; MARTINS, 2004; JESUS; ASSIS, 2010). O certo é que o acesso aos serviços de saúde está associado à organização do sistema e dos serviços de

saúde, tornando-se imprescindível para que a equidade, a universalidade e os outros princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) sejam alcançados (SANTOS, 2010).

Para este estudo, toma-se como referencial teórico as discussões acerca do conceito de acesso e suas inter-relações clientes-usuários-serviços de saúde nas suas variadas dimensões: *disponibilidade* – relação entre volume e tipo de serviços existentes em relação às necessidades –, *acessibilidade* – a relação entre a distribuição geográfica da oferta e dos usuários, leva em conta os recursos para transporte, tempo de viagem, distância e custos –, *acolhimento* ou *acomodação* – representa a relação entre como os serviços se organizam para receber os clientes e a capacidade dos clientes de se adaptarem a esses fatores e perceberem sua conveniência –, a *capacidade de compra* ou *capacidade financeira* – relação entre os custos e o financiamento dos serviços –, e a *aceitabilidade* – entendida como as atitudes dos usuários e dos profissionais de saúde em relação às características e práticas de cada um (PENCHANSKY; THOMAS, 1981; GIOVANELLA; FEURY, 1996).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi concebida para a reorganização e fortalecimento da atenção básica como o primeiro nível de atenção à saúde no SUS, mediante a ampliação do acesso, a qualificação e a reorientação das práticas de saúde (PENCHANSKY; THOMAS, 1981; VASCONCELOS; PASCHE, 2009; ANDRADE; ANDRADE, 2010; BRASIL, 2010). Parte do escopo das políticas públicas de saúde, a ESF considera também a aproximação do serviço de saúde com a comunidade, quer seja pela descentralização da gestão, quer seja pela atuação do agente comunitário de saúde (ACS), que teoricamente facilita o acesso destes usuários ao serviço, já que a simples existência deste não indica grupo populacional coberto nem a extensão da cobertura (LORA, 2010; VARGAS et al.; 2011; GIOVANELLA et al.; 2002; GARROCHO, 1993).

Para o desenvolvimento das ações da ESF, os Centros de Saúde da Família (CSF) aparecem como a instância operacional com nível próprio de atendimento da Atenção Básica à saúde. O CSF, estrutura física para a atuação de equipes de saúde, tem como principal fundamento ser a porta de entrada preferencial ao sistema de saúde e propi-

ciar espaço para a integração das ações programáticas e de demanda espontânea, funcionando como local de articulação das ações e do trabalho em equipe, fomentando a participação da comunidade na gestão local bem como o controle social (BRASIL, 2009).

*Porta de entrada* pode ser compreendida como o ponto de primeiro contato, de fácil acesso, inerente à organização de serviços de saúde por nível de atenção, quer primária, secundária ou terciária (STARFIELD, 2002). *Porta de entrada* também pode ser entendida como o local de acolhimento do usuário no momento de expressão de sua necessidade (JESUS; ASSIS, 2010).

As considerações até o momento apontam para a necessidade de reconhecimento das relações da população com os serviços de saúde. Partindo da ideia do indivíduo como protagonista do sistema de saúde, também se faz necessário considerar uma dimensão política que aponte o acesso como responsabilidade do Estado e, assim, entender que a garantia de acesso aos cuidados de saúde é alcançada a partir da distribuição planejada dos recursos dos serviços, considerando para tal a localização geográfica da unidade, a disponibilidade dos serviços e a articulação entre os serviços que compõem a rede de acordo com as demandas e necessidades da população (ASSIS; VILLA; NASCIMENTO, 2003).

A observação empírica do grupo de trabalhadores de uma unidade de saúde, do qual uma das autoras faz parte, identificou que a população residente em três microáreas pouco usufruía dos serviços de saúde ofertados em um Centro de Saúde da Família, em Fortaleza, Ceará, desde a implantação das equipes de Saúde da Família (SF).

Desta forma, esta pesquisa busca compreender como se dá o acesso da população aos serviços de atenção primária à saúde e toma como objetivo identificar componentes de acesso que influenciam a utilização dos serviços de atenção básica por parte dos moradores de microáreas de uma das Secretarias Regionais de Fortaleza, Ceará. Pretendeu-se conhecer as portas de entrada dessa população no sistema de saúde, assim como os motivos do não acesso dessa população aos serviços de saúde ofertados no CSF de referência e as barreiras que dificultam seu acesso ao mesmo centro de saúde.

## Métodos

Tratou-se de um estudo de natureza observacional, descritiva, com abordagem quantitativa e desenho transversal. Ele foi desenvolvido durante o ano de 2013, em três microáreas (108, 109 e 260) vinculadas à Equipe 220 da Secretaria Regional II (SER II), em Fortaleza, Ceará.

O território da saúde da SER II de Fortaleza é composto por 20 bairros dentre os quais está o bairro Aldeota, que possuía uma população aproximada de 42.361 pessoas, em 2010. Dessas, 57,6% eram do sexo feminino e 42,4% do sexo masculino. Em relação à faixa etária, no bairro Aldeota viviam 3.372 crianças (0 a 9 anos), 5.314 adolescentes (10 a 19 anos), 26.344 adultos (20 a 59 anos) e 7.331 pessoas com 60 anos ou mais (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010). Importante salientar que é um bairro de poder aquisitivo elevado e que a renda *per capita* desse bairro era de R$2.901,57 no ano de 2012 (INSTITUTO DE PESQUISA E ESTRATÉGIA ECONÔMICA DO CEARÁ, 2012).

Essas microáreas representam uma área de discrepância e segregação socioespacial em relação ao seu entorno denominada de "Comunidade do Campo do América". Um dos redutos das classes menos abastadas, essa comunidade está incrustada meio à área nobre do bairro Aldeota e em fronteira com outro bairro bastante elitizado da capital, o Meireles. Neste último, boa parte da população de melhor poder aquisitivo da cidade está concentrada, e a faixa de praia, correspondente à Avenida Beira Mar, abriga edifícios luxuosos e uma rede de restaurantes e hotéis que recebem um considerável número de turistas durante todo o ano (CARVALHO; SILVA; FALCÃO, 2012).

De acordo com os dados informados no Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB, em outubro de 2012, nas três microáreas retromencionadas, habitava um total de 2.435 moradores (677 famílias) distribuídos da seguinte forma: na microárea 108 havia 842 pessoas (210 famílias) cadastradas; na microárea 109, 768 pessoas (248 famílias); e na microárea 260 estavam cadastradas 825 pessoas (219 famílias).

A ESF prevê a adscrição de clientela à equipe e à unidade de saúde (SOUSA; HAMANN, 2012). Neste caso, as famílias estão adscritas à equipe 220 do CSF Miriam Porto Mota, que dista, aproximadamente, 2,8km das microáreas também localizado no bairro Aldeota, na SER II.

Para fins de cálculo amostral, cada uma dessas famílias constituiu uma unidade elementar para este estudo, e considerou-se a fórmula para cálculos de populações finitas. A variável associada ao nível de confiança para esta pesquisa foi de 95% e o erro amostral de 5%. Por fim foram adicionados 10% do tamanho inicial da amostra, para eventuais perdas amostrais, o que resultou em uma amostra final de 270 famílias.

Para fins de seleção da amostra, optou-se pela amostragem sistemática, em que a ficha A de cada família representou um elemento da população, a qual foi enumerada de 1 até 677. Foi definido o intervalo de seleção da amostra e ao fim das 677 famílias cadastradas, foram selecionadas as 270 famílias. Seguindo a seleção da amostra, foi criada uma listagem contendo o número da microárea, o número da família e seu respectivo endereço, a qual orientou o percurso seguido pela pesquisadora.

Foi elaborado um questionário que foi validado na fase do projeto piloto através da reavaliação de 10% do total da amostra. Este instrumento levou em consideração características do serviço e da população e os objetivos da pesquisa. As questões fechadas apresentavam alternativas de escolha pelos moradores no momento da entrevista; já as questões abertas foram respondidas de acordo com a expectativa e a percepção do entrevistado.

A coleta de dados realizou-se por meio de entrevista, com aplicação do instrumento com os moradores maiores de 18 anos das três microáreas explicitadas anteriormente, no seu próprio domicílio, no horário de trabalho habitual da unidade de saúde e nos finais de semana. As entrevistas foram realizadas por somente uma pesquisadora.

Para as informações oriundas das questões abertas e comentários relacionados, foi feita a categorização destas respostas após consecutivas leituras do conteúdo dos questionários preenchidos. Os resultados foram organizados em tabelas, com as frequências absolutas e percen-

tuais. Calcularam-se as médias e desvios padrão das variáveis quantitativas. Fez-se a comparação de proporções pelos testes Qui-Quadrado e razão de verossimilhança, quando se considerou como estatisticamente significantes as análises com $p<0,05$. Os dados foram processados no SPSS versão 20.0, licença 10101131007.

O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Ceará e aprovado no parecer de número 480.850. A pesquisa respeitou todos os procedimentos éticos, os quais estão em conformidade com a norma do CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa), e a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012).

## Resultados

Ao todo, 247 pessoas residentes nas três microáreas vinculadas à equipe 220 da Regional II de Fortaleza foram entrevistadas, visto que os demais corresponderam aos domicílios vazios ou cuja natureza de ocupação não era mais para fins residenciais e às recusas de participação neste estudo. Os 247 participantes da pesquisa foram categorizados de acordo com a microárea de residência, em que na microárea 108 residiam 38,9% (n=96), na 109 viviam 48,6% (n=120) e na 260 moravam 12,5% (n=31) das pessoas.

A distribuição da população entrevistada segundo as características sociodemográficas e econômicas permite verificar que a idade variou de 18 a 93 anos, média de idade foi de 49,9 anos (DP± 17,8), em que 67,3% das pessoas tinham idade entre 18 e 59 anos. A frequência dos entrevistados do sexo feminino e de cor autorreferida parda ou negra foi elevada. É possível ainda perceber que 47,8% dessas pessoas residiam no bairro há mais de 40 anos, que 50,1% delas eram solteiras ou separadas, que 59,5% desempenhavam o papel de "mãe" ou "avó" na família e que 42,9% delas têm entre quatro e dez anos de estudo (Tabela 1).

As donas de casa e aposentadas representaram juntas quase a metade dos entrevistados (47,3%). Em mais de dois terços dos domicílios abordados (69,3%), habitam até quatro moradores e a renda familiar média era de até dois salários mínimos (ou mil trezentos e cinquenta e

seis reais) para 55,9% das que responderam ao questionário. Quanto à disponibilidade de bens na residência, pouco mais da metade das famílias afirmaram não ter computador (53,0%) ou acesso à internet (51,4%). Ainda, mais de 70% afirmaram não dispor de carro ou moto para uso familiar. Em relação à disponibilidade de convênio de saúde para algum membro da família, ampla maioria (78,7%) respondeu não possuir.

Tabela 1 – Distribuição dos moradores entrevistados segundo a primeira procura pelo posto de saúde do bairro e segundo as dificuldades para chegar ao posto, Fortaleza, 2013

| Características | N | % |
|---|---|---|
| Procura primeiro o posto de saúde do bairro (n=247) | | |
| Sim | 93 | 37,7 |
| Não | 154 | 62,3 |
| Motivos da não procura (n=151) | | |
| Distância | 44 | 29,8 |
| Vai para o Centro de Saúde Meireles | 43 | 28,5 |
| Não conhece o posto | 21 | 13,9 |
| Outros serviços | 20 | 13,2 |
| Plano de saúde | 17 | 11,2 |
| Outros | 32 | 21,2 |
| Dificuldades para chegar ao posto de saúde (n=247) | | |
| Distância | 124 | 45,2 |
| Transporte | 112 | 45,2 |
| Desinformação | 52 | 21,0 |
| Nenhuma | 37 | 14,9 |
| Outras | 26 | 10,5 |
| Tempo de deslocamento (n=159) | | |
| Até 30 min | 64 | 40,3 |
| De 30 a 60 min | 73 | 45,9 |
| Mais de 60 min | 22 | 13,8 |

Fonte: Elaborada pelos autores.

No tocante à busca do posto de saúde como porta de entrada, observou-se que cerca de dois terços (62,3%) das pessoas entrevistadas não buscavam o CSF Miriam Porto Mota como local de primeira escolha para os serviços de saúde. Para justificar essa escolha, os motivos mais elencados foram a distância (29,8%), o acesso mais fácil ao Centro

de Saúde Meireles (28,5%) e o desconhecimento acerca do posto de saúde de referência (13,9%) (Tabela 1).

Sobre as dificuldades encontradas pelos entrevistados para chegarem ao posto de saúde adscrito, as pessoas tinham a possibilidade de elencar mais de uma resposta. Dentre todas as dificuldades assinaladas, destacam-se a distância da residência ao posto de saúde (50,2%), os problemas relacionados ao transporte (45,2%) e a falta de conhecimento acerca da localização e funcionamento do posto (21,0%) foram as mais frequentes. Em relação ao tempo gasto para chegar à unidade de saúde, a maior parte dos moradores (59,7%) despendiam mais do que 30 minutos para esse deslocamento (Tabela 1).

Para os entrevistados que utilizam o CSF Miriam Porto Mota como local de primeira procura, verificou-se que as dificuldades para se chegar à unidade de saúde foram a distância (56,9%) e o transporte (50,5%). Da mesma forma, a distância (46,1%) e o transporte (39,6%), acrescidos da desinformação (31,8%) são as razões que dificultam a ida ao posto de saúde para os que não têm o CSF Miriam Porto Mota como local de primeira procura.

Em relação à participação dos moradores das três microáreas nas atividades desenvolvidas pelo posto de saúde, 239 (96,7%) dos entrevistados responderam que não frequentavam; e quanto à participação em espaço social no bairro, 140 (56,7%) negaram tal participação. Ao serem inquiridos sobre o local que buscavam para solução de seus problemas de saúde, 216 pessoas (87,4%) afirmaram procurar outros equipamentos de saúde, quer de atenção primária, secundária ou terciária. Ao fazer a relação entre a participação dos entrevistados e a primeira procura pelo posto de saúde do bairro, é possível visualizar que 63,2% das pessoas que não participavam das atividades do posto de saúde e 65% dos que não frequentavam espaços sociais no bairro não consideravam o CSF Miriam Porto Mota como local de primeira escolha. Nesta tônica, percebeu-se também que 68,1% daqueles que procuravam outros serviços de saúde não tinham o posto de saúde do bairro como primeira escolha.

No que diz respeito a outras portas de entrada no sistema de saúde, as famílias residentes nas microáreas de estudo assinalaram os

diversos serviços que buscavam para resolver seus problemas de saúde. Dentre estes, o Centro de Saúde Meireles aparece como a porta de entrada ao sistema de saúde para 128 famílias (59,3%), enquanto as unidades de pronto atendimento (UPA) e os hospitais são apontadas por 26 famílias (12%) e 65 famílias (25,1%), respectivamente.

No tocante à percepção dos aspectos sócio-organizacionais e geográficos, que estão relacionados às diferentes dimensões do acesso, foi averiguada a existência de dificuldades para a marcação de consultas clínicas. Os dados da Tabela 2 demonstram que 40,1% dos moradores entrevistados referiram não haver dificuldades para o agendamento das consultas clínicas. Contudo, ter que ir ao posto para marcar consulta e a falta de vagas somam 50% das dificuldades atribuídas por quase um quarto dos entrevistados.

A localização do posto foi classificada como ruim por cerca de um quarto dos entrevistados. O espaço físico, o atendimento e os profissionais do posto foram considerados bons para 26,7%, 40,1% e 38% dos moradores, respectivamente. Contudo, mais da metade dos moradores não soube avaliar o horário de funcionamento e a rotina de atendimento do CSF, por não os conhecer.

Tabela 2 – Distribuição da classificação do Posto de Saúde segundo categorias de acordo como os moradores entrevistados, Fortaleza, 2013

| Categorias | Ótimo | | Bom | | Regular | | Ruim | | Péssimo | | Não sabe | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Localização | 08 | 3,2 | 56 | 22,7 | 31 | 12,5 | 61 | 24,7 | 24 | 9,7 | 67 | 27,1 |
| Espaço físico | 11 | 4,5 | 66 | 26,7 | 33 | 13,4 | 42 | 17,0 | 07 | 2,8 | 85 | 34,4 |
| Atendimento | 37 | 15,0 | 99 | 40,1 | 17 | 6,9 | 08 | 3,2 | 04 | 1,6 | 82 | 33,2 |
| Rotina de atendimento | 11 | 4,5 | 62 | 25,1 | 25 | 10,1 | 19 | 7,7 | 04 | 1,6 | 126 | 51,0 |
| Horário de funcionamento | 10 | 4,1 | 76 | 30,8 | 16 | 6,5 | 09 | 3,6 | 02 | 0,8 | 134 | 54,6 |
| Profissionais do posto | 53 | 21,6 | 94 | 38,0 | 09 | 3,6 | 03 | 1,2 | 00 | 0,0 | 88 | 35,6 |

Fonte: Elaborada pelos autores.

## Discussão

Existe a necessidade de se analisar a situação do acesso aos serviços sob o ponto de vista dos usuários, identificando os fatores associados a ele (BONELLO, 2012; SILVA JÚNIOR et al., 2010).

As desigualdades sociais, resultado de processos sociais, demográficos, econômicos, culturais e políticos desenvolvidos em contextos social e historicamente determinados, levam ao prejuízo do acesso à renda e aos direitos definidos como fundamentais, dentre os quais educação, saúde, habitação, informação e bens culturais para grupos sociais historicamente excluídos. É certo que a desigualdade não decorre da diferença individual, mas do modo como as pessoas se organizam socialmente, numa estrutura hierarquizada por valores simbólicos e materiais decorrentes das variadas relações sociais e que levam à repartição não uniforme de todos os tipos de vantagens e desvantagens (GOES; NASCIMENTO, 2013). Diversas pesquisas brasileiras ainda revelam as iniquidades na utilização dos serviços de saúde, principalmente em relação às condições demográficas e socioeconômicas (DIAS-DA-COSTA et al., 2011; MISHIMA et al., 2010; OLIVEIRA et al., 2012).

A maioria dos questionários foi respondida por mulheres adultas, solteiras ou separadas, de cor autorreferida parda, com tempo de moradia no bairro superior a 35 anos e com baixa escolaridade. Suas famílias procuraram algum serviço de saúde, em média, duas vezes nos últimos seis meses. O perfil domiciliar apresentado foi de famílias com mais de três pessoas (3,8 pessoas), cuja renda *per capita* é de R$405,72.

A renda *per capita* encontrada nesta pesquisa é um pouco mais baixa que o valor do rendimento nominal mediano mensal *per capita* dos domicílios permanentes de Fortaleza, que é de R$450,00, em 2010. Todavia os dados referentes à posse de computador, de acesso à internet e de posse de automóvel para uso particular diferem dos encontrados no Censo do IBGE para o município de Fortaleza, que são da ordem de 36,52%, 30,13% e 33,42% respectivamente (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

Além disso, a cobertura por planos de saúde nessas microáreas, restrita a menos de um quarto das famílias, ratifica que a extensão da população coberta pelo SUS e que utiliza seus serviços não pode ser tipificada como residual (GIOVANELLA, 2008).

Os dados econômicos ressaltam mais ainda a discrepância dessa comunidade em relação ao seu entorno: para o bairro Aldeota, onde geograficamente estão inseridas as microáreas, a renda mensal média *per capita* é de R$2.901,57 e para o Meireles, bairro vizinho e fronteiriço às microáreas estudadas, é de R$3.659,54 (INSTITUTO DE PESQUISA E ESTRATÉGIA ECONÔMICA DO CEARÁ, 2012).

Já fora apontado que em áreas cobertas pela ESF há uma utilização mais equitativa dos serviços de saúde (FERNANDES; BERTOLDI; BARROS, 2009) e que a existência de uma fonte regular de cuidados é importante para a implementação do acesso a esses serviços (BALDANI; ANTUNES, 2011). Contudo, apesar de existir uma unidade de saúde no bairro e de haver uma equipe de Saúde da Família para a cobertura dessa área, cerca de dois terços das famílias não procuram primeiro o posto de saúde do bairro em caso de necessidade de saúde de algum ente. Ou seja, o CSF de referência não vem funcionando como porta de entrada preferencial no sistema de saúde por essa comunidade.

Os motivos do não acesso dessas pessoas estão relacionados à distância entre as microáreas e a unidade e à existência de outro equipamento de saúde bem próximo à comunidade que, apesar de não funcionar como local da ESF, realiza atendimentos à livre demanda e também oferece consultas programadas. Outra motivação que parece implicar esse resultado é o desconhecimento e a desinformação.

Tais resultados destoam dos alcançados por outro estudo sobre acesso à atenção básica,[5] em que 76,2% da população pesquisada consideravam o posto do bairro como local de primeira procura, mas se assemelham aos encontrados noutra pesquisa em que metade das pessoas optou por não procurar a unidade do bairro (SOARES; CHAVES; CANGUSSU, 2013). Este último estudo, aponta como hipótese o fato de os usuários do SUS buscarem mais os serviços de saúde por motivo de doença e optarem pela utilização mais frequente de hospitais e pron-

tos-socorros, refletindo um pior estado de saúde decorrente de sua situação socioeconômica mais precária.

Interessante destacar que uma revisão sobre o acesso aos serviços de saúde demonstrou que a utilização de atenção primária é sensível a distância, para populações urbanas e rurais, mas não mostrou associação entre a distância e a acessibilidade aos serviços hospitalares agudos (MENDES, 2011).

Para percepção das dificuldades de acesso da população ao posto de saúde do bairro, mais uma vez, a distância aparece como principal barreira ao acesso. As outras dificuldades mais prevalentes foram as relativas aos meios de transporte e à falta de informação.

As dificuldades relacionadas aos meios de transporte englobam o fato de não existir linha de transporte público coletivo que faça um trajeto direto da comunidade às imediações do posto de saúde – o que obriga o morador a utilizar dois ônibus, passando por um terminal de linhas, para chegar às proximidades do local – e a necessidade de dispor de dinheiro para o custeio desse transporte. Estão, portanto, associadas à acessibilidade e à capacidade de compra, duas dimensões do acesso.

Dois estudos em municípios do Nordeste do Brasil, um sobre acessibilidade à atenção primária e outro sobre modelos de atenção e gestão, trazem relações distintas. Um deles apontou que o fato de não existir nenhum transporte coletivo direto para a unidade de saúde – e os custos relacionados ao deslocamento – não aparece como importante problema de acesso (SILVA JÚNIOR et al., 2010); enquanto outro mostra que o transporte público agrega custo ao usuário e, portanto, caracteriza-se como dificuldade de acessibilidade (COÊLHO, 2012). Este último ainda traz explicitamente que o tempo de deslocamento superior à média ideal de 15 minutos é uma importante barreira ao acesso.

No presente estudo, cerca de 46% dos moradores referiu gastar de 30 a 60 minutos com o deslocamento e 14% referiram despender mais de uma hora no trajeto. Logo, o tempo de deslocamento da residência até a unidade também representa uma barreira ao acesso para os moradores da área.

Dentre as dificuldades apontadas, a falta de informação ficou explícita também quando da classificação dos aspectos de ordem geográ-

fica, estrutural e organizacional da oferta dos serviços. Esta desinformação pode ser verificada quando mais da metade dos participantes desconhecia o horário de funcionamento e a rotina de atendimento da unidade de saúde. Ou ainda, quando um terço das pessoas também não sabia a localização do posto, não conheciam seu espaço físico ou os profissionais que lá trabalhavam. Ou seja, a maioria dos entrevistados não sabia qual era ou não conhecia o posto de referência para os cuidados de saúde. Muitos nunca foram à unidade de saúde e, portanto, não a percebiam como local para promoção e cuidado de saúde da sua família.

A forma como as pessoas percebem a disponibilidade de serviços afeta a decisão de procurá-los (TRAVASSOS; MARTINS, 2004). As estratégias utilizadas para garantir o acesso à atenção primária à saúde e para que os CSF se constituam como referência e primeiro contato da população com a rede de saúde, variam de acordo com as realidades municipais e regionais (SOUZA; CHAVES, 2010).

Localmente, o reconhecimento do território de atuação de cada equipe parece fundamental para a caracterização da área a ser atendida. Esse processo de territorialização, todavia, deve extrapolar a mera representação da superfície e deve alcançar a caracterização do espaço político e social, que traz consigo a expressão das condições e hábitos de vida da população e as situações que interferem no dia a dia da comunidade local (RODRIGUES, 2013). Reconhecer a dinâmica social e política das áreas de atuação é, portanto, a primeira etapa para um aperfeiçoamento das práticas de trabalho das equipes da ESF nestes territórios (GOLDSTEIN et al., 2013).

O uso do conceito de espaço consagrado a fins administrativos na dimensão da gestão dos serviços de saúde, sobretudo no contexto da atenção básica, tende a reduzir a capacidade de análise das várias expressões e características de vida das pessoas que emergem num dado espaço. Isso limita o potencial de identificação das questões de saúde bem como as possibilidades de intervenção na realidade cotidiana do coletivo (SANTOS; RIGOTTO, 2011).

Para o território considerado nesta pesquisa, a territorialização ainda vigente foi realizada em 2005. Desenvolvida pela Secretaria Municipal de Saúde, ela teve como base a cartografia utilizada pelos dis-

tritos técnicos de endemias e seu cruzamento com as informações dos setores censitários do IBGE. Sua finalidade parece ter sido voltada apenas à quantidade de população para o desenvolvimento de recortes territoriais, sem nenhuma proposta de classificação ou identificação deles por ações ou problemas de saúde. Isso acaba por limitar a eficácia da atuação das equipes da ESF (GOLDSTEIN et al., 2013).

Reconhecido como um elo entre a comunidade e os componentes do sistema de saúde, o agente comunitário de saúde (ACS) desempenha papel importante para a vinculação da população à equipe e aos equipamentos de saúde (GOLDSTEIN et al., 2013; REMONDI, 2014). A ausência do ACS na territorialização das três microáreas estudadas pode ter influenciado de forma negativa o processo, não possibilitando a caracterização do território vivo, sua relação com componentes do acesso aos serviços de saúde e dificultando o estabelecimento de vínculo entre a comunidade e o equipamento de saúde que lhe fora atribuído.

Por outro lado, o Centro de Saúde Meireles, porta de entrada para mais da metade da população entrevistada, é considerado como referência de local de atendimento para essa comunidade. Não houve a intenção de se averiguar o porquê, contudo, duas hipóteses podem ser consideradas. A primeira diz respeito à sua localização geográfica que, devido à maior proximidade das residências pesquisadas, permite melhor acessibilidade e exige menor tempo de deslocamento. A segunda refere-se ao fato de que este Centro começou seu funcionamento há um tempo superior ao da implantação da ESF em Fortaleza.

As demais portas ao sistema de saúde identificadas nos resultados desta pesquisa retratam que a procura se dá preferencialmente pelos serviços de pronto atendimento, quer seja nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA), quer seja nas urgências e emergências dos hospitais. O que corrobora a hipótese de outro estudo (SOARES; CHAVES; CANGUSSU, 2013) que aponta que a busca pelo serviço de saúde se dá por motivo doença, pela procura de uma cura e não pela promoção da saúde.

Talvez tal fenômeno decorra da concepção biomédica e hospitalocêntrica ainda vigente (MISHIMA et al., 2010). Talvez seja o reflexo de um sistema fragmentado, fortemente hegemônico, cujos pontos de atenção à saúde se encontram isolados e incomunicados, e são, portanto,

incapazes de oferecer uma atenção contínua à população. Essa fragmentação do sistema de saúde conduz suas ações curativas para os indivíduos, e não para as coletividades, de forma episódica e reativa, condicionadas pela procura do paciente (MENDES, 2011; MISHIMA et al., 2010).

Frente a isso, ressalta-se a importância da ESF para a reorientação das práticas de saúde de forma integral e contínua, aproximando-as da família e, com isso, melhorando a qualidade de vida dos brasileiros, incorporando e reafirmando os princípios básicos do SUS (RODRIGUES, 2013). Grifa-se a promoção da saúde como sustentáculo do trabalho das equipes de SF. Reforça-se a necessidade de a atenção básica exercer o papel de primeiro nível de contato da população com o sistema de saúde (CECILIO et al., 2012), funcionando assim como a porta de entrada mais próxima das famílias e comunidades, garantindo seu acesso ao sistema de saúde.

## Considerações finais

As portas de entrada dos moradores das microáreas 108, 109 e 220 da SER II de Fortaleza no sistema de saúde não estavam centradas na atenção básica de saúde. O posto de saúde do bairro funcionava como porta de entrada para cerca de apenas um terço dessa população.

Os motivos para o não acesso dos outros dois terços eram a distância, o acesso mais fácil a outro centro de saúde e o desconhecimento acerca do posto de saúde de referência.

Foram apontadas como barreiras de acesso dessa comunidade ao Centro de Saúde da Família do bairro a distância da residência até o local, os problemas relacionados ao transporte, o tempo de deslocamento e a falta de conhecimento acerca da localização e funcionamento do posto.

Até a finalização desta pesquisa, o conhecimento que se tinha estava baseado na observação empírica e estava centrada na óptica da gestão e dos trabalhadores de saúde.

Os resultados desta pesquisa apontam para a necessidade de um estudo mais criterioso do território de atuação das equipes da Estratégia Saúde da Família de modo a considerarem-se as barreiras físicas, so-

ciais, econômicas e organizacionais que interferem no acesso dessa população aos serviços de saúde, principalmente no primeiro nível de atenção. Esse processo deve envolver profissionais, gestores e, indubitavelmente, representantes da comunidade de modo a possibilitar uma visão ampliada das necessidades e o planejamento adequado da oferta dos serviços.

Por acreditar que possa impactar positivamente a qualidade de vida dessa comunidade, recomenda-se ainda a intensificação do trabalho de comunicação social, seja através de mídias sociais ou pela atuação mais eficaz do agente comunitário de saúde junto às famílias, de modo a dirimir as dificuldades de acesso ocasionadas pela desinformação.

## Bibliografia

ANDRADE, E. N. de; ANDRADE, E. O. O SUS e o direito à saúde do brasileiro: leitura de seus princípios, com ênfase na universalidade da cobertura. *Rev. Bioética*, v. 18, n. 1, p. 61-74, 2010.

ASSIS, M. M. A.; VILLA, T. C. S.; NASCIMENTO, M. A. A. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 8, n. 3, p. 815-823, 2003.

BALDANI, M. H.; ANTUNES, J. L. F. Inequalities in access and utilization of dental services: a cross-sectional study in an area covered by the family health strategy. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, jan. 2011. Suplemento 2. Disponível em: <http://migre.me/wqjeZ>. Acesso em: 7 mar. 2014.

BONELLO, A. A. L. M. *Acesso aos serviços básicos de saúde e fatores associados*: estudo de base populacional. Campinas, SP: [s.n], 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 de12 de dezembro de 2012. *Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos*. 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 3 jan. 2014.

BRASIL. *O SUS de A a Z*: garantindo saúde nos municípios. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 481 p.

BRASIL. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde*: primary care assessment tool PCAtool – Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 80 p. il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

CARVALHO, C. N.; SILVA, V. da; FALCÃO, Â. M. *O bairro do Meireles e a comunidade do campo do América*: conflitos e contradições deste espaço urbano. In: ENCONTRO NACIONAL DE GEÓGRAFOS, 12., 2012, Belo Horizonte: UFMG, 2012. Disponível em: < http://migre.me/wE9ht>. Acesso em: 4 nov. 2012.

CECILIO, L. C. O. et al. A atenção básica à saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 11, p. 2893-2902, 2012.

COÊLHO, B. P. *A reformulação da clínica a partir de diretrizes para atenção e gestão na saúde*: subjetividade, política e invenção de práticas. 2012. 173 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Ageu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2012.

DIAS-DA-COSTA, J. S. et al. Utilização de serviços de saúde pela população adulta de São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil: resultados de um estudo transversal. *Cad. Saúde Pública*, v. 27, n. 5, p. 868-876, 2011.

FERNANDES, L. C. L.; BERTOLDI, A. D.; BARROS, A. J. D. Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela ESF. *Rev. Saúde Pública*, v. 43, n. 4, p. 595-603, 2009.

GARROCHO, C. Análisis de la acessibilidad a lós servicios y de lós sistemas de información geográfica: teoria y aplicación em el contexto del Estado de México. *Estudios Demográficos y Urbanos*, v. 8, n. 23, p. 427-444, 1993.

GIOVANELLA, L. Atenção primária à saúde seletiva ou abrangente? *Cad. Saúde Pública*, v. 24, 2008. Suplemento 1(S7-S27).

GIOVANELLA, L. et al. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. *Saúde em Debate*, v. 26, n. 60, p. 37-61, jan./abr. 2002. Disponível em: <http://migre.me/wqgk0>. Acesso em: 28 out. 2012.

GIOVANELLA, L.; FLEURY, S. Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise. In: EIBENSCHUTZ, C. (Org.). *Política de Saúde*: o público e o privado. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996. p. 177-198.

GOES, E. F.; NASCIMENTO, E. R. Mulheres negras e brancas e os níveis de acesso aos serviços preventivos de saúde: uma análise sobre as desigualdades. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, out./dez. 2013. Disponível em: <http://migre.me/wqiCJ>. Acesso em: 5 mar. 2014.

GOLDSTEIN, R. A. et al. A experiência de mapeamento participativo para a construção de uma alternativa cartográfica para a ESF. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 1, p. 45-56, 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA ESTATÍSTICA. *Censo Demográfico 2010.* Dados populacionais por bairro de Fortaleza. Disponível em: <http://tc1.sms.fortaleza.ce.gov.br/simda/populacao/sexo>. Acesso em: 16 out. 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA ESTATÍSTICA. *Censo Demográfico 2010*: resultado da amostra - domicílios. Disponível em: <http://migre.me/wqgzk>. Acesso em: 6 mar. 2014.

INSTITUTO DE PESQUISA E ESTRATÉGIA ECONÔMICA DO CEARÁ. Perfil municipal de Fortaleza. Tema VII: distribuição espacial da renda pessoal. *Informe*, n. 42, out. 2012. Edição especial.

JESUS, W. L. A. de; ASSIS, M. M. A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n. 1, p. 161-170, 2010.

LORA, A. P. Acessibilidade aos serviços de saúde: estudo sobre o tema no enfoque da saúde da família no município de Pedreira – SP. *Rev. Brasileira de Medicina de Família e Comunidade,* v. 3, n. 11, p. 220,

2010. Disponível em: <http://www.rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/342>. Acesso em: 5 set. 2012.

MENDES, E.V. *As redes de atenção à saúde.* Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

MISHIMA, S. M. et al. A assistência na saúde da família sob a perspectiva dos usuários. *Rev. Latino-Am. Enferm*., Ribeirão Preto, v. 3, n. 18, 2010.

MISHIMA, S. M. et al. (In) Satisfação dos usuários: duplicação e uso simultâneo na utilização de serviços na saúde da família. *Rev. Esc. Enferm.*, v. 44, n. 3, p. 766-773, 2010.

OJANUGA, D. N.; Gilbert, C. Women's access to health care in developing countries. *Social Science and Medicine*, v. 35, n. 4, p. 613-617, 1992.

OLIVEIRA, L. S. et al. Acessibilidade a atenção básica em um distrito sanitário de Salvador. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 11, p. 3047-3056, 2012.

PENCHANSKY, R.; THOMAS, J. W. The concept of access: definitions and relationship to consumer satisfaction. *Med Care*, v. 19, n. 2, p.127-40, feb. 1981.

PUENTES-MARKIDES, C. Women and access to health care. *Social Science and Medicine*, v. 35, n. 4, p. 619-626, 1992.

REMONDI, F. A. et al. Não adesão ao tratamento medicamentoso contínuo: prevalência e determinantes em adultos de 40 anos e mais. *Cad. Saúde Pública*, v. 30, n. 1, p. 126-136, 2014.

RODRIGUES, M. J. Atenção integral à saúde segundo a visão de médicos e enfermeiros da estratégia de saúde da família de Uberlândia. *Caminhos de Geografia*, v. 14, n. 45, p. 205-236, 2013.

SANTOS, A. L.; RIGOTTO, R. M. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. *Trab. Educ. Saúde,* v. 8, n. 3, p. 387-406, 2010.

SANTOS, N. R. Sistema Único de Saúde - 2010: espaço para uma virada. *O mundo da saúde*, v. 1, n. 34, p. 8-19, 2010.

SILVA JÚNIOR, E.S. et al. Acessibilidade geográfica à atenção primária à saúde em distrito sanitário do município de Salvador, Bahia. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant*., v. 10, 2010. Suplemento 1(S50- S49-S60).

SOARES, F. F.; CHAVES, S. C. L.; CANGUSSU, M. C. T. Desigualdade na utilização de serviços de saúde bucal na atenção básica e fatores associados em dois municípios brasileiros. *Rev. Panam. Salud Públ.*, v. 34, n. 6, p. 401-406, 2013.

SOUSA, M. F.; HAMANN, E. M. Programa saúde da família no Brasil: uma agenda incompleta? *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, p. 1325-1335, 2012. Suplemento 1. Disponível em: <http://migre.me/wqis7>. Acesso em: 14 out. 2012.

SOUZA, L. F.; CHAVES, S. C. L. Política nacional de saúde bucal: acessibilidade e utilização de serviços odontológicos especializados em um município de médio porte na Bahia. *Rev. Baiana de Saúde Pública*, v. 34, n. 2, p. 371-387, 2010.

STARFIELD, B. *Atenção primária*: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco: Ministério da Saúde, 2002.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública*, v. 20, p. 190-198, 2004. Suplemento 2.

VARGAS, A. M. D. et al. O acesso aos serviços públicos de saúde em área limítrofe entre municípios. *Saúde sociedade*, São Paulo, v. 20, n. 3, jul./set. 2011. Disponível em: <http://migre.me/wqiwL>. Acesso em: 5 mar. 2014.

VASCONCELOS, C. M. de; PASCHE, D. F. O sistema único de saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 531-562.

# ANÁLISE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE NO ÂMBITO DA SAÚDE BUCAL

*Paloma Stephânia Guilhermina Prado de Sá*
*Maria Vieira de Lima Saintrain*
*Emília Soares Chaves*
*Andréa Silvia Walter de Aguiar*

## Introdução

A saúde bucal tem importância reconhecida como componente da qualidade de vida das pessoas. No entanto, uma parcela importante da população brasileira ainda não tem acesso às ações e serviços odontológicos (CAVALCANTI; GASPAR; GOES, 2012). São muitos os avanços gerados por políticas públicas implementadas nos últimos anos no Brasil, tais como a inclusão da equipe de saúde bucal (ESB) na estratégia saúde da família (ESF), a implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e a inserção do cirurgião-dentista nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e hospitais (ROCHA; GOES, 2008).

Avaliação é conceituada como a emissão de juízo de valor sobre um objeto por meio de critérios e referenciais previamente definidos (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997). A avaliação em saúde tem como pressuposto a avaliação da eficiência, eficácia e efetividade das estruturas, processos e resultados relacionados ao risco, acesso e satisfação dos cidadãos frente aos serviços públicos de saúde na busca da resolubilidade e qualidade (BRASIL, 2014). A avaliação deve ser um

elemento cotidiano do trabalho em saúde, com finalidade de orientar o planejamento e a execução das ações (SISSON, 2007; CALVO; HENRIQUE, 2006).

A fragilidade das avaliações em saúde bucal compromete a dinâmica dos processos de trabalho nas equipes de saúde da família. São diversas portarias, recomendações, orientações e interpretações. Novos indicadores são criados, enquanto outros são excluídos, não há série histórica para alguns deles, e dessa maneira não há parâmetros para comparar as ações desenvolvidas. A existência de um sistema de informação descentralizado permite a implementação de políticas de planejamento e avaliação no nível local. O envolvimento do nível municipal com o processamento e a análise dos dados tornam as informações mais confiáveis e úteis para a utilização nos estudos avaliativos e também contribui para a melhora da qualidade da atenção em saúde (NICKEL, 2008).

A atividade de gestão em saúde pode ser definida como a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde – municipal, estadual ou nacional – por meio do desenvolvimento das funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria. Além disso, a avaliação em saúde institucionalizada propicia o conhecimento do desempenho do setor e oferece a possibilidade de aperfeiçoar os resultados de acordo com o contexto em que a instituição se insere, corrigindo os problemas e almejando a conquista de novas metas (NICKEL, 2008).

Apesar dos benefícios supracitados e por ser essencial nos processos de gestão, a utilização dos processos avaliativos em instituições públicas é esparsa, fenômeno descrito devido às concepções ultrapassadas da atividade de avaliar (CALVO; HENRIQUE, 2006). A avaliação em saúde muitas vezes é vista como um processo punitivo, associado a práticas autoritárias e de controle, realizada por especialistas externos à instituição (FURTADO, 2006).

Outras formulações a respeito da atividade avaliativa são: utilização aleatória das informações no planejamento, consequências negativas do resultado da avaliação, como redução de recursos financeiros e demissões, prática com pouco custo-benefício para a instituição, do ponto de vista financeiro e temporal. Essas visões são sedimentadas

quando a avaliação é usada com finalidades desviantes do processo, como protelar decisões, intimidar grupos, ou dar cientificidade às decisões exclusivamente políticas (FURTADO, 2006).

Desde 2005, o Brasil por intermédio do Ministério da Saúde (MS) tem estimulado a prática avaliativa nas equipes da ESF, especialmente, por meio das autoavaliações, entre elas a Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ – ESF) e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ).

Estes instrumentos possibilitam a identificação dos estágios de implantação, desenvolvimento e qualidade da estratégia em seus diferentes pontos, desde a gestão até as práticas de saúde das equipes junto à população. A partir desse conhecimento, os gestores, coordenadores e profissionais poderão elaborar planos de intervenção e propor ações para melhoria da qualidade (BRASIL, 2013), gerando, como proposto pelo MS, um diagnóstico com identificação de estágios de desenvolvimento, potencialidades e aspectos críticos, possibilitando a elaboração de planos de ação para intervenção e resolução de problemas apontados (BRASIL, 2005).

Entretanto, estas ferramentas são tímidas no que diz respeito à saúde bucal. São poucos os indicadores de avaliação das ações de saúde bucal, por vezes, possibilitando interpretações variadas, que findam por comprometer o processo avaliativo.

No cotidiano de trabalho, no qual a pesquisadora se insere, tanto como cirurgiã-dentista da família, como coordenadora municipal de saúde bucal, é frequente o questionamento dos usuários e profissionais relacionados à disponibilidade de fichas, horário de atendimento, pré-consulta, cronograma, atividades extramuro, que são desenvolvidas fora do espaço físico da Unidade de Saúde, limitação de procedimentos, entre outros.

Paralelamente a esta constatação, tem-se a depreciação, a não valorização da saúde bucal, provavelmente pela inserção tardia do cirurgião-dentista na ESF. Tal fato pode ser verificado pela fragilidade dos sistemas de informações, desvalorização profissional e não priorização da saúde bucal por parte da população, profissionais e gestores.

Daí a necessidade de analisar a atenção em saúde bucal para fornecer subsídios para a tomada de decisões. Com isso espera-se a redução das queixas, aproximando os usuários dos serviços de saúde, e a consequente melhoria da saúde bucal da população. O objetivo foi descrever e compreender o modelo da organização do processo de trabalho das ESB, na estratégia de saúde da família, na 6ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRES), no Ceará, em 2013.

## Metodologia

Refere-se a um estudo descritivo-analítico, com abordagem qualitativa, visto que considera o universo de significados, representações psíquicas e sociais, motivos, aspirações, crenças, valores, perspectivas, experiências de vida e atitudes o que corresponde a um espaço mais íntimo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização das variáveis quantificáveis (MINAYO, 2012; ROESE; GERHARDT, 2006; VELLOSO; GUIMARÃES, 2014).

O presente estudo foi desenvolvido nos municípios da 6ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Ceará (CRES) que é composta pelos seguintes municípios: Amontada, Itapipoca, Miraíma, Trairi, Tururu, Umirim e Uruburetama.

Os sujeitos envolvidos na pesquisa foram os coordenadores municipais de saúde bucal, de seis municípios pertencentes a 6ª CRES. O município de Umirim, com o qual a pesquisadora mantém vínculo trabalhista, foi, por essa razão, excluído.

Os critérios de inclusão foram: ser coordenador municipal de saúde bucal ou coordenador municipal da Atenção Básica ou responsável pelo setor de saúde bucal e estar exercendo a função em período mínimo de três meses no ano de 2013.

Para esta pesquisa, a técnica utilizada foi a entrevista semiestruturada, visto que se objetiva o detalhamento de algumas questões avaliativas em saúde bucal. Para tal fim, elaborou-se um roteiro de entrevista, com o intuito de delimitar o volume de informações, com direcionamento maior para o tema de modo que os objetivos fossem alcançados (SADE et al., 2013). Foi utilizado um roteiro de entrevistas

adaptado do instrumento utilizado por Nickel (2008) e a entrevista foi feita por um único pesquisador como forma de garantir a homogeneidade do processo.

A entrevista permite acesso aos dados de difícil obtenção por meio de observação direta. Na entrevista, a relação que se estabelece entre pesquisador e pesquisado é de interação. A entrevista se constitui, portanto, em uma relação humana (ROESE; GERHARDT, 2006).

O primeiro passo se deu por contato telefônico ou endereço eletrônico (e-mail), em que os entrevistados foram convidados a participar da pesquisa. Em caso afirmativo, optaram por dia e horário (incluindo finais de semana, feriados, turno noturno e horário intermediário), dentro do intervalo proposto no cronograma. Optaram também pelo local para a realização da entrevista, que deveria ser de fácil acesso para o entrevistado, podendo ser no município em que trabalha ou na capital Fortaleza, no ambiente de trabalho ou no domicílio, de acordo com a conveniência do entrevistado, considerando a disponibilidade de tempo e o ambiente adequado, de modo a minimizar os transtornos ao cotidiano do entrevistado.

A seguir, a entrevista foi realizada sem interferências sonoras ou testemunhas. A entrevista foi gravada, com o intuito de guardar todos os relatos preservando o conteúdo original e aumentando a acurácia dos dados coletados. A gravação registra palavras, silêncios, vacilações e mudanças no tom de voz, além de permitir maior atenção ao entrevistado. Foi utilizado gravador digital, previamente testado, na realização de entrevistas para que fosse ampliado o poder de registro e captação de elementos de comunicação de extrema importância, pausas de reflexão, dúvidas ou entonação da voz, aprimorando a compreensão da narrativa (SCHRAIBER, 1995; BRITO JÚNIOR; FERES JÚNIOR, 2011).

Juntamente com a gravação, foram registradas informações que não foram “ditas”, através de diário de campo, que é um registro da entrevista, do tempo. No diário de campo, poderiam ser escritas algumas notas de campo expandidas para auxiliar a análise dos dados (ROESE; GERHARDT, 2006).

A transcrição das entrevistas foi realizada pela própria pesquisadora. Inicialmente, foram ouvidas várias vezes cada gravação e trans-

crito tudo, inclusive pausas e mudanças de entonação de voz, além de sinalizadores de interrogação, silabação e outras variações ocorridas na entrevista (BELEI et al., 2008). Foram analisados, no material transcrito, não apenas a linguagem falada, mas os comportamentos não verbais, como risos, diferenças na entonação da voz, gestos que foram registrados, dentre outros. As expressões e erros gramaticais foram eliminados na transcrição, para que não houvesse constrangimento do entrevistado, quando da devolutiva, caso necessária a apresentação do texto para apreciação (LAGE, 2001).

A seguir, deu-se a forma de tratamento dos dados através da Análise de Conteúdo, proposta por Bardin (2011). Esta análise constitui-se de leitura detalhada de todo o material transcrito, seguida pela identificação de palavras e conjuntos de palavras que tenham sentido para a pesquisa, assim como a classificação em categorias ou temas que tenham semelhança quanto ao critério sintático ou semântico (OLIVEIRA et al., 2003). Para melhor sistematizar os dados das entrevistas, a pesquisadora obedeceu às seguintes fases (ALVES; SILVA, 1992): 1) "impregnação" dos dados, a partir de "leituras" da fala do sujeito ao longo das entrevistas, detendo-se numa análise mais imediata; 2) anotações destas leituras, incluindo as relações percebidas, pontos críticos identificados; 3) busca de compreensão dos dados; 4) utilização de literatura sobre o tema para que possa extrair comentários, observações, constitui-se na "apreensão" do fenômeno, no contexto; e 5) aprofundamento dos dados de forma gradual.

Para realização da pesquisa, foram obedecidos e respeitados todos os aspectos éticos expressos na Resolução nº 466 de 2012, do Conselho Nacional de Saúde / Ministério da Saúde, que traz as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de pesquisas com seres humanos e em conformidade com a norma do CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa).

O projeto de investigação foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (CEP) e obteve parecer nº 454.624. Os princípios éticos fundamentais permaneceram priorizados em todas as etapas da investigação: autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade. À luz dos princípios éticos,

a pesquisa integrará o ensino e serviços de saúde, visando à qualidade de atenção à saúde individual e coletiva. As entrevistas foram realizadas após a assinatura do Termo de Consentimento Informado.

## Resultados

Em 2004, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), com intuito de reorientação do modelo de atenção e assistência em saúde bucal, com ênfase na Atenção Primária à Saúde. As mudanças ocorridas, proporcionadas por esta política, fizeram surgir a necessidade de gestores qualificados para atuar no ordenamento das ações nos municípios, aptos a intervir no sentido de planejar, desenvolver e avaliar as ações, buscando responder às necessidades da população (PAEGLE; SOUZA; OLIVEIRA, 2012).

Além disso, são crescentes a necessidade e o interesse em avaliar e monitorar os resultados alcançados em relação à organização e provisão dos serviços, e no que diz respeito aos possíveis impactos produzidos na saúde e bem-estar das populações (COLUSSI; CALVO, 2011).

É mister apontar que se deve levar em consideração as características municipais no tocante à análise do modelo de atenção em saúde bucal implantado (LESSA; VETTORE, 2010).

O estado do Ceará possui 8.547.750 milhões de habitantes, em 2010, distribuídos em 184 municípios, representando aproximadamente 15,9% da população do Nordeste e 4,5% da população do Brasil, em que cerca de 72,77% da população reside nas áreas urbanas. Há, no Estado, predominância do sexo feminino, em torno de 51,2% da população total e a faixa etária de 0 a 29 anos compreende 57% da população. A população economicamente ativa abrange 54,5% dos habitantes do estado (INSTITUTO DE PESQUISA E ESTRATÉGIA ECONÔMICA DO CEARÁ, 2010).

As microrregionais de saúde do Ceará, por sua vez, são espaços territoriais compostos por um conjunto de municípios com forte sentimento de integração e interdependência, com vontade política para pactuarem na busca de soluções para problemas comuns, na área da saúde (CEARÁ, 2006).

A 6ª CRES, composta pelos municípios mencionados na metodologia, era composta de 272.741 pessoas em 2012 (CEARÁ, 2006).

Os sete municípios apresentam-se quase que de maneira equânime no que diz respeito às características supracitadas, com a exceção do município polo, Itapipoca, que se destaca pelo porte populacional. É importante ressaltar que se trata de uma região que contempla sertão, praia e serra. A população se beneficia do turismo, da agriculta e dos serviços públicos, apesar da existência de algumas indústrias e comércio, inclusive o informal. Atualmente, o Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Itapipoca (que é composto pelos sete municípios da região) passou a disponibilizar, a partir de 2012, equipamentos de saúde para a população destes municípios: Centro de Especialidades Odontológicas e Policlínica. Estão em negociações outros equipamentos como veículo para transporte sanitário, tomógrafo, Unidade de Pronto-Atendimento e centro de doenças renais, o que tende a melhorar a oferta de serviços, bem como maior comodidade pela proximidade.

O cargo de coordenação de saúde bucal, em geral, é exercido por cirurgiões-dentistas, que desempenham função exclusiva na gestão ou associada à assistência. Porém, a função pode ser desenvolvida pelo coordenador da atenção básica, que pode compreender outras categorias profissionais.

Inicialmente informações gerais foram colhidas como: nome, cargo, local e hora da entrevista. Na sequência, o agradecimento por participar da pesquisa. O primeiro aspecto a ser questionado foi o perfil do gestor, através de indagações a respeito de formação (curso, ano e instituição), cargos que já exerceu, tempo que está no cargo atual, tempo que está no município e tipo de vínculo.

É fundamental conhecer os processos de trabalho das equipes de saúde bucal, a fim de qualificá-los e oportunizar a reflexão acerca deste tema. Os processos de trabalho sofreram adequações ao longo da inserção da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família, de modo que atualmente algumas prerrogativas são esperadas, como a conversão do modelo tradicional, centrado na doença, com enfoque curativo, para um modelo mais abrangente, centrado na família, voltado à promoção da saúde e prevenção de agravos (PAVONI; MEDEIROS, 2009).

Esse aspecto pode ser observado quando os entrevistados foram questionados a respeito do processo de trabalho, considerando principalmente a rotina, a organização da demanda. Esta se trata de um dos principais problemas dos serviços de saúde bucal, que deve ser enfrentado e discutido entre usuários e trabalhadores de saúde.

Em estudo realizado em municípios de Pernambuco, os autores observaram que as equipes reservaram um ou mais turnos da semana para atendimento aos grupos prioritários (82,3%). A marcação por demanda espontânea, método tradicional de marcação das unidades básicas de saúde, mostrou-se mais frequente nos municípios de pequeno porte, quando comparados aos de grande porte (PIMENTEL et al., 2012).

Corroborando com os resultados de Krug et al. (2010) em seu estudo, dos seis entrevistados, quatro relataram apresentar as duas formas de atendimento à demanda: a demanda programada ou agendada e demanda espontânea.

> *Lá tanto tem demanda programada, como demanda espontânea. Tem as duas formas (Entr. 1).*

Os demais entrevistados relataram deixar os cirurgiões-dentistas à vontade para organizar a sua demanda, apesar de orientar a respeito do atendimento aos grupos prioritários, porém o que exige, de fato, é a produção.

> *Cada dentista organiza o seu atendimento, eu só cobro a produção, mas a gente sempre orienta para fazer o grupo prioritário (Entr. 4).*

> *Eu cobro a produção, a forma como eles atendem depende deles (Entr. 5).*

Porém, é importante ressaltar a importância do acompanhamento das equipes pelo coordenador de saúde bucal, que, dentre muitas responsabilidades, deve organizar o modelo de atenção à saúde bucal do município e orientar as equipes quanto às suas responsabilidades e ao

cumprimento dos princípios e diretrizes do SUS na ESF (PIMENTEL et al., 2012).

Entre os que apresentam demanda programada ou agendada, os relatos foram distintos. Um deles apontou a demanda programada objetivando conclusão do tratamento, de modo ilimitado, porém condicionado à assiduidade do paciente. Outro relatou realizar triagem prévia, também sem apresentar limite para retornos. Um entrevistado disse fazer uso do agente comunitário de saúde como intermediário no processo de agendamento. A baixa cobertura foi referida por um dos entrevistados como fator restritivo à organização da demanda.

Os relatos apresentados mostram a atual tendência de reorganização do modelo assistencial, porém são requeridas habilidades de adaptação dos serviços decorrentes das especificidades locais. Não há um modelo a seguir. Diante da realidade vivenciada e do diálogo com usuários, que são o foco das ações, é fundamental definir a estratégia que possa atender às expectativas de todos.

Outro questionamento realizado aos entrevistados foi a respeito da experiência em outros municípios, como fundamentação para a organização do processo de trabalho explicitado anteriormente.

Um dos entrevistados, em reuniões com outros profissionais da saúde, observou que a maior parte dos colegas tenta seguir a lógica que prioriza o agendamento em detrimento da demanda espontânea. Porém, o agendamento se dá de formas distintas: ora realizado por microáreas, considerando o Agente Comunitário de Saúde como intermediário, ora a necessidade apontada pelo usuário na recepção da unidade.

De acordo com as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, o agendamento é um item importante na reordenação da atenção odontológica. O agendamento objetiva substituir práticas centradas em procedimentos cirúrgicos, restauradores e mutiladores por rotinas que considerem o indivíduo como um ser integral, desenhando uma evolução no atendimento quando comparado àquele por livre demanda (BRASIL, 2004).

Em relação ao levantamento epidemiológico de necessidades, houve uma tentativa de realizá-lo, porém frustrada, em decorrência da demora do andamento da fila de espera. Outro relato descreveu algumas

experiências prévias de tentativa de organização da demanda: fila por ordem de chegada com limite de atendimentos, o que ocasionou situações desagradáveis como usuários dormindo na porta da unidade e venda de local na fila; abertura de agenda, que proporcionava, também, a referida fila, embora virtual.

Dois entrevistados disseram já ter encontrado tal organização dos processos de trabalho. Porém, um destes relatou a realização de adaptações na organização que encontrou no município: diferenciou datas por localidades e implantou o cartão de retorno.

> *Era desse jeito, o que eu fiz foi colocar por localidade, porque eu acho mais organizado e coloquei o cartãozinho, fiz o cartão do município (Ent.2).*

Entre as dificuldades foi relatada a inserção tardia do dentista na Estratégia Saúde da Família e uma demanda reprimida extensa. Atualmente, o tempo médio de espera pelo atendimento agendado é de dois meses.

Outra dificuldade apontada na organização do processo de trabalho foi a baixa cobertura das equipes de saúde bucal, como será discutido posteriormente.

> *E a dificuldade lá é grande por conta de nunca ter cobertura de todas as equipes (Entr. 1).*

A organização do atendimento pode ser vista de distintas maneiras na literatura. Pode ser organizada por faixa etária (criança, adolescente, adulto, idoso), por grupos prioritários (gestantes, hipertensos, diabéticos) e por risco (mães analfabetas, baixo nível socioeconômico). Além dessas formas de organização, também foram incluídas a demanda programada, que é determinada por meio do cadastramento familiar ou pelo levantamento epidemiológico; marcação por microárea, realizada pelos ACS; agenda aberta, em que todos os usuários que comparecem à unidade, a qualquer horário do dia, são agendados para atendimento, quando houver vaga; e demanda espontânea, quando os usuá-

rios comparecem ao serviço à procura de atendimento, diariamente ou semanalmente, e competem por um número de fichas ou vagas para atendimento no período. A demanda espontânea ocasiona a formação de filas, por vezes, em horários inoportunos (madrugada), de usuários em busca da consulta odontológica (PIMENTEL et al., 2012).

Em 2004, o Ministério da Saúde instigou o desenvolvimento de ações que contemplassem as linhas do cuidado, como: da criança, do adolescente, do adulto, do idoso e o desenvolvimento de ações complementares voltadas para as condições especiais de vida como saúde da mulher, saúde do trabalhador, portadores de necessidades especiais, hipertensos, diabéticos, dentre outras. Porém, para que a organização do serviço alcance o sucesso almejado é preciso que haja o envolvimento da equipe com a comunidade, informando-a e orientando-a a respeito do acesso ao sistema.

## Considerações finais

É relevante considerar alguns aspectos em relação ao que foi exposto. Inicialmente em relação ao perfil do gestor, é extremamente importante que os coordenadores da saúde bucal e gestores em geral sejam estimulados e impulsionados a se capacitarem nas áreas relacionadas às atividades que desempenham a fim de poder exercer as suas atribuições com coerência. São também importantes o vínculo e o tempo em exercício, que sem dúvida interferem diretamente na credibilidade e realização das ações.

Outro ponto que requer atenção é em relação aos processos de trabalho, especialmente no tocante à organização da demanda. É preciso a compreensão de que devemos aprimorar o modelo assistencial vigente. Buscar constantemente mecanismos que possam garantir à população o acesso aos serviços e às ações da saúde bucal. Isso também se relaciona com infraestrutura disponibilizada e recursos humanos. Não há um sem o outro quando se trata de saúde bucal, mesmo nas ações educativas, como a disponibilização de escovas dentais e dentifrícios.

Um importante aspecto que merece destaque é a responsabilização e compromisso dos gestores, o conhecimento do que ocorreu até

dada situação chegar àquele ponto. De modo que se apropriem das suas responsabilidades, bem como dos acontecimentos relacionados à saúde pública, como fluoretação das águas de abastecimento público, conselho municipal de saúde, conferências de saúde e ouvidorias. Só a partir desse conhecimento, independentemente do tempo em exercício, será possível propor e reivindicar melhorias para a saúde bucal. Porém, é preciso conhecer, se apropriar da situação.

É necessária e urgente a ampliação da cobertura populacional de equipes de saúde bucal. Com uma cobertura relativamente satisfatória, dentro do que é preconizado pelo ministério da saúde, será possível (e só assim) desempenhar plenamente as suas atribuições, respeitando os princípios do SUS, bem como da atenção primária à saúde. É a base, o sustentáculo, o início do percurso para percorrer essa estrada, que é a saúde bucal.

São necessários investimentos e atenção para a saúde bucal. Isso diz respeito ao fornecimento de insumos e equipamentos de modo regular e de qualidade; à inclusão de manutenção preventiva, solicitação e disponibilidade para a população do que há de mais eficaz e eficiente na odontologia. Há, é claro, de valorizar o profissional, tanto o de nível superior quanto o de nível médio, estimulando-os através de estratégias de bonificação por desempenho, por exemplo, garantindo-lhes os direitos trabalhistas, capacitações e atenção à saúde do trabalhador.

Ainda é preciso mencionar a necessidade de padronização de procedimentos e o cumprimento do que é previsto na normatização da saúde bucal pelo ministério da saúde, em relação à assistência; os protocolos que consideram os diversos ciclos vitais e condições de vida, a assistência à gestante, criança, idoso, trabalhador, paciente impossibilitado de ir à unidade de saúde, por exemplo. Não nos esqueçamos de atividades relacionadas à prevenção do câncer de boca e reabilitação protética com o intuito de reduzir a dívida histórica de uma odontologia mutiladora praticada há até pouco tempo, além de atividades de promoção da saúde e prevenção de agravos à saúde precisam ser urgentemente instituídas. É preciso desconsiderar, ainda, preferências pessoais, e considerar a coletividade, a comunidade em nome de algo

instituído nacionalmente, a PNSB, que almeja simplesmente a melhoria da qualidade de vida por meio da manutenção da saúde bucal dos brasileiros.

Considerando a importância da avaliação das ações em saúde desenvolvidas no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), com o propósito de qualificar a atenção à saúde e a importância que tem a atenção básica para reorientar o modelo assistencial vigente e incluindo no campo de prática da atenção básica a saúde bucal, se mostra producente a aplicação de outros instrumentos com o intuito de legitimar as avaliações em saúde bucal, como o que foi explicitado nesse trabalho.

## Bibliografia

ALVES, Z. M. M. B.; SILVA, M. H. G. F. D. da. Análise qualitativa de dados de entrevista: uma proposta. *Paidéia*, Ribeirão Preto, n. 2, jul. 1992.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2011. 229 p.

BELEI, R. A. et al. O uso de entrevista, observação e videogravação em pesquisa qualitativa. *Cad. Educação*, Pelotas v. 30, p. 187-199, jan./jun. 2008. Disponível em: <http://migre.me/ws2oh>. Acesso em: 9 mar. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Caderno do programa nacional de avaliação dos serviços de saúde*: PNASS. Brasília: Ministério da Saúde. 2014. 69 p. Disponível em: <http://migre.me/wE9pI>. Acesso em: 3 abr. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. *Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos*. 2012b. Disponível em: < http://migre.me/wG9aS>. Acesso em: 3 jan. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. *Diretrizes da política nacional de saúde bucal*. 2004. Disponível em: <http://migre.me/ws2b1>. Acesso em: 12 jan. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família*. 2013. Disponível em: <http://dtr2002.saude.gov.br/proesf/autoavaliacaoesf/paginas/amqoquee.asp>. Acesso em: 13 nov. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. *Avaliação na atenção básica em saúde*: caminhos da institucionalização. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 35 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Informática do SUS. DATASUS. *Programa nacional de avaliação dos serviços de saúde*. Brasília, 2012a. Disponível em: <http://pnass.datasus.gov.br/>. Acesso em: 13 nov. 2014.

BRITO JÚNIOR, A. F.; FERES JÚNIOR, N. A utilização da técnica da entrevista em trabalhos científicos. *Evidência*, v. 7, n. 7, p. 237-250, 2011.

CALVO, M. C. M.; HENRIQUE, F. Avaliação: algumas concepções teóricas sobre o tema. In: LACERDA, J. T. de; TRAEBERT, J. L. *A odontologia e a estratégia saúde da família*. Tubarão: Unisul, 2006. p. 115-139.

CAVALCANTI, R. P.; GASPAR, G. S.; GOES, P. S. A. de. Utilização e acesso aos serviços de saúde bucal do SUS: populações rurais e urbanas. *Pesq. Bras. Odontoped. Clin. Integr*., v. 12, n. 1, p. 121-26, 2012.

CEARÁ. Plano Diretor de Regionalização. *Fortaleza*: Estado do Ceará. 2006. 83 p. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pdr_2006_ce.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2012.

COLUSSI, C. F.; CALVO, M. C. M. Modelo de avaliação da saúde bucal na atenção básica. *Cad. Saúde Pública*, v. 27, n. 9, p. 1731-1745, 2011.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). *Avaliação em saúde*: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 29-48.

FURTADO, J. P. Avaliação de programas e serviços. In: CAMPOS, G. W.; MINAYO, M. C. de S.; AKERMAN, M. et al. *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 715-740.

INSTITUTO DE PESQUISA E ESTRATÉGIA ECONÔMICA DO CEARÁ. *Ceará em Mapas*. 2010. Disponível em: < http://www2.ipece.ce.gov.br/atlas/capitulo2/21.htm>. Acesso: 13 nov. 2012.

KRUG, S. B. F. et al. O processo de trabalho na estratégia de saúde da família: o que dizem os profissionais de saúde em Santa Cruz do Sul/RS. *Textos & Contextos*, Porto Alegre, v. 9, n. 1, p. 77-88, 2010.

LAGE, N. *A reportagem*: teoria e técnica de entrevista e pesquisa jornalística. Rio de Janeiro: Record, 2001.

LESSA, C. F. M.; VETTORE, M. V. Gestão da atenção básica em saúde bucal no município de Fortaleza, Ceará, entre 1999 e 2006. *Saúde e Soc.,* São Paulo, v. 19, n. 3, jul./set. 2010. Disponível em: <http://migre.me/wFAUU>. Acesso: 19 dez. 2013.

MINAYO, M. C. de S. (Org.). Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012.

NICKEL, D. A. *Modelo de avaliação da efetividade da Atenção em saúde bucal*. 2008. 89 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

OLIVEIRA, E. et al. Análise de conteúdo e pesquisa na área da educação. *Rev. Diálogo Educacional*, v. 4, n. 9, p. 11-27, 2003.

PAEGLE, A. C. R. O.; SOUZA E. H. A.; OLIVEIRA, P. A. Coordenação das equipes de saúde bucal: avaliação para a melhoria da qualidade (AMQ). *Pesq. Bras. Odontoped. Clin. Integr*, v. 12, n. 4, p. 497-503, 2012.

PAVONI, D. S.; MEDEIROS, C. R. G. Processos de trabalho na equipe estratégia de saúde da família. *Rev. Bras. Enferm*, v. 62, n. 2, p. 265-271, 2009.

PIMENTEL, F. C. et al. Caracterização do processo de trabalho das equipes de saúde bucal em municípios de Pernambuco, Brasil, segundo

porte populacional: da articulação comunitária à organização do atendimento clínico. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, 2012. Suplemento S146-S157.

ROCHA, R. de A. C. P.; GOES, P. S. A. de. Comparação do acesso aos serviços de saúde bucal em áreas cobertas e não cobertas pela estratégia saúde da família em Campina Grande, Paraíba, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v. 24, n. 12, dez. 2008.

ROESE, A.; GERHARDT, T. M. J. M. Diário de campo: construção e utilização em pesquisas científicas. *Online Braz. J. Nurs*, v. 5, n. 3, 2006.

SADE, C. et al. O uso da entrevista na pesquisa-intervenção participativa em saúde mental: o dispositivo GAM como entrevista coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 10, p. 2813-2824, 2013.

SCHRAIBER, L. B. Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. *Rev. Saúde Pública*, v. 29, n. 1, p. 63-74, 1995.

SISSON, M. C. Métodos de avaliação de serviços e programas de saúde. *R. Bras. Ciências Saúde,* v. 11, n. 3, p. 265-276, 2007. Disponível em: <http://migre.me/wFB5y>. Acesso em: 9 mar. 2014.

VELLOSO, M. P.; GUIMARÃES, M. B. L. A imagem na pesquisa qualitativa em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 1, p. 245-252, 2013. Disponível em: <http://migre.me/wFB6Z>. Acesso em: 9 mar. 2014.

# AVALIAÇÃO DA ESTRUTURA DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
## Requisitos para um cuidado efetivo

*Cícera Rejane Tavares de Oliveira*
*Andrea Gomes Linard*
*Marco Túlio Aguiar Mourão Ribeiro*
*Alexandre Cesar Tavares Vidal*

## Introdução

A inclusão do acompanhamento pré-natal no conjunto das ações básicas desenvolvidas pelas equipes de saúde da família propiciou o aumento do acesso, no entanto, os óbitos por hipertensão na gravidez, hemorragias, infecção puerperal, complicações no trabalho de parto e abortos, são ainda a maioria das causas de mortalidade materna, embora facilmente evitáveis (MEDRONHO, 2006).

Além disso, a cobertura e a qualidade da assistência pré-natal e perinatal são fatores importantes na determinação da mortalidade infantil neonatal que se mantém elevada em nosso país (BRASIL, 1998; 2000; FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS SOCIEDADES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA, 2001). Estes aspectos refletem o comprometimento da qualidade da atenção.

A oferta de cuidados qualificados à gestante exige unidades de saúde com infraestrutura adequada, profissionais capacitados e que a organização dos processos de trabalho desenvolvidos esteja baseada em

uma gestão participativa. Outro aspecto fundamental é garantir acesso e acolhimento de todas as gestantes às diversas unidades de atenção, sempre que necessário (SÃO PAULO, 2010).

A Estratégia Saúde da Família no Brasil, em particular em Juazeiro do Norte, na macrorregião do Cariri cearense, vivencia um momento especial, em que a avaliação de suas atividades aparece como o caminho necessário para se conseguir a qualidade, evidenciado pelo Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ).

Nesse sentido, avaliar os serviços de saúde deve ser considerado como uma prática importante, uma vez que tem como objetivo o diagnóstico situacional de uma determinada realidade de saúde, e assim, dar subsídio ao planejamento e à organização de ações em saúde, de construir e aprimorar programas de atenção adequando-os à realidade específica (SAMICO et al., 2010).

Para avaliar a qualidade da assistência em saúde é necessário considerar três componentes, estrutura, processo e resultados. Entretanto, a estrutura da unidade é essencial, pois não há como fornecer os cuidados, sem as condições mínimas necessárias (DONABEDIAN, 1980).

A estrutura dos serviços envolve os recursos físicos, disponibilidade de equipamentos e materiais, recursos humanos e organizacionais. Percebe-se que quanto mais adequada for a estrutura, maior a chance de a assistência ser de qualidade.

Para o pré-natal de qualidade na Atenção Básica, o Ministério da Saúde estabelece os passos necessários que incluem a garantia dos recursos humanos, físicos, materiais e técnicos indispensáveis à atenção pré-natal, considerando aspectos intelectuais, emocionais, sociais e culturais e não somente um cuidado biológico das gestantes e familiares (BRASIL, 2012).

O pré-natal influencia diretamente os coeficientes de morbidade e mortalidade materna e infantil e é indicativo da qualidade dos serviços de saúde (MEDRONHO, 2006). Neste sentido, faz-se necessário que a assistência pré-natal esteja organizada para atender às reais necessidades das gestantes, através da utilização dos conhecimentos científicos existentes e dos meios e recursos mais adequados e disponíveis. Compreende-se que é imprescindível a avaliação dos serviços de saúde,

especificamente na atenção pré-natal, de baixo risco, desenvolvidas nas unidades de saúde da família para que se obtenha uma melhor visão do serviço oferecido. Além disso, a qualidade do pré-natal ainda se constitui um desafio inerente para gestores e para toda a equipe de saúde envolvida no cuidar das gestantes.

Assim, a avaliação em saúde vem ocupando lugar de destaque entre as ações de planejamento e gestão (BRASIL, 1998; FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS SOCIEDADES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA, 2001; RIBEIRO FILHO, 2004; BRASIL, 2012; BOSI; UCHIMURAI, 2007), como ferramenta que auxilia a tomada de decisões, delimitando os aspectos mais fragilizados que carecem de maiores investimentos.

Portanto, tão importante quanto ampliar a oferta de cuidados, é garantir os recursos necessários para que a assistência pré-natal seja de qualidade, corroborando para a redução dos índices de morbidade e mortalidade materna, perinatal e neonatal.

Este estudo teve como objetivo avaliar a qualidade da estrutura da atenção pré-natal em unidades de saúde da família do Município de Juazeiro do Norte.

## Método

O presente estudo utilizou parte da dissertação de mestrado "Avaliação da qualidade da atenção pré-natal na Estratégia Saúde da Família em um município do interior cearense".

Foram selecionadas aleatoriamente treze equipes de saúde da família do município de Juazeiro do Norte/CE, duas equipes de cada um dos seis distritos e uma equipe de zona rural.

Consideraram-se os seguintes critérios: foram excluídas do estudo as equipes que não prestam assistência pré-natal ou que, por qualquer razão, não disponibilizam o atendimento pré-natal no momento da pesquisa; também foram excluídas aquelas com menos de um ano de atuação no território.

Na seleção dos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros), foram levados em consideração os critérios: participação voluntária no

estudo; atuação em equipe de saúde da família selecionada para o estudo; participação no programa há no mínimo um ano.

O número de profissionais que participaram do estudo foi 24. Dois profissionais foram excluídos da pesquisa, um por não atender ao critério mínimo de um ano atuando na equipe e outro por se encontrar de licença por tempo indeterminado.

Nesse estudo foram utilizados dois instrumentos de coleta de dados, um para observação da estrutura e outro aplicado aos profissionais. O primeiro instrumento continha questões sobre os recursos físicos, materiais, humanos e organizacionais. O segundo instrumento foi desenvolvido de forma a complementar as questões que não poderiam ser observadas, por meio de um questionário aplicado ao médico e enfermeiro de saúde da família. Ambos foram aplicados no período de novembro a dezembro de 2013. Após o pré-teste dos instrumentos, foi realizado o estudo. Cada instrumento, após o preenchimento, passou por uma etapa de revisão e por dupla digitação para correção de possíveis omissões e erros.

Para avaliar sua estrutura, a assistência pré-natal foi dividida em quatro componentes: recursos físicos, recursos materiais, recursos humanos e recursos organizacionais. Essa classificação é uma adaptação (MELO, 2009).

Os critérios incluídos no componente "instalação física" foram obtidos através de observação direta da estrutura (instalação física, presença de recepção, sala de espera, sala de atividades educativas, consultórios para médico e enfermeiro, dispensário de medicamentos e acesso para portadores de necessidades especiais). Os critérios incluídos no componente "recursos humanos" foram equipe completa e profissionais de saúde com participação em capacitação para atender gestantes, cujos dados foram obtidos através de observação e de entrevista com profissionais de saúde da família.

Com relação ao componente "recursos materiais", os critérios foram obtidos através de entrevistas com profissionais (disponibilidade laboratorial e disponibilidade de material educativo para atuação junto às gestantes), e os critérios através de observação direta (mobiliário, equipamentos e instrumentais mínimos para o atendimento às gestantes;

insumos; material impresso; medicamentos; equipamentos eletrônicos; equipamento de informática e registro de dados e agendamento) através da observação.

Os critérios dos "recursos organizacionais" foram obtidos através da observação (sistema de distribuição de fichas; agendamento prévio das consultas; atendimento em dois turnos; normas para atendimento pré-natal; profissionais com identificação; atendimento prioritário) dois critérios obtidos através da entrevista dos profissionais (garantia da consulta puerperal independente do cronograma e práticas educativas com a gestante e ou familiares).

Para a avaliação da estrutura, foi apresentada a frequência absoluta e relativa em conformidade para cada critério, para cada componente e para todos os componentes da estrutura, segundo informações obtidas através de observação direta e de entrevista com os profissionais de saúde. A classificação da dimensão estrutura adotou os seguintes pontos: adequado - de 80 a 100% de respostas positivas; intermediário - entre 60% e 80% de respostas positivas; inadequado - abaixo de 60% de respostas positivas. Este ponto de corte já foi utilizado em outros estudos (MELO, 2009; MOURA; HOLANDA JÚNIOR; RODRIGUES, 2003).

Os dados foram tabulados no Microsoft Excel e exportados para o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 17.0 para Windows no qual todas as análises foram realizadas. Os dados qualitativos foram expressos em forma de frequência absoluta e percentual.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, sob nº CAEE: 17018113.9.0000.5054, na perspectiva de atender aos aspectos contidos na Resolução nº 466/2012 sobre pesquisa envolvendo seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde. A participação dos profissionais no estudo era feita mediante a apresentação, aceitação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Não há conflito de interesse em relação aos métodos utilizados como parte da investigação ou interesse financeiro dos pesquisadores.

## Resultados

Referente aos recursos físicos, foram observadas as seguintes condições dos espaços: instalação física, sala de espera, sala de reuniões, sala de dispensação de medicamentos, consultórios com privacidade, consultórios para médico e enfermeiro, biombos no consultório para exames ginecológicos, recepção e instalação para portadores de necessidades especiais (Tabela 1).

Tabela 1 – Presença de Recursos Físicos das 13 Unidades Básicas de Saúde do Município de Juazeiro do Norte-CE. Juazeiro do Norte (n=13)

| Recursos Físicos | N | % |
|---|---|---|
| ***Instalação Física*** | | |
| Espaço coberto | 12 | 92,3 |
| Portas | 11 | 84,6 |
| Pia para higiene das mãos | 11 | 84,6 |
| Iluminação | 10 | 76,9 |
| Ventilação | 10 | 76,9 |
| Instalações elétricas | 9 | 69,2 |
| Conservação de piso | 9 | 69,2 |
| Sanitários | 9 | 69,2 |
| Sala de reuniões | 9 | 69,2 |
| Janelas | 8 | 61,5 |
| Conservação do teto | 7 | 53,8 |
| Instalações hidráulicas | 7 | 53,8 |
| Conservação de parede | 4 | 30,8 |
| ***Instalação para portadores de necessidades especiais*** | | |
| Recepção | 13 | 100,0 |
| Sala de dispensação de medicamentos | 13 | 100,0 |
| Consultórios médico e enfermagem | 12 | 92,3 |
| Privacidade visual e auditiva | 10 | 76,9 |
| Biombo para consulta ginecológica | 10 | 76,9 |
| Cadeira de rodas | 9 | 69,2 |
| Rampa | 7 | 53,8 |
| Largura das portas | 5 | 38,5 |
| Corrimão | 2 | 15,4 |
| Banheiros | 1 | 7,7 |

Fonte: Elaborada pelos autores.

Verificou-se que os itens relacionados à instalação física tiveram baixa frequência nas unidades, exceto a pia para higienização das mãos e a conservação de portas, que estiveram presentes em 84,6% das unidades. Entretanto, as instalações hidráulicas e o teto apresentaram-se em más condições em quase metade das unidades de saúde (53,8%) e a conservação das paredes foi constatada em apenas 30,8%. Elementos como ventilação e iluminação em 76,7%, encontravam-se em condições adequadas nas unidades. No geral a instalação física teve 66% de concordância.

Quanto à instalação física para pessoas portadoras de necessidades especiais, verificou-se que nenhuma unidade de saúde possuía todos os itens necessários à acessibilidade. Apenas uma unidade possuía banheiro adaptado (7,7%). A rampa esteve presente em 53,8% das unidades. Identificou-se adequada largura das portas (38,5%) e presença de corrimão (15,4%). A cadeira de rodas foi o item de acessibilidade verificado com maior frequência nas unidades (69,2%). As unidades de saúde, em geral, apresentaram problemas de acessibilidade.

As unidades de saúde dispunham de recepção para prestar informações ao público e sala de dispensação de medicamentos e, 69,2% delas, possuíam uma sala destinada a atividades de educação em saúde ou reuniões. Em 92,3% das unidades, existia sala de espera compatível com a demanda e consultórios em quantidades que permitiam atendimento de médicos e enfermeiros. Quanto à garantia de privacidade no momento da consulta 76,9% das unidades atendiam esta prerrogativa.

Considerando os mobiliários, equipamentos e instrumentais mínimos necessários para uma consulta pré-natal, estavam disponíveis em todas as unidades (n=13): mesa e cadeiras, mesa ginecológica, escada de dois degraus, *Sonnar* ou estetoscópio de *Pinard* e fita métrica. Em menores percentuais foram encontrados foco de luz e estetoscópio clínico em 92,3% das unidades; balança com estadiômetro e esfigmomanômetro havia disponibilidade em 84,6% das unidades. Verificaram-se, espéculos e gestograma em 76,9% das unidades; pinças de *Cheron* e disco para IMC disponíveis em 69,2% e 53,8% das unidades de saúde, respectivamente.

Quanto aos insumos (Tabela 2), a sua disponibilidade era aquém do desejado, face às expectativas de resolubilidade das equipes de saúde da família. O pior desempenho encontrado foi para os itens: saco de lixo (23,1%), papel toalha (15,4%) e sabonete líquido (0%). Identificou-se também carência de material para coleta da colpocitologia oncótica.

Tabela 2 – Frequência de Insumos das Unidades de Saúde da Família do Município de Juazeiro do Norte (n=13)

| Insumos | N | % |
|---|---|---|
| Termômetro | 12 | 92,3 |
| Algodão | 10 | 76,9 |
| Máscara | 10 | 76,9 |
| Batas ou camisolas | 10 | 76,9 |
| Lençóis | 9 | 69,2 |
| Fixador | 8 | 61,5 |
| Abaixador de língua | 8 | 61,5 |
| Lâmina bisturi | 7 | 53,8 |
| Esparadrapo | 6 | 46,2 |
| Ácido acético | 6 | 46,2 |
| Gazes | 4 | 30,8 |
| Lugol | 4 | 30,8 |
| Álcool 70 | 4 | 30,8 |
| Porta lâmina | 4 | 30,8 |
| Saco de lixo | 3 | 23,1 |
| Papel toalha | 2 | 15,4 |

Fonte: Elaborada pelos autores.

Os impressos como ficha de cadastro da gestante, receituário, ficha perinatal, cartão da gestante, livro de gestantes, estavam disponíveis na grande maioria das equipes de saúde da família, em percentuais sempre superiores a 84%.

A disponibilidade de equipamentos eletrônicos para atividades educativas (TV, aparelho de som, aparelho de videocassete e aparelho de DVD) foi muito baixa. Nenhuma unidade possuía equipamentos de informática. O registro de dados era feito manualmente em 61,5% das unidades. Quanto aos meios de comunicação somente uma unidade possuía linha telefônica funcionando.

O conjunto de medicamentos pesquisado restringiu-se àqueles essenciais ao tratamento de problemas de saúde mais frequentes nas gestantes e puérperas, não considerou a sua suficiência, mas apenas a presença do item na unidade.

Os percentuais de equipes com disponibilidade de medicamentos por tipo foram os seguintes, por ordem de frequência: ácido fólico, sulfato ferroso, amoxicilina 500mg e azitromicina 500mg (92,3%); cefalexina 500mg, metildopa 250mg, metronidazol gel (84,6%); vitamina A (69,2%); dipirona e fenoterol (53,8%); metoclopramida gotas (38,5%); miconazol creme a 2% (7,7%). Os demais medicamentos não foram encontrados (dimeticona, hidróxido de alumínio, paracetamol, hioscinabutilescopolamina, nitofutantoína). Quanto à regularidade do fornecimento dos medicamentos, 70,8% dos profissionais referiram não haver problemas, ou seja, mensalmente, a Farmácia Central repõem o estoque de medicamentos das unidades mediante solicitação.

Em relação a atividades educativas, 79,2% dos profissionais afirmam realizar algum tipo de prática educativa direcionada à gestante. Contudo, quanto aos insumos destinados à atividade educativa apresentaram baixo percentual de concordância. Quando indagados a respeito da existência de qualquer material educativo, menos de 1/3 dos profissionais afirmaram dispor deste recurso.

A pesquisa investigou, junto aos profissionais de saúde, a garantia de realização de exames laboratoriais quando solicitados pelas equipes. Segundo os profissionais de saúde, havia a disponibilidade total dos exames laboratoriais, com exceção da urocultura que foi listada como disponível por 91,3% dos profissionais, o teste de tolerância à glicose 75g e Coombs indireto 87,5% e colpocitologia oncótica 79,2%.

Dos profissionais, 37,5% referiu haver dificuldade na realização dos exames. As dificuldades apontadas foram demora na entrega de resultados e erros nos resultados.

Quanto à organização do serviço (Tabela 3), 84,6% das equipes possuíam o sistema de distribuição de fichas para organização do atendimento. Apenas 7,7% das equipes não realizavam o agendamento das consultas previamente.

Tabela 3 – Adequação da Estrutura das Unidades de Saúde da Família do Município de Juazeiro do Norte

| Componentes da estrutura | N | n | % | Adequação |
|---|---|---|---|---|
| ***Recursos físicos*** | | | | |
| Instalação física | 143 | 95 | 66,4 | Intermediário |
| Sala de espera | 13 | 12 | 92,3 | Adequado |
| Sala de reuniões | 13 | 9 | 69,2 | Intermediário |
| Acesso para pessoas com necessidades especiais | 65 | 24 | 36,9 | Inadequado |
| Recepção | 13 | 13 | 100,0 | Adequado |
| Consultórios (m/e) | 13 | 12 | 92,3 | Adequado |
| Consultórios com privacidade | 13 | 10 | 76,9 | Intermediário |
| Consultórios com biombo | 13 | 10 | 76,9 | Intermediário |
| Dispensário de medicamentos | 13 | 13 | 100,0 | Adequado |
| TOTAL | 299 | 198 | 66,2 | Intermediário |
| ***Recursos materiais*** | | | | |
| Mobiliário – Equipamentos – Instrumentais | 182 | 150 | 82,4 | Adequado |
| Insumos | 234 | 117 | 50,0 | Inadequado |
| Equipamentos Eletrônicos | 52 | 6 | 11,5 | Inadequado |
| Telef. Func. | 13 | 1 | 7,7 | Inadequado |
| Impressos | 117 | 91 | 77,8 | Intermediário |
| Medicamentos disponíveis | 221 | 123 | 55,7 | Inadequado |
| Equipamento de informática | 13 | 0 | 0,0 | Inadequado |
| Reg. dados e agendamento | 13 | 8 | 61,5 | Intermediário |
| Insumos para atividade educativa | 24 | 7 | 29,2 | Inadequado |
| Apoio laboratorial | 312 | 299 | 95,8 | Adequado |
| TOTAL | 1181 | 802 | 67,9 | Intermediário |
| ***Recursos organizacionais*** | | | | |
| Sist. dist. Fichas | 13 | 11 | 84,6 | Adequado |
| Agendamento prévio consulta | 13 | 12 | 92,3 | Adequado |
| Agendamento em dois turnos | 13 | 6 | 46,2 | Inadequado |
| Normas para atendimento pré-natal | 13 | 10 | 76,9 | Intermediário |
| Identificação | 39 | 18 | 46,2 | Inadequado |
| Atendimento prioritário | 13 | 13 | 100,0 | Adequado |
| Garante consulta puerperal | 24 | 19 | 79,2 | Intermediário |
| Práticas educativas | 24 | 19 | 79,2 | Intermediário |
| TOTAL | 152 | 108 | 71,1 | Intermediário |
| ***Recursos humanos*** | | | | |
| Equipe completa | 13 | 11 | 84,6 | Adequado |
| Recebeu capacitação | 24 | 21 | 87,5 | Adequado |
| TOTAL | 37 | 32 | 86,5 | Adequado |
| Estrutura | 1669 | 1140 | 68,3 | Intermediário |

Fonte: Elaborada pelos autores.

Quanto à existência de protocolos ou normas, 76,9% das equipes possuíam algum tipo de protocolo que orientava sobre o atendimento às gestantes, e menos da metade das equipes disponibilizavam o atendimento em dois turnos (46,2%). O atendimento às gestantes foi considerado prioritário em todas as equipes. Entretanto, a consulta puerperal era garantida independente do cronograma por 79,2% dos profissionais.

No tocante ao parâmetro "profissional com identificação", foi observado que 58,3% dos médicos utilizavam alguma identificação, os enfermeiros 53,8% e os técnicos ou auxiliar de enfermagem 30,8%. O dentista, o técnico de saúde bucal ou auxiliar de consultório dentário e os profissionais do NASF foram excluídos, por atender em mais de uma equipe e não se encontrarem presentes no momento da pesquisa nas referidas unidades em estudo.

No concernente aos recursos humanos, em conformidade com as diretrizes preconizadas, 11 das 13 equipes estavam completas com profissionais de saúde e administrativos concomitantes. A pesquisa revelou que a maioria dos profissionais médicos e enfermeiros era do sexo feminino, e 87,5% haviam recebido alguma capacitação para atender gestantes.

Destaca-se que nenhuma unidade de saúde da família apresentou adequação a todos os componentes da estrutura, ou seja, recursos físicos, materiais, organizacionais e humanos.

Os recursos físicos, materiais e organizacionais foram considerados como padrão intermediário 66,2%, 67,9% e 60,2% respectivamente. Contudo, os recursos humanos foram classificados como adequados com 86,5%. A estrutura foi classificada em intermediária (68,3%) (Tabela 3).

## Discussão

Neste estudo, observou-se que as unidades de saúde, em sua maioria, apresentaram problemas quanto aos recursos físicos, especialmente ao acesso para pessoas com necessidades especiais e, más condições da instalação física, especialmente o teto, paredes e instalações hidráulicas.

Estudo também aponta deficiências nos recursos físicos (SILVEIRA; SANTOS; COSTA, 2001). Contudo, estudos mais recentes evidenciam que as unidades de saúde em sua maioria, não apresentam problemas quanto à estrutura física, a não ser em relação ao local para realização de atividades educativas (NOGUEIRA, 2008; ROCHA, 2011). Sendo este aspecto válido também para o cenário por nós pesquisado, no qual a ausência de local para realização de atividades educativas foi verificada em algumas unidades de saúde.

A Política Nacional de Humanização destaca os princípios gerais para o acompanhamento adequado, entre elas a garantia de privacidade, seja nas consultas ou na realização de exames. Salienta o compromisso com ambiência (que deve ser acolhedora e confortável, que respeite a privacidade), melhoria das condições de trabalho e atendimento (BRASIL, 2004b). Acesso e acolhimento também são elementos essenciais do atendimento, para que se possa incidir efetivamente sobre o estado de saúde do indivíduo e da coletividade (XIMENES NETO et al., 2008). Estes elementos podem favorecer a reorganização dos serviços e a qualificação da assistência prestada por meio de uma arquitetura que facilite a entrada, a acolhida e a saída dos usuários, gerando maior satisfação dos usuários, mais conforto e maior utilização dos serviços.

Ainda sobre o aspecto físico da unidade, dados muitos próximos ao nosso estudo, também foram encontrados, como a presença de pia para higienização das mãos nos consultórios. Entretanto, somente a presença deste item, não garante que esta medida de controle de infecção seja realizada (XIMENES NETO et al., 2008). Quando se analisam os insumos, sabonete não foi encontrado em nenhuma unidade, e papel toalha esteve ausente na maioria das unidades de saúde. Esse ponto chama atenção, especialmente na consulta de pré-natal, na qual os procedimentos realizados com a gestante necessitam de contato direto, e a higienização das mãos, importante medida de proteção e redução de infecções cruzadas, é impossibilitada pela ausência de materiais.

Além de garantir os recursos físicos, é necessário garantir os recursos materiais. Contudo, é importante ressaltar que só a existência do material não garante a qualidade do atendimento, pois não assegura o

uso pelo profissional, nem que o seja de modo correto. Em outra pesquisa também se verifica a existência de pia dentro dos consultórios, porém não o seu uso entre as consultas (ROCHA, 2011).

O Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento preconiza que deva ser garantida a existência de equipamentos, instrumental e insumos mínimos para a realização das consultas de pré-natal (BRASIL, 2005). Portanto, a ausência ou a quantidade insuficiente ou ainda qualidade desses insumos comprometem a assistência a ser prestada.

Com relação aos equipamentos e outros insumos, também foram observadas deficiências em algumas unidades para a realização do exame físico geral, como a medição da altura, peso e pressão, e do exame de colpocitologia oncótica. Esse ponto chama atenção, haja vista que, em outros estudos sobre a avaliação do pré-natal, não foram identificadas deficiências nos recursos materiais (SILVEIRA; SANTOS; COSTA, 2001; NOGUEIRA, 2008; ROCHA, 2011; RAMOS; LIMA, 2003). Além disso, a ausência de tais materiais repercute na qualidade da atenção prestada, pois algumas morbidades que elevam o risco materno e perinatal, para serem diagnosticadas, como a hipertensão e as doenças sexualmente transmissíveis, necessitam desses materiais.

Outro aspecto, é a garantia de realização dos exames básicos laboratoriais, que diagnosticam ou previnem agravos, permitindo a redução dos riscos maternos e neonatais. Contudo, esses exames devem ser realizados em tempo oportuno, o mínimo recomendado e com qualidade nos resultados para que se alcancem os objetivos desejados. Assim, é fundamental permitir o acesso dos exames, quando pertinentes (FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS SOCIEDADES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA, 2001).

Constatou-se neste estudo haver apoio laboratorial para realização dos exames de rotina do pré-natal, esta realidade corrobora os dados de outros estudos (NOGUEIRA, 2008; ROCHA, 2011). Porém, a demora dos resultados, bem como equívocos nos resultados, foi apontada como dificuldades por parte dos profissionais.

A disponibilidade de medicamentos para o tratamento dos principais problemas de saúde da gestante e da futura puérpera, também é um pré-requisito de qualidade do serviço prestado. Nesta pesquisa merece

destaque a carência de medicamentos encontrada nas unidades de saúde. É imprescindível que as unidades de saúde disponham medicamentos essenciais. Portanto, é necessário não apenas identificar os problemas de saúde, mas tratá-los adequadamente, prevenindo complicações, reduzindo os riscos (ROCHA, 2011).

Preconiza-se a utilização de instrumentos de registros tais como: o cartão da gestante, a ficha perinatal, a ficha de cadastramento de gestante e o mapa de registro diário. Tais instrumentos permitem o acompanhamento sistematizado da evolução da gravidez, do parto e do puerpério, possibilitando a seleção de elementos necessários para a avaliação das estatísticas do serviço (BRASIL, 1998; FIGUEIREDO; ROSSONI, 2008). Embora disponíveis muitos dos instrumentos, percebeu-se a não utilização pelas equipes, excetuando-se a ficha perinatal e o cartão da gestante.

O acesso extrapola a dimensão geográfica, inclui também as dificuldades a enfrentar para obtenção do atendimento, filas, local e tempo de espera (XIMENES NETO et al., 2008). Nesse sentido, organizar o serviço de modo a oferecer às gestantes horários em dois turnos, pode ser uma estratégia para reduzir o número de faltosas e de abandono do pré-natal. Sobre o agendamento das consultas de pré-natal e a distribuição de fichas para ordenar o serviço, a maioria das equipes a utilizam como estratégia de organização. Há vários pontos positivos, contudo salienta-se a importância da flexibilidade da rotina (XIMENES NETO et al., 2008). Tal prática organiza e humaniza a atenção reduzindo o tempo de espera, as filas propiciando conforto e segurança para a gestante (RAMOS; LIMA, 2003).

A educação em saúde é considerada a principal ferramenta a ser utilizada na tentativa de desenvolver e estimular o processo de mudanças de hábitos e transformação no modo de viver (BRASIL, 2005). Sobre tal questão, a pesquisa mostrou que 79,2% afirmaram realizar algum tipo de atividade educativa com a gestante e ou familiares e menos de 30% dos profissionais afirmaram dispor de materiais educativos e 69,2% das equipes dispunham de um ambiente específico. Também percebeu-se nos resultados da pesquisa realizada em Sobral que alguns dos centros de saúde da família não possuem espaço para

atividades de educação em saúde. Em estudo realizado no município de Fortaleza, a sala para a realização de educação em saúde foi o aspecto menos cotado (ROCHA, 2011).

Destaca-se a importância do trabalho educativo como garantia da integralidade (BRASIL, 2012). Salienta-se também que no pré-natal a mulher deve ser melhor orientada para que possa viver o parto de forma positiva, ter menos riscos de complicações no puerpério e mais sucesso na amamentação (RIOS; VIEIRA, 2007). Assim, é importante garantir espaço para realização do trabalho educativo, bem como os insumos necessários, tendo em vista as diferentes formas de abordagem nesse processo. Dentro da política de humanização ela garante propiciar o financiamento de projetos que melhorem a ambiência dos serviços: salas de conversa, espaços de conforto, mobília adequada, comunicação visual etc. (BRASIL, 2004).

O Ministério da Saúde preconiza que a assistência pré-natal seja realizada por profissionais de saúde treinados e capacitados para um cuidado de qualidade e integral à saúde da mulher (BRASIL, 1998).

Considerando os recursos humanos, em sua maioria era do sexo feminino e eram suficientes na maior parte das unidades. Estudo sobre o perfil dos profissionais do programa saúde da família também aponta o predomínio do sexo feminino entre os profissionais dessas equipes (COTTA, 2006). Outra pesquisa que avaliou os recursos humanos concluiu também serem quantitativamente suficientes (ROCHA, 2011).

Havia médicos e enfermeiros conduzindo o pré-natal. Não se pôde constatar a existência de profissionais adequadamente treinados na área, contudo a maioria havia recebido capacitação, porém o tempo da última capacitação, em média, foi superior a cinco anos. A qualificação do profissional de saúde é um dos caminhos e um dos desafios para que se alcance maior qualidade dos serviços de atenção à saúde, além da melhoria das condições de trabalho e de infraestrutura dos serviços prestados pelos profissionais do Programa Saúde da Família (COTTA, 2006).

Assim, os principais problemas apontados em estudos da literatura em relação à qualidade da atenção dedicada às gestantes referem-se ao não cumprimento das normas e rotinas por parte dos profissionais, ao não preenchimento de registro (SILVEIRA; SANTOS; COSTA, 2001), no entanto, a inadequação da atenção pré-natal pode estar associada à

falta de uma estrutura adequada, constituindo um dos principais obstáculos para o aperfeiçoamento da qualidade da assistência pré-natal.

## Considerações finais

Este estudo forneceu um panorama da situação da estrutura da atenção pré-natal em unidades de saúde da família do município de Juazeiro do Norte, delimitando os aspectos mais fragilizados que carecem de maiores investimentos. Essas informações possibilitam maior compreensão sobre a realidade, subsidiando reflexões e discussões entre profissionais e gestores, com intuito de melhoria da qualidade da assistência oferecida às gestantes. Contudo, dada à complexidade que envolve avaliar a realidade apresentada pelo serviço, salienta-se a limitação dos dados apresentados por não ter contemplado todas as equipes e o sistema de referência e apoio para as equipes.

A avaliação da estrutura possibilitou identificar problemas que têm repercussão direta no cuidar as gestantes. Apesar das limitações inerentes à avaliação, esta pesquisa revelou ser de aplicabilidade prática e recomendada para o aperfeiçoamento do serviço oferecido, visando assegurar a obtenção de indicadores positivos, e que estes possam ser mantidos, contribuindo para o fortalecimento das ações da Estratégia Saúde da Família, bem como para a melhoria da saúde materno-infantil. Ressalta-se ainda que os resultados observados em discussão juntamente com a gestão e as equipes de saúde, subsidiarão a tomada de decisões em relação aos aspectos que carecem de maiores investimentos.

Por fim, conclui-se que avaliação, é peça fundamental do planejamento e organização dos serviços de saúde, permite a compreensão da realidade e, a partir da constatação das dificuldades, unirem esforços com o propósito de modificá-la positivamente.

## Bibliografia

OSI, M. L. M.; UCHIMURAI, K. Y. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde? *Rev. de Saúde Pública*, v. 41, n. 1, p. 150-153, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Atenção ao pré-natal de baixo risco*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Assistência pré-natal*: normas e manuais técnicos. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Humaniza SUS*: política nacional de humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Pré-natal e puerpério*: atenção qualificada e humanizada: manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Urgências e emergências maternas*: guia para diagnóstico e conduta em situações de risco de morte materna. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

COTTA, R. M. M. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do programa saúde da família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 15, n. 3, p. 7-18, 2006.

DONABEDIAN, A. Basic approaches do assessment: structure, process, outcome. In: DONABEDIAN, A. *Exploration in quality assessment and monitoring*. Ann Arbor: Health Administration Press, 1980. p. 77-125.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS SOCIEDADES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. *Assistência pré-natal*: manual de orientação. Rio de Janeiro: Febrasgo, 2001.

FIGUEIREDO, P. P.; ROSSONI, E. O acesso à assistência pré-natal na atenção básica: à saúde sob à ótica das gestantes. *Rev. Gaúcha Enferm.*, Porto alegre, v. 29, n. 2, p. 238-245, 2008.

MEDRONHO, R. A. *Epidemiologia.* São Paulo: Atheneu, 2006.

MELO, E. M. Q. B. *Avaliação do grau de implantação do pré-natal de alto risco de um hospital-escola de Pernambuco, Brasil*. 2009. 100 f.

Dissertação (Mestrado em Saúde Materno Infantil) – Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, Recife, 2009.

MOURA, E. R. F.; HOLANDA JÚNIOR, F.; RODRIGUES, M. S. P. Avaliação da assistência pré-natal oferecida em uma microrregião de saúde do Ceará, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v. 19, n. 6, p. 1791-1799, 2003.

NOGUEIRA, C. L. M. T. *Avaliação da assistência pré-natal na XIX^a R. A. do município do Rio de Janeiro*. 2008. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2008.

RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v. 19, n. 1, p. 27-34, 2003.

RIBEIRO FILHO, B. *Avaliação de qualidade da atenção pré-natal em quatro unidades do programa de saúde da família do município de Manaus - AM*. 2004. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola de Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

RIOS, C. T. F.; VIEIRA, N. F. C. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, n. 2, p. 477-486, 2007.

ROCHA, R. S. *Atenção pré-natal na rede básica de Fortaleza/Ce*: uma avaliação da estrutura, do processo e do resultado. 2001. 94 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2011.

SAMICO, I. et al. (Org.). *Avaliação em saúde*: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: Medbook, 2010. 196 p.

SÃO PAULO. Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Planejamento em Saúde. Assessoria Técnica em Saúde da Mulher. *Atenção à gestante e à puérpera no SUS – SP*: manual técnico do pré-natal e puerpério. São Paulo: SES, 2010.

SILVEIRA, D. S.; SANTOS, I. S.; COSTA, J. S. D. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. *Cad. Saúde Pública*, v. 17, n. 1, p. 131-139, 2001.

XIMENES NETO, F. R. G. et al. Qualidade da atenção ao pré-natal na estratégia saúde da família em Sobral, Ceará. *Rev. Bras. Enferm.*, v. 61, n. 5, p. 595-602, set./out. 2008.

## Parte II

# PROCESSO SAÚDE-DOENÇA E INTERFACE COM A EPIDEMIOLOGIA

# SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE PORTADOR DE TUBERCULOSE
## Construção de instrumento

*Emilia Soares Chaves Rouberte*
*Rafaelle Lopes de Oliveira*
*Rafaella Pessoa Moreira*
*Isaura Letícia Tavares Palmeira Rolim*
*Andrea Gomes Linard*

## Introdução

A ciência enfermagem está baseada numa ampla estrutura teórica, e o processo de enfermagem é um método, por meio do qual essa estrutura é aplicada à prática da enfermagem. A participação do cliente nesse processo é fundamental, pois oferece subsídios para o levantamento e validação de dados, expressando seus reais problemas, procurando realizar troca de informações, de expectativas e de experiências. Assim, será possível desenvolver um plano de cuidados mais adequado e estabelecer resultados atingíveis (GOUVEIA; LOPES, 2004).

O enfermeiro ao utilizar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) proporciona um espaço para captação das necessidades, colaborando para a resolução de problemas de sua competência e articulação com outros setores, profissionais ou estruturas de apoio (MARQUES; NÓBREGA; SILVA, 2012).

A enfermagem brasileira tem avançado nas pesquisas em relação ao processo de enfermagem, tanto no ensino quanto na implementação e aplicabilidade. Entretanto, muitas instituições de saúde ainda não adotaram esse método de assistência, já que o conhecimento teórico-prático dos enfermeiros sobre ele tem se mostrado deficiente.

Entre as etapas da sistematização, estão a identificação dos diagnósticos de enfermagem e as intervenções. Uma das classificações diagnósticas de Enfermagem é a Taxonomia II da NANDA Internacional, e para a classificação dos resultados e intervenções de Enfermagem tem-se a *Nursing Outcomes Classification* (NOC) e *Nursing Interventions Classification* (NIC), respectivamente.

O diagnóstico de enfermagem compreende uma das fases do processo de enfermagem, que deve ser fundamentado em um julgamento clínico de evidências, exigindo do enfermeiro competências nos domínios intelectual, interpessoal e técnico, uma vez que dão subsídios à escolha das intervenções e projeção dos resultados (HERDMAN, 2012). Portanto, considerando a utilização de diagnósticos, resultados e intervenções na prática do enfermeiro, julga-se importante que este aspecto seja tratado junto a um grupo específico da população assistida pelo enfermeiro, os portadores de tuberculose.

Apesar de existirem recursos tecnológicos para promover o controle da tuberculose (TB), ainda não há perspectiva de obter, em futuro próximo, sua eliminação como problema de saúde pública. Além disso, a associação da tuberculose com a infecção pelo HIV e a emergência e propagação de cepas resistentes representam desafios adicionais (BRASIL, 2011a).

A tuberculose continua sendo, mundialmente, um importante problema de saúde, exigindo o desenvolvimento de estratégias para o seu controle, considerando aspectos humanitários, econômicos e de saúde pública.

O Brasil é um dos países priorizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que concentram 80% da carga mundial de tuberculose. Apesar dos indicadores em relação à tendência de queda da incidência e da mortalidade por tuberculose no Brasil, seus números absolutos ainda trazem um desafio grandioso. São mais de 70 mil casos novos e o número de óbitos ultrapassa 4,5 mil a cada ano (BRASIL, 2011c).

Em 2010, o Estado do Ceará notificou 3.456 casos novos de TB. A capital do estado, Fortaleza, apresentou taxa de incidência de 68,3/100.000 habitantes (BRASIL, 2011a). Em relação à taxa de mortalidade, em 2009, o Estado apresentou 3,2/100.000 habitantes e a capital, 5,3/100.000 habitantes. Em 2010, 64,5% dos casos novos de TB realizaram Tratamento Diretamente Observado (TDO). Avaliando o encerramento dos casos, em 2009, o Estado obteve 69,9% de cura e 8,4% de abandono entre os casos novos de TB (BRASIL, 2011c).

No plano político, o Ministério da Saúde (MS) tem desenvolvido ações no combate e controle da TB. Desde 2003, elegeu a tuberculose como problema prioritário de saúde pública. Para além das medidas técnico-administrativas, ampliou o orçamento do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), e tem estimulado firmemente a organização e a participação da sociedade civil no controle social da tuberculose (BRASIL, 2011a).

No plano técnico, o MS ampliou e qualificou a equipe do PNCT, viabilizando uma ativa participação de seus técnicos em todo o território nacional e em foros internacionais de decisão e adotou cada um dos elementos da estratégia do *Stop TB*, a começar pelo seu primeiro elemento que trata da implementação do tratamento diretamente observado (TDO) (BRASIL, 2011b).

Nesse cenário, a enfermagem adquire especial importância na execução das ações de controle da tuberculose e, por isso, o Ministério da Saúde publicou, em 2011, edição de um protocolo específico: TDO na atenção básica – protocolo de enfermagem, para as atividades do enfermeiro no âmbito da atenção básica –, reconhecendo a importância da sistematização do trabalho da enfermagem como metodologia para garantir a supervisão do tratamento e evitar intercorrências.

Sabe-se que o cliente em tratamento para tuberculose ainda sofre estigma e está sujeito a várias alterações físicas e psicológicas. Portanto, a possibilidade de um acompanhamento organizado e direcionado poderia minimizar tais problemas, possibilitando maior adesão ao tratamento.

O objetivo da assistência de enfermagem é acompanhar o paciente com tuberculose e sua família durante todo o tratamento, possibilitando identificar e monitorar os efeitos adversos, complicações de-

correntes e algum fator que possa influenciar o abandono. Os registros realizados atualmente, na prática, despendem muito tempo, por falta de uma sistematização adequada, uma vez que são realizados de forma descritiva e aleatória, e não permitem uma organização dos dados. Desta forma, houve interesse em buscar a elaboração de um instrumento que pudesse sistematizar o trabalho realizado pelo enfermeiro.

Assim, considerou-se a necessidade de colaborar para a implantação da SAE, uma vez que, possivelmente, se fará o instrumento de comunicação que efetivará as atividades do enfermeiro para assistir o paciente, promover subsídios para planejar, coordenar e avaliar suas ações.

Espera-se que os resultados desse trabalho proporcionem melhoria na assistência ao paciente com tuberculose; melhore os registros e as questões operacionais das ações de controle; aumente a taxa de adesão ao tratamento e de cura, e fomente a promoção da saúde na comunidade.

Portanto, o estudo teve como objetivo construir um instrumento para a sistematização da assistência de enfermagem a portadores de tuberculose em uma unidade básica de saúde da família.

## Percurso metodológico

Tratou-se de um estudo descritivo e exploratório para a elaboração de um instrumento de sistematização da assistência de enfermagem.

A pesquisa foi realizada em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde, vinculada à Prefeitura Municipal de Fortaleza-Ceará. A opção pela referida instituição deve-se aos seus indicadores revelarem grande demanda de pacientes com tuberculose.

Os participantes do estudo foram 13 pacientes portadores de tuberculose, sendo este o total de pacientes em tratamento na unidade de saúde, no período da coleta de dados.

A fase de coleta dos dados foi realizada em fevereiro de 2014. Durante o TDO, numa sala específica e reservada para tal tratamento, realizado semanalmente na unidade de saúde, local do estudo. Foram identificados os principais problemas, as queixas, os fatores relacionados, foram identificados os diagnósticos de enfermagem e ainda planejadas e elaboradas as intervenções de enfermagem.

Os dados para a fase de identificação dos diagnósticos de enfermagem foram coletados a partir de um instrumento elaborado pelo Ministério da Saúde em 2011, intitulado TDO da Tuberculose na Atenção Básica: Protocolo de Enfermagem (BRASIL, 2011b). No entanto, foram necessárias mais informações além das que constavam no instrumento do MS e, portanto, foram incorporadas novas questões ao instrumento existente.

Após a coleta de dados, foram identificados os diagnósticos de enfermagem e planejadas as intervenções e resultados que formaram um instrumento adequado para a realidade local. Para tanto, utilizou-se como sistema de classificação dos diagnósticos de enfermagem a taxonomia II da NANDA-I (NANDA, 2014); para as intervenções de enfermagem, a classificação da NIC (JOHNSON, 2009); e para os resultados a Classificação dos Resultados de Enfermagem da NOC (JOHNSON, 2009).

O processo de elaboração e inferência dos diagnósticos seguiu as etapas preconizadas por Gordon (1994): coleta, interpretação e agrupamento das informações e nomeação das categorias. A etapa da coleta de informações envolveu a busca e a avaliação do histórico e do exame físico. Após essa etapa, os dados foram interpretados e agrupados. Essa interpretação inclui processos de inferência, julgamento e argumentação. A última fase (nomeação das categorias) é a denominação das informações em categorias diagnósticas. No processo de inferência diagnóstica, as histórias clínicas foram avaliadas pela pesquisadora e pela orientadora. O consenso entre ambas foi o critério para aceitar os diagnósticos de enfermagem formulados.

Feito isso, foi elaborado um instrumento, com histórico de enfermagem, diagnósticos, metas, resultados e intervenções, que poderá ser utilizado posteriormente pelos profissionais de Enfermagem da Unidade de Saúde, no atendimento e acompanhamento dos pacientes com tuberculose.

Este trabalho foi encaminhado para avaliação e autorização da Coordenação da Instituição. Em seguida, foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, sendo aprovado sob o número 614.031.

## Resultados e discussão

Foram abordados, no estudo, 13 pacientes portadores de tuberculose que realizavam atendimento na unidade de saúde. A seguir serão apresentados os resultados obtidos.

Tabela 1 – Distribuição dos participantes segundo perfil sociodemográfico. Fortaleza-Ce - 2014

| Variáveis | N | % |
|---|---|---|
| ***Idade (anos)*** | | |
| 12 – 19 | 01 | 7,7 |
| 20 – 34 | 04 | 30,8 |
| 35 – 49 | 04 | 30,8 |
| Acima de 50 | 04 | 30,8 |
| ***Gênero*** | | |
| Masculino | 08 | 61,5 |
| Feminino | 05 | 38,5 |
| ***Ocupação*** | | |
| Desempregado | 05 | 38,5 |
| Aposentado | 02 | 15,4 |
| Operador de loja | 02 | 15,4 |
| Do lar | 01 | 7,7 |
| Serviço geral | 01 | 7,7 |
| Estudante | 01 | 7,7 |
| Geólogo | 01 | 7,7 |
| ***Escolaridade*** | | |
| Não alfabetizado | 01 | 7,7 |
| Ensino Fundamental | 06 | 46,1 |
| Ensino Médio | 05 | 38,5 |
| Nível Superior | 01 | 7,7 |
| Total | 13 | 100,0 |

Fonte: Elaborada pelas autoras.

Em relação à faixa etária, a maior frequência era de indivíduos a partir de 20 anos de idade. Quanto ao gênero, houve predomínio do sexo masculino. Em relação à ocupação, chama atenção 38,5% dos pacientes estarem desempregados. Quanto à escolaridade, apenas um paciente apresentava nível superior.

No Brasil, sem que se destaquem os pacientes internados por tuberculose, é maior a ocorrência da doença entre os 20 e 49 anos, com 63,70% (DIXIE; SNIDER; ONORATO, 1995). Na casuística deste estudo, os dados foram consistentes com os que se observam no Brasil.

A prevalência da tuberculose na idade adulta é maior entre os homens (COLMENERO et al., 1997). Não há explicação aparente para esta ocorrência, porém a maior exposição deles ao risco do contágio se explica pelo fato de serem os homens que saem mais de casa para atividades sociais ou profissionais, ou então, porque há uma frequência maior, entre eles, de tabagismo, de alcoolismo, que são fatores facilitadores do desenvolvimento da doença. Dentre os fatores não genéticos podem-se destacar menor autocuidado, menor procura aos serviços de saúde, menor adesão ao tratamento e maior exposição a doenças transmissíveis.

Tabela 2 – Distribuição dos participantes segundo os sinais, sintomas e fatores de risco. Fortaleza-Ce - 2014

| Sinais/sintomas/fator de risco | N | % |
|---|---|---|
| Dispneia | 07 | 53,8 |
| Náusea | 04 | 30,8 |
| Fadiga | 05 | 38,5 |
| Tosse | 08 | 61,5 |
| Febre | 04 | 30,8 |
| Hiporexia | 06 | 46,1 |
| Perda de peso | 06 | 46,1 |
| Manifestações cutâneas | 04 | 30,8 |
| Dores articulares | 02 | 15,4 |
| Dor gástrica | 02 | 15,4 |
| Intolerância à atividade | 05 | 38,5 |
| Falta envolvimento dos membros da família | 06 | 46,1 |
| Isolamento social | 03 | 23,1 |
| Deficiência de conhecimento sobre doença e tratamento | 03 | 23,1 |

Fonte: Elaborada pelas autoras.

Chama atenção, neste estudo, o grande número de pacientes desempregados compatível com a atual realidade do país, demonstrando a já conhecida associação entre a doença e a estrutura econômica: a grande desigualdade socioeconômica do país torna a população mais suscetível a doenças como a tuberculose.

O estudo confirma a ideia de que o nível de escolaridade baixo pode ser indicativo de exclusão social e baixos índices de desenvolvimento humano. A baixa escolaridade pode refletir diretamente nas taxas de cura da doença, uma vez que a falta de informação pode dificultar a compreensão da patologia e a adesão ao tratamento.

Verifica-se uma grande variedade de sinais, sintomas e fatores de risco para os pacientes em tratamento de tuberculose. Esses sinais e sintomas podem estar relacionados tanto à doença quanto aos efeitos adversos do tratamento. Houve uma maior frequência de tosse e dispneia (61,5% e 53,8% respectivamente). Em seguida, teve-se hiporexia (46,1%) e falta de envolvimento dos membros da família (46,1%). Estes sinais e sintomas podem ser decorrentes da doença como também do tratamento que causa uma série de reações adversas.

A maioria das reações ocorre nos primeiros três meses de tratamento. Intolerância gástrica, manifestações cutâneas variadas e dores articulares são as reações adversas mais frequentemente descritas durante o tratamento. Os efeitos gastrointestinais (náuseas, vômitos, epigastralgia e dor abdominal) constituem o grupo de reações mais comuns e podem ser atribuídas a qualquer droga antituberculose (BRASIL, 2011a). Nos participantes deste estudo, efeitos adversos como náuseas, dor epigástrica, problemas cutâneos e articulares representaram, respectivamente, 30,8%, 15,4%, 30,8% 15,4% do total de efeitos colaterais, sendo também os mais frequentes dos efeitos adversos.

Acredita-se que o profissional de enfermagem que desenvolve uma assistência instrumentalizada pelo PE, à luz de um referencial teórico, será capaz de aprimorar as habilidades cognitivas e psicomotoras, associar e correlacionar conhecimentos multidisciplinares e estabelecer relações de trabalho melhor definidas e concretas (DALRI, 2005).

Uma vez identificados os sinais, sintomas e fatores de risco, esses foram comparados com as características definidoras e problemas colaborativos relatados na literatura (NANDA, 2014). Assim, foram apresentados os principais diagnósticos de enfermagem como mostra a Tabela 3.

Foram identificados 11 diagnósticos nos pacientes em tratamento para tuberculose. Verificou-se que 76,9% dos pacientes apresentaram o diagnóstico “nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais”. A partir dos diagnósticos, elaborou-se um plano de cuidados com a sistematização da assistência de enfermagem para esses pacientes.

A coleta de dados é o primeiro passo para determinar o estado de saúde do cliente. Todos os passos do PE dependem dos dados coletados

durante esta fase, por isso a necessidade de assegurar que as informações obtidas sejam efetivas, completas e organizadas de modo que ajude a adquirir um senso de padrão entre saúde e doença (ALFARO-LÉFEVRE, 2002). Dessa forma, a SAE deve ser muito bem embasada e a fase de coleta de dados, acima de tudo, sistemática e específica para cada cliente, já que tal levantamento de dados fundamenta o cuidado de enfermagem.

Tabela 3 – Distribuição dos participantes segundo a presença dos diagnósticos de Enfermagem. Fortaleza-Ce - 2014

| Diagnósticos de enfermagem | N | % |
|---|---|---|
| Nutrição desequilibrada: menos | 10 | 76,9 |
| Padrão respiratório ineficaz | 07 | 53,8 |
| Intolerância à atividade | 05 | 38,5 |
| Fadiga | 05 | 38,5 |
| Hipertermia | 04 | 30,8 |
| Náusea | 04 | 30,8 |
| Integridade da pele prejudicada | 04 | 30,8 |
| Dor aguda | 04 | 30,8 |
| Falta de adesão | 03 | 23,1 |
| Isolamento social | 03 | 23,1 |
| Conhecimento deficiente | 03 | 23,1 |

Fonte: Elaborada pelas autoras.

Silva et al. (2007) ressaltam os seguintes diagnósticos através das manifestações clínicas do paciente com TB: padrão respiratório ineficaz; nutrição alterada relacionada à ingestão abaixo das necessidades corporais; déficit do conhecimento relacionado à falta de orientação acerca da doença; intolerância à atividade. Todos esses diagnósticos também foram encontrados neste estudo.

Para Smeltzer et al. (2009), as metas para o cuidado do indivíduo acometido por TB incluem a permeabilidade das vias aéreas, maior conhecimento sobre a doença e regime de tratamento, a adesão ao tratamento medicamentoso, maior tolerância à atividade e ausência de complicações.

Ainda segundo Smeltzer et al. (2009), as prescrições de enfermagem devem incluir a promoção da depuração das vias aéreas, defesa de adesão ao regime de tratamento, promoção à atividade e nutrição adequada, monitoração e tratamento das complicações potenciais.

Os resultados esperados para indivíduos acometidos pela TB são: via aérea permeável, nível de conhecimento adequado sobre a doença, aderência ao regime medicamentoso conforme prescrição, participação na prevenção, manutenção dos horários, ausência de complicações e empreendimento de etapas para minimizar os efeitos colaterais da terapia medicamentosa.

## Sistematização da assistência de enfermagem para o paciente com tuberculose

A partir dos diagnósticos de enfermagem identificados, elaborou-se a sistematização da assistência de enfermagem com diagnósticos, resultados e intervenções (Quadro 1).

Quadro 1 – Descrição do diagnóstico, resultado esperado e intervenções de enfermagem. Fortaleza-Ce - 2014

| Diagnóstico de enfermagem | Resultado esperado | Intervenções de enfermagem |
|---|---|---|
| Padrão respiratório ineficaz, relacionado à secreção espessa, fadiga e precário esforço da tosse. | Passagem aberta e limpa para a troca de ar com o ambiente | - Aumentar a ingesta hídrica, para facilitar a fluidificação das secreções<br>- Realizar umidificação para amolecer as secreções e melhorar a ventilação<br>- Realizar drenagem postural<br>- Estimular a tosse e expectoração<br>- Observar a capacidade de tossir e expectorar muco eficazmente<br>- Documentar as características, a quantidade do escarro, a presença de hemoptise<br>- Ajudar o paciente a aumentar sua capacidade de tossir de forma efetiva<br>- Remover secreções, encorajando tossir ou aspirando<br>- Avaliar a função respiratória<br>- Auscultar os campos pulmonares<br>- Palpar quanto ao frêmito torácico<br>- Monitorar o ritmo cardíaco<br>- Monitorizar os sinais vitais<br>- Investigar mudanças ou deterioração súbitas no distúrbio<br>- Ensinar o paciente a usar inaladores, prescritos, conforme adequado<br>- Instruir sobre medidas de higiene e cobrir a boca e o nariz quando tossir e espirrar<br>- Monitorar e tratar as complicações potenciais |

| | | |
|---|---|---|
| Náusea relacionada ao tratamento. | Melhora do apetite<br>Controle de náuseas e vômitos<br>Melhora do estado nutricional, ingestão de alimentos e líquidos<br>Ganho de peso<br>Hidratação | - Controlar a náusea e vômito<br>- Monitorar estado nutricional<br>- Controlar e administrar medicamentos<br>- Manter saúde oral<br>- Monitorar aspectos hidroeletrolíticos<br>- Planejar a dieta |
| Intolerância à atividade relacionada à função respiratória ineficaz, fadiga, estado nutricional alterado e febre | Aptidão física<br>Atividade da vida diária<br>Atividades instrumentais da vida diária<br>Conservação da energia<br>Energia psicomotora<br>Tolerância à atividade | - Encorajar o repouso adequado e equilibrado com a atividade moderada<br>- Informar sobre as limitações na realização de atividades e a alternância destas com períodos de repouso para evitar a fadiga<br>- Avaliar a resposta do paciente à atividade<br>- Aumentar a ingesta hídrica, para facilitar a fluidificação das secreções<br>- Realizar umidificação para amolecer as secreções e melhorar a ventilação<br>- Realizar drenagem postural<br>- Avaliar quanto à dispneia, taquipneia, sons respiratórios anormais ou diminuídos, esforço respiratório aumentado, expansão torácica limitada e fadiga<br>- Elaborar um plano nutricional<br>- Encorajar um aumento da ingestão de proteína, ferro e vitamina C, quando adequado<br>- Monitorar o peso periodicamente<br>- Investigar anorexia, náusea ou vômito e observar possível correlação com o medicamento<br>- Monitorar a frequência, o ritmo cardíaco<br>- Monitorar os sinais vitais<br>- Monitorar sons intestinais; frequência, volume e consistência das fezes<br>- Monitorar a temperatura e os horários em que ocorrem os episódios de febre<br>- Administrar antitérmicos conforme prescrição médica |
| Nutrição desequilibrada: | Melhora do apetite<br>Autocuidado: alimentação<br>Melhora do estado | - Avaliar estado nutricional do paciente<br>- Confirmar as preferências nutricionais<br>- Elaborar um plano nutricional<br>- Monitorar o peso periodicamente; investigar anorexia e náusea ou vômito e observar possível correlação com o medicamento<br>- Encorajar um aumento da ingestão de proteína, ferro e vitamina C, quando adequado<br>- Garantir que a dieta inclua alimentos ricos em |

*(continuação Quadro 1)*

| Diagnóstico de enfermagem | Resultado esperado | Intervenções de enfermagem |
|---|---|---|
| menos do que as necessidades corporais, relacionada com a fadiga, tosse frequente, produção de escarro, dispneia e anorexia | nutricional<br>Melhora dos indicadores bioquímicos do estado nutricional<br>Adequação do padrão de nutrientes e líquidos ingeridos<br>Melhora da massa corporal | fibras, para evitar constipação<br>- Monitorar sons intestinais; frequência, volume e consistência das fezes;<br>- Observar relatos de náusea e de vômitos;<br>- Monitorizar os sinais vitais<br>- Realizar drenagem postural<br>- Estimular a expectoração<br>- Observar a capacidade de tossir ou expectorar muco eficazmente.<br>- Documentar as características, quantidade do escarro, presença de hemoptise<br>- Avaliar quanto a dispneia, taquipneia, sons respiratórios anormais ou diminuídos, esforço respiratório aumentado, expansão torácica limitada e fadiga |
| Conhecimento deficiente sobre as medidas preventivas, controle, tratamento e autocuidado | Conhecimento: Comportamento de saúde<br>Conservação da energia<br>Controle da doença<br>Medicação<br>Controle do uso de substâncias<br>Dieta<br>Regime terapêutico | - Observar a capacidade de tossir e expectorar muco eficazmente<br>- Documentar as características, quantidade do escarro, presença de hemoptise<br>- Conscientizar o paciente sobre a ingestão das medicações de forma correta<br>- Informar o paciente sobre os efeitos colaterais da medicação e a forma de minimizá-los<br>- Instruir o paciente sobre medidas de higiene e cobrir a boca e o nariz quando tossir ou espirrar<br>- Demonstrar e encorajar uma boa técnica de lavagem das mãos<br>- Encorajar o repouso adequado e equilibrado com a atividade moderada<br>- Discutir os aspectos debilitantes da doença<br>Instruir e modificar medidas de controle da dor com base na resposta do paciente<br>- Orientar o paciente sobre a maneira correta de tossir<br>- Informar sobre as limitações na realização de atividades e a alternância destas com períodos de repouso para evitar a fadiga<br>- Revisar sinais ou sintomas que exigem imediata avaliação clínica, por exemplo, dor torácica súbita, dispneia ou falta de ar, angústia respiratória progressiva<br>- Ensinar os pacientes a usar inaladores prescritos, conforme adequado |
| Hipertermia. | Termorregulação (equilíbrio entre a produção, o | - Monitorizar os sinais vitais<br>- Monitorar a temperatura e os horários em que ocorrem os episódios de febre |

*(continuação Quadro 1)*

| Diagnóstico de enfermagem | Resultado esperado | Intervenções de enfermagem |
|---|---|---|
| | aumento e a perda de calor) | - Orientar administração de antitérmicos conforme prescrição médica |
| Fadiga relacionada à ansiedade, estados de doença, má nutrição | Conservação da energia<br>Energia psicomotora<br>Melhora do estado nutricional<br>Resistência | - Controlar a nutrição<br>- Estimular atividades físicas<br>- Promover a melhora do sono |
| Integridade da pele prejudicada relacionada ao uso de medicamentos | Integridade tissular: pele e mucosas | - Monitorar a administração de medicamentos<br>- Supervisionar a pele<br>- Controlar o prurido<br>- Realizar cuidados com as lesões |
| Falta de adesão relacionada à duração do tratamento, falta de envolvimento de membros da família no plano de saúde, falta de conhecimento relevante para o comportamento de regime de tratamento | Adesão ao tratamento<br>Paciente inserido no tratamento supervisionado na unidade de saúde - TDO<br>Envolvimento dos membros da família no plano de saúde<br>Conhecimento sobre a doença e regime terapêutico | - Monitorar a administração de medicamentos<br>- Envolver os membros da família no plano de saúde<br>- Esclarecer sobre a doença e regime de tratamento |
| Isolamento social relacionado à doença, alterações na aparência física, bem-estar alterado e afeto triste | Bom ambiente familiar e social<br>Apoio social<br>Bem-estar pessoal com melhora da percepção e do enfrentamento<br>Aumento da socialização<br>Equilíbrio do humor | - Aconselhar<br>- Melhorar a autoestima<br>- Dar suporte emocional<br>- Dar suporte à família |
| Dor aguda relacionada a agentes lesivos | Controle da dor | - Orientar a prescrição de medicamentos para controle da dor<br>- Administrar medicamentos<br>- Dar suporte emocional<br>- Reduzir a ansiedade<br>- Proporcionar toque terapêutico<br>- Realizar terapia simples de relaxamento |

Fonte: Elaborada pelas autoras.

Considera-se que os achados deste trabalho são elementos importantes na avaliação dos pacientes em tratamento para tuberculose. Os dados também se constituem em fatores importantes a serem observados pelo enfermeiro para que se possa realizar uma boa evolução de enfermagem, instrumento de registro que favorece a qualidade do cuidado e implementação de intervenções que podem levar a resultados positivos de saúde.

## Conclusão

Foram evidenciados 11 diagnósticos de enfermagem. A partir destes, elaborou-se um plano de cuidados para os pacientes com tuberculose. Tal instrumento poderá ser validado, sofrer alterações quando necessário, e ter seu uso padronizado no atendimento aos pacientes com tuberculose.

Verificou-se a necessidade e importância de sistematizar a assistência para possivelmente melhorar a qualidade e garantir a continuidade do cuidado de enfermagem; aproximar o enfermeiro do cuidado; diminuir os erros humanos; organizar o excesso de informações; manter um banco de dados fértil para o desenvolvimento de pesquisas; exercitar a Enfermagem Baseada em Evidência; desenvolver padrões de cuidado e avaliar a sua efetividade; garantir o acesso à informação exata e oportuna; diminuir e controlar melhor os custos.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem vislumbra o aperfeiçoamento da capacidade de solucionar problemas, tomar decisões e maximizar oportunidades e recursos formando hábitos de pensamento. A SAE foi desenvolvida como método específico para aplicação da abordagem científica ou da solução de problemas na prática e para a sua aplicação, enfermeiros precisam entender e aplicar conceitos e teorias apropriados das ciências da Saúde, incluídas aí a própria Enfermagem, as ciências físicas, biológicas, comportamentais e humanas, além de desenvolver uma visão holística do ser humano. Esse conjunto de conhecimentos proporciona justificativas para tomadas de decisão, julgamentos, relacionamentos interpessoais e ações.

## Bibliografia

ALFARO-LÉFEVRE, R. *Aplicação do processo de enfermagem*: um guia passo a passo. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Manual de recomendações*: para o controle da tuberculose no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. 288 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Tratamento diretamente observado (TDO) da tuberculose na atenção básica*: protocolo de enfermagem. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. 172 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Sistema nacional de vigilância em saúde*: relatório de situação: Ceará. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011c. 39 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

COLMENERO, J. D. et al. Compliance, efficacy and tolerability of the therapeutic regimen recommended by national consensus on tuberculosis. *Enferm. Infecc. Microbiol. Clin.*, v. 15, p. 129-133, 1997.

DALRI, C. C. *Diagnósticos de enfermagem de pacientes em período pós-operatório imediato de cirurgia de colecistectomia laparoscópica*. 2005. 198 F. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Geral e Especializada) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

DIXIE, E. J.; SNIDER, J. R.; ONORATO, I. M. Epidemiology. In: ROSSMAN, M. D.; MACGREGOR, R. R. (Ed.). *Tuberculosis*. New York: McGraw-Hill, 1995.

GORDON, M. *Nursing diagnosis*: process and aplication. 3. ed. St. Louis: Mosby, 1994.

GOUVEIA, H. G.; LOPES, M. H. B. de M. Diagnósticos de enfermagem e problemas colaborativos mais comuns na gestação de risco. *Rev. Latino-Am. Enferm.*, Ribeirão Preto, v. 12, n. 2, p. 175-82, 2004.

HERDMAN, T. H. (Ed.). *Diagnósticos de enfermagem da NANDA internacional*: definições e classificação 2012-2014. Porto Alegre: Artmed, 2012.

JOHNSON, M. *Ligações entre NANDA, NOC e NIC*: diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. 703 p.

MARQUES, D. K.; NÓBREGA, M. M. L.; SILVA, K. L. Construção e validação de afirmativas de diagnósticos de enfermagem para adolescentes hospitalizados. *Rev. Eletr. Enf.*, v. 14, n. 3, p. 626-33, 2012.

NANDA INTERNACIONAL. *Diagnósticos de enfermagem da NANDA*: definições e classificações: 2012-2014. 2014. Disponível em: <http://migre.me/wE9AZ>. Acesso em:17 ago. 2013.

SILVA, A. A. et al. *Tuberculose*: identificação de diagnósticos de enfermagem da NANDA em indivíduos acometidos. Porto Alegre: Artmed, 2007.

SMELTZER, S. C. et al. *Brunner & Suddarth*: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. v. 1, p. 541-548.

# CONHECENDO A PRÁTICA DE MULHERES EM RELAÇÃO AO EXAME PAPANICOLAOU NO CONTEXTO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

*Elainy Fabrícia Galdino Dantas Malta*
*Fabiane do Amaral Gubert*
*Ivana dos Santos Fonseca*
*Marcela Ariadne Braga Gomes*
*Camila Teixeira Moreira Vasconcelos*

## Introdução

O câncer de colo uterino (CCU) é considerado diferente de outros tipos de neoplasias por apresentar um longo período de evolução, suas lesões precursoras podem ser detectadas em fase inicial, conferindo-lhe portanto, um dos mais altos potenciais de prevenção e cura entre todos os tipos de câncer existentes (GAMARRA; VALENTE; AZEVEDO E SILVA, 2010).

Apesar de ser uma causa de morte evitável quando diagnosticado e tratado precocemente, mundialmente esse tipo de neoplasia é a segunda malignidade mais comum em mulheres e uma das principais causas de morbidade e mortalidade. Registros da Organização Mundial da Saúde (OMS) mostram que em 2005 houve mais de 500 mil novos casos de câncer uterino no mundo, dos quais 90% aconteceram nos

países em desenvolvimento, levando à morte de 260 mil mulheres (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2007).

Segundo o Instituto Nacional do Câncer - INCA (2008), essa neoplasia se torna evidente na faixa etária de 20 a 29 anos, e o risco aumenta rapidamente até atingir seu pico geralmente na faixa etária de 45 a 49 anos. Nos países em desenvolvimento os casos são encontrados em estágios relativamente avançados e, consequentemente, a sobrevida média é de aproximadamente 49% após cinco anos. Fica evidente que o CCU é uma das mais graves ameaças à vida das mulheres, portanto, um grande problema de saúde pública a ser enfrentado a nível mundial.

No Brasil, é o segundo tumor mais frequente na população feminina, atrás apenas do câncer de mama, e a quarta causa de morte de mulheres brasileiras por câncer. Por ano, faz 4.800 vítimas fatais (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2011a). No ano de 2008, foram estimados 18.680 casos novos (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2007); 18 por 100.000 mulheres-ano para 2010 (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2009); e para 2012 foram estimados 17.540 casos (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2011b).

A estratégia utilizada nas últimas décadas em diversos países para a detecção precoce deste câncer e suas lesões precursoras, é a realização do exame citológico de Papanicolaou.

A disponibilização desse exame é a principal estratégia recomendada pelo Ministério da Saúde brasileiro para a prevenção do CCU. Anteriormente, o "exame de prevenção", como é conhecido popularmente, devia ser oferecido às mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos; atualmente, a faixa etária recomendada é a de 25 a 64 anos e que já tiveram atividade sexual. Devem fazer o exame a cada três anos, após dois exames normais consecutivos realizados com um intervalo de um ano (BRASIL, 2013).

O Brasil tem se empenhado, mostrado esforços no sentido de prevenir essa patologia. Observando o processo histórico, tem registrado que a partir de inúmeras discussões a nível mundial, em 1984, o Ministério da Saúde, atendendo às reivindicações do movimento de mulheres, elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da

Mulher (PAISM), contendo em suas bases programáticas a prevenção dos cânceres do colo do útero e de mama (TAVARES; ANDRADE; SILVA, 2009). Posteriormente, esse programa culminou na elaboração da Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher- Princípios e Diretrizes (PANAISM) em 2004, construída a partir dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

No entanto, apesar das iniciativas e esforços do governo brasileiro, especialmente no sentido de aumentar a cobertura da atenção básica a partir da implantação de equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), observa-se através de dados que o percentual de exame Papanicolaou realizado ainda é baixo.

Dados inéditos do MS brasileiro referentes ao primeiro semestre de 2011, evidenciam que foram realizados mais de 5,6 milhões de exames de citologia ou Papanicolaou. Para o público prioritário, mulheres entre 25 e 64 anos, foram realizados 4,3 milhões de exames, o que corresponde a 71% da meta (BRASIL, 2011a), ou seja, não conseguiu atingir o que é preconizado.

Analisando de forma regionalizada, estudos realizados concluem que a região Nordeste é onde existe a maior porcentagem do país de mulheres que nunca fizeram o exame citológico e das que fizeram há mais de três anos (BRASIL, 2011a).

No período de 2006 e 2009, apesar do aumento das equipes da ESF, o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) evidencia que no Nordeste houve uma redução de 8% na cobertura de exames citopatológicos cervicovaginais. No Ceará, a redução foi de 13,8% (BRASIL, 2011b).

Em relação ao município de Juazeiro do Norte, cidade do interior cearense, enquanto profissional efetiva da Estratégia Saúde da Família e atual coordenadora da Saúde Sexual e Reprodutiva deste município, percebo que sua realidade corrobora com os dados supracitados. Este possui aproximadamente 250 mil habitantes e, analisando a estrutura da rede de atenção básica à saúde, o município tem ampliado o número de equipes. De acordo com o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, a cobertura em janeiro de 2000 era de 19,01% e passou para 86,96% em julho de 2011 (BRASIL, 2011c).

Apesar dessa considerável ampliação, uma análise do indicador referente ao exame Papanicolaou no período de 2007 a 2011 em Juazeiro do Norte, revela que o município ainda não conseguiu garantir proteção mínima às mulheres contra o câncer de colo uterino, pois de 2007 a 2009 a meta pactuada no SISPACTO foi a razão de 0,3 e o resultado nesses anos foi de 0,2; em 2010 e 2011 foi pactuada a meta de 0,2 e, mesmo assim, os resultados declinaram: 0,17 e 0,15 respectivamente (BRASIL, 2011e).

Aumentar a cobertura do exame preventivo de câncer de colo uterino é uma das metas nacionais propostas no plano estratégico para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DCNT (BRASIL, 2011d). Diante da realidade de Juazeiro do Norte, percebe-se que, apesar da ampliação da rede de atenção básica, e consequentemente da oferta de serviços para prevenir o câncer de colo uterino, o número de exames realizados ainda é baixo, conforme indicador de saúde.

Essa constatação instigou-me inquietação e reflexões sobre os sistemas locais de saúde; pois, para que esses possam combater essa inequidade de gênero, é preciso mais do que organização e oferta de serviço, faz-se necessário construir um olhar ampliado voltado para as percepções de como as mulheres enxergam a doença, a prevenção e o impacto desta na qualidade de vida.

Seguindo esta linha de pensamento, são encontrados na literatura científica estudos que começaram a ser realizados para avaliar essas percepções femininas. Dentre os artigos, uma pesquisa realizada por Fernandes et al. (2009), com 267 mulheres do Rio Grande do Norte, com o objetivo de analisar conhecimentos, atitudes e práticas das mulheres em relação ao exame citológico de Papanicolaou e a associação entre esses comportamentos e características sociodemográficas, evidencia que as principais barreiras relatadas para a realização do exame são o descuido, falta de solicitação do exame pelo médico e vergonha, sugerindo, portanto, que as participantes não estão recebendo informações adequadas sobre o objetivo do exame, suas vantagens e benefícios para a saúde.

Outro estudo, o realizado por Vasconcelos et al. (2011), com 250 mulheres e com o objetivo de avaliar o conhecimento, a atitude

e a prática do exame colpocitológico entre usuárias de uma unidade básica de saúde (UBS) e verificar sua associação com variáveis sociodemográficas, mostra que 40,4% das entrevistadas são classificadas com conhecimento adequado. A maioria (98,4%) informa ter ouvido falar do exame, porém, somente 54,8% sabem que o exame serve para prevenir o CCU, e 42,1% relatam que o exame serve para detectar ou prevenir a AIDS. Quanto à atitude, apenas 10% citam a prevenção do CCU como razão para a realização do seu exame; e à prática, 72,8% das mulheres entrevistadas referem realizar o exame com intervalo não superior a três anos.

Diante do exposto, fica sedimentado que o comportamento das pessoas no que se refere à questão saúde é bastante complexo, pois depende de opinião, crenças, atitudes e valores de cada indivíduo. É preciso construir o cuidado dentro de um contexto de humanização, com a filosofia da promoção da saúde e prevenção de doenças buscando não só o envolvimento dos profissionais da saúde, mas também a coparticipação dos pacientes enquanto protagonistas da própria saúde. Mas para isso, fazem-se necessárias a sensibilidade e a atitude enquanto profissional da saúde, no sentido de identificar as potencialidades e especialmente as fragilidades da clientela feminina, e a partir da identificação, saber intervir de forma coerente e embasada.

Nesse sentido, este estudo é relevante à medida que busca identificar as reais dificuldades que têm levado as mulheres a não realizarem efetivamente o exame Papanicolaou na Estratégia Saúde da Família (ESF) de um município do interior do Ceará. Assim, o estudo teve como objetivo identificar as dificuldades encontradas para a realização do exame de Papanicolau na ESF por mulheres do interior do Ceará.

## Percurso metodológico

Tratou-se de um estudo transversal baseado em inquérito domiciliar do tipo Conhecimento, Atitude e Prática (CAP), com abordagem quantitativa. A coleta foi realizada no período de junho a outubro de 2013, na zona urbana de um município de grande porte do interior do estado do Ceará.

Utilizou-se cálculo amostral para estudos transversais com populações finitas obtendo-se uma amostra estimada em 240 mulheres. Foram considerados os seguintes critérios de inclusão: ter idade entre 20 e 59 anos; ser cadastrada na área adstrita das unidades de saúde do município (zona urbana); estar na unidade de saúde no momento da coleta; ter iniciado vida sexual; aceitar participar da pesquisa. De exclusão: não estar em plena condição física ou mental.

As entrevistas foram realizadas por meio do inquérito CAP, instrumento de coleta composto de três partes: 1- caracterização sociodemográfica e história sexual e reprodutiva das mulheres; 2- avaliação do conhecimento, atitude e prática relacionados a exame Papanicolaou; 3- Identificação das dificuldades para realizar o exame Papanicolaou na ESF.

Durante a coleta de dados, as mulheres foram abordadas na própria unidade de saúde, de forma individual em local reservado sendo o instrumento aplicado pelas próprias pesquisadoras. Após aplicação dos formulários, o conhecimento, a atitude e a prática sobre o exame de Papanicolaou foram classificados utilizando os seguintes critérios de adequabilidade:

**a) Conhecimento**

Adequado – quando a mulher referiu já ter ouvido falar sobre o exame, sabia que era para detectar câncer, de forma geral ou especificamente de colo uterino e sabia citar, pelo menos, dois cuidados necessários que deveria realizar antes do exame.

Inadequado – quando a mulher referiu nunca ter ouvido falar do exame ou já ter ouvido, mas não sabia o seu objetivo; ou quando não sabia citar, pelo menos, dois cuidados necessários antes de realizar o exame.

**b) Atitude**

Adequada – quando a mulher considerou necessário realizar o exame Papanicolau periodicamente, e ainda referiu que este deveria ser realizado mesmo que a mulher estivesse sadia, pois o exame é para prevenir o câncer de colo de útero. Quando a mulher considerou necessário

realizar o exame Papanicolau periodicamente e referiu que a mulher deveria procurar o exame periodicamente por ser um exame de rotina, somente foi considerada atitude adequada quando, concomitantemente, ela demonstrava conhecimento adequado sobre o exame.

Inadequada – quando a mulher considerou pouco necessário, desnecessário ou não tinha opinião sobre a necessidade do exame, e ainda, simultaneamente ou não, apresentou outras motivações para procurar o serviço de saúde para a realização do exame que não a prevenção do câncer de colo de útero.

**c) Prática**

Adequada – quando a mulher havia realizado seu último exame preventivo, no máximo, há três anos; retornou para receber o último resultado do exame realizado tendo mostrado ou não o resultado do exame para um profissional de saúde.

Inadequada – quando havia realizado o último exame preventivo há mais de três anos, ou nunca realizou o exame, mesmo já tendo iniciado atividade sexual há mais de um ano; ou não tenha retornado para receber o último exame; ou ainda não tendo mostrado o resultado do exame para um profissional de saúde.

Os dados obtidos foram armazenados e tratados no programa estatístico STATA, versão 12.0. Foi assegurado o cumprimento das normas para pesquisa com seres humanos presentes na Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde do Brasil (BRASIL, 2012a). O projeto foi cadastrado na Plataforma Brasil e encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, sendo aprovado sob o parecer de número 229.552.

## Resultados e discussão

Participaram do estudo 240 mulheres. Dentre estas, a maioria apresentou idade entre 20 e 29 anos (32,9%), era casada ou em união estável (76,7%), possuía o ensino fundamental (46,2%), era inserida na religião católica (85,8%), não trabalhava fora de casa (62,5%) e possuía renda familiar entre 1 e 2 salários mínimos (83,3%).

Quanto às questões sexuais e reprodutivas, as entrevistadas tinham parceiro fixo (87,1%); não usavam preservativo (86,7%) nem outro método contraceptivo (73,3%); possuiam filhos (86,2%); sem aborto (70%); sem histórico de doenças sexualmente transmissíveis (DST) (98,3%); não tiveram problemas no útero (83,8%) nem caso de câncer uterino na família (92,9%).

As informações de cada seguimento do CAP foram identificadas segundo critérios de adequação já descritos anteriormente, sendo observados, portanto, percentuais de inadequação elevados nos itens conhecimento e atitude (72,9% e 73,3% respectivamente). Na prática, foram evidenciados percentuais de inadequação de 39,2%, conforme Tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição da amostra de acordo com os dados da avaliação do conhecimento, atitude e prática. Juazeiro do Norte, Ceará, 2013

| Componente | Adequado | | Inadequado | |
|---|---|---|---|---|
| | N | % | N | % |
| Conhecimento | 65 | 27,1 | 175 | 72,9 |
| Atitude | 64 | 26,7 | 176 | 73,3 |
| Prática | 146 | 60,8 | 94 | 39,2 |

Fonte: Elaborada pelas autoras.

No que concerne à questão do conhecimento sobre o exame Papanicolaou, 72,9% das mulheres informaram ter ouvido falar do exame, porém, apenas 14,6% realizam-no para prevenir o câncer de colo uterino, e 17,1% apontaram que o exame é para prevenir o câncer, sem especificar qual. A finalidade mais citada foi detectar *doenças sexualmente transmissíveis,* vírus da imunodeficiência humana (57,5%), e 10,8% das participantes não souberam o objetivo do exame. Ao perguntar às mulheres a origem deste conhecimento, 75% mencionou ser oriundo de atividades educativas coletivas ou individuais com profissionais de saúde e 15% referiu amigas ou familiares.

Acerca dos cuidados antes da realização do exame, 64,6% citaram dois cuidados e 25,4% não souberam responder. Dentre os citados, não ter relação sexual previamente ao exame e aparar os pelos pubianos, realizar higiene e asseio foram os principais. No que con-

cerne à questão da periodicidade do exame, 52,9% mencionaram que o exame preventivo deve ser realizado anualmente.

Em relação à atitude, 73,3% das participantes foram consideradas como inadequadas. Todas apontaram o exame como necessário, mas, quando observados os motivos de procura, 65,8% têm procurado apenas como exame de rotina e apenas 10% referiram procurar periodicamente com objetivo da prevenção do câncer de colo uterino.

Quanto à prática, embora a adequação deste item do CAP tenha se sobressaído em relação às adequações do conhecimento e da atitude, existiram 94 (39,2%) mulheres classificadas com prática inadequada. Neste grupo 208 mulheres (86,7%) afirmaram já ter se submetido ao exame Papanicolaou alguma vez na vida, enquanto que 32 (13,3%) nunca o realizaram. Entre as que já realizaram o exame, 76 (36,5%) o fizeram há menos de um ano. Daquelas que nunca realizaram o exame, 50% referiram o medo como empecilho principal.

Acerca do retorno do exame, 193 entrevistadas (92,7%) retornaram para receber o resultado, enquanto que 15 (7,2%) não lembraram. Das que retornaram, 13 (6,7%) revelaram não ter mostrado o exame a algum profissional de saúde, seja por causas institucionais (84,6%) ou pessoais (15,4%).

As dificuldades inerentes à realização do exame foram verificadas entre as mulheres classificadas com a prática inadequada 94 (39,2%). Dentre as participantes, 62 (86,7%) já fizeram o exame preventivo alguma vez; e dessas, 29 (46,8%) não realizaram o seu último exame na unidade de Saúde da Família, referindo como principais motivos: ter vergonha do profissional da ESF (27,6%), e não gostar do profissional que realiza o exame (20,8%) (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição das mulheres com a prática inadequada do exame Papanicolaou segundo os motivos para a não realização na ESF. Juazeiro do Norte, Ceará, 2013

| Motivos para não realização do exame | Inadequada | |
|---|---|---|
| | N | % |
| Não gosta do ambiente | 0 | 0,0 |
| Não gosta do profissional que realiza o exame | 6 | 20,8 |
| Na ESF não tinha material | 4 | 13,8 |
| Não tinha vaga | 0 | 0,0 |
| Horário do exame na ESF é incompatível com o do trabalho | 0 | 0,0 |
| Tem vergonha do profissional da ESF | 8 | 27,6 |
| Não tinha profissional para realizar o exame | 2 | 6,9 |
| Não sabia que fazia o exame na ESF | 3 | 10,3 |
| O resultado do exame demora para chegar | 0 | 0,0 |
| Presença de acadêmicos | 0 | 0,0 |
| Tem plano de saúde | 3 | 10,3 |
| Outros | 3 | 10,3 |

Fonte: Elaborada pelas autoras.

Dentre as mulheres com prática inadequada, 32 (68,1%) mencionaram a falta de material como a principal dificuldade encontrada para a realização do exame na estratégia de saúde da família, segundo dados da Tabela 3.

Tabela 3 – Distribuição das mulheres com a prática inadequada do exame Papanicolaou segundo os motivos para o insucesso das tentativas de realização na Estratégia Saúde da Família. Juazeiro do Norte, Ceará, 2013

| Motivos indicados | Inadequada | |
|---|---|---|
| | N | % |
| Não tinha vaga | 9 | 19,1 |
| Não tinha material | 32 | 68,1 |
| Não tinha profissional para realizar o exame | 6 | 12,8 |
| Outros | 0 | 0,0 |

Fonte: Elaborada pelas autoras.

Diante dos dados e do perfil das participantes, estas referiram que o exame tem por finalidade detectar as doenças sexualmente transmissíveis, revelando, portanto, uma informação deturpada em relação ao próprio exame citopatológico, bem como as formas de transmissão e

prevenção destes agravos; diferentemente de outro estudo (VALENTE et al., 2009) no qual 85% das mulheres entrevistadas mostraram conhecê-lo, identificando-o como procedimento capaz de permitir a detecção da lesão precursora do câncer do colo do útero, permitindo seu diagnóstico precoce.

Neste estudo, observou-se que as mulheres não saberem o objetivo do exame, referirem que o exame tem por finalidade detectar DST/HIV e terem como fonte de informação os profissionais de saúde significa que a equipe da Estratégia saúde da Família deve adentrar esta realidade e rever seu papel educativo. Isso porque, para o Instituto Nacional do Câncer, uma das ações voltadas para a detecção precoce do câncer, a qual deve ser executada pelas equipes dentro do seu território de atuação, é a informação e educação em saúde da população sobre o rastreamento desse tipo de câncer (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2011a).

Estes resultados evidenciaram, portanto, a não efetividade das ações educativas e a necessidade de estudos avaliativos por parte dos profissionais para detecção dessas fragilidades. É necessário fazer planejamentos nos territórios de atuação, baseados em avaliações da realidade, para que as ações sejam executadas de forma mais consistente e proativa.

É imperativo parar e meditar sobre essas questões e buscar novas alternativas, pois o sistema de saúde necessita dessas reflexões e mudanças de atitude. Parte do sucesso da proposta da Atenção Primária está vinculada a uma educação efetiva da população, pois, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), o amplo acesso das pessoas a informações claras, consistentes e culturalmente apropriadas a cada região deve ser uma iniciativa dos serviços de saúde em todos os níveis do atendimento.

Em relação aos cuidados prévios ao exame, a fim de evitar interferências na coleta e no resultado do exame Papanicolaou, o Ministério da Saúde orienta que as mulheres devem realizar alguns cuidados, dentre eles: não utilizar duchas ou cremes intravaginais 48 horas antes da coleta, não estar menstruada e realizar higienização íntima. Quanto à abstinência sexual, as últimas orientações apontam que, apesar de usual, essa recomendação só é justificada quando são utilizados preser-

vativos com lubrificantes ou espermicidas, pois a presença de espermatozoide não compromete a microscopia (BRASIL, 2013). As mulheres deste estudo têm seguido as recomendações ministeriais, mas ainda têm mantido a abstinência sexual.

Quanto à periodicidade, segundo recomendações, o exame deve ser realizado trienalmente, após dois exames negativos, com intervalo anual (BRASIL, 2013). Analisando as informações obtidas, concluiu-se que nenhuma participante conhecia essa recomendação e devem, portanto, estar se submetendo ao exame sem necessidade, sobrecarregando o sistema e levando ao aumento irreal dos números equivalentes aos indicadores relacionados ao exame preventivo nas instâncias federal, estadual e municipal.

Em relação à atitude, corroborando os resultados relacionados a esse quesito, Vasconcelos et al. (2011) revelam que apenas 10% das mulheres participantes citam a prevenção do câncer de colo de útero como razão para a sua realização do exame; entretanto, o estudo realizado no Nordeste brasileiro, Fernandes et al. (2009), evidencia o contrário, onde 44% e 66,9%, respectivamente, procura o exame com intuito de prevenir do referido tipo de câncer.

Talvez os resultados divergentes estejam ligados às variáveis da amostra no momento de cada pesquisa. Contudo, é importante uma reflexão no que concerne à necessidade de o profissional de saúde estimular a mulher a procurar por atendimento médico não diante de algum sinal ou sintoma, mas em uma perspectiva preventiva, procurando incentivar o autocuidado (SILVA et al., 2010).

Quanto à prática, tentando compreender os paradigmas da sua inadequação, durante esta pesquisa as mulheres que não têm procurado ou têm procurado com intervalo longo os serviços de saúde para a realização do Papanicolaou foram questionadas sobre os reais motivos que as têm levado a esse comportamento. Dentre aquelas que nunca realizaram o exame, a maioria referiu o medo como motivo principal. Segundo Casarin e Piccoli (2011), o medo, pode-se dizer, é um sentimento de inquietação diante de um perigo real ou imaginário, pois as mulheres, por não conhecerem o exame, imaginam que sentirão dor ou descobrirão alguma doença.

Estudo revela que a sobreposição das atividades laborativas com os cuidados com a família sobrecarrega a mulher, dificultando a realização de práticas de autocuidado. Mas esta ainda pode não ser a justificativa cabível; é imperativa a atenção para essa clientela, no intuito de buscar desvendar as nuances femininas as quais tem levado a não concretude da prevenção (RAFAEL; MOURA, 2010).

Nesse sentido, a equipe de saúde, independente de iniciativas gestoras, pode buscar uma atuação mais reflexiva, crítica e incisiva em relação à problemática em questão, tentando ajudar a transformar a realidade interna e externa das mulheres; mas é necessário que se faça um estudo local para detectar o que as tem levado a essa falta de cuidado com a própria saúde.

Observando os resultados da Tabela 3, pressupõe-se que a falta dessa aproximação é real, pois mulheres revelaram não gostar do profissional que executa o exame, outras mencionaram vergonha do profissional, sentimento natural em algum momento pela própria exposição do corpo e pelos tabus relacionados ao sexo. Porém é preciso inferir que a desinformação em relação à importância do exame e a falta de confiança pelo não conhecimento das condutas ética e terapêutica do profissional que executa a coleta também pode levar a esses sentimentos de vergonha e desafeto, e à consequente prática inadequada do exame citológico.

Dessa forma, pode-se enfatizar a importância da criação de vínculos entre comunidade e profissionais para ser trabalhada toda a problemática relacionada ao CCU. Essa vinculação proporciona uma relação afetiva, amigável entre ambos, instigando, através das conversas e discussões, a elucidação de dúvidas necessária para dirimir os tabus e os sentimentos negativos relacionados ao exame, levando ao conhecimento, à mudança de atitude, ao empoderamento e à autonomia do sujeito.

O Ministério da Saúde também pontua a necessidade de a equipe realizar a escuta qualificada das necessidades das mulheres em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo; assim como valorizar os diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, possibilitando a criação de vínculos com ética, compromisso e respeito (BRASIL, 2013).

No que tange às dificuldades encontradas para a realização do exame Papanicolaou na unidade da ESF, a falta de material foi a dificuldade mencionada por maior parte das participantes. Esse fato em uma unidade pode esconder várias causas: insuficiente investimento na saúde pública, planejamento inadequado dos serviços de saúde, logística inadequada para a distribuição de materiais, entre outros.

Sobre o investimento insuficiente, sabe-se da busca histórica pelo financiamento justo para o Sistema Único de Saúde no Brasil. Mesmo a Lei Complementar 141 de janeiro de 2012 (BRASIL, 2012b) não conseguiu fixar recursos para gastos com o SUS por parte da União. Recentemente o advento do Programa Nacional para Melhoria da Qualidade na Atenção Básica surgiu como uma proposta para qualificar o processo de trabalho e ampliar os recursos para esse nível de atenção.

Em relação à questão da inexistência de vagas, apontada como dificuldade para a realização do exame nas unidades, citada por 19,1% das mulheres, é algo que, em parte, pode ser resolvido em nível local. Uma das possibilidades seria a equipe da ESF reorganizar o cronograma de atividades, aumentando o número de expedientes semanais para a execução de tal procedimento; mas, para isso, a gestão deverá dar o suporte de material, levando mais uma vez ao discurso anterior.

Nesse ínterim, de uma maneira geral, é preciso decisão política firme no sentido de garantir uma gestão administrativa e financeira, na qual o suporte às equipes da ESF necessário para prevenir doenças e promover a saúde seja tido como prioritário. Caso contrário, o próprio SUS estará contribuindo para valorizar mais as ações curativas do que as ações preventivas de doenças e de promoção da saúde.

## Considerações finais

A compreensão dos achados no estudo promove a reflexão sobre a relação da prática inadequada do exame preventivo com as atuais práticas dos profissionais da ESF, bem como a forma com que a gestão tem conduzido todo o processo gerencial do cuidado, enquanto provedor e suporte das equipes.

Refletindo sobre as práticas dos profissionais, verifica-se a necessidade de práticas mais ativas que favoreçam o conhecimento dos seus territórios de atuação, criando um banco de dados contendo informações acerca dessas mulheres, identificando as que estão ou não em dia com a prática do exame preventivo. É também necessário discutir em equipe o melhor meio para se aproximar desse público para construir vínculos de confiança e de afeto, a fim de envolvê-las no processo do cuidado.

É preciso planejar estratégias para trazê-las às unidades de saúde para conversar, conhecer as suas realidades internas, seus anseios, dúvidas e receios. Enfermeiros e médicos, especialmente, necessitam estar atentos não somente às informações que estão repassando à comunidade, mas também à maneira como está sendo feito esse repasse, pois nem sempre o que se fala é compreendido. Vem daí a sugestão e a importância de se promover a troca de saberes e experiências com o usuário a partir do diálogo individual em determinados casos, mas principalmente a partir das rodas de conversas e atividades grupais.

## Bibliografia

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012a. *Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos*. Disponível em: < http://migre.me/wG9aS>. Acesso em: 3 jan. 2014.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Caderno de informações para a gestão estadual do SUS*: Ceará. Brasília: Conass, 2011b.

BRASIL. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil*. 2011d. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/svs>. Acesso em: 23 jul. 2012.

BRASIL. Departamento de Atenção Básica. *Histórico de cobertura da saúde da família 2000-2011*. 2011c. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php>. Acesso em: 16 set. 2012.

BRASIL. *Lei Complementar nº 141 de 13 de janeiro de 2012*. Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal. 2012b. Disponível em: < http://migre.me/wFCYo>. Acesso em: 1 mar. 2014.

BRASIL. *Meta de exames Papanicolaou atinge 71% na faixa prioritária*. 2011a. Disponível em: <http://migre.me/wFCWo>. Acesso em: 23 jul. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011*. 2011f. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 18 dez. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Controle dos cânceres do colo do útero e da mama*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 124 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 13).

BRASIL. *SISPACTO 2008-2011*. Brasília, DF, 2011e. Disponível em: <http://aplicacao.saude.gov.br/sispacto/faces/download.jsf>Acesso em: 12 set. 2011.

CASARIN, M. R.; PICCOLI, J. C. E. Educação em saúde para prevenção do câncer de colo do útero em mulheres do município de Santo Ângelo/RS. *Ciência & Saúde Coletiva,* v. 16, n. 9, p. 3925-3932, 2011.

FERNANDES, J. V. et al. Conhecimentos, atitudes e prática do exame de Papanicolau por mulheres, Nordeste do Brasil. *Rev. Saúde Pública*, v. 43, n. 5, p. 851-858, 2009.

GAMARRA, C. J.; VALENTE, J. G.; AZEVEDO E SILVA, G. Magnitude da mortalidade por câncer do colo do útero na Região Nordeste do Brasil e fatores socioeconômicos. *Rev. Panam. Salud Públ.*, v. 28, n. 2, p. 100-106, 2010.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. *ABC do câncer*: abordagens básicas para o controle do câncer. Rio de Janeiro: Inca, 2011c. 128 p.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. *Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero*. Rio de Janeiro: Inca, 2011a. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/Titulos/Nomenclatura_colo_do_utero.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2012.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. *Estimativa 2008*: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Inca, 2008. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=1793>. Acesso em: 10 jul. 2012.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. *Estimativas 2010*: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Inca, 2009. Disponível em: <http://migre.me/wE9Lx>. Acesso em: 17 jul. 2012.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. *Estimativas 2012*: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Inca, 2011b. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/index.asp?ID=5>Acesso em: 22 jul. 2012.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. *Relatório anual 2007*. Rio de Janeiro: INCA, 2007. 84 p.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Control integral del cáncer cervicouterino*: guía de práticas esenciales. 2. ed. Ginebra: OMS, 2007.

RAFAEL, R. M. R.; MOURA, A. T. M. S. Barreiras na realização da colpocitologia oncótica: um inquérito domiciliar na área de abrangência da saúde da família de Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v. 26, n. 5, p. 1045-1050, 2010.

SILVA, S. E. D. et al. Esse tal Nicolau: representações sociais de mulheres sobre o exame preventivo do câncer cérvico-uterino. *Rev. Esc. Enferm.*, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 554-560, 2010.

TAVARES, A. S.; ANDRADE, M.; SILVA, J. L. L. Do programa de assistência integral à saúde da mulher à política nacional de atenção integral à saúde da mulher: breve histórico. *Informe-se em Promoção da Saúde*, v. 5, n. 1, p. 30-32, 2009.

VALENTE, C. A. et al. Conhecimento de mulheres sobre o exame de Papanicolaou. *Rev. Esc. Enferm*, v. 43, Esp. 2, p. 1193-1198, 2009.

VASCONCELOS, C. T. M. et al. Conhecimento, atitude e prática relacionada ao exame colpocitológico entre usuárias de uma unidade básica de saúde. *Rev. Latino-Am. Enferm.*, Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, 2011.

# TUBERCULOSE E USO DE DROGAS LÍCITAS E ILÍCITAS EM PACIENTES DE UMA UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA

*Janete Galvão Martins Cassiano*
*Paulo Sérgio Dourado Arrais*

## Introdução

A tuberculose (TB) é uma doença infectocontagiosa causada por *Mycobacterium tuberculosis (M. tuberculosis)* ou, simplesmente, bacilo de Koch. Apesar de ser uma das doenças infecciosas mais antigas, bem conhecida e há mais de meio século vulnerável ao tratamento medicamentoso, a tuberculose permanece como um dos principais agravos à saúde a ser enfrentado em âmbito global (BARREIRA; GRANGEIRO, 2007).

Em 2010 foram diagnosticados e notificados 6,2 milhões de casos de TB no mundo, em que 5,4 milhões foram de casos novos, equivalentes a 65% dos casos estimados para o mesmo ano. A Índia e a China representam 40% dos casos notificados e o Brasil está entre os 22 países que concentram 82% dos casos de tuberculose no mundo (BRASIL, 2012a).

Em 2011, o Brasil notificou 71 mil casos novos, a maioria de casos bacilíferos. As maiores taxas de incidência entre os estados se encontram no Rio de Janeiro, Amazonas, Pará, Pernambuco, Acre, Rio Grande do

Sul, São Paulo e Ceará. Em 2010, o percentual de cura de casos novos foi de 71,76%, de abandono do tratamento 9,8%, e de casos sem informação sobre o tipo de encerramento foi de 6,0% (BRASIL, 2012b).

Os desfechos do tratamento da tuberculose no Brasil ainda estão muito aquém das metas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, pois alguns fatores elevam o risco para o insucesso do tratamento: o alcoolismo, a co-infecção pelo HIV e o re-tratamento (OROFINO et al., 2012).

No atual cenário da luta contra a tuberculose, um dos aspectos mais desafiadores é o abandono do tratamento, pois repercute no aumento dos índices de mortalidade, aparecimento de novos casos e resistência a múltiplos fármacos (SÁ et al., 2007). Considera-se caso de abandono o não comparecimento do paciente à unidade de saúde por mais de 30 dias consecutivos após a data prevista para o seu retorno (BRASIL, 2010b).

Vários são os fatores que podem estar associados ao abandono do tratamento da tuberculose, dentre eles há cinco principais: aspectos sociodemográficos; aspectos relacionados aos serviços de saúde e ao tratamento da doença; ocorrência de outras doenças, principalmente crônicas; cuidado em saúde; e uso de drogas (CHIRINOS; MEIRELLES, 2011).

O consumo de substâncias psicoativas cresceu assustadoramente a partir da segunda metade do século XX, configurando-se nas últimas décadas como um fenômeno de massa e como uma questão de saúde pública (PRATTA; SANTOS, 2009). Sendo assim, em função da complexidade desse fenômeno na atualidade, a dependência química é um problema que vem recebendo crescente atenção, mobilizando tanto o sistema de saúde, como a sociedade de uma forma geral (AGUILLAR; PILLON, 2005; CANOLETTI; SOARES, 2005; MARTINS; CORRÊA, 2004). Além disso, tal questão está ganhando crescente visibilidade, uma vez que discussões sobre a temática estão presentes em diversos meios de comunicação e no âmbito de várias instituições (MARINHO, 2005). O uso de drogas tem se confirmado como fator importante no abandono do tratamento da tuberculose (PAIXAO; GONTIJO, 2007a; RODRIGUES et al., 2010).

Considerando o exposto, verifica-se a necessidade de repensar a atenção dada a este grupo de pacientes. Desta forma identificar características peculiares e manejos de tratamento e controle para usuários de drogas e indivíduos bacilíferos se torna uma forma de combater a multirresistência e mortes por tuberculose.

O presente trabalho tem por objetivo apresentar as características dos pacientes com tuberculose pulmonar pertencentes a uma Unidade de Atenção Primária à Saúde do município de Fortaleza e avaliar o comportamento destes indivíduos no que diz respeito ao consumo de drogas lícitas e ilícitas.

## Percurso metodológico

Trata-se de um estudo descritivo realizado entre agosto de 2013 e abril de 2014, com a população portadora de tuberculose atendida no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2012, no Centro de Saúde da Família Rigoberto Romero (CSFRR), situado no município de Fortaleza, no bairro Cidade 2000.

No período do estudo, o número de famílias cadastradas e acompanhadas pelas cinco equipes de saúde da família era de 6.493, sendo um total de 29.266 pessoas cadastradas, com uma população na área de abrangência de aproximadamente 60.000 habitantes. Dentre os programas de atendimento em Atenção Primária destacam-se a atenção a saúde da criança, da mulher, do idoso e, na atenção saúde do adulto, os cuidados com pacientes diabéticos, hipertensos e tuberculosos.

A amostra inicial consistiu de 147 pacientes selecionados dentre os 159 pacientes registrados no Livro de Registro de Pacientes com Tuberculose, inclusos ou não nas notificações registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN. Destes 147 pacientes, 44 foram excluídos: 09 foram transferidos devido à mudança de domicílio; 06 casos de tuberculose em menores de 15 anos; 16 casos de tuberculose extra pulmonar; 03 devido a encerramento por óbito; 10 por não possuírem notificação. Considerando que treze pacientes foram responsáveis por mais de uma entrada, no final foram coletadas infor-

mações relativas a um total de 116 eventos de pacientes com tuberculose pulmonar.

O estudo foi dividido em duas etapas. A primeira objetivou a coleta de informações, de todos os pacientes selecionados, sobre aspectos demográficos, (sexo, idade, cor, número de pessoas no domicílio, estado civil, local de nascimento), socioeconômicos (escolaridade, ocupação, renda, condições de moradia), condições de saúde quanto à tuberculose (forma clínica, tipo de entrada, data do início e encerramento do tratamento, motivo do encerramento, número de contactantes no domicílio, número de contactantes examinados, história de institucionalização, hospitalização, contato anterior com paciente sabidamente tuberculoso, agravos associados, exame HIV) e hábitos sociais (consumo de álcool, tabaco e outras drogas), tendo como fonte de informação o livro de registro e controle de tratamento dos casos de tuberculose (Livro Verde), do Programa Nacional de Controle da Tuberculose e as notificações arquivadas na unidade de saúde. Foram realizadas visitas domiciliares para complementar as informações que não constavam das fontes pesquisadas.

Na segunda etapa foi aplicado o questionário *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening* (ASSIST), voltado para a detecção do uso de álcool, tabaco e outras substâncias químicas psicoativas entre os pacientes (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002). Para tal, todos os pacientes foram convidados a fazer uma avaliação médica do estado geral de saúde pós tratamento da tuberculose. No momento da consulta, seria apresentado o termo de consentimento livre e esclarecido e preenchido o questionário ASSIST. Para os pacientes faltosos, foi agendada visita domiciliar para estabelecer o contato e realizar a aplicação do questionário. Nesta etapa, foram excluídos os não encontrados e os que recusaram participar da pesquisa. No final concordaram em participar desta etapa 62 pacientes.

O questionário ASSIST revisado consiste de questões (ASSIST Versão 2.1), que se referem ao uso e problemas relacionados ao tabaco, álcool, maconha, cocaína, estimulantes (como anfetaminas), inalantes, hipnóticos, sedativos, alucinógenos e opiáceos. A análise conjunta das questões fornece uma indicação do uso nocivo ou problemático e da dependência às substâncias químicas investigadas.

As informações coletadas foram inseridas em um banco de dados usando o programa *Numbers*, versão 2014. O plano de análise dos dados inclui: uma análise descritiva através da distribuição de frequências das variáveis do estudo.

Todos os participantes eram maiores de dezoito anos e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (CAAE nº 18922613.6.0000.5054) e pela Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (Processo nº 2106133701680/2013).

## Resultados

A maioria dos pacientes era do sexo masculino (69,0%), de cor não branca (87,0%) e naturais de Fortaleza (67,2%). No que diz respeito à idade, 70,7% se encontravam na faixa etária de 20 a 49 anos. A média de idade foi de 37,5 anos no momento do diagnóstico (intervalo de 15 a 76 anos); 57,0% dos pacientes eram solteiros, seguidos pelos casados ou em união estável (31,0%) (Tabela 1).

Quanto às características socioeconômicas, 16,3% eram analfabetos e 50,0% possuíam apenas o Ensino Fundamental incompleto, com média de seis anos de estudo; 37,1% referiram estar desempregados, 10,3% aposentados e 8,6% eram estudantes; 78,4% moravam em domicílios que possuíam mais de dois cômodos, uma média de 04 cômodos por domicílio, com média de 4,2 contactantes (variando entre nenhum e 15 pessoas) (Tabela 1).

Tabela 1 – Características demográficas e socioeconômicas dos pacientes com tuberculose pulmonar notificadas no Centro de Saúde da Família Rigoberto Romero, Fortaleza/CE, 2009-2012. (N=116)

| Variáveis | N | % |
|---|---|---|
| *Sexo* | | |
| Feminino | 36 | 31,0 |
| Masculino | 80 | 69,0 |
| *Cor* | | |
| Branca | 15 | 13,0 |
| Não Branca | 101 | 87,0 |

*(continuação Tabela 1)*

| Variáveis | N | % |
|---|---|---|
| *Naturalidade* | | |
| Fortaleza | 78 | 67,2 |
| Interior | 34 | 29,3 |
| Outro Estado | 04 | 3,5 |
| *Faixa Etária (anos)* | | |
| 15 – 19 | 10 | 8,6 |
| 20 – 49 | 82 | 70,7 |
| 50 – 59 | 08 | 6,9 |
| > 60 | 16 | 13,8 |
| *Estado Civil* | | |
| Solteiro | 66 | 57,0 |
| Casado/União estável | 36 | 31,0 |
| Viúvo/separado | 14 | 12,0 |
| *Escolaridade* | | |
| Analfabeto | 19 | 16,3 |
| Ens. Fundam. Incomp. | 58 | 50,0 |
| Ens. Fundam. comp. | 09 | 7,8 |
| Ens. Médio Incomp. | 09 | 7,8 |
| Ens. Médio comp. | 17 | 14,7 |
| Ens. Sup. Incomp. | 02 | 1,7 |
| Ens. Sup. Comp. | 02 | 1,7 |
| *Ocupação* | | |
| Desempregado | 43 | 37,1 |
| Empregado | 35 | 30,2 |
| Autônomo | 16 | 13,8 |
| Aposentado | 12 | 10,3 |
| Estudante | 10 | 8,6 |
| *Número de cômodos* | | |
| < 2 | 25 | 21,6 |
| > 2 | 91 | 78,4 |

Fonte: Elaborada pelos autores.

O tabagismo e o alcoolismo foram agravos associados referidos por 31,8% dos pacientes, em ambas as situações. O uso de drogas ilícitas na época do diagnóstico da tuberculose foi admitido por 28,5% dos pacientes. O diabetes foi referido por 5,2%, o HIV positivo por 3,5% e a hipertensão por 1,8% dos pacientes. A gravidez foi relatada por duas pacientes (1,8%).

Quanto ao perfil epidemiológico do caso, 84,4% eram de casos novos, 13,0% de reingresso após abandono e 2,6% de recidiva. Aproximadamente 20,0% dos participantes eram contatos de pacientes com história de tuberculose. A maioria dos pacientes possuía registrados um número de contactantes igual ou maior que três (69,8%) e em 44,0% dos casos não constavam informações quanto ao exame dos contactantes (Tabela 2). Nos registros constavam história de hospitalização pela tuberculose em 11,3% dos pacientes.

Tabela 2 – Características epidemiológicas dos casos de tuberculose pulmonar notificadas no Centro de Saúde da Família Rigoberto Romero, Fortaleza/CE, 2009-2012 (N=116)

| **Variáveis** | **N** | **%** |
|---|---|---|
| *Tipo de entrada* | | |
| Caso novo | 98 | 84,4 |
| Reingresso | 15 | 13,0 |
| Recidiva | 06 | 2,6 |
| *Motivo de saída* | | |
| Alta por cura | 55 | 47,4 |
| Conclusão do tratamento | 16 | 13,8 |
| Abandono | 41 | 35,3 |
| Transferência | 04 | 3,5 |
| *Contato com tuberculose* | | |
| Sim | 23 | 19,8 |
| Não | 93 | 80,2 |
| *Contactantes registrados* | | |
| < 3 | 33 | 28,4 |
| 3 – 5 | 51 | 44,0 |
| ≥ 6 | 30 | 25,8 |
| Sem informação | 02 | 1,8 |
| *Contactantes examinados* | | |
| < 3 | 34 | 29,3 |
| 3 – 5 | 23 | 19,8 |
| ≥ 6 | 08 | 6,9 |
| Sem informação | 51 | 44,0 |

Fonte: Elaborada pelos autores.

Com relação ao motivo da saída, 47,4% (N=55) foram devido à alta por cura, 35,3% (N=41) por abandono, 13,8% (N=16) por conclusão do tratamento e 3,5% (N= 4) por transferência.

As características dos 41 indivíduos cujo motivo de saída foi o abandono, segundo as variáveis demográficas, socioeconômicas, epidemiológicas, hábitos sociais e condições de saúde, podem ser vistas a seguir.

O abandono foi maior entre os pacientes do sexo masculino (78,0%); não brancos (92,3%); solteiros (68,1%); analfabetos (19,5%) e com Ensino Fundamental incompleto (53,6%); com renda mensal menor que um salário mínimo (90,2%); com dois ou mais cômodos no domicílio (75,6%); entre os casos novos (65,8%); entre os que não tiveram contato com tuberculosos (68,3%); que nunca se hospitalizaram (75,6%) nem foram institucionalizados (90,2%); fumantes (58,5%); usuários de bebidas alcoólicas (68,3%); usuário de drogas ilícitas (56,1%).

De todos os participantes da pesquisa, 62 aceitaram responder o questionário ASSIST. Destes, 43 (69,0%) eram pacientes que concluíram o tratamento e os outros 19 (31,0%) pacientes que abandonaram a terapia.

Com relação à utilização de substâncias durante a vida, verificou-se que 95,1% dos entrevistados referiram uso de álcool alguma vez na vida, 51,6% uso do tabaco, 41,9% uso de maconha e cocaína ou crack, 19,3% uso de inalantes como "loló" e cola de sapateiro, 14,3% uso de hipnóticos e 1,6% de anfetaminas ou *ecstasy*. Os alucinógenos e opiáceos não foram experimentados por nenhum dos participantes. Considerando o uso nos três meses anteriores à entrevista, 77,4% relataram uso de álcool, 37,1% de tabaco, 29,0% de maconha, 27,4% de crack ou cocaína e 6,4% de sedativos. Com relação ao uso de drogas injetáveis, tivemos apenas um caso de uso ocorrido mais de três meses antes da entrevista.

No que diz respeito à compulsão manifestada para cada substância usada nos últimos três meses, 40,3% dos entrevistados reportaram algum desejo ou urgência no consumo do álcool, 38,7% no consumo do tabaco, 32,2% do crack ou cocaína, 27,4% da maconha e 1,6% de sedativos. No caso do tabaco e do álcool 25,8% dos entrevistados afirmaram que este consumo implicou o aparecimento de algum tipo de problema (de saúde, social, legal ou financeiro), seguido de 24,1% com crack ou cocaína e 14,5% no caso da maconha.

Segundo o relato dos entrevistados, 27,4% dos usuários de álcool, 22,6% de crack ou cocaína, 11,3% de maconha e 8,1% dos usuá-

rios de tabaco referiram que este uso interferiu nas responsabilidades gerais nos três meses anteriores e relataram que algumas pessoas se preocupavam com o consumo destas substâncias por parte do paciente (41,9% no caso do tabaco, 35,5% no caso do álcool, 32,2% no caso do crack/cocaína e 27,4% no caso da maconha).

A tentativa de reduzir o consumo foi relatada por 35,5% dos usuários de tabaco, 30,6% dos usuários de álcool, 25,8% dos usuários de crack ou cocaína e 21,0% dos usuários de maconha.

No final constatou-se que 25 pessoas foram consideradas usuárias de tabaco, 49 de álcool, 21 de maconha e 21 de crack ou cocaína. Entre os usuários de crack ou cocaína verificou-se que 61,9% necessitavam de intervenção com indicação para tratamento intensivo. No caso do tabaco, do álcool e da maconha, os resultados foram 36,0%, 30,6% e 28,5%, respectivamente. Observou-se também que o percentual de pacientes que necessitavam de intervenção breve foi de 66,7% para os usuários de maconha, 56,0% para os usuários de tabaco, 33,3% para os usuários de crack ou cocaína e 20,4% para os usuários de álcool (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição do uso de substâncias segundo escores específicos do ASSIST para uso ocasional, sugestivo de abuso e sugestivo de dependência por tipo de intervenção

| Substâncias | Ausência de uso | Uso ocasional Nenhuma intervenção N (%) | Uso sugestivo de abuso - receber intervenção breve N (%) | Uso sugestivo de dependência - encaminhar para tratamento mais intenso N (%) | Total |
|---|---|---|---|---|---|
| Tabaco | 37 | 2 (8,0) | 14 (56,0) | 9 (36,0) | 25 |
| Álcool | 13 | 24 (49,0) | 10 (20,4) | 15 (30,6) | 49 |
| Maconha | 41 | 1 (4,8) | 14 (66,7) | 6 (28,5) | 21 |
| Crack/ Cocaína | 41 | 1 (4,8) | 7 (33,3) | 13 (61,9) | 21 |
| Anfetaminas | 62 | - | - | - | - |
| Inalantes | 62 | - | - | - | - |
| Sedativos | 61 | - | 1 (100,0) | - | 1 |
| Opioides | 62 | - | - | - | - |

Fonte: Elaborada pelos autores.

## Discussão

O estudo permitiu conhecer as características gerais e particulares, no que diz respeito ao uso de drogas lícitas e ilícitas, dos pacientes portadores de tuberculose pulmonar atendidos em uma unidade básica de saúde do município de Fortaleza.

No que diz respeito às características gerais, os resultados não são muito diferentes dos encontrados em outros estudos, segundo os quais os homens, os indivíduos mais jovens, de cor não branca, solteiros, de baixa escolaridade, baixa renda e desempregados são os mais envolvidos com a doença (FURLAN; OLIVEIRA; MARCON, 2012; SANTOS et al., 2012; CEARÁ, 2012a; PAIVA; PEREIRA; MOREIRA, 2011).

Nesse estudo foi encontrada uma taxa de reingresso após abandono de 13%. Em 2005 essa taxa no Brasil foi de 11,7%. Esses são pacientes que abandonaram o tratamento e retornaram para terminá-lo. Esses pacientes apresentam chance maior de desenvolverem um desfecho desfavorável para a doença como óbito, abandono e multirresistência às drogas de tratamento para a TB (BRASIL, 2010a).

A quebra da cadeia de transmissão é um dos pilares mais importantes na luta contra a tuberculose. O exame dos contactantes é fundamental nesse sentido (LIMA et al., 2013). Para a avaliação dos contatos de qualquer uma das faixas etárias, o Ministério da Saúde recomenda a realização da consulta clínica, considerada indispensável para a caracterização do tipo de contato com o caso índice e a avaliação da sintomatologia (BRASIL, 2010b).

Quando se sabe quais suas características e particularidades, podemos intervir em demandas que, indiretamente, ajudariam a evitar o abandono do tratamento da tuberculose, doença infecciosa de caráter epidêmico e de associação inequívoca com a pobreza.

No presente trabalho, verificou-se que 35,3% dos pacientes abandonaram o tratamento. A não adesão ao tratamento da tuberculose é um sério problema no controle da doença. Alguns fatores determinantes do abandono podem estar relacionados com o doente, como as condições socioeconômicas e culturais, ou aquelas ligadas a fatores in-

dividuais como efeitos colaterais dos medicamentos, uso de drogas lícitas ou ilícitas e falta de motivação (RODRIGUES et al., 2012).

No que diz respeito ao uso de drogas lícitas ou ilícitas, o estudo evidenciou a utilização de tabaco, álcool e drogas ilícitas por mais da metade dos pacientes que abandonaram o tratamento. Muitos trabalhos mostram a associação do abandono com o uso de drogas, principalmente o álcool (CAMPANI; MOREIRA; TIETBOHEL, 2011; ASGHAR, et al., 2009, VIEIRA; RIBEIRO, 2008; OLIVEIRA; MOREIRA FILHO, 2000).

Com os dados coletados posteriormente pelo ASSIST, o estudo também evidenciou um grau de dependência química considerável entre os entrevistados, principalmente entre usuários de cocaína ou crack, para os quais existe a necessidade de encaminhamento para um tratamento mais intensivo contra a dependência.

O uso abusivo de drogas lícitas ou ilícitas, na maioria das vezes, é negligenciado no atendimento da atenção básica, seja por preconceito ou por falta de treinamento (ROCHA; ADORNO, 2012). Outro aspecto preocupante é que a pessoa que usa drogas apresenta dificuldades na manutenção das relações familiares, com conflitos e agressões, e tais situações dificultam ou impedem o fornecimento do suporte social, que tem se revelado fundamental para a conclusão do tratamento (DEISS; RODWELL; GARFEIN, 2009).

Existem poucos estudos que relacionam diretamente o risco de tuberculose e outras infecções em usuários de crack e cocaína (STORY; BOTHAMLEY; HAYWARD, 2008), mas na literatura pode-se identificar, por exemplo, as complicações pulmonares decorrentes do uso agudo de crack, cujos sintomas mais comuns, que se desenvolvem horas após o uso, são dor torácica, dispneia, tosse seca ou com eliminação de sangue ou material escuro (resíduos da combustão) ou ambos e febre. A agressão térmica, a inalação de impurezas, o efeito anestésico local e a vasoconstricção, que causam inflamação e necrose, são os principais responsáveis pelas lesões das vias aéreas. Hemoptise ocorre em 6% a 26% dos usuários. Derrames pleurais também podem estar presentes (RESTREPO et al., 2007).

Entre as pessoas com tuberculose, consumir crack favorece a disseminação da doença devido à tosse induzida pelo uso da droga, pelos

contatos estarem muito próximos em ambientes fechados e, ainda, a disseminação é ampliada pelo fluxo intermitente de pessoas (CRUZ et al., 2013). Desta forma, o usuário de crack necessita de avaliação pulmonar específica e de atendimento especializado para tratamento de sua dependência (RODRIGUES et al., 2012; RESTREPO et al., 2007).

O consumo de crack, droga que possui grande potencial de dependência (FALK; WANG; CARLSON, 2008), mostra uma tendência no Brasil de estímulo ao consumo pela alta disponibilidade e fácil acesso à substância (DIAS; ARAUJO; LARANJEIRA, 2011). Em tempos de epidemia do uso de crack, este se torna importante fator no desenvolver (adoecer) e na transgressão ao tratamento da tuberculose, o que implica a manutenção da cadeia replicadora de transmissão do bacilo, seja na família, grupo social ou comunidade.

A TB não é uma doença individual, mas sim social, que se espalha através do ar aos outros membros da sociedade (sem o seu consentimento e sem o seu conhecimento), prevenível e curável, desde que diagnosticada e tratada corretamente. Baseando-se nessa premissa, alguns entendimentos judiciais são adotados para favorecer e resguardar os indivíduos e a sociedade do contágio com a tuberculose. Não obstante, as famílias, na ânsia de acabar definitivamente com o problema da dependência e desacreditadas com o tratamento "demorado" disponibilizado na rede pública, acabam procurando o Judiciário para fazer valer a sua vontade de internar involuntariamente seu parente usuário de drogas (NOVAES, 2014).

No caso do tratamento para uso abusivo de drogas, há previsão em Lei (Nº 10.216, de 2001), que diz que a internação involuntária pode ser solicitada por familiar, desde que o pedido seja feito por escrito e aceito pelo médico psiquiatra (BRASIL, 2001).

Não se pode afirmar que todas as pessoas que abusam de drogas perdem a sua capacidade de tomar decisões racionais. A questão de se o consentimento da parte do dependente é um pré-requisito necessário para que o tratamento da dependência das drogas seja eficiente é uma que continua sendo um assunto de debate. Pelo menos algum grau de motivação é desejável, mesmo porque, como uma questão prática, ela geralmente leva a melhores resultados. Entretanto, muito tem a ver com

as circunstâncias específicas individuais, e a questão desafia generalizações de qualquer natureza. Declarações gerais de que o tratamento obrigatório é uma violação aos direitos humanos do dependente não são úteis na prática e, no final das contas, não são baseadas na realidade da dependência às drogas (TAKAHASHI, 2009).

## Considerações finais

Entrar no mundo das pessoas com dependência química é sempre um desafio, e na área de saúde, onde estamos sempre envolvidos com diversos problemas de ordem social e psicológica, a ajuda faz uma diferença no que se refere ao atendimento integral e multidimensional que devemos ter. Isso não só pela amplitude do problema mas também pela necessidade de combater a visão simplificada das doenças, segundo a qual o combate ao patógeno é o único foco a ser levado em consideração.

O abandono do tratamento da tuberculose se mostra um risco significativo aos pacientes dependentes químicos, em especial das substâncias ilícitas. O estudo do dia a dia dos dependentes químicos mostra que, para aqueles em que se pode definir um parâmetro de comportamento, com base científica, há melhores chances de as abordagens dos profissionais de saúde serem mais eficientes, já que não se utilizaria o empirismo como forma de conhecer o nível de cuidados requeridos pelo indivíduo. Confrontar essa situação faz com que os profissionais de saúde encarem o problema de frente, sem deixar para discernir a situação quando apenas do abandono. O vínculo deve ser forte o bastante para que, sem prejuízo de valores, as decisões sejam tomadas de forma a prevalecer o bom senso e a autonomia.

A escassez de publicações que envolvam o assunto tuberculose e o uso de crack demonstra a necessidade de mais estudos, pois a associação destes dois fatores implica necessariamente um risco maior para o abandono do tratamento da tuberculose, prolongando a cadeia de transmissão do bacilo, com seus riscos elevados para a multirresistência e o óbito.

## Bibliografia

AGUILLAR, L. R.; PILLON, S. C. Percepción de tentaciones de uso de drogas en personas que reciben tratamiento. *Rev. Latino-Am. Enferm.*, Ribeirão Preto, v. 13, p. 790-797, 2005.

ASGHAR, R. J. et al. Limited utility of name-based tuberculosis contact investigation among persons using illicits drugs: results of an outbreak investigation. *J. of Urban Health*: bulletin of the New York academy of medicine, v. 86, n. 5, 2009.

BARREIRA, D.; GRANGEIRO, A. Avaliação das estratégias de controle da tuberculose no Brasil. *Rev. Saúde Pública*, v. 41, p. 4-8, 2007. Suplemento 1.

BRASIL. Lei 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 9 abr. 2001. Seção 1, p. 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Boletim epidemiológico*: especial tuberculose, Brasília, v. 43, mar. 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Os casos de retardamento de tuberculose no Brasil. *Boletim Eletrônico Epidemiológico*, v. 10, n. 11, dez. 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Programa nacional de controle da tuberculose*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. *Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

CAMPANI, S. T. A.; MOREIRA, J. S.; TIETBOHEL, C. N. Fatores preditores para o abandono do tratamento de tuberculose pulmonar preconizado pelo Ministério da Saúde do Brasil na cidade de Porto Alegre. *J. Bras. Pneumol.*, v. 37, n. 6, p. 776-782, 2011.

CANOLETTI, B.; SOARES, C. B. Programas de prevenção ao consumo de drogas no Brasil: uma análise da produção científica de 1991 a 2001. *Interface*: Comunicação, Saúde e Educação, v. 9, p. 115-129, 2005.

CEARÁ. Secretaria da Saúde. *Informe epidemiológico*: tuberculose. 2012.

CHIRINOS, N. E. C.; MEIRELLES, B. H. S. Fatores associados ao abandono do tratamento da tuberculose: uma visão integrativa. *Texto Contexto Enferm.,* v. 20, n. 3, p. 599-406, 2011.

CRUZ, V. D. et al. Consumo de crack e a tuberculose: uma visão integrativa. *Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.*, v. 9, n. 1, p. 48-55, 2013.

DEISS, R. G.; RODWELL, T. C.; GARFEIN, R. S. Tuberculosis and drug use: review and update. *Clin. Infect. Dis.*, v. 48, n. 1, p. 1-19, 2009. Disponível em: <http://migre.me/wG5bQ>. Acesso em: 2 fev. 2015.

DIAS, A. C.; ARAÚJO, M. R.; LARANJEIRA, R. Evolução do consumo de crack em coorte histórico de tratamento. *Rev. Saúde Pública*, v. 45, n. 5, p. 938-948, 2011.

FALCK, R. S.; WANG, J.; CARLSON, R. G. Among long-term crack smokers, who avoids and who succumbs to cocaine addiction? *Drug Alcohol Depend*, v. 98, p. 24-29, 2008.

FURLAN, M. C. R.; OLIVEIRA, S. P.; MARCON, S. S. Fatores associados ao abandono do tratamento de tuberculose no estado do Paraná. *Acta Paul Enferm*., v. 25, n. 1, p. 108-114, 2012.

LIMA, L.M. et al. O programa de controle da tuberculose em Pelotas/RS, Brasil: investigação de contatos intradomiciliares. *Rev. Gaúcha Enferm*., Porto Alegre, v. 34, n. 2, p. 102-110, 2013.

MARINHO, M. B. O demônio nos paraísos artificiais: considerações sobre as políticas de comunicação para a saúde relacionadas ao consumo de drogas. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, v. 9, n. 17, p. 345-354, 2005.

MARTINS, E. R.; CORRÊA, A. K. Lidar com substâncias psicoativas: o significado para o trabalhador de enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enferm.*, Ribeirão Preto, v. 12, p. 398-405, 2004.

NOVAES, P. S. O tratamento da dependência química e o ordenamento jurídico brasileiro. *Rev. Latino-Am. Psicopat*, v. 17, n. 2, p. 342-356, 2014.

OLIVEIRA, H. B.; MOREIRA FILHO, D. C. Abandono de tratamento e recidiva da tuberculose: aspectos de episódios prévios. Campinas, SP, Brasil 1993-1994. *Rev. Saúde Pública*, v. 34, n. 5, p. 437-443, 2000.

OROFINO R. L. et al. Preditores dos desfechos do tratamento da tuberculose. *J. Bras. Pneumol.*, v. 38, n. 1, p. 88-97, 2012.

PAIVA, V. S.; PEREIRA, M.; MOREIRA, J. S. Perfil epidemiológico da tuberculose pulmonar em unidade de saúde de referência em Porto Alegre, RS. *AMRIGS*: Associação Médica do Rio Grande do Sul, v. 55, n. 2, p.113-117, 2011.

PAIXÃO, L. M. M.; GONTIJO, E. D. Perfil de casos de tuberculose notificados e fatores associados ao abandono, Belo Horizonte, MG. *Rev. Saúde Pública*, v. 41, n. 2, p. 205-213, 2007.

PRATTA, E. M. M.; SANTOS, M. A. O processo saúde-doença e a dependência química: interfaces e evolução. *Psicologia*: Teoria e Pesquisa, Brasília, v. 25, n. 2, p. 203-211, 2009.

RESTREPO, C. S. et al. Pulmonary complications from cocaine and cocaine based substances: Imaging manifestations. *Radio Graphics,* v. 27, p. 941-956, 2007.

ROCHA, D. S.; ADORNO, R. C. F. Abandono ou descontinuidade do tratamento da tuberculose em Rio Branco-Acre. *Saúde Soc*., v. 21, n. 1, p. 232-245, 2012.

RODRIGUES, D. S. et al. Conhecimentos produzidos acerca do crack: uma incursão nas dissertações e teses brasileiras. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 5, p.1247-1258, 2012.

RODRIGUES, I. L. A. et al. Abandono do tratamento de tuberculose em co-infectados TB/HIV. *Rev. Esc. Enferm*, v. 44, n. 2, p. 383-387, 2010.

SÁ, L. D. et al. Tratamento da tuberculose em unidades de saúde da família: histórias de abandono. *Texto Contexto Enferm*, v. 16, n. 4, p. 712-718, 2007.

SANTOS, T. M. M. G. et al. Caracterização dos casos de tuberculose notificados em um município prioritário do Brasil. *Rev. Enferm*., *UFPI*, Teresina, v. 1, n. 1, p. 8-13, 2012.

STORY, A.; BOTHAMLEY, G., HAYWARD, A. Crack cocaine and infectious tuberculosis. *Emerg. Infect. Dis*., v. 14, p. 1466-1469, 2008.

TAKAHASHI, S. Tratamento obrigatório de drogas de fato uma violação aos direitos humanos? *Rev. Trimestral de Direitos Humanos*, v. 31, p. 748-776, 2009.

VIEIRA, A. A.; RIBEIRO, S. A. Abandono do tratamento de tuberculose utilizando-se as estratégias tratamento auto-administrado ou tratamento supervisionado no programa municipal de Carapicuíba, São Paulo, Brasil. *J. Bras. Pneumol*., v. 34, n. 3, p. 159-166, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. ASSIST Working Group. The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): development, reliability and feasibility. *Addiction*, v. 97, n. 9, p. 1183-1194, 2002.

# SEDENTARISMO ENTRE PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA

*Cícera Maria Arrais Pereira Vasconcelos*
*Paulo Sérgio Dourado Arrais*

## Introdução

O sedentarismo ou inatividade física é um dos principais riscos à saúde, pois está associado ao aparecimento de diversas doenças crônicas e milhões de mortes ao ano em todo o mundo (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2003).

Ao longo dos anos, várias investigações científicas mostraram o potencial da atividade física em proporcionar melhores condições de saúde aos indivíduos, seja por meio da prevenção ou do tratamento de enfermidades. Muitos estudos epidemiológicos demonstram uma forte associação entre a atividade física ou aptidão física e saúde: os adeptos de uma atividade física regular reduzem, e muito, o risco de apresentarem doenças cardiovasculares que são as principais causas de morbimortalidade nos países ricos (ALVES et al., 2005; BARRETO et al., 2005; GUEDES et al., 2001).

No Brasil, o sedentarismo está presente em boa parte da população. Segundo Hallal et al. (2007), estudos apontam para uma prevalência de sedentarismo oscilando entre 26,7% e 78,2%. Resultados do projeto Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas

por Inquérito Telefônico - VIGITEL, evidenciaram que as mulheres (25,5%) praticam menos atividade física do que os homens (41,5%) (BRASIL, 2013).

Segundo Pitanga (2002, p. 51), atividade física é "qualquer movimento corporal, produzido pela musculatura esquelética, que resulta em gasto energético, tendo componentes e determinantes de ordem biopsicossocial, cultural e comportamental", podendo ser exemplificada por jogos, lutas, danças, esportes, exercícios físicos, atividades laborais e deslocamentos.

Incorporar novas práticas saudáveis que possam trazer benefícios à população é um dos desafios da atenção básica. A participação dos profissionais de saúde é de grande importância, educando e orientando para a prática de atividade física, modificando e melhorando o comportamento do paciente em relação a um estilo de vida mais saudável (SIQUEIRA et al., 2009b), seguindo as determinações da Política Nacional de Promoção da Saúde (MALTA et al., 2009a).

Para que isto aconteça, é necessário que o profissional esteja bem consigo mesmo, pois, segundo Backes et al. (2006), o despertar para o autoconhecimento e o cuidar de si é consequência do processo de aprender a cuidar, pois influencia positivamente o cuidado tendo em vista que o relacionamento interpessoal reconhece as forças, fraquezas e potencialidades do mundo interior dos que se propõe a cuidar. Ao experienciar o autocuidado e o cuidar de si, os cuidadores oportunizam a autorreflexão, o extravasamento das emoções, a absorção de vivências que se traduzem em conhecimento, ou seja, é muito mais eficiente o meu ato de cuidar se eu exerço o autocuidado.

Embora os trabalhadores da atenção básica constituam um enorme contingente de força de trabalho, pouco se sabe sobre suas condições de trabalho e de saúde. No que diz respeito ao sedentarismo, poucos estudos foram identificados. Estudo realizado nas regiões Sul e Nordeste do Brasil, identificou uma prevalência de 27,5% (SIQUEIRA et al., 2009a). No México, a prevalência entre mulheres profissionais da área da saúde foi de 43,0% (MEDINA; BARQUERAS; JANSSEN, 2013).

Os benefícios que a prática regular de atividade física pode trazer, incluindo benefícios psicológicos, poderia amenizar os fatores que

estão associados a alguns distúrbios, entre trabalhadores da saúde, como a prevalência da síndrome de *Burnout* e distúrbios do músculo esquelético associados a atividade laboral, e outros fatores como estresse crônico, precárias condições de trabalho e sedentarismo (TRINDADE et al., 2010; BARBOSA; ASSUNÇÃO; ARAÚJO, 2012).

O presente trabalho tem por objetivo avaliar a prevalência do sedentarismo entre profissionais de saúde integrantes das Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) do município de Fortaleza e suas características.

## Percurso metodológico

Trata-se de estudo transversal realizado no período de agosto de 2012 a abril de 2014.

De acordo com dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde do Município de Fortaleza, a população foi composta por 1.582 profissionais de saúde que atuavam em seis Secretarias Regionais de Fortaleza (SR). Não foram incluídos nessa amostra os agentes comunitários de saúde, porque, de acordo com o conceito de Pitanga (2002), que inclui deslocamento de trabalho como atividade física, este aspecto já os caracterizaria como praticantes de atividade física, já que o deslocamento dentro das suas microáreas é fator inerente a sua função.

Para compor a amostra foram inicialmente sorteadas duas UAPS de cada SR. O total de profissionais a serem entrevistados foi dividido pelas duas unidades de saúde, respeitando a sua distribuição por categoria profissional, e se o número ficasse abaixo do calculado para determinada regional era sorteada outra UAPS até completar o número de profissionais por categorias específicas.

De acordo com o cálculo amostral foram entrevistados 369 indivíduos, entre profissionais e técnicos de saúde, sendo: 55 médicos, 90 enfermeiros, 75 dentistas, 88 técnicos e auxiliares de enfermagem e 61 técnicos e auxiliares de saúde bucal, integrantes da Estratégia Saúde da Família.

O critério de inclusão estabelecido para entrada no estudo foi que o profissional ou técnico de saúde fosse vinculado à Estratégia Saúde da

Família, que estivesse exercendo suas funções no período da coleta de dados, e tivesse assinado o termo de consentimento livre e esclarecido.

Foram utilizados dois instrumentos de pesquisa. O primeiro foi um questionário onde constavam as variáveis relativas a: a) categoria profissional: médico, enfermeiro, dentista, auxiliar e técnico de enfermagem e auxiliar e técnico de saúde bucal; b) aspectos demográficos: sexo, idade, estado civil, peso e altura; c) tempo dedicado à UAPS: anos de serviço, jornada de trabalho diária ou semanal; d) exercício de outras atividades profissionais fora da UAPS: anos de serviço, jornada de trabalho diário ou semanal; e) hábitos sociais: uso de álcool, de tabaco simultaneamente ou não ao uso de drogas ilícitas; f) condições de saúde do profissional ou técnico de saúde: incapacidade física, presença de doença crônico-degenerativa.

O segundo instrumento é o Questionário Internacional de Atividade Física *International Physical Activity Questionary* (IPAQ), na forma curta, tendo como referência a última semana, contendo perguntas em relação à frequência e duração da realização de atividades físicas classificadas em moderadas, vigorosas e de caminhada (MATSUDO et al., 2001).

O sedentarismo foi determinado pela classificação do nível de atividade física IPAQ. Pelo IPAQ o indivíduo pode ser classificado em quatro categorias: muito ativo, ativo, irregularmente ativo e sedentário. Considerou-se praticante de atividade física os profissionais que se encontraram na classificação muito ativo e ativo, consequentemente sedentário aquele que se encontrava na classificação de irregularmente ativo e sedentário.

A coleta de dados ocorreu nas Unidades de Atenção Primária à Saúde selecionadas, no período de novembro de 2013 a janeiro de 2014, em horário normal de expediente (manhã, tarde e noite). Após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foram entregues os instrumentos de pesquisa para autopreenchimento. A pesquisadora ficou à disposição dos entrevistados para tirar dúvidas, enquanto aguardava a devolução dos questionários. Na ocasião da devolução, a pesquisadora fez supervisão e controle da qualidade dos questionários.

Os dados foram armazenados no programa Microsoft Office Excel 2007, com dupla entrada dos dados e checagem de erros em sua introdução, e analisados pelo programa estatístico IBM SPSS *Statistics* versão 20.0.

A pesquisa foi submetida à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará através da Plataforma Brasil e foi aprovada. Na abordagem ao indivíduo entrevistado, foram prestados todos os esclarecimentos sobre a pesquisa e os questionários foram entregues só após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## Resutados

Foram visitadas um total de 60 UAPS para alcançar o número proporcional de profissionais de acordo com a categoria profissional. Do total amostrado (N=368), 24,7% eram enfermeiros, 23,9% auxiliares e técnicos de enfermagem, 20,7% dentistas, 16,0% auxiliares e técnicos de saúde bucal e médicos 14,7%.

Com relação às características demográficas e socioeconômicas, a maior parte dos profissionais de saúde são do sexo feminino (84,5%); a faixa de idade variou de 19 a 68 anos (média= 39,1; DP±8,99), as pessoas com idade menor que 40 anos (58,0%) foram as mais frequentes, seguidas da faixa etária de 40 a 59 anos (39,2%) e de 60 ou mais anos de idade (2,7%); os casados ou em união estável (63,3%) foram maioria, seguidos dos solteiros (31,0%) e separado ou viúvos (5,7%); a maioria tinha filhos (62,8%); com relação ao nível de escolaridade, a maioria tinha nível superior (87,8%), seguida pelos profissionais com Ensino Médio ou Técnico (10,8%) e Ensino Fundamental (1,4%).

No que diz respeito à carga de trabalho semanal e envolvimento em outra atividade profissional, 67,7% tinha jornada de trabalho de até 40 horas semanais, 26,0% entre 41 a 60 horas e 6,3% mais de 60 horas; 44,8% estavam envolvidos com outras atividades, além da Estratégia Saúde da Família.

Os profissionais de saúde, em sua grande maioria, não eram portadores de deficiência física (97,8%) e um número reduzido apresen-

tava alguma doença crônica (17,9%). Com relação aos hábitos sociais, 86,7% não fumavam e 70,4% não bebiam. A maioria percebeu seu estado de saúde como bom (58,0%), 27,9% muito bom e 14,1% excelente. Quanto ao índice de massa corpórea dos profissionais de saúde, observou-se que boa parte tem excesso de peso (53,7%) e 46,3% com peso classificado como normal.

A prevalência do sedentarismo entre os entrevistados foi de 47,3%. Foi maior entre as mulheres; indivíduos na faixa etária menor que 40 anos; entre os casados ou em união estável; com filhos e com nível educacional superior. Os enfermeiros, os profissionais que declararam ter outra ocupação além da UAPS e os que relataram a carga horária semanal de trabalho de até 40 horas foram identificados como os mais sedentários (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição das características sociodemográficas dos profissionais de saúde e sedentarismo. Fortaleza- Ceará (2013-2014)

| **Variáveis** | **N** | **%** |
|---|---|---|
| *Sexo* | | |
| Masculino | 26 | 15,0 |
| Feminino | 147 | 85,0 |
| *Faixa etária (anos)* | | |
| Menor que 40 | 113 | 64,9 |
| 40 a 59 | 56 | 32,2 |
| 60 ou mais | 5 | 2,9 |
| *Situação conjugal* | | |
| Solteiro | 50 | 28,7 |
| Casado/união estável | 120 | 69,0 |
| Separado/viúvo | 4 | 2,3 |
| *Filhos* | | |
| Sim | 114 | 65,5 |
| Não | 60 | 34,5 |
| *Escolaridade* | | |
| Ens. Fundamental | 2 | 1,1 |
| Ens. Médio/Técnico | 20 | 11,5 |
| Ens. Superior | 152 | 87,4 |
| *Profissão* | | |
| Enfermeiro | 58 | 33,3 |
| Médico | 28 | 16,1 |
| Dentista | 42 | 24,1 |
| Auxiliar/Técnico | 46 | 26,4 |

Fonte: Elaborada pelos autores.

Com relação às características clínicas, a porcentagem de sedentários foi maior entre os que declararam não serem portadores de deficiência física; não apresentarem doença crônica; entre os que não fumam; os que bebem raramente; com autoafirmação de estado de saúde bom; e entre os com excesso de peso (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição das características ocupação, condições de saúde, hábitos sociais e autopercepção de saúde dos profissionais de saúde e sedentarismo. Fortaleza - Ceará (2013-2014)

| **Variáveis** | **N** | **%** |
|---|---|---|
| *Outra ocupação* | | |
| Sim | 92 | 52,9 |
| Não | 82 | 47,1 |
| *Carga horária semanal* | | |
| Até 40 horas | 104 | 59,8 |
| 41 a 60 horas | 58 | 33,3 |
| Mais de 60 horas | 12 | 6,9 |
| *Deficiência física* | | |
| Sim | 05 | 2,9 |
| Não | 169 | 97,1 |
| *Doença crônica* | | |
| Sim | 32 | 18,4 |
| Não | 142 | 81,6 |
| *Fuma* | | |
| Sim | 4 | 2,3 |
| Não | 170 | 97,7 |
| *Bebe* | | |
| Regularmente | 48 | 28,7 |
| Raramente | 115 | 68,9 |
| Não bebe | 4 | 2,4 |
| *Estado de saúde* | | |
| Excelente | 22 | 12,9 |
| Muito bom | 56 | 32,7 |
| Bom | 93 | 54,4 |
| *IMC* | | |
| Normal | 81 | 46,8 |
| Excesso de peso | 92 | 53,2 |

Fonte: Elaborada pelos autores.

## Discussão

O presente estudo traça o perfil dos trabalhadores e profissionais de saúde que desenvolvem suas atividades na Estratégia Saúde da Família em unidades do município de Fortaleza, quanto à prática de atividades físicas e o sedentarismo.

A prevalência de sedentarismo encontrada foi superior àquela encontrada pelo único estudo desenvolvido com profissionais da saúde da atenção básica publicado no Brasil e àquela encontrada pelo estudo realizado no México. No estudo de Siqueira et al. (2009a), os autores descrevem a prevalência de sedentarismo em profissionais de saúde da atenção básica nas regiões Sul e Nordeste do Brasil como igual a 27,5%. Os autores também revelam que os profissionais foram sempre mais sedentários nos municípios com mais de 500 mil habitantes. Em estudo internacional realizado, em 2005, no México, com mulheres profissionais da área da saúde, encontrou-se uma prevalência de sedentarismo igual a 43,0% (MEDINA; BARQUERAS; JANSSEN, 2013).

No que diz respeito ao sedentarismo na população em geral, dados do estudo VIGITEL 2012 (BRASIL, 2013), evidenciaram que a prevalência do sedentarismo no Brasil foi de 49,4%, sendo 25,5% entre os homens e 41,5% entre as mulheres. A frequência entre os trabalhadores e profissionais da saúde se aproximou bastante destes achados.

Considerando outras populações e outros métodos, podem-se constatar oscilações da prevalência. Em estudo realizado com indivíduos adultos e idosos de 41 municípios da região Sul e Nordeste utilizando o IPAQ, verificou-se uma prevalência de sedentarismo nos adultos igual a 31,8% (SIQUEIRA et al., 2009a). Em residentes de Ribeirão Preto, foi igual a 62,5% entre os homens e 67,9% entre as mulheres (SUZUKI; MORAES; FREITAS, 2011) e em estudo realizado com motoristas de caminhão da região sul e sudeste o resultado foi igual a 53,1% (CODARIN et al., 2010). Outro estudo realizado foi um inquérito organizado pelo Instituto Nacional de Câncer - INCA em 15 capitais brasileiras e Distrito Federal, segundo o qual o percentual de sedentarismo variou de 28% a 55%, e João Pessoa foi considerada a capital mais sedentária do país (INSTITUTO NACIONAL DE

CÂNCER, 2004). Observando-se todos estes resultados, percebe-se que a prevalência de prática insuficiente de atividade física costuma ser elevada.

O comportamento identificado entre os trabalhadores e profissionais da saúde parece seguir uma característica da civilização moderna, reforçado pelas características intrínsecas das atividades desenvolvidas pelos trabalhadores e profissionais na Estratégia Saúde da Família, as quais praticamente não apresentam gasto energético significativo, pois trabalham basicamente sentados na maior parte do tempo. No momento em que poderiam ter mais gasto energético, como no deslocamento para visitas domiciliares, não o fazem, ao optar pelo uso de transporte ofertado pelo município, muitas vezes pelo fator distância ou pela violência na área em que trabalham.

No estudo as mulheres são mais sedentárias que os homens. Gomes, Siqueira e Sichieri (2001), encontraram resultados semelhantes. Em parte, a maior presença de mulheres está influenciada pelo fato de termos maior número de mulheres integrantes dos serviços de saúde (SIQUEIRA, 2009a; TOMASI et al., 2008), principalmente na enfermagem, que historicamente é composta na sua grande maioria por mulheres (FERNANDES et al., 2010).

As diferenças de gênero podem ser explicadas pelos diferentes papéis que homens e mulheres exercem de acordo com a cultura e sociedade onde vivem (ZANCHETTA et al., 2010). As mulheres além de desenvolver suas atividades laborais, ainda são responsáveis pelas tarefas domésticas e cuidados com crianças, embora as tarefas domésticas possam ser contadas como atividade física (MALTA et al., 2009b).

Os profissionais de saúde com maior índice de sedentarismo foram encontrados na faixa etária menor que 40 anos. Entre os estudos desenvolvidos com adultos foram encontrados resultados discordantes; neles o sedentarismo foi mais frequente nos adultos e sempre maior a partir dos trinta anos de idade (ISER et al., 2012; GÁMEZ et al., 2000). Alguns estudos evidenciaram um claro aumento de sedentarismo com aumento da idade cronológica (ZANCHETTA et al., 2010; MATSUDO et al., 2002), apesar de no estudo atual essa faixa etária de 60 anos ou mais, não ter apresentado associação positiva com o sedentarismo.

A atual ênfase social sobre a estética física ajuda a motivar os jovens a se engajar em atividades físicas (GOBBI et al., 2012). Entretanto, a maioria da população jovem do presente trabalho não teve esse comportamento.

O sedentarismo também prepondera entre os profissionais casados ou em união estável. No estudo de Zanchetta et al. (2010), a maior prevalência de inativos, segundo o IPAQ, foi observada nos casados em relação aos solteiros. No estudo de Barbosa, Assunção e Araújo (2012), com trabalhadores da saúde em Belo Horizonte, observa-se que a maioria dos profissionais declararam viver com companheiro. Pode ser que essa condição, por conta das responsabilidades com o lar, interfira no tempo disponível para realização de atividade física. Resultado discordante foi encontrado no estudo de Fernandes et al. (2010), com enfermeiros das equipes de saúde da família dos municípios do Triângulo Sul, onde a maioria dos profissionais de saúde eram solteiros (57,8%). Entre os profissionais do presente estudo encontrou-se a maior parte com até dois filhos o mesmo ocorreu em um estudo com trabalhadores de saúde no sul do país, onde 69,4 % relataram ter filhos, mas não especificaram a quantidade deles (TRINDADE et al., 2010).

Com relação à carga horária de trabalho, percebe-se que a maior parte dos profissionais trabalham até 40 horas semanais e que só possuem a ocupação da UAPS. Outro estudo corrobora essa tendência, pois a maior parte dos profissionais estudados também só tinha um único emprego (TOMASI et al., 2008). Quase a totalidade dos profissionais de nível superior do nosso município, e do outro estudo citado acima, apresentam o ingresso por concurso público, fato este que contribui para maior segurança de estabilidade e possibilita manter-se em um único emprego, apesar de encontrarmos uma minoria de profissionais com carga horária exaustiva, com mais de 60 horas semanais, pois têm muitas oportunidades de trabalhar em plantões na rede hospitalar e em clínicas particulares. No estudo de Codarin et al. (2010), encontrou-se uma associação positiva para o sedentarismo nos profissionais que declararam trabalhar mais de 60 horas semanais, pois quanto maior o tempo de atuação na profissão, maior a chance de ser “insuficiente ativo” ou sedentário.

O sedentarismo foi mais frequente entre os profissionais com maior escolaridade, que são os de nível superior. Seria esperado que pessoas com mais escolaridade praticassem mais atividade física por ter o conhecimento dos benefícios trazidos por ela. Isso não ocorre talvez por não haver essa total consciência ou por acomodação, pois a maioria dos profissionais tem uma carga horária de até 40 horas e só trabalha na UAPS, ou seja, há tempo para realizar pelo menos trinta minutos de atividade física diárias.

A grande maioria dos profissionais de saúde não apresenta deficiência física e não relatou doença crônica; corrobora esses dados, outro estudo segundo o qual a maioria dos profissionais negou a presença de alguma doença (FERNANDES et al., 2010).

O hábito de fumar foi referido por uma pequena minoria (3%). Corrobora esse resultado um estudo em que apenas 12% dos profissionais se declararam fumantes (SIQUEIRA et al., 2009a). Esse estudo confirma a tendência de queda no número de fumantes em todo o país (ISER et al., 2012). Percebe-se que a grande maioria dos nossos entrevistados fez uma opção por um hábito de vida saudável, que é o de não fumar, atitude coerente já que devem repassar para seus pacientes os malefícios do tabagismo. Quanto ao hábito de ingestão de bebidas alcoólicas, foi referido pela minoria (29%) dos profissionais. Em outro estudo com enfermeiros de unidade básica de saúde, também foi identificado que a minoria fazia ingestão de álcool apesar de não expressar números (VARGAS; LUIS, 2008). Em um estudo nacional com população adulta, foi encontrado um percentual de 19,0% dos entrevistados referindo ingestão de bebida alcoólica (ISER et al., 2012). Apesar de no presente estudo não terem sido coletados dados tão específicos a respeito dessa ingestão, são dados um pouco preocupantes porque percebemos que, mesmo não sendo um número tão alto, ele está acima da média nacional, pois 27,6% dos profissionais referem ingestão semanal. O consumo de álcool é fator de risco para diversas doenças e esse consumo no país tem tendências crescentes. O maior consumo de bebidas alcoólicas está entre os mais escolarizados, fato coerente com o perfil da nossa amostra (ISER et al., 2012).

O hábito de fumar e a relação com o sedentarismo, no presente estudo entre os profissionais, revela que os fumantes praticam mais ati-

vidade física. Resultado discordante foi encontrado em um estudo em que o percentual de fumantes foi de 26,3%, maior entre os sedentários quando comparado aos não sedentários (OLBRICH et al., 2009).

Segundo Papathanasiou et al. (2012) é prevalente a relação do sedentarismo e do tabagismo entre estudantes das ciências da saúde na Grécia. O tabagismo mostrou-se associado ao sedentarismo nos profissionais do Sul, entretanto essa associação não foi verificada no Nordeste (SIQUEIRA et al., 2009a).

Quanto à autopercepção do seu estado de saúde, a maioria dos profissionais de saúde referiram a opção boa, o contrário foi encontrado em dois outros estudos segundo o qual os profissionais se declararam muito satisfeitos com seu estado de saúde (FERNANDES et al., 2010; TOMASI, 2008).

De acordo com a classificação por peso a maioria dos profissionais encontra-se com sobrepeso ou obesa. Entre os adultos a situação não é diferente (MARTINS et al., 2009). O resultado do presente estudo confirma a tendência nacional de crescimento do número de pessoas obesas e com sobrepeso em cidades grandes, com melhor escolaridade o que reflete maior poder aquisitivo para alimentação e essa por sua vez não segue orientações por alimentos saudáveis (LINO; MUNIZ; SIQUEIRA, 2011). Com relação à escolaridade, a prevalência de excesso de peso teve associação positiva com o aumento dos anos de estudo (LINO; MUNIZ; SIQUEIRA, 2011).

No estudo de Olbrich et al. (2009), o excesso de peso se mostrou mais prevalente em indivíduos que relataram não praticar atividade física suficiente e nos sedentários, especialmente nos homens. Na verdade, estes indivíduos deveriam estar mais motivados a praticarem atividade física para reverter essa realidade de peso, vendo nessa prática uma ação positiva para reverter esse quadro de sobrepeso ou obesidade.

O excesso de peso reflete estilos de vida insalubres nas capitais do país, como baixo consumo de alimentos saudáveis, baixa atividade no lazer e elevada proporção de inativos.

Um fator limitante da pesquisa foi o número praticamente inexistente de estudos com profissionais de saúde e sedentarismo o que dificultou

comparações nos resultados encontrados. Foram visitadas um número bem maior de unidades de saúde do que o pensado inicialmente. Encontrou-se mais facilidade em concluir o número proposto pela amostra com os profissionais de nível médio de enfermagem e os de odontologia, pois sempre eram mais presentes nas unidades; dos que foram abordados, apenas seis se recusaram participar da pesquisa alegando falta de tempo ou medo da divulgação dos resultados não ocorrer de forma ética. Entre as categorias profissionais de nível superior houve dificuldades semelhantes, a principal foi o número reduzido de profissionais presentes nas unidades, em primeiro lugar pela nova carga horária das equipes que passou para 32 horas semanais, ou seja, em um turno geralmente está presente só cinquenta por cento dos profissionais, outros motivos foram férias, folgas, licenças e atestados. Nesse grupo de nível superior a maior recusa em participar do estudo foi da categoria médica, a maioria alegando falta de tempo.

## Conclusão

Apesar de terem sido identificados alguns fatores que contribuem para o sedentarismo a maior parte, 194 profissionais, pratica atividade física segundo a classificação do IPAQ. Porém, um número grande ainda deve aderir a essa prática saudável, deve-se com isso ser pensado em várias estratégias que permeiam desde políticas públicas, espaços de lazer acessíveis como praças, ciclovias que facilitem deslocamento e ações educativas mostrando os benefícios dessa prática e correspondentemente os riscos associados ao sedentarismo.

Os profissionais de saúde estão em um caminho correto tanto para benefício do seu próprio estado de saúde como para maior empoderamento para convencer um número cada vez maior de pacientes para a prática da atividade física regular.

## Bibliografia

ALVES, J. G. B. et al. Prática de esportes durante a adolescência e atividade física de lazer na vida adulta. *Rev. Bras. Med. Esporte*, v. 11, n. 5, p. 291-294, 2005.

BACKES, D. S. et al. Concepções de cuidado: uma análise das teses apresentadas para um programa de pós-graduação em enfermagem. *Texto Contexto - Enferm.,* v. 15, p. 71-78, 2006.

BARBOSA, R. E. C.; ASSUNÇÃO, A. Á.; ARAÚJO, T. M. Distúrbios musculoesqueléticos em trabalhadores do setor saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v. 28, n. 8, p. 1569-1580, 2012.

BARRETO, S. M. B. et al. Análise da estratégia global para alimentação, atividade física e saúde, da Organização Mundial de Saúde. *Epidemiol. Serv. Saúde*, v. 14, n. 1, p. 41-68, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção de Saúde. *Vigitel Brasil 2012*: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CODARIN, M. A. F. et al. Associação entre prática de atividade física, escolaridade e perfil alimentar de motoristas de caminhão. *Rev. Saúde Soc.,* v. 19, n. 2, p. 418-428, 2010.

FERNANDES, J. S. et al. Qualidade de vida dos enfermeiros das equipes de saúde da família: a relação das variáveis sociodemográficas. *Texto & Contexto Enferm*, v. 19, n. 3, p. 434-442, 2010.

GÁMEZ, R. et al. Conocimiento, perception y nível de actividad física de los ciudadanos de Santa Fe de Bogotá, 1999. *Rev. Bras. Ciên. Mov*, v. 8, n. 4, p. 51-71, 2000.

GOBBI, S. et al. Physical inactivity and related barriers: a study in community dwelling of older Brazilians. *J. of Aging Research*, v. 2012, p. 1-8, 2012.

GOMES, V. B.; SIQUEIRA, K. S.; SICHIERI, R. Atividade física em uma amostra probabilística da população do Município do Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Pública*, v. 17, p. 969-976, 2001.

GUEDES, D. P. Níveis de prática de atividade física habitual em adolescentes. *Rev. Bras. Med. Esporte*, v. 7, n. 6, p. 187-199, 2001.

HALLAL, P.C. et al. Evolução da pesquisa epidemiológica em atividade física no Brasil: revisão sistemática. *Rev. Saúde Pública*, v. 41, n. 3, 2007.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. *Inquérito domiciliar sobre comportamento de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis*: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003. Rio de Janeiro: Inca, 2004.

ISER, B. P. M. et al. Prevalência de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais do Brasil: principais resultados do Vigitel 2010. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 9, p. 2343-2356, 2012.

LINO, M. Z. R.; MUNIZ, P. T.; SIQUEIRA, K. S. Prevalência e fatores associados ao excesso de peso em adultos: inquérito populacional em Rio Branco, Acre, Brasil, 2007-2008. *Caderno de Saúde Pública*, v. 27, n. 4, abr. 2011.

MALTA, D. C. et al. A política nacional de promoção da saúde e a agenda da atividade física no contexto do SUS. *Epidemiol. Serv. Saúde*, v. 18, n. 1, p.79-86, 2009a.

MALTA, D. C. et al. Padrão de atividade física em adultos brasileiros: resultados de um inquérito por entrevistas telefônicas, 2006. *Epidemiol. Serv. Saúde*, v. 18, n. 1, 2009b.

MARTINS, L. C. G. et al. Nível de atividade física em portadores de hipertensão arterial. *Rev. Latino-Am. Enferm.*, Ribeirão Preto, v. 17, n. 4, p. 462-467, 2009.

MATSUDO, S. A. et al. Questionário internacional de atividade física (IPAQ): estudo de validade e reprodutividade no Brasil. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde*, Pelotas, v. 6, n. 2, p. 5-18, 2001.

MATSUDO, S. M. et al. Nível de atividade física da população do Estado de São Paulo: análise de acordo com o gênero, idade, nível socioeconômico, distribuição geográfica e de conhecimento. *Rev. Bras. Ciência. Mov.*, Brasília, v. 10, n. 4, p. 41-50, 2002.

MEDINA, C.; BARQUERA,S. ; JANSSEN, I. Validez y del fiabilidad cuestionario internacional de actividad física en adultos de México. *Rev. Panam. Salud Pública*, v. 34, n. 1, p. 21-28, 2013.

OLBRICH, S. R. L. R. et al. Sedentarismo: prevalência e associação de fatores de risco cardiovascular. *Rev. Ciência Ext.*, v. 5, n. 2, p. 30-41, 2009.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Doenças crônico-degenerativas e obesidade*: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. Brasília, 2003. p. 320-327.

PAPATHANASIOU, G. et al. Smoking and physical activity interrelations in health science students. Is smoking associated with physical inactivity in young adults? *Hellenic J. Cardiol*, v. 53, p. 17-25, 2012.

PITANGA, F. J. G. Epidemiologia, atividade física e saúde. *Rev. Bras. Ciência Mov.*, v. 10, n. 3, p. 49-54, 2002.

SIQUEIRA, F. C. V. et al. Atividade física em profissionais de saúde do Sul e Nordeste do Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v. 25, n. 9, p. 1917-1928, 2009a.

SIQUEIRA, F. C. V. et al. Aconselhamento para a prática de atividade física como estratégia de educação à saúde. *Cad. Saúde Pública*, v. 25, n. 1, p. 203-213, 2009b.

SUZUKI, C. S.; MORAES, S.; FREITAS, I. C. M. Atividade física e fatores associados em adultos residentes em Ribeirão Preto, SP. *Rev. Saúde Pública,* v. 45, n. 2, p. 311-320, 2011.

TOMASI, E. et al. Perfil sócio-demográfico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v. 24, 2008. Suplemento 1 (S193-S201).

TRINDADE, L. L. et al. Estresse e síndrome de burnout entre trabalhadores da equipe de Saúde da Família. *Acta Paul Enferm*., v. 23, n. 5, p. 684-689, 2010.

VARGAS, D.; LUIS, M. A. V. Álcool, alcoolismo e alcoolista: concepções e atitudes de enfermeiros de unidades básicas distritais de saúde. *Rev. Latino-Am. Enferm.,* Ribeirão Preto, v. 16, p. 543-550, 2008.

ZANCHETTA, L.M. et al. Inatividade física e fatores associados em adultos, São Paulo, Brasil. *Rev. Bras. Epid.*, v. 13, n. 3, p. 387-399, 2010.

# Parte III

# EDUCAÇÃO EM SAÚDE

# GRUPO DE SAÚDE DE HOMENS E AUTOCUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

*Rômulo Fernandes Augusto Filho*
*Aluísio Ferreira de Lima*
*Paulo César de Almeida*
*Sandra Cecília de Souza Lima*
*Silvana Dayse Brito de Araújo Costa*

## Introdução

Em 2010, os homens com faixa etária acima de 25 anos representavam 56,58% da população masculina do Brasil e 27,70% da população total (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010). Apesar do número significativo de homens acima de 25 anos, a procura dessas pessoas por serviços de saúde não corresponde às demandas em diversos serviços, especialmente de Atenção Primária. Além de os homens terem dificuldade em reconhecer suas necessidades, cultivando o pensamento mágico que rejeita a possibilidade de adoecer, os serviços e as estratégias de comunicação privilegiam as ações de saúde para a criança, o adolescente, a mulher e o idoso (BRASIL, 2008). A negligência com a própria saúde tem raízes culturais, e isso faz com que as doenças nos homens sejam diagnosticadas mais tardiamente, acarretando pior prognóstico e encurtando a expectativa de vida (MEIRELLES; HOHL, 2009; FIGUEIREDO, 2005).

A inclusão dos homens em ações de saúde, nesse sentido, é desafiadora, por estes não reconhecerem a importância do cuidado e a valo-

rização do corpo no sentido da saúde como questões sociais do homem (SCHRAIBER; GOMES; COUTO, 2005), tornando-se mais suscetíveis às enfermidades crônicas e graves (NARDI; GLINA; FAVORITO, 2007; LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2005) que aparecem no sistema por meio da Atenção Secundária e Terciária, agravando a morbidade e elevando os custos para o sistema de saúde.

No intuito de proporcionar uma melhor qualidade de atenção à saúde da população masculina no Brasil, o Ministério da Saúde instituiu, em 2008, como prioridade a *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem*, tentando direcionar a perspectiva do cuidado aos homens através da Atenção Primária, com ênfase na integralidade do cuidado e com fortalecimento e qualificação dos profissionais, além de garantir uma atenção que não se restrinja à recuperação e sim à promoção da saúde e prevenção de agravos evitáveis (BRASIL, 2008).

Um dos principais objetivos dessa política é promover ações de saúde que contribuam significativamente para a compreensão da realidade singular masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos e que, respeitando os diferentes níveis de desenvolvimento e organização dos sistemas locais de saúde e tipos de gestão, possibilitem o aumento da expectativa de vida e a redução dos níveis de morbimortalidade por causas passíveis de prevenção nessa população (BRASIL, 2008).

Essa política tornou fundamental o papel dos profissionais que atuam na Atenção Primária, tentando reverter tal quadro, uma vez que muitos agravos poderiam ser evitados caso os homens realizassem, com regularidade, as medidas de prevenção primária e adotassem práticas de autocuidado.

O autocuidado pode ser entendido como um conjunto de práticas realizadas pelas pessoas e famílias na busca de promoção de comportamentos positivos de saúde, tentando-se prevenir enfermidades e tratar sintomas (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD, 2006). Além disso, também pode ser compreendido como parte do estilo de vida das pessoas, representando padrões de conduta que se refletem na forma de interação do indivíduo com seu meio social (KICKBUSCH,

1989; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009). Dessa forma, as escolhas relacionadas a um estilo de vida saudável podem implicar ações de autocuidado concreto e são reforçadas por políticas de saúde de países que adotam sistemas de saúde universais e integrais (BRASIL, 2008; CARVALHO; SANTOS, 2006).

A Atenção Primária, assim, se constitui como um *locus* privilegiado para o desenvolvimento de práticas educativas pela particularidade destes serviços, caracterizados pela maior proximidade com a população e pela ênfase em ações preventivas e promocionais de saúde (BRASIL, 2007).

As ações assistenciais e preventivas têm, no plano das políticas de saúde, impactos distintos: as atividades assistenciais respondem a uma percepção das necessidades de saúde por parte dos usuários, enquanto as ações preventivas se enquadram na perspectiva de modificar o quadro social de uma doença. Ambas, quando adequadas, constroem a legitimidade das políticas de saúde (PINHEIRO; MATTOS; CAMARGO JÚNIOR, 2005).

Com foco em ações preventivas, no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF), a *educação em saúde* tem se configurado como uma prática prevista e atribuída a todos os profissionais que compõem a equipe de saúde da família na Atenção Primária. Espera-se que esta seja capacitada para assistência integral e contínua às famílias da área adscrita, identificando situações de risco à saúde na comunidade assistida, enfrentando em parceria os determinantes do processo saúde-doença (BRASIL, 1997). No entanto, para que isso ocorra, as informações sobre saúde necessitam ser trabalhadas de formas simples e contextualizadas, orientando as pessoas para fazerem escolhas mais saudáveis de vida (ALVES; AERTES, 2011).

Inserido nesse contexto, o presente estudo tem como objetivo avaliar práticas de autocuidado em homens acima de 25 anos, participantes de atividades assistenciais e de promoção da saúde em Grupos de Saúde do Homem – GSH, vinculados às Equipes da Estratégia Saúde da Família em Fortaleza – Ceará, considerando aspectos socioeconômicos e hábitos desenvolvidos para manutenção da saúde e prevenção de agravos pelos participantes dos grupos.

## Método

Trata-se de um estudo descritivo, o qual identificou os fatos e fenômenos que ocorrem em uma dada realidade, estabelecendo relações entre as variáveis. Os dados empíricos foram submetidos à abordagem quantitativa na busca do aprofundamento a respeito da capacidade de autocuidado do homem.

O local da pesquisa compreendeu a área de abrangência do Centro de Saúde da Família (CSF) Ivana de Sousa Paes. Tal CSF está localizado no Bairro Presidente Kennedy, na região noroeste de Fortaleza, capital do Estado do Ceará, na área administrativa da Secretaria Executiva Regional III. Em 2010, a população estimada do bairro era de 26.000 habitantes, com densidade populacional de 130,6 habitantes/km$^2$, tendo uma proporção de 45,12% de homens e de 54,88% de mulheres (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

Os sujeitos envolvidos na pesquisa foram homens com idade igual ou superior a 25 anos, residentes na área de abrangência do Centro de Saúde da Família Ivana de Sousa Paes, convidados pelas agentes comunitárias de saúde a participarem de atividades de educação em saúde e consultas individuais no referido local. Foram convidados 15 homens por encontro e planejadas 16 atividades, que aconteceram semanalmente em um período de quatro meses, com uma previsão de 240 participantes. O total de homens que aceitaram participar do Ambulatório do Grupo de Saúde do Homem (GSH) foi de 170. A média de participantes por GSH foi de 11 homens.

Os GSH aconteceram no período de agosto a dezembro de 2013 e os participantes eram acolhidos pelo pesquisador, que também é médico da Unidade de Saúde. Antes do momento da consulta individual, os homens participavam de um momento de conversa coletiva com o médico, em que aspectos relacionados à Saúde do Homem eram discutidos e os homens tinham oportunidade de expor suas dúvidas e compartilhar experiências a respeito da saúde urológica e sexual.

Os homens foram atendidos em consultas individuais e tiveram suas queixas ouvidas por profissional médico e, durante a consulta, os

participantes que necessitaram de avaliação especializada foram devidamente encaminhados e tiveram exames solicitados por esse profissional, que os orientou para tais marcações no Centro de Saúde da Família Ivana de Sousa Paes. O seguimento e acompanhamento longitudinal desses homens foram garantidos em consultas de retorno para apresentação de exames que tivessem sido solicitados no momento do GSH.

Essa investigação utilizou a técnica de entrevista semiestruturada para coleta de dados e constou de duas etapas: a primeira parte conteve questões fechadas para obter os dados referentes ao perfil socioeconômico. A segunda contemplou questões norteadoras referentes à capacidade de autocuidado, em relação à saúde geral, urológica e sexual. Esse instrumento foi submetido a teste piloto para adequar os termos, de modo que não trouxesse ambiguidades nas respostas e avaliasse sua aplicabilidade.

As fichas foram digitadas e analisadas, os dados, processados no *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versão 20.0. As fichas com preenchimento inadequado ou incompleto foram descartadas. A margem de erro ou nível de significância utilizada na decisão dos testes estatísticos foi de 5,0%. A partir dos dados coletados, os homens pesquisados foram analisados com relação às variáveis: idade, estado civil, escolaridade, hábitos, estilo de vida e ações de autocuidado. Todos os dados obtidos neste estudo foram objeto de análise crítica sobre a questão focalizada, tendo suporte da literatura sobre o tema para que as conclusões fossem formuladas.

O presente estudo respeitou todos os procedimentos éticos, respeitando a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, protocolo 22/10.

## Resultados

Ao todo, 170 homens participaram das atividades dos Grupos de Saúde do Homem. A idade dos participantes variou entre 25 e 83 anos de idade, com idade média de 49,3 anos (DP± 8,97). O maior número de participantes se concentrou nas faixas entre 40 e 49 anos (40,6%) e

50 e 59 anos (40%). Os homens na faixa etária de 25 a 39 anos representaram 10,6% do total e aqueles com 60 anos ou mais representaram 8,8% do total. Com relação ao estado civil, 64,7% dos homens eram casados. Os participantes em União Estável representaram 12,4% dos homens do estudo. Os solteiros representaram 17,0% dos integrantes dos grupos e juntamente com os divorciados (5,9%), somaram 22,9% dos participantes.

Verificou-se baixo grau de escolaridade entre os participantes; 38,8% deles não concluíram o Ensino Fundamental, incluindo os analfabetos, que representaram 2,9% do total. Com relação ao Ensino Médio, 58,2% dos participantes não o concluíram. Aqueles que conseguiram acessar o Ensino Superior representaram 20,6% do total de participantes, constituído por 15,9% dos participantes com Ensino Superior Incompleto e 4,7% dos participantes com Ensino Superior Completo. Esses e os demais dados referentes ao perfil socioeconômico estão dispostos na Tabela 1.

Tabela 1 – Perfil socioeconômico dos participantes dos Grupos de Saúde do Homem, Fortaleza, 2013

| **Características** | **N** | **%** | **Média ±DP** |
|---|---|---|---|
| *Faixa etária (anos)* | | | *49,34 ± 8,97* |
| 25 – 39 | 18 | 10,6 | |
| 40 – 49 | 69 | 40,6 | |
| 50 – 59 | 68 | 40,0 | |
| 60 – 83 | 15 | 8,8 | |
| *Estado civil (n=170)* | | | |
| Casado | 110 | 64,7 | |
| União estável | 21 | 12,4 | |
| Solteiro | 29 | 17,1 | |
| Divorciado ou separado | 10 | 5,9 | |
| Viúvo | 0 | 0,0 | |
| *Escolaridade/Anos de estudo (n=170)* | | | |
| Analfabeto | 5 | 2,9 | |
| Ensino Fundamental Incompleto | 61 | 35,9 | |
| Ensino Fundamental Completo | 16 | 9,4 | |
| Ensino Médio Incompleto | 17 | 10 | |
| Ensino Médio Completo | 36 | 21,2 | |
| Ensino Superior Incompleto | 27 | 15,9 | |
| Ensino Superior Completo | 8 | 4,7 | |

*(continuação Tabela 1)*

| Características | N | % | Média ±DP |
|---|---|---|---|
| *Casa Própria (n=170)* | | | |
| Sim | 139 | 81,8 | |
| Não | 31 | 18,2 | |
| *Nº de pessoas no domicílio (n=170)* | | | *3,57 ± 1,68* |
| 1 a 2 | 45 | 26,5 | |
| 3 a 4 | 106 | 62,3 | |
| 5 a 11 | 19 | 11,2 | |
| *Religião (n=170)* | | | |
| Católica | 122 | 71,8 | |
| Evangélica | 32 | 18,8 | |
| Espírita | 3 | 1,8 | |
| Umbandista | 2 | 1,2 | |
| Não tem | 11 | 6,5 | |
| *Renda Familiar (n=170)* | | | |
| Menos de 1 Salário Mínimo* | 1 | 0,6 | |
| Igual a 1 Salário Mínimo* | 19 | 11,2 | |
| Entre 1 Salário Mínimo* e R$ 999,00 | 63 | 37,1 | |
| Entre R$ 1000,00 e R$ 1999,00 | 54 | 31,8 | |
| Entre R$ 2000,00 e R$ 2999,00 | 24 | 14,1 | |
| Igual ou superior a R$ 3000,00 | 9 | 5,3 | |
| *Trabalha atualmente? (n=170)* | | | |
| Sim | 153 | 90,0 | |
| Não | 9 | 5,3 | |
| Aposentado | 8 | 4,7 | |

* O valor do salário mínimo no ano de 2013 era R$678,00.
Fonte: Elaborada pelos autores.

No que se refere à avaliação do autocuidado em relação à saúde geral, a pergunta "Costuma ir ao médico regularmente?" foi utilizada e 42,1% dos 170 integrantes dos GSH referiram ir ao médico de forma regular. A ida ao médico de forma regular foi maior entre os homens solteiros (n=29) e divorciados (n=10), tendo sido referida por 48,3% dos homens solteiros e por 50% dos homens divorciados. Entre os homens casados (n=110) ou em união estável (n=21), a ida ao médico de forma regular foi referida por 40% dos casados e por 33,3% dos homens em união estável.

Com relação ao grau de escolaridade, os homens com Ensino Fundamental completo (n=16) foram os que mais referiram ir ao médico de forma regular, seguidos pelos homens analfabetos (n=5), sendo a ida ao médico referida por 62,5% dos primeiros e por 60% dos últimos. Os participantes com Ensino Fundamental incompleto (n=61) formaram a categoria mais representativa do estudo e 39,3% destes referiram ir ao médico de forma regular. A ida ao médico de forma regular foi referida por 41,2% dos participantes com Ensino Médio incompleto (n=17) e por 41,7% dos participantes com Ensino Médio completo (n=36). Dentre os homens com Ensino Superior incompleto (n=27) e com Ensino Superior completo (n=8), a ida ao médico de forma regular foi referida por somente 29,6% dos primeiros e por 37,5% dos últimos, sendo estes os percentuais mais baixos entre os participantes. Os dados referentes à prática regular de atividades físicas e demais dados da avaliação do autocuidado em relação à saúde geral são apresentados na Tabela 2.

Tabela 2 – Avaliação do autocuidado em relação à saúde geral dos participantes dos Grupos de Saúde do Homem, Fortaleza, 2013

| **Características** | | | **N** | **%** |
|---|---|---|---|---|
| *Costuma ir ao médico regularmente (n=170)* | | | | |
| | Sim | | 70 | 41,2 |
| | Não | | 100 | 58,8 |
| *Ida regular ao médico por faixa etária (anos)* | | | | |
| | Sim | 25-39 (n=18) | 6 | 33,3 |
| | | 40-49 (n=69) | 26 | 37,7 |
| | | 50-59 (n=68) | 32 | 47,1 |
| | | >60 (n=15) | 6 | 40 |
| | Não | 25-39 (n=18) | 12 | 66,7 |
| | | 40-49 (n=69) | 43 | 62,3 |
| | | 50-59 (n=68) | 36 | 52,9 |
| | | >60 (n=15) | 9 | 60 |
| *Ida regular ao médico por estado civil* | | | | |
| | Sim | União Estável (n=21) | 7 | 33,3 |
| | | Casado (n=110) | 44 | 40 |
| | | Solteiro (n=29) | 14 | 48,3 |
| | | Divorciado (n=10) | 5 | 50 |

*(continuação Tabela 2)*

| Características | | | N | % |
|---|---|---|---|---|
| | Não | União Estável (n=21) | 14 | 66,7 |
| | | Casado (n=110) | 66 | 60 |
| | | Solteiro (n=29) | 15 | 51,7 |
| | | Divorciado (n=10) | 5 | 50 |
| *Ida regular ao médico por escolaridade* | | | | |
| | Sim | Analfabeto (n=5) | 3 | 60 |
| | | Ensino Fundamental Incompleto (n=61) | 24 | 39,3 |
| | | Ensino Fundamental Completo (n=16) | 10 | 62,5 |
| | | Ensino Médio Incompleto (n=17) | 7 | 41,2 |
| | | Ensino Médio Completo (n=36) | 15 | 41,7 |
| | | Ensino Superior Incompleto (n=27) | 8 | 29,6 |
| | | Ensino Superior Completo (n=8) | 3 | 37,5 |
| | Não | Analfabeto (n=5) | 2 | 40 |
| | | Ensino Fundamental Incompleto (n=61) | 37 | 60,7 |
| | | Ensino Fundamental Completo (n=16) | 6 | 37,5 |
| | | Ensino Médio Incompleto (n=17) | 10 | 58,8 |
| | | Ensino Médio Completo (n=36) | 21 | 58,3 |
| | | Ensino Superior Incompleto (n=27) | 19 | 70,4 |
| | | Ensino Superior Completo (n=8) | 5 | 62,5 |
| *Data da última consulta (n=170)* | | | | |
| | Nos últimos 12 meses | | 109 | 64,1 |
| | Entre 13 e 36 meses | | 38 | 22,4 |
| | Há mais de 36 meses | | 17 | 10 |
| | Não lembrou | | 6 | 3,5 |
| *Pressão arterial verificada regularmente (n=170)* | | | | |
| | Sim | | 109 | 64,1 |
| | Não | | 61 | 35,9 |
| *Glicemia verificada regularmente (n=170)* | | | | |
| | Sim | | 49 | 28,8 |
| | Não | | 121 | 71,2 |
| *Prática regular de atividade física (n=170)* | | | | |
| | Sim | | 71 | 41,8 |
| | Não | | 99 | 58,2 |

*(continuação Tabela 2)*

| Características | | N | % |
|---|---|---|---|
| *Prática regular de atividade física por faixa etária (anos)* | | | |
| Sim | 25-39 (n=18) | 11 | 61,1 |
| | 40-49 (n=69) | 31 | 44,9 |
| | 50-59 (n=68) | 21 | 30,9 |
| | >60 (n=15) | 8 | 53,3 |
| Não | 25-39 (n=18) | 7 | 38,9 |
| | 40-49 (n=69) | 38 | 55,1 |
| | 50-59 (n=68) | 47 | 69,1 |
| | >60 (n=15) | 7 | 46,7 |
| *Prática regular de atividade física por escolaridade* | | | |
| Sim | Analfabeto (n=5) | 2 | 40 |
| | Ensino Fundamental Incompleto (n=61) | 21 | 34,4 |
| | Ensino Fundamental Completo (n=16) | 6 | 37,5 |
| | Ensino Médio Incompleto (n=17) | 8 | 47,1 |
| | Ensino Médio Completo (n=36) | 15 | 41,7 |
| | Ensino Superior Incompleto (n=27) | 14 | 51,9 |
| | Ensino Superior Completo (n=8) | 5 | 62,5 |
| Não | Analfabeto (n=5) | 3 | 60 |
| | Ensino Fundamental Incompleto (n=61) | 40 | 65,6 |
| | Ensino Fundamental Completo (n=16) | 10 | 62,5 |
| | Ensino Médio Incompleto (n=17) | 9 | 52,9 |
| | Ensino Médio Completo (n=36) | 21 | 58,3 |
| | Ensino Superior Incompleto (n=27) | 13 | 48,1 |
| | Ensino Superior Completo (n=8) | 3 | 37,5 |

Fonte: Elaborada pelos autores.

Dos 170 participantes, 30% indicaram que já haviam sido submetidos ao exame de toque retal e 54,7% já haviam se submetido ao exame de sangue para a detecção do Antígeno Prostático Específico, mais comumente conhecido pela sua sigla em inglês, PSA.

Dos participantes com faixa etária entre 50 e 59 anos (n=68), 42,6% indicaram já terem sido submetidos ao exame de toque retal;

entre os homens com faixa etária acima de 60 anos (n=15), 66,7% indicaram já haver sido submetidos a tal procedimento. A data de realização do exame dos participantes que foram submetidos ao toque retal (n=51) foi referida por 21,6% destes nos últimos 12 meses, por 29,4% no período entre 13 e 24 meses e por 49% em um período superior a 24 meses.

Dos participantes que não foram submetidos ao exame de toque retal (n=119), 46,2% disseram não ter tido acesso à consulta médica, 16% acreditavam não estar na faixa etária recomendada e 9,2% por desconhecimento a respeito do exame. Indicações de preconceito quanto ao exame, inutilidade e medo do procedimento compreenderam, respectivamente, 10,1%, 6,7% e 4,2%. Outros motivos sem especificação para a não realização do exame foram informados por 7,6% do grupo que não foi submetido ao toque retal.

Em relação aos homens que tiveram coleta do exame de PSA (n=93), a data de realização foi referida por 60,2% dos participantes nos últimos 12 meses; 22,6% indicaram a realização do exame entre os últimos 13 e 24 meses; e 15% em um período superior a 24 meses. Somente 2,1% dos que tiveram o exame de PSA coletado disseram não lembrar a data de sua realização. Quando perguntados sobre acharem que o exame de PSA substitui o exame de toque retal, 72,4% dos participantes referiram que o exame de PSA não substitui o exame de toque retal.

Dos 170 participantes, 88,8% disseram ter vida sexual ativa e destes (n=151), 68,9% referiram que não faziam uso de preservativos durante as relações sexuais. Entre os participantes que referiram ter vida sexual ativa, o uso de preservativo durante as relações sexuais foi maior na faixa etária de 50 a 59 anos, em que 41,4% referiram tal prática, seguidos por 26,7% dos homens entre 25 e 39 anos, 26,6% dos participantes entre 40 e 49 anos, e por somente 14,3% entre os homens acima de 60 anos. Quando indagados sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis, 33,5% dos participantes referiram já ter apresentado algum tipo de DST durante o curso de suas vidas.

Dos participantes dos GSH, 23,5% (n=40) referiram ter disfunção erétil (DE). No estudo em questão, 2,5% (n=1), os que referiram DE tinha idade inferior a 40 anos. A grande maioria, 97,5% (n=39), apresentava idade superior a 40 anos, sendo a idade máxima de 63 anos.

Somente 3,5% (n=6) dos participantes dos GSH referiram fazer uso de substâncias para ajudar na relação sexual. Dos que referiram uso de substâncias, somente um participante referiu fazer uso de inibidores da fosfodiesterase, dentre os quais, o mais conhecido é o medicamento Viagra® e os outros cinco relataram uso de "vitaminas". Os dados referentes à avaliação do autocuidado em relação à saúde urológica e sexual são apresentados na Tabela 3.

Tabela 3 – Avaliação do autocuidado em relação à saúde urológica e sexual dos participantes dos Grupos de Saúde do Homem, Fortaleza, 2013

| **Características** | | **N** | **%** |
|---|---|---|---|
| *Foi submetido ao exame de toque retal (n=170)* | | | |
| Sim | | 51 | 30 |
| Não | | 119 | 70 |
| *Exame de toque retal por faixa etária (anos)* | | | |
| Sim | 25-39 (n=18) | 1 | 5,6 |
| | 40-49 (n=69) | 11 | 15,9 |
| | 50-59 (n=68) | 29 | 42,6 |
| | >60 (n=15) | 10 | 66,7 |
| Não | 25-39 (n=18) | 17 | 94,4 |
| | 40-49 (n=69) | 58 | 84,1 |
| | 50-59 (n=68) | 39 | 57,4 |
| | >60 (n=15) | 5 | 33,3 |
| *Quando foi feito o exame de toque retal (n=51)* | | | |
| Nos últimos 12 meses | | 11 | 21,6 |
| Entre 13 e 24 meses | | 15 | 29,4 |
| Há mais de 24 meses | | 25 | 49 |
| Não lembrou | | - | - |
| *Porque não foi submetido ao exame de toque retal (n=119)* | | | |
| Medo | | 5 | 4,2 |
| Preconceito | | 12 | 10,1 |
| Por achar inútil | | 8 | 6,7 |
| Não teve acesso à consulta médica | | 55 | 46,2 |
| Desconhecimento | | 11 | 9,2 |
| Faixa etária não recomendada | | 19 | 16 |
| Outro motivo não especificado | | 9 | 7,6 |
| *Foi submetido ao exame de PSA (n=170)* | | | |
| Sim | | 93 | 54,7 |
| Não | | 77 | 45,3 |

*(continuação Tabela 3)*

| Características | | N | % |
|---|---|---|---|
| *Quando foi feito o exame de PSA (n=93)* | | | |
| Nos últimos 12 meses | | 56 | 60,2 |
| Entre 13 e 24 meses | | 21 | 22,6 |
| Há mais de 24 meses | | 14 | 15 |
| Não lembrou | | 2 | 2,1 |
| *Acha que o PSA substitui o toque retal* | | | |
| Sim | | 47 | 27,6 |
| Não | | 123 | 72,4 |
| *Vida sexual ativa* | | | |
| Sim | | 151 | 88,8 |
| Não | | 19 | 11,2 |
| *Usa preservativo nas relações sexuais (n=151)* | | | |
| Sim | | 47 | 31,1 |
| Não | | 104 | 68,9 |
| *Uso do preservativo nas relações sexuais por faixa etária (anos)* | | | |
| Sim | 25-39 (n=15) | 4 | 26,7 |
| | 40-49 (n=64) | 17 | 26,5 |
| | 50-59 (n=58) | 24 | 41,4 |
| | >60 (n=14) | 2 | 14,3 |
| Não | 25-39 (n=15) | 11 | 73,3 |
| | 40-49 (n=64) | 47 | 73,4 |
| | 50-59 (n=58) | 34 | 58,6 |
| | >60 (n=14) | 12 | 85,7 |
| *Queixas de disfunção erétil (n=170)* | | | |
| Sim | | 40 | 23,5 |
| Não | | 130 | 76,5 |
| *Toma algum medicamento para ajudar na relação sexual (n=170)* | | | |
| Sim | | 3,5 | 6 |
| Não | | 96,5 | 164 |
| *Doença sexualmente transmissível, passado e atualidade (n=170)* | | | |
| Sim | | 57 | 33,5 |
| Não | | 113 | 66,5 |

Fonte: Elaborada pelos autores.

## Discussão

A pesquisa evidenciou que existe a necessidade de se entender as diversas singularidades e especificidades do universo masculino, especialmente quando se considera a Atenção Primária como centro de desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças (SCHRAIBER; FIGUEIREDO, 2011).

A questão da escolaridade chama atenção no estudo, onde 58,2% dos homens não concluíram o Ensino Médio e 38,8% não concluíram o Ensino Fundamental. Dados do Fundo das Nações Unidas para a Infância revelaram que 57% dos jovens brasileiros de ambos os sexos não completaram o Ensino Fundamental (NASCIMENTO; SEGUNDO; BARKER, 2011).

Os homens casados (64,7%) e aqueles em união estável (12,4%) representaram a grande maioria dos participantes dos grupos, totalizando 77,1%, podendo representar um fator de proteção para as práticas de autocuidado. Isso porque a família exerce um papel importante na formulação dos conhecimentos sobre cuidado e saúde e pode influenciar sobremaneira a percepção da necessidade de ajuda e uso dos serviços de saúde por parte dos homens (MEDRADO; LYRA; AZEVEDO, 2011).

Foi possível observar que a ida ao médico pode ser entendida como uma medida de obter orientações e tirar dúvidas a respeito da sua saúde e não somente como um momento para se procurar um profissional de saúde quando ocorre o adoecimento. Considerando a faixa etária e o grau de escolaridade, a ida ao médico de forma regular foi referida com maior frequência por homens entre 50 e 59 anos (47,1%) e por homens com Ensino Fundamental completo (62,5%). Em contrapartida, os homens entre 25 e 39 anos e aqueles com Ensino Superior incompleto foram os que menos referiram ida regular ao médico, representados respectivamente por 33,3% e 29,6%.O fato de homens jovens terem referido menor frequência em consultas médicas pode indicar a falta de esforços dos serviços de saúde no envolvimento desses em trabalhos relacionados à saúde (SCOTT, 2011).

Com relação à saúde urológica e práticas para rastreamento de câncer de próstata, notou-se baixa frequência de realização do exame de

toque retal por parte dos homens de 50 a 59 anos situando-se em 42,6% a referência por esses participantes. A partir dos 60 anos, notou-se um aumento da frequência de realização do exame de toque retal, representada por 66,7% para essa faixa etária. Os homens acima de 60 anos apresentaram características diferentes de vulnerabilidade e com o desgaste das condições de saúde, especialmente da população pobre. Juntam-se às mulheres na vivência de patologias, tornando-os candidatos à atenção dos serviços de saúde (SCOTT, 2011), podendo justificar a maior frequência do exame entre os homens acima de 60 anos. Também pode justificar tal frequência entre os homens acima de 60 anos a ocupação dos serviços com as necessidades específicas dessa faixa etária, particularmente os agravos do aparelho circulatório e genital (MEDRADO; LYRA; AZEVEDO, 2011).

Dos homens que não foram submetidos ao exame de toque retal, merece destaque o fato de 46,2% destes não terem tido acesso à consulta médica para realização do procedimento.

A frequência de realização do exame de PSA por parte dos homens dos grupos foi de 54,7%, sendo mais alta que a frequência de realização do PSA. Apesar de 72,4% dos homens afirmarem que o exame de PSA não substitui o exame de toque retal, a maior frequência de realização do exame de PSA pode indicar algum grau de preconceito com o exame de toque retal ou ainda conduta médica que pode considerar somente o exame de PSA para monitoramento e avaliação da função prostática.

A maioria dos homens com vida sexual ativa referiu que não fazia uso de preservativo. Dos 151 participantes com vida sexual ativa, somente 47 referiram o uso de preservativos. Homens com 50 a 59 anos foram os que mais referiram o uso de preservativo (41,4%), seguidos pelos homens de 25 a 39 anos (26,7%). O uso de preservativos é influenciado pela informação e também por valores como intimidade, confiança e comunicação entre os parceiros, podendo afetar o processo de negociação para o uso do preservativo (PROMUNDO, 2002).

A disfunção erétil (DE) foi referida por 23,5% dos participantes dos grupos. Recente estudo de revisão demonstrou que a taxa de DE moderada a severa pode variar de 0,5 a 20% (KUBIN; WAGNER; FUGL-MEYER, 2003). Uma vez que a disfunção erétil pode ser consi-

derada uma patologia que pode afetar negativamente o relacionamento interpessoal e comprometer a qualidade de vida do indivíduo (MONTAGUE et al., 1996; MOREIRA JÚNIOR et al., 2003), fica claro que esta deve ser entendida como um problema de saúde pública.

Finalmente, a pouca valorização e a pouca utilização dos serviços de Atenção Primária e do cuidado por parte de homens ganha destaque significativo, uma vez que mais do que o tratamento das doenças, o cuidado e sua valorização têm sido vistos como pontos importantes a discutir sobre o modo de lidar com a saúde que os homens tomam para si (FIGUEIREDO, 2008).

## Conclusão

Verificou-se a necessidade de inclusão dos homens, especialmente os mais jovens, em ações e serviços de saúde de Atenção Primária. Tal inclusão precisa acontecer envolvendo ações de promoção da saúde e também assistenciais, mas devem considerar outros locais para as práticas de saúde, podendo incluir os locais de trabalho, pontos de encontro dos homens, como associações, além de envolvê-los através de atividades esportivas, com a parceria de academias, ginásios e quadras esportivas de escolas.

A inserção dos homens em serviços de Atenção Primária também deve considerar a transformação desses serviços em locais mais amigáveis e com informações pertinentes à saúde do homem. Além disso, a capacitação e sensibilização dos profissionais de saúde da Atenção Primária em temas de saúde do homem pode aumentar a adesão de homens às medidas de rastreamento e de práticas de autocuidado em serviços de Atenção Primária.

É urgente também o alinhamento dos serviços nas informações referentes à saúde sexual, especialmente no que diz respeito ao fornecimento de informações sobre o uso de preservativos e outras condições, como a disfunção erétil.

Estratégias de prevenção em um nível populacional precisam ser inseridas e adotadas por parte dos serviços de saúde, especialmente os de Atenção Primária, que integram a rede capilar do sistema de saúde e

estão mais próximos dos homens, reconhecendo que a ocorrência de doenças e adoção de hábitos saudáveis, além de práticas de autocuidado efetivas são reflexos do comportamento e das circunstâncias da sociedade como um todo.

## Bibliografia

ALVES, G. G.; AERTES, D. As práticas educativas em saúde e a estratégia saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 1, p. 319-325, 2011.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Sistema Único de Saúde*. Brasília: Conass, 2007. 291 p. (Coleção Progestores - Para entender a gestão do SUS, 1).

Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec_progestores_livro1.pdf>. Acesso em: 13 nov. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. *Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos*. 2012. Disponível em: <http://migre.me/wG9aS>. Acesso em: 3 jan. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. *Saúde da família*: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. 36 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política nacional de atenção integral à saúde do homem*: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <http://migre.me/wG99D>. Acesso em: 27 abr. 2015.

BRASIL. Portal do Departamento de Atenção Básica. *Autocuidado*. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/autocuidado.php>. Acesso em: 16 nov. 2014.

FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 10, n. 1, p. 105-109, 2005.

FIGUEIREDO, W. S. *Masculinidades e cuidado*: diversidade e necessidades de saúde dos homens na atenção primária. 2008. 295 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo demográfico 2010*. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 13 out. 2014.

KICKBUSCH, I. Self-care in health promotion. *Social Science & Med.*, v. 29, n. 2, p. 125-130, 1989.

KUBIN, M.; WAGNER, G.; FUGL-MEYER, A.R. Epidemiology of erectile dysfunction. *International Journal of Impotence Research*, v. 15, p. 63-71, 2003.

LAURENTI, R.; JORGE, M. H. P. M.; GOTLIEB, S. L. D. Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina. *Ciênica & Saúde Coletiva*, v. 10, n. 1, p. 35-46, 2005.

MEDRADO, B.; LYRA, J.; AZEVEDO, M. Eu não sou só próstata, eu sou um homem! Por uma política pública de saúde transformadora da ordem de gênero. In: GOMES, R. (Org.). *Saúde do homem em debate*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

MEIRELLES, R. M. R.; HOHL, A. Saúde masculina: tão negligenciada, principalmente pelos homens. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia*, v. 53, n. 8, p. 899-900, 2009.

MONTAGUE, D. K. et al. Clinical guidelines panel on erectile dysfunction: summary report on the treatment of organic erectile dysfunction. The American Urological Association. *J. Urology*, v. 156, n. 6, p. 2007-2011, 1996.

MOREIRA JÚNIOR, E. D. et al. Incidence of erectile dysfunction in men 40 to 69 years old: results from a population-based cohort study in Brazil. *Urology*, v. 61, p. 431-436, 2003.

NARDI, A.; GLINA, S.; FAVORITO, L. A. Primeiro estudo epidemiológico sobre câncer de pênis no Brasil. *International Braz. J. Urol*, v. 33, p. 1-7, 2007.

NASCIMENTO, M.; SEGUNDO, M.; BARKER, G. Reflexões sobre a saúde dos homens jovens: uma articulação entre juventude, masculinidade e exclusão social. In: GOMES, R. (Org.). *Saúde do homem em debate*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD. *Fortalecimiento del autocuidado como estrategia de la atención primaria en salud*: la contribución de lasinstituciones de salud en América Latina. Santiago, Chile, 2006.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A.; CAMARGO JÚNIOR, K. R. (Org.). *Construção da integralidade*: cotidiano, saberes e práticas de saúde. Rio de Janeiro: UERJ-IMS-ABRASCO, 2005.

PROMUNDO. *Projeto de jovem para jovem:* engajando homens jovens na prevenção de violência e na saúde sexual e reprodutiva no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Promundo, 2002.

SCHRAIBER, L. B.; FIGUEIREDO, W. S. Integralidade em saúde e os homens na perspectiva relacional de gênero. In: GOMES, R. (Org.). *Saúde do homem em debate*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

SCHRAIBER, L. B.; GOMES, R.; COUTO, M. T. Homens e saúde na pauta da saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 10, n. 1, p. 7-17, 2005.

SCOTT, P. Vulnerabilidade masculina, curso de vida e moradia urbana: um dilema para homens adultos de bairros populares. In: GOMES, R. (Org.). *Saúde do homem em debate*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Self-care in the context of primary health care*: report of the regional consultation. Bangkok, Thailand, p. 7-9, jan. 2009.

# A PARTICIPAÇÃO SOCIAL NAS UNIDADES BÁSICAS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA REGIONAL NORTE DE TERESINA-PI

## Um ideal a ser concretizado

*Sandra Cecília de Souza Lima*
*Aluísio Ferreira de Lima*
*Renata Bessa Holanda*
*Paulo César Almeida*
*Fabiane do Amaral Gubert*

## Introdução

A participação social é um campo de atuação dos cidadãos, conquistado através dos movimentos sociais, da Reforma Sanitária e pelas lutas por uma saúde de qualidade. As questões concernentes a essa tomaram força, sobretudo, a partir da década de 70, e ainda hoje vêm revolucionando a sociedade e se tornando alvo para a análise e criação de políticas públicas que garantam os direitos fundamentais dos cidadãos (DURIGUETTO; SOUZA; SILVA, 2009).

No Brasil, a participação social na saúde foi implantada com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), objetivando a regulamentação do controle social com a participação popular, junto ao Estado, na tomada de decisões políticas sobre as necessidades de saúde das comunidades. Contudo, mesmo que o Brasil venha tentando incorporar a participação

social nas atividades da saúde, esta tentativa ainda permanece sem o êxito necessário. Observamos, porém, que não há uma clareza quanto à significação do que seria este processo de participação social nas práticas de saúde, o que nos leva a estabelecer maiores esclarecimentos.

O significado de participação está ligado ao poder e à capacidade do(s) participante(s) em tomar parte de todo o processo, começando pelo diagnóstico da situação, envolvendo o planejamento, a implementação, o acompanhamento e o controle das ações de saúde pública (GRISOTTI; PATRÍCIO; SILVA, 2010).

Em termos jurídicos, a Lei n° 8.142/1990 dispõe sobre a participação social no SUS, definindo como deve ser estruturado o Conselho de Saúde que, paritariamente, deve ser composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atuando na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde de acordo com sua instância, além do controle dos aspectos econômicos e financeiros. Essa mesma lei regulamenta as Conferências de Saúde como eventos que devem ser realizados a cada quatro anos para discutir a política de saúde em cada esfera de governo e propor diretrizes de ação (BRASIL, 1990).

A participação comunitária em saúde se faz, assim, um importante canal de relação entre o Estado, os trabalhadores e a sociedade na definição e no alcance de objetivos setoriais de saúde, pois orienta a modificação favorável dos determinantes sociais de saúde, tendo em vista a conquista de maior autonomia da comunidade em relação a tais determinantes ou aos próprios serviços de saúde e ao desenvolvimento da sociedade (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2009).

O Conselho Local de Saúde (CLS) é, portanto, o espaço de participação mais próximo da comunidade, além de ser o local primeiro onde as necessidades dos usuários podem se manifestar. A partir da manifestação das necessidades dos usuários no CLS, pode-se chegar aos outros níveis de participação que são deliberativos da política de saúde, no caso, os Conselhos Municipais de Saúde, realizando, dessa forma, aproximações com a representação do povo e uma democracia representativa vinculada às suas bases sociais (SOUZA; KRÜGER, 2010).

Com isto, a participação da comunidade no sistema público de saúde se faz por intermédio da lei. Contudo, a implementação dos Conselhos Locais de Saúde tem sido desafiadora, pois, apesar de o Brasil contar com mais de 5000 CLSs, estes apresentam problemas de autonomia, organização e desempenho (MOREIRA; ESCOREL, 2009). O que mais comumente se observa é que a participação nos Conselhos Locais de Saúde é insuficiente (ROCHA et al., 2008), e esta não participação dos usuários nas atividades extraconsulta relaciona-se a não correspondência com as necessidades destes e de seus familiares (RONZANI; SILVA, 2008).

Isso acontece devido à falta de formação profissional voltada para a valorização do saber popular e ao respeito ao cliente como sujeito capaz de opinar pelo seu corpo, além da ausência histórica dos indivíduos, enquanto cidadãos participantes do processo político que envolve as ações de políticas públicas de saúde no Brasil. Percebemos, portanto, que, apesar da importância dada à participação social, ainda há dificuldade em seu estabelecimento, seja nas instâncias formais, nas comunidades ou junto aos trabalhadores de saúde (CAMARGO-BORGES; MISHIMA, 2009).

> Os conselhos locais vêm merecendo destaque, favorecendo a participação da comunidade, especialmente por estarem próximos da população, localizados no espaço estratégico da Atenção Básica à Saúde (ABS). Instituir tais conselhos tem exigido dos sujeitos envolvidos habilidades para trabalhar em equipe (trabalhadores-gestores-usuários), pois a maior proximidade entre estes e os problemas do cotidiano ocasionam dificuldades no diálogo e conflitos de interesses, em que a instituição efetiva do conselho enquanto instância de controle social e interação serviço-comunidade torna-se um desafio. Ademais, é necessário acompanhar e qualificar as iniciativas locais de controle social, no sentido dos conselhos constituírem-se em espaços plurais para legitimação de outra concepção de saúde, de promoção do diálogo transdisciplinar e da afirmação do popular (CRUZ, 2012, p. 1090).

Outro aspecto ainda há de ser ressaltado. Mesmo que vislumbremos o Conselho Local de Saúde como um possível palco da dialé-

tica entre comunidade, gestão e profissionais na conquista de uma assistência voltada para o ser humano holístico, percebemos, contudo, que, apesar de todas as batalhas travadas com o Estado, este ser humano ainda é visto à margem da sociedade como alguém que sofre de uma patologia e que necessita de intervenções curativistas.

Essa visão míope do usuário do SUS merece discussão, pois é somente através de uma participação social efetiva e do controle social atuante que conseguiremos mudar o dogmatismo de que o usuário é alguém que não pode contribuir com suas ideias e opiniões para um sistema de saúde público de qualidade.

Tratando mais especificamente do contexto aqui em questão, na Estratégia Saúde da Família (ESF), os CLSs emergem enquanto dispositivos de participação, mobilizando os atores sociais para atuarem na formulação de propostas para a fiscalização da execução das políticas públicas na saúde (COSSETIN; OLSCHOWSKY, 2011). Além de estimular a participação social através dos CLSs, o Programa Saúde da Família (PSF) também requer de seus profissionais, dentre outros atributos: atenção, comprometimento e sensibilidade, com o objetivo de alcançar as necessidades das pessoas, tornando-se capaz de produzir impactos sobre a saúde delas.

Consideramos importante destacar que a criação do controle social dentro das unidades básicas de saúde torna-se relevante para a comunidade, pois amplifica a descentralização das decisões e torna possível à população acompanhar, avaliar e indicar prioridades para as ações de saúde a serem realizadas pela ESF. Contudo, não se pode restringir a ele a elucidação de todos os problemas enfrentados na saúde (SORATTO; WITT; FARIA, 2010).

Portanto, assim como afirmam Mielke, Cossetin e Olschowsky (2012), faz-se necessário que a população entenda o controle social como uma conquista, a partir da qual os cidadãos, organizados por meio do pensamento crítico, possam analisar e buscar seu direito à saúde, num local que permita a construção e a melhoria dos serviços. Para isto existem os fóruns comunitários, espaços públicos edificados pela sociedade civil, representados pela comunidade e pelo Estado, por seus profissionais e por instituições parceiras. Esses fóruns tem a finalidade de

estimular o agir e o pensar crítico dos membros da comunidade, para solucionar os problemas quanto à formação de direitos (LIMA; SÁ; PINHEIRO, 2012). Isso, por sua vez, não é uma tarefa fácil, uma vez que nossa sociedade historicamente foi constituída por processos autoritários e violentos que negaram e impediram que as vozes das comunidades emergissem.

> A população é historicamente constituída dos "silenciados", quer seja pela injustiça, desigualdade ou exclusão social a que estão submetidos. Exercitar nesses a participação é uma prática que envolve aprendizagem e formação de habilidades para cuidar de si, da família e da comunidade. Acreditamos que assim ocorrerá a manutenção da mudança, quando os usuários desejarem e perceberem os benefícios desta para suas vidas (MACHADO; VIEIRA; SILVA, 2010, p. 2140).

Os usuários, contudo, deveriam ser ouvidos e convidados a participar das decisões. Porém, ainda há uma longa trajetória a ser percorrida na área da saúde, em busca da integralidade do cuidado. Por isso, é interessante que o usuário e sua família conheçam seus direitos e deveres e insiram-se de maneira decisiva na elaboração de práticas através dos Conselhos Locais de Saúde e do Conselho Municipal de Saúde, pois a sua satisfação ou insatisfação deve ser valorizada e compreendida como um procedimento no sentido da qualificação da atenção à saúde (COIMBRA et al., 2011).

A partir de nosso entendimento quanto à relevância destas questões e posições teóricas, visamos, nesse estudo, pesquisar o perfil sociodemográfico desses usuários, que deveriam estar inseridos no planejamento das ações da Estratégia Saúde da Família e em outros âmbitos do Sistema Único de Saúde, buscando analisar como acontece a participação efetiva dos usuários nos Conselhos Locais de Saúde na Regional Norte de Teresina- PI. Para tal, a seguir realizamos o entrelaçamento das discussões previamente expostas com os resultados obtidos na pesquisa de campo, visando promover uma discussão mais aprofundada sobre como se dá a participação social dos usuários das unidades básicas da Estratégia Saúde da Família, em Teresina – PI.

## Metodologia

Para analisar a participação social nas Unidades Básicas de Saúde da Estratégia Saúde da Família realizamos uma pesquisa transversal, descritiva, de abordagem quantitativa, em Unidades Básicas da Estratégia Saúde da Família, na regional Norte de Teresina-PI. É importante ressaltar que essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Ceará, sob o número 21805413.5.0000.5054. Os princípios éticos foram seguidos em todas as fases desse estudo, em consonância com o que preconiza a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

A população do estudo foi formada por usuários adultos com idade entre 19 e 59 anos. A amostra da população foi calculada de acordo com a fórmula para populações infinitas, que resultou em uma média de aplicação de 384 questionários, com erro amostral de 5% e margem de 95% de acerto probabilístico. Isso significou uma média de 19,2 sujeitos em cada Centro de Saúde que compõe a área urbana da Regional Centro-Norte de Teresina-PI, incluindo o Centro de Saúde Poty Velho.

Os critérios de inclusão para participação dos indivíduos na pesquisa foram: ter idade entre 19 e 59 anos, clientes de ambos os sexos, ser usuário das ações promovidas pela Estratégia Saúde da Família nos Centros de saúde da zona urbana da Regional Centro Norte há cerca de dois anos, além de aceitar a participação na pesquisa para responder o questionário que foi aplicado.

Para coleta de dados foi utilizado o questionário elaborado e validado no Brasil, por Harzheim et al. (2006), denominado de Instrumento de Avaliação da Atenção Primária na versão adulto (*PCATool* adulto), que afere a extensão dos atributos essenciais e derivados da atenção primária: primeiro contato, longitudinalidade, coordenação, integralidade. Destes, foram abordados nesta pesquisa, a *orientação familiar e comunitária.* As respostas foram do tipo *likert*, com intervalo de 1 a 4 para cada atributo, às quais foram atribuídos valores numéricos: com certeza, sim = 4; provavelmente, sim = 3; provavelmente, não = 2; com certeza, não = 1; não sei / não lembro = 9. Também foi utilizado o

questionário do perfil sociodemográfico desses usuários e questões objetivas sobre o Conselho Local de Saúde.

Não poderíamos deixar de assinalar que a coleta de dados contou com a colaboração de duas acadêmicas do curso de graduação em Enfermagem da Faculdade Santo Agostinho, que realizavam na ocasião o estágio curricular II, em Saúde da Família no Centro de Saúde Poty Velho, local de trabalho, pesquisa e ensino da primeira autora.

## Resultados e discussões

Sabendo-se que as ações da Estratégia Saúde da Família são primordiais na busca constante de diálogo, troca de experiências e saberes entre os membros das equipes e destes com o conhecimento popular, percebe-se a necessidade da criação e do estabelecimento de vínculos que estimulem a participação dos indivíduos e o controle social nas atividades dos serviços de saúde.

Partindo-se desse pressuposto a análise dos dados coletados nesse estudo mostra que a Estratégia Saúde da Família atende em sua grande demanda o gênero feminino, o que talvez esteja relacionado aos ciclos de vida da mulher, que geralmente está nas UBSs para fazer os exames de prevenção do colo uterino, o Pré-Natal, o rastreamento do câncer de mamas, o acompanhamento dos filhos na puericultura e também como cuidadora de idosos. Quanto ao sexo masculino, o que pode ser observado é que ainda há uma baixa frequência dessa clientela nas unidades de saúde, muitas vezes relacionada à questão cultural e outras ao acesso, tendo em vista que a maioria dos homens trabalha em horário comercial e não são liberados do serviço para fazer seus exames preventivos.

A faixa etária predominante é de 19-29 anos (31,51%). Quanto ao grau de escolaridade, ainda há predomínio de usuários com Ensino Fundamental (41,15%), em relação aos que tem curso superior completo (2,34%). A questão da educação parece influenciar os processos de participação dos cidadãos dentro das UBSs como participantes ativos do controle social, dada à constatação destes resultados.

Quando se analisa a ocupação dos usuários que frequentam a ESF, verifica-se o predomínio dos desempregados e dos que recebem a

bolsa família, totalizando (53,35%) em detrimento dos que trabalham e que são aposentados ou pensionistas (45,31%). Com relação à renda, a maioria relata ganhar de 1 a 2 salários (61,88%) e cerca de 3 a 4 pessoas (52,08%) vivem com essa renda familiar.

Como vimos anteriormente, apesar de ser regulamentada pela Lei 8.142/90, sobre a participação social no planejamento das ações nas três esferas do SUS, apenas 2,34% dos 384 usuários entrevistados nesse estudo relataram participar do CLS e 97,66% disseram que não participam, o que revela a falta de cumprimento da lei, a fragilidade da Estratégia Saúde da Família como modelo de reorientação das ações em saúde e um grande desafio para torná-la autônoma e efetiva como deve ser.

Ao serem questionados sobre o que é o Conselho Local de Saúde, apenas 8,59% responderam que sabem o que é o CLS e 91,41% desconhecem o que significa o CLS. Quanto ao funcionamento do CLS nas comunidades, 1,042% relataram que as reuniões com os membros do CLS acontecem uma vez por mês e 98,96% disseram não saber como funcionam as reuniões do CLS.

Quando foi perguntado aos usuários se o médico ou enfermeiro os convida para participar do Conselho Local de Saúde, 350 usuários relataram nunca terem recebido esse convite e apenas 14 deles disseram ter sido convidados.

Apesar dos relatos dos gestores dos municípios analisados afirmarem a existência dos CLS, poucos profissionais e usuários referem que há reuniões com a comunidade sobre temas de saúde ou de cidadania, o que pode acabar reforçando a ideia de Ronzani e Silva (2008), promovendo práticas não correspondentes com as reais necessidades dos indivíduos.

Vale, inclusive, apresentar aqui o questionamento feito por Uchoa et al. (2011) que nos parece ainda carente de resposta: se o controle social serve de referência para os trabalhos das equipes do PSF, como se explica então, o reduzido percentual de usuários que possuem conhecimento sobre o Conselho Local de Saúde?

Não poderíamos deixar de assinalar a relação dos resultados de nossa pesquisa com outras produções realizadas no país, que confirmam

os dados que foram encontrados e reforçam a tese de que a participação social e a atuação dos CLS ainda encontram-se incipientes nas unidades básicas de saúde da ESF.

No estudo realizado por Martins et al. (2013), por exemplo, os resultados encontrados mostram que dos 120 usuários entrevistados, 79 (65,8%) desconheciam a existência dos Conselhos de Saúde. Dentre os 41 que já tinham ouvido falar, 26 responderam que não sabiam do que se tratava e 5 entendiam o conselho como um espaço de aconselhamento da população sobre os cuidados à saúde; os usuários entrevistados desconheciam o funcionamento do Conselho de Saúde. Apenas 3 responderam corretamente e somente um sabia da frequência das reuniões e conhecia sua composição. Do total de 120 usuários entrevistados, 11 haviam participado de alguma reunião de Conselho de Saúde, 6 dos quais em reuniões de Conselho Local.

Em outro estudo semelhante, Martins et al. (2013) assinalaram que no contexto da participação do usuário no SUS, apenas 5,9% dos entrevistados tinham conhecimento sobre o Conselho Municipal de Saúde e sabiam o seu significado, mesmo que de forma incompleta, e 4,4% relatam que seria importante a participação da população nas reuniões do conselho, contudo desacreditam na real possibilidade de os políticos permitirem a participação popular na tomada de decisões das ações em saúde.

No que se refere à atuação dos profissionais na construção de vínculos entre profissionais e usuários, o desenvolvimento de ações coletivas e o apoio da gestão local na implantação e reativação dos espaços que legitimam a participação popular, os resultados encontrados em nossa pesquisa também não diferem de outras pesquisas. Tal como demonstrou o estudo realizado por residentes em Saúde da Família, lotados em uma UBS de Londrina – PR (GUILHERME et al., 2012), que também encontraram nos dados coletados a falta de crédito dos profissionais quanto à efetividade da participação popular para a melhoria da ABS nessa UBS, apontando que as atuais condições de trabalho dos profissionais ainda são voltadas para o modelo curativista, o que interfere na realização de atividades coletivas.

## Conclusão

Neste estudo apresentamos no plano teórico como a participação social se configura como um determinante primordial da democracia, que por sua vez é uma conquista do povo brasileiro ao longo de vários anos, através de diversas lutas que marcaram a história em busca de uma saúde igualitária e universal para todos. Nesse escopo, a Lei 8.142/90 aparece para legitimar a participação social e fortalecer a importância e necessidade de uma população bem esclarecida, cuja participação nas atividades da ESF pode melhorar o vínculo, o bem-estar, o empoderamento e a libertação dos usuários.

Quando cruzamos o plano teórico e tratamos de discorrer diretamente sobre o campo prático evidenciamos, a partir da análise dos dados coletados, que a participação social nos Conselhos Locais de Saúde no município de Teresina/PI ainda não atingiu a sua finalidade principal: tornar os sujeitos participantes e colaboradores no planejamento, implementação e avaliação das ações em saúde, proporcionando respostas satisfatórias à comunidade atendida pelas equipes da Estratégia Saúde da Família. Resultado que revela a falta de cumprimento da Lei 8.142/90 e aponta a fragilidade da Estratégia Saúde da Família como modelo de reorientação das ações em saúde e um grande desafio para torná-la autônoma e efetiva como deve ser.

Do mesmo modo, os dados referentes ao envolvimento do médico ou enfermeiro na apresentação e convite para a participação nos CLS também se mostraram extremamente preocupantes, o que reforça a necessidade de atentar para a formação e perfil dos profissionais de saúde que chegam na ESF, pois, sem sua colaboração e incentivo na equipe da Estratégia Saúde da Família, continuaremos na inércia de uma saúde de caráter curativista e com a ausência da participação social nas atividades programáticas da ESF, ferindo os princípios do SUS.

A ausência da comunidade na construção de um projeto assistencial comum torna-se preocupante, pois a implantação de estratégias para o controle social são as referências para os trabalhos das equipes do PSF na efetivação do SUS, o que nos coloca frente ao desafio e ne-

cessidade da busca de medidas que promovam o fortalecimento dos espaços participativos em prol do bem comum e da justiça social.

## Bibliografia

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 de12 de dezembro de 2012. *Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos*. 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 3 jan. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n.º 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e de outras providências. *Diário Oficial da União.* Brasília, DF, 28 dez. 1990.

CAMARGO-BORGES, C.; MISHIMA, S. M. A responsabilidade relacional como ferramenta útil para a participação comunitária na atenção básica. *Saúde e Sociedade*, v. 18, n. 1, p. 29-41, 2009.

COIMBRA, V. C. C. Avaliação da satisfação dos usuários com o cuidado da saúde mental na estratégia saúde da família. *Rev. da Escola de Enferm. da USP*, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 1150-1156, out. 2011.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. *Sistema Único de Saúde.* Brasília, DF, 2009. 282 p. (Coleção Progestores, SUS 20 anos).

COSSETIN, A.; OLSCHOWSKY, A. Avaliação das ações em saúde mental na estratégia de saúde da família: necessidades e potencialidades. *Rev. Gaúcha Enferm.,* Porto Alegre, v. 32, n. 3, p. 495-501, set. 2011. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000300009>. Acesso em: 19 maio 2014.

CRUZ, P. J. S. de C. Desafios para a participação popular em saúde: reflexões a partir da educação popular na construção de conselho local

de saúde em comunidades de João Pessoa, PB. *Saúde e Sociedade*, v. 21, n. 4, p. 1087-1100, 2012.

DURIGUETTO, M. L.; SOUSA, A. R. de; SILVA, K. N. E. Sociedade civil e movimentos sociais: debate teórico e ação prático-política. *Rev. Katálysis*, v. 12, n. 1, p. 13-21, 2009.

GRISOTTI, M.; PATRÍCIO, Z. M.; SILVA, A. A participação de usuários, trabalhadores e conselheiros de saúde: um estudo qualitativo. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n. 3, p. 831-840, 2010.

GUILHERME, F. et al. Reflections from a multidisciplinary team of health family residents about a process of a local health council reactivation. *Rev. Bras. Med. Fam. e Comunidade*, Florianopólis, v. 7, n. 25, p. 265-271, out./dez. 2012.

HARZHEIM, E. et al. Internal consistency and reliability of primary care assessment tool (PCATool-Brasil) for child health services. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1649-59, ago. 2006.

LIMA, D. M. A.; SÁ, T. S.; PINHEIRO, A. Fóruns comunitários: uma estratégia de construção participativa do desenvolvimento local. *Rev. Psicologia Política*, v. 12, n. 23, p. 59-70, 2012.

MACHADO, M. F. A. S.; VIEIRA, N. F. C.; SILVA, R. M. Compreensão das mudanças comportamentais do usuário no programa saúde da família por meio da participação habilitadora. *Ciência & Saúde Coletiva,* v. 15, n. 4, p. 2133-2143, 2010.

MARTINS, C. S. et al. Conhecimento dos usuários, trabalhadores da saúde e gestores sobre conselheiros e conselhos de saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 437-445, jul./ set. 2013.

MIELKE, F. B.; COSSETIN, A.; OLSCHOWSKY, A. O conselho local de saúde e a discussão das ações de saúde mental na estratégia saúde da família. *Texto & Contexto Enferm.*, Florianopólis, v. 21, n. 2, p. 387-94, 2012.

MOREIRA, M. R.; ESCOREL, S. Conselhos municipais de saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n. 3, p. 795-806, 2009.

ROCHA, P. M. et al. Avaliação do programa saúde da família em municípios do Nordeste brasileiro: velhos e novos desafios. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, p. 69-78, 2008. Suplemento 1.

RONZANI, T. M.; SILVA, C. M. O. Programa saúde da família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13, n. 1, p. 23-34, 2008.

SORATTO, J.; WITT, R. R.; FARIA, E. M. Participação popular e controle social em saúde: desafios da estratégia saúde da família. *Physis*: rev. de saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1227-1243, 2010.

SOUZA, A. V.; KRÜGER, T. R. Participação social no SUS: proposições das conferências sobre o conselho local de saúde. *Rev. Saúde Pública de Santa Cat.*, Florianopólis, v. 3, n. 1, p. 80-96, 2010.

UCHOA, A. C. et al. Avaliação da satisfação do usuário do programa de saúde da família na zona rural de dois pequenos municípios do Rio Grande do Norte. *Physis*: rev. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 1061-1076, 2011.

# CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DE PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

## Experiência no contexto da visita domiciliária ao adolescente

*Ivana dos Santos Fonseca*
*Fabiane do Amaral Gubert*
*Elainy Fabrícia Galdino Dantas Malta*
*Gemimma de Paiva Rêgo*
*Neiva Francenely Cunha Vieira*

## Introdução

A visita domiciliar (VD) configura-se como uma oportunidade para o cuidado com vistas à promoção da saúde, com suporte técnico-científico, a ação desenvolve-se em um espaço extra unidade de saúde (ANDRADE et al., 2014). A VD se caracteriza por utilizar uma tecnologia leve, permitindo o cuidado à saúde de forma mais humana, acolhedora, estabelecendo laços de confiança entre os profissionais e os usuários, a família e a comunidade, ampliando o acesso da população às ações da Saúde em um dos pontos de sua rede de atenção: o domicílio (ANDRADE et al., 2014).

No Brasil, a denominação VD remete à Estratégia Saúde da Família (ESF), que viabiliza a Atenção Primária à Saúde no Brasil e assume papel fundamental na organização do trabalho de suas equipes de

saúde. Para a realização dessa atividade, são necessários planejamento, execução, registro de dados e avaliação. O registro é considerado um critério de avaliação da assistência prestada nos serviços de saúde, aspecto relevante da informação sobre o processo de trabalho desenvolvido pelos profissionais (ANDRADE et al., 2014).

É durante a visita domiciliária que o profissional pode se inserir no contexto familiar e prestar assistência a todos os envolvidos, não considerando somente os problemas do usuário, mas também os fatores sociais. Constitui-se como momento no qual se estabelece vínculo através do acolhimento e da escuta qualificada, movimentando as relações. Trata-se de conhecer o cotidiano da família *in loco*, o enfrentamento vivido pelo sofrimento do familiar e sua visão de mundo. Desse modo é possível esclarecer a família e garantir ao profissional a integralidade das suas ações nas mais diversas fases do ciclo vital, incluindo a adolescência (ANTUNES; COIMBRA; SOUZA, 2011).

O adolescer é caracterizado por um período do processo evolutivo do ser humano, no qual acontecem várias modificações físicas, psicológicas, emocionais e sociais; a Organização Mundial da Saúde circunscreve esta fase como a segunda década da vida, de 10 a 19 anos (BRASIL, 1990).

Estudos demonstram que há na adolescência algumas situações de vulnerabilidade, como a iniciação sexual precoce, a multiplicidade de parceiros, a não adesão a métodos contraceptivos e a falta de medidas de prevenção a DST e Aids. Os adolescentes ainda são influenciados por um sistema de gênero que se pauta na dominação masculina, falta de participação da família e necessidade de afirmação grupal, o que os torna susceptíveis à aquisição de DST/HIV/Aids e gravidez precoce, sendo imprescindível que a prevenção, neste grupo, mereça enfoque prioritário (FREITAS et al., 2014).

Algumas questões se mostram relevantes quando se trata da vulnerabilidade dos adolescentes no plano individual, social ou programático. A gravidez na adolescência é uma delas. Estudos realizados em diferentes países e grupos sociais demonstram aumento da taxa de fecundidade nas adolescentes, em confronto com a diminuição dessas taxas na população geral. No Brasil, essa realidade vem sendo consta-

tada pelo crescente número de adolescentes nos serviços de pré-natal e maternidade, sua maior incidência nas populações de baixa renda e a associação entre alta fecundidade e baixa escolaridade (GONÇALVES et al., 2015).

Outro problema que atinge a saúde dos jovens é o uso de drogas ilícitas. Os estudos realizados até hoje sobre o consumo de álcool e de outras drogas ressaltam o alto consumo dessas substâncias entre crianças e adolescentes de 9 a 19 anos e entre jovens de 20 a 24 anos. As bebidas alcoólicas ocupam o topo da lista, tornando-se um importante problema de saúde pública (BRASIL, 2010a).

Diante de muitas circunstâncias ocorridas nessa fase, o adolescente pode apresentar diferentes condutas que refletem algum tipo de sofrimento mental, seja ele emocional, comportamental ou relacionado à ruptura do padrão de relacionamento consigo mesmo ou com os que estão à sua volta, sejam seus pares ou familiares. São estas as condutas: preocupação excessiva com dieta e exagero na prática de exercícios físicos para atender os moldes de imagem corporal estabelecidos pela mídia, agressividade, transtornos de conduta, fuga de casa, exposição precoce e adoção de comportamento sexual de risco para doenças sexualmente transmissíveis, uso e abuso de drogas e suicídio.

Neste cenário, as ações de promoção e educação em saúde são fundamentais para a corresponsabilidade e fortalecimento do vínculo na relação dos profissionais da saúde e adolescente. Permeia, transversalmente, todas as políticas, programas e ações da saúde, com o desafio de constituir a integralidade e a equidade. A promoção da saúde é definida como um processo de capacitação da população de forma a propiciar a melhoria da qualidade de vida. Significa que o indivíduo e a coletividade devem ter maior controle sobre sua saúde, por meio do desenvolvimento de conhecimentos, atitudes e comportamentos favoráveis à saúde (SILVA, 2009).

A visita domiciliária deve ser considerada processo de educação em saúde, pois através dela podemos contribuir para a mudança do padrão de comportamento, promovendo uma melhor qualidade de vida através da promoção da saúde. Através dela podem-se avaliar as condições em que vivem os indivíduos, o que possibilitará aos profissionais

prestar assistência de acordo com a realidade ambiental e física (ANTUNES; COIMBRA; SOUZA, 2011).

Assim a prática da visita domiciliar permite a construção de vínculos, afinal proporciona um ambiente profícuo para um atendimento mais humanizado, que vai além das orientações, com objetivo de realizar a promoção da saúde e a qualidade de vida dos familiares envolvidos (BERNARDI; CARRARO, 2011).

É necessário que os profissionais sejam preparados para atender o adolescente de forma individual sabendo lidar com as demandas elencadas por eles. Toda forma de generalização gera posturas inadequadas em relação aos jovens e pode ser uma forma de caracterizar esse período da vida de modo restritivo e negativo. O trabalho voltado para a atenção do adolescente deve buscar o desenvolvimento de estratégias apropriadas à complexidade de suas demandas, aos diferentes espaços de ação, respeitando a intersetorialidade e todos os envolvidos (HAACK et al., 2012).

Neste contexto, a relevância do estudo está na possibilidade de fortalecer a relação entre usuário do Sistema Único de Saúde (SUS) e a equipe multiprofissional sob uma ótica educativa, realizada por meio da VD, a qual tem possibilidade de ser direcionada tanto para o cuidado de usuários impossibilitados de irem à Unidade Básica de Saúde, mas principalmente como espaço para realização de atividades de Educação em Saúde envolvendo toda a família. Baseado no exposto, o objetivo do estudo é compreender a percepção dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família acerca da educação em saúde durante a visita domiciliária ao adolescente.

## Metodologia

Estudo exploratório-descritivo com abordagem qualitativa, realizado no período de outubro a dezembro de 2013, em uma unidade de saúde localizada em área de grande densidade populacional e baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) no município de Fortaleza-CE. A unidade encontra-se em um bairro economicamente desfavorecido. Além disso, é um ambiente permeado por violência devido ao

uso e tráfico de drogas. Atualmente, a unidade conta com três equipes de Saúde da Família e ao total possui 19 profissionais de saúde (12 agentes comunitários de saúde, uma técnica de Enfermagem, uma cirurgiã-dentista, três enfermeiros e dois médicos).

Em relação aos critérios de inclusão para os profissionais de saúde, estabeleceu-se aqueles que aceitassem participar e que realizassem visitas domiciliárias com membro da família adolescente. Os critérios de exclusão envolveram aqueles profissionais que, no momento do estudo, estavam de férias ou não participaram das visitas domiciliárias.

O presente estudo teve como etapas:

**1ª etapa**: foi solicitada anuência formal da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza para a realização do estudo e da Coordenadoria Regional da Saúde VI.

**2ª etapa:** iniciou-se a coleta de informações por meio da aplicação de um questionário e entrevista não estruturada com informações acerca do perfil sociodemográfico, idade, sexo, formação, tempo de formação, experiência com atividades de educação em saúde, tipos de atividades que realizam e possível existência de dificuldades ou potencialidades junto aos profissionais de saúde da unidade. O local para a realização foi tranquilo e de fácil acesso. O horário foi agendado previamente na unidade de saúde.

**3º etapa:** foi realizado agendamento prévio com os profissionais para o acompanhamento das pesquisadoras em uma VD. Cabe ressaltar que uma das pesquisadoras é profissional de saúde do local de estudo, o que facilitou a realização desta etapa. O intuito da visita era acompanhar o profissional a fim de vivenciar o contexto da educação em saúde e da visita domiciliária sob a perspectiva dele.

A seleção dos domicílios que participariam da visita incluía aqueles com membros adolescentes de 10 a 19 anos de idade que vivem em famílias acompanhadas em domicílio pela Equipe de Saúde da Família; ou adolescentes em situação de vulnerabilidade ou risco identificados pelos agentes comunitários de saúde, profissionais da equipe ou

qualquer membro da comunidade (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2008).

Todas as atividades da pesquisa foram registradas em diário de campo e gravação de áudio com autorização dos participantes. O diário de campo é uma ferramenta de produção de conhecimentos dentro da pesquisa e nele constam informações que não estão nas entrevistas, como comportamentos, conversas informais, hábitos, usos, costumes, entre outros, de forma a registrar fatos, fenômenos e atitudes percebidos durante o estudo. As anotações foram feitas diariamente, com datas sinalizando os sujeitos da pesquisa, situação observada, local e situações adversas (HESS, 2009).

Foi utilizada a análise do conteúdo seguida de divisão dos dados em categorias para facilitar a descrição das características relevantes. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Ceará, sob parecer 459.698 sendo realizado com base na Resolução 466/12 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

## Resultados e discussão

As concepções sobre a Visita Domiciliária (VD) como atividade de Educação em Saúde (ES), entre os profissionais de saúde, envolvem um espaço social para educar sobre a saúde e qualidade de vida em diversos contextos e temáticas, como se observa nas falas abaixo:

> A Visita Domiciliar é atividade de Educação em Saúde, o ACS precisa estar capacitado para observar e orientar dentro das suas condições. Há dificuldade de focá-la no adolescente caso tenha um no domicílio, porque ela não é doente (ACS- F).

Para Coelho e Savassi (2004), a visita domiciliária é um dos destaques da prática da Saúde da Família, havendo duas formas de visita. A primeira é a visita domiciliária fim, com objetivos específicos de atuação, como a atenção domiciliária terapêutica e a visita a pacientes acamados. E a segunda forma é a visita domiciliária meio, na qual se

realiza a busca ativa em demanda reprimida, promoção e prevenção da saúde através da educação em saúde individualizada, a qual pode ser aplicada a todas as etapas do ciclo vital.

A visita domiciliária focada no adolescente representa uma estratégia de atenção à saúde que engloba muito mais que o simples fornecimento de um tratamento. Apresenta-se como um método que amplia a dimensão do assistir, não tendo seu enfoque na doença, mas na promoção, manutenção e recuperação da saúde do ser humano na perspectiva de sua família, além da busca da participação do paciente e de seus familiares no processo do cuidado (KAWAMOTO; SANTOS; MATOS, 2004).

Importante destacar que nas falas dos profissionais, eles ressaltam a necessidade de a visita ser realizada por uma variedade de categorias profissionais para que a visão sobre o contexto do ambiente em que vive o paciente seja ampliada. Alguns apontam a pouca participação de alguns profissionais, como o de odontologia, nas visitas domiciliares e que isso é um desafio da ESF, conforme observamos a seguir:

> O médico, enfermeiro, auxiliar, dentista devem realizar a visita ao adolescente. Se seus dentes tiverem tudo estragado, afeta o coração (TE-O).
> Equipe do NASF, com fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo, terapeuta ocupacional, médico, enfermeiro, auxiliar (ACS-A).

Quando se perguntou sobre a educação em saúde voltada para o adolescente, muitos profissionais disseram que a escola é o ambiente mais adequado para promover essa atividade, de forma que alcance o adolescente com mais possibilidades de êxito.

> Devem existir mais esclarecimentos principalmente nas escolas para que atinja o maior número de pessoas, que envolva professores, família para que possa ter um objetivo melhor para prevenção de doenças, contraceptivos. Se houvesse isso até a visita ao adolescente seria mais fácil pois teria divulgação (ACS-S).

O ambiente escolar, local onde os jovens passam grande parte de suas vidas, pode atuar de maneira significativa na formação de conheci-

mentos, habilidades e atitudes ligadas à saúde e à qualidade de vida. No entanto, os educadores não costumam dar ênfase a assuntos relacionados à saúde, o que dificulta o fortalecimento do trabalho realizado pelos profissionais de saúde no ambiente escolar. Neste contexto, Leite (2014) apontam para a sala de aula como o lugar mais apropriado para a apresentação de um programa de educação em saúde, pois forma opiniões.

Outro tema citado pelos profissionais de saúde e que segundo eles necessita da parceria da escola, são as atividades educativas sobre drogas. Um fator que dificulta a implementação das ações educativas junto aos adolescentes é a ausência desse público nas unidades de saúde, o que favorece inclusão de atividades educativas na escola e ambiente familiar.

> Em relação às drogas fica difícil trabalhar este tema, apesar de ser o que mais aparece na comunidade. O adolescente some do posto. O adolescente é muito esquecido, sem programas específicos, por isso o domicílio pode ser uma alternativa viável (E3).

Ao finalizar a entrevista, os profissionais ficaram livres para acrescentar suas opiniões e experiências em relação à promoção da saúde do adolescente. Alguns manifestaram que necessitam fortalecer estratégias mais adequadas a esse grupo, visto que muitas vezes não conseguem promover a visita domiciliária e a educação em saúde como deveriam:

> A falha é nossa, nós direcionamos a VD só para idoso e esquecemos esse grupo e temos que direcionar a VD para promoção. Sempre tem adolescente na residência, mas nem damos atenção (E2).
> O trabalho é feito de forma técnica, sem avaliação depois para ver se fez efeito. Tem que ter espaço para se fazer Educação em Saúde (ACS-Z).

Os entrevistados, de forma livre, relataram que se sentem corresponsáveis por não priorizar a atenção aos adolescentes, e que isso se deve a não capacitação durante sua formação acadêmica e profissional. No Brasil, há serviços e universidades que promovem a capacitação de

profissionais na área de saúde do adolescente, entretanto, o ensino de adolescência no período da graduação quase não existe na maioria das instituições de ensino e, quando acontece, é com enfoque em aulas teóricas isoladas (CARBOGIM et al., 2014).

Paulo Freire (2006) teórico da educação de adultos, já demonstrou que a prática é o grande incentivador do aprendizado, por isso, acredita-se que programas de capacitação são interessantes tanto para alicerçar o saber do profissional quanto para promover novas competências educativas. Na verdade, a aquisição e a transformação de atitudes, conhecimentos e habilidades fazem parte de um processo contínuo que permeia toda a vida profissional num processo de educação permanente.

É frequente a atenção e o planejamento dos profissionais de saúde voltados para a população em geral e alguns grupos específicos como a criança, o idoso e a gestante. Muitas vezes o público adolescente é esquecido sendo favorecido apenas no contexto das ações programáticas, como planejamento familiar, pré-natal e prevenção do câncer de colo de útero (BRASIL, 2010b).

Profissionais que trabalham em programas de atenção à saúde de adolescentes referem dificuldades no trato diário com esse grupo etário, pois, para que se cumpra a agenda de atividades, os esforços parecem ser em vão, causando-lhes frustração, desmotivação, mal-estar e até mesmo irritação, pois geralmente os adolescentes não comparecem no serviço (XIMENES NETO et al., 2010).

Em uma pesquisa realizada por Macedo et al. (2010) para verificar a utilização dos serviços de saúde no Brasil, o grupo de adolescentes era o que menos procurava atendimento e, quando o fazia, geralmente era por doença, seguido por gravidez ou atendimento odontológico. Em vista disso, para a participação de adolescente nos programas de saúde é necessário que ele seja ouvido, possa se expressar e seja respeitado e valorizado. O adolescente não quer nada pronto, e talvez ele não tenha encontrado isso no serviço de saúde (ROCHA et al., 2012).

Para fortalecer a discussão das questões de saúde do adolescente, o governo brasileiro vem, em parceria com setores da sociedade civil,

incluindo movimento da juventude, formulando diretrizes de implementação de uma política de atenção à saúde dessa população, porém o mais amplo e importante documento, sem o qual os demais perderiam força, é a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens (PNAISAJ). Funda-se na prevalência dos direitos humanos, tendo como pilares normativos a Constituição Federal e o Estatuto da Criança e do Adolescente (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 2011).

Para compreender a importância e a possibilidade de impacto das ações e dos serviços em saúde destinados aos adolescentes, é fundamental considerar suas principais demandas de saúde, de maneira que as ações oferecidas sejam adequadas à realidade local – individual e coletiva – dos principais interessados. Assim, questões relativas à sexualidade e aos direitos reprodutivos podem ser consideradas significativas no bojo de suas necessidades específicas, em especial as ações voltadas à prevenção em DST e AIDS; gravidez e por isso o espaço da família deve ser valorizado.

Dentre as perspectivas que tendem a dificultar o processo de efetivação da visita domiciliária encontra-se o desrespeito à rotina domiciliária, o horário inapropriado de acesso ao domicílio e o grande número de profissionais adentrando a casa de uma única vez. Outras dificuldades apontadas em estudos estão na possibilidade de causar dependência na população, principalmente em relação ao profissional médico, pois pode promover acomodação, causando dependência e desestímulo a procurar a unidade de saúde. Além disso, adentrar a casa das pessoas constantemente e sem a autorização delas nem sempre agrada as famílias que recebem os profissionais, pois essas famílias podem se sentir invadidas, na saúde e na liberdade, o que pode trazer recusa (MANDÚ, 2006).

Outro fato é a falta de transporte e a violência encontrada em alguns territórios, o que pode ser percebido no contexto deste estudo. Além disso, é necessário que haja empatia, respeito mútuo e atitude de não julgamento do profissional em relação ao conteúdo e ao ambiente da visita. Assim, quando nos referimos ao público adolescente devemos considerar todo o seu contexto biopsicológico, com intuito de minimizar

possíveis situações que possam ocorrer neste cenário da visita. Ao mesmo tempo o profissional de saúde não deve deixar de aproveitar o domicílio como oportunidade para trabalhar os diversos temas que permeiam a saúde desta população.

## Considerações finais

Conforme depoimento dos profissionais da equipe de saúde é urgente a necessidade de readequar a atividade de visita domiciliária, de acordo com as características da população de cada local e resgatar o significado e a importância dessa prática para a Estratégia Saúde da Família, principalmente em relação ao adolescente.

A partir das necessidades dos grupos populacionais, o número de famílias sob responsabilidade de cada equipe extrapola sua capacidade de resposta, necessitando de um redimensionamento do número de profissionais que atuam em cada unidade da ESF, o que já está repensado na atual gestão do município de Fortaleza. É claro que devemos ser prudentes no que se refere ao dimensionamento de profissionais exclusivamente para o cuidado ao adolescente no domicílio, mas ao mesmo tempo podemos nos utilizar do espaço da visita aos acamados, idosos ou outro grupo que necessite de tal intervenção. A atitude que devemos ter é de chamar pelo adolescente e, a partir daí, promover a consulta à família.

Assim, acreditamos que a visita domiciliária é um instrumento em potencial para que os profissionais de saúde possam propor estratégias de educação em saúde com os adolescentes e que levem em conta as necessidades de saúde para além de programas focados em riscos específicos, capazes de articular com os determinantes do processo saúde-doença que incidem de forma diferenciada no contexto de vida desses sujeitos. A proximidade com o adolescente, numa perspectiva que leve em conta sua experiência, seus anseios e seus diferentes saberes articulados com os saberes dos profissionais da saúde pode ser um potencial parceiro, na construção de ideias e práticas interligadas e mais efetivas no campo da saúde do adolescente.

## Bibliografia

ANDRADE, M. A. et al. Visita domiciliar: validação de um instrumento para registro e acompanhamento dos indivíduos. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v. 23, n. 1, 2014.

ANTUNES, B.; COIMBRA, V. C.; SOUZA, S. V. Visita domiciliar no cuidado a usuários em um centro de atenção psicossocial: Relato de experiência. *Cienc. Cuid. Saúde*, v. 11, n. 3, p. 600-604, 2011.

BERNARDI, C. M.; CARRARO, E. T. S. F. Visita domiciliária puerperal como estratégia de cuidado de enfermagem na atenção básica: revisão integrativa. *Rev. Rene*, v. 12, p. 1074-1080, 2011. (Número Especial).

BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_at encao_integral_saude.pdf> Acesso em: 2 fev. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde*. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. 60 p. (Série B. Textos Básicos da Saúde; Série Pactos pela Saúde 2006, v. 7).

BRASIL. Presidência da República. *Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990*. Dispõe sobre o estatuto da criança e do adolescente e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União/Poder Executivo, 1990. p. 13563.

CARBOGIM, F. C. et al. Paradigma da integralidade no currículo e nas estratégias de ensino em enfermagem: um enfoque histórico-cultural. *Rev. de Enferm. do Centro-Oeste Mineiro*, v. 4, n. 1, p. 961-970, jan./abr. 2014. Disponível em: <http://migre.me/wG8JX>. Acesso em: 25 jul. 2014.

COELHO, F.; SAVASSI, L. Aplicação de escala de risco familiar como instrumento de organização das visitas domiciliares. *Rev. Brasileira de Medicina de Família e Comumidade*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 19-26, 2004.

FREITAS, E. P. et al. Percepção de adolescentes sobre a prática sexual na adolescência. *Rev. de Psicol. da Criança e do Adolescente*, Lisboa, v. 5, n. 2, p. 139-151, 2014.

FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia*: saberes necessários à pratica educativa. 34. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2006.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. *O direito de ser adolescente*: oportunidade para reduzir vulnerabilidades e superar desigualdades. Brasília: Unicef, 2011. Disponível em: <http://migre.me/wG8MI>. Acesso em: 15 nov. 2012.

GONÇALVES, H. et al. Sexual initiation among adolescents (10 to 14 years old) and health behaviors. *Rev. Bras. Epidemiol.*, v. 18, n. 1, p. 25-41, jan./mar. 2015.

HAACK, K. R. et al. Resiliência em adolescentes em situação de vulnerabilidade social. *Gerais*, Rev. Interinstitucional de Psicol., v. 5, n. 2, p. 270-281, jul./dez. 2012.

HESS, R. O momento do diário de pesquisa na educação. *Ambiente e Educação*, v. 14, n. 1, p. 61-87, 2009.

LEITE, C. T. Prática de educação em saúde percebida por escolares. *Cogitare Enferm.*, v. 19, n. 1, jan. 2014.

MACEDO, M. M. K. et al. Atenção integral à saúde do homem: a busca por atendimento psicológico em uma clínica-escola. *Psicologia*: teoria e prática, v. 12, n. 1, p. 154-170, 2010.

MANDÚ, E. N. T. (Org.). *Saúde reprodutiva*: proposições práticas para o trabalho de enfermeiros(as) em atenção básica. Cuiabá: UFMT, 2006.

KAWAMOTO,E. E.; SANTOS, M. C. H.; MATOS, T. M. *Enfermagem comunitária*: visita domiciliária. São Paulo: EPU, 2004.

HORTA, N. C. et al. A prática das equipes de saúde da família: desafios para a promoção de saúde. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v. 62, n. 4, p. 524-529, jul./ago. 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Relatório mundial sobre violência e saúde*. Brasília: OMS/OPAS, 2008.

ROCHA, A. A. et al. Programa de saúde da família: percepção de adolescentes de um município do Estado do Ceará. *Adolescência & Saúde*, Rio de janeiro, v. 9, n. 2, p. 7-13, abr./jun.2012.

SILVA, K. L. *Promoção da saúde em espaços sociais da vida cotidiana*. 2009. 182 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

XIMENES NETO, F. R. G. et al. Construção da atenção à saúde do adolescente: estudo de caso na atenção primária à saúde. *Enfermaria Comunitária*, v. 6, n. 2, 2010.

# PARCERIA SAÚDE E ESCOLA NA PREVENÇÃO DE DROGAS
## Estudo de intervenção

*Renata Luzia Cavalcante Costa,*
*Ana Lúcia Araújo Gomes*
*Renata de Sousa Alves,*
*Ana Cristina Pereira de Jesus Costa*
*Neiva Francenely Cunha Vieira*

## Introdução

O uso de drogas ainda tem enorme impacto no mundo nos últimos anos, apesar da maior atenção dada a esta questão. Cerca de 210 milhões de pessoas usam drogas ilícitas a cada ano, e quase 200 mil delas morrem por uso de drogas. Prevenção, tratamento, cuidados e apoio particularmente em países em desenvolvimento continuam a ser uma enorme necessidade não atendida (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2011).

A *United Nations Office on Drugs and Crime* (2011) estima que em 2009, no mundo, entre 149 e 272 milhões de pessoas ou entre 3,3% a 6,1% da população entre 15 e 64 anos usaram substâncias ilícitas pelo menos uma vez. Estima-se que cerca de metade desse número são usuários de drogas atuais.

Segundo Machado et al. (2010), o número de dependentes químicos, no Brasil, cresce cerca de 10% ao ano, sendo a idade de iniciação ao uso de drogas cada vez mais precoce.

O VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras – 2010 teve amostra total constituída de 50.890 estudantes, sendo 31.280 da rede pública de ensino e 19.610 da rede particular. Em relação ao gênero, 51,2% era do sexo feminino e 47,1% masculino, havendo predomínio da faixa etária de 13 a 15 anos (42,1%). 25,5% dos estudantes referiu *uso na vida* de alguma droga (exceto álcool e tabaco), 10,6% referiu uso no último ano e 5,5% referiu uso no mês, com pequenas diferenças entre gêneros.

No mesmo levantamento, foi observado que, no município de Fortaleza, do total de 2.977 alunos, 21,7% referiram uso na vida de alguma droga (exceto álcool e tabaco), apenas 9,4% referiu uso no último ano e 4,5% no mês, sem diferenças entre os gêneros. Entre os que relataram algum consumo, embora a maioria tivesse idade maior de 16 anos, também foram observados relatos na faixa entre 10 e 12 anos (CARLINI et al., 2010).

As drogas cada vez mais destroem lares e famílias. Progressivamente mais cedo, as pessoas ingressam no mundo das drogas sem conhecer as consequências que esta decisão acarreta. A adolescência é um excelente período para se trabalhar esta temática, pois é o momento de desenvolvimento físico e social, em que adota muitos comportamentos decorrentes da influência do meio em que vive e frequenta. Assim, entende-se que oportunizar a adolescentes participarem de atividades de educação em saúde e estarem inseridos em um acompanhamento e orientação multiprofissional, pode influenciar seu comportamento, de seus familiares e amigos, evitando, assim, envolvimento com as drogas e as consequências negativas desse uso para si e para suas famílias.

É importante ressaltar que usuários de drogas, mesmo que esse uso seja eventual, têm maior propensão a se envolver em episódios de violência, como brigas e acidentes de trânsito, a fazer sexo de forma desprotegida e a se expor, por conseguinte, a doenças como hepatite e aids, a acidentes no trabalho e até mesmo abuso sexual (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 2011).

Conforme Alavarse e Carvalho (2006), pesquisa realizada pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) apontou que aproximadamente 13% de pessoas feridas em acidentes e atendidas no pronto-socorro do Hospital São Paulo haviam abusado do consumo de álcool. Cerca de um em cada cinco pacientes atendidos no referido hospital havia abusado de alguma substância entorpecente. Evidencia-se que as drogas trazem inúmeros efeitos negativos para a sociedade como um todo.

Abramovay e Castro (2005) afirmam que a escola é o local propício para ajudar na prevenção das drogas, visto que reúne várias características que colaboram para a difusão de tal perspectiva na comunidade e na sociedade.

Quando se profere a palavra drogas, muitos pensam apenas em crack, maconha ou cocaína, que são alguns exemplos das chamadas drogas ilícitas. Entretanto, existem também as chamadas drogas lícitas: álcool e tabaco, as quais são também prejudiciais à saúde e, muitas vezes, são a porta de entrada para o uso das drogas ilícitas.

Diante do exposto, a Equipe de Saúde da Família tem a responsabilidade de atuar na Promoção da Saúde da população do seu território, desenvolvendo ações em espaços importantes, como a escola e com público prioritário: os adolescentes. Além disso, atividades educativas para prevenção de drogas na escola são essenciais para evitar situações de risco e vulnerabilidade diante da exposição às drogas.

Este capítulo visa demonstrar por meio de depoimentos como foi a experiência dos profissionais de distintas categorias atuarem como facilitadores em uma intervenção educativa para prevenção do uso de drogas na escola, bem como a visão dos profissionais da escola diante da intervenção educativa no ambiente escolar.

## Percurso metodológico

O percurso metodológico adotou a pesquisa de intervenção que, segundo Hawe, Shiell e Riley (2009), pode ser vista como forma de criar novos papéis, para elevar símbolos particulares, preencher os furos estruturais dentro e entre redes e aumentar as oportunidades para

interação e troca. Escolas, comunidades e locais de trabalho podem ser pensados como sistemas ecológicos complexos. Tais sistemas podem ser teorizados em três dimensões: (1) os constituintes dos contextos das atividades, por exemplo, clubes, festivais, assembleias, salas de aula; (2) as redes sociais que conectam as pessoas e os locais como diretores da escola, professores, pais, Unidade Básica de Saúde; (3) tempo em que a atividade será desenvolvida (HAWE; SHIELL; RILEY, 2009).

A abordagem dos sistemas inicia-se em primeiro lugar com a compreensão do contexto. Deve-se tentar compreender a natureza e a diversidade de configurações no sistema, bem como as posições estratégicas ocupadas por cada ator envolvido, por exemplo, professores e alunos na escola onde foram realizadas as ações (HAWE; SHIELL; RILEY, 2009).

Para Pereira e Barreto (2011), estudo de intervenção, também chamado ensaio comunitário, está incluído no grupo de estudos experimentais. Assim, nesta modalidade de pesquisa, o investigador introduz uma intervenção em determinado grupo populacional, em que o processo de pesquisa estará no controle. Esse método foi recomendado para avaliar eficácia e efetividade de vacinas, como também de intervenções preventivas, como educacionais, normativas, ambientais, dentre outras.

Na pesquisa de intervenção, segundo Silveira, Resende e Moura (2010), o processo de pesquisar é indissociável da intervenção, isto é, a prática de pesquisar implica práticas interventivas, as quais agem de forma interligadas com todas as forças na instituição, de forma que a pesquisa caminhe na complexidade dos acontecimentos investigados.

Esse estudo foi realizado na capital do estado do Ceará – Fortaleza. Segundo o IBGE (2010), Fortaleza tem mais de 2 milhões e 400 mil habitantes. É a quinta capital do país em termos de população. Para sua melhor organização, a cidade é dividida em sete secretarias regionais (SER): I, II, III, IV, V, VI e Regional do Centro.

Um dos pesquisadores atua como servidora municipal de Fortaleza e gestora de uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) na SER I. A UAPS possui quatro Equipes de Saúde da Família completas (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de

saúde), duas destas com equipes de Saúde Bucal modalidade I, isto é, com cirurgião-dentista e auxiliar de saúde bucal.

Para realização do estudo de intervenção foi escolhida uma das escolas associadas ao Programa Saúde na Escola – PSE e com proximidade territorial significativa com a Unidade de Saúde.

Inicialmente, foi realizada uma visita à direção da escola para apresentação da proposta da intervenção educativa, relevância e justificativa. Na ocasião fez-se o levantamento do quantitativo de alunos adolescentes que estavam regularmente matriculados na escola.

A direção da Escola mostrou-se acessível e sensibilizada quanto à importância da realização da intervenção desta natureza na escola, autorizando sua realização no espaço escolar e tornando-se disponível para contribuir com as ações educativas.

A escola escolhida para realização do projeto possuía um total de 546 alunos do 4° ao 6° ano (séries que possuem adolescentes de 10 a 14 anos), segundo dados do ano letivo de 2013 obtidos na própria escola. Dentre estes, 506 possuíam a idade de 10 a 14 anos, faixa etária escolhida para realização do estudo.

A seleção do grupo de adolescentes para a intervenção educativa foi intencional, escolhendo-se uma turma que fosse a mais homogênea com relação à idade e em maior número de alunos dentro da faixa etária escolhida para realização do estudo (10 a 14 anos), pois dos 39 alunos da turma, 38 estavam nessa faixa esperada.

A realização da intervenção educativa no ambiente escolar deu-se por meio de quatro oficinas sobre prevenção do uso de drogas, com abordagem interdisciplinar e intersetorial, com o envolvimento de parceiros do Programa Educacional de Resistência às Drogas e à Violência da Polícia Militar do Ceará – PROERD.

O Quadro 1 apresenta o roteiro da intervenção educativa, que foi realizada por meio de oficinas, as quais se mostraram uma tecnologia educativa muito importante para a coleta de dados neste trabalho. A oficina é estruturada em grupos, independente do número de encontros, é uma técnica de coleta de dados eficiente para realização de pesquisas com adolescentes, aplicam-se dinâmicas que promovem participação e diálogos entre os participantes (AFONSO, 2002; AMARAL, 2005).

As oficinas ocorreram no dia e horário pactuados com a escola: às terças-feiras, de 10h00 a 11h00 horas, com duração média de uma hora.

Quadro 1 – Oficinas realizadas no Estudo de Intervenção

| Oficinas | Técnica utilizada | Profissionais participantes | Objetivo da atividade |
|---|---|---|---|
| 1. Os adolescentes e seus conhecimentos sobre drogas. | Jogo educativo | Profissionais do NASF: assistente social, farmacêutico e psicóloga. | Promover uma atividade em que os envolvidos fossem sujeitos ativos no processo de construção do conhecimento, através de elemento lúdico (jogo) e de perguntas e temas que suscitam o conhecimento e a vivência prévia do público em questão. |
| 2. O que são as drogas e quais suas consequências | Exposição Dialogada | Dois policiais militares que atuavam no PROERD | Discutir com os adolescentes sobre a problemática das drogas por meio de um enfoque social e legal. |
| 3. A prevenção do uso de drogas e a Saúde do Adolescente | Exposição dialogada | Uma profissional da Estratégia Saúde da Família (enfermeira) | Discutir os problemas relacionados ao uso e abuso de drogas para a Saúde do Adolescente. |
| 4. Construindo a bandeira da prevenção de drogas pelos adolescentes | Exposição dialogada e trabalho em grupo. | Pesquisadora | Aplicar à realidade os conhecimentos adquiridos pelos adolescentes. |

Fonte: Elaborada pelas autoras.

Os facilitadores das oficinas educativas foram: dois policiais militares, uma profissional da Estratégia Saúde da Família (enfermeira) e três profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Após a realização da intervenção educativa, foi conduzida entrevista com perguntas abertas sobre a sua participação na atividade, utilizando um roteiro de perguntas e o uso de um gravador. Da mesma forma, ao final das oficinas, os profissionais da escola participaram como entrevistados com seus depoimentos sobre a intervenção educativa, sendo uma professora que acompanhou as atividades, o diretor da escola e o coordenador pedagógico.

Os dados da entrevista foram submetidos à análise de conteúdo temática para que se pudessem atingir mais precisamente os significados latentes e manifestos trazidos pelos respondentes da pesquisa. Suas falas foram agrupadas em temas que remetem a uma afirmação sobre o assunto. Este processo de análise envolve algumas etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação (MINAYO, 2010).

O projeto obteve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (COMEPE) da Universidade Federal do Ceará - PROPESQ comitê, conforme parecer de número 459.825, de 14 de novembro de 2013 e seguiu os princípios éticos e legais da Resolução N° 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde – CNS/Ministério da Saúde do Brasil, que expressa as diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos.

## Resultados e discussão

### A escola como espaço de promoção da saúde e prevenção de drogas

A escola é um espaço para prevenção do uso de drogas, devendo-se considerar as características da população alvo quanto ao contexto socioeconômico cultural, para elaboração de programas de prevenção. É importante ressaltar também que as informações devem ser claras e baseadas em fontes científicas atualizadas (BATISTA; BALLÃO; PIETROBON, 2008).

No desenvolvimento da atividade prevaleceu o trabalho na voz de vários facilitadores, profissionais que apresentaram aos adolescentes distintas perspectivas de como as drogas podem afetar as suas vidas.

### Visão dos profissionais facilitadores na condução da atividade educativa: *valorização do conhecimento prévio e uso de estratégias participativas*

Nos depoimentos dos profissionais facilitadores, percebeu-se a preocupação em realizar as atividades para chamar a atenção dos

alunos, incentivar os adolescentes a expressarem os seus conhecimentos prévios e se sentirem à vontade com a temática abordada. Observou-se que o elemento lúdico e jogos foram dinâmicas eleitas para estimular a participação.

> A atividade foi planejada de uma maneira bem lúdica, de forma que a gente pudesse ter a participação dos adolescentes, que são da faixa etária de 10 a 14 anos. Então a gente imaginou que de uma maneira dinâmica, que trouxesse o lúdico aos elementos do jogo, a gente obteria maior participação deles. Então, a gente pensou de forma a aumentar a participação deles (Psicóloga).

> Eles contribuíram conosco e a gente pôde levar assuntos, que apesar de serem pertinentes, já fazerem parte da vivência deles, do cotidiano, a gente levou de uma forma mais dinâmica, de uma maneira mais clara para eles (Assistente social).

Os profissionais relataram ter observado que os adolescentes demonstraram ter conhecimentos prévios sobre o assunto.

> Eu até me surpreendi com as declarações dos alunos, eles até sabiam mais do que eu suspeitava, então para mim o nível deles pra tentar combater este tipo de problema, eu achei muito bom (Farmacêutico).

> [...] e o que eu percebi é que os alunos já tinham certo conhecimento, então achei bem mais fácil poder desenvolver esse trabalho com eles (Policial Militar 1).

> A gente percebeu que eles trouxeram realmente que tinham um conhecimento, que tinham vivência (Psicóloga).

## Planejamento, execução e avaliação – ambiente escolar, trocas de conhecimentos, desafio, superação e satisfação

A utilização do ambiente escolar para atividade educativa foi valorizada por todos os profissionais. A escola é ambiente familiar para os adolescentes o que os deixa à vontade e ainda estreita as relações entre

a escola e a unidade de saúde. Neste sentido, entende-se que a normativa do Programa de Saúde Escolar deve ser mais fortalecida no território de atenção à saúde. As narrativas que seguem corroboram essa afirmação:

> Eu gostei de ser na escola porque é um ambiente já familiar para eles. Eles já estão lá, eu acho que facilita e execução da atividade e eu acho que eles se sentiram até mais à vontade do que se fosse para outro espaço diferente, desconhecido. Eu acho que a proposta foi muito boa (Assistente social).

> O melhor local para ser realizada este tipo de atividade, na minha concepção, é na escola mesmo, porque os alunos já estão no ambiente de aprendizado, então nada melhor que poder formar essa aliança entre a escola, posto de saúde e entre a Polícia Militar. Enfim, todos os fatores que vierem a somar, estando juntos com a escola, acredito que seja algo bem positivo (Policial Militar 1).

> Muito bom ser na escola, porque é o habitat da criança, é onde ela vem aqui com intuito de aprender ou ser uma pessoa melhor no futuro. Não teria lugar melhor para desenvolver o projeto (Policial Militar 2).

Alguns profissionais sentiram-se desafiados no planejamento e na execução das suas respectivas oficinas. Vejamos algumas declarações:

> Apesar de já trabalhar com a temática de prevenção do uso de drogas, foi um desafio porque trabalhar com crianças e adolescentes requer certo dinamismo, uma postura diferenciada, mas foi uma troca de experiências (Assistente Social).

> Bom, é uma superação, porque você lidar com um monte de adolescentes, cada um, uma cabeça. Eles não têm muita concentração, mas assim, o assunto chamou a atenção deles (Farmacêutico).

> Eu me senti desafiada o tempo inteiro, porque trabalhar com adolescentes é um desafio, trabalhar com muitos adolescentes é um desafio maior ainda, trabalhar essa temática é ainda mais difícil (Enfermeira).

Na visão dos profissionais que atuaram como facilitadores, as atividades desenvolvidas foram avaliadas como proveitosas e realizadas com êxito. Esta informação é confirmada pelos comentários seguintes:

> Bem, eu considero a atividade muito relevante. Ela tem efeito. Apesar de ser o primeiro momento, de ser o primeiro encontro, mas a gente já percebe que surtiu um efeito. Mesmo diante de certa imaturidade de alguns, que, apesar de terem mais novos de 10, 11, 12 anos, mas a gente percebe que ainda assim a gente conseguiu levar um certo conhecimento, diante do que eles vivenciam. Eu acho que é um resultado satisfatório, é positivo. Eu vejo pelo lado positivo (Assistente Social).
>
> [...] não se tornou um trabalho cansativo, através de vídeos motivacionais, através de assuntos (relacionados) de acordo com a faixa etária deles. Então acredito que foi um trabalho bem realizado (Policial Militar1).
>
> Atividade proveitosa. A gente vê que os alunos numa situação diferente eles se envolvem de verdade e isso é bom para eles e quando eles se envolvem, eles aprendem mais (Policial Militar 2).
>
> Acredito que tenha sido benéfico, porque nós podemos ter como resultados mediatos que os alunos viram as consequências das drogas e eles trazem isso para si. Também podemos ver, talvez até a longo prazo, caso eles levem essas informações para os familiares, para os amigos, para que eles também se mantenham longe das drogas (Policial Militar 1).

Por fim, evidencia-se nos próximos comentários que os facilitadores sentiram-se satisfeitos em realizar as atividades do Projeto de Intervenção para prevenção das drogas na escola:

> Eu me senti ótima, porque é uma coisa que me identifico muito. Primeiro que me identifico muito trabalhando com essa faixa etária, crianças e adolescentes. Identifico-me muito fazendo atividades que envolvem dinâmicas. Gosto mais de ouvir do que falar, porque eu acredito em ouvir a experiência das pessoas e trabalhar com isso. Então, para mim foi excelente, da minha parte foi uma experiência muito boa, com certeza (Psicóloga).

> Eu gostei demais. Me senti bem, me fez bem. É sempre bom a gente trabalhar com diversos públicos, diversas categorias. São adolescentes e a gente acaba tendo um pouquinho de desgaste, mas acredito que seja uma troca (Assistente social).

## O estudo de intervenção na visão dos profissionais da escola – relevância, reflexão, interdisciplinaridade e receptividade

Uma semana após a realização das oficinas de intervenção educativas, os profissionais da escola, assim como os facilitadores, demonstraram em suas falas a importância dessa atividade ser desenvolvida no ambiente escolar. Os depoimentos a seguir corroboram essa informação:

> [...] esses tipos de trabalhos que vêm sendo desenvolvidos por alguns pesquisadores nas Unidades de Ensino são sempre muito importantes, eles trazem novos conhecimentos, novos saberes, novas relações entre os estudantes e o conhecimento (Diretor).

> Importante ser na escola, pois além dos alunos na comunidade que eles vivem terem muito contato com isso, pode abranger um maior número de adolescentes no projeto (Professora).

> Para mim foi uma bênção porque eu acho um espaço privilegiado. Todo espaço é espaço de produção de conhecimento, mas o espaço mais privilegiado para produção de conhecimento, para o debate de questões polêmicas, questões importantes como a questão das drogas, o espaço privilegiado é o espaço escolar (Diretor).

Foi possível também observar nos comentários dos profissionais que as atividades trouxeram vantagens para os alunos, sendo isso demonstrado pela mudança de comportamento e de receptividade às atividades e à pesquisadora.

> [...] a gente percebe seu empenho e vê como os meninos já estão encarando essa temática com mais propriedade, a partir dos encontros que estão sendo desenvolvidos, das discussões, das apresentações das temáticas. É um momento pra eles diferente

> dos momentos da escola, que chama a atenção deles e esse chamamento de atenção propicia essa questão de abrir um horizonte maior para o debate do tema que está sendo desenvolvido por você e pelos meninos (Diretor).

> Para os alunos foi positivo porque é sempre importante que eles tenham essa reflexão sobre as drogas, que é prejudicial, que eles possam, apesar de que na comunidade que eles vivem ter o contato bem próximo com as drogas, a refletir sobre esse assunto e acaba sendo uma prevenção para que aqueles que não têm contato evitem usar (Professora).

> [...] a gente já foi observando uma mudança na recepção deles, quando eles já nos procuram na segunda-feira perguntando se na terça-feira teria o encontro, se a Dra. já tinha chegado. Então, não posso falar das atividades em si porque eu não acompanhei de dentro da sala, mas posso falar da receptividade dos alunos, porque conhecendo a turma, eu imagino que eles estavam tendo uma oficina que estava fazendo bem para a vida deles (Coordenador).

> Essa oportunidade é muito importante para todos os alunos da escola pública, principalmente para o Ensino Fundamental II, que a gente sabe que precisa dessa atenção especial, porque é um período de pré-adolescência, de transição. Que os meninos estão se conhecendo e às vezes isso gera uma instabilidade (Diretor).

Na fala dos entrevistados também se visualizou que eles reconheceram a importância das atividades para os adolescentes participantes.

> Essas atividades, eu acredito que vão ampliar o cognitivo dos meninos no que tange à aprendizagem mesmo. Mas também essa visão mais ampla da temática da questão das drogas que a gente sabe que é recorrente na adolescência e principalmente porque a gente trabalha com crianças que estão em situação de risco (algumas) e estão fragilizadas no sentido de serem captadas pelas drogas e esses trabalhos vêm a colaborar no intuito de deixá-los mais aptos a dizer NÃO (Diretor).

> Então, qualquer atividade que venha a discutir com eles essa temática, eu acho que só benefício traz. Nós não temos ainda uma

> forma de aferir o efeito, porque às vezes a gente observa que eles que meio que levam aquilo na brincadeira, que eles brincam com o tema. Então, ainda não deu pra sentir qual é o efeito que uma palestra, que uma oficina tem na vida deles, mas a gente pode acreditar que de alguma forma contribui (Coordenador).

Na visão dos profissionais, as atividades deveriam ser realizadas com mais encontros e serem ampliadas para outras turmas da escola.

> Eu já fico feliz com a possibilidade de outros encontros. Que eles possam ter mais momentos, que sejam momentos durante o ano todo, como o projeto da escola (Professora).

> As sugestões seriam que esse trabalho fosse massificado, universalizado, ampliado. É um trabalho muito legal (Diretor).

O trabalho interdisciplinar foi ressaltado pelo diretor da escola como importante no desenvolvimento das atividades do projeto.

> [...] você deu uma assistência muito grande aos meninos em termos de estrutura, que me refiro a tudo que você podia trazer de fora para dentro da escola. O que a escola não tinha em termos de disponibilidade, inclusive de recursos humanos qualificados, pois seu trabalho trouxe outros profissionais de outras áreas de atuação, que tiveram a oportunidade de se relacionarem com os alunos, uma equipe interdisciplinar (Diretor).

Os profissionais colocaram-se à disposição para realização de outros trabalhos na escola.

> [...] e a gente dispõe desse espaço e colocou à disposição com todo prazer e colocará sempre que a gente perceber que a proposta tem esse bojo de fazer com que nossos alunos cresçam (Diretor).

> A gente está sempre aberto a qualquer atividade que venha complementar, porque a gente busca muito fazer a escola diferente, fazer o diferencial, tornar a escola um lugar mais ativo, em que o aluno se sinta bem, se sinta em casa, se sinta à vontade

> e às vezes a gente fica carente de recursos, de ideias e qualquer coisa externa que venha complementar isso aí é sempre bem vinda (Coordenador).

## Saúde e escola na prevenção de drogas

A utilização do ambiente escolar para desenvolvimento de ações de educação em saúde demonstrou ser muito válida, pois além de ser um ambiente de aprendizado, é um local com o qual os alunos já mantêm um vínculo, estabelecido com as pessoas e o espaço. A realização das atividades no horário da aula também enriqueceu os encontros, visto que a assiduidade dos adolescentes pôde ser mantida, evitando o deslocamento deles em horário diferente das aulas, o que poderia ter prejudicado a presença nos encontros.

Outro aspecto relevante foi o fato de os facilitadores estimularem a participação dos alunos e partirem do conhecimento deles sobre o assunto. Os facilitadores de distintas categorias tiveram a oportunidade de abordar o tema para discussão considerando suas áreas de conhecimento e atuação sobre as drogas. Essa interdisciplinaridade reforça a importância da integração saúde-educação, desenvolvimento de parcerias, as quais são muito importantes para as políticas públicas de promoção da saúde e a implantação de programas como PSE, SPE e várias outras.

O Ministério da Saúde afirma que a educação preventiva é diferente de uma simples informação ou repressão. Diante disso, é importante que essas ações educativas tenham uma abordagem em que haja um direcionamento para a vida, em que se pense a prevenção ao uso indevido de drogas em um contexto de valorização da vida e do ser humano (BRASIL, 2000). Daí a preocupação neste estudo em se desenvolver uma intervenção educativa com uma abordagem interessante para os adolescentes, baseada em estudos na literatura sobre o tema e com profissionais experientes e competentes, de categorias diferentes, cada um trazendo a sua contribuição dentro da sua formação e experiência profissional.

Os profissionais que atuaram como facilitadores entendiam que trabalhar com adolescentes e com a temática drogas se constituem de-

safios, porém este fato não atrapalhou o sucesso das ações desenvolvidas. Houve o cuidado em se executarem ações numa linguagem acessível aos adolescentes e sempre estimulando sua participação, não trazendo discussões morais ou religiosas. Aquino (1998) afirma que um erro comum nas ações preventivas para adolescentes contra drogas é dar "um curso de moral e religião", em que se expõe o bem e o mal como algo absoluto. A utilização de argumentos morais pode levar a uma perda do interesse e da atenção dos adolescentes.

Para a realização da intervenção educativa, tivemos a cautela em desenvolver oficinas sobre a temática das drogas em que a informação foi trabalhada de forma que não despertasse a curiosidade de consumo, uma vez que os efeitos negativos foram demonstrados, porém os efeitos prazerosos momentâneos alcançados com o consumo das drogas também foram discutidos (ZEITOUNE et al., 2012).

A intervenção educativa promoveu a reflexão sobre as drogas pelos adolescentes de maneira participativa, pois os profissionais facilitadores das oficinas utilizaram dinâmicas que incentivaram a participação dos adolescentes, o que contribui positivamente para o debate e reflexão sobre o tema drogas na adolescência.

Foi unânime a satisfação pessoal e profissional dos facilitadores no planejamento e execução das oficinas. Todos expressaram a importância desse trabalho de integração da escola com a unidade de saúde, integração que demonstrou ser promissora. A promoção da saúde na escola possibilita oportunidades para realização de inúmeras atividades, integrando os dois espaços.

## Considerações finais

Por fim, pode-se concluir que os resultados deste estudo não são fáceis de serem avaliados em curto prazo, porém espera-se ter contribuído com a melhora do nível de conhecimento, reflexão, sensibilização e compreensão por parte dos adolescentes, dos riscos que a droga pode causar em suas vidas e nas escolhas que eles e elas venham a fazer e para que tenham mais segurança de dizer não às drogas.

Assim, esse estudo de intervenção com esta temática reforça a necessidade da ESF e escola promover de forma contínua e planejada atividades de promoção da saúde e prevenção de riscos para os adolescentes. O Programa de Saúde na Escola (PSE) e Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE) são ferramentas para a implantação dessa política do SUS.

Políticas públicas que articulem educação e saúde são fundamentais para que possamos desenvolver ações baseadas nos princípios da integralidade da atenção, equidade e garantia de direitos humanos e de cidadania (BRASIL, 2014).

Maia e Dantas (2003) afirmam que não existem fórmulas específicas para que sejam estabelecidas as articulações entre a Estratégia Saúde da Família (ESF) e instituições de qualquer outro setor, porém, consideram importante a parceria dessa primeira com os estabelecimentos existentes nos territórios de atuação das equipes de saúde da família. Além disso, devem existir ações de planejamento conjuntas entre saúde e educação com objetivo de fortalecer os resultados das atividades educativas junto aos jovens e adolescentes.

## Bibliografia

ABRAMOVAY, M; CASTRO, M. G. *Drogas nas escolas*: versão resumida. Brasília: Unesco, 2005.

AFONSO, L. *Oficinas em dinâmica de grupo*: um método de intervenção psicossocial. Belo Horizonte: Campo Social, 2002.

ALAVARSE, G. M. A.; CARVALHO, M. D. B. Álcool e adolescência: o perfil de consumidores de um município do norte do Paraná. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.*, v. 10, n. 3, p. 408-416, 2006.

AMARAL, M. A. *Entre o desejo e o medo*: oficinas de trabalho como espaço de reflexão e empoderamento de adolescente. 2005. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

AQUINO, J. R. G. (Org.). *Drogas na escola*: alternativas teóricas e práticas. São Paulo: Summus, 1998.

BATISTA, A. P.; BALLÃO, C. M.; PIETROBON, S. R. G. Programa de prevenção ao uso de drogas no contexto escolar. *Rev. Conexão*, v. 4, 2008. Disponível em: <http://migre.me/wG8VQ>. Acesso em: 1 mar. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. *Manual do multiplicador*: adolescente. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. *Curso de prevenção do uso de drogas para educadores de escolas públicas*. 6. ed. Brasília: Ministério da Justiça, 2014.

CARLINI, E. L. A. et al. *Levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio das redes pública e privada de ensino nas 27 capitais brasileira -2010, 6*. São Paulo: Cebrid - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas: Unifesp - Universidade Federal de São Paulo; Brasília: Senad, 2010.

HAWE, P.; SHIELL, A.; RILEY, T. Theorising interventions as events in systems. *Am. J. Community Psychol*, v. 43, p. 267-276, 2009.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. *O direito de ser adolescente*: oportunidade para reduzir vulnerabilidades e superar desigualdades. Brasília: Unicef, 2011. Disponível em: <http://migre.me/wG8MI>. Acesso em: 15 nov. 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E PESQUISA. *Censo Demográfico 2010*. Cidades [Internet]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>. Acesso em: 11 mar. 2013.

MACHADO, N. G. et al. Uso de drogas e a saúde sexual de adolescentes. *Rev. Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 284-290, 2010.

MAIA, D.; DANTAS, M. R. Ministério da Saúde. Saúde na Escola e Qualidade de Vida. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Políticas de Saúde. *Os programas saúde da família e agentes comunitários de saúde e sua interface com a escola*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

MINAYO, M.C.S. *Pesquisa social*: teoria, método e criatividade. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

PEREIRA, S. M; BARRETO, M. L. Estudos de intervenção. In: ALMEIDA FILHO, N.; BARRETO, M. L. *Epidemiologia e saúde*: fundamentos, métodos, aplicações. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2011. p. 55-64.

SIVEIRA, R. W. M.; REZENDE, D.; MOURA, W. A. Pesquisa-intervenção em um CAPSad – centro de atenção psicossocial álcool e drogas. *Rev. Interinstitucional de Psicologia*, v. 3, n. 2, p. 184-197, 2010.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. *World drug report*: 2011. New York: UNODC, 2011. Disponível em: <https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2011/World_Drug_Report_2011_ebook.pdf>. Acesso em: 13 fev. 2013.

ZEITOUNE, R. C. G. et al. O conhecimento de adolescentes sobre drogas lícitas e ilícitas: uma contribuição para a enfermagem comunitária. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.*, v. 16, n. 1, p. 57-63, 2012.

# AS ORGANIZADORAS

**Ana Paula Soares Gondim**

Farmacêutica. Pós-doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (2012). Doutora em Saúde Pública pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Mestre em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará. Docente do Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da Universidade Federal do Ceará. Coordena o grupo de pesquisa do Laboratório Interdisciplinar de Saúde Coletiva, Farmácia Social e Saúde Mental Infantojuvenil (LISFARME). Coordena o Centro de Estudos em Assistência Farmacêutica (CEAF) do Grupo de Prevenção ao Uso Indevido de Medicamentos (GPUIM) da Universidade Federal do Ceará.

**Maria Fátima Maciel Araújo**

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Mestre em Saúde Pública. Professora do Curso de Graduação de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC). Docente do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família – RENASF (Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família). Especialista em Metodologia do Ensino. Psicodramatista. Coordenadora do Programa de Educação pelo Trabalho pela Saúde – PET-Saúde/UFC (2009-2012) PROEXT (2012). Membro da Equipe de Educadores Populares do Núcleo de Integração pela Vida (NIV) (ONG).

**Renata de Sousa Alves**

Farmacêutica. Doutora em Farmacologia. Mestre em Farmacologia. Professora do Curso de Farmácia da Universidade Federal do

Ceará (FFOE/UFC). Vice-coordenadora do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família – RENASF (Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família). Tutora do Pró-PET Saúde/UFC (2013-2014). Chefe do Laboratório Escola, Laboratório de Análises Clínicas e Toxicológicas Prof. Dr. Eurico Litton Pinheiro de Freitas, da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem.

Visite nosso site:
**www.imprensa.ufc.br**

Imprensa
Universitária
UFC

Imprensa Universitária da Universidade Federal do Ceará - UFC
Av. da Universidade, 2932- Benfica
Fone: (85) 3366.7485 / 7486
CEP.: 60020-181- Fortaleza - Ceará
imprensa.ufc@pradm.ufc.br

A Universidade Federal do Ceará contribui por excelência para a educação e para a ciência em nosso país. Como um dos seus avanços acadêmicos, merece destaque o desenvolvimento da pós-graduação, que fortalece o pilar da formação de recursos humanos por meio da pesquisa.

A pós-graduação brasileira, sistematicamente avaliada nas últimas décadas, ganha credibilidade, e seus pesquisadores gozam de reconhecimento internacional. Nesse processo, o livro integra a produção intelectual acadêmica das múltiplas áreas que compõem o quadro científico da Universidade e apura os esforços dos pesquisadores que veiculam parte de sua produção nesse formato.

A Coleção de Estudos da Pós-Graduação foi criada, portanto, para apoiar os programas de pós-graduação *stricto sensu* da UFC e consolidar uma política acadêmica, científica e institucional de valorização da pesquisa, ao franquear o curso da produção intelectual em forma de livro.

VENDA PROIBIDA
Imprensa Universitária

ISBN 978-85-7485-304-8
9 788574 853048