

Vivências em Atenção Básica/Saúde da Família

Luciane Bisognin Ceretta
Priscyla Waleska T. de A. Simões
Lisiane Tuon G. Bittencourt
ORGANIZADORAS

Vivências em Atenção Básica/Saúde da Família

Luciane Bisognin Ceretta
Priscyla Waleska Targino de Azevedo Simões
Lisiane Tuon Generoso Bittencourt
(Organizadoras)

Vivências em Atenção Básica/Saúde da Família

Série Residência Multiprofissional
Volume 2

Criciúma
Unesc
2014

2014 ©Copyright UNESC – Universidade do Extremo Sul Catarinense
Av. Universitária, 1105 – Bairro Universitário – C.P. 3167 – 88806-000 –
Criciúma – SC

Fone: +55 (48) 3431-2500 – Fax: +55 (48) 3431-2750

Reitor
Gildo Volpato

Pró-Reitora de Ensino de Graduação
Robinalva Borges Ferreira

Pró-Reitora de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão
Luciane Bisognin Ceretta

Pró-Reitora de Administração e Finanças
Kátia Aurora Dalla Líbera Sorato

Conselho Editorial

Alex Sander da Silva

Álvaro José Back

Carlos Renato Carola (Presidente)

Dimas de Oliveira Estevam

Fabiane Ferraz

Marco Antonio da Silva

Melissa Watanabe

Nilzo Ivo Ladwig

Oscar Rubem Klegues Montedo

Reginaldo de Souza Vieira

Ricardo Luiz de Bittencourt

Vidalcir Ortigara

Willians Cassiano Longen

Luciane Bisognin Ceretta
Priscyla Waleska Targino de Azevedo Simões
Lisiane Tuon Generoso Bittencourt
(Organizadoras)

Vivências em Atenção Básica/Saúde da Família

COLABORADORES

Abigail Lopes
Anderson Costa Fernandes
Ângela Martinha Bongioiolo
Bárbara Regina Alvarez
Carla Abbatti Furlanetto
Cecília Marly Spiazzi dos Santos
Cláudia Pereira Paulo
Claudio Alex de Souza Sipriano
Cledir Lago
Cristiane Schwartz Pazetto
Daiane Fernandes Felipe
Daniela Vicente Bavaresco
Diane Furtado dos Santos Trescher
Elaine Meller Mangilli
Elisiane Nogueira Costa
Fábio Cossa de Souza
Fernanda Guglielmi Faustini Sonego
Francielle Lazzarin de Freitas Gava
Francielle Rosso Mazzuchello
Gisele Damian Antônio
Graziela Amboni
Indianara Reynaud Toreti Becker
Ioná Viera Bez Birolo
Janine Moreira
Joni Marcio de Farias
Josete Mazon
Juliét Silveira Hanus

Juruciara Cristiano Martins
Karina Costa Colombo
Lidiane Ribeiro de Souza
Liege da Rosa Fantin
Liliana Maria Dimer
Lisiane Tuon Generoso Bittencourt
Luana Moraes Ferreira
Lucas Bolzan Dela Libera
Luciane Bisognin Ceretta
Luiza Silveira Lessa
Luize Alves Romancini
Mágada Tessman Schwalm
Maria Fernanda Gazola
Mariana Piazza
Mariana Sifroni Farias
Mateus Feltrin
Mônica Martins Binatti
Natália Colombo Ferreira
Patricia Araújo Burato Miguel
Priscyla Waleska Targino de Azevedo Simões
Raquel Cristina Muniz de Souza
Rita Suselaine Vieira Ribeiro
Rubia Bresciani
Sara Cardoso da Rosa
Sílvio Ávila Junior
Tamy Colonetti
Ticiania Willemann da Silva Zanette
Vanise dos Santos Ferreira Viero

COMITÊ CIENTÍFICO

Dr^a. Maristela Golçalves Giassi (UNESC)
Dr^a. Olivette Rufino Borges Prado Aguiar (UFPI)
Dr^a. Rejane Aurora Mion (UEPG)
Dr^a. Sandra Margarete Bastianello Scremim (IFSC)
Dr. Alex Sander da Silva (UNESC)
Dr. Ricardo Luiz de Bittencourt (UNESC)

DIRETORA DA UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Prof.^a MSc. Indianara Reynaud Toreti Becker

COORDENADORA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA DA UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Prof.^a Dr.^a Vanessa Moraes de Andrade

COORDENADORA DE EXTENSÃO DA UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Prof.^a Dr.^a Mágada Tessmann Schwalm

COORDENADOR DE ENSINO DA UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Prof. Dr. Williams Cassiano Longen

COORDENADORA DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL

Prof.^a Dr.^a Luciane Bisognin Ceretta

COORDENADORA DE ATIVIDADES

Prof.^a MSc. Josete Mazon

COORDENADORA DA COREMU

Prof.^a Dr.^a Lisiane Tuon Generoso Bittencourt

GESTORA DE SAÚDE LOCAL

Leticia Vieira de Oliveira Rodrigues

Esta obra foi financiada pelo Ministério da Educação e pelo Ministério da Saúde

Editora da UNESC

Editor Chefe:

Carlos Renato Carola

Revisão dos originais: **Priscyla Waleska Targino de Azevedo Simões**

Revisão ortográfica e gramatical: **Fátima Beghetto**

Projeto gráfico, diagramação e capa: **Luiz Augusto Pereira**

Imagem da capa: **Images Free**

Série Residência Multiprofissional, v. 2

As ideias e informações apresentadas nesta obra são de inteira
responsabilidade de seus autores e organizadores.

Ficha Catalográfica

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

V857 Vivências em atenção básica/saúde da família / Luciane Bisognin
Ceretta, Priscyla Waleska Targino de Azevedo Simões, Lisiane
Tuon Generoso Bittencourt (organizadoras). – Criciúma, SC :
UNESC, 2014 – (Série Residência Multiprofissional ; v. 2)
220 p. : il. ; 22 cm.

Modo de acesso: <<http://repositorio.unesc.net>>

Vários colaboradores

ISBN: 9788584100187

1. Programa Saúde da Família (Brasil). 2. Saúde da
Família. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Educação e saúde.
5. Saúde pública. I. Título.

CDD. 22ª ed. 362.10425

Bibliotecária Rosângela Westrupp – CRB 0364/14ª

Biblioteca Central Prof. Eurico Back - UNESC

PREFÁCIO

Lisiane Tuon Generoso Bittencourt¹

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva da Universidade do Extremo Sul Catarinense foi constituído e é mantido em conjunto com o município de Criciúma-SC, e desde o seu início vem realizando uma série de ações integradas em Saúde Coletiva, e auxiliando no aprimoramento do Sistema Único Saúde.

Os residentes em Saúde Coletiva são profissionais das áreas de Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição, Odontologia e Psicologia, recém-egressos desses cursos de graduação da Unesc, realizando, com o auxílio de professores/tutores, um elo importante entre serviço e ensino, e este eixo de ação e desenvolvimento vem sendo um motivador importante para projetos e estudos sobre o Sistema Único de Saúde em nossa região.

Esta segunda edição do livro “Vivências em Atenção Básica/Saúde da Família” concretiza mais uma ferramenta para auxiliar na modernização das atividades realizadas nas Unidades de Saúde localizadas na Região Carbonífera, e seus dezoito capítulos foram construídos pelos residentes, por seus tutores, além de profissionais da Secretaria de Saúde do município de Criciúma-SC.

Os capítulos da obra são estudos qualitativos e quantitativos nos seguintes temas: Acolhimento com Classificação de Risco; Estado Nutricional das Crianças; Educação Sexual na Escola; Conselhos Locais; Violência contra Mulheres; Psicologia na Atenção Domiciliar; Contribuição dos Exercícios Físicos para a Mulher; Incidência de Síndrome Metabólica; Atenção ao Diabético; Atuação Interdisciplinar da Fisioterapia na Atenção Básica; Uso

¹Coordenadora da COREMU do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde Coletiva e Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Criciúma, SC, Brasil. Fisioterapeuta. *E-mail:* ltb@unesc.net

Abusivo de Drogas sobre a Cavidade Bucal; Gestão de Baixo Peso; Relatos de Experiências; e Coletas de Dados.

Parabéns aos residentes, tutores e à Coordenação do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva por mais esta iniciativa, deixando registrada relevante contribuição para o Sistema Único de Saúde.

SUMÁRIO

PREFÁCIO	06
-----------------------	-----------

Lisiane Tuon Generoso Bittencourt

INTRODUÇÃO	11
-------------------------	-----------

Luciane Bisognin Ceretta

CAPÍTULO 1 - Acolhimento com Classificação de Risco para a Atenção Básica em Saúde.....	13
--	-----------

Patricia Araújo Burato Miguel, Ioná Viera Bez Birolo, Francielle Lazzarin de Freitas Gava, Gisele Damian Antônio, Mariana Piazza

CAPÍTULO 2 - O Conselho Local de Saúde: A perspectiva dos Profissionais de Estratégia Saúde da Família – ESF.....	23
--	-----------

Claudio Alex de Souza Sipriano, Francielle Rosso Mazzuchello, Luciane Bisognin Ceretta

CAPÍTULO 3 - Alimentação complementar em crianças de seis meses a dois anos de idade residentes no município de Criciúma – SC.....	33
---	-----------

Sara Cardoso da Rosa, Ticiane Willemann da Silva Zanette, Ângela Martinha Bongioio

CAPÍTULO 4 - Tipos de Violência em Mulheres durante o Período Gestacional.....	45
---	-----------

Diane Furtado dos Santos Trescher, Elisiane Nogueira Costa, Luize Alves Romancini, Mágada Têssman Schwalm, Cecília Marly Spiazzi dos Santos

CAPÍTULO 5 - Construção do Protocolo Multiprofissional em Saúde Pública na Atenção ao Diabético: Relato de Experiência da Enfermagem..	54
---	-----------

Claudio Alex de Souza Sipriano, Mariana Sifroni Farias, Francielle Rosso Mazzuchello, Liliana Maria Dimer, Ioná Viera Bez Birolo, Silvio Ávila Junior, Luciane Bisognin Ceretta

CAPÍTULO 6 - A psicologia na atenção domiciliar: relato de experiência de uma estratégia saúde da família do município de Criciúma.....	67
--	-----------

Natália Colombo Ferreira, Daniela Vicente Bavaresco, Daiane Fernandes Felipe, Fábio Cossa de Souza, Lisiane Tuon Generoso Bittencourt, Graziela Amboni

CAPÍTULO 7 - Avaliação do Estado Nutricional de Pré-Escolares Matriculados em um Centro de Educação Infantil no Município de Criciúma Santa Catarina.....74

Tamy Colonetti, Priscyla Waleska Targino de Azevedo Simões, Rita Suselaine Vieira Ribeiro

CAPÍTULO 8 - Educação Sexual na Escola: Relato de Experiência com um Grupo de Adolescentes do Extremo Sul de Santa Catarina.....87

Fábio Cossa de Souza, Daiane Fernandes Felipe, Daniela Vicente Bavaresco, Natália Colombo Ferreira, Priscyla Waleska Targino de Azevedo Simões, Graziela Amboni, Luciane Bisognin Ceretta

CAPÍTULO 9 - Contribuições de um programa de exercícios físicos sobre parâmetros da composição corporal em mulheres adultas atendidas por uma Estratégia Saúde da Família do município de Criciúma - SC.....99

Vanise dos Santos Ferreira Viero, Josete Mazon, Priscyla Waleska Targino de Azevedo Simões, Joni Marcio de Farias

CAPÍTULO 10 - Prevalência de síndrome metabólica na população adulta cadastrada a partir de 2010 em três comunidades da cidade de Araranguá/ SC.....109

Juruciara Cristiano Martins, Bárbara Regina Alvarez, Mônica Martins Binatti, Josete Mazon

CAPÍTULO 11 - Olhar Sob a Ótica de Residentes Fisioterapeutas sobre a Atuação Interdisciplinar na Atenção Básica.....124

Juliét Silveira Hamus, Lidiane Ribeiro de Souza, Lucas Bolzan Dela Libera, Elaine Meller Mangilli, Lisiane Tuon Generoso Bittencourt, Silvio Ávila Junior, Josete Mazon

CAPÍTULO 12 - A atuação do Enfermeiro na Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família: Relato de experiência.....139

Cristiane Schwarz Pazetto, Karina Costa Colombo, Luciane Bisognin Ceretta

CAPÍTULO 13 - Implantação e Padronização dos Serviços de Atenção Farmacêutica no Programa de Automonitoramento Glicêmico Capilar da Universidade do Extremo Sul Catarinense.....148

Liege da Rosa Fantin, Rubia Bresciani, Cláudia Pereira Paulo, Luciane Bisognin Ceretta, Lisiane Tuon Generoso Bittencourt, Indianara Reynaud Torette Becker

CAPÍTULO 14 - Uso abusivo de drogas e suas influências sobre a cavidade bucal.....156

Maria Fernanda Gazola, Mateus Feltrin, Lisiane Tuon Generoso Bittencourt, Josete Mazon, Fernanda Guglielmi Faustini Sônego

CAPÍTULO 15 - Os Conselheiros Locais de Saúde: a compreensão sobre o Programa Saúde da Família - PSF.....167

Claudio Alex de Souza Sipriano, Janine Moreira

CAPÍTULO 16 - Análise temporal das Gestações de Baixo Peso no Período de 2008 a 2012 num Município do Extremo Sul Catarinense.....184

Abigail Lopes, Carla Abbatti Furlanetto, Luana Moraes Ferreira, Lisiane Tuon Generoso Bittencourt, Josete Mazon, Rita Suselaine Vieira Ribeiro

CAPÍTULO 17 - Atenção à saúde do paciente com fissura labiopalatina no âmbito do Sistema Único de Saúde: Revisão de literatura.....193

Luiza Silveira Lessa, Anderson Costa Fernandes, Fernanda Guglielmi Faustini Sônego, Sílvio Ávila Junior, Priscyla Waleska Targino de Azevedo Simões, Luciane Bisognin Ceretta

CAPÍTULO 18 - Atividade Física, Fatores de Risco e Classificação Socioeconômica em Áreas de Abrangência de Estratégia Saúde da Família do Município de Criciúma (SC).....212

Cledir Lago, Raquel Cristina Muniz de Souza, Vanise dos Santos Ferreira Viero, Priscyla Waleska Targino de Azevedo Simões, Joni Marcio de Farias

INTRODUÇÃO

Luciane Bisognin Ceretta¹

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva apresenta-se para a Universidade do Extremo Sul Catarinense como um forte agregador de forças em favor da formação em saúde coletiva. Trata-se de uma iniciativa dos Ministérios da Saúde e da Educação, que têm proporcionado bolsas para os residentes com a finalidade de ativar os processos de mudanças na formação e na atenção em saúde. A Unesc tem sido parceira dessas mudanças, e tem buscado a inclusão de propostas que reúnam potencial para a melhoria da qualidade de vida das pessoas, associada à qualificação da formação em saúde.

A interlocução do Programa de Residência com a graduação na área da saúde tem se configurado em mecanismo também indutor de reflexões no interior desses cursos.

O Volume 2 do livro *Vivências em Atenção Básica/Saúde da Família* é fruto do processo de estudos e atividades desenvolvidas pelos residentes e seus preceptores na tentativa de registrar a importância deste programa, bem como os resultados possíveis.

O Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família compreende as áreas de Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição, Odontologia e Psicologia. A terceira turma (concluintes de 2013), quarta turma e demais colaboradores, dentre as tantas contribuições efetuadas, apresentam também este coletivo de relatos, reflexões e pesquisas que poderão subsidiar a prática de acadêmicos da graduação e de outros profissionais da saúde.

¹Enfermeira. Coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Criciúma, SC, Brasil. *E-mail:* luk@unesc.net

Assim, o Programa de Residência cumpre seu papel também na produção do conhecimento e sua consequente socialização, o que se torna fundamental em todo o processo de formação e de mudanças.

CAPÍTULO 1

Acolhimento com Classificação de Risco para a Atenção Básica em Saúde

Patricia Araújo Burato Miguel¹

Ioná Viera Bez Birolo²

Francielle Lazzarin de Freitas Gava³

Gisele Damian Antônio⁴

Mariana Piazza⁵

Resumo

O *acolhimento* é uma ferramenta utilizada para organizar o trabalho das equipes de saúde, sendo norteador para a efetividade e garantia de um acesso humanizado e qualificado aos usuários do sistema de saúde. Este capítulo apresenta um estudo de abordagem qualitativa que teve como objetivo elaborar um protocolo de acolhimento com classificação de risco para a Atenção Básica em Saúde (ABS) em um município do sul de Santa Catarina. Participaram 34 enfermeiros gerentes de Estratégia Saúde da Família (ESF).

¹Enfermeira Especialista em Atenção Básica/ Saúde da Família pelo Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família – Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC). *E-mail:* patriciapatipi@hotmail.com

²Professora Mestre do curso de Enfermagem – Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC). Tutora do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica – Saúde da Família. *E-mail:* ionavieira71@hotmail.com

³Enfermeira Especialista em Saúde Coletiva - Coordenadora da Atenção Básica em Saúde. Município de Criciúma-SC. Professora do curso de Enfermagem – Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC). *E-mail:* francielle@criciuma.sc.gov.br

⁴Farmacêutica Doutoranda em Saúde Coletiva – Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Consultora em saúde do Núcleo Telessaúde - SC. *E-mail:* giseledamianantonio@gmail.com

⁵Enfermeira – Coordenadora adjunta da Atenção Básica em Saúde. Município de Criciúma - SC. *E-mail:* marianapiazza@criciuma.sc.gov.br

Utilizou-se a entrevista semiestruturada para averiguar o fluxo dos atendimentos e organização da demanda espontânea e programada nas ESFs, também foi realizada uma roda de discussão que possibilitou análises, propostas e reflexão sobre o tema. A elaboração do protocolo pautou-se na avaliação das entrevistas com gerentes das ESF do município e adaptação ao modelo do protocolo de Manchester. O protocolo elaborado e proposto coloca o acolhimento como meio para escuta qualificada e humanizada, além de uma forma de (re)organizar a ABS, podendo oferecer resposta às necessidades do usuário, possibilitando-lhe acesso, atendimento humanizado e maior resolutividade ao serviço.

Palavras-chave: Acolhimento. Classificação de Risco. Protocolo.

Introdução

Na Atenção Básica em Saúde (ABS), a Estratégia Saúde da Família (ESF) surge como um modelo de atenção para a reorientação da rede de atenção à saúde. Nessa estratégia, o foco da atenção é direcionado à família, em um determinado território social. A ESF propõe, ainda, uma mudança na organização do trabalho, que deve ser construído baseado em equipe, visando práticas mais resolutivas e integrais. Assim, as ações de saúde devem ser direcionadas pelos princípios da humanização do cuidado. Essas ações de saúde são compreendidas como um conjunto de conhecimentos, processos e métodos usados no ramo de atividade na área da saúde. O acesso, o acolhimento e o vínculo entre trabalhadores e usuários interferem diretamente nas ações de saúde de maneira positiva ou negativa (COELHO; JORGE, 2009).

Segundo o Ministério da Saúde, o acolhimento é caracterizado como um método de desenvolver e organizar o processo de trabalho em saúde. É utilizado para atender todos os usuários que acessam o serviço de saúde de maneira humanizada, como também possibilitar uma escuta detalhada e demandar respostas apropriadas para cada pessoa, e assim, garantir a acessibilidade com eficácia e resolutividade (BRASIL, 2004).

O principal problema relacionado à ABS se refere ao acesso e longitudinalidade dos serviços de saúde, especialmente na existência de filas para marcação de consultas e atendimentos. A marcação de consultas para o mesmo dia em que o usuário buscou o cuidado tem sido relatada como intervenção importante para reduzir o agendamento do usuário em longo prazo, diminuindo o tempo de espera para a consulta com o médico, dentista, enfermeiro e outros profissionais da saúde. Portanto, a implantação desse sistema requer equilíbrio entre a oferta e a demanda, além do desenvolvimento de planos para circunstâncias incomuns e adequação às práticas da ABS (VIEIRA et al., 2010).

A partir das reflexões sobre a temática, teve-se como problema de pesquisa: *Como foi proposto o protocolo de acolhimento com classificação de risco de um município do sul de Santa Catarina para a ABS?*

Diante das experiências práticas nos serviços de saúde como profissional de saúde e do conhecimento teórico adquirido sobre o assunto, levantou-se alguns questionamentos referente à pesquisa, como a identificação da rotina de atendimentos nas ESF e as formas de organização das demandas.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, do tipo descritiva exploratória. A pesquisa foi realizada em um município do sul de Santa Catarina. Participaram da pesquisa todas as gerentes das ESF cadastradas no município, sendo trinta e quatro (34) gerentes abordadas por meio de Entrevista Semiestruturada e Roda de Discussão. A análise e a interpretação dos dados da entrevista foram realizadas com a técnica de análise de conteúdo, pela categorização, ordenação, classificação e análise final dos dados (MINAYO, 2004).

Após a análise dos dados, foi elaborado o protocolo de acolhimento com classificação de risco para a ABS do município, com base nas experiências dos serviços de saúde, materiais de referencial teórico do Ministério da Saúde e adaptação do modelo de Manchester.

As questões éticas foram resguardadas e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido utilizado conforme Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. A pesquisa teve aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unesc (CEP) com nº 111.781/2012.

Resultados/Discussão

Entrevista com as Gerentes de ESF

No primeiro momento da pesquisa, foram realizadas entrevistas com as gerentes de 34 ESF, nas quais se pôde verificar o fluxo dos atendimentos e a organização da demanda espontânea e programada dos serviços de saúde.

O fluxo de atendimento ao usuário nas ESF do município caracteriza-se de diversos tipos, sendo que a distribuição de números para consulta médica, bem como os procedimentos de enfermagem foram apontados como principais rotinas da ESF para os profissionais de saúde. Vinte gerentes de ESF referiram que o primeiro atendimento prestado à comunidade se baseia na entrega dos números para a consulta médica, seguido da triagem, e, após, os procedimentos de enfermagem.

Conforme um estudo que avaliou o acesso dos usuários à Unidade Básica de Saúde (UBS) e os problemas locais enfrentados no município de Vitória (ES), as principais críticas estão relacionadas às dificuldades de acesso às especialidades médicas e à dificuldade da consulta clínica. Esse quadro, que representa um processo histórico, leva a maioria da população a ter uma visão ainda do SUS, centrado no profissional médico como único responsável pela assistência. Apesar dos avanços da ESF, muitas comunidades reivindicam a solução dos problemas dos serviços de saúde na consulta médica tradicional e individual (SCHWARTZ et al., 2010).

Seguindo esta lógica, observa-se que muitos usuários se direcionam às ESF com uma visão médico-centrado e biologicista, procurando as UBS apenas para o atendimento à consulta médica. Com isso, infelizmente, muitos profissionais de saúde acabam se sobrecarregando com a triagem da consulta médica, agenda médica e receitas controladas para satisfazer a necessidade da

população. Essa rotina, em muitas ocasiões, não permite que se realize a avaliação das prioridades da comunidade adstrita à ESF sob a responsabilização da equipe.

Os atendimentos relacionados à realização dos procedimentos de enfermagem foram mencionados por dezoito gerentes, que acontecem seguindo a lógica da ordem de chegada dos usuários, sem comprometer a triagem para consulta médica.

Conforme a Portaria nº 2.488/2011, cabe aos profissionais da equipe da ESF garantir a integralidade à saúde por meio das ações de promoção, proteção, recuperação da saúde e prevenção de agravos, bem como atender à demanda espontânea, realizar ações programáticas, coletivas e de vigilância (BRASIL, 2011a).

Os profissionais de saúde precisam estabelecer com o usuário da ESF um elo de confiança, qualidade no atendimento ofertado, capacidade e competência na execução das tarefas para alcançar a resolutividade do serviço de saúde. O estudo de Lima, em Porto Alegre, no Rio Grande do Sul, demonstrou que o processo de trabalho e a competência profissional das equipes influenciam diretamente no acolhimento ao usuário, implicando a sua satisfação e promovendo a resolutividade das ações. Delimita ainda que a equipe de enfermagem precisa implementar e criar mudanças na lógica do atendimento, para garanti-lo com atenção centrada no usuário de forma integral e não apenas no mero procedimento (LIMA et al., 2007).

Mencionando essa abordagem, Coelho descreve que a visão do atendimento pelos profissionais de saúde tem se pautado pela rotina de procedimentos, cuja necessidade está em seguir padronizações de forma mecânica, sem compreensão da escuta do usuário, e com déficits no atender às suas reais necessidades, que, em muitos momentos, é apenas uma questão de boa conversa e escuta (COELHO; JORGE, 2009).

Na verificação dos atendimentos, averiguou-se que a estruturação do apoio às demandas espontâneas e programáticas nas UBS/ESF durante o período de expediente acontece de maneira similar. A organização do processo de trabalho das equipes de saúde tem duas formas de atender ao usuário: a programada, que está relacionada ao reconhecimento do território e baseada

em ações programáticas, indicadores e situação de saúde local; e a espontânea, que se direciona para atender à necessidade do usuário, mormente imprevistos no cuidado à saúde.

A demanda espontânea destacou-se pela igualdade no fluxo do atendimento aos usuários, o qual é realizado pela equipe de enfermagem, tendo o primeiro contato na recepção da ESF. Após uma escuta qualificada e com levantamento das necessidades do usuário, o profissional o encaminha ou o acompanha ao setor que dará continuidade ao atendimento.

A demanda espontânea ultrapassa a lógica programática que, segundo Ministério da Saúde, é um modelo assistencial alternativo, formado pelo conjunto de ações destinadas a intervir e a controlar os determinantes, riscos e danos, os quais são decorrentes da alternativa de modos de vida da comunidade e das diferentes expressões do processo saúde-doença. Os usuários podem apresentar manifestações em momentos que não estão sendo acompanhados pela demanda programada, necessitando de alguma intervenção (BRASIL, 2011b).

O Ministério da Saúde, no caderno de Atenção Básica ao acolhimento à demanda espontânea, elege várias modelagens para a concretização do acolhimento, e entre elas se destaca o acolhimento pela equipe de referência, equipe do dia, equipe mista e coletiva. Em todos os tipos de acolhimento pode-se observar a atuação do profissional enfermeiro e médico. O profissional enfermeiro fica evidenciado pela realização da primeira escuta, atendendo à demanda espontânea, fornecendo respostas e negociando com os usuários as ofertas e os encaminhamentos mais adequados às suas necessidades (BRASIL, 2011b).

A demanda programada caracterizou-se pela existência da estruturação dos atendimentos a partir da procura do usuário, e organizada pela equipe nas ESF, modelada pelo trabalho com grupos prioritários ou específicos.

Pode-se averiguar o atendimento com os “Grupos Prioritários” como forma de estruturação da demanda programada nas ESF durante o período de expediente para a consulta médica ou grupos terapêuticos. A grande maioria, ou seja, 32 equipes de ESF, efetiva os grupos prioritários de maneira semelhante, isto é, destinam um período, matutino ou vespertino, ao atendimento organizado.

De acordo com Rodrigues (2011), na atenção programada, os atendimentos são agendados com antecedência e consentidos com os usuários. São planejados conforme o cadastramento das famílias, diagnóstico de vida e saúde da comunidade e perfil epidemiológico, considerando as situações de maior prevalência e que requerem uma atitude do serviço de saúde. As demandas podem ser programadas também a partir dos programas do Ministério da Saúde para grupos prioritários, como a saúde da criança, do adolescente, da gestante, da mulher, do homem, do idoso, dos portadores de hipertensão e/ou diabetes (Hipertdia), e de doenças como tuberculose, hanseníase e as sexualmente transmissíveis (DSTs).

Roda de Discussão

No segundo momento da pesquisa oportunizou-se uma roda de discussão com os enfermeiros gerentes de ESF do município em estudo, que teve como objetivo conversar sobre a elaboração do protocolo de acolhimento com classificação de risco para a ABS.

O método da roda de discussão se propõe a trabalhar objetivando a constituição de espaços coletivos organizados, o que implica construir capacidade de análise e de cogestão para que os agrupamentos lidem tanto com a produção de bens e serviços quanto com sua própria constituição. Esse método privilegia as pessoas, o sujeito, e fortalece a democratização das instituições, buscando construir outros sentidos e significados para o trabalho em si, e para o trabalho em equipe na ABS. O termo cogestão indica obrigatoriedade em se estabelecer compromissos com outros sujeitos. Desta forma, a roda de discussão ressalta a importância fundamental de também motivar o trabalhador na perspectiva de sua realização pessoal (CAMPOS, 2007).

Para a realização dessa roda de discussão, foi utilizada uma apresentação em *Power Point* para a exposição dialogada do conteúdo referente aos resultados da pesquisa, e impressão do protocolo em construção para análise em dupla, o qual foi constituído pela identificação em três cores (vermelha, amarela e azul), e nas classificações grave (emergência), média (urgência para ABS) e leve (casos eletivos).

Iniciou-se o encontro com a acolhida dos gerentes, dando-lhes boas vindas e acomodando-os em seus lugares na roda formada. Isso se faz necessário para que os participantes se sintam integrantes da grande roda, possibilitando uma comunicação aberta e acessível a todos.

Na sequência, foi realizada uma breve exposição dialogada em *Power Point* sobre o acolhimento às demandas espontânea e programada, e sobre as condições crônicas e agudas relacionadas à ABS. A explanação desses temas foi importante para conscientização e ampliação de conhecimentos dos profissionais, esclarecendo dúvidas e possibilitando maior entendimento da importância do acolhimento para a ABS.

Em seguida, discutiu-se a proposta dos objetivos contidos no protocolo, destinados exclusivamente à equipe de ABS do município. A tarefa de aplicação da escuta técnica detalhada para a realização da classificação de risco do atendimento ao usuário coube ao profissional enfermeiro ou técnico de enfermagem. Logo, precisando de capacitações e sensibilizações para a efetividade do processo.

Posteriormente, o grupo discutiu as ações que seriam necessárias para a implementação do acolhimento com classificação de risco no município para ABS, sendo que o profissional responsável por esta função seria a equipe de enfermagem, tendo como ator principal o enfermeiro, e, na sua ausência, o técnico de enfermagem.

Sugeriu-se que o protocolo tivesse uma parte teórica com conteúdo técnico, e pudesse haver um instrumento prático, como um encarte colorido das classificações de risco para ser utilizado na sala de triagem da ESF.

A parte final do encontro contou com a formação de uma comissão para aperfeiçoar o protocolo e iniciar as ações de implementação. Esta comissão ficou constituída por seis enfermeiros que se dispuseram e se interessaram em participar. Este passo é importante, para que a elaboração do protocolo articule com os serviços de saúde e que os profissionais possam aprimorar os conhecimentos, trazendo inovações e tecnologias de saúde.

Conclusão

Com esta pesquisa, pôde-se apreender a importância do acolhimento como instrumento fortalecedor do vínculo entre os profissionais de saúde e os usuários da ESF, e também a organização do processo de trabalho das equipes de saúde. O acolhimento com a classificação de risco para a ABS torna-se um desafio para os profissionais de saúde, exigindo escuta qualificada, conhecimentos científicos e técnicos, a fim de efetivar uma resposta ao usuário capaz de garantir o acesso humanizado e resolutivo.

A proposta da pesquisa de elaborar um protocolo de acolhimento com classificação de risco para a Atenção Básica em Saúde em um município do sul de Santa Catarina conquistou-se por intermédio das sugestões dos profissionais, pesquisa em bibliografias e análise do sucesso do acolhimento com classificação de risco em outros municípios brasileiros.

Com a roda de discussão, os profissionais enfermeiros puderam ampliar a compreensão e análise da situação da atenção básica em saúde do município durante o encontro realizado para a estruturação, elaboração e construção do protocolo de acolhimento com classificação de risco. Além disso, propuseram a formação de uma comissão para continuar a pensar e a implementar o protocolo de acolhimento com a classificação de risco. Acredita-se que a utilização de um protocolo de acolhimento com classificação de risco para a ABS possa contribuir para a organização do processo de trabalho das ESF.

O encontro realizado com a metodologia em “roda de discussão” foi o método norteador para a elaboração do protocolo, porquanto os profissionais enfermeiros compartilharam ideias e conceitos ampliados sobre o acesso e o acolhimento dos usuários nas ESF. As discussões em grupo se fazem necessárias, pois possibilitam a abrangência das ações e intervenções em saúde, concretizando um instrumento capaz de explorar as opiniões coletivas e posições de interesse comum a todos os atores.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 21 out. 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica: Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. 56 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco – um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 48 p.

CAMPOS, G. S. **Um método para análise e cogestão de coletivos**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, 2009.

LIMA, M. A. D. S. et al. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 20, n. 1, p. 12-17, 2007. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002007000100003>>. Acesso em: jul. 2012.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 2004. 80 p.

RODRIGUES, L. O. Auditoria da Atenção Programada de Unidade Básica de Saúde: a Construção de um instrumento. **Revista Brasileira Saúde da Família**, 2011.

SCHWARTZ, T. D. et al. Estratégia Saúde da Família: avaliando o acesso ao SUS a partir da percepção dos usuários da Unidade de Saúde de Resistência, na região de São Pedro, no município de Vitória (ES). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 4, p. 2.145-2.154, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000400028>>. Acesso em: jul. 2012.

VIEIRA, L. M. S. et al. Avaliação da implantação de programa voltado para melhoria da acessibilidade e humanização do acolhimento aos usuários na rede básica: Salvador, 2005-2008. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 10, p. 131-143, 2010.

CAPÍTULO 2

O Conselho Local de Saúde: A perspectiva dos Profissionais de Estratégia Saúde da Família – ESF

Claudio Alex de Souza Sipriano¹

Francielle Rosso Mazzuchello²

Luciane Bisognin Ceretta³

Resumo

Este capítulo apresenta um estudo exploratório-descritivo de abordagem qualitativa. Objetivou identificar a perspectiva dos profissionais de uma Estratégia Saúde da Família sobre o Conselho Local de Saúde. Participaram do estudo nove profissionais. A coleta de dados contou com a observação participante e entrevistas. Os resultados indicam que os profissionais de saúde percebem o Conselho Local de Saúde como uma forma de auxílio à população-grupo em que a comunidade participa; uma ponte entre a comunidade e a unidade de saúde, e uma forma de fiscalização. Conclui-se que essas formas de compreender o Conselho Local de Saúde são propositivas para o fomento do controle social e da participação popular.

¹Mestre em Educação, pela Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Criciúma, SC, Brasil. *E-mail:* claudiocriciúma@yahoo.com.br

²Especialista em Gestão da Atenção Básica em Saúde, pela Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Criciúma, SC, Brasil. *E-mail:* francielle_rosso@hotmail.com

³Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Criciúma, SC, Brasil. *E-mail:* luk@unesc.net

Palavras-chave: Conselho Local de Saúde. Controle Social. Estratégia Saúde da Família. Participação Popular.

Introdução

Uma das maiores conquistas, após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), no que tange à Atenção Básica na Saúde, talvez tenha sido o estabelecimento da Estratégia Saúde da Família (ESF) na política pública brasileira. A ESF se originou do Programa Saúde da Família (PSF), nascido oficialmente no Brasil em 1994, advindo do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), iniciado em 1991 e disseminado a partir da segunda metade da década de 1990.

A ESF foi concebida como uma estratégia para a concretização das diretrizes e princípios do SUS, para levar a saúde às comunidades em torno da assistência básica, e também como forma de aproximação da comunidade por meio dos Conselhos Locais de Saúde e das atividades de grupos direcionados.

A lógica desse modelo de atenção em saúde é que a equipe e as famílias construam vínculos e corresponsabilidades no cuidado individual e coletivo. É um trabalho em equipe, formada, no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS).

O trabalho da ESF segue a lógica da territorialização, em que cada equipe de ESF é responsável por um número delimitado de famílias, situadas na mesma região geográfica. O ACS – de quem não é exigida formação *a priori*, apenas uma formação em serviço após sua contratação – é elo fundamental entre as pessoas da comunidade e os profissionais do serviço de saúde, possibilitando uma troca de saberes entre esse agente e a população – saber popular – e os profissionais – saber técnico/científico (MOREIRA et al., 2010).

As atividades da ESF devem ser pautadas no diagnóstico de saúde da região, e organizadas a fim de estabelecer prioridades. O conhecimento da população é essencial para a realização desse diagnóstico e respectivas prio-

ridades, a partir da ótica de que as pessoas são copartícipes de seu processo saúde-doença. As atividades são realizadas tanto nas unidades de saúde como nas visitas dos profissionais – em especial os ACSs – nas casas (SIPRIANO, 2005).

Alguns autores, como Crevelim e Peduzzi (2005), Campos e Wenhhausen (2007), identificam os profissionais das ESF como possíveis fomentadores da participação popular e do controle social.

Apesar de se concordar com os autores, estudo realizado em 2007 demonstra que os profissionais de saúde da ESF apresentam dificuldades para educar a população com vista à participação popular e ao controle social, permanecendo em suas práticas a educação vertical e patologizante (DA ROS et al., 2007).

A constatação dos autores serve de reflexão no sentido de rever as ações dos profissionais da ESF, pois entende-se que esses profissionais também deveriam fazer parte do Conselho de Saúde, concretizando a participação popular e o controle social legalmente instituído por meio da Lei 8.142/90.

Os CS são instâncias colegiadas constituídas em cada esfera de governo, ou seja, existem os Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional, de têm caráter permanente e deliberativo, que atuam segundo disposto na Lei 8.142/90, em seu artigo 1º, inciso § 2º: na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo (BRASIL, 1990).

Como regra geral, a composição dos conselhos está pautada pela participação de 50% da comunidade, visando maior participação da população no controle social sobre as políticas de saúde.

Destaca-se que, apesar de não ser citado na Lei 8.142/90, existe o Conselho Local de Saúde (CLS) que, na ordem hierarquizada, ocupa a base da pirâmide, ou seja, é o conselho que se localiza nos bairros, que, em termos de representatividade, segue a mesma lógica dos demais conselhos, e, é claro, dentro de suas especificidades.

Na realidade, esse Conselho Local nem sempre está estruturado nos bairros, ou, quando existe, nem sempre tem voz ativa na tomada de decisões na saúde, atendendo, muitas vezes, a requisitos meramente político-partidários, pois muitos assim o utilizam. Como consequência, a população, que é majoritária em sua representatividade, muitas vezes quase não tem voz e vez na tomada de decisões.

Os avanços das políticas públicas de saúde nas últimas décadas, como a criação e a institucionalização dos conselhos, leis, regulamentações e decretos sobre a participação e o controle social são de grande relevância para o setor saúde. Mas concorda-se com Wendhausen (2002, p. 48) que, ao estudar esses espaços, relata que “a mera instituição legal destes órgãos colegiados mistos parecia não garantir, de modo automático, a possibilidade de participação dos usuários nas decisões da saúde”.

Por outro lado, não podemos negar que a institucionalização dos conselhos possibilitou ao longo da história a visibilidade dos movimentos sociais e a garantia de espaços reguladores para seu exercício, o que tem contribuído para aumentar a participação popular e o controle social junto aos órgãos do governo.

Correia (2005), discutindo o tema controle social, destaca duas formas de entendê-lo. A primeira, como o controle do Estado sobre a sociedade, e a segunda, como o controle da sociedade sobre as ações do Estado.

Essa dupla concepção do controle social, entende-se estar presente na prática dos conselhos, o que pode confundir a percepção dos conselheiros sobre o que realmente venha a ser o controle social. Da mesma forma, o lócus dos conselhos pode tornar-se espaço de manutenção de relações de opressão e manipulação política de seus membros, quando é entendido o controle social como controle da sociedade pelo Estado. O correto seria entender o controle social como a prática realizada pelos conselheiros, com intuito de fiscalizar os recursos financeiros e deliberar ações junto às autoridades públicas, visando fortalecer as políticas públicas de saúde.

Outra realidade dos Conselhos de Saúde que obstaculiza o controle social é a presença do domínio da fala por parte dos técnicos, que geralmente representam o segmento do governo, e, “devido sua escolaridade acabam

tendo uma relação direta com a possibilidade de fala dentro do conselho, em determinado contexto fazem calar, ou ao contrário, fazer falar” (WENDHAUSEN; CAPONI, 2002, p. 1.623).

Essa relação de poder exercido dentro dos Conselhos de Saúde, além de inviabilizar o diálogo, estabelece um distanciamento entre os saberes dos usuários e dos profissionais de saúde, o que contribui para o fortalecimento da opressão e diminuição da participação popular e do exercício do controle social.

Neste capítulo, apontamos para a problemática de que, apesar da garantia legal da participação popular, o controle social não se efetiva, já que não há, na prática, um sistema de saúde participativo, por meio do qual a população exerça o controle social e tenha os profissionais da ESF como parceiros.

O presente estudo se propôs a identificar a perspectiva dos profissionais de uma Estratégia Saúde da Família de um bairro periférico de um município, de médio porte, do sul do Brasil, sobre o Conselho Local de Saúde.

Metodologia

O presente capítulo tem origem na pesquisa desenvolvida junto ao Curso de Pós-graduação *Lato Sensu* em Gestão da Atenção Básica em Saúde intitulada: “A perspectiva dos profissionais da Estratégia Saúde da Família de um bairro periférico do município de Criciúma-SC, sobre o Conselho Local de Saúde”, desenvolvida junto ao Programa de Pós-graduação da Universidade do Extremo Sul Catarinense – Unesc. O estudo foi de abordagem qualitativa, do tipo exploratório-descritivo. Os participantes deste estudo representam o universo de nove profissionais de saúde componentes da equipe de ESF de um bairro periférico da cidade de Criciúma – SC. No intuito de preservar a identidade dos sujeitos, foi adotada a denominação “PROFS” (forma de abreviar Profissional de Saúde), seguida de uma numeração romana de I a IX, por exemplo: PROFS I, PROFS II.

Os instrumentos de coleta de dados foram: observação simples com anotações em diário de campo e entrevista individual. Para a coleta dos dados foi utilizado um gravador de áudio. Estabeleceram-se três passos para atender a estes princípios metodológicos: **primeiro:** realização de um encontro com a gerente da ESF para apresentação da proposta; **segundo:** observação de uma reunião da equipe, visando entender como eles a organizam; **terceiro:** realização de entrevistas previamente agendadas com cada profissional. Os dados foram transcritos e posteriormente analisados segundo categorias (GOMES, 2003).

Após análise categórica dos dados provenientes das entrevistas, formularam-se as categorias, que serão apresentadas ao longo da exposição dos resultados e discussão.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unesc, sob parecer nº 317/2012, e os sujeitos da pesquisa, após serem esclarecidos sobre o processo investigativo e seus objetivos, aceitaram voluntariamente dela participar, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados/Discussão

O processo de análise dos dados permitiu que eles fossem agrupados em quatro categorias específicas, abaixo discutidas.

- Conselho Local de Saúde, uma forma de estar ajudando a população

Nesta categoria, os profissionais de saúde da ESF apontam o Conselho Local de Saúde como uma forma de estar ajudando a população conforme elucidada a fala de um entrevistado: *“Para mim seria uma forma de estar ajudando a população.”* [PROFS I].

Essa forma de compreender o CLS parece propositiva, uma vez que os profissionais de saúde são identificados como parceiros da comunidade e responsáveis por elencarem as necessidades de saúde da população, como aponta pesquisa realizada por Martins e Santos (2012, p. 205):

[...] no Conselho de Saúde aproximam-se das necessidades da comunidade tendo em vista a identificação das necessidades e a melhoria das intervenções na situação de saúde comunitária através do planejamento participativo das ações a serem realizadas pelo serviço de saúde, contribuindo dessa forma para a implementação do SUS pautada nos seus princípios.

O entendimento desse respondente sobre o Conselho Local de Saúde indica que existe alguma mobilização por parte dos profissionais em estarem fomentando a participação popular e o controle social, que, via de regra, demonstra que estão fazendo cumprir uma de suas tarefas de fomentar a construção do SUS, por intermédio da participação social.

- Grupo em que a comunidade participa

Nesta categoria, os profissionais de saúde apontam para o Conselho Local de Saúde como espaço de participação popular para discutir a situação da saúde e o andamento da Unidade de Saúde, com vista à melhoria da saúde a todos da comunidade, conforme a fala: *“O conselho é um grupo em que a comunidade participa, para discutir o que está acontecendo na saúde, o que está acontecendo na Unidade, o que seria melhor para todos da comunidade.”* [PRO-FS II].

A perspectiva do profissional vem ao encontro das bases legais do Sistema Único de Saúde no que diz respeito à participação popular, que, mediante a Lei nº 8.142/90, estabelece os Conselhos de Saúde como espaço primordial de participação popular (BRASIL, 1990).

Outra análise que pode ser feita a partir da percepção do profissional é que o CLS se consolida em um espaço dialógico, onde são discutidas as questões de saúde, o que é favorável à construção da democracia e à criação de vínculo entre profissionais de saúde e comunidade, propiciando mecanismos para a construção do empoderamento (SIPRIANO, 2012).

- Uma ponte entre comunidade e unidade de saúde

Os profissionais de saúde percebem nesta categoria o conselho como uma ponte entre a comunidade e a unidade de saúde, no sentido de saberem quais as reclamações e os elogios conforme a fala: *“[...] na verdade uma ponte*

entre a comunidade com a unidade de saúde, para saber as reclamações, os elogios, é uma ponte.” [PROFS IV].

Apesar de não encontrarmos uma fonte de discussão teórica para essa forma de conceber o CLS, a fala desse respondente indica um processo de duplo sentido. Por um lado, parece existir, por parte dos profissionais, certo receio quanto aos conselheiros que tem o poder de realizar reclamações junto ao poder público municipal, e, por outro lado, os profissionais estando junto a esses conselhos podem melhorar a forma de atendimento visando receber elogios.

- O Conselho é uma forma de estar fiscalizando

Esta última categoria aponta para uma das atribuições dos Conselheiros Locais de Saúde, que é a fiscalização do serviço, conforme aponta a fala: *“O conselho local é uma forma de estar fiscalizando se essas coisas que realmente são fornecidas e oferecidas lá fora estão sendo utilizadas na tua comunidade de forma correta [...]” [PROFS III].*

A fala do profissional de saúde traz elementos da Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que “Aprova as diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde”, e que em seu artigo XVII estabelece a fiscalização como um dos papéis do Conselho de Saúde, conforme a citação: “fiscalizar e acompanhar o desenvolvimento das ações e dos serviços de saúde e encaminhar denúncias aos respectivos órgãos de controle interno e externo, conforme legislação vigente.” (BRASIL, 2012, p. 1).

Esse entendimento indica que os profissionais de saúde têm familiaridade com as bases legais do SUS, e conhecem as atribuições dos Conselhos de Saúde, o que pode contribuir para a atuação da população junto ao conselho como mediadores do conhecimento.

Conclusão

Constatou-se que os profissionais de saúde percebem o CLS como espaço de participação popular, local que ajuda a população a resolver seus

problemas de saúde, como uma ponte entre unidade e comunidade e local que faz a fiscalização dos serviços e insumos da saúde. Entende-se que essa forma de compreender o CLS é propositiva para o fomento do controle social e da participação popular, mediante um intercâmbio entre profissionais de saúde e comunidade. Por outro lado, o processo de observação demonstrou que nas reuniões de equipe dos profissionais da ESF não são discutidas questões que envolvem o Conselho Local de Saúde. Isso indica que aqueles que acreditamos na participação popular libertadora e empoderadora, precisam se empenhar ainda muito para que o idealizado no SUS seja concretizado, e que a participação popular através do ESF seja realmente consubstanciada no controle social.

Referências

BRASIL. Congresso. **Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação popular da comunidade na Gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução 453, de 10 de maio de 2012**. Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, n. 109, p. 138, maio 2012.

CAMPOS, L.; WENDHAUSEN, A. Participação em Saúde: Concepções e Práticas de Trabalhadores de uma Equipe de Estratégia de Saúde da Família. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 271-279, abr./jun. 2007.

CORREIA, C. V. Maria. **Desafios para o Controle Social**: subsídios para capacitação de conselheiros de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

CREVELIM, A. M.; PEDUZZI, M. A participação da comunidade na equipe de saúde da família. Como estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 323-331.

DA ROS, M. A. et al. A Estratégia Saúde da Família como Objetivo de Educação em Saúde. **Saúde e Sociedade**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 57-68, jan./abr. 2007.

GOMES, R. A Análise de Dados em Pesquisa Qualitativa. In: MINAYO, C. S. Maria (Org.). **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. 22. ed. Petrópolis: Vozes, 2003. p. 67-80.

MARTINS, A. L. X.; SANTOS, S. M. R. O exercício do controle social no Sistema Único de Saúde: a ótica do enfermeiro como membro do conselho local de saúde. **Saúde e Sociedade**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 199-209, nov./dez. 2012.

MOREIRA, J. et al. Educação Permanente em Saúde: a universidade como mediação para o empoderamento. In: CONGRESO INTERNACIONAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR, 7., 2010. Havana/Cuba. **Anais...** (CD). Havana: Universidad de La Habana, 2010.

SIPRIANO, C. A. **Educação Popular**: círculos de cultura e os limites e as possibilidades de *empowerment* do conselho local de saúde. 2012. 122 f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma. 2012.

SIPRIANO, C. A. **Metodologia da Assistência de Enfermagem sobre a Ótica do OTDP**: Instrumento fundamental do processo de trabalho da enfermagem. 2005. 121 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma. 2005.

WENDHAUSEN, A. **O duplo sentido do controle social**: (des)caminhos da participação em saúde. Itajaí: Um ivali, 2002.

WENDHAUSEN, A.; CAPONI, S. O diálogo e a participação em um conselho de saúde em Santa Catarina, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, n. 6, p. 1.621-1.628, nov./dez. 2002.

CAPÍTULO 3

Alimentação Complementar em Crianças de Seis Meses a Dois Anos de Idade Residentes no Município de Criciúma – SC

Sara Cardoso da Rosa¹

Ticiania Willemann da Silva Zanette²

Ângela Martinha Bongioiolo³

Resumo

A alimentação adequada do lactente e da criança é essencial para a sua sobrevivência, crescimento e desenvolvimento. Compreende-se como objetivo deste capítulo apresentar os resultados da avaliação de hábitos alimentares de crianças de seis meses a dois anos residentes na cidade de Criciúma – SC, em sistema público e privado. A metodologia consistiu na aplicação de dois questionários, para classificação socioeconômica da ABEP de 2012 e o do Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde – Saúde da Criança: Aleitamento Materno e Alimentação Complementar de 2009. Da amostra total, 100 crianças frequentavam a Unidade Básica de Saúde (UBS) e 98 os Consultórios Particulares (CP). Da amostra, 44,4% classificou-se na classe B2. Não houve diferença no tempo de amamentação exclusiva com o tipo de atendimento. Crianças atendidas em CP apresentaram significativamente maior ingestão no dia anterior de alimentos como fruta, verdura/legume e

¹Graduanda do curso de Nutrição da Universidade do Extremo Sul Catarinense-UNESC. *E-mail:* sara-rosa92@gmail.com

²Graduanda do curso de Nutrição da Universidade do Extremo Sul Catarinense-UNESC. *E-mail:* ticiania@carbosider.com.br

³Mestre em Ciência da Saúde e docente no curso de Nutrição da Universidade do Extremo Sul Catarinense-UNESC. *E-mail:* nutangela@hotmail.com

carne, porém, o feijão foi mais consumido pelos usuários da UBS. Quanto aos hábitos não saudáveis, crianças de CP obtiveram menor frequência na ingestão de açúcar/derivados antes dos seis meses de idade, ingestão de refrigerante/suco industrializado no mês anterior à entrevista e a ingestão no dia anterior de leite engrossado com farinha/mingau. Comparando-se o tipo de atendimento, este estudo revela maior frequência de risco nutricional em crianças frequentadoras da UBS.

Palavras-chave: Alimentação complementar. Amamentação. Nutrição pediátrica.

Introdução

A alimentação adequada do lactente e da criança é essencial para a sua sobrevivência, crescimento e desenvolvimento. A Convenção dos Direitos da Criança afirma que o acesso à alimentação adequada, incluindo o apoio familiar para práticas ideais de alimentação, é um direito que deve ser garantido a cada criança, pois, quando elas não são bem nutridas sofrem de problemas de saúde, estando a desnutrição associada a mais de 50% das mortes em crianças menores de cinco anos. Ao mesmo tempo, enquanto lactentes e crianças carregam o fardo da desnutrição, um número crescente de crianças em todo o mundo apresenta sinais de obesidade, e tudo isso por práticas alimentares inadequadas (WHO; UNICEF, 2007).

O aleitamento materno não só protege o lactente de infecções gastrointestinais, respiratórias e sistêmicas durante a vigência do aleitamento através de uma proteção passiva, como também produz efeitos no longo prazo, diminuindo a incidência de infecções, alergias e outras entidades patológicas. O aleitamento tem uma significativa capacidade de diminuir a taxa de mortalidade infantil, reduzindo o risco de diarreias agudas e persistentes, septicemia neonatal, doenças respiratórias entre outros benefícios (SIMONS, 2006).

O objetivo da introdução dos alimentos complementares é o de fornecer energia, proteína, vitaminas e sais minerais quando a produção de leite

materno já não mais atende plenamente às necessidades nutricionais do lactente. Inicialmente o leite materno é complementado, até ser completamente substituído por alimentos da dieta familiar (ACCIOLY, 2005).

É comprovado que a criança nasce com preferência para o sabor doce; no entanto, a adição de açúcar é desnecessária e deve ser evitada nos dois primeiros anos de vida. A família deve ser orientada para não oferecer doces, sorvetes e refrigerantes para a criança pequena, já que o consumo de alimentos não nutritivos (ex. refrigerantes, salgadinhos, açúcar, frituras, doces, gelatinas industrializadas, refrescos em pó, temperos prontos, margarinas, achocolatados e outras guloseimas) está associado à anemia, ao excesso de peso e às alergias alimentares (BRASIL, 2009). O objetivo deste estudo foi avaliar a alimentação de transição em crianças de seis meses a dois anos de idade residentes no município de Criciúma – SC.

Metodologia

O presente estudo caracteriza-se como descritivo e transversal. A população do estudo foi composta por 198 crianças com idade entre seis meses e dois anos, sendo que 100 crianças eram atendidas em Unidade Básica de Saúde (UBS) e 98 em Consultórios Particulares (CP). Colaboraram com a pesquisa as crianças cujo responsável aceitou preencher o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Extremo Sul Catarinense – Unesc, além de responder aos questionários.

A coleta dos dados ocorreu na forma de entrevista pessoal, sendo que para a tal utilizaram-se dois questionários, o socioeconômico da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP, 2012) e a segunda parte do questionário do Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde – Saúde da Criança: Aleitamento Materno e Alimentação Complementar (2009), que engloba crianças a partir de seis meses e menores de dois anos de idade. Os dados foram coletados nos meses de dezembro de 2012 a fevereiro de 2013.

O banco de dados foi constituído em planilhas do *software* IBM *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 2.0. Os resultados das variáveis qualitativas foram expressos em frequências e percentuais e apresentados em forma de gráficos e tabelas. Os testes estatísticos foram realizados com um nível de significância $\alpha = 0,05$, sendo o qui-quadrado de Pearson de associação ou independência o teste utilizado para verificar a existência de associação entre as variáveis qualitativas tratadas.

Resultados/Discussão

Do total de 198 crianças da amostra, 100 frequentavam UBS e 98 CP. Dessas, 50,5% (n=100) estavam na faixa etária de 6 a 12 meses, 29,3% (n=58) entre 12 a 18 meses e 20,2% (n=40) de 18 a 24 meses, sendo que 53% (n=105) eram do sexo masculino e 47% (n=97) do feminino.

Quanto à classificação socioeconômica, demonstrada na Tabela 1, feita a partir da metodologia proposta pela ABEP, nenhuma família se classificou na categoria A1 e E. Com relação à amostra total, a maior prevalência encontra-se na classe B2, com 44,4% da amostra. Em CP, a maior prevalência encontrou-se na classe B2 (38,22%), seguida da classe B1 (30,38%). Nas UBS foram classificados em maior proporção na classe B2 (49%) seguida pela classe C1 (30%).

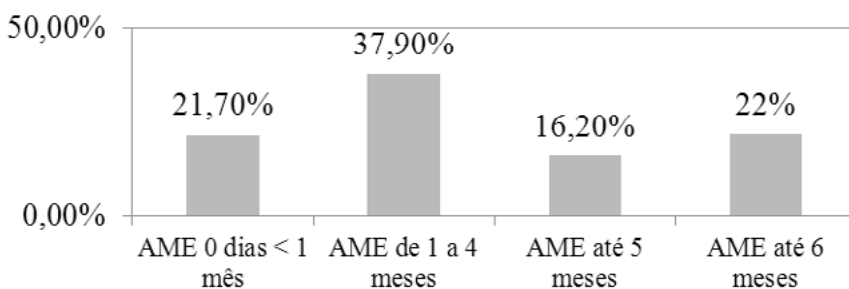
Tabela 1: Classificação socioeconômica.

Classe (Pontos)	CP	UBS	N	%
A1 (42 – 46)	0	0	0	0
A2 (35 – 41)	22	0	22	11,1
B1 (29 – 34)	31	6	37	18,7
B2 (23 – 28)	39	49	88	44,4
C1 (18 – 22)	6	30	36	18,2
C2 (14 – 17)	0	13	13	6,6
D (8 – 13)	0	2	2	1
E (0 – 7)	0	0	0	0

Fonte: Elaborada pelos autores.

Com relação ao tempo de aleitamento materno exclusivo (AME), 22% ficaram em aleitamento materno exclusivo até os seis meses, sendo 23 crianças frequentadoras de CP e 21 de UBS. Desta amostra, 21,7% nunca mamaram ou o tempo foi inferior a um mês, dos quais 21 eram de CP e 23 de UBS; 16,2% mamaram até cinco meses, sendo 16 de CP e 16 de UBS; 37,9% ficaram em amamentação exclusiva de um a quatro meses, dos quais 38 de CP e 37 de UBS. O Gráfico 1 representa a classificação do tempo de amamentação exclusivo.

Gráfico 1: Relação do tempo de aleitamento exclusivo da amostra total.



Fonte: Elaborado pelos autores.

O presente estudo não encontrou relação com o tempo de amamentação exclusiva e o estado socioeconômico das famílias, obtendo um valor do teste de qui-quadrado de Pearson de $p=0,712$, bem aquém do 0,05.

Com relação à ingestão do dia anterior de alimentos-chave para uma alimentação nutricionalmente saudável e adequada, os valores obtidos para o total da amostra foram de: 88,9% para frutas; 82,8% para carnes e vísceras; 62,6% para feijão e 79% para verduras/legumes.

Quando comparado os dois tipos de atendimento avaliados com a ingestão do dia anterior de fruta, verdura/legume, feijão e carne, foram encontrados resultados significativos ($p<0,05$) para todos os alimentos. Valores expostos na Tabela 2.

Tabela 2: Comparação da ingestão de alimento com o tipo de atendimento.

Alimento	UBS n (%)	CP n (%)	*valor – p
Fruta	84 (84,0)	92 (93,9)	0,027
Verdura/legume	68 (68,0)	87 (90,8)	< 0,001
Feijão	72 (72,0)	52 (53,0)	0,006
Carne	74 (74,0)	90 (91,8)	0,001

(*) Valores de p encontrados através do teste qui-quadrado de Pearson.

Fonte: Elaborada pelos autores.

Com relação à prática de hábitos não considerados saudáveis pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2010), os resultados obtidos neste estudo foram: 25,2% ingeriram mel/melado/açúcar/rapadura antes dos seis meses de idade; 59% relataram a ingestão de leite engrossado com farinha e/ou mingau no dia anterior; 54,5% consumiram suco industrializado ou refresco em pó e 30,8% refrigerantes, sendo a ingestão desses dois últimos referentes ao mês anterior à pesquisa. Quanto à prática de comer assistindo à televisão, 17,7% relataram esse hábito.

De todos os hábitos considerados não saudáveis o único que não obteve significância no teste de qui-quadrado de Pearson, quando comparado com o tipo de atendimento recebido, foi o ato de comer assistindo televisão ($p=0,209$). Valores significativos ($p<0,001$) foram encontrados quando avaliados hábitos como a ingestão de açúcar ou derivados antes dos seis meses de idade, a ingestão de refrigerante e suco industrializado. Para a questão de leite engrossado com farinha ou mingau, também houve significância ($p=0,002$) quando comparado o atendimento privado e público. Valores apresentados na Tabela 3.

Tabela 3: Comparação dos hábitos não saudáveis com o tipo de atendimento.

Hábitos	UBS n (%)	CP n (%)	*valor – p
Leite engrossado	70 (70,0)	47 (48,0)	0,002
Açúcares antes de 6 meses	36 (36,0)	14 (14,3)	< 0,001
Comer vendo TV	15 (15,0)	20 (20,4)	0,209
Refrigerante	47 (47,0)	14 (14,3)	< 0,001
Suco industrializado	71 (71,0)	37 (37,8)	< 0,001

(*) Valores de p encontrados através do teste qui-quadrado de Pearson.

Fonte: Elaborada pelos autores.

O presente estudo foi realizado com crianças na fase de alimentação complementar, sendo importante avaliar se essa introdução está acontecendo de forma segura e dentro do recomendado. O período de alimentação complementar caracteriza-se pela maior prevalência de doenças diarreicas que em qualquer outro período da vida, pois o lactente deixa de receber uma alimentação nutricional e microbiologicamente adequada para consumir um tipo de alimentação que pode ser insuficiente, contaminada e alergizante (ACCIOLY, 2005).

A amamentação deve ser ofertada exclusivamente até os seis meses de idade. No presente estudo, 22% (n=44) conseguiram seguir o recomendado. Dados da II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal do Ministério da Saúde (BRASIL, 2009) apontam que a probabilidade de uma criança com 180 dias estar em AME na cidade de Florianópolis, capital de Santa Catarina, é de 13,1%. Estudo realizado na mesma cidade, capital do estado, verificou a prevalência de aleitamento materno exclusivo de 28,7% (CORRÊA et al., 2009). Mesmo o presente estudo tendo encontrado valores acima da probabilidade do AME da última pesquisa nacional, apenas 1/5 da amostra está de acordo com o que propõem as recomendações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010).

Em um estudo na cidade da Acrelândia, os valores para AME encontrados foram de 9,64%, bem abaixo do presente estudo, mas de acordo com a

probabilidade de amamentação exclusiva até os seis meses para a região Norte, que é de 10,1% (GARCIA; GRANADO; CARDOSO, 2011).

A situação social atual a qual a mulher está exposta colabora com os baixos índices de AME encontrados. A amamentação parece ser um processo mais difícil para as mães que residem na área urbana, pois sofrem com as pressões do trabalho fora do lar (SALDIVA et al., 2007).

Provavelmente por esses motivos o presente estudo não tenha encontrado relação com o tempo de amamentação exclusiva e o estado socioeconômico das famílias, pois, apesar de as famílias de classes mais altas possuírem acesso facilitado a melhores instruções com relação a esse tema, as mães geralmente trabalham fora do lar e retornam às suas atividades precocemente.

Para a ingestão de carnes e miúdos, com 82,8% de prevalência, foi satisfatório do ponto de vista nutricional, já que o questionário não abrange a ingestão de ovo. As necessidades dos lactentes de ferro e zinco, a partir do sexto mês, devem ser atendidas 70% por meio da alimentação complementar. Por isso se faz fundamental que, ainda que em poucas quantidades, alimentos fontes como carnes, vísceras e ovos estejam presentes diariamente (CAETANO et al., 2010).

A partir do momento que a criança começa a receber qualquer outro tipo de alimento, a absorção do ferro do leite materno reduz significativamente, por esse motivo a introdução de carnes e vísceras (fígado, rim, coração, moela de frango, etc.), mesmo em pequena quantidade, é muito importante (CORRÊA et al., 2009).

Um estudo realizado no estado de Minas Gerais avaliou a alimentação de crianças menores de dois anos e verificou a ingestão alimentar desbalanceada, sendo o ferro o nutriente mais deficiente no primeiro ano de vida (LIMA et al., 2011).

Os resultados encontrados pela Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - PNDS 2006 aponta que de cada dez crianças, quatro não relataram o consumo diário de frutas, legumes e verduras, *in natura* ou em suco, já a ingestão de carne entre quatro e sete vezes na semana foi reportado por metade da amostra (BRASIL, 2006).

Resultado semelhante ao presente estudo, para a faixa etária de 6 a 12 meses, em relação à ingestão de fruta (86%) e feijão (53%), foi encontrado em um estudo que avaliou práticas alimentares e fatores maternos associados entre crianças dessa mesma faixa etária, de 87% e 58%, respectivamente (SALDIVA et al., 2004).

Apesar de os hábitos não recomendáveis terem sido encontrados com maior frequência nas crianças atendidas em UBS, ambas apresentam hábitos inadequados, os quais devem ser desaconselhados e modificados.

A introdução precoce de açúcar e outros (achocolatados, açúcar e/ou mel, espessantes, iogurte, bolacha e guloseimas) podem levar à obesidade, já que a introdução nessa faixa etária na qual a criança está formando seus hábitos pode levar ao maior consumo desses alimentos futuramente (SIMON; SOUZA; SOUZA, 2009).

Como recomendação do Ministério da Saúde, é desaconselhada a adição de açúcares e farinhas para crianças menores de 24 meses e recomenda que não se ofereça comida para a criança enquanto ela assiste TV (BRASIL, 2010).

Estudo americano concluiu que há introdução precoce de fórmulas infantis e alimentos, baixa oferta de alimentos fontes de ferro e zinco e elevado consumo de produtos como doces e frituras (GRUMMER-STRAWN; SCANLON; FEIN, 2008), demonstrando ser esse um problema mundial.

Conclusão

É incontestável a relevante importância do aleitamento materno e adequada alimentação complementar em crianças até dois anos de idade, a fim de que elas possam crescer e se desenvolver de forma saudável, evitando deficiências nutricionais e diversas doenças.

O presente estudo encontrou resultados satisfatórios para a oferta de alimentos-chave, como frutas, verduras e carnes, que garantem a oferta de nutrientes essenciais à saúde da criança. Esses valores são condizentes com a realidade do sul do País.

Levando-se em consideração que o Brasil atualmente passa por um processo de transição nutricional, no qual houve a diminuição da incidência de desnutrição e aumento do sobrepeso e obesidade, é preocupante o número de famílias que apresentam hábitos alimentares inadequados quanto à alimentação das crianças, como engrossar o leite com farinha, ofertar açúcar/mel/melado antes dos seis meses, permitir a ingestão alimentar da criança em frente à televisão, e oferecer produtos industrializados artificiais e refrigerantes.

Quando se compara o tipo de atendimento recebido pelas crianças – Unidade Básica de Saúde (UBS) ou Consultório Particular (CP) – o presente estudo revela que as crianças frequentadoras de UBS se encontram em risco nutricional com maior frequência. O tipo de atendimento pressupõe a classe social da população, sendo assim, pode-se dizer que o risco nutricional pode estar relacionado à informação inadequada e também à falta de acesso a alimentos fundamentais.

Este estudo ressalta a necessidade da atuação dos profissionais da saúde na promoção da amamentação e da alimentação complementar adequada e saudável na atenção primária à saúde, a fim de prevenir agravos nutricionais, como a desnutrição, obesidade e sobrepeso e a deficiência de micronutrientes. A atenção às políticas públicas para a capacitação desses profissionais é de grande importância para que o princípio da equidade seja atingido e efetivo na promoção da saúde da população. O Ministério da Saúde ainda complementa dizendo que, apesar de ser atribuição dos profissionais de saúde, a promoção da informação para a alimentação saudável efetiva vai depender também das políticas públicas e da participação de toda a sociedade civil (BRASIL, 2009).

Agradecimentos

Agradecimentos aos responsáveis pelas crianças pesquisadas pela colaboração na disponibilização de informações. A Débora Berti, nutricionista da Secretaria de Saúde de Criciúma e em nome dela estendemos nossos agradecimentos aos médicos pediatras de consultórios particulares. Aos professores que colaboraram com a elaboração desta pesquisa, em especial ao Marco Antônio e Kristian Madeira.

Referências

ACCIOLY, E. **Nutrição em obstetrícia e pediatria**. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2005. 540 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CEBRAP). **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf>. Acesso em: 03 abr. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Dez passos para uma alimentação**: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na atenção básica. 2. ed. Brasília, DF, 2010. Disponível em: <http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/enpacs_10passos.pdf>. Acesso em: 13 set. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança**: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília, DF, 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_nutricao_aleitamento_alimentacao.pdf>. Acesso em: 13 set. 2012.

CAETANO, M. C. et al. Alimentação complementar: práticas inadequadas em lactantes. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0021-75572010000300006&script=sci_arttext>. Acesso em: 26 set. 2012.

CORRÊA, E. N. et al. Alimentação complementar e características maternas de crianças menores de dois anos de idade em Florianópolis (SC). **Revista Paulista de Pediatria**. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpp/v27n3/05.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2012.

GARCIA, M. T.; GRANADO, F. S.; CARDOSO, M. A. Alimentação complementar e estado nutricional de crianças menores de dois anos atendidas no Programa Saúde da Família em Acrelândia – Acre, Amazônia Ocidental Brasileira. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2011000200012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 maio 2013.

GRUMMER-STRAWN, L. M.; SCANLON, K. S.; FEIN, S. B. Infant Feeding and feeding transitions during the first year of life. **Pediatrics**, 2008. Disponível

em: <http://pediatrics.aappublications.org/content/122/Supplement_2/S36.full>. Acesso em: 27 fev. 2013.

LIMA, D. B. et al. Prática alimentar nos dois primeiros anos de vida. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342011000800012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 maio 2013.

SALDIVA, S. R. D. M. et al. Prevalence of obesity in preschool children from five towns in São Paulo State, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext &pid=S0102311X2004000600021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 fev. 2013.

SALDIVA, S. R. D. M. et al. Feeding habits of children aged 6 to 12 months and associated maternal factors. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, 2007.

SIMON, V. G. N.; SOUZA, J. M. P.; SOUZA, S. B. Aleitamento materno, alimentação complementar, sobrepeso e obesidade em pré-escolares. **Revista de Saúde Pública**, 2009.

SIMONS, D. A. Alimentos Complementares ao Desmame: Quais, quando e como introduzi-los? In: REGO J. D. (ed.). **Aleitamento Materno**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2006. 356 p.

WHO (World Health Organization); UNICEF (The United Nations Children's Fund). Department of Child and Adolescent Health and Development. **Planning guide for national implementation of the Global Strategy for Infant and Young Child Feeding**. 2007. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595193_eng.pdf>. Acesso em: 25 set. 2012.

CAPÍTULO 4

Tipos de Violência em Mulheres durante o Período Gestacional

Diane Furtado dos Santos Trescher¹

Elisiane Nogueira Costa²

Luize Alves Romancini³

Mágada Tessman Schwalm⁴

Cecília Marly Spiazzi dos Santos⁵

Resumo

A abordagem no estudo apresentado neste capítulo foi de natureza qualitativa, tendo como objetivo central identificar os principais tipos de violência contra mulheres no período gestacional, no município de Criciúma-SC no ano de 2012, buscando compreender suas convivências familiar, social e individual. Fizeram parte da pesquisa 66 mulheres que foram notificadas com algum tipo de violência durante a gestação. Para facilitar a leitura e a análise dos resultados, os dados foram agrupados por variáveis. A primeira identificou as características sociodemográficas por faixa etária, raça e escolaridade; a segunda apontou os tipos de violências como negligência, agressão física,

¹ Acadêmica de Enfermagem. Aluna do Curso de Enfermagem da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Criciúma. SC, Brasil. *E-mail:* dianeshow7@hotmail.com

² Acadêmica de Enfermagem. Aluna do Curso de Enfermagem da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Criciúma. SC, Brasil. *E-mail:* elisianenogueira@hotmail.com

³ Acadêmica de Enfermagem. Aluna do Curso de Enfermagem da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Criciúma. SC, Brasil. *E-mail:* luize-romancini@hotmail.com

⁴ Enfermeira. Professora Mestre do Curso de Enfermagem da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Criciúma. SC, Brasil. *E-mail:* enfermagem@unesc.net

⁵ Enfermeira. Professora Mestre do Curso de Enfermagem da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Criciúma. SC, Brasil. *E-mail:* marly@unesc.net

sexual, psicológica, relacionada ao trabalho e outras não especificadas; a terceira e última variável analisada abordou as consequências dessas violências que resultaram em tentativas de suicídio e aborto. A violência contra a mulher grávida é considerada um grave problema de saúde pública, pois oferece risco materno-fetal, devendo-se investir na proteção da gestante e no estímulo à notificação dos casos.

Palavras-chave: Violência no período gestacional. Risco Materno-fetal. Assistência de Enfermagem.

Introdução

A violência contra a mulher no período gestacional é considerada um grave problema de saúde pública, devido ao alto risco de vida que ambos correm em consequência das agressões. A violência na gestação relaciona-se a um padrão muito grave, possivelmente mais frequente do que agravos habitualmente rastreados durante o pré-natal, como o diabetes e a hipertensão arterial (MCFARLANE et al., 2002).

A Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres tem por finalidade estabelecer conceitos, princípios, diretrizes e ações de prevenção e combate à violência contra as mulheres, assim como de assistência e garantia de direitos às mulheres em situação de violência, conforme normas e instrumentos internacionais de direitos humanos e legislação nacional (BRASIL, 2011).

Este estudo pretende apresentar os resultados de dados coletados do NUPREVIPS (Núcleo de Prevenção Violências Promoção Saúde) que identificam as principais situações de violência contra a mulher no período gestacional e analisar as características sociodemográficas dessa população.

Este estudo ressalta também como os profissionais de saúde devem proceder no combate à violência, considerando que a violência contra a mulher pode estar presente nos diferentes âmbitos de sua vida, com repercussões

em sua saúde e, dependendo da fase em que se encontra, na saúde de seus descendentes. Nesta perspectiva, a violência está presente até mesmo em um período da vida da mulher em que seu bem-estar deveria ser especialmente assegurado: a gestação. As consequências da violência no ciclo gravídico têm associação com numerosos danos à saúde da mãe e da criança, incluindo mais problemas de saúde durante a gravidez, maior probabilidade de trabalho de parto pré-termo, início mais tardio do pré-natal, baixo peso ao nascer, maior utilização dos recursos de assistência à saúde e uso de medicamentos no pré-natal.

Práticas violentas durante a gravidez podem afetar mulheres de diferentes condições sociais, econômicas e demográficas. Não há, pois, imunidade para o abuso durante a gravidez. Isso significa que muitas mulheres podem estar vulneráveis a ela durante esse período (BRASIL, 2013).

A violência durante a gravidez pode resultar em significativas repercussões para o bebê, gerando agravos à sua saúde. Entre esses fatores, início tardio da atenção pré-natal, riscos obstétricos que incluem os sangramentos, abortamentos, partos prematuros e os fatores emocionais que dificultam a possibilidade da mulher em cuidar de si própria e do bebê, expressado, principalmente, nas alterações de humor como os estados depressivos, a ansiedade e a baixa autoestima (MONTEIRO; VELOSO; MONTEIRO, 2009).

A violência é um dos principais problemas de saúde pública em diversos países do mundo. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a violência como o uso intencional de força física ou poder, por meio de ameaça ou de fato praticado contra si próprio, outra pessoa e contra um grupo ou comunidade que resulta ou tenha grande capacidade de resultar em ferimento, morte, dano psicológico e prejuízo no desenvolvimento ou privação (KRUG et al., 2002). Diante desse complexo fenômeno da violência presente no espaço social, encontra-se a violência contra a mulher. Esta é uma expressão cunhada pelo movimento social feminista, cujo termo diz respeito, de modo geral, a sofrimentos e agressões que estão tradicional e profundamente arraigados na vida social, percebidos como situações normais, quando estes forem dirigidos especificamente às mulheres pelo fato de serem mulheres (D'OLIVEIRA, 2000).

O fenômeno expressa-se, sobretudo, por meio da violência sexual, física e psicológica, constituindo-se em um dos principais motivos que afeta a integridade biopsicossocial da mulher. Os atos sofridos pelas mulheres, na maioria das vezes, são praticados dentro da própria família por pessoas íntimas, particularmente, no âmbito doméstico. Estudos confirmam que as mulheres possuem maior risco de violência em relações com familiares e pessoas próximas que com estranhos, e, na maioria das vezes, o agressor tem sido o próprio cônjuge ou o parceiro (MCFARLANE et al., 2002).

Metodologia

A abordagem metodológica adotada para este estudo será qualitativa, uma vez que a pesquisa pretende aprofundar-se nas questões referentes aos tipos de violência a que as gestantes foram vítimas, buscando compreendê-las, além de também conhecer como é sua convivência familiar, social e individual.

Este estudo foi realizado no município de Criciúma-SC, no período de janeiro a dezembro do ano de 2012, fazendo parte da pesquisa todas as mulheres que sofreram algum tipo de violência no período gestacional.

Os dados foram analisados após apreciação e aprovação do Comitê de Ética da instituição em estudo. A pesquisa teve como base os dados obtidos no programa Tabnet, disponível no site do DATASUS, alimentado pelo Núcleo de Prevenção Violências Promoção Saúde (NUPREVIPS) de Criciúma - SC, através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), os quais foram inseridos no banco de dados do Excel®, considerando os tipos de violências, bem como os dados para traçar o perfil das gestantes. Por serem informações públicas disponíveis para consulta livre *online*, julga-se desnecessário o Termo de Consentimento Livre Esclarecido em consideração à manutenção do anonimato dos envolvidos e à não especificação do endereço no município envolvido. O compromisso com os aspectos éticos consistiu na citação da base de dados consultada.

Resultados e Discussão

A referente pesquisa teve como objetivo conhecer os principais tipos de violências a mulheres no período gestacional, bem como analisar as características sociodemográficas e as principais consequências causadas pela violência. O universo de sujeitos pesquisados conta com 66 mulheres violentadas durante a gestação no município de Criciúma – SC, nos meses de janeiro a dezembro do ano de 2012.

Para facilitar a leitura e a análise de resultados, os dados foram agrupados da seguinte forma: na primeira variável, identificação por faixa etária, raça e escolaridade; na segunda variável, abordam-se os tipos de violências no período gestacional; e, na terceira, as principais consequências dessa violência.

O maior número de casos notificados de mulheres no período gestacional está na faixa etária de 20 a 34 anos, perfazendo um total de (42,4%), seguido da faixa de 15 a 19 anos (31,8%), de 10 a 14 anos (18,2%), e a menor incidência na faixa etária de 35 a 49 anos (7,6%).

Quanto à raça, observou-se maior prevalência na raça branca (74,2%), seguida da raça negra (12,1%) e após a raça parda com (9,1%); outras raças totalizavam 4,6%.

Quanto ao grau de escolaridade, 44 (66,7%) dessas mulheres possuíam o ensino fundamental, seguido do ensino médio com 16 (24,2%) mulheres, quatro (6,1%) o grau de instrução foi ignorado, e apenas duas (3,0%) possuíam o ensino superior.

Os dados coletados mostram que o maior número de casos de violência na gestação por faixa etária é condizentes com o principal período de reprodução da mulher.

Em relação à raça, encontrou-se o maior número em mulheres de cor branca, porém deve-se considerar que este estudo foi realizado em uma localidade na qual predomina a cor branca na população, podendo assim ter influenciado o resultado da pesquisa.

De acordo com Silva et al. (2011), o baixo nível de escolaridade pode estar relacionado a fatos que diminuam a probabilidade de essas ges-

tantes conhecerem seus direitos, o que justificaria o grau de escolaridade ter apresentado um alto índice de mulheres com apenas o ensino fundamental.

A segunda variável aborda os tipos de violência no período gestacional. A pesquisa apontou para um grande índice de violência por negligência, somando um total de 42 (63,7%) mulheres. Para Medina (2008), a negligência também é apontada como uma forma de violência intrafamiliar, podendo constituir agravantes para a saúde materno-fetal. Em seguida, constatou-se a violência física, sofrida por 13 (19,7%) mulheres. A violência sexual foi o caso de quatro (6,1%) mulheres, a violência psicológica de uma (1,5%) mulher, a relacionada ao trabalho uma (1,5%) mulher, e em 12 (18,2%) casos a violência não foi especificada. Segundo Schraiber (2003), no Brasil, a violência psicológica é caracterizada por insulto, humilhação, intimidação e ameaça; violência física, quando há tapa, empurrão, soco, chute, estrangulamento ou ameaça com arma de fogo; e sexual, quando há relato de relação sexual forçada ou por medo e prática forçada de algum tipo de relação sexual não desejada.

A terceira variável aponta as principais consequências da violência no período gestacional. São elas: tentativa de suicídio em 20 (30,3%) gestantes e cinco (7,6%) resultaram em aborto. Segundo Day, Telles e Zoratto (2003), o impacto de diferentes tipos de violência e de múltiplos eventos dessa natureza por longo tempo parece tornar-se cumulativo em alguns casos, podendo levar a vítima ao suicídio. Estudos revelados pelo Informe Mundial sobre a Violência e a Saúde, entre as consequências, encontram-se abortos, parto e nascimento prematuro, baixo peso ao nascer e até morte materna e fetal (OMS, 2002).

O enfermeiro pode intervir na questão da violência contra a mulher, ao identificar o problema, acolher e apoiar as usuárias, acompanhando esses casos ao longo do tempo. No entanto, a resolução do problema não lhe compete exclusivamente. É fundamental que a rede intersetorial se organize de forma a garantir que as mulheres tenham reconhecidos seus direitos de cidadania. Em casos de suspeita ou de comprovação da violência, o profissional de saúde deve avaliar as situações de risco juntamente com a gestante violentada, pois é preciso analisar as situações de vulnerabilidade, com o objetivo de elaborar estratégias preventivas.

Deve-se observar a história de violência da pessoa agredida, e a descrição dos atos de violência. O enfermeiro também deve estar atento à repetição ou agravamento, com o objetivo de promover a prevenção de novas agressões. No caso específico de violência por negligência, é necessário alertar a gestante quanto a medidas de proteção e orientar condutas que evitem maiores danos.

À enfermagem cumpre a tarefa de notificar os casos de violência contra mulheres que são identificados durante o atendimento profissional, junto aos órgãos competentes, bem como avaliar a necessidade de acompanhamento e proteção para ela e ao feto, e, se necessário, encaminhá-la a casas de abrigo, promovendo a proteção da mulher gestante.

Conclusão

Salienta-se que os serviços de saúde tem a função de acompanhar a mulher durante o período gestacional, garantindo a ela o apoio necessário para a realização do pré-natal eficaz e assim evitar riscos à saúde materno-fetal. Avaliando os riscos, observou-se a necessidade de elaborar estratégias preventivas de atuação, ressaltando a importância de uma assistência integral realizada pelos profissionais de enfermagem, promovendo um acolhimento mais digno e conquistando a confiança das mulheres, provendo assim um rastreamento eficaz sobre a violência.

Para tal rastreamento, necessita-se conscientizar os profissionais de enfermagem quanto à importância de realizar as notificações junto aos órgãos competentes, a fim de revelarem os tipos de violência sofrida por essas mulheres que, de certa forma, continua sendo um público invisível aos serviços de saúde. Para proporcionar um atendimento integral e com qualidade, deve-se investir na proteção à gestante e no estímulo à notificação, sendo necessário pensar em educação continuada e qualificação dos profissionais da enfermagem.

Referências

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Centro de Referência Especializado em Assistência Social**. 2013. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/protECAoespecial/creas>>. Acesso em: 20 jun. 2013.

BRASIL. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Secretaria de Políticas para as Mulheres – Presidência da República. Brasília, DF, 2011. Disponível em: <<http://spm.gov.br/publicacoes-teste/publicacoes/2011/politica-nacional>>. Acesso em: 06 nov. 2013.

DAY, V. P.; TELLES, L. E. B.; ZORATTO, P. H. Violência doméstica e suas diferentes manifestações. **Revista de Psiquiatria**, Porto Alegre, v. 1, n. 25, p. 9-21, maio 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rprs/v25s1/a03v25s1>>. Acesso em: 06 nov. 2013.

D'OLIVEIRA, A. F. P. L. **Violência de gênero, necessidades de saúde e uso de serviços de atenção primária**. 2000. 286 f. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) - Curso de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000. Disponível em: <www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/.../AnaFlaviaDOliveira.pdf>. Acesso em: 06 nov. 2013.

ENCONTRO LATINO-AMERICANO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, XV, Paraíba. **Violência Conjugal**: Estudo com mulheres no período gestacional. Campina Grande, 2011. Disponível em: <http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2011/anais/arquivos/RE_0578_0732_01.pdf>. Acesso em: 06 nov. 2013.

KRUG, E. G. et al. **World report in violence and health**. Geneva: World Health Organization, 2002.

MCFARLANE, J. et al. Abuse during pregnancy and femicide: urgent implications for women's health. **Obstetrics & Gynecology**, Texas, v. 100, n. 1, p. 27-36, 2002.

MEDINA, A. B. C.; PENNA, L. H. G. A percepção de enfermeiras obstétricas acerca da violência intrafamiliar em mulheres grávidas. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 3, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n3/a07v17n3.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2013.

MONTEIRO, C. F. S.; VELOSO, L. U. P.; MONTEIRO, M. S. S. Qualificação da Atenção e dos Recursos Humanos de Enfermagem em Saúde da Mulher e do Recém-nascido: um risco duplo. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM

OBSTÉTRICA E NEONATAL, 7., 2009. Teresina. **Violência contra mulher durante a gravidez**: um risco duplo. Piauí, p. 1-8, 2009. Disponível em: <<http://abenfopi.com.br/vicobeon/MREDONDAS/cfsm.pdf>>. Acesso em: 06 nov. 2013.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). **Informe mundial sobre la violencia y la salud**: resumen. (Publicado em espanhol pela Organização Panamericana de Saúde - OPS), Washington (USA), 2002. Disponível em: <http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_es.pdf>. Acesso em: 06 nov. 2013.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; COUTO, M. T. Violência e saúde: estudos científicos recentes. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, número especial, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40nspe/30630.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2013.

CAPÍTULO 5

Construção do Protocolo Multiprofissional em Saúde Pública na Atenção ao Diabético: Relato de Experiência da Enfermagem

Claudio Alex de Souza Sipriano¹

Mariana Sifroni Farias²

Francielle Rosso Mazzuchello³

Liliana Maria Dimer⁴

Ioná Viera Bez Birolo⁵

Silvio Ávila Junior⁶

Luciane Bisognin Ceretta⁷

Resumo

Este capítulo apresenta um estudo exploratório-descritivo de abordagem qualitativa, aos moldes da pesquisa bibliográfica, e norteado por Rodas

¹Mestre em Educação pela Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Criciúma, SC, Brasil. *E-mail:* claudiocriciuma@yahoo.com.br

²Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, Florianópolis, SC, Brasil. *E-mail:* marisifroni@gmail.com

³Especialista em Gestão da Atenção Básica em Saúde, pela Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Criciúma, SC, Brasil. *E-mail:* francielle_rosso@hotmail.com

⁴Especialista em Saúde da Família pela Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL, Araranguá, SC, Brasil. *E-mail:* liliana_dimer@hotmail.com

⁵Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, Florianópolis, SC, Brasil. *E-mail:* ionavieira71@hotmail.com

⁶Doutor em Fármaco Medicamento e Análises Clínicas pela Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil. *E-mail:* saj@unesc.net

⁷Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Criciúma, SC, Brasil. *E-mail:* luk@unesc.net

de Discussão Coletiva. Teve como objetivo a criação de um Protocolo Multidisciplinar em Atenção ao Diabético, como atividade curricular do Curso de Residência Multidisciplinar em Saúde Pública da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), do município de Criciúma – SC. Participaram do estudo o universo de 20 residentes das seguintes áreas: Enfermagem, Nutrição, Educação Física, Odontologia, Psicologia, Farmácia e Fisioterapia. A aprendizagem provinda na construção deste protocolo direciona a pensar novas formas de realizar a gestão no contexto da saúde pública, uma vez que um dos nós críticos, no que tange à gestão, é a falta de Protocolos de Atendimento.

Palavras-chave: Multiprofissional. Protocolo. Saúde pública.

Introdução

A elaboração de protocolos de atendimentos no contexto da saúde pública traz elementos que organizam o processo de trabalho e facilitam a tarefa multiprofissional na atenção à saúde individual ou de grupos específicos, sendo um excelente instrumento de gestão, com foco na diminuição da demanda reprimida e nos fluxos desordenados dos diversos serviços de saúde. A elaboração de protocolos no contexto da Atenção Básica em Saúde fortalece o trabalho multidisciplinar e ordena os fluxos de atendimento, principalmente quando se trata de doenças crônicas como o diabetes (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).

Como características epidemiológica e socioeconômica do diabetes encontram-se a alta mortalidade e os dispêndios financeiros associados às suas complicações, para o paciente e ao erário. Os adultos com diabetes apresentam taxas de mortalidade anual de 5,4%, o dobro da taxa dos demais adultos, e sua expectativa de vida é menor em cerca de 5 a 10 anos (CANANI; SCHMIDT; DUNCAN, 2006).

O *Diabetes Mellitus* (DM) é uma das principais patologias que acometem a população brasileira no contexto da saúde pública, e é responsável pela maioria das internações hospitalares, principalmente dos pacientes que utilizam insulina (BRASIL, 2006a).

Para os pacientes que utilizam insulina, o Automonitoramento Glicêmico Capilar (AMGC) ou glicemia “de ponta de dedo” é uma das recomendações da American Association of Diabetes Educators (AAED) para o autocuidado, e uma das ações mais importantes dentro do tratamento da doença (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2007).

O AMGC dos pacientes diabéticos que utilizam insulina no Brasil é garantido por lei, e efetuado mediante o Programa de Automonitoramento Glicêmico Capilar (PAMGC) que segue as exigências legais da Lei Federal nº 11.347, de 27 de setembro de 2006, que, dispõe sobre a distribuição gratuita de fármacos e os insumos necessários para aplicação da insulina e monitoramento da glicemia capilar (BRASIL, 2006b).

O PMAGC do município de Criciúma funciona no *campus* da UNESCO desde 2009 e atende às exigências da Lei Federal supracitada e aos requisitos da Portaria nº 2.583, de 10 de outubro de 2007, que “Define o elenco de medicamentos e insumos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde, nos termos, aos usuários portadores de diabetes mellitus” (BRASIL, 2007).

O PAMGC do município de Criciúma tem como objetivos: realizar cuidados de assistência e educativos integrais ao portador de diabetes insulino-dependente; fornecer os medicamentos necessários para a manutenção da vida, no caso as insulinas NPH e Regular, e fornecer os insumos necessários para o Automonitoramento Glicêmico Capilar, a saber: glicosímetro, glicofitas, seringas e agulhas para aplicações das insulinas (PREFEITURA MUNICIPAL DE CRICIÚMA, 2009).

Visando a contemplar a atenção em saúde acolhedora, humanizada e com fluxos multiprofissionais preestabelecidos aos pacientes diabéticos atendidos no PAMGC do município de Criciúma, os residentes da UNESCO de Enfermagem, Nutrição, Fisioterapia, Educação Física, Psicologia, Odontologia e Farmácia criaram um Protocolo Multiprofissional.

Assim, este capítulo tem como objetivo relatar a experiência dos residentes de enfermagem da Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), na construção de um Protocolo Multiprofissional em Saúde na atenção aos diabéticos que utilizam insulina, vinculados ao Programa de Automonitoramento Glicêmico Capilar do Município de Criciúma, Santa Catarina.

Metodologia

O estudo foi de abordagem qualitativa (MINAYO, 2010), do tipo exploratório-descritivo (CERVO; BERVIAN; SILVA, 2007), configurado aos moldes da pesquisa bibliográfica (MINAYO, 2010) e estruturado a partir de Roda de Discussão Coletiva (SIPRIANO, 2005). A presente pesquisa originou-se de uma atividade curricular, do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva, junto à UNESC, realizada durante os meses de abril e maio de 2013.

Os materiais de revisão bibliográfica foram elencados durante a segunda quinzena do mês de abril, mediante levantamento em banco de dados como: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (IBICT), sendo localizados 18 artigos científicos, três teses e duas dissertações sobre o tema DM, na área da enfermagem. Além destes materiais, foram consultados o Caderno de Atenção Básica nº 16 do Ministério da Saúde, que discorre sobre o DM; a Instrução Normativa de Enfermagem do Atendimento ao Diabético de Criciúma; e o Manual de Criação de Protocolo do Estado de Minas Gerais.

Outro instrumento utilizado na elaboração do protocolo foi a observação simples. Observamos por dois dias (5 e 6 de maio de 2013) o atendimento aos pacientes diabéticos na Clínica de Enfermagem onde funciona o PAMGC, e no dia 7 de maio de 2013, reconhecemos as Clínicas Integradas da UNESC onde são realizados os atendimentos multiprofissionais aos pacientes.

Quanto às Rodas de Discussão Coletiva, foram realizados seis encontros durante o mês de maio de 2013, com a participação de 20 residentes e o tutor; na última roda também estiveram presente sete coordenadores de Cursos de Saúde da UNESC, a coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva da UNESC e a Enfermeira responsável pelo PAMGC de Criciúma-SC.

Apresentamos a seguir os principais resultados e discussão da atuação da área de enfermagem na participação e construção do protocolo.

Resultados/Discussão

Os protocolos de atendimentos surgem no contexto da saúde como importantes instrumentos que auxiliam a reorganização e a padronização das tarefas do cuidar da enfermagem, facilitando o enfrentamento dos diversos problemas de cunho assistencial e da gestão na rede de atenção à saúde pública (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).

O protocolo é considerado uma ferramenta indispensável no âmbito da saúde pública, e tem como objetivo orientar as ações de cuidado do profissional de enfermagem e das diversas profissões da saúde, mediante fluxos pré-definidos de atendimentos dentro de uma rede de serviços de atenção à saúde. Essa rede implicitamente comporta, em suas nuances práticas e filosóficas, as competências profissionais, singularidades no cuidado e responsabilidades dos profissionais e do usuário, o que implica a relevância da construção de protocolos multiprofissionais, os quais se tornam um grande instrumento para a superação do modelo de atendimento fragmentado que ainda vivenciamos (BORIAN; ROCHA, 2006).

Desafiados pela crítica ao modelo fragmentado de cuidado, e reportando-se ao cenário brasileiro, observamos a falta de protocolos multiprofissionais na atenção às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), que vêm ocupando lugar de destaque por sua crescente morbimortalidade, como é o caso do diabetes mellitus. Talvez o que justifique a crescente onda de DCNT esteja intimamente ligado ao modo como vem sendo realizado o cuidado da enfermagem, pois tal questão é geralmente pautada pela fragmentação do sujeito e focada em sistemas corporais.

Sendo o diabetes *mellitus* uma doença crônica e onerosa ao erário e considerando a diversificação da demanda de cuidados de enfermagem que esses pacientes necessitam em decorrência das suas complicações, acreditamos que a participação da enfermagem na construção do protocolo multidisciplinar contribui para a assistência integral ao paciente diabético, e possibilita a aproximação do princípio da integralidade preconizado pelo Sistema Único de Saúde e na formação dos profissionais de enfermagem (CANANI; SCHMITD; DUNCAN, 2006).

A experiência na criação do protocolo pautado nos princípios do SUS possibilitou a padronização e a reprodutibilidade do cuidado de enfermagem oferecido aos pacientes, permitindo melhor avaliação do serviço, além de estabelecer fluxos de atendimento multiprofissional. Permitiu ainda trabalhar na perspectiva da clínica ampliada, que tem como foco as trocas de experiência entre profissionais de diversas áreas e a prestação de cuidados voltados à integralidade da assistência, interdisciplinaridade da atenção e a coparticipação do sujeito cuidado.

A vivência da enfermagem em trabalhar para a construção de uma prática interdisciplinar remeteu a uma aproximação entre os atores envolvidos, no qual o diálogo foi a mola propulsora de aproximação entre os profissionais de enfermagem e as demais áreas que participaram da elaboração do protocolo, pois entende-se que o conhecimento só ganha importância e significado quando compartilhado e trabalhado no conjunto totalitário do cuidado multidisciplinar. É importante enfatizar que o conhecimento fragmentado predispõe a obstáculos da proposta de integralidade, e remete os profissionais da enfermagem à lógica mecanicista do trabalho baseado em fragmentos corporais do sujeito (MAZZUCHELLO et al., 2012).

Neste sentido, o trabalho em equipe constitui-se uma prática em que a comunicação entre os profissionais envolvidos deve estar inclusa no cotidiano laboral, possibilitando aos atores envolvidos construir intervenções por meio da ação dialógica (ARAÚJO; ROCHA, 2007).

Compreende-se que mais do que uma atividade curricular, a construção do protocolo multiprofissional mediado pela ação dialógica e com vistas à integralidade no cuidado aos pacientes diabéticos fortaleceu

a assistência de qualidade, o acolhimento humanizado, melhor qualidade de vida, e ainda possibilitou aos sujeitos melhor enfrentamento do processo saúde/doença, contribuindo para o seu autocuidado e bem-estar.

Neste contexto, os profissionais de enfermagem devem partir do pressuposto de que as mudanças na atenção ganham maior efetividade quando produzidas pela afirmação da autonomia dos sujeitos envolvidos, que devem pactuar entre si responsabilidades no processo de cuidar (BRASIL, 2009).

Uma das experiências que a enfermagem abstraiu com a criação do protocolo foi o desafio do trabalho multiprofissional e o pensar no cuidado à saúde proativamente em relação à complementaridade e à interdependência entre as diferentes profissões.

A atuação multiprofissional em saúde no Brasil vem mostrando sua importância através de projetos e programas que visam atender e trabalhar a saúde sob a ótica da integralidade com orientação para a comunidade. A participação da enfermagem, sob a ótica de uma conjuntura estruturada baseada na multiprofissionalidade, elicia a mudança do modelo de saúde tradicional, onde cada profissional atende de acordo com área corporal que apresenta dor, ficando o sujeito restrito de informações e conhecimentos específicos de outras áreas, e sua voz e vez fica à mercê do acaso nesse modelo.

No trabalho multiprofissional, a ação transdisciplinar apresenta-se como uma forma promissora de atendimento na área da saúde. Ou seja, o paciente terá o atendimento caracterizado pela justaposição de várias disciplinas em torno do mesmo problema ou agravo de saúde, dada a complexidade dos fatores envolvidos na monitoração do paciente diabético. Neste contexto, a formação de uma equipe transdisciplinar pode ser fundamental para assegurar a atenção adequada em saúde.

Com o trabalho multiprofissional dentro do PAMGC, tem-se ampliado as intervenções além do âmbito individual e meramente clínico, o qual demanda mudanças na forma de atuação e organização do trabalho, fazendo com que cada profissional desempenhe suas atribuições profissionais dentro de um processo de trabalho coletivo e ininterrupto, cujo produto final versa atender às necessidades do sujeito cuidado (BRASIL, 2001).

Considerando também o fato de que as necessidades de saúde expressam múltiplas dimensões e demandam ações que muitas vezes não podem ser realizadas isoladamente por um único profissional, ocorre então a necessidade de recomposição dos trabalhos especializados tanto dentro de uma mesma área profissional como na relação interprofissional (SCHRAIBER et al., 1999).

Adstrito ao trabalho multiprofissional existem várias formas de relacionamento, sendo que as relações profissionais se dão por meio de diferentes ações disciplinares, podendo ser divididas em níveis de agrupamento: o primeiro nível é o *multidisciplinar* com várias disciplinas sendo propostas simultaneamente, contudo, sem deixar transparecer diretamente as relações que podem existir entre elas (IRIBARRY, 2002).

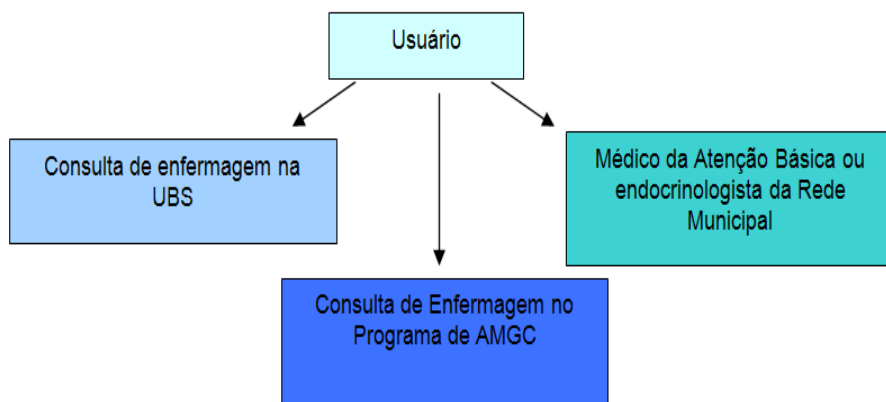
O segundo nível é a *pluridisciplinaridade*, que se relaciona à justaposição de várias disciplinas situadas geralmente no mesmo nível hierárquico e agrupadas de modo que evidenciem as relações existentes entre elas; há cooperação, contudo, sem coordenação.

Na *interdisciplinaridade* – o terceiro nível – é comum um grupo de disciplinas conexas e definidas em um nível hierárquico imediatamente superior – o que introduz a noção de finalidade – em que há dois níveis e objetivos múltiplos com a coordenação advinda de nível superior. Já na *transdisciplinaridade*, a coordenação de todas as disciplinas e interdisciplinas centra-se em um sistema de níveis e objetivos múltiplos, com sistemas comuns (IRIBARRY, 2002).

A proposta da construção de um protocolo multiprofissional localiza-se na *perspectiva transdisciplinar*, e o objetivo geral é promover o desenvolvimento de atributos profissionais que possibilitem o exercício com excelência nas áreas de cuidado integral à saúde dos insulínodépendentes do PAMGC.

No que tange às mudanças específicas do fluxo de atendimento da enfermagem dentro do protocolo, destacamos o caráter transdisciplinar construído, pois, antes da construção, o que se observou foi um fluxo que confluía em ações próprias da enfermagem (conforme ilustra a Figura 1), ou seja, as demais profissões não compartilhavam o cuidado aos sujeitos, o que é prejudicial para o cuidado integral de forma a contribuir para o fortalecimento do modelo fragmentado.

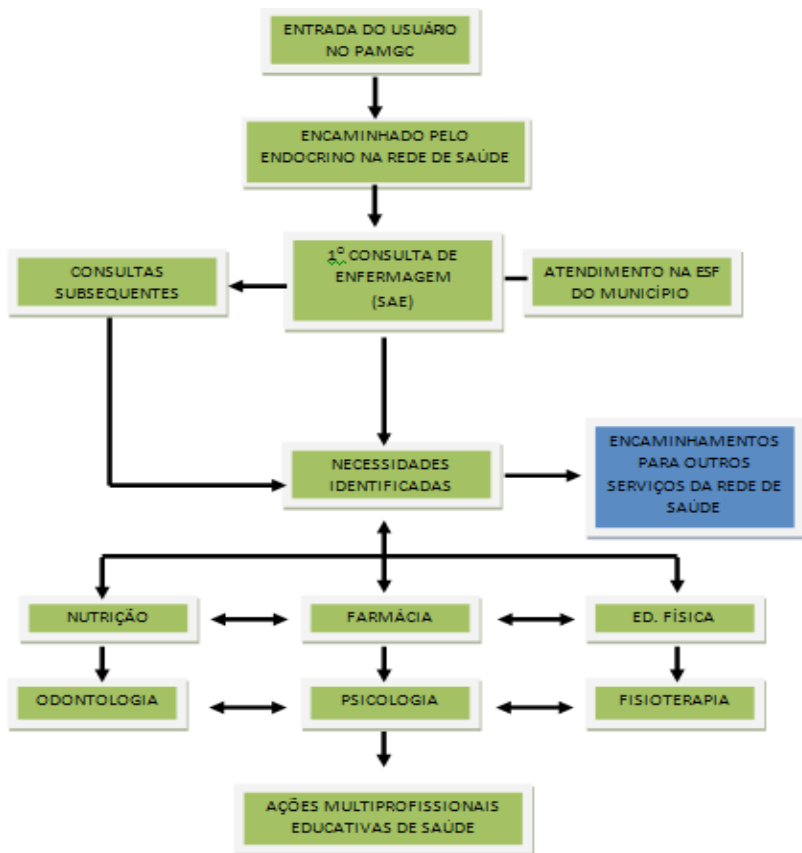
Figura 1 – Fluxo de atendimento da enfermagem antes da construção do protocolo.



Fonte: Prefeitura Municipal de Criciúma, Secretaria Municipal de Saúde; Universidade do Extremo Sul Catarinense. Instrução Normativa PAMGC. Criciúma, 2009.

Com a criação do fluxo de enfermagem mediabilizado pelo processo de diálogo entre várias profissões (conforme ilustra a Figura 2), criou-se um duplo sentido de cuidado. O primeiro, da enfermagem como porta de entrada, pois todos os pacientes devem primeiro passar pelo atendimento de enfermagem, e o segundo sentido é a corresponsabilidade da enfermagem em fazer encaminhamentos aos demais profissionais.

Figura 2 – Fluxo de atendimento de enfermagem após a criação do protocolo.



Fonte: Protocolo de Atendimento Multiprofissional ao Diabético do PAMGC da UNESC. Criciúma, 2013.

Conclusões

Concluimos que o desenvolvimento do protocolo possibilitou a criação de um fluxo ordenado pelo trabalho multiprofissional, garantindo o atendimento integral ao paciente, uma vez que as ações deixaram de ser vinculadas somente como atos de enfermagem, passando a agregar uma gama de profissionais como: fisioterapeuta, psicólogo, nutricionista, educador físico, cirurgião dentista e farmacêutico.

Outro fato que merece destaque foi a inclusão de ações educativas multiprofissionais, mediante a criação de grupos educativos, a saber: grupo flutuante que ocorre na sala de espera de atendimento, grupo fixo que ocorre a cada 15 dias, e o grupo de matriciamento, que estabelece intercâmbio com as Estratégia Saúde da Família (ESF) do município no cuidado compartilhado aos pacientes diabéticos.

A aprendizagem proveniente da construção deste protocolo e a participação da enfermagem nos direcionam a pensar novas formas de fazer gestão no contexto da saúde pública, uma vez que um dos nós críticos que tange à gestão é a falta de Protocolos de Atendimento Multiprofissionais, criando insatisfação dos usuários e baixa resolução de suas demandas, contribuindo assim para a cronificação dos problemas de saúde administrados pelo SUS.

A elaboração do protocolo instrumentalizou o trabalho em equipe, entendendo-se como facilitador para a prestação de uma assistência integral ao paciente do PAMGC, além de servir como ferramenta fundamental direcionadora ao processo da clínica ampliada no âmbito da interdisciplinaridade e da multiprofissionalidade. Os resultados positivos advindos dessa experiência sugerem o compartilhamento desta iniciativa com os demais militantes por um SUS melhor.

Referências

ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, abr. 2007.

BORIAN, J. T.; ROCHA, C. G. **Hipertensão arterial, diabetes e dislipidemia**: protocolo. Prefeitura do Município de Londrina. Autarquia Municipal de Saúde. Londrina: [s.n], 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica**: Diabetes Melitus nº 16. Ministério da Saúde. Brasília, DF, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 11.347, de 27 de setembro de 2006. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos e materiais necessários à sua aplicação

e à monitoração da glicemia capilar aos portadores de diabetes inscritos em programas de educação para diabéticos. **Diário Oficial da União**, de 28.09.2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.583, de 10 de outubro de 2007. Define elenco de medicamentos e insumos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde, nos termos da Lei nº 11.347, de 2006, aos usuários portadores de diabetes mellitus. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 11.10.2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do Programa de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Redes de produção de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 44 p., il. color. (série B. Textos Básicos de Saúde)

CANANI, L. H.; SCHMIDT, M. I.; DUNCAN, B. B. Prevenção e manejo das complicações crônicas do diabetes. In: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. (Eds). **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 690-703.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A.; SILVA, R. da. **Metodologia Científica**. 6. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

IRIBARRY, I. N. O diagnóstico transdisciplinar como dispositivo para o trabalho de inclusão. In: BATISTA, C. R.; BOSA, C. (Orgs.). **Autismo e educação: reflexões e proposta de intervenção**. Porto Alegre: Artmed, 2002. p. 73-91.

MAZZUCHELLO, F. R. et al. Processo de trabalho e os resultados dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família de um município do sul do Brasil: o olhar do enfermeiro. **Enfermagem Brasil**, v. 11, n. 6, dez. 2012.

MINAYO, C. M. **O desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CRICIÚMA. Secretária Municipal de Saúde; Universidade do Extremo Sul Catarinense. **Instrução Normativa PAMGC**. Criciúma, 2009.

SCHRAIBER, L. B. et al. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, 1999.

SIPRIANO, C. A. **Metodologia da Assistência de Enfermagem sobre a Ótica do OTDP: Instrumento fundamental do processo de trabalho da enfermagem**. 2005.

121 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, 2005.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Consenso brasileiro de tratamento e acompanhamento do diabetes mellitus**. Rio de Janeiro: Diagrafic, 2007.

WERNECK, M. A. A.; FARIA, H.; CAMPOS, K. F. C. **Protocolo de cuidados à saúde e de organização do serviço**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009.

CAPÍTULO 6

A Psicologia na Atenção Domiciliar: Relato de Experiência de uma Estratégia Saúde da Família do Município de Criciúma

Natália Colombo Ferreira¹

Daniela Vicente Bavaresco²

Daiane Fernandes Felipe³

Fábio Cossa de Souza⁴

Lisiane Tuon Generoso Bittencourt⁵

Graziela Amboni⁶

Resumo

O psicólogo pode ter um papel fundamental como integrante da equipe multidisciplinar, promovendo a escuta, técnica que pode favorecer a ampliação da percepção da equipe e da própria família sobre os problemas suscitados por esta. Um dos objetivos da visita domiciliar é incluir a família no

¹ Psicóloga, Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde Coletiva da Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC. *E-mail:* natalia@unesc.net

² Psicóloga, Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde Coletiva da Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC. *E-mail:* bavarescodv@unesc.net

³ Psicóloga, Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde Coletiva da Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC. *E-mail:* daiane.fernandesfelipe@yahoo.com.br

⁴ Psicólogo, Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde Coletiva da Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC. *E-mail:* biofacs@hotmail.com

⁵ Fisioterapeuta. Coordenadora da COREMU do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/ Saúde Coletiva e Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC, Criciúma, SC, Brasil. *E-mail:* ltb@unesc.net

⁶ Psicóloga, Tutora do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde Coletiva da Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC. *E-mail:* gam@unesc.net

processo de tratamento e capacitá-las, para que elas possam aprender a lidar e a resolver os seus problemas, e assim se sentir segura e confiante para lidar com as adversidades impostas pela própria vida. Este capítulo aborda o relato de experiência de residentes de Psicologia inseridos no campo de atuação da Atenção Básica em quatro Estratégias Saúde da Família de Criciúma – SC, durante os meses de abril a agosto de 2013, quanto à atenção psicológica dirigida ao cuidador e a indivíduos com algum nível de alteração no estado de saúde, com dependência física e/ou emocional, impossibilitados de comparecer à unidade física da Estratégia de Saúde da Família.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família. Psicologia. Relato de experiência. Saúde coletiva.

Introdução

A Estratégia Saúde da Família (ESF), proposta pelo Ministério da Saúde (MS), surgiu em dezembro de 1993, com a criação do Programa de Saúde da Família, sendo uma nova forma de abordar e fortalecer os princípios da *atenção primária* no Brasil com o compromisso da política de inclusão social no Sistema Único de Saúde (SUS) (MENDONÇA, 2009; ALVES; AERTS, 2011). A estratégia busca cumprir os princípios de ser o primeiro contato da população com as ações e serviços de saúde, com a integralidade ao longo do tempo, e coordenando usuários na rede de serviços (STARFIELD, 2002). A ESF tornou-se um dispositivo estratégico para inversão do modelo assistencial curativo e hospitalocêntrico baseado na visão biologicista da doença (PINTO, 2012).

A atenção primária brasileira é definida como um conjunto de ações de saúde individuais e coletivas, que abrange a promoção e a proteção de saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde, e se orienta pelos princípios da universalidade, acessibilidade e coordenação, vínculo e continuidade, integração, responsabilidade, humanização, equidade e participação social, tendo como objetivo aumentar o acesso da

população aos serviços de saúde, sob forma de trabalho em equipe, destinados a populações de territórios geograficamente delimitados, considerando a dinâmica existente no território onde vivem essas populações (BRASIL, 2007; ALVES; AERTS, 2011).

A ESF busca a participação e a aproximação da saúde com a comunidade, transformando o usuário em participante ativo na promoção da saúde e da qualidade de vida. A *atenção domiciliar* é prevista nesse contexto como uma forma de assistência àqueles que precisam de cuidados contínuos, sendo definida como um meio de interação no cuidado à saúde fundamental e intervenção da equipe de saúde como meio de inserção e de conhecimento da realidade de vida da população. Esta prática favorece o estabelecimento de vínculos e a compreensão de aspectos importantes na dinâmica das relações familiares. A intervenção tem a pretensão de interagir com o sujeito não apenas para que ele supere as deficiências físico-biológicas, mas também para que possa ser mais saudável, compartilhar alegrias e ter disposição para a vida (KLOCK; HECK; CASARIM, 2005; ALBUQUERQUE; BOSI, 2009; CUNHA; SÁ, 2013).

Para a elegibilidade dos serviços de *atenção domiciliar*, são considerados diversos aspectos, como clínicos, socioeconômicos e ambientais, levando sempre em conta o contexto de cada local. São elementos fundamentais para a gestão do cuidado no processo de trabalho em equipes da *atenção domiciliar* o acolhimento, a clínica ampliada, o apoio matricial e o projeto terapêutico singular (BRASIL, 2013).

A visita domiciliar realizada pelo psicólogo é importante na área da *saúde coletiva*, pois consiste em promover atendimentos que auxiliem o paciente a compreender e a aceitar o seu quadro de doença e levá-lo a desenvolver hábitos saudáveis. Além disso, o psicólogo deve promover um olhar sobre a família e tentar gerar um suporte para cada um deles, para que todos juntos possam superar a fase difícil pela qual estão passando (PIETROLUONGO; RESENDE, 2007).

Considerando o fato de que durante o trabalho realizado na visita domiciliar o paciente possa apresentar transtorno mental, a desconstrução da loucura como doença passa a ser reconstruída como um fenômeno complexo

e existencial. Para tanto, a família deve ser incluída no processo do tratamento, ou seja, como fenômeno multideterminante, pois desenvolve um papel de grande importância no acompanhamento do sujeito que sofre, já que as várias relações que são estabelecidas no convívio com o usuário promovem o suporte de construção de lugares e formas de agir dentro do sistema familiar (PIETROLUONGO; RESENDE, 2007).

Considerando as experiências na área da *saúde mental*, é possível perceber que, quando um familiar adoece, também ocorre uma mudança na convivência diária da família, causando ansiedade e preocupação, sendo que, na maioria das vezes, eles acreditam que estão imunes à doença. Tal fato sugere que o adoecimento seja um evento imprevisto que desorganiza o modo de funcionamento de uma família (SCHRANK; OLSCHOWSKY, 2008).

Diante dessa constatação, vê-se a necessidade dos atendimentos psicológicos, desenvolvidos como uma ação de prevenção, tendo como foco as necessidades e dificuldades que a família tem no convívio com o paciente. Em outros casos, os atendimentos psicológicos buscam oferecer cuidados à família que apresenta-se desestruturada psiquicamente devido ao envolvimento com o paciente e o seu quadro clínico, pois, dependendo da gravidade da doença, o convívio com o paciente pode ser muito desgastante e sofrido (SCHRANK; OLSCHOWSKY, 2008).

Considerando a construção da loucura enquanto uma doença orgânica, a família pode então se sentir cada vez mais excluída do processo de tratamento por não ter o instrumental necessário para lidar com a sua doença e a de seus familiares. Além disso, existem as primeiras construções dos saberes “psi” acerca do desenvolvimento infantil e da etiologia de alguns transtornos, que sugerem que a família passa também a se sentir culpabilizada e fracassada em educar (PIETROLUONGO; RESENDE, 2007).

Mediante o exposto, o trabalho do psicólogo não aborda somente a promoção do cuidado com o paciente, vai além, ao considerar as necessidades da família e a importância de bom convívio familiar para melhora do paciente ou a sua estabilidade. Num primeiro momento, o psicólogo deve compreender como funciona a estrutura da família e suas relações,

como também quem mais sofre com o caso do paciente, quem passa mais tempo com ele e os conflitos que surgem devido a esse cuidado.

É importante destacar que o atendimento domiciliar psicológico não vai ocorrer apenas com pacientes que apresentam algum quadro de transtorno mental, pode ser utilizado também com acamados, gestantes de alto risco, deficientes físicos, entre outros que necessitem de acompanhamento psicológico em casa, e, dependendo do caso, o atendimento com a família também se faz necessário. Assim, o psicólogo precisa analisar as necessidades impostas o para planejamento e o desenvolvimento de seu trabalho no ambiente familiar.

Nesse contexto, o presente estudo tem como objetivo relatar a experiência dos autores quanto à atenção ao cuidador e a indivíduos com algum nível de alteração no estado de saúde, com dependência física e/ou emocional, impossibilitados de comparecer à unidade física da Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município de Criciúma – SC, durante os meses de abril a agosto de 2013.

Metodologia

Relato de experiência de residentes de Psicologia inseridos no campo de atuação da atenção básica em quatro Estratégias Saúde da Família de Criciúma – SC, durante os meses de abril a agosto de 2013.

Resultados/Discussão

Os atendimentos domiciliares foram realizados com acamados, cuidadores, gestantes de alto risco, pessoas com deficiências físicas, com problemas psicológicos, dentre outros, que necessitavam de acompanhamento psicológico e que não apresentavam condições de comparecer às unidades de saúde. As visitas consideraram as necessidades das famílias e a importância de um bom convívio familiar para a melhora do paciente ou a sua estabilidade. No primeiro momento, os psicólogos procuraram compreender como funcionava a estrutura

das famílias e suas relações, como também ouviram as queixas mais frequentes do paciente e do cuidador, além de identificar os conflitos mais evidentes. Em seguida, foram desenvolvidas estratégias para lidar com as necessidades dos pacientes e cuidadores, tanto em momentos de crise como para manter o equilíbrio emocional. Entende-se que as visitas domiciliares realizadas pelos psicólogos foram importantes na área da saúde coletiva, pois promoveram atendimentos que auxiliaram pacientes e cuidadores a compreender e a aceitar o seu quadro de doença, levando-os a desenvolver uma melhor qualidade de vida.

Conclusão

Conclui-se com a experiência realizada que a aproximação resultante da estratégia de abordagem das visitas domiciliares, além de aproximar a comunidade à atenção básica de saúde, possibilita um maior conhecimento por parte dos profissionais, inserindo-os na realidade local da área de cobertura, melhorando o entendimento do processo saúde-doença e respeitando as singularidades das situações, além de contribuir para que a família possa se sentir segura e autônoma, construindo as suas saídas para a resolução de problemas, resultando em uma melhor qualidade de vida da população.

Referências

- ALBUQUERQUE, A. B. B.; BOSI, M. M. Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, p. 1103-1112, 2009.
- ALVES, G. G.; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, jan. 2011 .
- ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA. **SUS**: o que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde. São Paulo: Atheneu, 2008. 254 p.
- BOING, E.; CREPALDI, M. A. O psicólogo na atenção básica: uma incursão pelas políticas públicas de saúde brasileiras. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 30, n. 3, p. 634-649, set. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Domiciliar**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CUNHA, M. S.; SÁ, M. C. A visita domiciliar na estratégia de saúde da família: os desafios de se mover no território. **Interface**, Botucatu, v. 17, n. 44, mar. 2013.

KLOCK, A. D.; HECK, R. M.; CASARIM, S. T. Cuidado domiciliar: a experiência da residência. **Texto Contexto Enfermagem**, Pelotas, p. 237-245, jun. 2005.

MENDONÇA, C. S. Saúde da Família, agora mais do que nunca! **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 1.493-1.497, 2009.

PIETROLUONGO, A. P. C.; RESENDE, T. I. M. Visita domiciliar em saúde mental: o papel do psicólogo em questão. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 27, n. 1, mar. 2007.

PINTO, H. A. O programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade e o processo de trabalho das equipes de atenção básica. **Revista Tempus - Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v.6, n.2, p.316-318, 2012.

SAKATA, K. N.; ALMEIDA, M. C. P.; ALVARENGA, A. M. Concepções da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares. **Revista Brasileira de Enfermagem**, p. 659-664, 2007.

SCHRANK, G.; OLSCHOWSKY, A. O centro de atenção psicossocial e as estratégias para inserção da família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 1, mar. 2008.

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

CAPÍTULO 7

Avaliação do Estado Nutricional de Pré-Escolares Matriculados em um Centro de Educação Infantil no Município de Criciúma - Santa Catarina

Tamy Colonetti¹

Priscyla Waleska Targino de Azevedo Simões²

Rita Suselaine Vieira Ribeiro³

Resumo

O presente capítulo teve como objetivo avaliar o estado nutricional de crianças matriculadas em um centro de educação infantil do município de Criciúma, Santa Catarina. Como metodologia, foi realizado um estudo transversal e descritivo, que utilizou um levantamento de dados antropométricos de crianças matriculadas em um centro de educação infantil de um bairro do município de Criciúma. A coleta de dados foi realizada no mês de junho de 2012, durante cinco dias, em período matutino e/ou vespertino, considerando todas os alunos matriculadas na instituição. Do total das 105 crianças matriculadas no centro de educação infantil, participaram do estudo 100 crianças (95,2%), sendo 54 do sexo feminino e 46 do masculino. Foram excluídas apenas aquelas que estavam ausentes nos cinco dias da coleta (4,8%). A idade mínima encontrada foi de três meses e a máxima de quatro

¹Nutricionista. Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Criciúma. SC, Brasil. *E-mail:* tamycolonetti@hotmail.com

²Doutora em Ciências da Saúde. Professora do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Criciúma. SC, Brasil. *E-mail:* pri@unesc.net

³Nutricionista. Tutora do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Criciúma. SC, Brasil. *E-mail:* rsv@unesc.net

anos e dois meses, com uma média de dois anos e cinco meses. Com relação ao estado nutricional, somados o risco de sobrepeso e o sobrepeso/obesidade efetivo, notou-se que 45% das crianças matriculadas no centro de educação infantil estavam acima do peso. Como conclusão, observou-se uma elevada proporção de crianças acima do peso, sugerindo a necessidade de intervenção nutricional efetiva, uma vez que o excesso de peso na infância é um problema de saúde pública, pois se relaciona ao risco de aparecimento de outras doenças crônicas ainda na infância ou na vida adulta.

Palavras-chave: Estado nutricional. Infância. Sobrepeso. Saúde da Família. Saúde coletiva.

Introdução

Para poder avaliar as condições de saúde e de vida de uma determinada população, é essencial conhecer a situação nutricional das crianças desse local, uma vez que a nutrição tem relação direta com o atendimento das necessidades básicas dos indivíduos (PINHO et al., 2010).

O acompanhamento do estado nutricional nos primeiros anos de vida fornece informações importantes para avaliar o crescimento e o desenvolvimento das crianças, assim possibilitando verificar a presença de fatores de riscos associados às morbidades (PINHO et al., 2010).

Muitos estudos têm avaliado o estado nutricional das crianças brasileiras, revelando transformações no perfil nutricional infantil. Essa mudança é resultado do processo de transição nutricional, que se caracteriza pela diminuição dos déficits nutricionais e aumento do sobrepeso e obesidade, não só na infância, mas em todas as faixas etárias (TRICHES; GIUGLIAN, 2005).

Algumas regiões do Brasil apresentam uma prevalência de sobrepeso e obesidade, em crianças menores de 10 anos, superior a 40%, tornando-se assim um problema de saúde pública (MARTINELLI et al., 2011). O excesso de peso na infância está associado, em curto prazo, com desordens ortopédi-

cas, distúrbios respiratórios, hipertensão arterial, dislipidemias e diabetes; e, no longo prazo, com o risco aumentado de mortalidade devido às complicações das demais doenças associadas e doenças coronarianas em indivíduos que foram obesos desde a infância (BALABAN; SILVA, 2004).

Realizar a análise do estado nutricional das crianças a partir da instituição escolar que frequentam tem se mostrado vantajoso, uma vez que possibilita identificar as necessidades de implementação de ações específicas de nutrição e saúde para um público homogêneo tanto em relação à faixa etária quanto às condições socioeconômicas (PINHO et al., 2010). Dessa forma, o presente estudo teve como objetivo avaliar o estado nutricional de crianças matriculadas no Centro de Educação Infantil (CEI) de um bairro do município de Criciúma, Santa Catarina, onde a nutricionista da Residência Multiprofissional da Universidade do Extremo Sul Catarinense presta serviços.

Metodologia

Este trabalho aborda um estudo transversal e descritivo, utilizando levantamento de dados antropométricos de crianças matriculadas em um centro de educação infantil de um bairro do município de Criciúma, SC. A coleta de dados foi realizada no mês de junho de 2012, durante cinco dias, em períodos alternados entre matutino e vespertino, visando avaliar todas as crianças matriculadas no CEI.

Do total das 105 crianças matriculadas no centro de educação infantil no ano de 2012, participaram do estudo 100 crianças (95,2%). Foram excluídas apenas as crianças que estavam ausentes nos cinco dias em que ocorreram as coletas dos dados para a pesquisa (4,8%).

Os dados foram coletados pela nutricionista residente do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família, inserida na unidade de saúde do bairro onde está localizado o CEI, auxiliada pela agente de saúde da microárea onde o centro de educação se encontra. As crianças, no momento da pesagem, apresentavam o mínimo de roupas seguindo as orientações da Organização Mundial da Saúde para aferição das medidas antropométricas.

Foram utilizadas duas balanças, uma da marca Techline, modelo BAL-180CI, com faixa de medição de até 180 kg para as crianças maiores de dois anos, e uma da marca Balmak modelo 109, com capacidade de até 16 kg para as crianças menores de dois anos. Para aferição da estatura das crianças acima de dois anos foi utilizado estadiômetro portátil da marca Cardiomed, com escala em milímetros e capacidade de até 2 metros; já para as crianças menores foi utilizada uma mesa antropométrica, com capacidade de medição de até 100 cm.

O estado nutricional das crianças menores de cinco anos foi avaliado pelo padrão de referência índice de massa corporal (IMC) para idade, conforme preconizado pela Organização Mundial da Saúde desde 2006. O IMC foi obtido através da divisão de peso pela altura ao quadrado.

Analisou-se o valor obtido conforme indicação da OMS, com os seguintes indicadores: Magreza acentuada ($<$ Percentil 0,1), Magreza (\geq Percentil 0,1 e $<$ Percentil 3), Eutrofia (\geq Percentil 3 e \leq Percentil 85), Risco de sobrepeso ($>$ Percentil 85 e \leq Percentil 97), Sobrepeso ($>$ Percentil 97 e \leq Percentil 99,9) e Obesidade ($>$ Percentil 99,9).

Os dados obtidos foram tabulados em uma planilha do programa Excel. A análise estatística foi feita no programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versão 17.0. Calculou-se a frequência absoluta e relativa para as variáveis categóricas, e a média para as numéricas.

Resultados/Discussão

No local de estudo deste trabalho estavam matriculadas no centro de educação infantil 105 crianças, divididas entre as cinco turmas do CEI, de acordo com a faixa etária. Destas, 100 crianças participaram desta pesquisa com a avaliação de seu estado nutricional.

As características da amostra relacionadas à idade e sexo estão apresentadas na Tabela 1. A amostra apresentou-se homogênea de acordo com o sexo, sendo 54% dos participantes do sexo feminino e 46% do sexo masculi-

no. A idade mínima encontrada na amostra foi de três meses e a idade máxima de quatro anos e dois meses, com uma média de dois anos e cinco meses.

Quando separada de acordo com a faixa etária, nota-se que a maioria das crianças apresentou faixa etária entre dois anos até dois anos, 11 meses e 29 dias (34%), seguida das crianças entre dois anos completos a três anos, 11 meses e 29 dias (28%). Como se observa na Tabela 1, as crianças menores de um ano foram encontradas em apenas 6% da amostra, já as maiores de quatro anos em 8%.

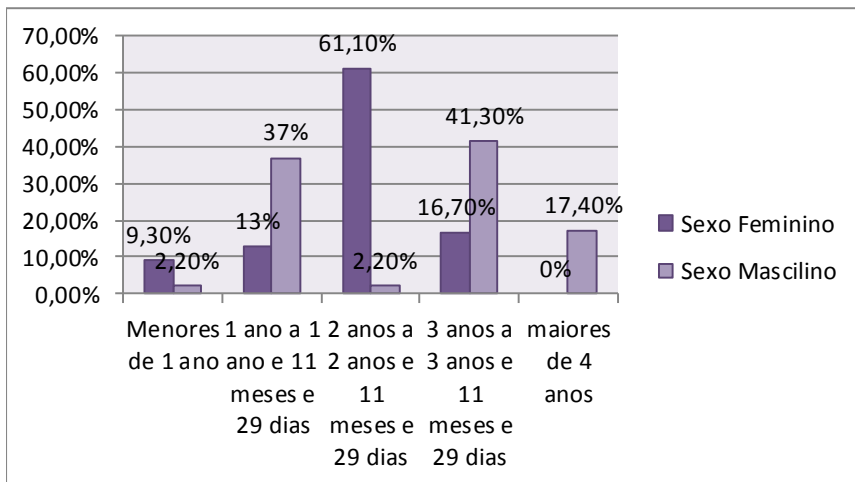
Tabela 1 - Variáveis relacionadas as características de sexo e idade dos alunos matriculados no Centro de Educação Infantil.

Variáveis	n=100 %
Sexo	
Feminino	54 54,0
Masculino	46 46,0
Idade	
< 1 ano	6 6,0
1-2 anos	24 24,0
2-3 anos	34 34,0
3-4 anos	28 28,0
>4anos	8 8,0

Fonte: Elaborada pelos autores.

Na análise da associação entre a faixa etária e o sexo, percebeu-se que a faixa etária com maior número de pré-escolares é de meninas (61,1%). Se comparado aos meninos (2,2%), as meninas estão mais frequentes entre os menores de um ano, porém, nas demais faixas etárias, predominaram escolares do sexo masculino, conforme ilustra a figura 1.

Figura 1 - Caracterização dos pré-escolares participantes da pesquisa de acordo com a faixa etária e sexo. Criciúma, SC.

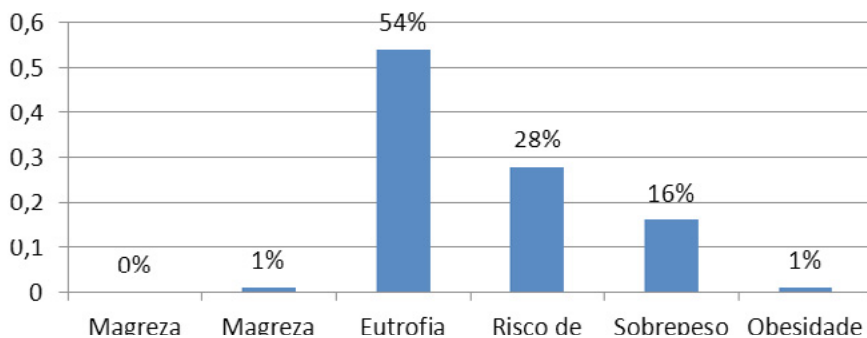


Fonte: Elaborada pelos autores.

Os pré-escolares foram também classificados de acordo com o seu estado nutricional. Cinquenta e quatro por cento (54%) dos pré-escolares encontravam-se eutróficos no momento da avaliação, 28% apresentou risco de sobrepeso, 16% sobrepeso, 1% obesidade e 1% magreza, conforme exposto na Figura 2. Essa prevalência de sobrepeso entre os pré-escolares (16%) foi superior à encontrada no estudo de Jesus et al. (2010) em menores de quatro anos da cidade de Feira de Santana (BA) (12,5%), em menores de cinco anos no estado de Alagoas (9,7%) avaliado por Ferreira e Luciano (2010), e em pré-escolares do município de Balneário Camboriú, SC (9,5%). Ainda em nosso estudo 28% do total de estudantes apresentaram risco de sobrepeso, assim como no estudo em Caxias do Sul (RS), realizado por Bernardi et al. (2010), que revelou prevalência semelhante de 25,4%.

Figura 2 - Classificação dos pré-escolares participantes da pesquisa de acordo com o estado nutricional - Criciúma, SC.

Estado Nutricional



Fonte: Elaborada pelos autores.

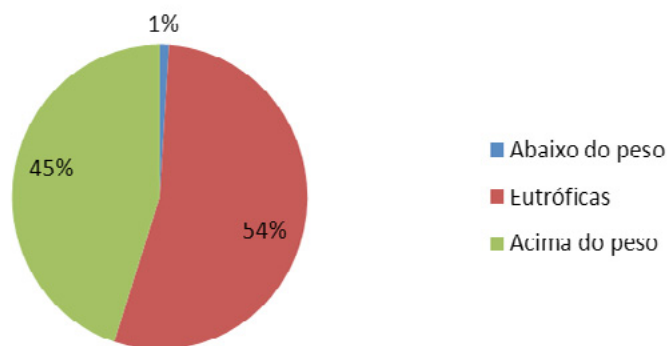
Nascimento et al. (2012) avaliando o estado nutricional de pré-escolares de creches municipais de Taubaté, SP, encontraram prevalência de 19,91% de risco de sobrepeso, 4,92% de sobrepeso e 4,03% de obesidade, somando 28,86% de alunos acima do peso. Já a prevalência de alunos abaixo do peso foi de 0,89%, evidenciando a transição nutricional.

Em um estudo transversal realizado com 500 crianças na faixa etária de 2 a 5 anos de idade, em creches de Birjand, no Irã, Taheri et al. (2012) verificaram prevalência média de sobrepeso de 10,6%, sendo 11,7% entre as meninas e 9,6% nos meninos, e obesidade com média de 7,6% (6,3% em meninas e 9,6% em meninos).

No caso da presente pesquisa, se somados o risco de sobrepeso, sobrepeso e obesidade conclui-se que 45% das crianças matriculadas no Centro de Educação Infantil estavam acima do peso. Tal resultado é preocupante, uma vez que dessas 100 crianças, 97 ficam no CEI em tempo integral, conforme ilustra a Figura 3.

Figura 3 – Divisão dos pré-escolares participantes da pesquisa de acordo com a adequação do estado nutricional. Criciúma, SC.

Adequação do estado nutricional



Fonte: Elaborada pelos autores.

Considerando a prevalência de 45% das crianças com excesso de peso em nosso estudo, concluímos esse resultado como um dado alarmante, principalmente se for comparado ao resultado da pesquisa realizada no município de Caxias do Sul, onde essa prevalência foi de 33,1% (BERNARDI; JORDÃO; BARROS, 2010), e de 20% entre os pré-escolares do Rio de Janeiro. Com relação ao baixo peso, os estudos indicaram 1,9% em Caxias do Sul (BERNARDI; JORDÃO; BARROS, 2010), e 2,9% no estado de Alagoas (FERREIRA; LUCIANO, 2010). Em nossa pesquisa, as crianças abaixo do peso representaram 1% da amostra.

Apesar da crença popular de que crianças com sobrepeso crescem com mais rapidez, o excesso de peso na infância não é uma condição benigna. Quanto mais tempo a criança estiver com sobrepeso, maiores as chances desse excesso de peso permanecer na adolescência e na vida adulta (BETTY, 2005). Alguns estudos indicam que o sobrepeso nessa idade triplica o risco de desenvolver diabetes mellitus (MELLO; LUFT; MEYER, 2004).

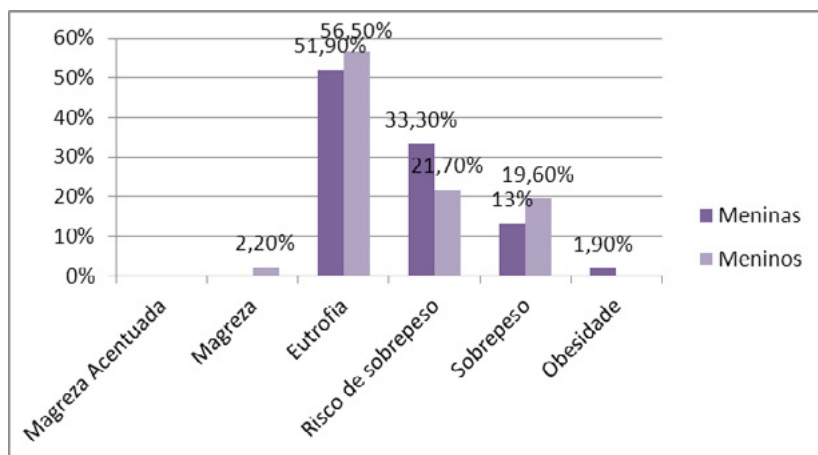
Segundo Vitolo e Campagnolo (2008), o excesso de peso e de gordura corporal está associado ainda a alterações na função pulmonar, alterações posturais e funcionais, alterações na pressão arterial e no perfil lipídico.

O alto índice de crianças com risco de sobrepeso e sobrepeso (44%) requer uma intervenção antes que evolua para obesidade, pois, como revelado

em vários estudos científicos, este é um dos principais fatores desencadeantes das doenças cardiovasculares, pois, apesar de as manifestações clínicas aparecerem tipicamente na idade adulta, muitas delas têm início na infância e adolescência. A aterosclerose, por exemplo, inicia na infância, antes do surgimento de suas manifestações clínicas (RABELO; MARTINEZ, 2004).

Na Figura 4, quando analisada a classificação do estado nutricional de acordo com o sexo, observa-se que os pré-escolares, em sua grande maioria, estão eutróficos independentemente do sexo. Já ao se analisar a comparação sexo *versus* risco de sobrepeso, sobrepeso e obesidade, verifica-se que há maior prevalência de meninas (48,2%) do que de meninos (41,3%) com essa característica. Esta análise pode também ser encontrada em outros estudos, que mostram que há uma prevalência maior de amostras do sexo feminino associado ao excesso de peso. Num estudo realizado no município do Rio de Janeiro, essa diferença também foi encontrada, com 24,8% das meninas com excesso de peso para 20% dos meninos. No exemplo do nosso estudo, a Figura 4 mostra ainda que as meninas lideram o risco do sobrepeso, e os meninos a faixa do sobrepeso.

Figura 4 - Divisão dos pré-escolares participantes da pesquisa de acordo com o estado nutricional e sexo. Criciúma, SC.



Fonte: Elaborada pelos autores.

A amostra também foi avaliada levando em conta a relação entre o estado nutricional e faixa etária (Figura 5). Observou-se que há um maior ín-

dice de sobrepeso entre os pré-escolares menores de um ano (33,3%), seguido dos pré-escolares que estão com idade entre um ano e um ano, 11 meses e 29 dias (25%). No estudo de Ferreira e Luciano (2010), o sobrepeso entre os menores de um ano foi de 22,5%, superior às outras faixas etárias, seguido dos menores de dois anos (11,5%).

Esses resultados informando que crianças menores apresentam maior sobrepeso, associados à diminuição gradativa ao longo dos anos, lembra-nos da importância da alimentação adequada nos primeiros anos de vida, pois é essencial para um crescimento e desenvolvimento saudável (SILVA; VENANCIO; MARCHIONI, 2010).

Conforme orientação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2009), até os seis meses o aleitamento materno exclusivo supre todas as necessidades nutricionais do lactente. Após essa idade, é necessária a introdução gradativa de outros alimentos, mantendo o aleitamento materno de forma complementar.

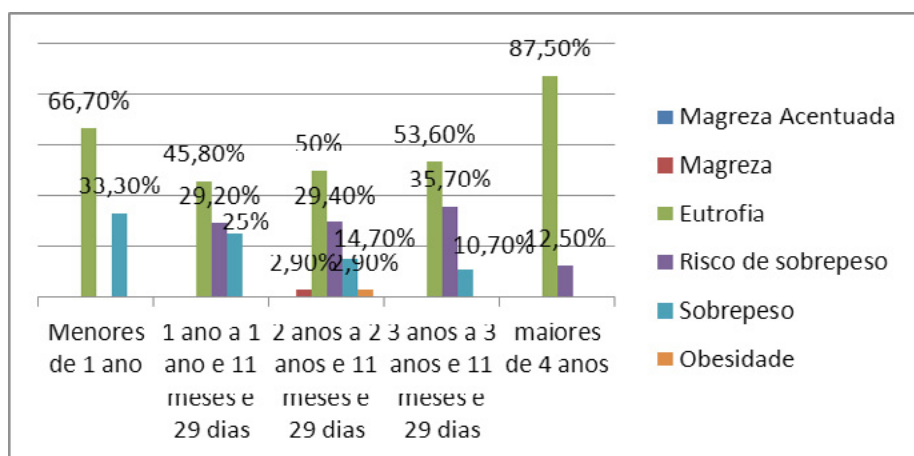
A introdução de novos alimentos deve iniciar nessa idade, pois, a partir do sexto mês de vida, a criança já tem desenvolvido os reflexos necessários para a deglutição e tem-se o início da erupção dos primeiros dentes, o que facilita a mastigação. Porém é necessário que os alimentos introduzidos nessa fase sejam de qualidade e nutricionalmente adequados às necessidades das crianças.

Atualmente o tema “mil dias que valem uma vida” reforça a importância da alimentação nos primeiros 1.000 dias de vida dos seres humanos para tornarem-se indivíduos mais saudáveis na vida adulta. Segundo Zorzetto (2011), nos 270 dias da gestação e mais os 730 dias seguintes de vida das crianças, ou seja, até os dois anos, a alimentação exerce um papel fundamental. A dieta apropriada e equilibrada da gestante, o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida e a introdução complementar de alimentos saudáveis ao aleitamento materno até os dois anos de idade podem evitar problemas graves de saúde no futuro da criança.

Zorzetto (2011) aponta que estudos realizados com animais evidenciam que a oferta de outros leites e a retirada do leite materno durante essa fase do desenvolvimento estavam associadas ao ganho de peso. Ao analisarmos os resultados de nosso estudo, ou seja, que a faixa etária de maior proporção

de sobrepeso ser justamente de crianças menores de dois anos, e juntamente ao exposto sobre a alimentação nos primeiros mil dias de vida, podemos ver a possível relação entre o tipo de alimentação oferecida a essas crianças e o estado nutricional apresentado. A maioria das crianças envolvidas neste estudo (97%) estava matriculada em período integral devido, principalmente, ao retorno da mãe ao trabalho, ponto este já identificado como um dos fatores que interferem na duração do aleitamento materno, e à introdução precoce de outros leites (COLONETTI; LOBO, 2013).

Figura 5 – Divisão dos pré-escolares participantes da pesquisa de acordo com o estado nutricional e faixa etária. Criciúma, SC.



Fonte: Elaborada pelos autores.

Conclusão

Este estudo teve como objetivo avaliar o estado nutricional dos pré-escolares matriculados em um Centro de Educação Infantil de um bairro do município de Criciúma, SC, onde atua uma das nutricionistas do Programa de Residência Multiprofissional.

Observou-se um elevado número de crianças acima do peso, principalmente nas menores de dois anos, o que indica a necessidade de interven-

ções nutricionais, uma vez que o excesso de peso na infância é um problema de saúde pública, pois se relaciona ao aumento do risco de se desenvolverem outras doenças crônicas ainda na infância ou na vida adulta.

Referências

BALABAN, G.; SILVA, G. A. P. Efeito protetor do aleitamento materno contra a obesidade infantil. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 1, p. 7-16, fev. 2004.

BERNARDI, J. L. D.; JORDÃO, R. E.; BARROS FILHO, A. A. Fatores associados à duração mediana do aleitamento materno em lactentes nascidos em município do estado de São Paulo. **Revista de Nutrição**, v. 22, n. 6, p. 867-878, dez. 2009.

BETTY, L. Nutrição na Infância. In: MAHAN, L. Kathleen; ESCOTT-STUMP, Sylvia. **Krause, alimentos, nutrição & dietoterapia**. 11. ed. São Paulo: Roca, 2005. p. 246-269.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Criança: Nutrição Infantil. **Caderno de Atenção Básica**, Brasília, DF, n. 23, 2009.

COLONETTI, T.; LOBO, A. S. Duração do aleitamento materno e fatores associados à amamentação em escolares da rede pública de ensino de um município de Santa Catarina. **Nutrição Brasil**, v. 12, n. 2, p. 68-73, mar./abr. 2013.

FERREIRA, H. S.; LUCIANO, S. C. M. Prevalência de extremos antropométricos em crianças do estado de Alagoas. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n. 2, p. 377-380, abr. 2010.

JESUS, G. M. et al. Fatores determinantes do sobrepeso em crianças menores de 4 anos de idade. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro, v. 86, n. 4, p. 311-316, ago. 2010.

MARTINELLI, A. R. et al. Análise do alinhamento dos membros inferiores em crianças com excesso de peso. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano**, v. 13, n. 2, p. 124-130, abr. 2011.

MELLO, E. D.; LUFT, V. C.; MEYER, F. Obesidade infantil: como podemos ser eficazes? **Jornal de Pediatria**, Rio Janeiro, v. 80, n. 3, p. 173-182, maio/jun. 2004.

NASCIMENTO, V. G. et al. Prevalence of overweight preschool children in public day care centers: a cross-sectional study. **São Paulo Medicina Jornal**, v. 130, n. 4, p. 225-229, 2012.

PINHO, C. P. S. et al. Avaliação antropométrica de crianças em creches do município de Bezerras, PE. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 28, n. 3, p. 315-321, set. 2010.

RABELO, L. M.; MARTINEZ, T. L. R. Obesidade e Risco para Doenças Cardiovasculares. In: FISBERG, M. **Atualização em obesidade na infância e adolescência**. São Paulo: Atheneu, 2004. p. 41-46.

SILVA, L. M. P.; VENANCIO, S. I.; MARCHIONI, D. M. L. Práticas de alimentação complementar no primeiro ano de vida e fatores associados. **Revista Nutrição**, v. 23, n. 6, p. 983-992, nov./dez. 2010.

TAHERI, F. et al. Prevalence of overweight and obesity in preschool children (2-5 year-olds) in Birjand, Iran. **BMC Research Notes**, v. 5, n. 1, p. 1-6, set. 2012.

TRICHES, M. R.; GIUGLIAN, E. R. J. Obesidade, práticas alimentares e conhecimentos de nutrição em escolares. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 4, p. 541-547, mar. 2005.

VITOLO, M. R.; CAMPAGNOLO, P. D. Fatores determinantes para o excesso de peso em crianças e adolescentes. In: VITOLO, M. R. **Nutrição: da gestação ao envelhecimento**. Rio de Janeiro: Rúbio, 2008. p. 339-345.

ZORZETTO, R. Mil dias que valem uma vida. **Pesquisa FAPESP**, jan. 2011.

CAPÍTULO 8

Educação Sexual na Escola: Relato de Experiência com um Grupo de Adolescentes do Extremo Sul de Santa Catarina

Fábio Cossa de Souza¹

Daiane Fernandes Felipe²

Daniela Vicente Bavaresco³

Natália Colombo Ferreira⁴

Priscyla Waleska Targino de Azevedo Simões⁵

Graziela Amboni⁶

Luciane Bisognin Ceretta⁷

Resumo

¹Psicólogo. Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Criciúma. SC, Brasil. *E-mail*: biofacs@hotmail.com

²Psicóloga. Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Criciúma. SC, Brasil. *E-mail*: daiane.fernandesfelipe@yahoo.com.br

³Psicóloga. Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Criciúma. SC, Brasil. *E-mail*: danibavaresco@gmail.com

⁴Psicóloga. Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Criciúma. SC, Brasil. *E-mail*: natalia@unesc.net

⁵Doutora em Ciências da Saúde. Professora do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Criciúma. SC, Brasil. *E-mail*: pri@unesc.net

⁶Psicóloga. Tutora do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Criciúma. SC, Brasil. *E-mail*: gam@unesc.net

⁷Enfermeira. Tutora e Coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Criciúma. SC, Brasil. *E-mail*: luk@unesc.net

É na adolescência que o desenvolvimento sexual atinge a plenitude, e em determinados contextos sociais ocorre também uma alta incidência de casos envolvendo gravidez e doenças sexualmente transmissíveis, o que chama a atenção para um problema de saúde pública que precisa ser analisado sob o ponto de vista da saúde integral numa articulação entre educação e saúde. O objetivo deste capítulo é relatar a experiência obtida com um grupo de adolescentes de uma escola municipal do extremo sul-catarinense que teve como foco a prevenção e a sensibilização sobre as questões relacionadas à saúde sexual por meio de uma abordagem dialógica e um manejo específico de acordo com as características do grupo. O trabalho realizado nessa lógica possibilitou o envolvimento dos alunos com o assunto discutido, privilegiando a conscientização dos jovens estudantes para a saúde sexual, mostrando assim a relevância que a articulação entre a Atenção Básica e a Residência Multiprofissional em Saúde da Família tem com a comunidade, tendo por base os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Saúde do adolescente. Prevenção. Doenças sexualmente transmissíveis. Gravidez na adolescência. Saúde coletiva. Saúde da família.

Introdução

A adolescência é compreendida como uma fase de transição perpassada na vida do ser humano, quando ocorrem muitas mudanças que os levam a diversos questionamentos, sendo também a fase que vão se formando os hábitos, as atitudes e as opiniões sobre diversos assuntos (REIS; SANTOS, 2011). Outro fato marcante que ocorre é a puberdade, que na atualidade se dá precocemente, iniciando cada vez mais cedo a maturidade sexual nos jovens (PAPALIA; OLDS, 2009).

Segundo Brandão e Heilborn (2006), é na esfera da sexualidade que os adolescentes buscam ensaiar suas formas de autonomização em relação aos pais, levando em conta o exercício da sexualidade que para eles é uma via privilegiada para aquisição gradativa de liberdade e autonomia, mesmo que

isto ocorra sob o teto parental. Além disso, o início da vida sexual atua como forma de participação das relações de poder entre gêneros (ARAUJO; COSTA, 2010) e também na formação da identidade social (PAPALIA; OLDS, 2009; ARAUJO; COSTA, 2010). Diante destes fatos, a educação sexual nesse período assume um papel fundamental, tanto que se faz presente em escolas, cursos de educação a distância, políticas públicas, programas de televisão, entre outros (ALTMANN; MARTINS, 2009).

As vivências amorosas comumente acontecem primariamente no ambiente escolar (VILAR, 2003). E a escola, neste sentido, constitui-se como um espaço privilegiado para a realização de uma educação sexual qualificada (ARAUJO; COSTA, 2010), caracterizando-se por sua pluralidade formada por seus membros dentro da sua diversidade de ideias e ações (QUIRINO; ROCHA, 2012). Além disso, tanto crianças quanto adolescentes permanecem um tempo significativo nesses locais, ao passo que meios de comunicação de massa, como a internet e as mídias, frequentemente fornecem educação de forma não estruturada (ARAUJO; COSTA, 2010). Os adolescentes, por sua vez, carentes de sistemas bem formados de valores, aceitam a ideia de ter muitos parceiros e negligenciam o uso do preservativo, influenciados principalmente por novelas, filmes e músicas, que se tornaram cada vez mais sexualmente explícitos, passando uma imagem distorcida sobre o sexo (PAPALIA; OLDS, 2009).

No ano de 2010, a educação sexual ganhou grande destaque no ambiente escolar com a distribuição de um material didático, por parte do Governo Federal, que tinha como proposição subsidiar professores no processo pedagógico sobre sexo e sexualidade (QUIRINO; ROCHA, 2012). E a educação sexual, nesse sentido, precisa abordar formas significativamente dentro do contexto dos estudantes, para que assim se trabalhem as questões relativas a sexo e sexualidade (TONATTO; SAPIRO, 2002).

A educação sexual tem importância fundamental nessa fase da vida, tendo em vista os casos de gravidez na adolescência e a incidências de doenças sexualmente transmissíveis (DST). Segundo Rodrigues (2010), é nesse período que se verifica maior incidência de DST: atinge 25% dos jovens com menos de 25 anos; sendo que 65% dos casos de AIDS manifestam-se entre os 20 e 39 anos e refletem situações de aquisição de infecção por HIV durante a

adolescência (10 a 15 anos) que no caso compreenderia o período assintomático da doença.

No que se refere à gravidez na adolescência, sabe-se que ela ocorre em todos os estratos sociais, porém é mais prevalente nas classes menos favorecidas. Como fatores de risco têm-se o abandono escolar, baixo nível de escolaridade, ausência de planejamento e repetição do modelo (ARAÚJO; COSTA, 2010).

De acordo com Dias e Teixeira (2010), até aproximadamente meados do século XX, a gravidez na adolescência não era tratada como uma questão de saúde pública, tão pouco recebia a atenção de pesquisadores como recebe hoje em dia.

Alguns estudos sugerem que a idade da primeira relação sexual tenha ocorrido próxima à idade da menarca e longe da maior idade, sendo que mais da metade do grupo teve a primeira relação até os quinze anos de idade (NERY et al., 2011). Nessa perspectiva, Chalen (2007) coloca que

O início precoce da atividade sexual e, principalmente, de forma desprotegida, associado com o alto índice de gestações não planejadas decorrentes de relacionamento com parceiro igualmente jovem são dados que desencadeiam reflexões sobre nossos adolescentes, que, apesar de razoável nível de escolaridade e de conhecimento sobre sexualidade, não conseguem traduzi-los em sexo protegido e mudanças de comportamento. A repetição de nova gestação indesejada ainda na adolescência de uma em cada cinco jovens reflete que nem a vivência da gestação e suas consequências são efetivas para o desenvolvimento de um comportamento sexual responsável, capaz de romper um círculo vicioso. (CHALEN et al., 2007, p. 184)

O grande número de casos de gravidez na adolescência e infecções por AIDS nesse grupo de pessoas demonstra a situação preocupante não só no Brasil como no mundo, o que implica a implementação de intervenções e um considerável aumento em investigações e contribuições de diferentes áreas do conhecimento (SAAVEDRA; NOGUEIRA; MAGALHÃES, 2010). Diante dessas considerações, verifica-se a importância de se trabalhar com o público adolescente, sobretudo no espaço escolar, acerca da educação sexual, em todos os seus aspectos, objetivando promover esse tipo de edu-

cação aos adolescentes mediante estratégias que abarquem o contexto onde ele está inserido.

Campo de experiência

O município de Criciúma está localizado na mesorregião do sul-catarinense com uma população de colonização italiana, alemã, polonesa, portuguesa e africana, abrangendo 206.395 habitantes, segundo estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2013) para 2013. Criciúma tem grande influência migratória e possui alguns bairros localizados em regiões periféricas caracterizadas pela alta vulnerabilidade social, registrando assim altos índices de violência urbana e muitos casos de gravidez na adolescência. A respeito desse último, até o ano de 2012 foram registrados 794 casos de gravidez na adolescência na cidade de Criciúma (CRICIÚMA, 2012).

O bairro Vila Belmiro, em Criciúma, é conhecido por sua alta vulnerabilidade social, e apresenta os fatores de risco descritos anteriormente, com um alto índice de adolescentes grávidas. Só no ano de 2012, no período de março a outubro, foram registrados na Estratégia de Saúde da Família (ESF) Vila Belmiro 37 casos de gravidez envolvendo adolescentes. O comportamento sexual de risco se faz presente nesse contexto e suscita ações que visem à minimização desse problema de saúde pública, que tem como consequências não só a gravidez precoce, mas também as doenças sexualmente transmissíveis e todas as alterações físicas, psicológicas e sociais advindas dessas condições.

Com o objetivo de atender à demanda e tendo por base informações prévias obtidas com a direção da Escola Municipal de Ensino Fundamental Adolfo Back, sobre a necessidade da escola, a equipe de saúde ESF Vila Belmiro elaborou um projeto com base na perspectiva da atenção integral à saúde de adolescentes no que se refere a ações de prevenção e promoção da saúde no âmbito escolar por meio de ações educativas (BRASIL, 2011). Essa assistência compreende a atenção sistematizada e o manejo específico para lidar com grupos de adolescentes, considerando as características e particularidades que permeiam essa fase de transição entre a infância e a idade adulta (SOUZA et al., 2007).

Diante do contexto apresentado, este capítulo apresenta os resultados obtidos com a ação realizada com alunos frequentadores das 8ª e 9ª séries do ensino fundamental da Escola Municipal de Ensino Fundamental Adolfo Back do município de Criciúma/SC, localizado no bairro Vila Belmiro. O objetivo do estudo foi apresentar a experiência em educação em saúde com enfoque em sexualidade, prevenção de DTS e gravidez na adolescência.

Metodologia

Foram realizadas duas oficinas, com duração de cerca de três horas cada uma, durante o período matutino de aula, nos meses de julho e agosto de 2012. O público-alvo considerado é de adolescentes de 15 a 16 anos matriculados na instituição de ensino e com frequência regular às aulas, compreendendo 30 alunos em cada oficina.

Nas oficinas, foram elencados alguns temas para serem debatidos com os alunos visando atingir os objetivos propostos (Tabela 1). Cada assunto teve como base a delimitação de fatores desencadeantes de problemas futuros relacionados à saúde sexual e à intervenção possível em tais fatores (LÖHR et al., 2007). Para tanto, foi necessário contextualizar os processos de mudança pelos quais passam os adolescentes, o que permitiu a partir daí identificar os fatores de proteção e de risco associados a diversos comportamentos (ZAMBERLAN et al., 2003).

Tabela 1 – Temas propostos e objetivos alcançados.

Tema	Objetivo
1. Sensibilização do grupo à proposta	Discussão da proposta
2. Adolescência e sexualidade	Introdução à adolescência Introdução da terminologia científica
3. Riscos de relações sexuais sem proteção	Aplicação de dinâmica de grupo denominada jogo da AIDS

4. Gravidez na adolescência	Proposição de reflexão sobre significado da gravidez na adolescência Discussão sobre os gastos decorrentes de uma gravidez indesejada
5. DST	Introdução às DST Processo de infecção Métodos preventivos
6. Sexo seguro	Maneira correta de utilizar o preservativo
7. Revisão e diálogo sobre o assunto	Roda de conversa

Fonte: Elaborada pelos autores.

As oficinas foram conduzidas pela enfermeira gerente da ESF Vila Belmiro e pelo residente de psicologia que atua na mesma unidade. Inicialmente foi apresentada a proposta do projeto, que parte de uma abordagem multiprofissional falando a respeito dos temas por meio de estratégias bem definidas. As oficinas foram executadas nas dependências da escola Adolfo Back, no laboratório de informática.

Após a apresentação, os coordenadores da oficina iniciaram a conversa sobre o período da adolescência, sexualidade e gravidez na adolescência. Em seguida, foi proposta uma reflexão sobre os cuidados e os riscos que envolvem a gravidez nessa fase, sendo aberto um diálogo com os participantes, a fim de compreender seu entendimento sobre o assunto abordado.

Outro ponto relevante considerado na oficina foi a abordagem sobre as DST, ocasião em que foi realizada uma dinâmica de grupo denominada “Jogo da AIDS”, cujo objetivo primordial foi a reflexão sobre os comportamentos de risco que envolvem o sexo sem a devida proteção. Os alunos foram divididos em dois grupos (masculino e feminino), dispostos em salas separadas. Nesse período, foi promovido o diálogo com os facilitadores de grupo, abordando os temas trabalhados e esclarecendo as dúvidas que surgiram ao longo do processo, procedimento este caracterizado como roda de conversa.

Segundo Mandrá e Silveira (2013, p. 187) “a informalidade da roda de conversa é um exemplo de espaço democrático de aprendizagem, que fo-

menta a inclusão e a cooperação dos interlocutores e participantes na construção do processo educativo”. Durante esse processo, o facilitador promoveu a reflexão e a discussão do tema com os participantes da roda, a partir de uma lógica de troca de conhecimento e compartilhamento de soluções de maneira interativa, horizontal e dialógica (GOMES, 2008).

As oficinas tiveram como fundamento o Programa Saúde na Escola (PSE), que preconiza a realização de um trabalho na perspectiva da atenção integral (promoção, prevenção, diagnóstico e recuperação da saúde e formação) à saúde de crianças, adolescentes e jovens do ensino público básico, no âmbito das escolas e unidades básicas de saúde. Essa articulação entre Escola e Rede Básica de Saúde é fundamental para o desenvolvimento da cidadania e da qualificação das políticas brasileiras.

Como recursos didáticos foram utilizados cartolina, caneta, tesoura, CD player gravável, notebook, recursos audiovisuais, prótese peniana, modelo do órgão genital feminino, materiais relacionados a métodos contraceptivos, como preservativo masculino, feminino e anticoncepcional.

Resultados/Discussão

Em relação aos temas, o movimento grupal foi caracterizado pela coesão, o que foi essencial para atingir os objetivos propostos, e para promover a interação mútua entre coordenadores e adolescentes. Tal fato surgiu pela homogeneidade do grupo, relacionada principalmente com faixa etária, nível socioeconômico e entendimento sobre o assunto, além da utilização de uma abordagem que levou em conta as necessidades do grupo.

A utilização da dinâmica de grupo como estratégia para vivenciar situações do cotidiano e alertar sobre os riscos envolvidos com relações sexuais sem proteção mostrou-se bastante adequada ao momento, tendo em vista que o jogo possibilita de maneira lúdica, abrir espaço para uma reflexão sobre a vida sexual de cada um e o impacto causado na sociedade quando fatores de prevenção não são levados em consideração.

O uso do preservativo foi um ponto importante abordado, tendo em vista as muitas dúvidas que surgiram ao longo da conversa. A utilização de suporte material, como próteses e preservativos, chamou muito a atenção dos alunos para o manuseio correto, os cuidados que exigem, e a importância que o preservativo exerce como redutor de danos.

A roda de conversa separada por gênero foi muito pertinente, tendo em vista que o uso de metodologia participativa, como a roda de conversa, cria um espaço de discussão e de construção de conhecimento compartilhado entre os indivíduos que participam da atividade (JEOLÁS; FERRARI, 2003). Ao serem dispostos dessa forma, tanto os alunos do sexo feminino quanto do sexo masculino puderam ficar mais à vontade para expor suas dúvidas, preocupações e sentimentos relacionados ao tema, o que possibilitou minimizar quaisquer barreiras que pudessem impedir a fluidez do assunto abordado e de discorrerem a respeito de suas experiências.

Conclusão

Contemplar todos os assuntos que envolvem sexualidade e adolescência constitui-se um desafio, principalmente pelo fato de que a maneira como se aborda o assunto deve privilegiar um espaço de conscientização que promova o empoderamento por parte desse público que já tem um conhecimento particular sobre o tema e vivencia isso diariamente pela mídia e pelo contato com seus colegas de escola.

O envolvimento da ESF Vila Belmiro com as questões de saúde pública na tentativa de fazer um trabalho preventivo em uma área de sua abrangência mostra a preocupação em identificar as demandas do território e articular ações juntamente com a escola por meio de programas já instituídos para prevenção de doenças e promoção de saúde, que, nesse caso específico, envolveu a educação para a saúde sexual. Nesse contexto, a Residência Multiprofissional em Saúde da Família apresenta-se como alternativa para promover mudanças na prática assistencial em saúde e possibilitar trocas efetivas de saberes e prá-

ticas (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010) ao adotar a escola como espaço favorável para a realização de um trabalho em conjunto com a ESF e, a partir daí, construir uma nova realidade de saúde ao promover pequenas ações, como a experiência relatada neste capítulo.

Referências

ALTMANN, H.; MARTINS, C. J. Educação Sexual: ética, liberdade e autonomia. **Educar**, Curitiba, n. 35, p. 63-80, 2009.

ARAUJO, M. S. P.; COSTA, L. O. B. F. Contracepção e Gravidez na Adolescência – Mesa Redonda - Gravidez na Adolescência. **Nascer e Crescer**, Porto, v. 19, n. 3, set./out. 2010.

BRANDÃO, E. R.; HEILBORN, M. L. Sexualidade e gravidez na adolescência entre jovens de camadas médias do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 7, p. 1.421-1.430, jul. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 out. 2011.

CHALEM, E. et al. Gravidez na adolescência: perfil sócio-demográfico e comportamental de uma população da periferia de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 177-186, jan. 2007.

CRICIÚMA. Secretaria Municipal do Sistema Social. **Relatório Final da Realidade da Criança e do Adolescente de Criciúma**. Criciúma, 2012. 234 p.

DIAS, A. C. G.; TEIXEIRA, M. A. P. Gravidez na adolescência: um olhar sobre um fenômeno complexo. **Paideia**, Porto Alegre, v. 20, n. 45, p.123-131, jan./abr. 2010.

GOMES, A. M. A. et al. Código dos direitos e deveres da pessoa hospitalizada no SUS: o cotidiano hospitalar na roda de conversa. **Interface**, v. 12, n. 2, p. 773-782, out. 2008.

JEOLÁS, L. S.; FERRARI, R. A. P. Oficinas de prevenção em um serviço de saúde para adolescentes: espaço de reflexão e de conhecimento compartilhado. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 611-620, nov. 2003.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Sistema IBGE de Recuperação Eletrônica (SIDRA)**. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?codmun=420460>>. Acesso em: 06 nov. 2013.

LÖHR, S. S. et al. Avaliação de programas preventivos: relato de experiência. **Psicologia em estudo**, Maringá, v. 12, n. 3, set./out. 2007.

MANDRÁ, P. P.; SILVEIRA, F. D. F. Satisfação de usuários com um programa de Roda de Conversa em sala de espera. **Roda de Conversa em Fonoaudiologia**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 186-193, ago. 2013.

NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. Competências profissionais e o processo de formação na residência multiprofissional em Saúde da Família. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 814-824, abr. 2010.

NERY, I. S. et al. Reincidência da gravidez em adolescentes de Teresina, PI, Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 1, p. 31-37, jan./fev. 2011.

PAPALIA, D. E.; OLDS, S. W. **Desenvolvimento humano**. 10. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2009.

QUIRINO, G. S.; ROCHA, J. B. T. Sexualidade e educação sexual na percepção docente. **Educar em Revista**, Curitiba, n. 43, p. 205-224, jan./mar. 2012.

REIS, C. B.; SANTOS, N. R. Relações desiguais de gênero no discurso de adolescentes. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 10, p. 3.979-3.984, out. 2011.

RODRIGUES, M. J. Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) na Adolescência. **Nascer e Crescer**. Porto, v. 19, n. 3, 2010.

SAAVEDRA, L.; NOGUEIRA, C.; MAGALHÃES, S. Discursos de jovens adolescentes portugueses sobre sexualidade e amor: implicações para a educação sexual. **Educação e Sociedade**, Campinas, v. 31, n. 110, p. 135-156, jan./mar. 2010.

SOUZA, M. M. et al. Programa educativo sobre sexualidade e DST: relato de experiência com grupo de adolescentes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 1, jan./fev. 2007.

TONATTO, S.; SAPIRO, C. M. Os Novos Parâmetros Curriculares das Escolas Brasileiras e Educação Sexual: Uma Proposta de Intervenção em Ciências. **Psicologia & Sociedade**, Porto Alegre, v. 14, n. 2, p. 163-175, jul./dez. 2002.

VILAR, D. Questões atuais sobre a educação sexual num contexto de mudança. In: FONSECA, L.; SOARES, C.; MACHADO, J. V. **A sexologia**: perspectiva multidisciplinar. 2. ed. Coimbra: Quarteto, 2003. p. 155-184.

ZAMBERLAN, M. A. T. et al. Relações familiares e adolescência. In: ZAMBERLAN, M. A. T. **Psicologia e prevenção**: modelos de intervenção na infância e na adolescência. Londrina: UEL, 2003. p. 29-63.

CAPÍTULO 9

Contribuições de um Programa de Exercícios Físicos sobre Parâmetros da Composição Corporal em Mulheres Adultas Atendidas por uma Estratégia Saúde da Família do Município de Criciúma - SC

Vanise dos Santos Ferreira Viero¹

Josete Mazon²

Priscyla Waleska Targino de Azevedo Simões³

Joni Marcio de Farias⁴

Resumo

O exercício físico contribui para a manutenção e melhora das variáveis da aptidão física relacionadas à saúde. Assim, o objetivo deste capítulo é verificar as contribuições de um programa de exercício físico sobre as variáveis da composição corporal de mulheres atendidas por uma Estratégia Saúde da Família, do município de Criciúma (SC). Trata-se de uma pesquisa descritiva e transversal do tipo estudo de caso. A população do estudo foi constituída

¹ Profissional de Educação Física. Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Criciúma. SC, Brasil. *E-mail:* vanisedossantos@hotmail.com

² Mestre em Ciências Biológicas. Coordenadora de Atividades do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Criciúma. SC, Brasil. *E-mail:* jmz@unesc.net

³ Doutora em Ciências da Saúde. Professora do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Criciúma. SC, Brasil. *E-mail:* pri@unesc.net

⁴ Profissional de Educação Física. Tutor do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC, Criciúma. SC, Brasil. *E-mail:* jmf@unesc.net

por dez mulheres, voluntárias, com média de idade de $55,9 \pm 7,72$ anos, residentes na área de abrangência de uma Estratégia Saúde da Família. Foram avaliados os dados pré e pós-intervenção das variáveis da composição corporal (peso, índice de massa corporal, percentual de gordura, circunferência da cintura e circunferência abdominal). O programa de exercícios físicos consistiu em: alongamentos, caminhadas e exercícios de resistência muscular localizada. Os resultados foram expressos em média e desvio padrão e analisados pelo programa Statistical Package for the Social Sciences versão 20.0. Após os três meses de intervenção, pôde-se observar uma discreta melhora nas variáveis da composição corporal das participantes, porém apenas a circunferência abdominal apresentou diminuição significativa ($96,17 \pm 9,02$ / $95,44 \pm 8,78$). Considerou-se que o programa de exercício físico contribuiu para a melhora e manutenção dos aspectos da composição corporal da população investigada. Esse tipo de intervenção em Estratégia Saúde da Família é especialmente importante para a promoção da saúde, pois favorece a construção de um estilo de vida ativo e saudável e melhora da qualidade de vida da comunidade assistida.

Palavras-chave: Exercício. Composição corporal. Saúde coletiva.

Introdução

Nos últimos anos, o Brasil vem passando por processos de transição demográfica, epidemiológica e nutricional, e o conjunto dessas transições vem modificando o processo saúde-doença da população, com aumento desordenado da comorbidade, como sobrepeso e obesidade e mortalidade por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) (MALTA et al., 2006).

Diante deste cenário, o Ministério da Saúde (MS) assumiu como prioridade a estruturação de estratégias e políticas públicas de promoção da saúde e prevenção de doenças (Portaria n° 648/2006; Portaria n° 687/2006 e Portaria n° 154/2008) (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2006b; BRASIL, 2008). Nessas estratégias, a atividade física vem recebendo des-

taque, reflexo da importância conferida a um estilo de vida ativo como fator de promoção e proteção da saúde (MALTA et al., 2009).

Apesar da ampla apresentação na literatura sobre os benefícios da atividade física para a saúde (MATSUDO; MATSUDO, 2000), ainda se observa um número elevado de pessoas inativas fisicamente em nosso país. Estudos de base populacional indicam que a prevalência de inatividade física em adultos brasileiros aproxima-se de 30% (LOPES et al., 2010; SIQUEIRA et al., 2009), e quando considerado apenas o domínio de atividade física no lazer, a prevalência aumenta para 70% (ZANCHETTA et al., 2010). Esses dados são alarmantes, uma vez que a inatividade física é apontada como um dos principais fatores para as doenças cardiovasculares (MATSUDO; MATSUDO, 2000).

A necessidade de implantação de programas de atividades físicas é premente nos diversos contextos, como: praças públicas, praias, parques, centros comunitários e também em Unidades Básicas de Saúde (UBS), com o objetivo de atender as propostas recomendadas pelo MS, que visam aumentar o nível de atividade física da população, conseqüentemente aumentando a longevidade com autonomia, mas principalmente servindo como uma estratégia no controle do peso corporal.

Diante deste contexto, o objetivo do estudo foi verificar as contribuições de um programa de atividades físicas sobre os parâmetros da composição corporal em mulheres atendidas por uma Unidade Básica de Saúde com Estratégia Saúde da Família (ESF), no município de Criciúma, Santa Catarina.

Metodologia

Este estudo aborda uma pesquisa descritiva e transversal do tipo estudo de caso, que, segundo Thomas e Nelson (2002), caracteriza-se como aquela que observa, registra, analisa e correlaciona fatos ou fenômenos sem manipulá-los. O protocolo do estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) em Seres Humanos da Universidade do Extremo Sul Catarinense, sob o protocolo 29.610/2012. A participação dos sujeitos foi voluntária e realizada após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A população participante do estudo foi constituída por dez mulheres, com idade média de $55,9 \pm 7,72$ anos, residentes da área de abrangência da ESF Nova Esperança do município de Criciúma, SC.

Após a inserção da profissional de educação física e residente do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC) na ESF, foram criados grupos de atividades físicas para diferentes faixas etárias, com o intuito de possibilitar essa prática direcionada à promoção da saúde e da qualidade de vida da comunidade assistida.

O programa de exercício físico foi oferecido de maneira gratuita. Contou com a participação efetiva das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), para a divulgação e convite no momento das visitas às famílias. Ao término do período de inscrição, foi realizado um encontro com as ingressantes para o esclarecimento de todos os procedimentos da pesquisa, (cronograma das ações educativas, avaliações físicas, dias e horários do treinamento físico e entrega do TCLE), sendo que todos esses procedimentos foram realizados na ESF do bairro.

Os critérios de inclusão adotados neste estudo foram: a) possuir atestado médico; b) devolução do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido preenchido e assinado; c) participar da coleta dos dados inicial e final; d) ter frequência mínima de três dias semanais. Foram excluídas da pesquisa as participantes que não apresentaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado e presença inferior a 75% (setenta e cinco por cento).

Para realização das medidas antropométricas, foram seguidas orientações estabelecidas por Guedes e Guedes (2006). A massa corporal foi avaliada com a utilização de uma balança digital da marca Filizola® com precisão de 10g e capacidade máxima de 150 kg. A estatura foi aferida com um estadiômetro de parede, da marca Seca®. O Índice de Massa Corpórea (IMC) foi calculado por meio do quociente da massa corporal (kg) pela estatura (m) ao quadrado. O IMC foi classificado nas categorias sobrepeso e obesidade, que compreende os valores $\leq 25,0 \text{ kg/m}^2$ e $\geq 30,0 \text{ kg/m}^2$ respectivamente (OMS, 2010).

Para mensuração da circunferência da cintura, abdômen e quadril utilizou-se uma fita métrica inextensível da marca Cardiomed® escalonada em 0,1cm. A circunferência do abdômen foi classificada pelas categorias normal, aumentado e aumentado substancialmente, que compreendem as medidas ≤ 80 cm, de 80,1 cm a 87,9 cm, e ≥ 88 cm, respectivamente (OMS, 2010).

Para avaliação da composição corporal foi calculado o percentual de gordura por meio da mensuração das dobras cutâneas com auxílio de um adipômetro científico da marca TOPTEC-Cescorf®, pressão constante de 10 g/mm² na superfície de contato e precisão de 1 mm, sendo a densidade corporal calculada por meio das dobras cutâneas (tríceps, subescapular, suprailíaca e panturrilha), utilizando a equação generalizada desenvolvida por Petroski (1995, *apud* PETROSKI, 2009). O percentual de gordura foi calculado utilizando-se a fórmula proposta por Siri (1961, *apud* PETROSKI, 2009), e classificado em duas categorias denominadas de acima da média e muito alta, que compreendem os valores entre $\leq 24\%$ e $\geq 32\%$, respectivamente (LOHMAN, 1992, *apud* PETROSKI, 2009).

Os exercícios físicos foram realizados no centro comunitário do bairro e consistiu em: alongamentos (iniciais e finais), exercícios aeróbios e exercícios de resistência muscular localizada. A intensidade prescrita foi de 50% a 70% da Frequência Cardíaca (FC) de reserva, com duração total de 60 minutos, e frequência semanal de cinco vezes na semana, no período matutino. A frequência cardíaca foi controlada durante toda a atividade a cada 15 minutos de exercícios.

Os dados foram expressos em média e desvio padrão, e a normalidade foi verificada pelo teste de Shapiro Wilk. Para comparação dos dados para amostras dependentes, foi realizado o teste T de Student. O nível de significância estabelecido pelo teste estatístico foi de 0,05, utilizando o pacote estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 20.0.

Resultados/Discussão

As UBS são consideradas locais privilegiados para a implantação de programas de exercício físico, visto que atendem parte da população que não possui acesso a essas atividades ou que pertencem a minorias altamente suscetíveis a um estilo de vida inativo (gênero feminino, idade mais avançada e baixo nível econômico).

De modo geral, o presente estudo demonstrou que o programa de exercício físico com duração de três meses contribuiu positivamente nos parâmetros da composição corporal da população investigada.

Para melhor análise e compreensão dos resultados, a Tabela 1 apresenta o perfil antropométrico com o valor mínimo, médio, Desvio Padrão (DP) e máximo da idade, peso corporal, IMC, circunferência da cintura, circunferência abdominal, circunferência do quadril e percentual de gordura. Nos dados são observadas algumas diferenças, além da idade distinta das participantes.

Tabela 1 - Perfil antropométrico das participantes.

Variáveis	Média ± DP	Mínimo	Máximo
Idade (anos)	55,90±7,72	44,0	70,00
Peso (Kg)	67,19±8,53	57,90	86,20
IMC (kg/m²)	27,59±2,82	24,10	32,85
CC (cm)	86,68±7,89	74,00	99,00
CA (cm)	96,17±9,02	83,80	112,00
CQ (cm)	101,73±5,17	96,20	111,00
%G (%)	35,04±3,53	31,05	41,07

DP= Desvio Padrão; IMC= Índice de Massa Corporal; CC= Circunferência da Cintura; CA= Circunferência do Abdômen; CQ= Circunferência do Quadril; %G= Percentual de Gordura.

Fonte: Elaborada pelos autores.

O perfil antropométrico observado nas mulheres deste estudo indicou percentual de gordura, circunferência da cintura, circunferência abdominal e IMC acima dos padrões de normalidade, indicadores esses que elevam as chances do desenvolvimento de doenças e riscos à saúde. O excesso de peso e a obesidade estão associados a uma série de fatores de risco de doenças, especialmente aquelas relacionadas ao sistema cardiovascular (ENES; SLATER, 2010).

Em relação ao IMC e circunferência da cintura, Bezerra et al. (2012) encontraram dados semelhantes em mulheres adultas praticantes de atividade física em um programa de orientação física e nutricional do município de São Luís, Maranhão, característica essa também observada no estudo de Matsudo et al. (2002). Ao analisar esses perfis, pôde-se observar que a maior parte da população que procura programas para mudanças no estilo de vida são mulheres de 50 anos ou mais, com excesso de peso e com distribuição de gordura localizada da região central do corpo.

Na Tabela 2, observam-se os resultados após os três meses de intervenção sobre os parâmetros da composição corporal de mulheres adultas. Em relação ao peso corporal, verifica-se uma discreta diminuição após a intervenção ($67,19 \pm 2,69 / 66,64 \pm 2,71$). Ao se observar a variável do IMC, as participantes foram classificadas com sobrepeso, não apresentando modificação significativa após a intervenção ($27,59 \pm 2,83 / 27,36 \pm 2,88$). O mesmo se observa no percentual de gordura ($35,04 \pm 3,60 / 35,00 \pm 3,53$).

Tabela 2 - Pré e pós Programa de Exercício Físico.

Variáveis	Pré-treino	Pós-treino	p
Variáveis	Média ± DP	Média ± DP	p
Peso (Kg)	67,19±2,69	66,64±2,71	0,17
IMC (kg/m²)	27,59±2,82	27,36±2,88	0,17
CC (cm)	86,68±2,88	86,06±8,02	0,23
CA (cm)	96,17±9,02	95,44±8,78*	0,01
CQ (cm)	101,73±5,17	101,47±5,14	0,49
%G (%)	35,04±3,60	35,00±3,53	0,87

DP= Desvio Padrão; IMC= Índice de Massa Corporal; CC= Circunferência da Cintura; CA= Circunferência do Abdômen; CQ= Circunferência do Quadril; %G= Percentual de Gordura; p= Valor significativo; *= Diferença estatística significativa ($p \leq 0,05$).

Fonte: Elaborada pelos autores.

Embora não tenha sido constatada uma diminuição significativa nas variáveis descritas acima, a manutenção delas já é um fator considerado positivo para a saúde, pois reduzem o risco de doenças e outros agravos.

Na circunferência abdominal ($96,17 \pm 9,02/95,44 \pm 8,78$), as participantes foram classificadas com risco denominado de aumentado substancialmente para doenças cardiovasculares, apresentando diminuição significativa de $p= 0,01$ após três meses no programa. Resultados semelhantes foram encontrados por Lee et al. (2005), que, ao final de três meses de exercícios físicos, revelaram diminuição significativa da gordura da região abdominal, sem alteração da variável do IMC.

Segundo Francischi et al. (2000), o acúmulo de gordura na região abdominal é o mais grave fator de risco para doença cardiovascular e de distúrbio homeostase glicose-insulina do que a obesidade generalizada. Assim, a sua diminuição reduz consideravelmente a chance de complicações (HASSELMANN et al., 2008), sendo o exercício físico fundamental neste processo (MACÊDO; SILVA, 2009).

Os resultados obtidos no presente estudo sugerem o desenvolvimento de programas de exercício físico em UBS, visto que se tornam uma estratégia relevante para a melhoria da condição de saúde e prevenção de doenças em mulheres acima de 50 anos.

Vale ressaltar que a implantação e a oferta de programas com a característica do presente estudo representam uma estratégia que poderá aumentar o nível de atividade física da população, além de minimizar os efeitos deletérios provenientes de DCNT em indivíduos nessa faixa etária, tradicionalmente mais afetada.

Conclusão

A partir dos resultados apresentados, conclui-se que o programa de exercício físico contribuiu para a melhora e manutenção dos aspectos da composição corporal. No entanto, essas intervenções precisam de um tempo maior de duração para avaliar as suas contribuições a longo prazo.

Os programas de exercício físico em ESF são especialmente importantes para a promoção da saúde, pois favorecem a construção de um estilo de vida ativo e saudável e melhora a qualidade de vida da comunidade assistida.

Vale ressaltar que o profissional de educação física exerce um papel muito importante neste cenário, pois a sua atuação pode representar um grande impacto na melhoria dos índices de saúde da população e redução nos custos relacionados à saúde pública.

Referências

BEZERRA, J. O. et al. Avaliação antropométrica e hábitos de vida de mulheres a partir de 50 anos praticantes de atividade física em um programa de orientação física e nutricional em São Luís – MA. **Revista Ciências da Saúde**, São Luís, v. 14, n. 2, p. 87-94, jul./dez. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 648 GM, de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF, 2006b. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>>. Acesso em: 04 nov. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/portaria154_24_01_08.pdf>. Acesso em: 04 nov. 2013.

ENES, C. C.; SLATER, B. Obesidade na adolescência e seus principais fatores determinantes. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 13, n. 1, p. 163-171, 2010.

FRANCISCHI, R. P. P. et al. Obesidade: Atualização sobre sua etiologia, morbidade e tratamento. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 13, n. 1, p. 17-28, jan./abr. 2000.

GUEDES, D. P.; GUEDES, J. E. R. P. **Manual prático para avaliação em educação física**. Barueri: Manole, 2006.

HASSELMANN, M. H. et al. Associação entre circunferência abdominal e hipertensão arterial em mulheres: Estudo Pró-Saúde. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. 1187-1191, maio 2008.

LEE, S. J. et al. Cardiorespiratory fitness attenuates metabolic risk independent of abdominal subcutaneous and visceral fat in men. **Diabetes Care**, v. 28, p. 895-901, 2005.

LOPES, J. A. et al. Fatores associados à atividade física insuficiente em adultos: estudo de base populacional no sul do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 13, n. 4, p. 689-698, 2010.

MACÊDO, D.; SILVA, M. S. Efeitos dos programas de exercícios aeróbio e resistido na redução da gordura abdominal de mulheres obesas. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, v. 17, n. 4, p. 47-54, 2009.

MALTA, D. C. et al. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 15, n. 3, set. 2006

MALTA, D. C. et al. A Política Nacional de Promoção da Saúde e a agenda da atividade física no contexto do SUS. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 18, n. 1, 2009.

MATSUDO, S. M. et al. Perfil antropométrico de mulheres maiores de 50 anos, fisicamente ativas, de acordo com a idade cronológica - evolução de 1 ano. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**. Brasília, v. 10, n. 2, p. 15-26, abr. 2002.

MATSUDO, S. M.; MATSUDO, V. K. R. Evidências da importância da atividade física nas doenças cardiovasculares e na saúde. **Revista Diagnóstico e tratamento**, v. 5, n. 2, p. 10-17, 2000.

OMS. **Organização Mundial da Saúde**. 2010. Disponível em: <<http://www.who.int/en/>>. Acesso em: 10 set. 2011.

PETROSKI, E. L. **Antropometria: técnicas e padronizações**. 4. ed. Porto Alegre: E. L. Petroski, 2009. 182 p.

SIQUEIRA, F. V. et al. Aconselhamento para a Prática de Atividade Física como Estratégia de Educação à Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 1, p. 203-213, 2009.

THOMAS, J. R.; NELSON, J. K. **Métodos de pesquisa em atividade física**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002. 419 p.

ZANCHETTA, L. et al. Inatividade física e fatores associados em adultos. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 13, n. 3, p. 387-399, 2010.

CAPÍTULO 10

Prevalência de Síndrome Metabólica na População Adulta cadastrada a partir de 2010 em Três Comunidades da Cidade de Araranguá/SC

Juruciara Cristiano Martins¹

Bárbara Regina Alvarez²

Mônica Martins Binatti³

Josete Mazon⁴

Resumo

A síndrome metabólica (SM) é caracterizada por um distúrbio na função metabólica, que aumenta o desenvolvimento de doenças cardiovasculares e de diabetes mellitus tipo 2. O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) é composto por equipes de profissionais da saúde de diferentes áreas de conhecimento, para atuarem em associação com a equipe da Estratégia Saúde da Família na Unidade Básica de Saúde (UBS). Os profissionais de Educação física podem ser inseridos na equipe do NASF, a fim de garantir a promoção e a manutenção da saúde, assegurando condições de bem-estar físico e social. Este capítulo tem como objetivo apresentar os resultados obtidos com a avaliação da prevalência da SM em adultos cadastrados em duas UBS

¹ Graduada do Curso de Bacharelado em Educação Física da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Criciúma. SC, Brasil. *E-mail:* jm@jm.net

² Professora Doutora da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Criciúma. SC, Brasil. *E-mail:* bra@unesc.net

³ Graduanda do Curso de Bacharelado em Educação Física da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Criciúma. SC, Brasil. *E-mail:* monicabinatti@hotmail.com

⁴ Professora Mestre da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Criciúma. SC, Brasil. *E-mail:* jmz@unesc.net

do município de Araranguá/SC. A pesquisa caracteriza-se como quantitativa, descritiva, de análise documental. A população foi composta por prontuários de adultos com idade ≥ 20 anos de duas Unidades Básicas de Saúde. Foram considerados portadores de síndrome metabólica aqueles que continham os seguintes fatores: pressão arterial sistólica (PAS) ≥ 130 mmHg e pressão arterial diastólica (PAD) ≥ 85 mmHg; triglicérides ≥ 150 mg/dl; e HDL colesterol masculino e feminino < 40 mg/dl e < 50 mg/dl. Dos 2.946 prontuários, 522 continham as informações necessárias, sendo 346 de mulheres e 176 de homens. A prevalência de síndrome metabólica foi de 29%, em mulheres 27% e 32% em homens. A prevalência de SM foi alta nas UBS de Araranguá. Os homens foram mais acometidos com a doença, além da alta prevalência de indivíduos com hipertensão arterial sistólica, obesidade e diabetes melitus tipo 2.

Palavras-chave: Prevalência. Síndrome metabólica. Adultos.

Introdução

A síndrome metabólica (SM) é caracterizada por um distúrbio na função metabólica, que faz aumentar em duas vezes o surgimento de doenças cardiovasculares e em cinco vezes o desenvolvimento de diabetes mellitus tipo 2 (DM2), (CARVALHO, 2005; DIAS; CAMPOS, 2012; FERREIRA et al., 2011). Hipertensão arterial sistêmica (HAS), obesidade abdominal, dislipidemias e resistência à insulina são preditores considerados definidores da SM (CARVALHO, 2005; GOGIA; AGARWAL, 2006).

Pesquisas realizadas nos Estados Unidos da América, em 2003, indicaram que 25% da população do país, acima de 20 anos de idade, são portadoras da SM (SZURKOWSKA et al., 2005).

A obesidade é caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura, compondo um dos principais fatores responsáveis por distúrbios no metabolismo lipídico. A concentração de células adiposas na região central do tronco está intimamente relacionada a doenças cardiovasculares, disli-

pidemias, e ao desenvolvimento de SM e DM2 (LINHARES et al., 2012; VENKAT et al., 2006).

A HAS é atribuída ao aumento dos níveis pressóricos e constitui a principal causa de morbidade e mortalidade da população, e cerca de 30% dos adultos brasileiros são hipertensos (SALAROLI et al., 2007; PASSOS, 2006).

A SM, HAS, DM2 e a obesidade são condições crônicas que desafiam a saúde pública mundial, principalmente nos países em desenvolvimento, como o Brasil.

A UBS é o local onde a equipe multidisciplinar da Estratégia Saúde da Família (ESF) atua. As equipes da ESF servem como porta de entrada da população para atenção primária e atuam em ações de prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade. Com intuito de auxiliar a ESF na rede de serviços, aumentar a abrangência e ampliar as ações da Atenção Primária bem como sua resolutividade, o Ministério da Saúde criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), com a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, republicada em 04 de março de 2008¹ (BRASIL, 2008).

O NASF é formado por equipes compostas de profissionais da saúde de diferentes áreas do conhecimento, para atuarem em associação com a equipe do ESF, trabalhando em conjunto com as equipes (SANTOS, 2008).

Dados quantitativos do perfil epidemiológico dos usuários das unidades básicas de saúde (UBS) podem favorecer a implantação de estratégias e ações na prevenção e tratamento da SM e de outras patologias associadas e inclusive subsidiar a escolha dos profissionais necessários para compor o Núcleo de Apoio da Saúde da Família (NASF) de cada região, para o auxílio eficaz da Estratégia Saúde da Família (ESF) na prevenção e tratamento da síndrome (MIRANZI et al., 2008; BRASIL, 2008; SANTOS, 2008). Os profissionais de educação física podem ser inseridos na equipe do NASF, contribuindo para o importante papel da prevenção de doenças, da promoção e manutenção da saúde, garantindo condições de bem-estar físico, mental e social (SANTOS, 2008).

¹Posteriormente, esta Portaria foi revogada pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Buscou-se então, por meio deste estudo, determinar a prevalência da Síndrome Metabólica e seus componentes em adultos cadastrados em duas UBS do município de Araranguá/SC, abrangendo três comunidades.

Metodologia

A pesquisa é de caráter quantitativo descritivo com análise documental (CERVO; SILVA; BERVIAN, 2007).

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, sob o número do parecer 278.735 com data da relatoria de 29/05/2013. Os procedimentos iniciaram com a identificação de duas UBS da cidade de Araranguá escolhidas aleatoriamente. Após a identificação, o pesquisador fez contato telefônico com os responsáveis das UBS para agendar as visitas.

A população do estudo foi constituída por prontuários de adultos com idade ≥ 20 anos, cadastrados a partir de 2010, em duas UBS do município de Araranguá/SC, sendo uma dessas unidades abrange duas comunidades.

Foi verificado o número de adultos com idade ≥ 20 anos, cadastrados a partir de 2010 nas duas UBS. Após a quantificação, os prontuários que possuíam todas as informações necessárias para a presente pesquisa foram retirados para análise a fim de identificar os requisitos para determinação da SM segundo a I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da SM (CARVALHO, 2005; DIAS; CAMPOS, 2012; GOGIA; AGARWAL, 2006). Neste estudo, foram considerados portadores de SM aqueles que continham os seguintes fatores: pressão arterial sistólica (PAS) ≥ 130 mmHg e pressão arterial diastólica (PAD) ≥ 85 mmHg; triglicerídeos ≥ 150 mg/dl; e HDL-colesterol masculino e feminino < 40 mg/dl e < 50 mg/dl, respectivamente.

Para a coleta de dados foi utilizada planilha do *software* Microsoft Excel 2007 para organização das informações necessárias para o estudo (idade, peso, altura, IMC, PAS e PAD, triglicerídeos, HDL colesterol, colesterol total, LDL colesterol).

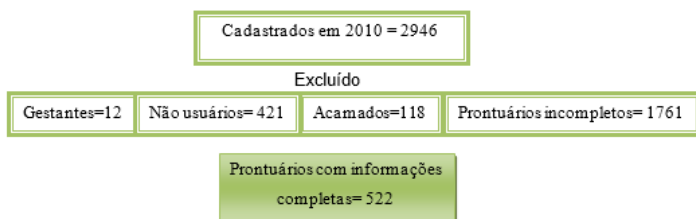
Os dados estão expressos em média, desvio padrão, frequência absoluta e relativa. A normalidade dos dados foi verificada pelo Teste de Kolmo-

gorov-Smirnov, identificando dados normais. O teste de Levene foi utilizado para observar a homogeneidade das variâncias. Para verificar diferenças entre grupos, foram utilizados o teste t de student (amostra dividida em 2 grupos) e o teste Anova (Amostra dividida em 3 ou mais grupos), com o Post-Hoc de Tukey para identificar as diferenças entre os grupos, através do pacote estatístico SPSS (17). Para identificar relação entre variáveis quantitativas foi utilizada a correlação de Pearson. Para todas as análises, a diferença significativa utilizada foi de $p \leq 0,05$.

Resultados

Havia 2.946 prontuários; desses, somente 522 atendiam aos critérios de inclusão (prontuários com informações completas), cujos dados estão detalhados na Figura 1.

Figura 1 - População do estudo e perda amostral.



Fonte: Elaborada pelos autores.

Fizeram parte da amostra 346 prontuários de mulheres e 176 de homens. As características gerais da amostra estão expostas na Tabela 1.

Tabela 1 – Característica Geral da Amostra.

Variáveis	Total n=522 (100%) Média ± DP	Mulheres n=346(66%) Média ± DP	Masculino n=176 (34%) Média ± DP	Valor de p
Idade (anos)	53 ± 13	53 ± 15	53 ± 13	
Peso (kg)	75 ± 15	72 ± 14	79 ± 15	
Altura (cm)	160 ± 8	156 ± 6	168 ± 7	
IMC (kg/m ²)	29 ± 5	29 ± 5	28 ± 5	

Colesterol total (mg/dL)	200 ± 43	203 ± 42	193 ± 44	p = 0,01*
HDL (mg/dL)	45 ± 12	47 ± 13	41 ± 10	p= 0,03*
LDL (mg/dL)	127 ± 38	129 ± 38	125 ± 37	
Triglicerídeos (mg/dL)	154 ± 81	152 ± 77	160 ± 88	
PAS (mmHG)	125 ± 18	124 ± 19	128 ± 16	p= 0,02*
PAD (mmHg)	79 ± 13	80 ± 13	80 ± 12	

IMC (índice de massa corporal); HDL (lipoproteína de alta densidade); LDL (lipoproteína de baixa densidade); PAS (pressão arterial sistólica); PAD (pressão arterial diastólica). Dados apresentados em: n= números; Média; ± desvio-padrão. *Nível de significância do Teste t de Student ($p \leq 0,05$).

Fonte: Elaborada pelos autores.

A média de idade da amostra foi de 53 ± 13 anos sem diferença entre os gêneros. O IMC de homens e mulheres obteve média 29 ± 5 , constatando sobrepeso. Houve diferença significativa entre homens e mulheres nas variáveis: Colesterol total, HDL e PAS.

Na amostra estudada 29% apresentaram SM, como mostra a Tabela 2. Observou-se predominância de SM em homens (32%) e 27% entre as mulheres. Houve diferença significativa ($p < 0,05$) entre homens e mulheres nas seguintes variáveis: Colesterol total, HDL, LDL, e Triglicerídeos.

Tabela 2 - Prevalência de síndrome metabólica e valores antropométricos, níveis lipídicos e hemodinâmicos da amostra.

Variáveis	Mulheres	Homens	Valor de p
	Presença de SM n= 92 (27%) Média ± DP	Presença de SM n=58 (32%) Média ± DP	
Idade (anos)	56 ± 10	55 ± 12	
Peso (kg)	75 ± 11	86 ± 14	
Altura (cm)	156 ± 6	168 ± 6	
IMC (kg/m ²)	31 ± 5	30 ± 4	
Colesterol total (mg/dL)	229 ± 83	208 ± 42	p= 0,03*
HDL (mg/dL)	36 ± 5	34 ± 5	p= 0,02*

LDL (mg/dL)	155 ± 79	138 ± 40	p= 0,03*
Triglicerídeos (mg/dL)	240 ± 84	295 ± 180	p= 0,002*
PAS (mmHG)	131 ± 19	131 ± 14	
PAD (mmHg)	85 ± 11	85 ± 9	

Total = Prevalência de 29%.

Legenda: IMC (índice de massa corporal); HDL (lipoproteína de alta densidade); LDL (lipoproteína de baixa densidade); PAS (pressão arterial sistólica); PAD (pressão arterial diastólica). Dados apresentados em: n= números; Média; ± desvio-padrão. *Nível de significância do Teste t de Student ($p \leq 0,05$).

Fonte: Elaborada pelos autores.

A Tabela 3 identifica o índice de indivíduos portadores das principais doenças crônicas degenerativas não transmissíveis (DCNT). A obesidade ganhou parâmetros notórios tendo prevalência de 42% na amostra, sendo que as mulheres apresentam maior percentual (47%). Da amostra, 39% são hipertensos; os homens com 42% são mais acometidos pela patologia. Para a DM2 não houve diferença entre os gêneros e a prevalência geral é de 15%.

Tabela 3 - Prevalência de doenças crônicas degenerativas não transmissíveis.

DCNT	Mulheres	Homens	Total
	n (%)	n (%)	n (%)
Obesidade	161 (47%)	57 (32%)	218 (42%)
Hipertensão	129 (37%)	75 (42%)	204 (39%)
DM2	57 (16%)	25 (14%)	82 (15%)

Legenda: DM2 (diabetes mellitus tipo 2).

Fonte: Elaborada pelos autores.

Analisando diferenças na amostra e dividindo-a em grupos pela presença de DCNT, encontra-se apenas diferença significativa na análise da variável triglicérida. O grupo que não possui doença obteve média inferior à dos grupos com DCNT. Separando a amostra por grupos de faixas etárias, observou-se um crescimento significativo dos níveis das variáveis colesterol total e triglicéridos conforme o aumento da idade.

Discussão

Dos prontuários selecionados, houve predominância de mulheres (66%) na amostra. Em praticamente todos os artigos encontrados, o número de mulheres usuárias das UBS varia entre 60% a 80% (COSTA et al., 2009; LIMA et al., 2011; OLIVEIRA; LANGE, 2011). Os resultados obtidos na presente pesquisa, quanto ao gênero, corroboram os de Lima et al. (2011), que analisou o perfil de adultos cadastrados em três UBS do município de Pelotas/RS, sendo que 69% eram mulheres e 31% homens. O estudo ainda confirma números publicados no DATASUS, onde o percentual de mulheres que são atendidas pelas UBS varia entre 60% e 65% (BRASIL, 2012). Esse fato, segundo Zaitune (2006), pode ser justificado, pois as mulheres geralmente preocupam-se mais com a saúde quando comparadas aos homens.

Na análise da idade dos usuários das UBS, observou-se predominância nas faixas etárias entre 40 a 59 anos, sendo que a média de idade da amostra foi de 53 ± 15 anos. Em concordância, Fleith et al. (2008) identificaram no perfil de usuários da Atenção Básica de Saúde de Lorena/SP, faixa etária semelhante, tendo média de idade menor de 46 anos. Pereira et al. (2012) constataram média inferior 37 ± 12 nas UBS de Santa Maria/RS. Contrapondo a pesquisa de Santa Maria e concordando com os dados do presente estudo, Moser et al. (2011) encontraram faixa etária semelhante em um bairro de Itaquí/RS, em um estudo que objetivou identificar o perfil de cadastrados no sistema Hiperdia, procedendo à análise de prontuários.

Analisando os dados bioquímicos que obtiveram diferenças significativas entre homens e mulheres, foi constatado que as mulheres dessa amostra possuem HDL colesterol com níveis mais elevados que o dos homens. Os resultados desse fator no presente estudo corroboram uma pesquisa que avaliou 1.162 indivíduos, encontrando níveis de HDL maiores em mulheres quando comparados ao de homens (GIANNINI et al., 1992).

Estudos dirigidos isoladamente no Brasil informam um significativo aumento da prevalência de SM em adultos (SALAROLI et al., 2007; PIMENTA; GAZZINELLI; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, 2011). A prevalência global de SM desta pesquisa foi de 29%; desses, 32% para homens e 27% para

mulheres. Pimenta, Gazzinelli e Velásquez-Meléndez (2011) encontraram números elevados de adultos com SM em uma área rural de Minas Gerais. De um grupo de 534 participantes, 14,9% tinham SM, e destes, 23,3% eram do sexo feminino e 6,5% do sexo masculino, tendo um acréscimo da prevalência de SM conforme o aumento da idade.

Houve diferença significativa em todos os dados bioquímicos de homens e mulheres com SM da amostra. A variável HDL obteve valores mais reduzidos em homens. Concorda com esses resultados a pesquisa de Oliveira et al. (2010), pois, analisando prontuários de indivíduos atendidos em uma clínica de prevenção e reabilitação cardiovascular em Florianópolis/SC, constatou níveis menores de HDL e maiores de triglicérides em homens, semelhante ao presente estudo. Apenas nos níveis de LDL da pesquisa de Florianópolis é que os homens apresentaram níveis maiores. Pesquisa sobre os fatores de risco cardiovascular por sexo e faixa etária na população urbana do Irã identificou valores superiores de HDL e LDL em mulheres, concordando com o presente estudo; entretanto, os valores de colesterol total e triglicérides se diferem da amostra desta pesquisa (GHARAKHANLOU et al., 2012).

A obesidade atualmente tem sido o grande desafio da saúde pública mundial (MANCINI, 2010). Dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção (Vigitel) para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico mostram que de 2006 para 2011 o número de indivíduos com excesso de peso ($IMC \geq 25$ kg/m²) passou de 42,7% para 48,5%, respectivamente. Igualmente o de obesos ($IMC \geq 30$ kg/m²), que passou de 11,4% para 15,8% no mesmo período (LIMA, 2007; BRASIL, 2009; AMER; MARCON; SANTANA, 2011). Nas UBS de Araranguá, o valor encontrado foi muito mais elevado: assustadores 42% dos indivíduos são obesos. Os resultados destacam predomínio de obesidade em mulheres (46%), e em homens 32%. Da amostra geral, a média do IMC foi de 29 ± 5 , tanto para homens quanto para mulheres, totalizando 38% de indivíduos com excesso de peso.

Dentre as causas que promovem o desenvolvimento da SM, pode-se destacar a HAS (PASSOS; ASSIS; BARRETO, 2006). Os resultados da presente pesquisa informam que 39% dos 522 prontuários de usuários analisados continham níveis pressóricos elevados ($PAS \geq 130$ mmHg e $PAD \geq 85$ mmHg). A prevalência estimada de hipertensão na população brasileira atualmente é de

35%. Hoje, uma em cada três pessoas no mundo possui a doença, resultando mais de 2 bilhões de pessoas. A hipertensão mata, por ano, 7,6 milhões de pessoas, no mundo todo, devido às suas complicações. No Brasil, ela é responsável por 300.000 mortes ao ano (MIRANZI et al., 2008).

Para Mota (2006), indivíduos portadores de SM apresentam maior probabilidade de aumento na taxa futura de morbidade e mortalidade de origem cardiovascular. Enfatiza-se que cinco entre os dez principais fatores de risco de doenças identificados no Relatório Sobre Saúde no Mundo (REZENDE et al., 2006) estão estreitamente relacionados com a dieta e o exercício físico. O sedentarismo tem sua prevalência de até 56% em mulheres e 37% entre homens na população urbana brasileira (ALMEIDA; CLAUDIA, 2007; JUNQUEIRA; ROMÊO FILHO; JUNQUEIRA, 2009). É de importância central a inclusão do exercício físico para a saúde pública no tratamento da SM. Junqueira, Romêo Filho e Junqueira (2009) consideram a importância do controle dos fatores de risco na associação entre HAS, DM2, dislipidemia e obesidade. Segundo Miranzi et al. (2008), para dar conta de tratar e prevenir as doenças crônicas é preciso estabelecer alterações de comportamento em relação à dieta, ingestão de medicamentos e prática de exercícios físicos. Os mesmos autores ainda apontam para os benefícios da realização de exercício físico regular, como sendo considerada a terapia não medicamentosa de primeira escolha para o tratamento de indivíduos com SM, com redução expressiva da diminuição da gordura visceral, melhora da sensibilidade à insulina, diminuição dos níveis plasmáticos de glicose e prevenção do aparecimento de DM2.

Em um programa de caminhada com duração de 10 semanas, duas vezes por semana em dias não consecutivos, uma hora por sessão, Santos (2001) observou redução significativa no perfil lipídico dos componentes da SM. Os efeitos do exercício físico sobre o perfil lipídico e de lipoproteínas são bem conhecidos. Indivíduos ativos fisicamente apresentam maiores níveis de HDL colesterol e menores níveis de triglicérides, comparados a indivíduos sedentários (DURSTINE; HASKELL, 1994).

Apesar da escassez de estudos acerca do efeito do exercício físico, pode-se considerar, a partir das evidências acima, que o exercício amplia a habilidade do tecido muscular de consumir ácidos graxos, sendo provável sua

eficiência em melhorar o perfil de lipídios e lipoproteínas em indivíduos com SM (BLOMHOFF, 1992).

A Educação Física enquanto área de conhecimento, cada vez mais tem consolidado sua importância e contribuição para a saúde, como evidenciam estudos, pesquisas e ações que promovem mudança de comportamento das pessoas. A prática regular de exercício físico propicia inúmeros benefícios na melhora da qualidade de vida da população, colaborando para a diminuição de fatores de riscos cardiovasculares (ACSM, 2011; NAHAS, 2010). Essas afirmações formam um novo cenário de práticas profissionais, preocupado com o controle da saúde e condições de vida da população, e a atuação do profissional de Educação Física torna-se indispensável nos serviços de saúde pública, destinando-se principalmente a intervenções educativas e preventivas na saúde das pessoas.

Conclusão

A prevalência de SM é alta nas UBS de Araranguá, onde os homens da amostra foram mais acometidos com a doença. Destacou-se também alta prevalência de indivíduos com HAS, obesidade e DM2. Conclui-se, portanto, que o presente estudo proporciona resultados quantitativos de extrema relevância para a sociedade, além de subsidiar informações às equipes de saúde, no sentido de melhor organizar o desenvolvimento de ações para a prevenção e tratamento da SM e outras doenças associadas. Mediadas preventivas podem ser utilizadas para diminuir a ocorrência desse agravo.

Referências

ACSM - American College of Sports Medicine. **Diretrizes do ACSM para os testes de esforço e sua prescrição**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

ALMEIDA, A. A. M.; CLAUDIA, R. P. S. O Enfrentamento da Síndrome Metabólica em Indivíduos Obesos. A Intervenção da Atividade Física. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, v. 1, n. 5, p. 24-34, 2007.

AMER, N. M.; MARCON, S. S.; SANTANA, R. G. Índice de Massa Corporal e Hipertensão Arterial em Indivíduos Adultos no Centro-Oeste do Brasil. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 96, n. 1, p. 47-53, 2011.

BLOMHOFF, J. P. Lipoproteins, lipases, and the metabolic cardiovascular syndrome. **Journal of Cardiovascular Pharmacology**, v. 20, 1992.

BRASIL. Constituição. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Contêm as emendas constitucionais posteriores. Brasília, DF, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso em: 10 abr. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. **SisHiperDia**. Brasília, DF, 2009. Disponível em: <<http://hiperdia.data.sus.gov.br/>>. Acesso em: 11 abr. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, republicada em 4 de março de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. **DOU de 04/04/2008**, Seção I, p. 38-42. Revogada pela Portaria MS/GM nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=7661>. Acesso em: 11 abr. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **VIGITEL 2008**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, DF, 2009.

CABRAL, I.; SOUSA, A. A.; RAYDAN, F. P. F. Análise do Conhecimento dos Profissionais de Educação Física em Relação à Atividade Física como Promotora da Saúde. **MOVIMENTUM – Revista Digital de Educação Física**, v. 2, n. 2, p. 1-15, 2007.

CARVALHO, M. H. Sociedade Brasileira De Cardiologia. I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 84, 2005.

CERVO, A. L.; SILVA, R.; BERVIAN, P. A. **Metodologia Científica**. 6. ed. São Paulo: Prentice Hall, 2007.

COSTA, I. K. F. et al. Caracterização dos pacientes acompanhados pelo programa HiperDia em uma unidade básica de saúde da família em Fortaleza. **Nursing Online**, set. 2009. Disponível em: <<http://www.nursing.com.br/paper.php?p=440.:/137-142.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2013.

DIAS, J. C. R.; CAMPOS, J. A. D. B. Diabetes mellitus: razão de prevalências nas diferentes regiões geográficas no Brasil, 2002-2007. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 239-244, 2012.

SANTOS, L. R. O Profissional de Educação Física e a Saúde da Família. **Revista da Educação Física**, v. 3, p. 27, mar. 2008. Disponível em: <http://www.confef.org.br/extra/revistaef/arquivos/2008/N27_MAR%C3%87O/14_PROF_EF_SAUDE_NA_FAMILIA.PDF>. Acesso em: 11 abr. 2013.

DURSTINE, J. L.; HASKELL, W. L. Effects of exercise on plasma lipids and lipoproteins. **Exercise and Sport Sciences Reviews**, v. 22, p. 477-521, 1994.

FERREIRA, A. L. A. et al. Síndrome Metabólica: atualização de critérios diagnósticos e impacto do estresse oxidativo na patogênese. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, v. 9, n. 1, p. 54-61, 2011.

FLEITH, V. D. et al. Perfil de utilização de medicamentos em usuários da rede básica de saúde de Lorena, SP. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, p. 755-762, 2008.

GHARAKHANLOU, R. et al. Medidas Antropométricas como Preditoras de Fatores de Risco Cardiovascular na População Urbana do Irã. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 98, n. 2, p. 126-135, 2012.

GIANNINI, S. D. et al. Prevalência de dislipidemias primárias em indivíduos com e sem história familiar de coronariopatia, tendo como referência os valores do “National Cholesterol Education Program” (NCEP). **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 58, n. 4, p. 281-287, 1992.

GOGIA, A.; AGARWAL, P. K. Metabolic syndrome. **Indian Journal of Medical Sciences**, v. 60, n. 2, p. 72-81, 2006.

JUNQUEIRA, A. S. M.; ROMÊO FILHO, L. J. M.; JUNQUEIRA, C. L. C. Avaliação do Grau de Inflamação Vascular em Pacientes com Síndrome Metabólica. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 93, n. 3, p. 360-366, 2009.

LIMA, L. M. et al. Perfil dos Usuários do Hiperdia de Três Unidades Básicas de Saúde do Sul do Brasil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 32, n. 2, p. 323-329, 2011.

LIMA, R. M. Obesidade: o mal do século. **Perspectivas Online**, v. 1, n. 2, p. 86-99, 2007.

LINHARES, R. S. et al. Distribuição de obesidade geral e abdominal em adultos de uma cidade no Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 3, p. 438-448, 2012.

MANCINI, M. C. Obesidade e Doenças Associadas. In: MANCINI, M. C. et al. **Tratado de Obesidade**. São Paulo: AC Farmacêutica, 2010. p. 253-264.

MIRANZI, S. S. C. et al. Qualidade de Vida de Indivíduos com Diabetes Mellitus e Hipertensão Acompanhados por uma Equipe de Saúde da Família. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 672-679, 2008.

MOSER, C. S. Perfil de pacientes cadastrados no HIPERDIA da Unidade Básica de Saúde do Bairro Promorar do município de Itaquí-RS. SALÃO INTERNACIONAL DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO 3(3). **Anais...**, Itaquí, 2011.

MOTA, J. Atividade física e qualidade de vida associada à saúde em idosos participantes e não participantes em programas regulares de atividade física. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, v. 20, n. 3, p. 219-225, 2006.

NAHAS, Markus Vinicius. **Atividade Física, Saúde e Qualidade de Vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo**. 5. ed. Londrina: Midiograf, 2010.

OLIVEIRA, M. A. M et al. Relação de indicadores antropométricos com fatores de risco para doença cardiovascular. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 94, n. 4, Apr. 2010 .

OLIVEIRA, N. B.; LANGE, C. Perfil dos pacientes cadastrados no Hiperdia da equipe III na Estratégia Saúde da Família do município de Herval-RS. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, v. 1, n. 1, p. 91-98, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório Sobre a Saúde no Mundo** 2001.

PASSOS, V. M. A.; ASSIS, T. D.; BARRETO, S. M. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 15, n. 1, p. 35-45, 2006.

PEREIRA, A. B. et al. Perfil social do usuário do sistema único de saúde na atenção primária em saúde. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, v. 2, n. 3, p. 94-98, 2012.

PIMENTA, A. M.; GAZZINELLI, A.; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, G. Prevalência da síndrome metabólica e seus fatores associados em área rural de Minas Gerais (MG, Brasil). **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3.297-3.306, 2011.

REZENDE, F. A. C. et al. Índice de Massa Corporal e Circunferência Abdominal: Associação com Fatores de Risco Cardiovascular. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 87, n. 6, p. 728-734, 2006.

SALAROLI, L. B. et al. Prevalência de Síndrome Metabólica em Estudo de Base Populacional, Vitória, ES-Brasil. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, v. 51, n. 7, p. 1.143-1.152, 2007.

SANTOS, T. C. S.; SILVA, M. G. F.; SILVA, T. L. P. Efeitos de um Programa de Caminhada Supervisionada na Qualidade de Vida de Indivíduos com Síndrome Metabólica. **Revista Univap**, v. 17, n. 30, 2011.

SZURKOWSKA, M. et al. Insulin resistance indices in population-based study and their predictive value in defining metabolic syndrome. **Przeegląd epidemiologiczny**, v. 59, n. 3, p. 743-751, 2005.

VENKAT, N. et al. Impact of Recent Increase in Incidence on Future Diabetes Burden. **Diabetes Care**, v. 29, n. 8, 2006.

ZAITUNE, M. P. A. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 2, mar. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n2/06.pdf>>. Acesso em: 17 abr. 2013.

CAPÍTULO 11

Olhar Sob a Ótica de Residentes

Fisioterapeutas sobre a

Atuação Interdisciplinar na Atenção Básica

Juliét Silveira Hanus¹

Lidiane Ribeiro de Souza²

Lucas Bolzan Dela Libera³

Elaine Meller Mangilli⁴

Lisiane Tuon Generoso Bittencourt⁵

Silvio Ávila Junior⁶

Josete Mazon⁷

Resumo

¹Fisioterapeuta. Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/ Saúde Coletiva da Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC, Criciúma. SC, Brasil. *E-mail:* julietshanus@hotmail.com

² Idem. *E-mail:* lidiane_ris@hotmail.com

³ Idem. *E-mail:* lucas-bolzan@hotmail.com

⁴Fisioterapeuta. Tutora do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/ Saúde Coletiva e Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC, Criciúma. SC, Brasil. *E-mail:* elainemeller@hotmail.com

⁵ Fisioterapeuta. Coordenadora da COREMU do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/ Saúde Coletiva e Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC, Criciúma. SC, Brasil. *E-mail:* ltb@unesc.net

⁶ Farmacêutico. Professor do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/ Saúde Coletiva e Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC, Criciúma. SC, Brasil. *E-mail:* saj@unesc.net

⁷ Mestre em Ciências Biológicas. Coordenadora de Atividades do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC, Criciúma. SC, Brasil. *E-mail:* jmz@unesc.net

No trabalho em saúde, a interdisciplinaridade pode ser compreendida como uma forma de abordar determinadas situações ou problemas por meio da integração e da articulação de diferentes saberes e práticas, horizontalizando as relações de poder, valorizando o conhecimento e as atribuições de cada categoria profissional. O presente capítulo aborda um relato de experiência de caráter descritivo, que tem por objetivo relatar a percepção dos residentes fisioterapeutas sobre o trabalho compartilhado de diferentes profissionais no processo de promoção, prevenção e cura, de indivíduos assistidos pela Estratégia de Saúde da Família e Residência Multiprofissional de um município localizado no sul de Santa Catarina, no período de abril a outubro de 2013. A experiência das equipes interdisciplinares, relacionadas ao reconhecimento da área de abrangência das ESFs, visitas domiciliares, grupos terapêuticos e atividades em sala de espera, fazem parte de um repertório que pode contribuir para a construção de possibilidades de realização de um trabalho satisfatório e colaborativo, e assim propiciando atenção mais integral aos sujeitos cuidados e suas famílias.

Palavras-chave: Atenção básica. Interdisciplinaridade. Residentes.

Introdução

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2011). Ela pode ser definida como o primeiro contato na rede assistencial dentro do sistema de saúde, caracterizando-se, principalmente, pela continuidade e integralidade da atenção, além da coordenação da assistência dentro do próprio sistema, da atenção centrada na família, da orientação e participação comunitária e da competência cultural dos profissionais (STARFIELD, 2004).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) surge para reorientar o modelo assistencial, tendo como foco a família, seu ambiente físico e social, de forma integral e contínua (BRASIL, 2006).

Visando apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Primária bem como sua resolutividade, além dos processos de territorialização e regionalização, o Ministério da Saúde criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF, com a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, republicada em 04 de março de 2008¹. Essa política possibilita a inserção no SUS do profissional de Fisioterapia no campo da Atenção Básica.

As diretrizes aplicadas ao NASF compreendem a integralidade, território onde deve ser desenvolvida a atuação dos profissionais; a educação em saúde da população; a interdisciplinaridade, onde diversas ações, saberes e práticas se complementam; a participação social com foco na gestão participativa; a educação permanente em saúde, buscando a transformação das práticas profissionais e da organização do trabalho; a humanização, a partir de construções coletivas entre gestores, trabalhadores e usuários e promoção da saúde, que procura eleger formas de vida mais saudáveis (BRASIL, 2009).

A Portaria Interministerial 2.118, de 03 de novembro de 2005, instituiu a parceria entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde para cooperação técnica e desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde (BRASIL, 2005), cujo intuito é atender à Constituição Federal de 1988, que em seu artigo 200, inciso III, determina que “Ao SUS compete [...] ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde” (BRASIL, 2006a).

Desta forma, o objetivo do estudo é relatar a percepção dos residentes fisioterapeutas sobre o trabalho compartilhado de diferentes profissionais no processo de promoção, prevenção e cura, de indivíduos assistidos pela Estratégia de Saúde da Família e Residência Multiprofissional de um município no sul de Santa Catarina, no período e abril a outubro de 2013.

Metodologia

¹ Posteriormente, esta Portaria foi revogada pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Este estudo apresenta um relato de experiência de caráter descritivo, sobre as percepções do processo de trabalho realizado coletivamente por diversos profissionais, reveladas por fisioterapeutas inseridos no Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde Coletiva e Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC) quanto às experiências da atuação interdisciplinar realizadas nos meses de abril a outubro de 2013.

As atividades interdisciplinares ocorreram entre a interação dos profissionais residentes (enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, profissionais de educação física e cirurgões dentistas) do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde Coletiva e Saúde da Família da UNESC em três Estratégias de Saúde da Família (ESF) de um município do sul de Santa Catarina.

Este relato de experiência é resultado das atividades desenvolvidas a partir do reconhecimento da área de abrangência das ESF, visitas domiciliares, grupos terapêuticos e atividades em sala de espera.

Resultados/Discussão

O trabalho em equipe é considerado importante para o apropriado funcionamento do processo de trabalho na ESF; assim sendo, as unidades de saúde são constituídas por uma equipe mínima de profissionais (BORGES; SAMPAIO; GURGEL, 2012).

Para que possa existir um modelo assistencial adequado, almeja-se que o trabalho em equipe seja uma construção de prática interdisciplinar, permitindo a aproximação entre usuários e agentes de trabalho, atingindo o propósito de que o conhecimento somente tem fundamento quando construído em conjunto (KELL; SHIMIZU, 2010).

Não basta criar novos espaços de atuação profissional, é necessário, sobretudo, refletir sobre as formas que a atuação ocorre nesses espaços que dizem respeito à promoção de práticas interdisciplinares na direção da integralidade da atenção à saúde (COSTA; OLIVO, 2009).

O Programa de Residência Multiprofissional oferece aos profissionais da saúde a possibilidade de desenvolverem atividades multiprofissionais, fazendo com que a atuação na atenção básica seja de forma integral, contínua e em diferentes níveis da prevenção, promoção, cura e reabilitação, resultando na compreensão ampliada do processo saúde-doença.

O reconhecimento da área de abrangência de três ESF, visitas domiciliares, atividades em grupos terapêuticos e atividades em sala de espera foram atividades desenvolvidas pelos fisioterapeutas residentes, demais profissionais residentes inseridos na atenção básicas (enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, profissionais de educação física e cirurgiões dentistas) e profissionais da ESF.

Reconhecimento da Área de Abrangência da ESF

A Estratégia de Saúde da Família possui abrangência territorial, trabalhando com conceitos de áreas, microáreas, equipe multiprofissional, com demanda espontânea e organizada, e exigindo para a sua implantação a realização do diagnóstico comunitário como alicerce para o planejamento e programação das ações (RIBEIRO et al., 2012). Assim sendo, para que se pudesse iniciar o trabalho, a equipe de residentes necessariamente realizou um prévio reconhecimento da área de abrangência da ESF que iria atuar.

Para realizar o reconhecimento da área de abrangência da unidade, as equipes de residentes saíram a campo juntamente com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) das ESF. Para essa tarefa fez-se necessário caminhar e observar cada detalhe, conversar e discutir com os ACS as situações que lhe chamavam a atenção. Foram realizados registros descritivos e fotográficos, identificação de áreas de risco, facilidade dos usuários ao acessar a unidade de saúde, situação das microáreas descobertas e em fase de cadastramento, número de equipamentos sociais, escolas, Centro de Referência em Atenção Social (CRAS), entre outros. Também houve oportunidade de dialogar com as lideranças do bairro e com antigos moradores, ocasião em que puderam conhecer dados sobre o bairro além do que foi observado durante o reconhecimento.

Neste sentido, foi de extrema importância realizar o reconhecimento interdisciplinarmente, o que proporcionou analisar diferentes estados de saúde da população assistida dentro do determinado espaço de trabalho, subsidiando e dando maior consistência para a construção do planejamento das ações em saúde, identificando principalmente os pontos facilitadores e restritivos para o enfrentamento dos problemas encontrados.

Mediante o exposto, considerou-se imprescindível que cada equipe conhecesse a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, a fim de identificar os principais problemas de saúde e situações de risco ao qual a população que ela atende está exposta (VALENTIM; KRUEL, 2007).

Visitas Domiciliares Compartilhadas

A ESF pressupõe a visita domiciliar (VD) como meio de interação no cuidado à saúde, sendo fundamental a intervenção da equipe de saúde como recurso de inserção e de conhecimento da realidade de vida da população, favorecendo, deste modo, o estabelecimento de vínculos com a comunidade e a compreensão de aspectos importantes da dinâmica das relações familiares. A intervenção tem a pretensão de interagir com o sujeito não apenas para que ele supere as deficiências físico-biológicas, mas também para que possa ser mais saudável, compartilhar alegrias, ter disposição para a vida (KLOCK; HECK; CASARIM, 2005; SAKATA; ALMEIDA; ALVARENGA, 2007; ALBUQUERQUE; BOSI, 2009).

Na ESF, a VD é tida como um dos meios de viabilização de ações integradas de vigilância, reabilitação, prevenção de agravos e promoção de saúde, constituindo-se uma importante ferramenta de trabalho no cuidado estratégico, permitindo o acompanhamento da situação de saúde de cada membro que constitui um núcleo familiar (CRUZ; BOURGET, 2010).

As VD compartilhadas aos usuários foram realizadas semanalmente com a presença dos profissionais da residência multiprofissional, fisioterapeuta, psicólogo, cirurgião dentista, profissional da educação física, enfermeiro, farmacêutico e nutricionista, priorizando sempre a colaboração dos ACS e o

apoio da equipe. Este acompanhamento favorece o elo entre a população e os demais profissionais, contribuindo para o reconhecimento destes e o fortalecimento da relação entre usuário e equipe.

As VD permitiram conhecer como se dá cada contexto familiar e como esta reage às diversas situações da vida cotidiana. Essa abordagem diferenciada permitiu que os profissionais tivessem maior acesso ao conhecimento das necessidades de saúde, favorecendo a ampliação do cuidado integral, promovendo o fortalecimento de vínculos das famílias com os profissionais, instigando a sensibilização da promoção do cuidado compartilhado, ocasião em que cada profissional, dentro de sua especificidade, atuou de forma integrada, buscando resultados satisfatórios quanto à abordagem realizada.

Foram realizadas visitas aos idosos, crianças, acamados, deficientes físicos, indivíduos em pós-operatório, pós-Acidente Vascular Encefálico (AVE), diabéticos insulínodépendentes, entre outros, totalizando até o momento do estudo aproximadamente 220 visitas domiciliares.

O profissional de saúde, ao entrar em um ambiente familiar, adentra um espaço privado, sendo convidado a partilhar da privacidade da família. Nessas ações, identificam-se aspectos da vida das pessoas que, de outra forma, dificultaria obter tais informações (ABRAHÃO, 2011).

As visitas buscaram de forma transversal promover educação em saúde, propiciando ao indivíduo e seus familiares a escuta e os procedimentos básicos para a valorização de sua qualidade de vida. A interdisciplinaridade da abordagem permitiu a troca de informações internas entre a equipe, desviando o foco do processo curativo em benefício da promoção de saúde de uma forma personalizada.

Deste modo, gerou uma aproximação resultante da estratégia de abordagem das VD, que, além de aproximar a comunidade à ESF, possibilitou um maior conhecimento de causa por parte dos profissionais, inserindo-os na realidade local da área de cobertura, melhorando o entendimento do processo saúde-doença, respeitando, portanto, as singularidades de cada situação.

Grupos Operativos Terapêuticos

As estratégias educativas a partir de grupos terapêuticos constituem um importante instrumento de acesso ao conhecimento sobre o processo saúde-doença, subsidiando o estreitamento do vínculo entre profissional e usuário.

A educação em saúde é uma estratégia de adequação da ciência aos saberes populares, devendo permear todas as ações da equipe multiprofissional desde a consulta ambulatorial aos grupos educativos. Os grupos com enfoque educativo são um espaço de construção coletiva do saber, condizentes com a realidade de vida dos atores envolvidos; promove troca de conhecimentos e identificação de problemas e dos recursos disponíveis para enfrentá-los, e por meio da escuta gera aquisição de habilidades e responsabilização pelo processo de saúde (MENEZES et al., 2012).

O grupo de hipertensos e diabéticos é o realizado com mais frequência, devido ao Sistema de Cadastro e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos captados no Plano Nacional de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, em todas as unidades ambulatoriais do SUS, gerando informações para os gerentes locais, gestores das secretarias municipais, estaduais e Ministério da Saúde (BRASIL, 2002). Esse programa foi criado em 2001 com as funções de vincular o paciente à Equipe de Saúde da Família (ESF) de sua referência, realizar assistência contínua e de qualidade, além de fornecer medicamentos de maneira regular, sendo que, a médio prazo, é possível definir o perfil epidemiológico dessa população e o consequente desencadeamento de estratégias de saúde pública, que levarão à modificação do quadro atual, à melhoria da qualidade de vida dessas pessoas e à redução do custo social (BENTO; RIBEIRO; GALATO, 2008).

Os encontros com os grupos ocorreram mensalmente, com duração aproximada de uma hora, nas dependências da unidade de saúde e/ou espaços físicos de equipamentos sociais localizados nas proximidades das ESF. Participam desses encontros indivíduos hipertensos, diabéticos e familiares cadastrados nas ESF, juntamente com os residentes e os demais profissionais da equipe da ESF. Os temas foram pré-definidos pelos residentes em conjunto com os usuários participantes, sendo que os temas escolhidos estavam ou não relacionadas com sua patologia. O grupo permite o compartilhamento de informações com outras pessoas e a troca de experiências vivenciadas com a

doença. Esse intercâmbio de saberes contribui para a maior adesão da pessoa ao tratamento, já que possibilita o apoio mútuo dos participantes.

Foi observado que o maior desafio é a não adesão dos usuários nos grupos terapêuticos ofertados pelas ESF, onde se percebeu uma média de participantes de 10 a 30 indivíduos por encontro realizado. Sabe-se que a persistência em se manter um grupo terapêutico não é uma tarefa fácil, porém entende-se que o grupo deve ser um instrumento de mudanças e aprendizado. Nesse sentido, é necessário que a equipe reconheça as características dos participantes, como idade, sexo, nível de escolaridade, dados socioeconômicos, entre outros, a fim de planejar estratégias que possam eliminar a resistência à adesão dos usuários nos grupos, e assim estará intervindo precocemente e motivando a participação dessas pessoas (RIBEIRO, 2012).

No ambiente escolar, o indivíduo apreende atitudes e habilidades que são articuladas às suas experiências vivenciadas no dia a dia. Essas conquistas orientam o aluno para o reconhecimento e expressão de suas necessidades, possibilitando a oportunidade de refletir sobre seu papel histórico e colaborando para possíveis transformações por intermédio da consciência e mudança social (LERVOLINO, 2000).

Os grupos de educação em saúde nas escolas ocorrem mensalmente com o objetivo de sensibilizar os participantes a diferentes questões no âmbito da promoção à saúde e prevenção de doenças e, dessa forma, contribuir para que adquiram hábitos saudáveis para uma melhor qualidade de vida. Os temas são de escolha dos próprios participantes e são introduzidas dinâmicas em cada encontro para que esses se tornem participantes ativos dos grupos e que os temas sejam focados em suas necessidades e realidades de forma lúdica e atrativa.

Na gestação, a mulher passa por profundas transformações, tanto no âmbito corporal como emocional. A implementação de grupos de gestantes é fundamental para garantir uma abordagem integral e, ao mesmo tempo, específica à assistência no período gestacional.

O grupo de gestantes ocorre mensalmente nas ESF, com a participação de residentes, profissionais da equipe de saúde da família e gestantes do território adstrito. Este tem por objetivo complementar o atendimento reali-

zado nas consultas, sensibilizar as mulheres quanto a hábitos mais adequados, favorecer a troca de experiências e diminuir a ansiedade e medos relativos ao período gestacional e puerperal. Os conteúdos abordados incluem as vivências e necessidades das gestantes, fortalecendo o incentivo à participação ativa das integrantes para promover o intercâmbio de experiências.

Realizam-se grupos de Pilates para as gestantes, onde elas, uma vez por semana, vão até a unidade de saúde e sob a orientação e supervisão da residente fisioterapeuta realizam o método Pilates. O grupo teve início em maio de 2013 e até a conclusão do presente estudo já foram realizados 24 encontros. A média de participantes por encontro varia de duas a seis gestantes. Podem participar do grupo gestantes que já completaram três meses de gestação e que estão cadastradas na ESF.

Antes de iniciar cada sessão, verifica-se a frequência cardíaca (FC) e pressão arterial (PA) para se certificar de que as gestantes estão em condições favoráveis para a prática do Pilates. Após a verificação dos sinais vitais, divide-se a sessão em três fases; fase I: preparação inicial; fase II: execução do método; fase III: relaxamento. Este grupo tem parceria com os profissionais da ESF, pois as gestantes são acompanhadas por eles mensalmente, e devido a isso podemos nos certificar da condição da gestante e do bebê constantemente, permitindo maior segurança para a continuidade da execução do método. A atuação preventiva no período pré-natal deve ser enfatizada por uma equipe multidisciplinar, a fim de suprir a carência informativa das gestantes e favorecer a conscientização das futuras mães (RAMOS; ALMEIDA, 2012). O objetivo que estimulou a realização desse grupo são os benefícios que o Pilates possui, principalmente para as gestantes, que é a prevenção de dor, a promoção de qualidade de vida e o preparo para o parto.

Como o período gestacional de cada gestante difere uma das outras, o fisioterapeuta necessita ter maior dinamicidade durante a exposição dos exercícios, pois cada uma pode apresentar uma limitação dependendo o tipo de exercício proposto. Por esse motivo, o programa de exercícios não possui uma sequência fixa e ordenada, uma vez que o repertório do método é extremamente vasto e a condição física da gestante se modifica com o evoluir da gestação. Entretanto, todas as sessões foram executadas de maneira que os princípios que norteiam o método estivessem presentes. As gestantes são par-

ticipativas e colaboradoras, sendo fácil articular os exercícios para cada uma. Durante os encontros, as gestantes também são orientadas quanto à prática das atividades na vida diária (AVD) e profissionais, recebendo informações sobre a melhor forma de deitar, dormir, sentar, levantar, pegar objetos, calçar sapatos, usar computadores, dirigir, entre outros. A cada encontro realizado, percebe-se o quanto o Pilates beneficia as gestantes, pois elas referem possuir mais autonomia para realizar algumas atividades e que houve redução do quadro álgico.

A implementação de grupos terapêuticos, com a participação de uma equipe de saúde multiprofissional é fundamental para garantir uma abordagem integral e, ao mesmo tempo, atender às necessidades das mulheres e de seus familiares (MONTEIRO; TAVARES, 2004).

Atividades em Sala de Espera

A sala de espera, apesar de ser um lugar da instituição de saúde, é um espaço popular, onde os profissionais de saúde não permanecem de modo constante. Nesse ambiente, aparecem expressões espontâneas como, vivências e senso comum. A sala de espera possui transitoriedade, fluxo variado e contínuo de pessoas.

Os grupos de sala de espera configuram uma estratégia de atuação dentre as práticas grupais em saúde, constituindo uma forma de encontro entre profissionais, pacientes e seus familiares em diversos contextos na área da saúde (VERISSIMO; VALLE, 2005).

Verifica-se que a educação em saúde é forte aliada no objetivo de despertar mudanças de comportamento. Por intermédio dela, os usuários do sistema de saúde podem adquirir e trocar informações, refletir sobre suas práticas e sobre a importância de diversos aspectos relacionados à sua saúde. O desafio está em buscar um momento e um espaço para educar. Diante disso, a sala de espera se mostra como um local propício para passar informações relevantes aos pacientes, antes do atendimento individual, e para compartilhar informações com pessoas que possuam uma necessidade de saúde em comum (RODRIGUES et al., 2012).

Realizaram-se duas atividades em sala de espera, tendo como participantes usuários que estavam aguardando serem atendidos individualmente e seus acompanhantes. Os temas trabalhados geralmente são aqueles referentes às campanhas locais, regionais, estaduais e nacionais. Até o momento do estudo, os temas trabalhados foram sobre Hepatites Virais e o Dia de Combate ao Tabagismo. No dia de Combate ao Tabagismo, os participantes receberam orientações quanto ao fumo ativo e passivo e suas principais complicações. Utilizou-se de recursos audiovisuais para a explanação do assunto. Ao final, oportunizou-se a realização de avaliação respiratória para aqueles que tivessem interesse (avaliar o grau de obstrução expiratória e avaliação clínica) e simultaneamente orientações a partir do resultado obtido após a avaliação. Foram realizadas 28 avaliações. Aos participantes foram entregues materiais educativos e ficha de avaliação contendo os principais dados avaliados. Na atividade que se abordou as Hepatites Virais, os participantes receberam orientações quanto à patologia e o modo de transmissão da doença. Os indivíduos que suspeitassem ter tido contato com algum agente transmissor da hepatite ou que tivessem interesse poderiam realizar o teste rápido da hepatite C que estava disponível no momento da atividade. Neste dia foram realizados 25 testes, sendo todos negativos. Foi entregue material informativo e orientado que, caso ainda restassem dúvidas, se dirigirem ao serviço do Programa Municipal de Hepatites Virais para maiores esclarecimentos.

As atividades em sala de espera têm como objetivo desenvolver ações sistemáticas de caráter socioeducativo, que visam tanto à promoção de cuidados com a saúde do usuário do SUS quanto a um estímulo à multidisciplinaridade e a humanização do atendimento (PAIXÃO; CASTRO, 2006).

Conclusão

As práticas de cuidado na perspectiva interdisciplinar aproximam-se das novas formas de organização do trabalho, constituindo-se em um caminho promissor para profissionais e usuários. As experiências interdisciplinares potencializam os cuidados de saúde na perspectiva da integralidade. Os resultados mostraram que a interdisciplinaridade propicia a participação no

processo de tomada de decisão, contribuindo para a integração das ações realizadas pelos diferentes profissionais, promovendo a valorização do trabalho de diversos integrantes da equipe, promovendo melhorias na atenção aos usuários.

Referências

ABRAHÃO, A. L. Atenção e Cuidado em Saúde no Ambiente Familiar: Aspectos da Visita Domiciliar. **Revista de APS: Atenção Primária a Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 472-480, out./dez. 2011.

ALBUQUERQUE, A. B. B.; BOSI, M. L. M. Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 1.103-1.112, 2009.

BENTO, D. B.; RIBEIRO, I. B.; GALATO, D. Percepção de pacientes hipertensos cadastrados no Programa Hipertensão de um município do sul do Brasil sobre a doença e o manejo terapêutico. **Revista Brasileira de Farmácia**, Tubarão, v. 89, n. 3, p. 194-198, 2008.

BORGES, M. J. L.; SAMPAIO, A. S.; GURGEL, I. G. D. Trabalho em equipe e interdisciplinaridade: desafios para a efetivação da integralidade na assistência ambulatorial às pessoas vivendo com HIV/Aids em Pernambuco. **Ciência & Saúde Coletiva**, Pernambuco, v. 1, n. 17, p. 147-156, 2012.

BRASIL. **Código de processo penal**. 8. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2006.

BRASIL. Ministério da Educação e da Saúde. Portaria Interministerial nº 2.118, de 3 de novembro de 2005. Institui parceria entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde para cooperação técnica na formação e desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 212, p. 112, 4 nov. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família-NASF. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 jan. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas

para a organização da atenção básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 mar. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na escola**. Brasília, DF, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus**: hipertensão arterial e diabetes mellitus. Brasília, DF, 2002.

BRASIL. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, p. 48-55, 21 out. 2011.

COSTA, D. F. C.; OLIVO, V. M. F. Novos sentidos para a atuação do psicólogo no Programa Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Santa Maria, v. 14, p. 1.385-1.394, 2009.

CRUZ, M. M.; BOURGET, M. M. M. A Visita Domiciliária na Estratégia de Saúde da Família: conhecendo as percepções das famílias. **Revista Saúde e Sociedade de São Paulo**, v. 19, n. 3, p. 605-613, 2010.

KELL, M. C. G.; SHIMIZU, H. E. Existe trabalho em equipe no Programa Saúde da Família? **Ciência & Saúde Coletiva**, Brasília, v. 15, p. 1.533-1.541, 2010.

KLOCK, A. D.; HECK, R. M.; CASARIM, S. T. Cuidado domiciliar: a experiência da residência. **Texto Contexto Enfermagem**, Pelotas, v. 14, n. 2, p. 237-245, jun. 2005.

LERVOLINO, S. A. **Escola promotora da saúde**: um projeto de qualidade de vida. 2000. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

MENEZES, T. M. O. et al. Grupo Educativo com Dispensação de Medicamentos: Uma Estratégia de Adesão ao Tratamento da Hipertensão Arterial e do Diabetes Mellitus. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 36, n. 1, p. 148-158, jan./mar. 2012.

MONTEIRO, M. A. A.; TAVARES, T. J. L. A prática do grupo de gestantes na efetivação da humanização do parto. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 5, n. 2, p. 73-78, jul./dez. 2004.

PAIXÃO, N. R. D.; CASTRO, A. R. M. Grupo Sala de Espera: Trabalho Multiprofissional em Unidade Básica de Saúde. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, jul./dez. 2006.

RAMOS, A. V. B.; ALMEIDA, C. S. A gestação no segundo trimestre de usuárias da clínica de saúde da mulher e o papel da fisioterapia. **Revista Inspirar: Movimento & Saúde**, v. 4, n. 21, p. 1-6, nov./dez. 2012.

RIBEIRO, N. I. C. **Grupos Educativos**: Uma estratégia na Atenção Primária. 2012. 34 f. Monografia (Especialização) - Curso de Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade de Minas Gerais, Formigas, 2012.

RIBEIRO, P. C. et al. Ferramentas para o diagnóstico comunitário de saúde na consolidação da estratégia saúde da família. **Tempus - Actas de Saúde Coletiva**, p. 161-174, 2012.

RODRIGUES, B. C. et al. Educação em Saúde para a Prevenção do Câncer Cérvico-uterino. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 36, n. 1, p. 149-154, 2012.

SAKATA, K. N.; ALMEIDA, M. C. P.; ALVARENGA, A. M. Concepções da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 6, p. 659-664, nov./dez. 2007.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco Brasil/Ministério da Saúde, 2004.

VALENTIM, I. V. L.; KRUEL, A. J. A importância da confiança interpessoal para a consolidação do Programa de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 3, p. 777-788, 2007.

VERÍSSIMO, D. S.; VALLE, E. R. M. Grupos de sala de espera no apoio ao paciente somático. **Revista da SPAGESP - Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo**, v. 6, n. 2, p. 28-36, jul./dez. 2005.

CAPÍTULO 12

A atuação do Enfermeiro na Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família: Relato de experiência

Cristiane Schwartz Pazetto¹

Karina Costa Colombo²

Luciane Bisognin Ceretta³

Resumo

A Residência Multiprofissional em Saúde constitui-se em um programa de ensino de pós-graduação *lato sensu* destinado às profissões que se relacionam com a saúde, sob a forma de curso de especialização, caracterizado por ensino em serviço, sob orientação de profissionais. Esse tipo de residência busca a integração da equipe multiprofissional para o trabalho em saúde, evitando a fragmentação da assistência ao paciente decorrente do processo de especialização, ao mesmo tempo que promove reflexões sobre a produção em saúde, pois proporciona a interlocução entre profissionais de diferentes áreas. O presente capítulo tem como objetivo apresentar a experiência de inserção do enfermeiro na atuação em atenção básica por meio da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, da UNESC, localizada em Criciúma/

¹Enfermeira. Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Criciúma. SC, Brasil. *E-mail*: crispa-zetto@hotmail.com

²Enfermeira. Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Criciúma. SC, Brasil. *E-mail*: karina_colombo@hotmail.com

³Enfermeira. Tutora e Coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Criciúma. SC, Brasil. *E-mail*: luk@unesc.net

SC, tratando-se de um relato de experiência. Apresenta a atuação de duas enfermeiras residentes nas atividades assistenciais e gerenciais das unidades de saúde da família. Houve participação também na criação e condução de grupos de educação em saúde, aulas interdisciplinares, seminários integrados, eventos científicos, construção de materiais didáticos e atuação nos diferentes serviços da rede de saúde do município. A Residência Multiprofissional atua como ampliadora de conhecimentos no âmbito do Sistema Único de Saúde. No período vivenciado, ocorreu o aprimoramento das práticas assistenciais e gerenciais, permitindo não só o conhecimento da realidade das Unidades de Saúde da Família, mas também a vivência da rede de serviços do Sistema Único de Saúde. A Residência permitiu ainda que a realidade profissional fosse enfrentada com maior segurança, e que novos campos do conhecimento fossem explorados.

Palavras-chave: Enfermagem em saúde comunitária. Internato e residência. Saúde da família. Cuidados de enfermagem.

Introdução

A Residência Multiprofissional em Saúde constitui-se em um programa de ensino de pós-graduação *lato sensu* destinado às profissões que se relacionam com a saúde, sob a forma de curso de especialização, caracterizado por ensino em serviço, sob a orientação de profissionais, com carga horária entre 40 e 60 horas semanais (BRASIL, 2007).

O investimento nas potencialidades dos programas de residências multiprofissionais em saúde no Brasil e seus financiamentos regulares têm o objetivo de propiciar não só a formação de profissionais, mas também a mudança do modelo tecnoassistencial do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2006).

Esse tipo de residência busca a integração da equipe multiprofissional para o trabalho em saúde, evitando a fragmentação da assistência ao paciente decorrente do processo de especialização, ao mesmo tempo em que promove reflexões sobre a produção em saúde, pois proporciona a interlocução entre profissionais de diferentes áreas (PERES et al., 2011).

Os Programas de Residência Multiprofissional são desenvolvidos em parceria entre gestores e instituições formadoras, neste caso é um programa viabilizado pela Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), que beneficia residentes com bolsas por 24 (vinte e quatro) meses.

O Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da UNESC é direcionado para diplomados dos seguintes cursos de graduação: enfermagem, farmácia, fisioterapia, nutrição, odontologia, psicologia e educação física - bacharelado.

No contexto do cenário atual de saúde, esse programa insere-se com o objetivo de desenvolver nos profissionais de saúde competências para o trabalho no Sistema Único de Saúde – SUS, articulando os conhecimentos adquiridos na formação inicial com a complexidade dos determinantes que fazem parte da vida e do cuidado com a saúde da população (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010). Além disso, almeja preparar os trabalhadores para uma atuação na perspectiva da atenção integral à saúde e de práticas que abordem ações de promoção, proteção, prevenção, cura e reabilitação (GIL, 2005).

Tais práticas acontecem por meio de ações de abordagem coletiva e clínica individual, fundamentadas nas diretrizes da integralidade e do modelo de vigilância à saúde do SUS, atuando integradamente nas diferentes áreas do conhecimento por meio da capacitação em serviço.

Neste contexto, o presente capítulo tem como objetivo apresentar a experiência de inserção do enfermeiro na atuação em atenção básica por meio da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, da UNESC, Criciúma/SC.

Metodologia

Trata-se de um relato de experiência desenvolvido a partir da atuação de duas enfermeiras do Programa de Residência Multiprofissional no município

de Criciúma/SC durante o período de fevereiro de 2012 a novembro de 2013, em Unidades de Saúde da Família e também nos serviços de Vigilância, Saúde Mental, Saúde Hospitalar e Programa de Automonitoramento Glicêmico Capilar do município.

Relato de Experiência

A atuação das residentes iniciou com o reconhecimento dos serviços de saúde existentes no município, por intermédio de visitas nas instituições, sendo apresentados os principais serviços de saúde e algumas Unidades de Saúde da Família.

Após esse reconhecimento, cada residente foi inserido em uma Unidade de Saúde da Família, onde, num primeiro momento, realizou-se o diagnóstico de vida e saúde da comunidade em que atuaria. Ao final desse processo, construiu-se um macrodiagnóstico que foi entregue à gerência de saúde do município.

O período de atuação foi de 24 meses, sendo realizadas várias atividades inerentes à enfermagem. Dentre elas pode-se citar a consulta de enfermagem, curativos, retirada de pontos, administração de medicamentos, testes do pezinho, visitas domiciliares, visitas puerperais, solicitações de mamografia, notificações compulsórias, aferições de sinais vitais, hemoglicoteste, aconselhamento DST/AIDS, solicitação de exames (hepatites, HIV, VDRL), cadastro SISVAN, assistência de enfermagem à saúde de crianças, adolescentes, adultos e idosos, coleta para exame preventivo contra o câncer de colo do útero, acompanhamento de Tratamento Diretamente Observado (TOD) para tuberculose, entre outras.

Além das atividades técnicas, foram realizadas atividades gerenciais das unidades de saúde, como reuniões de equipe, preenchimento do Boletim de Produção Ambulatorial, preenchimento do pedido mensal para o almoxarifado, reuniões mensais de gerência, preenchimento de cartão ponto dos funcionários e supervisão da equipe de saúde das unidades.

Ainda foram desenvolvidas diversas atividades de educação em saúde com a criação, coordenação e participação nos grupos de educação em saúde

na própria unidade, atividades educativas nas escolas e centros de educação infantil, eventos da Universidade e da Secretaria de Saúde realizados nas praças e espaços públicos, e participação no Programa Saúde na Escola (PSE).

As atividades educativas promovidas pelas enfermeiras residentes tiveram o objetivo de incluir a população no processo saúde-doença e tornar os sujeitos ativos, reflexivos e instrumentalizados para o seu autocuidado.

As residentes também tiveram atuação nos serviços de apoio à Atenção Básica. Dentre esses serviços está o Programa de Automonitoramento Glicêmico Capilar – PAMGC, que é um projeto desenvolvido em parceria com a Prefeitura Municipal de Criciúma, que presta assistência de enfermagem aos pacientes diabéticos insulino-dependentes, situado nas Clínicas Integradas da Unesc, no Serviço de Enfermagem.

O PAMGC busca prestar assistência de enfermagem de forma integral ao indivíduo com diabetes e dependente de insulina, auxiliando-o nas questões que envolvem o autocuidado, tendo o cenário como espaço pedagógico.

O PAMGC atende atualmente 1.500 indivíduos com diabetes e dependentes de insulina. Todos os pacientes buscam os insumos mensalmente e passam por consulta de enfermagem. Realizam as consultas enfermeiros docentes e acadêmicos de enfermagem.

Dentre as atividades desenvolvidas pelas residentes no local estão: consulta de enfermagem; aplicação de insulina; verificação de sinais vitais; orientações quanto ao diabetes e seus fatores relacionados; acompanhamento de acadêmicos de enfermagem em estágio; confecção de banners informativos, além de pesquisas sobre o diabetes mellitus.

A primeira consulta dos pacientes que ingressam no programa é realizada com o objetivo de orientá-lo sobre a patologia, seu novo tratamento farmacológico e reforçar as orientações sobre o tratamento não farmacológico, além de levantar suas necessidades e realizar os devidos encaminhamentos a outras especialidades. Neste momento também é realizada a primeira aplicação da insulina no paciente, que fica sendo monitorado por duas horas com Hemoglicoteste – HGT, sendo realizado a

cada 30 minutos. O paciente também recebe o glicosímetro e é orientado quanto ao uso.

Além das orientações sobre o diabetes mellitus, o paciente também recebe informações sobre o funcionamento do programa. As consultas seguintes são para avaliação, acompanhamento e dispensação de insumos.

As residentes não só atuaram diretamente com os pacientes, como também participaram das reuniões semanais de equipe e elaboraram uma cartilha com orientações aos pacientes e um banner informativo sobre o correto descarte de materiais perfurocortantes em domicílio, que está exposto na sala de espera do PAMG.

Após 12 meses inseridos nas unidades de saúde da família, os residentes iniciaram os estágios na rede de serviços do município, atuando em outros locais, sem deixar de desenvolver as atividades nas suas respectivas unidades de saúde da família.

O primeiro serviço da rede reconhecido foi a Vigilância em Saúde e todos os setores que a compõem. No município de Criciúma/SC, a Vigilância em Saúde é composta pelos seguintes serviços: Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, Hepatite, Tuberculose, Hanseníase, Imunização, Agravos, Sistema de Informação do Câncer de Colo do Útero (SISCOLO), Sistema de Informação do Câncer de Mama (SISMAMA), Sistema de Informação do Pré-Natal (SISPRE-NATAL), Sistema de Vigilância em Segurança Alimentar e Nutricional (SISVAN), Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), Farmácia Judicial, Centro de Controle de Zoonoses e Dengue (CCZ/Dengue), Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), PAMDHA. Os residentes permaneceram dois dias na semana, no período de dois meses, totalizando 64 horas.

O segundo serviço da rede a servir de campo de estágio foi o hospitalar. Nesse local, a gerência de enfermagem solicitou às residentes que realizassem uma capacitação com os profissionais da equipe de enfermagem sobre registros nos prontuários.

A capacitação foi organizada em forma de oficinas, ministradas às enfermeiras, técnicas e auxiliares de enfermagem, que teve duração de 60 minutos cada, e temas: “Processo de Enfermagem, Aspectos Legais e Registro de

Enfermagem”, “Avaliação do Estado Geral do Paciente e Nomenclaturas de Enfermagem” e “Diagnósticos e Prescrições de Enfermagem”, sendo que este último foi exclusivo para enfermeiros.

Foram capacitadas 30 profissionais, em quatro encontros, num período de 30 dias. As capacitações foram preparadas e ministradas pelas enfermeiras residentes. Após as capacitações, foram elaborados e encaminhados ao hospital materiais de apoio para qualificação do registro de enfermagem.

O outro serviço da rede em que os residentes atuaram foi a Saúde Mental, através dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Os residentes foram divididos em duplas, sendo que uma enfermeira atuou junto com a nutricionista e a outra com a profissional de educação física.

O período de atuação nesse serviço foi de dois meses, sendo que cada dupla permaneceu quatro dias em cada CAPS. O município conta com CAPS II, CAPS III, CAPS II para álcool e outras drogas e CAPS infantil.

Nessa atividade, os residentes tiveram atuação direta nos Grupos Operativos Terapêuticos, desenvolvendo ações educativas de promoção à saúde. Além disso, participaram das reuniões de equipe de cada serviço.

Para dar suporte às atividades práticas, foram realizadas na Universidade aulas teóricas com todos os residentes, sendo abordados e discutidos temas relacionados à Saúde Coletiva e seu cenário nacional. Também aconteceram seminários integrados semanais com discussão de artigo e um relato de experiência compartilhado com o grupo.

Ainda nas atividades teóricas, foi incentivada a participação em eventos, apresentações de trabalhos e elaboração de produção científica, sendo que as enfermeiras residentes elaboraram e apresentaram diversos trabalhos em eventos científicos internos e externos à UNESC, de abrangência local, regional, estadual e nacional.

Conclusão

Atualmente, existem muitas dificuldades enfrentadas pelo enfermeiro recém-formado, em especial no que diz respeito às competências gerenciais e às atribuições que lhe são dadas nas Unidades de Saúde da Família. Contudo, esse processo de adaptação e aprimoramento de habilidades profissionais pode ser facilitado pelos programas de residência, que visam o preparo dos profissionais da saúde para o mercado de trabalho, por meio de treinamento em serviço.

A Residência Multiprofissional atua como ampliadora de conhecimentos no âmbito do SUS, e como meio de conciliar a prática sem perder o vínculo com o estudo e a pesquisa, incentivando as mudanças de práticas no cenário atual da Saúde Coletiva.

O enfermeiro exerce papel fundamental na Saúde da Família, mas não deve atuar sozinho, pois as questões de saúde-doença são mais amplas do que qualquer conhecimento específico. A residência vem então proporcionar o trabalho interdisciplinar, acrescentando à formação desse profissional um novo olhar para as práticas de saúde.

No período vivenciado, houve possibilidade para o aprimoramento das práticas assistenciais e gerenciais, permitindo não só o conhecimento da realidade das Unidades de Saúde da Família, mas também uma vivência da rede de serviços do SUS. A residência permitiu ainda que a realidade profissional fosse enfrentada com maior segurança, e que novos campos do conhecimento fossem explorados.

Desta forma, acreditamos que o Programa de Residência Multiprofissional contribui para a melhoria das práticas profissionais e para a construção de habilidades, competências e aptidões necessárias para continuar atuando no cenário de saúde do SUS.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios**. Brasília (DF): MS, 2006.

BRASIL. Ministério da Educação. **Portaria Interministerial nº45, de 12 de janeiro de 2007**. Brasília: 2007. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/residencia/portaria_45_2007.pdf>. Acesso em: 08 nov. 2013.

GIL, C. R. R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 490-498, 2005.

NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. Competências profissionais e o processo de formação na Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 814-827, 2010.

PERES, R. S. et al. O trabalho em equipe no contexto hospitalar: reflexões a partir da experiência de um programa de residência Multiprofissional em saúde. **Revista Semestral da Pró-reitoria de Extensão, Cultura e Assuntos Estudantis**, v. 10, n. 1, p. 113-120, 2011.

CAPÍTULO 13

Implantação e padronização dos Serviços de Atenção Farmacêutica no Programa de Automonitoramento Glicêmico Capilar da Universidade do Extremo Sul Catarinense

Liege da Rosa Fantin¹

Rubia Bresciani²

Cláudia Pereira Paulo³

Luciane Bisognin Ceretta⁴

Lisiane Tuon Generoso Bittencourt⁵

Indianara Reynaud Toreti Becker⁶

Resumo

¹Farmacêutica. Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Criciúma. SC, Brasil. *E-mail:* liege_rf@hotmail.com

²Farmacêutica. Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Criciúma. SC, Brasil. *E-mail:* rubia-treviso@hotmail.com

³Farmacêutica. Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Criciúma. SC, Brasil. *E-mail:* claudiappaulo@hotmail.com

⁴Enfermeira. Tutora e Coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense --UNESC, Criciúma. SC, Brasil. *E-mail:* luk@unesc.net

⁵Fisioterapeuta. Coordenadora da COREMU do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/ Saúde Coletiva e Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC, Criciúma. SC, Brasil. *E-mail:* ltb@unesc.net

⁶Farmacêutica. Tutora do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Criciúma. SC, Brasil. *E-mail:*irt@unesc.net

A atenção farmacêutica é um processo assistencial que ocorre por meio da interação direta do farmacêutico com o paciente para atender suas necessidades relacionadas aos medicamentos, visando à farmacoterapia racional e obtenção de resultados definidos e mensuráveis, cooperando, assim, para a melhoria da qualidade de vida do paciente. Este capítulo busca caracterizar o processo de implantação e padronização dos serviços de atenção farmacêutica no Programa de Automonitoramento Glicêmico Capilar (PAMGC). O projeto trata da elaboração e implantação de um protocolo clínico de atenção farmacêutica, no PAMGC vinculado às clínicas integradas da instituição de ensino UNESC, localizada no município de Criciúma, SC, Brasil. A implantação do protocolo para o PAMGC contribuiu para estruturar os serviços de atenção farmacêutica na clínica integradas da UNESC, bem como para fortalecer o trabalho multiprofissional com a equipe associada aos problemas relacionados com os medicamentos, demonstrando a importância da inserção do serviço farmacêutico na rotina do PAMGC.

Palavras-chave: Atenção farmacêutica. Seguimento farmacoterapêutico. Programa de Automonitoramento Glicêmico Capilar. Saúde coletiva. Saúde da família.

Introdução

A atenção farmacêutica (AF) é um processo assistencial que ocorre por meio da interação direta do farmacêutico com o paciente para atender suas necessidades relacionadas aos medicamentos (PERETTA; CICCIA, 1998). Esse modelo assistencial voltado ao paciente diabético é uma ferramenta essencial para o acompanhamento farmacoterapêutico, pois, mesmo sendo uma doença com critérios diagnósticos bem definidos, envolve alguns cuidados específicos com esquema posológico, armazenamento de insulina, mudanças de hábitos de vida, entre outros cuidados (ASSUNÇÃO; SANTOS; COSTA, 2002). Tal processo se conduz através do desenvolvimento do seguimento farmacoterapêutico (SFT) de forma sistemática, contínua e documentada.

O SFT se baseia na obtenção da história farmacoterapêutica do paciente, isto é, os problemas de saúde que ele apresenta e os medicamentos que utiliza, e na avaliação situacional de seu estado, a fim de identificar, resolver e prevenir os possíveis problemas relacionados com os medicamentos (PRM) apresentados pelo paciente. Após esta avaliação, são realizadas as intervenções farmacêuticas necessárias para resolver os PRM com posterior avaliação dos resultados (MACHUCA et al., 2003), buscando identificar, resolver e prevenir qualquer PRM que possa interferir na obtenção dos objetivos do tratamento (CIPOLLE et al., 2000).

Sendo assim, o Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica (PRM/AB) da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), composto por profissionais de diferentes áreas de atuação (Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição, Educação Física, Odontologia e Psicologia) em parceria com as Clínicas Integradas e o Programa de Automonitoramento Glicêmico Capilar (PAMGC), preocuparam-se em criar estratégias com objetivo de atuar na promoção, prevenção e recuperação da saúde, com o foco no paciente com diabetes.

Baseados nestes pressupostos, os residentes farmacêuticos propuseram a implantação de um serviço de atenção farmacêutica, baseado no SFT voltado aos pacientes do PAMGC. O PAMGC está sediado nas Clínicas Integradas da UNESC sendo este um programa de cuidado integral ao paciente diabético insulino dependente, o qual tem como prioridades estratégicas: a prevenção primária da doença com ações sobre os fatores de risco, a detecção precoce, o tratamento adequado que permita modificar a evolução da doença, previna as complicações e melhore a qualidade de vida dos portadores.

Nesse contexto, o presente estudo teve por objetivo caracterizar o processo de implantação e padronização dos serviços de AF no PAMGC nas Clínicas Integradas da Universidade UNESC.

Metodologia

O projeto foi realizado no PAMGC vinculado às Clínicas Integradas da instituição de ensino UNESC, localizada no município de Criciúma, SC, Brasil. Realizou-se levantamento bibliográfico dos trabalhos publicados sobre AF, SFT e diabetes mellitus, para elaboração de um protocolo clínico. O protocolo foi elaborado pelas farmacêuticas residentes do PRM/AB, realizado no período de abril a junho de 2013, com o intuito de detalhar e padronizar cada etapa do atendimento, bem como instruir a equipe sobre o serviço de AF (Figura 1). A fase de estruturação do serviço de AF ocorreu por meio de reuniões com os docentes de atenção farmacêutica do curso de Farmácia, a coordenação e os residentes do PRM/AB da UNESC, equipe do PAMGC e para compreensão dos objetivos, definição, organização da estrutura de trabalho, formas de comunicação e de registro. Em seguida, foram elaborados os instrumentos para o agendamento das consultas (Figura 1) e um fluxograma detalhando todas as etapas do serviço de AF (Figura 2). Para realizar o acompanhamento farmacoterapêutico, utilizou-se uma adaptação do método DÁDER, manual de SFT (HERNÁNDEZ; CASTRO; DÁDER, 2009). A partir do exposto, deu-se início à fase de apresentação e divulgação do serviço de atenção farmacêutica à equipe do PAMGC, por meio de reuniões para discussão do projeto. Os atendimentos iniciaram a partir da captação dos usuários durante a consulta de enfermagem, realizada mensalmente no PAMGC, nesse momento, o serviço foi ofertado e repassadas as devidas orientações ao usuário, conforme pactuado no protocolo clínico, agendando-se a primeira consulta farmacêutica. No serviço de AF os dados analisados são: os problemas de saúde do usuário, medicamentos utilizados, dados laboratoriais, PRMs identificados, alternativas para resoluções, resultados esperados e acompanhamento do quadro clínico. As consultas subsequentes são agendadas para 30 dias ou conforme necessidade do usuário. Todas as atividades são registradas no prontuário do paciente.

Figura 1 – Protocolo de atendimento e caderno de agendamento das consultas farmacêuticas.

AGENDA



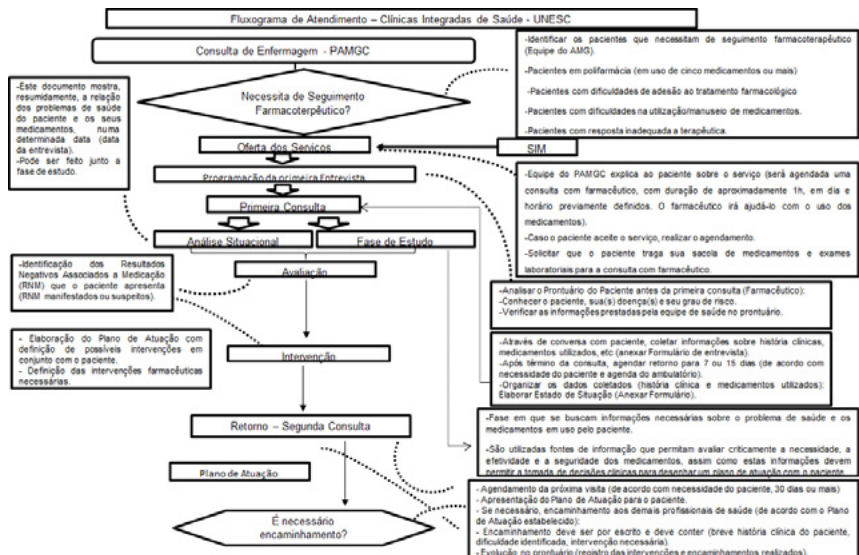
FARMÁCIA

RESIDENTES
ANO 2013

CRICIÚMA
2013

Fonte: Elaborada pelos autores.

Figura 2 – Fluxograma de Atendimento do Serviço de Atenção Farmacêutica.



Fonte: Elaborada pelos autores.

Resultados/Discussão

A implantação do serviço de AF ocorreu em consequência da necessidade de acompanhamento dos pacientes diabéticos, identificada pela equipe no PAMCG, em relação à não adesão dos medicamentos, à automedicação, aos cuidados no armazenamento da insulina, à falta de conhecimento sobre sua doença, entre outros. As condições crônicas constituem um problema crítico para a saúde pública, como é o caso do diabetes, e a baixa adesão ao tratamento é observada mundialmente. Em países com alto grau de desenvolvimento, cerca de 50% da população com diabetes não aderem ao tratamento, sendo que a estimativa é que as taxas em países com menor nível de desenvolvimento são ainda maiores (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2003; PONTIERI; BACHION, 2010).

O acompanhamento desses pacientes por meio da interação direta do profissional farmacêutico com o paciente contribuiu para alcançar os resultados pretendidos com a farmacoterapia (SANTOS et al., 2007). A elaboração do protocolo clínico facilitou e colaborou para a padronização do serviço, organizando a estrutura do trabalho interno de forma sistemática e igualitária. Além disso, todos os profissionais do PAMGC têm acesso às informações do protocolo, facilitando a adesão da equipe e somando conhecimento a respeito do serviço. A construção do fluxograma contendo as etapas do processo atingiu o objetivo, qual seja, o de promover a fácil e rápida visualização de cada ação.

O protocolo é um documento que possibilita o planejamento de um projeto e organização de determinada ação, definindo, por meio de regras, os aspectos para realizar determinada atividade. Atualmente é bastante clara e fundamental a necessidade de padronização de procedimentos e alimentação de dados no sistema. Por isso os protocolos são considerados importantes instrumentos para a organização e gestão dos serviços, orientados sempre por diretrizes de natureza técnica e organizacional. Na área da saúde, em especial no atendimento, o protocolo serve como um organizador da demanda, triagem, encaminhamentos, casos novos, distribuindo assim em uma escala de prioridades, definindo seus encaminhamentos e informando como chegar ao serviço. Consequentemente, as práticas realizadas no serviço, enquanto baseadas no protocolo, têm como pressuposto ser uma adequada opção clínica de organização (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).

A equipe do PAMGC aderiu ao novo serviço ofertado, cumprindo com as etapas propostas para realização do processo de trabalho, incentivando

os pacientes sobre a importância do cuidado da terapia, como parte fundamental para melhor qualidade de vida.

Conclusão

A implantação do serviço de AF é uma estratégia de suma importância para suprir a carência de informação, relacionada ao uso de medicamentos. Essa proposta direcionada ao paciente diabético insulínico dependente, além de trazer a ampliação dos serviços existentes nas Clínicas Integradas da UNESC, trazem concomitantemente, o fortalecimento do trabalho multiprofissional, atuando o farmacêutico como participante ativo no processo terapêutico, dividindo e trocando informações com todos os profissionais proporcionando um cuidado integral para o paciente.

Referências

- ASSUNÇÃO, M. C. F.; SANTOS, I. S.; COSTA, J. S. D. Avaliação do processo da atenção médica: adequação do tratamento de pacientes com diabetes mellitus. **Caderno de Saúde Pública**, v. 18, p. 205-211, 2002.
- CIPOLLE, R. J. et al. **El ejercicio de la atención farmacéutica**. Madrid: McGraw Hill – Interamericana, 2000.
- HERNÁNDEZ, D. S.; CASTRO, M. M. S., DÁDER, M. J. F. **Método Dáder. Manual de seguimento farmacoterapêutico**. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica. 3. ed. Granada: Universidade de Granada, 2009.
- MACHUCA, M. F. et al. **Método Dáder: Guia de seguimento farmacoterapêutico**. Granada: Universidade de Granada, 2003.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Iniciativa para a prevenção integrada de doenças não-transmissíveis nas Américas**. Brasília: OPAS, 2003.
- PERETTA, M. D.; CICCIA, G. N. **Reingeniería de la Práctica Farmacéutica**. Buenos Aires: Médica Pan-americana, 1998.

PONTIERI, F. M.; BACHION, M. M. Crenças de pacientes diabéticos acerca da terapia nutricional e sua influência na adesão ao tratamento. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p. 151-160, 2010.

SANTOS, H. M. et al. **Introdução ao seguimento farmacoterapêutico**. Grupo de Investigação em cuidados farmacêuticos. Universidade Lusófona, 2007.

WERNECK, M. A. F.; FARIA, H. P.; CAMPOS, K. F. C. **Protocolos de cuidado à saúde e de organização do serviço**. Belo Horizonte: Coopmed, 2009.

CAPÍTULO 14

Uso Abusivo de Drogas e suas Influências sobre a Cavidade Bucal

Maria Fernanda Gazola¹

Mateus Feltrin²

Lisiane Tuon Generoso Bittencourt³

Joseete Mazon⁴

Fernanda Guglielmi Faustini Sônego⁵

Resumo

O uso crescente e precoce de drogas lícitas ou ilícitas é um problema de saúde pública no Brasil e causa intercorrências indesejáveis como crises familiares, atos violentos, negligência com sua própria saúde e internações hospitalares. Nesse contexto, o objetivo do presente capítulo é apresentar uma

¹ Odontóloga. Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo-Sul Catarinense – UNESC, Criciúma, SC, Brasil. *E-mail:* maria-fernandagazola@gmail.com

² Odontólogo. Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo-Sul Catarinense – UNESC, Criciúma, SC, Brasil. *E-mail:* feltrinmateus@hotmail.com

³ Fisioterapeuta. Coordenadora da COREMU do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/ Saúde Coletiva e Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC, Criciúma, SC, Brasil. *E-mail:* ltb@unesc.net

⁴ Mestre em Ciências Biológicas. Coordenadora de Atividades do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Criciúma, SC, Brasil. *E-mail:* jmz@unesc.net

⁵ Odontóloga. Tutora do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC, Criciúma, SC, Brasil. *E-mail:* fgfsonego@unesc.net

revisão narrativa da literatura das alterações e das manifestações que as drogas lícitas e/ou ilícitas causam na cavidade bucal. Trata-se de uma revisão bibliográfica realizada, que inclui referências documentadas no período de 2002 a 2013, sobre a interação das drogas na cavidade bucal. Foi realizado o levantamento em bases de dados e bibliotecas da área da saúde, Bireme, LILACS e Biblioteca Brasileira Odontologia. Os principais achados em pacientes que usam drogas são xerostomia, altos índices de dentes cariados, perdidos e obturados, redução da capacidade de tampão da saliva, queilite angular, bruxismo, perdas dentais, doença periodontal, halitose e estomatites. Como agravante, deve-se considerar que o consumo de drogas tende a reduzir a capacidade cognitiva e a motivação para desempenhar as tarefas do cotidiano, como a higiene bucal, sendo que a depressão e demais sinais e sintomas dessas drogas acabam por afetar diretamente a capacidade de manter uma boa higiene e dieta equilibrada. Diante disso, o indivíduo que se encontra em processo de recuperação deve ser tratado integralmente, pela associação de cuidados médicos e psiquiátricos, com uma abordagem educativa para valorização da saúde bucal e dos cuidados necessários, visando manter a integridade das estruturas dentais.

Palavras-chave: Dependência. Drogas. Saúde bucal. Doenças.

Introdução

O uso crescente e precoce de drogas lícitas ou ilícitas é um problema de saúde pública no Brasil e causa intercorrências indesejáveis como crises familiares, atos violentos, negligência com sua própria saúde e internações hospitalares (BALLANI; OLIVEIRA, 2007).

As causas desse fenômeno são complexas e envolvem aspectos sociais, educacionais, econômicos e de saúde pública. Por outro lado, a forma com que as diferentes sociedades vêm encarando o consumo de drogas ilícitas

ou o abuso de drogas lícitas tem variado com o tempo e depende do tipo de droga (LINS et al., 2010).

Hoje, sabe-se que o comportamento pessoal e estilo de vida possuem múltiplas influências sobre as condições de saúde bucal e sistêmica dos pacientes, muitas vezes, pouco conhecidas dos próprios profissionais de saúde e normalmente negligenciadas por eles (LINS, 2009).

Nessa linha de raciocínio, a longo prazo, o consumo de drogas pode reduzir a capacidade cognitiva e a motivação para desempenhar as tarefas do cotidiano, como os hábitos de higiene bucal, por exemplo. Além desse aspecto, o perfil emocional do paciente que faz uso de drogas alucinógenas, como a maconha e o crack, está sujeito às alterações negativas, pois a dependência psíquica faz o usuário sentir vontade de utilizar o produto, enquanto que a dependência física e as crises de abstinência provocam irritação, insônia, perda do apetite, alterações no humor, na higiene bucal e dieta (LINS, 2009).

Apesar de o cirurgião-dentista se deparar com muitas das manifestações da dependência desses agentes químicos, os profissionais geralmente desconhecem as intensas consequências desse fato no exercício profissional (LINS, 2009).

A condição bucal de um dependente químico pode apresentar características peculiares. Os principais achados em pacientes que usam drogas são xerostomia, índice de dentes cariados, perdidos e obturados (CPOD) elevado, redução da capacidade tampão da saliva, queilite angular, bruxismo, perdas dentais, doença periodontal, halitose e estomatites (RIBEIRO et al., 2002).

Os fatores etiológicos são descritos na literatura especializada, de modo a justificar a precária condição de saúde bucal dos dependentes químicos. Ressalta-se ainda que algumas drogas apresentam efeitos anestésicos, minimizando ou eliminando a dor, que constitui um sinal de alerta para que se procure o cirurgião-dentista. Dentre as manifestações bucais mais significantes do uso dessas drogas destacam-se as doenças periodontais, as quais são enfermidades multifatoriais, mas cujos agentes etiológicos primários estão ligados à placa bacteriana, onde microrganismos específicos, quase sempre anaeróbios obrigatórios ou microaerófilos (organismos que crescem em meios com quantidade de oxigênio muito pequenas), desempenham diferentes papéis no processo de desenvolvimento do quadro inflamatório pe-

riodontal, sendo que a distribuição de alguns microrganismos ainda possui marcada influência étnico-racial ou reflete modificações hormonais (LINS, 2009).

Cada substância tem seu poder devastador sobre os tecidos bucais. O consumo excessivo do tabaco promove mudanças efetivas em células da mucosa bucal por conter uma complexa mistura de componentes químicos como hidrocarbonetos, fenóis, ácidos graxos, isoprenos, ésteres e minerais inorgânicos (COLODEL et al., 2009).

A leucoplasia, considerada uma lesão potencialmente malignizável, é caracterizada por uma mancha branca ou placa branca na superfície da mucosa, e tem como fator desencadeante o uso frequente de tabaco e álcool. Muitos dos constituintes químicos do tabaco e os produtos finais de sua combustão são substâncias irritantes capazes de produzir mudanças leucoplásicas da mucosa bucal. Mascar o fumo também desencadeia o mesmo problema, mas não é tão agressivo quanto fumar (COLODEL et al., 2009).

Diversos estudos têm tentado elucidar os efeitos prejudiciais da maconha à saúde, tais como câncer de pulmão, traqueia e boca e outros associados ao cigarro, em que a única diferença entre os dois está no princípio ativo. A redução do fluxo salivar é explicada no caso da maconha em função da ação parassimpatolítica da droga. Esse e outros fatores etiológicos embasam a verificação da alta prevalência de cárie e doença periodontal em dependentes químicos (COLODEL et al., 2009).

O esclarecimento sobre tais questões é relevante para a elaboração de abordagens preventivas e terapêuticas, com ênfase para estratégias de redução do dano, o que possivelmente permitiria melhor prognóstico para esses indivíduos. Entretanto, as informações na literatura nessa área de conhecimento são esparsas, justificando o objetivo do presente capítulo, que é apresentar uma revisão narrativa da literatura das alterações e das manifestações que as drogas lícitas e/ou ilícitas causam na cavidade bucal.

Metodologia

Foi realizada uma revisão bibliográfica narrativa que incluiu publicações disponíveis no Google Acadêmico, Bireme, LILACS e Biblioteca Bra-

sileira Odontologia, divulgadas no período de 2002 a 2013. Foram usados os descritores de assunto “dependência química” e “saúde bucal”. Os critérios para seleção, definidos *a priori*, foram: para inclusão: somente artigos disponibilizados na íntegra em português e que relatassem a dependência química e a saúde bucal; para exclusão: artigos em idiomas diferentes do português; artigos que não mostraram a relação de drogas com a saúde bucal (Quadros 1 e 2). Os artigos foram organizados de modo a compilar informações sobre a dependência química, suas alterações e as manifestações das drogas na cavidade bucal.

Resultados/Discussão

A dependência de drogas é um problema de destaque social, com implicações sociais e orgânicas. É considerada um distúrbio, e por isso deve receber um enfoque mais amplo, envolvendo cuidados especiais no tratamento médico-odontológico (RIBEIRO et al., 2002). A odontologia, além de aliviar a dor, pode contribuir para a reabilitação desses pacientes, auxiliando no desenvolvimento da autoestima e ampliando a interação social, já que a recuperação implica resgatar o ser humano em todos os aspectos (RIBEIRO et al., 2002).

As drogas têm efeitos diretos sobre as estruturas da boca (mucosa, dente, língua), tendo a cárie e a doença periodontal elevada prevalência em dependentes químicos, além de ocorrência de leucoplasias e carcinomas (RIBEIRO et al., 2002).

Uma pesquisa realizada em 388 alcoólatras revelou que o usuário de álcool geralmente consome mais de um tipo de bebida diariamente e, após o exame intrabucal desses indivíduos, foram encontradas 227 lesões na mucosa bucal em 50% desses pacientes. Entre as várias lesões observadas, foram diagnosticados três casos de leucoplasia e um paciente com carcinoma bucal (FERNANDES et al., 2008).

As principais lesões cancerizáveis que podem ocorrer na boca são: a leucoplasia bucal, a fibrose submucosa e a eritroplasia. Os indivíduos usuários de drogas apresentam uma alta prevalência de leucoplasia bucal

e fibrose submucosa se comparados com a população geral (FERNANDES et al., 2008).

Um estudo feito por Ribeiro et al. (2002), em uma instituição para dependentes químicos, mostrou a correlação negativa entre o nível de importância dada aos dentes e a necessidade de tratamento, isto é, a maior premência de receber tratamento odontológico ocorre em pessoas que conferem menor atenção à saúde bucal. Tal característica é evidenciada por uma higiene bucal mais precária ou por procura ao cirurgião-dentista menos frequente. Neste mesmo estudo, verificou-se que a higiene bucal dos internos era, em geral, deficiente, com predominância do hábito de comer entre as refeições, especialmente balas, chicletes e chocolates, em concordância com os achados da literatura.

Cabe ressaltar que, somado a todas essas plausibilidades, parece haver também nos usuários de crack uma diminuição da autoestima e do cuidado com a higiene pessoal e, como consequência, uma higiene bucal precária, além da baixa procura ao atendimento odontológico. Ribeiro et al. (2002) demonstraram altas taxas de biofilme bacteriano e sangramento gengival em usuários da droga. Ainda é importante destacar a associação encontrada entre o uso do crack e a baixa condição socioeconômica dos usuários, o que provavelmente influencia no aumento da ocorrência de doença periodontal (ANTONIAZZI et al., 2013).

Em um estudo feito por Colodel et al. (2009) em uma instituição filantrópica com dependentes químicos, dos 22 entrevistados, 16 apresentaram doença periodontal, resultado que corrobora outra pesquisa feita por Lins (2009), em um centro de recuperação de dependentes químicos feminino, pois, das 50 internas, 19 apresentaram gengivite, 12 periodontite crônica, 13 eram periodontalmente saudáveis, enquanto 6 utilizavam prótese total.

A cocaína e o crack influenciam diretamente a cavidade bucal por conseguir uma rápida absorção. O viciado esfrega o pó sobre a superfície gengival, o que provoca irritação na mucosa, a língua pode apresentar escaras, ficando sujeita à infecção. A absorção da cocaína através da mucosa bucal leva à formação de lesões por deficiência de suprimento sanguíneo em decorrência da vasoconstrição provocada na região, causando necrose tecidual (COLODEL et al., 2009).

As maiores consequências bucais do emprego frequente de êxtase, cocaína, crack e outros agentes estão associadas à vasoconstrição profunda e persistente que essas drogas induzem, podendo levar à necrose tecidual e profundo retardo do processo de reparo. Nesse sentido, a própria nicotina e outros compostos presentes no tabaco podem exacerbar os efeitos cardiovasculares da cocaína, uma vez que também possui potente atividade vasoconstritora e induz ao aumento da liberação e do tempo de atividade de mediadores adrenérgicos, e como as duas drogas são utilizadas com frequência simultaneamente, pode-se ter um efeito somatório de ambas. Por outro lado, essas drogas podem mascarar parte dos efeitos vasculares dos processos inflamatórios periodontais, podendo contribuir para a aparente redução do sangramento à sondagem no grupo das dependentes químicas (LINS et al., 2010).

Além desse aspecto, a nicotina poderia potencializar a perda óssea associada com as periodontites, sendo que formas mais agressivas de periodontite e gengivite vêm sendo reconhecidas em pacientes com histórico de uso de tabaco e, mais recentemente, drogas ilícitas como o crack e a cocaína, sendo que a própria nicotina tem grande capacidade em aumentar o risco de infecções, como infecções respiratórias, gástricas, particularmente as associadas a *H. Pylori*, meningite, tuberculose, infecções sexualmente transmissíveis, infecções em pacientes com fibrose cística e infecções pós-operatórias (LINS, 2009).

Como agravante, no que concerne às condições de saúde bucal, deve-se considerar que o consumo de drogas, lícitas ou não, tende a reduzir a capacidade cognitiva e, principalmente, a motivação para desempenhar as tarefas do cotidiano, como a higiene bucal, sendo que a depressão e demais sinais e sintomas dessas drogas acabam por afetar diretamente a capacidade de manter uma boa higiene e dieta equilibrada, podendo acarretar fenômenos de desnutrição, anemia, entre outros, colocando em risco o próprio sentido do tratamento odontológico instituído (LINS, 2009).

A literatura descreve ainda um maior risco de doenças periodontais nas mulheres com dependência química, as quais ainda podem, em função de particularidades hormonais, apresentar maior predisposição à inflamação gengival e perda de inserção conjuntiva (LINS, 2009).

Encontram-se também disponíveis estudos conduzidos principalmente nas décadas de 1980 e 1990, que revelaram piores condições periodontais em indivíduos dependentes químicos de drogas ilícitas, porém, algumas dessas pesquisas não apresentaram a descrição do tipo de substância, ou, quando descrita, a substância mais prevalente foi a heroína (ANTONIAZZI et al., 2013).

A saliva constitui o principal veículo para a transmissão e disseminação de microrganismos presentes na cavidade bucal, uma vez que, mesmo aqueles grupos bacterianos que não são considerados membros da microbiota residente bucal, como as famílias Enterobacteriaceae e Pseudomonadaceae, *H. Pylori*, *E. Faecalis* e viroses herpéticos podem ser nela encontrados, sendo que esse fenômeno se exacerba com membros da microbiota residente, como o gênero *Cândida* (LINS, 2009).

Os indivíduos usuários de cocaína/crack apresentam também alterações na resposta imune-inflamatória já citadas anteriormente, como mudanças nas funções de neutrófilos e macrófagos, além do desequilíbrio das citocinas produzidas pelas células T helper 1 (Th1) e T helper 2 (Th2). Ressalta-se, portanto, que a maior ocorrência de lesões na mucosa bucal em usuários de crack pode ocorrer em detrimento das deficiências do sistema imune associado ao contato da droga localmente e redução do fluxo salivar (ANTONIAZZI et al., 2013).

Outra alteração comum é o bruxismo, que está presente em alguns pacientes pela alteração do psiquismo e do desenvolvimento de espasticidade, trazendo efeitos deletérios para os músculos, dentes e articulação temporomandibular (ATM) (COLODEL et al., 2009).

Quadro 1 - Revisão bibliográfica sobre o uso abusivo de drogas e suas influencias na cavidade bucal nas bibliotecas eletrônicas Google acadêmico, Bireme, LILACS e BBO.

Base/palavras chave	Nº de estudos		
	Relacionados na base	Pré-selecionados	Selecionados pelos critérios estabelecidos
Google acadêmico:			

Dependência química + saúde bucal	17	9	7
Bireme:			
Dependência química + saúde bucal	5	2	2
LILACS:			
Dependência química + saúde bucal	4	2	2
BBO:			
Dependência química + saúde bucal	1	1	1
Total excluindo os duplicados: 12 – 5 = 7			

Fonte: Elaborado pelos autores.

Quadro 2 - Objetivo dos artigos seleccionados.

Principal Assunto	Referência (1º autor, ano da publicação)	Objetivo
Efeito do Crack sobre a cavidade bucal.	Antoniazzi et al. (2013)	Apresentar uma revisão narrativa da literatura sobre o impacto da exposição ao crack nas condições bucais.
Vigilância epidemiológica do uso de drogas de abuso na juventude por meio da investigação do evento sentinela internação hospitalar decorrente desse uso.	Ballani e Oliveira (2007)	Operacionalizar o procedimento de vigilância epidemiológica de eventos sentinela a partir da internação hospitalar de jovens com diagnóstico de intoxicação aguda ou efeitos secundários decorrentes do uso de drogas de abuso, ampliando seu escopo conceitual.
Alterações bucais presentes em dependentes químicos.	Colodel et al. (2009)	Revisão de literatura sobre o tema, bem como a verificação de alterações bucais presentes em um determinado grupo de dependentes químicos.
Lesões cancerizáveis em indivíduos alcóolatas.	Fernandes et al. (2007)	Avaliar a prevalência de lesões cancerizáveis bucais num grupo de indivíduos portadores de alcoolismo.

Alterações comportamentais, psicológicas, de higiene bucal e presença de microrganismos em pacientes mantidos em um programa de desintoxicação para dependentes químicos.	Lins (2009)	Verificar a existência de alterações comportamentais e psicológicas em pacientes do gênero feminino, dependentes de drogas lícitas; verificar as condições de saúde bucal e queixas de ordem sistêmica dessas pacientes em relação a um grupo controle de pacientes não dependentes de drogas;
Condições de saúde de pacientes do gênero feminino.	Lins et al. (2010)	Verificou as condições gerais de saúde, com enfoque principal na saúde bucal, de pacientes do gênero feminino, dependentes de drogas lícitas (tabaco e álcool) e ilícitas (crack, êxtase, cocaína, heroína, LSD, maconha), mantidas em clínica de recuperação e desintoxicação, em relação a um grupo controle de pacientes não usuárias dessas drogas.
Abordagem integrada da saúde bucal de dependentes químicos em processo de recuperação.	Ribeiro et al. (2002)	Estimar o perfil das condições de saúde bucal de drogaditos em recuperação; verificar a eficácia de um programa preventivo-educativo, baseado nos conceitos de valorização da saúde bucal para indivíduos em processo de recuperação de dependência química; verificar a condição objetiva de saúde bucal frente à subjetividade dos valores conferidos ao quadro e observar se o processo de recuperação tem influência sobre o fluxo salivar.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Conclusão

O uso abusivo de drogas prejudica a cavidade bucal e, diante disso, o indivíduo que se encontra em processo de recuperação deve ser tratado integralmente, associando-se cuidados médicos e psiquiátricos, necessitando de uma abordagem educativa para valorização da saúde bucal e dos cuidados necessários para manter a integridade das estruturas dentais (RIBEIRO et al., 2002). Estudos com maior nível de evidência poderão contribuir para o planejamento de estratégias de prevenção do uso de drogas, além da implementação de estratégias de atenção à saúde do dependente, reduzindo danos e permitindo melhor prognóstico.

Referências

- ANTONIAZZI, R. P. et al. Efeito do crack nas condições bucais: revisão de literatura. **Revista Periodontia**, v. 23, n. 1, p. 13-18, mar. 2013.
- BALLANI, T. S. L.; OLIVEIRA, M. L. F. Uso de drogas de abuso e evento sentinela construindo uma proposta para avaliação de políticas públicas. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 488-94, jul./set. 2007.
- COLODEL, E. V. et al. Alterações bucais presentes em dependentes químicos. **Revista Sul-Brasileira de Odontologia**, v. 6, n. 1, p. 44-48, 2009.
- FERNANDES, J. P. et al. Prevalência de lesões cancerizáveis bucais em indivíduos portadores de alcoolismo. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 54, n. 3, p. 239-244, 2008.
- LINS, S. A. **Alterações comportamentais, psicológicas, de higiene bucal e presença e microrganismos superinfetantes e vírus da família Herpes viridae em pacientes mantidas em programa de desintoxicação para dependentes químicos**. Tese (Doutorado) - Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho – UNESP, Araçatuba, 2009.
- LINS, S. A. et al. Condições de saúde de pacientes do gênero feminino com dependência química. **Salusvita**, Bauru, v. 29, n. 2, p. 29-46, 2010.
- RIBEIRO, E. D. P. et al. Abordagem integrada da saúde bucal de droga-dependentes em processo de recuperação. **Pesquisa Odontológica Brasileira**, v. 16, n. 3, p. 239-245, 2002.

CAPÍTULO 15

Os Conselheiros Locais de Saúde: A Compreensão sobre o Programa Saúde da Família - PSF

Claudio Alex de Souza Sipriano¹

Janine Moreira²

Resumo

O presente capítulo examina um estudo exploratório-descritivo de abordagem qualitativa, que teve como objetivo analisar a percepção dos Conselheiros Locais de Saúde de um bairro pertencente ao município de Criciúma, SC, sobre o Programa Saúde da Família, a partir de Círculos de Cultura freireanos. Participaram do estudo 12 conselheiros locais de saúde. Os instrumentos de coleta de dados foram: observação participante com diário de campo, entrevista coletiva e os Círculos de Cultura. Os dados foram submetidos à análise por categorias. Os resultados indicam que o Programa Saúde da Família permanece atrelado a ações voltas ao modelo curativista, apesar dos avanços do Sistema Único de Saúde, sugerindo o cumprimento do papel técnico associado pelo Programa Saúde da Família e deixando a desejar no papel político de fomento da participação popular e controle social.

Palavras-chave: Círculo de Cultura. Conselho de Saúde. Controle social.

¹Mestre em Educação pela Universidade do Extremo Sul Catarinense. Residente em Saúde da Família/Saúde Coletiva do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família/Saúde Coletiva da Universidade do Extremo Sul Catarinense-UNESC. *E-mail:* claudiocriciuma@yahoo.com.br

²Doutora em Psicopedagogia pela Universidad de Cordoba. Docente titular do Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC. Santa Catarina, Brasil. *E-mail:* jmo@unes.net

Introdução

A conquista da participação popular na elaboração das políticas públicas e o controle social sobre as ações executadas pelo Estado nas diversas áreas da conjuntura política brasileira é expressão do processo de luta dos movimentos sociais organizados ao longo da história das políticas públicas (CORREIA, 2005). No contexto nacional, a área da saúde se destaca, pois foi pioneira na implementação e regulamentação da participação popular e do controle social, por meio da criação dos “dispositivos, institucionalizados, [...] os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde como foros de participação popular [...]”. (BARROS, 2005, p. 9).

Esse pioneirismo da saúde está intimamente ligado à efervescência política vivenciada pelo País na década de 1970, período em que o Brasil foi dirigido por uma ditadura militar. Nesse contexto, foi realizado o “Movimento da Reforma Sanitária, que congregou movimentos sociais, intelectuais e partidos políticos de esquerda na luta contra a ditadura, com vistas a mudanças do modelo médico-assistencial privatista” (CORREIA, 2005, p. 55).

Com o clima de efervescência política, a militância dos participantes do Movimento da Reforma Sanitária e a extinção do regime militar, o Brasil passa a vivenciar um processo de redemocratização na década de 1980. Nesse período, pela primeira vez, os militantes do Movimento da Reforma Sanitária e a sociedade civil em geral, que lutavam em prol de um novo modelo-assistencial de saúde, discutem, juntamente com o governo, em 1986, durante a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde – CNS, a criação de um Sistema de Saúde Universal e participativo.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde ficou marcada na história da saúde brasileira, por representar a abertura de oportunidade de voz coletiva para a democratização dos espaços participativos na saúde. Os diversos movimentos sociais organizados almejavam que saúde fosse direito de todos e dever do Estado, além de ser direito no sentido de acesso aos serviços assisten-

ciais, reivindicando por espaço de participação popular e de controle social (VALLA, 1998; CORTES, 2002; WENDHAUSEN, 2002).

Dois anos após a 8ª CNS, acontece a promulgação da Constituição Federal em 1988, com a participação de mais de 4.000 pessoas, que estabeleceram na constituinte, por intermédio do artigo 196, que “saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução de risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 2005, p. 212).

A garantia de saúde como direito universal somente se concretizou com a implantação, em 1990, do Sistema Único de Saúde (SUS), após aprovação no Congresso Nacional da Lei Orgânica da Saúde (LOS) nº 8.080.

Uma das maiores conquistas com a criação do SUS foi o estabelecimento da Estratégia Saúde da Família (ESF), no entanto, apesar da política idealizada, são vários os obstáculos encontrados pelos profissionais de saúde em seu processo de trabalho na ESF, como: dificuldade de realização do trabalho em equipe, atendimento centrado no saber médico e más condições de trabalho, principalmente os baixos salários e a falta de um plano de cargos e salários factível. Estes fatores são elementos componentes do contexto que dificulta as práticas educativas dialógicas e a concretização da própria ESF (SIPRIANO, 2005).

No contexto da formação desses profissionais, as instituições formadoras não os preparam para a complexidade da ESF, especialmente na escuta sensível. Assim, no cotidiano de seu serviço, o mais comum é os profissionais estabelecerem para cada queixa uma conduta paliativa, não analisando sua história social como um todo, ficando o diálogo à mercê do acaso, e a necessidade do sujeito atendida por uma receita médica, um fármaco e a tão almejada requisição de exames, característica do modelo de saúde curativista, em que o sujeito-usuário é mero objeto de manipulação corporal e não sujeito ativo em seu processo saúde-doença (SIPRIANO, 2005).

Seguindo o contexto do modelo hegemônico, a participação popular e o controle social ficam marginalizados, e os espaços participativos, como os Conselhos Locais de Saúde, que deveriam ser implementados para estimular

a troca de saber entre profissionais e população, quase sempre permanecem esvaziados.

Alguns trabalhos identificam os profissionais das ESF como possíveis fomentadores da participação popular e do controle social (CREVELIM; PEDUZZI, 2005; CAMPOS; WENDHAUSEN, 2007). Apesar de este ser um objetivo importante a ser buscado, estudo realizado em 2007 demonstrou que os profissionais de saúde apresentam dificuldades na educação com a população com vistas à participação popular e ao controle social, permanecendo em suas práticas a educação vertical e patologizante (DA ROS et al., 2007).

Esta afirmação fundamenta a reflexão no sentido de rever as ações dos profissionais da ESF, pois entendemos que esses profissionais também deveriam fazer parte do Conselho Local de Saúde, concretizando a participação popular e o controle social legalmente instituído. A participação popular e o controle social na saúde foram instituídos pela Lei nº 8.142, também no ano de 1990.

Os Conselhos de Saúde (CS) representam hoje o principal espaço de participação e controle social no SUS. Pesquisa realizada no ano de 2005 aponta que a existência de 5.537 Conselhos de Saúde e 86.414 conselheiros, que atendem 5.560 municípios brasileiros (CORREIA, 2005).

Os CS são instâncias colegiadas constituídas em cada esfera de governo, ou seja, existem os Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional, que têm caráter permanente e deliberativo, atuando, segundo as disposições da Lei nº 8.142/90 (art. 1º, inc. II e § 2º), na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo (BRASIL, 1990).

Essa lei também cria as Conferências de Saúde, espaços coletivos onde se reúnem, a cada quatro anos, os representantes dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde nos níveis correspondentes – municipal, estadual e federal – “convocadas pelo Poder Executivo ou pelos Conselhos de Saúde” (BRASIL, 1990).

A composição desses conselhos se pauta na representatividade majoritária de usuários (50% ou mais), almejando o predomínio popular. Mas, como formar conselhos de saúde em que a maioria da população não sabe sequer o que significa a sigla SUS? Como equalizar a participação social por meio dos profissionais de saúde, que mal têm tempo para atender à burocracia dos serviços e realizar a assistência ao sujeito? As questões colocadas apontam para uma mobilização coletiva na formulação desses conselhos, mas, na prática, eles são idealizados pelo grupo político que ocupa o poder, nem sempre partindo da iniciativa dos profissionais locais ou da comunidade.

A hegemonia dos técnicos dentro dos conselhos de saúde faz com que haja uma repressão das falas dos sujeitos que representam os usuários com graus escolares menores, pois, “diante do técnico competente, dificilmente uma pessoa comum sente-se à vontade para discordar ou colocar seu ponto de vista [...]”. (WENDHAUSEN; CAPONI, 2002, p. 1.624).

Assim, apontamos para a problemática de que, apesar da garantia legal da participação popular, o controle social não se efetiva, já que não há, na prática, um sistema de saúde participativo. Isso aponta para a necessidade de novas estratégias, para que a população exerça o controle social e tenha o “*empowerment* comunitário” (empoderamento comunitário), e, neste sentido, os Círculos de Cultura estabelecidos por Paulo Freire podem ser uma alternativa.

O autor citado anteriormente situa Paulo Freire como um dos precursores do conceito de “*empowerment* comunitário”. Entendemos, assim, que este empoderamento advém do processo de conscientização que, por sua vez, tem nos Círculos de Cultura uma metodologia eficaz.

O Círculo de Cultura de Paulo Freire não é apenas um método de alfabetização, atividade de Freire quando do início de sua atuação, nos anos 1950 no Brasil. É uma forma de conscientização. Conscientização, no sentido de Freire, “implica que os homens assumam seu papel de sujeitos que fazem e refazem o mundo. Exige que os homens criem sua existência com um material que a vida lhes oferece [...], está baseada na relação consciência-mundo” (FREIRE, 2001).

Ainda sobre os Círculos de Cultura, Brandão (2010) destaca que aí “o diálogo deixa de ser uma simples metodologia ou uma técnica de ação

grupais e passa a ser a própria diretriz de uma experiência didática centrada no suposto de que aprender é aprender a ‘dizer a sua palavra’” (BRANDÃO, 2010, p. 69-70). Ele se funda em relações dialógicas.

Dentro dessa perspectiva, desenvolvemos uma prática educativa baseada nos Círculos de Cultura de Paulo Freire, por entender que a saúde e a educação caminham juntas. Com base no exposto, o capítulo objetiva analisar a percepção dos Conselheiros Locais de Saúde de um bairro pertencente ao município de Criciúma-SC, sobre o Programa Saúde da Família, a partir dos Círculos de Cultura freireano.

Metodologia

O presente capítulo tem origem na Dissertação de Mestrado intitulada “Educação Popular: círculos de cultura e os limites e as possibilidades de *empowerment* do conselho local de saúde”, desenvolvida junto ao Programa de Pós-graduação em Educação (PPGE) da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC). O estudo foi de abordagem qualitativa proposta por Minayo (2010), do tipo exploratório-descritiva, configurada nos moldes da pesquisa participante (BOTERF, 1999) e estruturada a partir dos Círculos de Cultura de Paulo Freire. Os participantes deste estudo foram o universo de 12 Conselheiros Locais de Saúde, residentes em um bairro periférico da cidade de Criciúma – SC. Com o intuito de preservar a identidade dos sujeitos, foi adotada a denominação “CLS” (forma de abreviar Conselheiro Local de Saúde), seguida de uma numeração romana de I a XII; por exemplo: CLSI, CLSII.

Os instrumentos de coleta de dados foram: observação participante com diário de campo, entrevista coletiva e os Círculos de Cultura. Para a coleta dos dados foi utilizado um gravador de áudio. Estabelecemos três passos para atender a estes princípios metodológicos: **primeiro**: realização de um encontro com os conselheiros para apresentação da proposta; **segundo**: observação de duas reuniões do conselho, visando entender como eles se organizam; **terceiro**: realização de cinco Círculos de Cultura, objetivando discutir

os temas geradores: 1-saúde; 2-Programa Saúde da Família – PSF; 3-participação popular e controle social; e 4-conselho de saúde. No último Círculo de Cultura foi realizada uma entrevista coletiva com a utilização de um roteiro norteador. Os dados foram transcritos e posteriormente analisados segundo categorias (GOMES, 2003).

Destacamos que da discussão dos quatro temas geradores apresentados anteriormente, emergiram 19 categorias específicas. Neste capítulo, são discutidos os resultados do segundo Círculo de Cultura, onde problematizamos com os Conselheiros Locais de Saúde o tema gerador “Programa Saúde da Família”.

O Círculo de Cultura onde discutimos tema gerador PSF teve a duração de 33 minutos e 11 segundos e estiveram presentes nove conselheiros. O objetivo foi discutir o tema PSF, visando resgatar o entendimento dos participantes sobre a matéria e enfatizar a importância do intercâmbio entre os conselheiros e os profissionais do PSF. Foi utilizada a sigla PSF em vez de ESE, pois os sujeitos tinham no seu dia a dia o contato com ela.

Para realização desse Círculo utilizamos folhas A3, onde imprimimos as seguintes questões: **O que é o Programa Saúde da Família? Para que serve o PSF? Quem faz parte do PSF? A população participa do PSF?** Além das questões impressas nas folhas A3, imprimimos a imagem da UBS, objetivando a visualização dos conselheiros das iniciais PSF que fica em frente à UBS.

A discussão desse Círculo de Cultura resultou na formulação de cinco categorias específicas: Programa que trabalha com a família proporcionando prevenção de doenças; Uma troca: a comunidade com as doenças e o PSF tentando encontrar solução; Programa completo para trabalhar todo o problema; Programa pensado conforme a realidade da comunidade; e É um programa lindo maravilhoso na conversa, mas na prática é tudo errado.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNESCO, Parecer nº 266/2010, e os sujeitos da pesquisa, após serem esclarecidos sobre o processo investigativo e seus objetivos, aceitaram voluntariamente dela participar, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados/Discussão

O processo de análise dos dados possibilitou que eles fossem agrupados em cinco categorias específicas. A primeira delas intitulada, **“Programa que trabalha com a família proporcionando prevenção de doenças”**, por meio do qual os conselheiros apontam o PSF como um programa que proporciona a prevenção de doenças, partido da associação do PSF a outros serviços de saúde. A segunda, **“Uma troca: a comunidade com as doenças e o PSF tentando encontrar solução”**, discute o PSF como um espaço de troca no qual a comunidade traz suas doenças e o PSF tenta encontra a solução, o que pode estar associado ao modelo biologicista presente na prática dos serviços. A terceira, **“Programa completo para trabalhar todo o problema”**, aborda o PSF como um programa completo para trabalhar todos os problemas, principalmente os relacionados à doença corporal. A quarta, **“Programa pensado conforme a realidade da comunidade”**, discute o PSF como um programa pensado conforme a realidade da comunidade, indicando as Agentes Comunitárias de Saúde como as responsáveis pela programação do PSF, a partir da demanda da comunidade. A quinta categoria, **“É um programa lindo maravilhoso na conversa, mas na prática é tudo errado”**, aponta para o descontentamento dos conselheiros com o PSF, indicando que sua formulação teórica é linda, mas na prática não se efetiva, dando a impressão de que em sua proposta está tudo errado.

A seguir, apresentamos a discussão de cada categoria específica.

- **Programa que trabalha com a família proporcionando prevenção de doenças**

Nesta categoria específica, os conselheiros apontam o PSF como um programa que trabalha na prevenção de doenças da família e comunidade. A fala do conselheiro elucida a comparação do PSF com outros serviços de saúde:

É um programa, no meu ponto de vista, que trabalha mais com a prevenção. Vem o diferencial de outras unidades que tentam resolver o problema quando ele já está existente. O Programa Saúde da Família trabalha mais com a família, proporcionando a prevenção. Mas acho que o objetivo, no meu ponto

de vista, o objetivo diferencial do PSF para uma unidade regional, para os outros postinhos, é que é mais isso, trabalha com a comunidade a prevenção da doença, para que ela não aconteça, para tentar evitar, no meu ponto de vista. [CLS V].

Na fala do CLS, podemos registrar uma forte aproximação com os princípios da ESF preconizados pela atual Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que, dentre eles, enfoca a ESF como local de atuação na prevenção de agravos à saúde, além da promoção, proteção e reabilitação da comunidade (BRASIL, 2011).

Apesar dessa aproximação com os indicativos da portaria ministerial, que entendemos ser teoricamente bem elaborada e não seguir o modelo curativista e fragmentador do sujeito, existe grande predomínio, na fala do CLS V, do entendimento do PSF como um local que somente faz a prevenção de doenças. Não que esse quesito não seja importante para a vida das pessoas, mas foram esquecidas outras questões, como a participação popular e o controle social, o que entendemos fragilizar o processo de empoderamento dos conselheiros.

Cabe aqui um questionamento: será que as práticas do PSF local estão somente voltadas para a prevenção ou mesmo cura de doenças e por isso a fala do CLS traz essa dimensão? Talvez, para responder a essa questão, seja necessária outra pesquisa, mas a próxima categoria específica parece assim apontar.

- **Uma troca: a comunidade com as doenças e o PSF tentando encontrar solução**

Essa categoria específica evidencia que a prática do PSF local esteja vinculada a ações de cura de doenças já existentes, não à prevenção, como também deveria, o que conota o PSF como um local de troca, onde a comunidade traz suas doenças e os profissionais buscam a solução. Essa constatação indica que o PSF não vem cumprindo seu papel político, apenas técnico, conforme a fala: *“Tipo assim, tem o posto ali dentro com os funcionários capacitados para estar prestando atendimento, mas se não tiver a comunidade para usufruir desse atendimento, não funcionaria o PSF. Então, é uma troca. A comunidade com as doenças, com os problemas, e o PSF tentando encontrar a solução”*. [CLS II].

Essa forma de conceber o PSF nos parece muito restritiva em relação às ações preconizadas pela Política Nacional de Atenção Básica em Saúde, o que, de certa forma, mais uma vez, demonstra que o modelo curativista ainda se faz dominante. E talvez a fala dos conselheiros se justifique, pois o processo de trabalho desenvolvido pelos profissionais do PSF pode estar pautado em práticas curativistas e atividades educativas centradas em hábitos de higiene e no atendimento exercido majoritariamente pelo profissional médico. Desta forma, o PSF não se torna um local para fomento da participação popular e controle social (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006).

- **Programa completo para trabalhar todo o problema**

Nesta categoria específica, apesar de os conselheiros locais de saúde apontarem o PSF como um programa completo, e que faz o atendimento a toda a família através de uma equipe composta por diversos profissionais, e citarem os programas educativos a portadores de doenças crônicas como a hipertensão, permanece forte a ideia do PSF como local exclusivo para o tratamento de doenças, reforçando a teoria do modelo curativista, que persegue o atendimento especializado e individualizado, conforme destaca a fala do conselheiro a seguir:

“Seria que ali, pensa-se assim que é uma unidade onde a família toda poderia ter o atendimento, desde o dentista, o clínico, e o especialista sei lá, o ginecologista, e trabalhando em cima disso, lá atrás, com aqueles programas... hipertenso. Enfim, um programa completo, para trabalhar todo o problema.”
[CLS V].

Além da permanência da ideia do PSF como lócus de prevenção ou cura de doenças, percebe-se certo grau de dificuldade de entendimento por parte do CLS de que quais seriam os profissionais do PSF, pois, dentro desta proposta, não existe um médico especialista em outra área que não em saúde da família ou medicina comunitária. Segundo o Ministério da Saúde, uma equipe de saúde da família deve ser composta por,

[...] no mínimo: um (01) Médico generalista ou especialista em saúde da família, ou médico de família e comunidade, um (01) Enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família; um (1) Técnico ou Auxiliar de Enfermagem e de seis (06) a doze (12) Agentes Comunitários de Saúde.
(BRASIL, 2011)

A falta de conhecimento por parte dos CLS pode trazer dificuldades na sua atuação como conselheiros de saúde, no sentido de que, se eles mesmos não sabem ao certo quais os profissionais que ali devem atuar segundo a proposta do PSF, como irão reivindicar junto às autoridades quando alguns deles não compuserem o quadro profissional?

Além desse fato, podemos dizer que, segundo o entendimento desse conselheiro, o PSF é um programa completo não por atender o sujeito dentro de sua complexidade da vida, mas por tratar dos problemas relacionados às doenças, tanto na prevenção como na reabilitação. Aqui há a desinformação quanto o que compete ao nível de atenção básica em saúde e o que compete aos outros dois níveis, de maior complexidade, faltando então o entendimento da lógica da própria política de saúde, elaborada para que a atenção básica seja a porta de entrada ao sistema de saúde, desafogando os demais níveis e aumentando o poder de resolutividade no atendimento de todo o sistema.

- **Programa pensado conforme a realidade da comunidade**

A categoria específica emergida da discussão a ser problematizada traz pela primeira vez elementos que englobam a participação da comunidade, mesmo que seja no sentido de participação indireta, conforme elucidada a fala do conselheiro: *“É um programa pensado conforme a realidade da comunidade. E através das agentes comunitárias, elas sabem, eu acredito que parte dali a programação, porque elas têm a essência”* [CLS I].

Nessa categoria específica, o CLS destaca uma das premissas do PSF, que é realizar suas ações conforme a demanda da comunidade, destacando os Agentes Comunitários de Saúde como os responsáveis por trazer as demandas da população para serem pensadas e resolvidas junto aos demais profissionais. Essa forma de entender e valorizar o trabalho dos ACS dá indícios de que esses profissionais são os que mantêm maior contato com a população em geral, e essa premissa se fortalece no sentido que no processo de realização dos Círculos de Cultura, os únicos representantes dos profissionais de saúde no Conselho Local de Saúde são duas agentes de saúde.

Concordamos com o CLS que os ACS têm – ou deveriam ter – a essência da programação, uma vez que suas atribuições, segundo o Ministério da Saúde são,

[...] os ACS contribuindo para a organização da atenção à saúde, qualificação do acesso, acolhimento, vínculo, longitudinalidade do cuidado e orientação da atuação da equipe da UBS em função das prioridades definidas equanimemente conforme critérios de necessidade de saúde, vulnerabilidade, risco, entre outros. (BRASIL, 2011)

Apesar de o conselheiro apontar o PSF como um programa pensado conforme a realidade da comunidade, parece que quem pensa as ações de saúde são somente os profissionais de saúde, ficando nesse contexto a população de fora do processo de discussão, não se caracterizando como coautores do processo. Esta situação pode estar ligada com o que Freire chama de “dependência emocional na relação opressor e oprimido” (no caso, profissionais e comunidade), segundo a qual o oprimido vê o seu opressor como detentor do saber, e ele próprio pensa nada saber. (FREIRE, 2005).

- **É um programa lindo maravilhoso na conversa, mas na prática é tudo errado**

Nesta categoria específica, os conselheiros tecem críticas ao PSF, no sentido de focar que na teoria está bem estruturado e formulado, mas na dimensão prática não se efetiva, conforme destacou um dos conselheiros:

A teoria é bonita, é muito bonita, e a prática a gente vê que não é isso. Aí tem lance legal que, tipo assim, o que as agentes comunitárias fazem, que é bem interessante essa coisa da visita, de estar lá na casa. Eu lembro que, quando eu ganhei a minha filha, eu fiquei esperando um tempão elas chegarem, porque eu lembro quando a fulana ganhou neném todo mundo lá do postinho veio ver, eu fiquei esperando e não apareceu ninguém [se refere quando teve bebê], a minha menina já está com cinco anos. [CLS V].

Percebe-se o descontentamento pela falta de efetividade e resolubilidade do PSF quando a conselheira traz em sua fala o depoimento pessoal de que não recebeu visita domiciliar puerperal por parte dos profissionais do PSF. Isso indica que existem problemas a serem repensados no PSF. Mas, por outro lado, essa forma de entender o PSF pode ser positiva,

analisando-se dialeticamente, pois, se os conselheiros sabem como funciona na teoria, fica mais fácil planejar e dialogar sobre as ações de saúde junto aos profissionais do PSF e cumprir seus papéis como conselheiros locais de saúde.

Os conselheiros demonstraram ter conhecimento dos preceitos iniciais do PSF, quando o Programa foi implantado no cenário brasileiro, que preconizava que os profissionais fossem moradores da comunidade onde o PSF estivesse instalado, estando esses disponíveis para realizar atendimento à população. Mas essa premissa não se efetivou totalmente, uma vez que dos profissionais que compõem o PSF é exigido residir no bairro de localização do PSF somente os Agentes Comunitários de Saúde.

Os conselheiros também parecem ter passado por momento de discussão com autoridades políticas locais, com quem discutiram sobre a temática saúde, conforme elucidada a fala abaixo:

O real do PSF, quando a gente foi com o Acélio [Acélio Casagrande, ex-secretário de desenvolvimento regional e ex-secretário de saúde do município de Criciúma] em Brasília, tivemos a oportunidade de participar de um monte de coisa, é assim: médico mora na comunidade, a enfermeira tem que estar aqui para ver pressão final de semana, é um programa assim, lindo, maravilhoso, mas só na conversa, na prática é tudo errado. [CLS VIII]

O desencantamento por parte dos conselheiros com o atual desenvolvimento do PSF no que se refere à sua efetividade prática é gritante, o que deve estar ligado ao fato de os mesmos terem participado da implantação do PSF no bairro, relatando que uma vez já funcionou próximo do idealizado, trazendo depoimentos de um bom relacionamento e interação com os profissionais e comunidade, conforme relata o CLS V:

No início assim, quando o PSF veio pra cá, na época da enfermeira X, e tantos outros, a gente via que o diferencial da nossa Unidade aqui era tão grande em relação aos outros, justamente por que... assim ô... a enfermeira naquela época, nossa, ela estava tão presente, ela não morava aqui, mas ela era tão da comunidade quanto nós. Atuante, no horário de almoço ela estava um dia na casa de um e um dia na casa de outro, eles realmente

interagiram com a comunidade. E aí tínhamos os técnicos, que eram todos da comunidade, então a gente via que era um programa que realmente funcionava. Porque tu conheces o problema, tu conheces a realidade da tua comunidade, acho que fica mais fácil pra ti poderes trabalhar. Às vezes até um não que tu dizes, mais tu estás dizendo um não para o teu vizinho, tu dizes um não de forma gentil, com jeitinho. E era bem legal, assim era bem interessante, e não acontece mais isso hoje. [CLS V]

Percebe-se na fala do conselheiro que existia – ao menos se pensava existir – uma grande interação entre os profissionais e a comunidade; talvez essa percepção da falta da interação profissional e comunidade atualmente possa ser um ponto positivo para uma aproximação com os profissionais, uma vez que isso é destacado como ponto que fragiliza a efetividade do PSF. Quando questionado como está o funcionamento do PSF atualmente, um dos conselheiros relata:

Ah, não está funcionando, já da discussão que a gente teve na reunião passada, a respeito do horário do médico, ele é contratado para trabalhar oito horas e fica quatro horas, falha. E aí a enfermeira, que era para estar fazendo as visitas na casa, estar fazendo todo aquele acompanhamento, fica trancada numa sala dando assistência para os acadêmicos. E deixa a comunidade de fora, o agente comunitário, que é para estar lá visitando e trazendo os problemas, e ir em busca das soluções, está em casa sei lá eu fazendo o quê, segundo o nosso colega. E assim uma falhinha aqui e outra ali, meu filho, vira o PSF da Vila Manaus. [CLS III]

Nesta fala, é citado que os profissionais do PSF deixam a comunidade de fora, o que entendemos ser um ponto a ser repensado pelos conselheiros e profissionais no sentido de se aproximarem, pois, como destacado anteriormente, os profissionais que estão atuando como conselheiros são somente duas ACS. Entendemos que esse distanciamento não contribui para o fortalecimento da participação popular e a conquista do controle social, fragilizando assim o processo de empoderamento dos conselheiros, uma vez que os profissionais de saúde são identificados como fomentadores do controle social e participação popular (CREVELIM; PEDUZZI, 2005; CAMPOS; WENDHAUSEN, 2007).

Pode-se levantar a questão que a percepção expressa por esse conselheiro provavelmente não coincide com a percepção dos profissionais de saúde da UBS, os quais, possivelmente, têm suas próprias explicações para os fenômenos apontados. Esta possível discrepância recoloca a necessidade de proximidade entre profissionais e conselho.

Conclusão

A temática Programa Saúde da Família – PSF foi percebida pelos conselheiros sob três prismas: o primeiro voltado para o modelo de saúde biologicista, entendendo-o como um programa que trabalha com toda a família, proporcionando prevenção de doenças; ainda dentro deste prisma biologicista, enfocaram mais duas concepções, sendo elas: o PSF como uma troca, em que a comunidade traz as doenças e o PSF tenta encontrar solução; e a outra, um programa completo para trabalhar todo o problema relacionado à parte corporal. O segundo prisma destacado nesta temática se refere ao PSF como um programa pensado conforme a realidade da comunidade, no sentido de os profissionais pensarem em uma programação e a executarem, sem um diálogo prévio com a comunidade. O terceiro e último prisma desta temática aponta o PSF como um programa lindo, maravilhoso, na conversa, e na prática é tudo errado, percebendo-se a desilusão e a insatisfação com o PSF. De modo geral, podemos dizer que o PSF é visto pelos conselheiros em seu aspecto técnico e não político, o que nos coloca a questão sobre o papel efetivo que o PSF cumpre na comunidade.

Constatamos, na discussão dessas categorias específicas, que o PSF, na visão dos conselheiros, tem lacunas a ser superadas para se tornar um espaço para o fomento do controle social e participação popular e que existe um distanciamento tangencial entre profissionais e comunidade, o que pode contribuir para a falta de efetividade no funcionamento do PSF e do *empowerment* dos conselheiros.

Isso indica que nós, que acreditamos na educação popular libertadora e empoderadora, temos que nos empenhar ainda muito para que o idealizado no SUS seja concretizado, e que a participação popular por meio do PSF seja realmente consubstanciada no controle social.

Referências

- ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; BEZERRA, R. C. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, A. et al., (Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 783-836.
- BARROS, E. Prefácio. In: CORREIA, C. V. M. **Desafios para o Controle Social**: subsídios para capacitação de conselheiros de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 9-10.
- BOTERF, L. G. Pesquisa participante: Propostas e reflexões metodológicas. In: BRANDÃO, C. R. (Org.). **Repensando a Pesquisa Participante**. São Paulo: Brasiliense, 1999.
- BRANDÃO, C. R. Círculo de Cultura. In: STRECK, D. R.; REDIN, E.; ZITKOSKI, J. J. (Orgs.). **Dicionário Paulo Freire**. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2010.
- BRASIL. Congresso. **Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação popular da comunidade na Gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF, 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z, garantindo saúde nos municípios**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONSEMS, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 10 out. 2011. Disponível em <<http://www.in.gov.br/autenticidade.html>>. Acesso em: 30 dez. 2011.
- CAMPOS, L.; WENDHAUSEN, A. Participação em Saúde: Concepções e Práticas de Trabalhadores de uma Equipe de Estratégia de Saúde da Família. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, SC, v. 16, n. 2, abr./jun. 2007.
- CORREIA, C. V. M. **Desafios para o Controle Social**: subsídios para capacitação de conselheiros de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.
- CORTES, S. M. V. Construindo a possibilidade da participação dos usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 4, n. 7, p. 18-49, jan./jun. 2002.

- CREVELIM, A. M.; PEDUZZI, M. A participação da comunidade na equipe de saúde da família. Como estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 323-331, 2005.
- DA ROS, M. A. et al. A Estratégia Saúde da Família como Objetivo de Educação em Saúde. **Saúde e Sociedade**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 57-68, jan./abr. 2007.
- FREIRE, P. **Conscientização: Teoria e Prática da Libertação** – uma introdução ao pensamento de Paulo Freire. São Paulo: Centauro, 2001.
- FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 48. reimp. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.
- GOMES, R. A Análise de Dados em Pesquisa Qualitativa. In: MINAYO, M. C. (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 22. ed. Petrópolis: Vozes, 2003. p. 67-80.
- MINAYO, M. C. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.
- SIPRIANO, C. A. **Metodologia da Assistência de Enfermagem sobre a Ótica do OTDP: Instrumento fundamental do processo de trabalho da enfermagem**. 2005. 121 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, 2005.
- VALLA, V. V. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, p. 7-18, 1998.
- WENDHAUSEN, A. **O duplo sentido do controle social: (des)caminhos da participação em saúde**. Itajaí: Univali, 2002.
- WENDHAUSEN, A.; CAPONI, S. O diálogo e a participação em um conselho de saúde em Santa Catarina, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1.621-1.628, nov./dez. 2002.

CAPÍTULO 16

Análise temporal das Gestações de Baixo Peso no Período de 2008 a 2012 num Município do Extremo Sul Catarinense

Abigail Lopes¹

Carla Abbatti Furlanetto²

Luana Moraes Ferreira³

Lisiane Tuon Generoso Bittencourt⁴

Josete Mazon⁵

Rita Suselaine Vieira Ribeiro⁶

Resumo

No momento do nascimento, o baixo peso é um fator determinante da mortalidade neonatal, no entanto, até a década de 1990, os re-

¹Nutricionista. Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Criciúma. SC, Brasil. *E-mail:* nutri.abigail@gmail.com

²Nutricionista. Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Criciúma. SC, Brasil. *E-mail:* cacafurlan@hotmail.com

³Nutricionista. Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Criciúma. SC, Brasil. *E-mail:* luanamf14@gmail.com

⁴Fisioterapeuta. Coordenadora da COREMU do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/ Saúde Coletiva e Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC, Criciúma. SC, Brasil. *E-mail:* ltb@unesc.net

⁵Mestre em Ciências Biológicas. Coordenadora de Atividades do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Criciúma. SC, Brasil. *E-mail:* jmz@unesc.net

⁶Nutricionista. Tutora do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Criciúma. SC, Brasil. *E-mail:* rsv@unesc.net

gistros de nascidos eram baseados exclusivamente no Sistema de Registro Civil. Para o reconhecimento e validação das informações emitidas, foi criado o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos, implantado pelo Ministério da Saúde com o objetivo de reunir informações epidemiológicas referentes aos nascimentos informados em todo território nacional. Nesse contexto, o presente capítulo apresenta um estudo transversal que buscou realizar uma análise temporal das gestações de baixo peso no período de 2008 a 2012 num município do Extremo Sul Catarinense. A população estudada foi constituída de 1.101 crianças, de ambos os sexos, nascidas no estado de Santa Catarina, Brasil, no período de 2008 a 2012. A maioria das mães que teve bebê com baixo peso pertencia à faixa etária dos 20 aos 34 anos, contudo, aproximadamente 20% da população pesquisada eram menores de 19 anos, indicando a gestação na adolescência como ingrediente dessa situação. Segundo os dados, mais de 50% das mães cursaram de 8 a 11 anos de estudo, entretanto, 23% das mães tinham apenas de 4 a 7 anos de estudo. Apesar de 43% ter realizado parto a termo, 41% ocorreu de 32 a 36 semanas, sendo a cesárea o método mais prevalente. Esses dados sugerem a necessidade de sensibilizar as mães e gestantes adolescentes quanto aos cuidados durante a gravidez, bem como investir em ações de promoção e prevenção à saúde, incentivando a conclusão da escola secular, e encorajando o parto natural. Além disso, é importante que se façam mais estudos tanto para solidificar estes resultados quanto para embasar as ações de saúde supracitadas.

Palavras-chave: Mortalidade infantil. SINASC. Baixo peso. Saúde coletiva. Saúde da família.

Introdução

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define como baixo peso ao nascer (BPN) o nascimento de recém-nascidos com peso inferior a 2.500g. Os principais responsáveis por esta condição são o retardo do

crescimento intrauterino (RCIU) e o curto período gestacional, ou seja, a prematuridade (FRANCIOTTI; MAYER; CANCELIER, 2010).

No momento do nascimento, o peso é um fator determinante da mortalidade neonatal, bem como de infecções, maior hospitalização e maior propensão à deficiência de crescimento e déficit neuropsicológico pós-natal. Dois processos básicos isolados ou em associação estão relacionados com o baixo peso: a duração da gestação e a desnutrição intrauterina (retardo do crescimento intrauterino), destacando-se como fatores desencadeantes desses processos as condições socioeconômicas precárias, o peso da mãe antes e durante a gestação, a etnia, a estatura, a idade e a escolaridade materna, os nascimentos múltiplos, a paridade, a história obstétrica anterior, os cuidados pré-natais, a morbidade materna durante a gravidez e o tabagismo (GUIMARÃES; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, 2002).

É importante ainda considerar o estado nutricional da mãe, os hábitos de vida e o tipo de dieta na gravidez como importantes fatores que interferem no nascimento de recém-nascidos pequenos para a idade gestacional (PIG). Por outro lado, a normalidade placentária e incompetência do colo uterino são determinantes específicos da prematuridade (GUIMARÃES; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, 2002).

Até a década de 1990, os registros de nascimentos eram baseados exclusivamente no Sistema de Registro Civil, compreendendo apenas os que eram informados (PEDRAZA, 2012). Para o reconhecimento e a validação das informações emitidas, foi criado o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), implantado pelo Ministério da Saúde (MS) com o objetivo de reunir informações epidemiológicas referentes aos nascimentos informados em todo território nacional. Sua implantação ocorreu de forma lenta e gradual em todas as unidades da Federação e em muitos municípios já apresenta um número de registros maior do que o publicado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), com base nos dados de Cartório de Registro Civil. Por intermédio desses registros, é possível subsidiar as intervenções relacionadas à saúde da mulher e da criança para todos os níveis do Sistema Único de Saúde (SUS), como ações de atenção à gestante e ao recém-nascido (BRASIL, 2013). O objetivo desta pesquisa foi delinear o perfil materno dos bebês nascidos vivos com baixo peso no período de 2008 a 2012, caracterizando uma série histórica.

Metodologia

Trata-se de um estudo epidemiológico, transversal e descritivo, que buscou descrever o perfil das mães que deram à luz a recém-nascidos com baixo peso e muito baixo peso. A população estudada consistiu de 1.101 crianças de ambos os sexos, nascidas no município de Criciúma, SC, no período de 2008 a 2012.

Foram incluídos na amostra recém-nascidos cadastrados no SINASC com peso < 2.500 gramas.

Este estudo teve como variável dependente o peso ao nascer. Como variáveis independentes, a idade da mãe, o nível de instrução da mãe, o número de consultas pré-natais realizadas, o tempo de gestação e o tipo de parto. Com isso, permitiu-se conhecer o número de nascimentos sucedidos no estado de Santa Catarina e obter informações sobre as características das mães e dos recém-nascidos. Em relação à fidedignidade das informações disponibilizadas no *website*, outros estudos relatam que os dados são razoavelmente confiáveis, devido à simplicidade das informações.

Com relação à análise estatística, inicialmente foi elaborado um banco de dados em planilhas do *software* Microsoft Excel versão 2012, onde foram construídos gráficos e tabelas para uma melhor organização e apresentação dos dados. Também foram calculadas algumas medidas descritivas, como média e desvio padrão, para as variáveis quantitativas, e frequência absoluta e relativa para as qualitativas.

Resultados/Discussão

Os dados coletados estão demonstrados na Tabela 1, em formato de série histórica e sua descrição realizada a seguir para melhor compreensão.

Tabela 1 – Perfil das Mães que tiveram bebês com baixo peso no período de 2008 a 2012¹

Variável	2008 n=213 n (%)	2009 n=203 n (%)	2010 n=217 n (%)	2011 n=224 n (%)	2012 n=244 n (%)	Total n=1101 n (%)
Idade da Mãe*						*n=1096
≤19 anos	53 (24,88)	35 (17,24)	49 (22,58)	38 (16,96)	44 (18,03)	219 (19,98)
20 a 34 anos	140 (65,72)	128 (63,05)	147 (67,74)	158 (70,53)	163 (66,80)	736 (67,15)
≥ 35 anos	20 (9,38)	40 (19,70)	16 (7,37)	28 (12,5)	37 (15,16)	141 (12,86)
Instrução da Mãe						
1-3 anos	8 (3,75)	5 (2,46)	3 (1,38)	6 (2,67)	6 (2,45)	28 (2,54)
4-7 anos	67 (31,45)	53 (26,10)	49 (22,58)	54 (24,10)	38 (15,57)	261 (23,70)
8-11 anos	109 (51,17)	98 (48,27)	112 (51,61)	118 (52,67)	128 (52,45)	565 (51,31)
≥ 12 anos	28 (13,14)	46 (22,66)	53 (24,42)	46 (20,53)	71 (29,09)	244 (22,16)
Não informado	1 (0,46)	1 (0,49)	0	0	1 (0,40)	3 (0,27)
Consulta Pré-Natal						
Nenhuma	5 (2,34)	9 (4,43)	6 (2,76)	14 (6,25)	5 (2,04)	39 (3,54)
1-3 consultas	26 (12,20)	12 (5,91)	21 (9,67)	29 (12,9)	35 (14,34)	123 (11,17)
4-6 consultas	106 (49,76)	116 (57,14)	126 (58,06)	104 (46,42)	107 (43,85)	559 (50,77)
≥ 7 consultas	74 (34,74)	63 (31,03)	63 (29,03)	75 (33,48)	96 (39,34)	371 (33,69)
Ignorado	2 (0,93)	3 (1,47)	1 (0,46)	2 (0,89)	1 (0,40)	9 (0,81)
Duração Gestação						
< 22 semanas	1 (0,46)	0	-	1 (0,44)	1 (0,40)	3 (0,27)
22-27 semanas	13 (6,10)	10 (4,92)	12 (5,52)	14 (6,25)	10 (4,09)	59 (5,35)
28-31 semanas	21 (9,85)	13 (6,40)	15 (6,91)	25 (11,16)	23 (9,42)	97 (8,81)
32-36 semanas	78 (36,61)	75 (36,94)	90 (41,47)	100 (44,64)	108 (44,26)	451 (40,96)
37-41 semanas	100 (46,94)	104 (51,23)	100 (46,08)	81 (36,16)	95 (38,93)	480 (43,59)
≥ 42 semanas	0	-	0	1 (0,44)	1 (0,40)	2 (0,18)
Ignorado	0	1 (0,49)	0	2 (0,89)	6 (2,45)	9 (0,81)
Tipo de Parto						
Vaginal	85 (39,90)	66 (32,51)	77 (35,48)	85 (37,94)	78 (31,96)	391 (35,51)
Cesárea	128 (60,09)	137 (67,48)	140 (64,51)	139 (62,05)	166 (68,03)	710 (64,48)

Nota¹: Os dados incluem os bebês de baixo peso e muito baixo peso.

Fonte: Elaborada pelos autores.

Após realizar a coleta dos dados disponibilizados pelo SINASC, na base de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), e calcular as proporções, pode-se observar as correlações entre os dados e traçar um perfil inicial das mães que tiveram bebês com baixo peso no período de 2008 a 2012, caracterizando também uma série histórica.

Em relação à idade das mães, concentrou-se na faixa dos 20 aos 34 anos, n=736 (67,15), sendo crescente no decorrer do período em estudo; mas ainda é maior a quantidade de mães com menos de 19 anos, n=219 (19,98%), do que mães com mais de 35 anos, n=141 (12,86%). A quantidade de mães adolescentes teve uma redução quando comparado o ano de 2008, com n=53 (24,88%), com o ano de 2012, com n=44 (18,03%). Ao contrário disso, na

comparação relacionada às mães com 35 anos ou mais, os dados se mostraram crescentes, com aumento de 110% de 2008 para 2009, depois uma redução de 62,6% no ano de 2010, e aumentando novamente em 2011, com acréscimo de 69% em relação ao ano anterior, e em 2012 com aumento de 21,28%. No estudo realizado por Rossato e Kirsten (2008), em que participaram 41 gestantes atendidas em um hospital público de Santa Maria, Rio Grande do Sul (RS), 26,8% de gestantes eram adolescentes, 58,6% tinha idade de 20 a 34 anos, e acima de 35 anos, 14,6%. Estes dados corroboram os dados do nosso estudo. De acordo com o estudo de Oliveira (2011), que também avaliou os dados do SINASC, em Cuiabá, entre os períodos de 2000 a 2008; 49,7% das mães de sua pesquisa foram gestantes com idade entre 21 a 35 anos. Já as gestantes de idade entre 15 a 21 foram a segunda frequência (31,5%), e acima de 35 anos não houve um número relativo.

Ao observar os dados obtidos quanto ao nível de instrução das mães, pode-se perceber maior concentração de mães com 8 a 11 anos de estudo, ou seja, com o ensino fundamental e/ou médio completos, totalizando n=565 (51,31%). Em seguida, com n=261 (23,7%), temos as mães com 4 a 7 anos de estudo, característica essa que pode representar nível primário completo ou até o fundamental concluído ou incompleto. Observou-se, no período de 2008 até 2012, uma associação entre a diminuição de mães com 4 a 7 anos de estudo e um aumento paralelo de mães com 8 a 11 anos de estudo e 12 ou mais anos de estudo, sugerindo início do nível superior, com diferença de 17% de acréscimo para o primeiro e de 153% para o segundo.

O número de consulta pré-natal demonstrou uma porcentagem maior de mães que realizaram 4 a 6 consultas, e apresentou aumento no ano de 2009 e 2010, e uma pequena diminuição, equiparando os níveis percentuais do período de 2008 em relação a 2011 e 2012. Por conseguinte, houve um aumento progressivo durante esses cinco anos na frequência de mães que realizaram sete ou mais consultas pré-natais, mostrando um aumento de 29%. Nos achados de Rossato e Kirstein (2008), quanto às consultas de pré-natal, 43,9% das mães realizaram mais que seis consultas; 53,7 % fizeram entre uma e seis consultas, e 2,4 % nenhuma no período pré-natal.

A duração da gestação não ultrapassou o limite de 32 a 36 e de 37 a 41 semanas, sendo n=451 (40,96%) para o primeiro, e n=480 (43,59%)

para o segundo. Martins, Rezende e Vinhas (2003), pelo estudo realizado em Goiânia, mostra que dos 239 casos, 61,92% das crianças nasceram a termo. Os dados revelaram que o baixo peso ao nascer não estava atrelado à idade gestacional, pois 69,70% dos fetos que nasceram com peso baixo para a idade gestacional, o parto ocorreu entre 37 e 42 semanas.

O último parâmetro avaliado foi o tipo de parto. De modo geral, em todos os anos, desde 2008 até 2012, o parto por cesárea foi mais realizado que o parto normal ou vaginal. Sendo n=710 (64,48%) partos tipo cesárea, e apenas n=391 (35,51%) partos normais. Ainda cabe ressaltar que ficou mantida a relação entre as proporções durante o período, sem grandes variações. Já no estudo de Rossato e Kirstein (2008), observou-se que a prevalência foi o tipo de parto via vaginal, com 70,7% dos casos, e 29,3% parto cesáreo.

Conclusão

Apesar de se ter mães com bebês de baixo peso na faixa etária mais comum para a maternidade, entre 20 e 34 anos, observou-se um maior percentual de mães adolescentes e/ou muito jovens dando à luz bebês abaixo do peso, quando comparadas com mulheres mais maduras, a partir dos 35 anos. Entretanto, ambas as condições podem acentuar para elas e para os filhos condições de risco maior que o habitual.

Quanto ao nível de instrução, houve um aumento de partos de bebês com baixo peso filhos de mulheres com mais de oito anos de estudo e também com 12 ou mais anos de estudo. Isso é preocupante, já que contraria as expectativas, mas é também compreensível, pois a quantidade de filhos em geral também é maior em mulheres com esse mesmo nível de instrução.

As mães realizaram pelo menos 4 a 6 consultas pré-natais e, mesmo assim, o número de bebês com baixo peso se mostrou frequente.

Em geral, boa parte das mães realizaram seus partos a termo, entretanto, quase a mesma quantidade teve bebês pré-termo, por volta das 32^a à 36^a semana.

Outro ponto importante foi a proporção de dois partos cesárea para cada um parto normal ou vaginal. No entanto, não há dados suficientes para inferir com segurança a relação desta condição com o recém-nascido de baixo peso.

Esses dados mostram a necessidade de sensibilizar as mães e gestantes adolescentes quanto aos cuidados durante a gravidez, bem como de investir em ações de promoção e prevenção para a saúde, incentivando a conclusão da escola secular, e encorajando o parto natural. Além disso, é importante que se façam mais estudos tanto para solidificar estes resultados quanto para embasar as ações de saúde supracitadas.

É interessante que em conjunto com nossos achados sejam corroboradas outras pesquisas sobre o assunto, além da utilização em futuras ações para a sociedade, visando melhora da qualidade de vida e saúde materno-infantil, bem como tentar dirimir o quantitativo de recém-nascidos de baixo peso.

Referências

BRASIL. **Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC**. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt= 21379](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=21379)>. Acesso em: 8 nov. 2013.

FRANCIOTTI, D. L.; MAYER, G. N.; CANCELIER, A. C. L. Fatores de risco para baixo peso ao nascer: um estudo de caso-controle. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Santa Catarina, v. 39, n. 3, p. 63-69, mar. 2010.

GUIMARÃES, E. A. A.; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, G. Determinantes do baixo peso ao nascer a partir do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos em Itaúna, Minas Gerais. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, Recife, v. 3, n. 2, p. 283-290, 2002.

MARTINS, C. A.; REZENDE, L. P. R.; VINHAS, D. C. S. Gestação de alto risco e baixo peso ao nascer em Goiânia. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 5, n. 1, 2003.

OLIVEIRA, C. S. **Avaliação do perfil epidemiológico dos nascimentos de baixo peso do município de Cuiabá no período de 2000 a 2008 utilizando as variáveis de declaração de nascidos vivos**. 2011. 78 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de

Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2011.

PEDRAZA, D. F. Qualidade do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc): análise crítica da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 17, p. 2.729-2.737, 2012.

ROSSATO, J. O.; KIRSTEN, V. R. Fatores de Risco para Baixo Peso ao Nascer. **Disciplinarum Scientia: Ciências da Saúde**, Santa Maria, v. 9, n. 1, p. 77-88, 2008.

CAPÍTULO 17

Atenção à Saúde do Paciente com Fissura Labiopalatina no Âmbito do Sistema Único de Saúde: Revisão de Literatura

Luiza Silveira Lessa¹

Anderson Costa Fernandes²

Fernanda Guglielmi Faustini Sônego³

Sílvio Ávila Junior⁴

Priscyla Waleska Targino de Azevedo Simões⁵

Luciane Bisognin Ceretta⁶

Resumo

Fissuras labiopalatinas constituem uma má-formação congênita de origem embrionária que afeta aproximadamente um em cada 650 recém-

¹Cirurgiã Dentista. Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Criciúma. SC, Brasil. *E-mail:* luslessa@gmail.com

²Cirurgião Dentista. Especialista em Reabilitação Oral pela UNINGÁ, Criciúma. SC, Brasil. *E-mail:* andersonodt@hotmail.com

³Cirurgiã Dentista. Tutora do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC, Criciúma. SC, Brasil. *E-mail:* fgfsonego@unesc.net

⁴Doutor em Fármaco Medicamento e Análises Clínicas pela Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil. *E-mail:* saj@unesc.net

⁵Doutora em Ciências da Saúde. Professora do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Criciúma. SC, Brasil. *E-mail:* pri@unesc.net

⁶Enfermeira. Tutora e Coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Criciúma. SC, Brasil. *E-mail:* luk@unesc.net

-nascidos no Brasil e no mundo. Considerando sua alta incidência e complexidade, o presente capítulo apresenta uma discussão acerca das dificuldades enfrentadas pelos portadores de fissura labiopalatina e dos serviços de saúde oferecidos a esses pacientes no âmbito do Sistema Único de Saúde. Conclui-se que o processo de reabilitação do paciente fissurado é longo e envolve diferentes especialidades, tornando necessária a presença de uma equipe multiprofissional que trabalhe de maneira interdisciplinar. O Sistema Único de Saúde prevê em sua legislação a atenção à saúde desses pacientes de maneira integral, entretanto em algumas regiões ainda são encontradas dificuldades de acesso a esses serviços.

Palavras-chave: Fissura labiopalatina. Sistema Único de Saúde. Saúde Coletiva.

Introdução

Fissuras labiopalatinas constituem uma má-formação congênita de alta incidência com origem embrionária, estando, estatisticamente, entre as mais frequentes do País (AUGUSTO; BORDON; DUARTE, 2002; KUHN et al., 2012). Estima-se que aproximadamente um em cada 650 recém-nascidos no mundo seja acometido por tal patologia (SHAPIRA et al., 1999; WHO, 2002; WYSZYNSKI, 2002), valor compatível com os níveis de incidência encontrados no Brasil (FIGUEIREDO et al., 2008; GARIB et al., 2010).

A origem das fissuras labiopalatinas se dá pela falta de coalescência dos processos maxilares, mandibulares e frontonasal durante o desenvolvimento da face, sendo o período mais crítico para más-formações de palato o que vai da sexta ao início da nona semana de vida intrauterina (MOORE; PERSAUD, 2004). A etiologia da doença, ainda controversa, tem sido descrita por diversos autores como multifatorial, considerando determinantes genéticos e ambientais (NUSSBAUM et al., 2001; MOORE; PERSAUD, 2004; NEVILLE et al., 2004; FERNANDES; DEFANI, 2013). Dentre os

fatores ambientais, destacam-se o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, tabagismo, uso de drogas anticonvulsivantes, radiações ionizantes, fatores nutricionais e infecciosos (GARIB et al., 2010; CAMPILLAY; DELGADO; BRESCOVICI, 2010).

As fissuras labiopalatinas acarretam diversas alterações na fala, deglutição, audição, estética, alimentação, entre outros, provocando grande impacto na saúde e integração social do indivíduo acometido (CERQUEIRA et al., 2005; MONLLÈO; LOPES, 2006). Considerando o alto grau de complexidade das fissuras, o tratamento oferecido deve ser multiprofissional, buscando o melhor atendimento desde o nascimento até a idade adulta, sendo necessário ainda, o suporte aos familiares (MONLLÈO; LOPES, 2006; ESCOFFIÉ-RAMIREZ et al., 2010).

Existem ainda outros níveis de comprometimento que envolvem fatores estéticos, influenciando a inserção social dos pacientes. Estes apresentam dificuldades durante a alimentação, ausência de dentes, probabilidade do desenvolvimento de cárie, crescimento alvéolo-maxilar deficiente, má-oclusão, comprometimento na fonação, otites frequentes e até mesmo redução da audição (FARIA; FALÉ, 2001). Há também a possibilidade de alterações refletidas na postura em decorrência do posicionamento das estruturas internas do sistema estomatognático, como a própria língua (HANSON, 1979 *apud* TABIN, 1993).

No Brasil, a inclusão efetiva da assistência à saúde aos portadores de anomalias craniofaciais no Sistema Único de Saúde (SUS) ocorreu a partir da década de 1990, mediante diversas tentativas por parte de pesquisadores, profissionais da área da saúde e familiares de indivíduos portadores. Entretanto, apesar das iniciativas por parte do governo, observa-se desigualdade no acesso ao tratamento nas diferentes regiões do País (MONLLÈO, 2004; MONLLÈO; LOPES, 2006).

Neste contexto, o presente estudo tem como objetivo discutir acerca das dificuldades enfrentadas pelos portadores de fissura labiopalatina e dos serviços de saúde oferecidos a estes pacientes no âmbito do SUS.

Metodologia

Foi realizada uma revisão narrativa de literatura utilizando publicações disponíveis nas bases de dados PubMed, Medline, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Portal de Periódicos CAPES. A busca compreendeu o período de agosto a novembro de 2013 e foram utilizadas as seguintes palavras-chave: Sistema Único de Saúde, Fissura labiopalatina, Fenda labiopalatina, Clefili-pandpalate.

Foram selecionados os artigos relacionados ao tema pela leitura desses textos. Incluiu-se ainda a bibliografia relevante citada nos artigos e não encontrada na busca.

Revisão de literatura

Desenvolvimento da face

O desenvolvimento da face inicia-se por volta da 4^a à 12^a semana de vida intrauterina e, devido à grande complexidade da formação das estruturas orais, durante este período podem ocorrer fendas provenientes de uma interrupção no desenvolvimento e/ou falha na fusão das saliências faciais e processos palatinos envolvidos (COHEN JUNIOR, 2002).

Os processos craniofaciais que originam o palato primário e secundário são derivados de proliferações mesenquimais e epiteliais que dão origem às proeminências faciais: frontonasal, maxilares e mandibulares (FERRARIS; MUÑOZ, 2006; FERNANDES; DEFANI, 2013).

Os processos nasais médios se unem entre si, e para cima se unem com o resto do processo frontal para formar o processo frontonasal, que dá origem à frente, dorso e ponta do nariz. Os processos nasais laterais, ao se fusionarem com os processos maxilares, formam a asa do nariz (FERRARIS; MUÑOZ, 2006).

As proeminências maxilares dão origem às partes superiores das bochechas e grande parte do lábio superior, enquanto as proeminências mandibulares formam o lábio inferior, a parte inferior das bochechas e o mento

(MOORE; PERSAUD, 2008). Os processos nasais mediais fusionam-se e dão origem à porção média do lábio superior (filtrum), e da união dos processos nasais medianos com os processos maxilares formam-se as zonas laterais do lábio superior (FERRARIS; MUÑOZ, 2006).

A fissura labial, unilateral ou bilateral, pode ser consequência da falta de fusão do processo nasal medial e dos processos maxilares (AVERY, 2001).

A palatogênese inicia-se entre a 5ª e 6ª semana com o desenvolvimento do palato primário, seguido pela formação do palato secundário entre a 7ª e 8ª semana (FERRARIS; MUÑOZ, 2006). O palato primário compreende o processo palatino mediano e forma a parte pré-maxilar da maxila. É representado no palato duro do adulto por uma pequena parte anterior à fossa incisiva. O desenvolvimento do palato secundário é o primórdio das partes moles e duras do palato, sendo formado anteriormente pelo palato duro e posteriormente pelo palato mole (MOORE; PERSAUD, 2008).

As fissuras palatinas podem ocorrer devido à falta de fusão entre estas estruturas, sendo o período mais crítico o que vai da 6ª ao início da 9ª semana de vida intrauterina (MOORE; PERSAUD, 2008).

Etiologia

Apesar de se tratar de uma malformação congênita bastante frequente, a etiologia das fissuras labiopalatinas ainda não se encontra bem estabelecida. Atualmente, a literatura tem se apoiado na teoria multifatorial, associando determinantes genéticos e ambientais (NUSSBAUM et al., 2001; MOORE; PERSAUD, 2004; NEVILLE et al., 2004; FERNANDES; DEFANI, 2013); o componente genético, por exercer influência no desenvolvimento embrionário, e os teratógenos ambientais, por interferirem no organismo materno, induzindo ou protegendo o feto de defeitos congênitos (FERREIRA; LEITE, 2004).

Quanto aos determinantes genéticos, a hereditariedade é apontada como fator bastante relevante para o surgimento de fissuras, aumentando sua prevalência na presença de história familiar progressiva (SOUZA-FREITAS et

al., 2004; LEITE; PAUMGARTEN; KOIFMAN, 2005). De acordo com Cerqueira et al. (2005) e Pinheiro Júnior et al. (2003), a incidência em relação à presença de familiares fissurados obedece à seguinte proporção:

- a) pais normais: 0,1% de chance de ter um filho fissurado;
- b) pais normais e um filho fissurado: 4,5% de chance de ter outro filho fissurado;
- c) um dos pais e um filho fissurado: 15% de chance de ter outro filho fissurado.

Alguns estudos apresentaram relação entre a idade dos pais e a incidência de fissuras, sendo esta mais associada à idade paterna (BARONEZA et al., 2005). Em relação à raça e sexo, a literatura revela uma maior ocorrência em crianças negras e do sexo masculino, respectivamente (MARTELLI JUNIOR et al., 2007; CARVALHO; TAVANO, 2008; REZENDE; ZÖLLNER, 2008; CAMPILAY; DELGADO; BRECOVICI, 2010).

Sabe-se que qualquer indivíduo pode ser acometido por fissura labial e/ou palatal, todavia pode haver predileção por determinadas situações (LIMA et al., 2008). Dentre os fatores ambientais, podem ser considerados de risco o consumo de álcool durante a gestação, tabagismo, uso de alguns medicamentos (anticonvulsivantes e corticosteroides), substâncias tóxicas, radiações ionizantes e fatores nutricionais ou infecciosos que ocorram durante o período embrionário e início do período fetal (FERREIRA; LEITE, 2004; CAMPILAY; DELGADO; BRECOVICI, 2010; GARIB et al., 2010).

Diversos estudos realizados em diferentes países apontam ainda o baixo nível socioeconômico como um fator de risco importante para o aparecimento de fissuras labiopalatinas (CERQUEIRA et al.; 2005; ACUNA-GONZALES; MEDINA; VILLALOBOS, 2011), por ser um fator que influencia no estado de saúde das pessoas, podendo dificultar o acesso aos cuidados necessários, como o acompanhamento pré-natal e dieta adequada (ESCOFFIÉ-RAMIRÉZ et al., 2010).

Classificação

De acordo com a classificação proposta por Spina et al. (1972), modificada por Silva Filho et al. (1992), as fissuras podem ser divididas em quatro grupos, utilizando o forame incisivo como referência:

a) **Fissuras pré-forame incisivo:** localizadas anteriormente ao forame incisivo, podem ser exclusivamente labiais – fissuras incompletas – ou acometer lábio e palato simultaneamente – fissuras completas –, de maneira unilateral, bilateral ou mediana (SPINA et al., 1972).

b) **Fissuras transforame incisivo:** caracterizadas como o tipo mais complexo de fissuras, envolvendo o lábio, o alvéolo, o palato duro e o palato mole (ARARUNA; VENDRÚSCOLO, 2000; MARTELLI JÚNIOR et al., 2006; MENDES; LOPES; 2006). Podem ser unilaterais, dividindo a maxila em dois segmentos, ou bilaterais, dividindo a maxila em três segmentos (CAPELOZZA FILHO; SILVA FILHO, 1992). A modificação sugerida por Silva Filho et al. (1992) inclui ainda as fissuras transforame medianas, já que estas também podem acometer o palato.

c) **Fissuras pós-forame incisivo:** localizadas posteriormente ao forame incisivo, podem atingir somente o palato, somente a úvula, ou todo o palato duro e o palato mole, subdividindo-se em completas – quando há o envolvimento do palato duro e palato mole – e incompletas (ARARUNA; VENDRÚSCOLO, 2000; BARONEZA et al., 2005).

d) **Fissuras raras da face:** incluem as fendas medianas do lábio superior e inferior, fendas oblíquas (orbitofaciais), transversais (bucoauriculares), macrostomia, fendas de lábio inferior, mandíbula e nariz (OZAWA et al., 2005; COHEN JUNIOR, 2002).

Diagnóstico e Tratamento

As fissuras labiopalatais podem ser diagnosticadas precocemente durante os primeiros meses de gestação, por meio de um ultrassom comum, todavia o exame complementar com o ultrassom tridimensional permite uma melhor visualização do defeito, principalmente quando este acomete o palato (BUNDUKI et al., 2001; STANLEY; VILLAGRAN; CARDEMIL, 2009).

Deve-se destacar a importância do diagnóstico precoce para a reabilitação do paciente, visto que este favorece a realização de um planejamento mais apurado das etapas terapêuticas (FERNANDES; DEFANI, 2013), além de permitir aos pais compreender e aceitar mais facilmente a situação em que se encontram (SÃO PAULO, 2012).

A reabilitação do paciente com fissura labiopalatina compõe um conjunto de ações de atenção à saúde que abrange diferentes especialidades, tornando necessária a presença de uma equipe multiprofissional que trabalhe de maneira interdisciplinar (SILVA; FREITAS; OKADA, 2000; TUJI et al., 2009). Para o sucesso do tratamento, é imprescindível o envolvimento de profissionais das áreas de Medicina, Odontologia, Fonoaudiologia, Fisioterapia, Psicologia, Enfermagem, Serviço Social, Recreação, Educação e Nutrição (ABDO; MACHADO, 2005).

O grande número de especialidades compreendidas no tratamento reflete a complexidade da situação enfrentada pelo paciente, que envolve prejuízos estéticos, auditivos, fonéticos, mastigatórios, respiratórios e nutricionais (FIGUEIREDO et al., 2008).

As primeiras intervenções cirúrgicas no paciente fissurado são realizadas pelo cirurgião plástico com a finalidade de reconstrução do lábio (queioplastia) e palato (palatoplastia) (LIMA et al., 2008), aos 3 e aos 12 meses de idade, respectivamente (BERTIER; TRINDADE; SILVA FILHO, 2007). É bastante comum que sejam necessárias cirurgias secundárias de retoque para total reparação estética e funcional, além da participação imprescindível da Ortodontia para corrigir disfunções inerentes à fissura e agravadas pelas cirurgias primárias (CAPELOZZA FILHO; SILVA FILHO; 1992).

De acordo com Capellozza Filho e Silva Filho (1992), o enxerto ósseo secundário deve ser realizado entre os 9 e 12 anos de idade, visando a correção do defeito ósseo alveolar em fissuras pré e transforame incisivo, bem como a união entre os processos palatinos em fissuras pós e transforame incisivo (RIBEIRO; LEAL; THUIN, 2007).

Devido às diversas alterações dentárias decorrentes das fissuras labio-palatinas, o cirurgião dentista é parte fundamental da equipe multidisciplinar e deve acompanhar o paciente do período pré ao pós-operatório, orientando

a respeito da promoção de saúde bucal, prevenção de patologias, realizando intervenções para o controle de doenças bucais e oferecendo atendimento especializado na reabilitação cirúrgica, ortodôntica e protética (GUIMARÃES; FONSECA; FERREIRA, 2003).

Atenção ao paciente fissurado no âmbito do SUS

Tendo em vista a complexidade e a alta prevalência das fissuras labio-palatinas, torna-se clara a importância deste grupo de malformações congênitas para a saúde pública e seu planejamento (RODA; LOPES, 2008).

No Brasil, a inclusão efetiva da assistência à saúde aos portadores de anomalias craniofaciais no SUS ocorreu a partir da década de 1990, mediante diversas tentativas por parte de pesquisadores, profissionais da área da saúde e familiares de indivíduos portadores (MONLLÊO, 2004; MONLLÊO; LOPES, 2006).

As primeiras iniciativas de inclusão ocorreram em 1993, com a introdução de procedimentos para a correção de fissura de lábio e/ou palato, bem como a realização de implante dentário ósseo integrado na tabela do Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS). Em 1994, a Portaria 62 SAS/MS instituiu normas para o credenciamento de serviços desta área e definiu que os hospitais cadastrados deveriam oferecer serviços de clínica médica, fonoaudiologia, otorrinolaringologia, odontologia geral, ortodontia, cirurgia bucomaxilofacial, serviço social, psicologia, cirurgia plástica, anestesia, enfermagem, fisioterapia, nutrição e atendimento familiar (BRASIL, 1994).

Com o passar dos anos, importantes avanços foram conquistados nessa área. Em 1999, criou-se a Rede de Referência no Tratamento de Deformidades Craniofaciais (RRDTCF), com o objetivo de adequar o processo de descentralização a um arranjo racional do sistema e o modelo de financiamento adotado. A RRDTCF, além de incorporar e ampliar o número de serviços já credenciados, introduziu a área de implante coclear para tratamento de deficiência auditiva (MONLLÊO; LOPES, 2006).

O processo de reabilitação do paciente fissurado abrange o período compreendido entre o seu nascimento e o início da idade adulta, envolvendo as várias especialidades que compõem os três níveis de atenção à saúde no âmbito do SUS (SILVA; FREITAS; OKADA, 2000). A assistência especializada norteia-se pela proposta de hierarquização dos serviços de média e alta complexidade como uma medida de ampliação do acesso e organização da atenção aos portadores de malformações congênitas. A Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS/SUS) 01/2002 estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços, garantindo o acesso para referências interestaduais por meio da Central Nacional de Regulação para procedimentos de Alta Complexidade, sendo este de responsabilidade solidária entre o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal (BRASIL, 2002).

Apesar das conquistas e iniciativas por parte do governo, observa-se desigualdade no acesso ao tratamento nas diferentes regiões do País (MONLLÈO, 2004; MONLLÈO; LOPES, 2006). A literatura revela que ainda existem lacunas na integração entre as especialidades compreendidas nos três níveis de atenção do SUS, bem como irregularidades nos serviços de referência e contrarreferência (LORENZZONI; CARCERERI; LOCKS, 2012).

Resultados/Discussão

Segundo as diretrizes que regem o SUS, o qual tem como proposta a equidade, integralidade e universalidade, e considerando também o artigo 196 da Constituição Federal de 1988, que aponta a saúde como um direito de todos e um dever do Estado, os pacientes acometidos por fissuras labiopalatinas se deparam com uma situação diferenciada da maioria da população, necessitando de atenção personalizada no seu acolhimento desde o momento do nascimento até o desenvolvimento biológico e social.

A história da atenção às anomalias craniofaciais no Brasil se confunde com a batalha de profissionais envolvidos, pesquisadores e familiares que conseguiram a inserção desses defeitos congênitos na pauta das políticas públicas de saúde. Como resultado desses esforços, o Brasil conta hoje com centros de excelência no tratamento de anomalias craniofaciais, sendo um deles

reconhecido como referência mundial pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Porém, somente na década de 1990, mediante o processo de implantação e consolidação do SUS, foram dados os primeiros passos para a efetiva inclusão da assistência a esses pacientes (MONLLÈO; LOPES, 2006).

Em 1993, foram criados mecanismos de financiamento para correção de fissuras labiopalatais e realização de implante dentário ósseo integrado na tabela do Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS). No ano seguinte, foram publicadas normas de credenciamento de serviços para a realização desses procedimentos (BRASIL, 1994).

Em países em desenvolvimento, o modo como se estrutura o acesso aos serviços gera problemas de ordenação e hierarquização do sistema de saúde, e conseqüente iniquidade de acesso aos serviços, distanciando a atenção às anomalias craniofaciais do alcance de muitos pacientes e famílias. Há regiões em que mutirões internacionais e Organizações Não Governamentais (ONGs) muitas vezes representam a única chance de tratamento. Sendo assim, a OMS sugere que o aumento do número de centros de excelência deve ocorrer em locais mais próximos à origem dos pacientes (MONLLÈO; LOPES, 2006).

O tratamento das anomalias craniofaciais no Brasil tem custeio predominantemente público proveniente do Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação, criado pela Portaria GM/MS 531, de 30 de abril de 1999, que garante o financiamento de ações consideradas estratégicas e a realização de procedimentos de alta complexidade em pacientes em referência interestadual (BRASIL, 1999).

A criação pelo Ministério da Saúde da Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade, em 2001, facilitou a ordenação e a hierarquização do sistema e o acesso a determinados procedimentos hospitalares, como cirurgias para correção de fissuras labiopalatais, as quais muitas vezes são inexistentes ou insuficientes nos estados de origem dos pacientes.

Considerando a recomendação da OMS, que sugere que a localização de centros de referência tenha relação direta com os locais de maior incidência de casos, é possível que pacientes distantes desses centros tenham sua vida prejudicada com o traslado necessário para o atendimento, além de

impossibilita o vínculo com a atenção básica para um acolhimento multiprofissional necessário para a reabilitação. Devemos considerar também que, em se tratando de cuidados de saúde na área das anomalias craniofaciais, o conjunto das necessidades frequentemente ultrapassa a figura do indivíduo e alcança a família como um todo, tendo em vista a possibilidade da recorrência e os constrangimentos sociais.

Quanto à constituição de equipes multiprofissionais, embora existam critérios internacionais estabelecidos, no Brasil a portaria referente às áreas de fissuras labiopalatais e implante dentário ósseo integrado define apenas os serviços que o hospital deve possuir (BRASIL, 1994).

Considerando ainda aspectos que possam interferir na saúde mental e social do paciente, Ramstad, Otten e Shaw (1995) investigaram os aspectos do ajustamento social e psicológico em uma amostra de 233 adultos noruegueses, entre 20 e 35 anos, com fissuras de lábio e palato operados, assistidos de maneira padronizada pela equipe do centro de tratamento de pacientes com fissura labiopalatal de Oslo. Casos de ansiedade e depressão foram relatados aproximadamente duas vezes mais nos pacientes com fissura se comparado aos adultos não acometidos por este tipo de malformação, estando a depressão fortemente associada a preocupações com a aparência, dentição e fala.

Do ponto de vista do envolvimento familiar, alguns autores têm se preocupado também com o impacto e a reação dos pais ao nascimento da criança com fissura labiopalatina, considerando as diversas implicações estéticas, funcionais e psicológicas que este tipo de malformação acarreta. Drotar et al. (1975) apresentou um modelo da sucessão das reações dos pais após o nascimento de filhos fissurados com malformação congênita. A primeira reação é o choque, seguida da negação à criança, tristeza e ira e, posteriormente, um período de reorganização, afirmando que, apesar de ser variável o tempo necessário para superar as questões de cada etapa, a sequência destas é reflexo da evolução natural das reações.

Dar à luz a uma criança com anomalias pode provocar na mãe uma crise de fundo emocional, isto porque contraria a expectativa de ter uma criança saudável, gerando atitudes que atingem a integridade familiar, precipitam aparecimento de ansiedade ou manifestam sentimento de culpa devido

ao senso de responsabilidade pessoal dos pais por terem gerado tal criança (THOMÉ, 1990).

De longa data já era possível observar que o desenvolvimento escolar necessita de acompanhamento para garantir o aprendizado da criança fissurada, como consideram os dados de Morris (1968), cujos pacientes com fissura labiopalatina demonstraram um atraso no desenvolvimento da linguagem, sendo perceptível por meio do timbre da voz e da habilidade escolar. Além disso, essas deficiências podem resultar em níveis maiores de tensão postural e rigidez muscular quando comparadas a crianças fisicamente normais (TISZA et al, 1959).

Na falta ou na dificuldade do acesso aos serviços de saúde necessários a esses pacientes, deverá ser encaminhada uma denúncia ao Ministério Público a fim de que seus interesses, necessidades e direitos sejam sanados e respeitados, mesmo que por vias judiciais. A distância e a mobilidade até os centros especializados serão avaliadas para maior conforto do paciente e da família, sendo custeados pelo Estado (FERNANDES et al., 2012).

Conclusão

Conclui-se, a partir desta revisão bibliográfica, que fissuras labiopalatinas são as más-formações cranianas mais frequentes. Os acessos aos serviços de saúde são previstos em lei e contemplados pelas diretrizes do SUS e pela Constituição Federal, e quando não houver disponibilidade dos serviços na cidade ou região do paciente, este pode solicitar auxílio do Estado através do Ministério Público.

O tratamento reabilitador é de caráter multiprofissional, e a família de um modo geral deve ser incluída no tratamento na forma de projeto terapêutico singular, sendo que a possibilidade do tratamento dentro do domicílio promove o vínculo da família com a atenção básica, desenrolando um envolvimento social necessário e ampliando o acolhimento do paciente e de sua família.

Referências

- ABDO, R. C. C.; MACHADO, M. A. A. M. **Odontopediatria nas fissuras labio-palatais**. São Paulo: Santos, 2005.
- ACUNA-GONZALES, G.; MEDINA C.; VILLALOBOS, J. Factores de riesgo hereditarios y socioeconomicos para labio o paladar hendidos en México. **Biomédica**. Bogota, v. 32, n. 3, p. 382-391, 2011.
- ARARUNA, R. C.; VENDRÚSCOLO, D. M. S. Alimentação da criança com fissura de lábio e/ou palato: um estudo bibliográfico. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 2, p. 99-105, 2000.
- AUGUSTO, H. S.; BORDON, A. K. C. B.; DUARTE, D. A. Estudo da fissura labiopalatal. Aspectos clínicos desta malformação e suas repercussões. Considerações relativas à terapêutica. **Jornal Brasileiro de Odontopediatria & Odontologia do Bebê**, Curitiba, v. 5, n. 27, p. 432-436, 2002.
- AVERY, J. K. Desenvolvimento da face e do palato. In: AVERY, J. K. **Fundamentos de histologia e embriologia bucal: uma abordagem clínica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. p. 38-47.
- BARONEZA, J. E. et al. Dados epidemiológicos de portadores de fissuras labiopalatinas de uma instituição especializada, Estado do Paraná. *Acta Scientiarum*. **Health Sciences**, Maringá, v. 27, n. 1, p. 31-35, 2005.
- BERTIER, C. E.; TRINDADE, I. E. K.; SILVA FILHO, O. G. Cirurgias primárias de lábio e palato. In: TRINDADE, I. E. K; SILVA FILHO, O. G. da (Orgs.). **Fissuras labiopalatinas: uma abordagem interdisciplinar**. São Paulo: Santos, 2007. p. 73-86.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1988.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 531, 30 de abril de 1999. Cria no âmbito do Sistema Único de Saúde o Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1999.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 62, 19 de abril de 1994. Normaliza cadastramento de hospitais que realizem procedimentos integrados para reabili-

tação estético-funcional dos portadores de má-formação labiopalatal para o Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, v. 3, n. 74, p. 73, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional da Assistência à Saúde – NO-AS-SUS 01/02**. Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso. Brasília, DF, 2002. 108p.

BUNDUKI, A. et al. Diagnóstico pré-natal de fenda labial e palatina: Experiência de 40 casos. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 23, n. 9, p. 561-566, 2001.

CAMPILLAY, P. L.; DELGADO, S. E.; BRESCOVICI, S. M. Avaliação da alimentação em crianças com fissura de lábio e/ou palato atendidas em um hospital de Porto Alegre. **Revista CEFAC**, São Paulo, v. 12, n. 2, 2010.

CAPELOZZA FILHO, L.; SILVA FILHO, O. G. Fissuras labiopalatais. In: PETRELLI, E. (org.). **Ortodontia para fonoaudiologia**. Curitiba: Lovise, 1992. p. 195-239.

CARVALHO, L. C. F.; TAVANO, O. Agnesias dentais em fissurados do Centro Pró-Sorriso – Universidade José do Rosário Vellano. **Revista Gaúcha de Odontologia**, Porto Alegre, v. 56, n. 1, p. 39-45, 2008.

CERQUEIRA, M. N. et al. Ocorrência de fissuras labiopalatais na cidade de São José dos Campos – SP. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 8, n. 2, p. 161-166, 2005.

COHEN JUNIOR, M. M. et al. Malformations of the craniofacial region: evolutionary, embryonic, genetic and clinical perspectives. **American Journal of Medical Genetics - Part C, Seminars in Medical Genetics**, v. 115, n. 4, p. 245-268, 2002.

DROTAR, D. et al. The adaptation of parents to the birth of an infant with a congenital malformation: a hypothetical model. **Pediatrics**, v. 56, p. 710-717, 1975.

ESCOFFIÉ-RAMIREZ, M. et al. Asociación de labio y/o paladar hendido con variables de posición socioeconómica: un estudio de casos y controles. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 10, n. 3, p. 323-329, 2010.

FARIA, I. H.; FALÉ, I. **Fendas Palatinas**: Estudo Multidisciplinar. Lisboa: Edições Colibri, 2001.

FERNANDES, M. M. et al. Regulation of Labiopalatal Fissured Access at Brazilian Health Care System and the Judicial Review. **Brazilian Journal of Forensic Sciences: Medical Law and Bioethics**, v. 1, n. 2, p. 29-38, 2012.

FERNANDES, R.; DEFANI, M. A. Importância da equipe multidisciplinar no tratamento e preservação de fissuras labiopalatinas. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 6, n. 1, p. 109-116, 2013.

FERRARIS, M. E. G.; MUÑOZ, A. C. **Histologia e embriologia bucodental**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

FERREIRA, M. A. F.; LEITE, I. C. G. As fissuras labiopalatais. In: FERREIRA, M. A. F.; RONCALLI, A. G.; LIMA, K. C. **Saúde bucal coletiva: conhecer para atuar**. Natal: UFRN, 2004. p. 149-159.

FIGUEIREDO, M. C. et al. Fissura unilateral completa de lábio e palato: alterações dentárias e de má-oclusão – relato de caso clínico. **Revista da Faculdade de Odontologia**, Porto Alegre, v. 13, n. 3, p. 73-77, 2008.

GARIB, D. G. et al. Etiologia das más-oclusões: perspectiva clínica (parte III) – fissuras labiopalatinas. **Revista Clínica de Ortodontia Dental Press**, Maringá, v. 9, n. 4, p. 30-36, 2010.

GUIMARÃES, R. C. C.; FONSECA, D. C.; FERREIRA, E. F. O paciente fissurado e o atendimento odontológico: dificuldade pela recusa. **Arquivos em Odontologia**, v. 39, n. 1, p. 65-73, 2003.

KUHN, V. D. et al. Fissuras labiopalatais: revisão de literatura. **Disciplinarum Scientia: Série: Ciências da Saúde**, Santa Maria, v. 13, n. 2, p. 237-245, 2012.

LEITE, I. C. G.; PAUMGARTTEN, F. J. R.; KOIFMAN, S. Fendas orofaciais no recém-nascido e o uso de medicamentos e condições de saúde materna: estudo caso-controlado na cidade do Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 5, n. 1, p. 35-43, 2005.

LIMA, M. L. S. et al. Fissuras labiopalatais: Considerações sobre o tratamento interdisciplinar. **Orthodontic Sciences and Practice**, v. 1, n. 2, p. 173-177, 2008.

LORENZZONI, D.; CARCERERI, D.; LOCKS, A. The importance of multi-professional, interdisciplinary care in rehabilitation and health promotion directed at patients with cleft lip/palate. **Revista Odonto Ciência**, v. 25, p. 198-203, 2012.

MARTELLI JÚNIOR, H. et al. Prevalence of nonsyndromic oral clefts in a reference hospital in the state of Minas Gerais, Brazil, between 2000-2005. **Brazilian Oral Research**, v. 21, n. 4, p. 314-317, 2007.

MENDES, L. G. A.; LOPES, V. L. G. S. Fenda de lábio e ou palato: recursos para alimentação antes da correção cirúrgica. **Revista de Ciências Médicas**, Campinas, v. 15, n. 5, p. 437-448, 2006.

MONLLÈO, I. L. **Anomalias craniofaciais, genética e saúde pública**: contribuições para o reconhecimento da situação atual da assistência no Sistema Único de Saúde. 2004. 195f. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.

MONLLÈO, I. L.; LOPES, V. L. G. S. Anomalias craniofaciais: descrição e avaliação das características gerais da atenção no Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 913-922, 2006.

MOORE, K. L.; PERSAUD, T. V. N. **Embriologia Clínica**. 7. ed. Rio de Janeiro. Elsevier, 2004.

MOORE, K. L.; PERSAUD, T. V. N. **Embriologia clínica**. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

MORRIS H. L. Etiological bases for speech problems. In: SPRIESTERSBACH, D. C.; SHERMAND (Orgs.). **Cleft Palate and Communication**. New York: Academic Press, 1968. p. 119-168.

NEVILLE, B. W. et al. **Patologia oral e maxillofacial**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

NUSSBAUM, R. I. et al. **Genetics in Medicine**. 6. ed. Philadelphia: W. B. Saunders Company, 2001.

OZAWA, T. O. et al. **Manual de higiene e fisioterapia oral**. Hospital de Pesquisa e Reabilitação de Lesões Labiopalatais. São Paulo: USP, 2005.

PINHEIRO JÚNIOR et al. Pacientes fissurados: uma reflexão sobre seus aspectos. **Saber Ciências da Saúde**, Belém, v. 5, n. 2, p. 7-14, 2003.

RAMSTAD, T.; OTTEN E.; SHAW W. C. Psychosocial adjustment in Norwegian adults who had undergone standardized treatment of complete cleft lip and palate: part II self-reported problems and concerns with appearance. **Scandinavian Journal of Plastic and Reconstructive Surgery**, v. 29, p. 329-336, 1995.

REZENDE, K. M. P. C.; ZÖLLNER, M. S. A. C. Ocorrência de fissuras labiopalatais no município de Taubaté nos anos de 2002 a 2006. **Pediatria**, São Paulo, v. 30, n. 4, p. 203-207, 2008.

RIBEIRO, A. A.; LEAL, L.; THUIN, R. Análise morfológica dos fissurados de lábio e palato do Centro de Tratamento de Anomalias Craniofaciais do Estado do Rio de Janeiro. **Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial**, Maringá, v. 12, n. 5, p. 109-117, 2007.

RODA, S. R.; LOPES, V. L. G. S. Aspectos odontológicos das fendas labiopalatinas e orientações para cuidados básicos. **Revista de Ciências Médicas**, v. 17, n. 2, p. 95-103, 2008.

SÃO PAULO. Secretaria da Saúde. Coordenação da Atenção Básica. Área Técnica de Saúde Bucal. **Manual: cuidados básicos aos portadores de fissuras lábiopalatinas**. São Paulo: SMS, 2012. 18p.

SHAPIRA, Y. et al. The distribution of clefts of the primary and secondary palates by sex, type and location. **The Angle Orthodontist**, v. 69, n. 6, p. 523-528, 1999.

SILVA FILHO, O. G. et al. Classificação das fissuras lábio-palatais: breve histórico, considerações clínicas e sugestão de modificação. **Revista Brasileira de Cirurgia**, v. 82, n. 2, 1992.

SILVA, O. G.; FREITAS, J. A. S.; OKADA, T. Fissuras labiopalatais: diagnóstico e uma filosofia interdisciplinar de tratamento. In: PINTO, V. G. (Org.). **Saúde bucal coletiva**. 4. ed. São Paulo: Santos, 2000. p. 481-514.

SOUZA-FREITAS, A. et al. Tendência familiar das fissuras labiopalatais. **Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial**. Maringá, v. 9, n. 4, p. 74-78, 2004.

SPINA, V. et al. Classificação das fissuras lábio-palatinas: Sugestões de modificação. **Revista do Hospital das Clínicas**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 5-6, 1972.

STANLEY, E. W.; VILLAGRAN, R.; CARDEMIL, M. F. Ultrasonografia 3D en la evaluación del labio leporino. **Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología**, v. 74, n. 5, p. 311-314, 2009.

TABIN, A. **Foniatría**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 1993.

THOMÉ, S. **Estudo da prática do aleitamento materno em crianças portadoras de malformações congênita de lábio e/ou de palato**. Ribeirão Preto, 1990. 245 p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1990.

TISZA, B. Psychiatric observations of children with cleft palate. **American Journal of Orthopsychiatry**, v. 28, p. 417-423, 1959.

TUJI, F. M. et al. Tratamento multidisciplinar na reabilitação de pacientes portadores de fissuras de lábio-palatina e/ou palato em hospital de atendimento público. **Revista Paraense de Medicina**, v. 23, n. 2, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global strategies to reduce the health-care burden of craniofacial anomalies**. Geneva: World Health Organization, 2002.

WYSZYNSKI, D. F. **Cleft lip and palate from origin to treatment**. Oxford: University Press, 2002.

CAPÍTULO 18

Atividade Física, Fatores de Risco e Classificação Socioeconômica em Áreas de Abrangência de Estratégia Saúde da Família do Município de Criciúma (SC)

Cledir Lago¹

Raquel Cristina Muniz de Souza²

Vanise dos Santos Ferreira Viero³

Priscyla Waleska Targino de Azevedo Simões⁴

Joni Marcio de Farias⁵

Resumo

A facilidade dos avanços tecnológicos tem contribuído no dia a dia de maneira negativa para um estilo de vida fisicamente inativo. Assim, este capítulo descreve a prevalência de fatores de risco associados à inatividade física, estilo de vida e nível socioeconômico da população de dois bairros, pertencentes às áreas de abrangência de duas Unidades Básicas de Saúde do município de Criciúma, SC. Estudo transversal, que incluiu 25 indivíduos

¹ Profissional de Educação Física. Residente no Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Criciúma. SC, Brasil. *E-mail:* cledirlago.leika@hotmail.com

² Idem. *E-mail:* Raquel1.biba@gmail.com

³ Profissional de Educação Física. Residente no Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Criciúma. SC, Brasil. *E-mail:* vanisedossantos@hotmail.com

⁴ Doutora em Ciências da Saúde. Professora do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Criciúma. SC, Brasil. *E-mail:* pri@unesc.net

⁵ Profissional de Educação Física. Tutor do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Criciúma. SC, Brasil. *E-mail:* jmf@unesc.net

sem amostragem por idade, de ambos os sexos, usuários e não usuários da Unidade Básica de Saúde. A prevalência de indivíduos com boas condições de saúde foi 80%, porém 56% revelaram-se suscetíveis a fatores de risco cardiovasculares por apresentarem histórico familiar associado a doenças cardíacas. Quanto ao estilo de vida, 60% foram moderadamente ativos, pois relataram realizar 150 minutos/semanal de atividade física (AF) moderada ou 75 a 150 minutos/semanal de atividade física vigorosa. Quanto à idade, os adultos e os idosos (13) foram mais ativos que os jovens. Em relação ao IMC, 32% foram classificados com peso normal, obesidade e obesidade grau I. Sobre classe socioeconômica, 44% dos indivíduos pertenceram à classe C1 (R\$1.195,00). Mediante os resultados apresentados, pode-se observar que a população pesquisada encontra-se saudável, porém sugerem-se ações preventivas de maior poder custo-efetivo visando diminuir a carga hereditária de doenças crônicas não transmissíveis.

Palavras-chave: Estilo de vida. Atividade física. Doenças crônicas.

Introdução

Atualmente, a facilidade dos mecanismos tecnológicos tem auxiliado nas atividades físicas básicas do dia a dia, sendo de grande importância para evolução e modernização da sociedade, porém caracterizando uma vida cada vez menos fisicamente ativa (NAHAS, 2003).

O estilo de vida adotado pelas pessoas pode ser o fator que ajuda a desencadear enfermidades, acarretando uma série de condições crônicas, como doença cardíaca, câncer, diabetes, hipertensão, obesidade, distúrbios musculares e doenças mentais, como depressão, ansiedade e estresse (LOPES et al., 2010). A prevalência desses fatores de risco pode depender de características genéticas e ambientais, como também ser decorrente da alimentação inadequada e/ou da falta de atividade física (NUNES FILHO et al., 2006).

O Ministério da Saúde (MS) estima que 10 a 20% da população adulta brasileira seja hipertensa. Segundo a Federação Internacional de Dia-

betes, até 2025, 333 milhões de pessoas (8% da população adulta) em todo o mundo apresentarão diagnóstico positivo para diabetes mellitus (DM) (BRASIL, 2001). Por outro lado, as últimas estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS) apresentaram que a obesidade poderá atingir 700 milhões de adultos em 2015. Em 2025, o Brasil será o quinto país do mundo a apresentar problemas relacionados à obesidade (DAMASO, 2003).

Outro fator de risco é o uso de álcool que, além de prejudicar a saúde, pode ser associado a problemas socioeconômicos. Dados de inquéritos nacionais estimam que 25% dos adultos relatam pelo menos um problema de natureza social, ocupacional, familiar, legal ou física relacionado a seu uso, e que entre 9% e 12% de toda a população adulta do País apresenta dependência de álcool (DUNCAN et al., 2011).

De acordo com De Luca e Nahas (2011), observa-se, na população brasileira, associação entre o nível econômico e a inatividade física nos domínios trabalho, domicílio e deslocamento nos homens, e nos domínios de domicílio e deslocamento nas mulheres, além de associação inversa do nível econômico com a inatividade física no lazer em ambos os sexos.

A inatividade física é um dos grandes problemas de saúde pública e diante do desafio de ampliar a promoção da saúde, a prevenção de doenças e de qualificar o cuidado às pessoas com doenças crônicas, o MS elaborou, entre outras ações, o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, 2011-2022 (BRASIL, 2011), que tem o objetivo de promover o desenvolvimento de políticas públicas integradas, sustentáveis baseadas na prevenção e promoção da saúde. Esse avanço se dá principalmente no que se refere à oferta de diversos programas, projetos e políticas, cujos resultados refletem em benefícios para a população brasileira (SOUZA; COSTA, 2009).

Nesse contexto, o objetivo deste capítulo é avaliar a relação entre o nível de atividade física, fatores de risco e o nível econômico da população pertencente à área de abrangência de duas Unidades Básicas de Saúde com Estratégia Saúde da Família, do município de Criciúma, Santa Catarina.

Metodologia

Esta pesquisa caracteriza-se como transversal e descritiva que, segundo Thomas, Nelson e Silverman (2007), procura fornecer informações sobre a instituição e determinar características singulares de um sujeito ou uma condição. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos (CEP) da Universidade do Extremo Sul Catarinense sob o Parecer 379.255/2013.

A coleta dos dados foi realizada em dois bairros do Município de Criciúma, Santa Catarina com Estratégia Saúde da Família (ESF) pertencentes ao distrito sanitário da Santa Luzia.

A população foi constituída por 25 (vinte e cinco) voluntários, selecionados aleatoriamente sem amostragem por idade, de ambos os sexos, usuários e não usuários da UBS. Teve-se como critério de inclusão o preenchimento e devolução do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, bem como a cooperação nas respostas durante a pesquisa, garantindo a fidedignidade da pesquisa e preservação da identidade dos voluntários.

Os instrumentos utilizados na pesquisa foram: o estado de saúde (questionário construído pelos pesquisadores); nível econômico desenvolvido pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa em 2008; Atividades Físicas Saudáveis (NAHAS, 2003). Todos os instrumentos foram aplicados no mesmo momento da pesquisa e somente pelos pesquisadores.

Os dados foram tabulados em planilhas eletrônicas e categorizados de acordo com o desfecho da pesquisa, as variáveis descritivas foram apresentadas pela média, desvio padrão, frequência absoluta e relativa. Para comparação dos grupos, foi utilizado o teste t de Student para amostras independentes. Todos os dados foram analisados pelo Software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 20.0, considerando como nível de significância $p \leq 0,05$.

Resultados/Discussão

Foram analisados os dados de 25 indivíduos residentes em duas UBS localizadas na cidade de Criciúma, SC. As primeiras análises reali-

zadas tiveram o objetivo de verificar os fatores de riscos cardiovasculares (Tabela 1), que foram divididos por faixa etária, seguido das análises de estilo de vida (Tabela 2), IMC (Tabela 3), classificação socioeconômica (Tabela 4), e a relação entre dos itens entre os bairros.

Tabela 1 - Fatores de Risco.

Idade		Jovem	Adulto	Adulto	Idoso	n	%
		Jovem	Jovem	Adulto	Idoso		
Possui doença arterial coronariana	Sim	0	0	1	2	3	12
	Não	1	2	10	9	22	88
Sofreu ataque cardíaco	Sim	0	0	0	3	3	12
	Não	1	2	11	8	22	88
Faz uso de medicamento para o coração	Sim	0	0	0	3	3	12
	Não	1	2	11	8	22	88
É diabético	Sim	0	0	0	5	5	20
	Não	1	2	11	6	20	80
Usa medicamento para controlar o açúcar do sangue	Sim	0	0	0	5	5	20
	Não	1	2	11	6	20	80
Colesterol elevado	Sim	0	0	4	1	5	20
	Não	1	2	7	10	20	80
Colesterol baixo	Sim	0	0	0	2	2	8
	Não	1	2	11	9	23	92
Sofre de hipertensão	Sim	0	0	1	9	10	40
	Não	1	2	10	2	15	60
Faz uso de medicamento para controle da pressão	Sim	0	0	1	8	9	36
	Não	1	2	10	3	16	64
Possui habito de fumar	Sim	0	0	1	0	1	4
	Não	1	2	10	11	24	96
Faz uso de álcool em excesso	Sim	0	0	0	1	1	4
	Não	1	2	11	10	24	96
Histórico familiar de doença cardíaca	Sim	0	1	10	3	14	56
	Não	1	1	1	8	11	44

Fonte: Elaborada pelos autores.

Para contrapor os valores encontrados acima, houve a necessidade de verificar o estilo de vida da população, levando em consideração que o sedentarismo é considerado um fator de risco a doenças cardiovasculares (Tabela 2).

Tabela 2 - Estilo de Vida.

Idade		Jovem	Adulto jovem	Adulto	Idoso	n	%
Estilo de Vida	Inativo	0	1	1	3	5	20
	Mod.ativo	1	1	7	6	15	60
	Ativo	0	0	3	2	5	20

Fonte: Elaborada pelos autores.

Os dados encontrados nesta avaliação contribuem para os questionamentos sobre a incidência de problemas cardiovasculares, ou seja, 60% dos entrevistados são considerados como moderadamente ativos, o que representa 150 minutos semanais de atividade física moderada ou 75 a 150 minutos semanais de atividade física vigorosa (NAHAS, 2003), somados a 20% classificados como ativos, podemos considerar como fatores que contribuem para os achados anteriores. No estudo realizado por Thomaz et al. (2010), com indivíduos com 20 a 91 anos, realizado em Brasília (DF), quanto à prática semanal de atividades físicas, 22% dos indivíduos foram considerados inativos, 26% insuficientemente ativos, 35% ativos e 17% muito ativos. Knuth et al. (2011), em sua pesquisa com 142.533.480 pessoas de 14 anos ou mais, revelou que aproximadamente um quinto da população (20,2%) não pratica atividade física, seja no trabalho, lazer, deslocamento ou domicílio.

Quando avaliado o fator de risco “composição corporal”, neste estudo representado pelo IMC (Tabela 3), observa-se que, no somatório entre sobrepeso e obesidade Grau I, 64% da população apresentou índice de massa corporal maior ou igual a 27 kg/m², características semelhantes a outros estudos populacionais. A associação entre obesidade e risco de óbito por doença coronária foi confirmado por um estudo de 8.373 mulheres acompanhadas por 15 anos, que revelou a relação a seguir: para cada aumento de 1 kg no peso corporal, o risco de coronariopatia fatal aumentou de 1% a 1,5%.

Tabela 3 - Índice de Massa Corporal.

Idade		Jovem	Adulto Jovem	Adulto	Idoso	n	%
Índice Massa Corporal	Peso Normal	1	1	4	2	8	32
	Sobrepeso	0	0	4	4	8	32
	Obesidade Grau I	0	0	3	5	8	32
	Obesidade Grau III	0	1	0	0	1	4

Fonte: Elaborada pelos autores.

Em relação ao nível econômico (Tabela 4), segundo a ABEP (2008), 44% da amostra se referia a indivíduos categorizados na classe C1, ou seja, classe média que possui uma renda familiar em torno de R\$1.195,00. A mesma pesquisa em relação à idade é ocupada por adultos e idosos, sendo 24% classificados como B2 (renda familiar R\$ 2.013,00). Já 20% dos indivíduos estão classificados como classe C2. Diferente do estudo realizado por Thomaz et al. (2010) com indivíduos de idade que variavam de 20 a 91 anos, em Brasília (DF), sendo que 81% pertenciam aos grupos com maior nível econômico (A e B), 12% ao grupo C e 7%, aos grupos D e E.

Tabela 4 - Classificação Socioeconômica.

Idade		Jovem	Adulto Jovem	Adulto	Idoso	Total	%
Classificação Socioeconômica	B1	0	0	0	1	1	4
	B2	0	1	4	1	6	24
	C1	1	1	4	5	11	44
	C2	0	0	3	2	5	20
	D	0	0	0	2	2	8

Fonte: Elaborada pelos autores.

Siqueira et al. (2008), em estudo realizado em 41 municípios com mais de 100 mil habitantes das regiões Sul e Nordeste brasileiras, com indivíduos adultos (30-64 anos) e idosos (65 anos ou mais), residentes nas áreas de abrangência das UBS, revelou que, independentemente de serem adultos ou idosos, a categoria de renda familiar *per capita* de até um salário mínimo foi a de maior prevalência. Aproximadamente metade da população de adultos trabalhou com remuneração no último mês, enquanto para o grupo de idosos esse percentual foi de apenas 5,3%.

Conclusão

Este capítulo teve por objetivo avaliar a relação entre o nível de atividade física, fatores de risco e o nível econômico da população pertencente à área de abrangência de duas Unidades Básicas de Saúde com Estratégia Saúde da Família do município de Criciúma, Santa Catarina (SC). Assim, com base

nos dados obtidos, constatamos que 88% da população não possui doenças cardiovasculares, 56% da população entrevistada apresentou diagnóstico de histórico familiar para doenças cardiovasculares.

Os indivíduos apresentaram estilo de vida moderadamente ativo, porém, na análise da composição corporal, o sobrepeso e a obesidade grau I foram mais frequentes, sugerindo risco para doenças coronarianas. Quanto à classificação do nível econômico, os indivíduos apresentaram-se na classe C1. Com base nesses dados, pode-se observar que a população pesquisada encontra-se saudável, porém, é de fundamental importância implementar ações preventivas de maior poder custo-efetivo para diminuir a carga hereditária de doenças crônicas não transmissíveis a partir políticas de saúde.

Referências

BANDEIRA, F.; FORTI, A. Diabetes Mellitus tipo 2. In: BANDEIRA, F. et al. **Endocrinologia: diagnóstico e tratamento**. Rio de Janeiro: Editora Médica e Científica, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: hipertensão arterial e diabetes mellitus**. Brasília: Departamento de ações programáticas estratégicas, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portal da Saúde**. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/doencas_cronicas.php>. Acesso em: 01 nov. 2013.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A.; SILVA, R. **Metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Prentice Hall, 2007.

DAMASO, A. **Etiologia da obesidade**. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

DE LUCA, F. G.; NAHAS V. M. **Atividade física e doenças crônicas**. Londrina: Midiograf, 2011.

DUNCANI, B. B. et al. Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Revista de Saúde Pública**, Porto Alegre, p. 126-134, 2012.

FEDERAÇÃO INTERNACIONAL DE DIABETES. **Atlas do diabetes**. 2010. Disponível em: <<http://www.diabetesatlas.org/content/diabetes>>. Acesso em: 01 nov. 2013.

KNUTH, A. G. et al. Prática de atividade física e sedentarismo em brasileiros: resultados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). **Ciência e Saúde Coletiva**, São Paulo, p. 3.697-3.705, 2011.

LOPES, J. A. et al. Fatores associados à atividade física insuficiente em adultos: estudo de base populacional no sul do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 13, n. 4, p. 689-698, 2010.

NAHAS, M. V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo**. 6 ed. rev. e atual. Londrina: Madiograf, 2003. 151 p.

NUNES FILHO, João Rogério et al. Prevalência de fatores de risco cardiovascular em adultos de Luzerna, Santa Catarina, 2006. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 89, n. 5, nov. 2007.

ORTIZ, M. C. A.; ZANETT, M. L. Levantamento dos fatores de risco para diabetes mellitus tipo 2 em uma instituição de ensino superior. **Revista Latino-americana em Enfermagem**, São Paulo, v. 3, p. 58-63, 2001.

SIQUEIRA, F. V. et al. Atividade física em adultos e idosos residentes em áreas de abrangência de unidades básicas de saúde de municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, p. 39-54, jan. 2008.

SOUZA, G. C. A.; COSTA, I. C. C. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. **Saúde e Sociedade de São Paulo**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 509-517, 20 jul. 2009.

THOMAS, J. R.; NELSON, J. K.; SILVERMAN, S. J. **Métodos de pesquisa em atividade física**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. 396 p.

THOMAZ, P. M. D. et al. Fatores associados à atividade física em adultos, Brasília, DF. **Revista de Saúde Pública**, Brasília, v. 5, n. 44, p. 894-900, 2010.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. **Physical activity and health: a report of the Surgeon General**. Atlanta: United States Department of Health and Human Services, Center for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 1996.



Ministério
da Educação

