

Brasília, 2012 | 1ª edição

LIDERANÇA EM
ENFERMAGEM NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE

24

CONASS documenta



CONASS

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE



© 2012 – 1.^a edição

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra desde que citada a fonte e a autoria.

TIRAGEM: 3 mil exemplares

CONASS DOCUMENTA n. 24

Brasília, abril de 2012.

ISBN 978-85-8071-005-2

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde.

Atenção Primária à Saúde nos Estados / Conselho Nacional de Secretários de Saúde.

– Brasília : CONASS, 2012.

304 p. – (CONASS Documenta, 24)

ISBN 978-85-8071-005-2

Sistema de Saúde I. Atenção Primária à Saúde nos Estados

NLM WA 525

SECRETÁRIOS DE ESTADO DA SAÚDE

AC	Suely de Souza Melo da Costa	PB	Waldson Dias de Souza
AL	Alexandre de Melo Toledo	PE	Antônio Carlos dos S. Figueira
AM	Wilson Alecrim	PI	Lilian de Almeida V. N. Martins
AP	Lineu Facundes	PR	Michele Caputo Neto
BA	Jorge José Santos Pereira Solla	RJ	Sérgio Luiz Côrtes
CE	Raimundo José Arruda Bastos	RN	Domício Arruda
DF	Rafael de Aguiar Barbosa	RO	Gilvan Ramos de Almeida
ES	José Tadeu Marino	RR	Antônio Leocádio V. Filho
GO	Antonio Faleiros	RS	Ciro Carlos Emerim Simoni
MA	Ricardo Murad	SC	Dalmo Claro de Oliveira
MG	Antônio Jorge de S. Marques	SE	Antonio Carlos G. Souza Pinto
MS	Beatriz Figueiredo Dobashi	SP	Giovanni Guido Cerri
MT	Vander Fernandes	TO	Nicolau Esteves
PA	Hélio Franco de Macedo Júnior		

DIRETORIA DO CONASS

PRESIDENTE

Beatriz Figueiredo Dobashi (MS)

VICE-PRESIDENTES E ADJUNTOS

Região Centro-Oeste

Rafael de Aguiar Barbosa (DF)

Antônio Faleiros (GO)

Região Nordeste

Raimundo José Arruda Bastos (CE)

Antônio Carlos dos Santos Figueira (PE)

Região Norte

Wilson Duarte Alecrim (AM)

Região Sudeste

Antônio Jorge de Souza Marques (MG)

José Tadeu Marinho (ES)

Região Sul

Michele Caputo Neto (PR)

Ciro Carlos Emerim Simoni (RS)

COMISSÃO FISCAL – TITULARES

Leocádio Vasconcelos Filho (RR)

Lilian de Almeida V. Nunes Martins (PI)

Waldson Dias De Souza (PB)

COMISSÃO FISCAL – SUPLENTES

Antônio Carlos Guimarães S. Pinto (SE)

Domício Arruda Câmara Sobrinho (RN)

REPRESENTANTE DO CONASS NA HEMOBRÁS

Antônio Carlos dos Santos Figueira (PE)

REPRESENTANTES DO CONASS NA ANVISA

Titular

Dalmo Claro de Oliveira (SC)

Suplente

Viviane Rocha de Luiz

(Assessora Técnica do CONASS)

REPRESENTANTE DO CONASS NA ANS

EQUIPE DO CONASS

SECRETÁRIO EXECUTIVO

Jurandi Frutuoso Silva

COORDENADORES

Ricardo F. Scotti

Rita de Cássia Bertão Cataneli

ASSESSOR ESPECIAL

René Santos

ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO SOCIAL

Gerente

Adriane Cruz

Luiza Tiné

Tatiana Rosa

ASSESSORIA JURÍDICA

Alethele de Oliveira Santos

ASSESSORIA TÉCNICA

Alessandra Schneider

Eliana Maria Ribeira Dourado

Fernando Cupertino

Gilson Cantarino

Lore Lamb

Lourdes Almeida

Maria José Evangelista

Nereu Henrique Mansano

Tereza Cristina Amaral

Viviane Rocha de Luiz

GERÊNCIA ADMINISTRATIVA

Gerente

Ana Lúcia Melo

Adriano Salgado de Farias

Cirlene Rossi Lacerda

Everton de Oliveira Bastida

Gabriela Barcellos

Gutemberg Silva

Ilka Costa

Janara Alexandre

Luciene Correia

Tatiane Toledo Santos

GERÊNCIA FINANCEIRA

Gerente

Luciana Toledo Lopes

Emanuela Ferreira

GERÊNCIA DE COMPRAS E CONTRATOS

Gerente

Rodrigo Fagundes Souza

Joyce Ferreira Fernandes

ELABORAÇÃO

ORGANIZADORES

Luis Fernando Rolim Sampaio
Maria José de Oliveira Evangelista
Rita de Cássia Bertão Cataneli

COLABORADOR

Eloi Fagundes

REVISÃO ORTOGRÁFICA

Carmem Cecília C. Galvão de Menezes

EDIÇÃO

Adriane Cruz

PROJETO GRÁFICO

Clarice Lacerda
Thales Amorim

DIAGRAMAÇÃO

Adhoc comunicação

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	11
INTRODUÇÃO	15
CONTEXTO	19
IMPLANTANDO O PROJETO	43
OS PRIMEIROS PRODUTOS	57
OS PROJETOS DO ACRE	79
OS PROJETOS DE MATO GROSSO DO SUL	163
ANEXO I - DEZ PASSOS PARA CRIAR OBJETIVOS SMART	290
ANEXO II - NOME DO PROJETO DO MODELO LÓGICO SIMPLIFICADO	292

APRESENTAÇÃO

Apresentação

A estratégia brasileira de fortalecimento da Atenção Primária à Saúde e a conseqüente implementação da Estratégia Saúde da Família mostraram, de maneira inequívoca, o papel fundamental do profissional de enfermagem nesse processo.

Assim, torna-se necessário buscar experiências exitosas de países que nos precederam na mesma trajetória, analisando-as à luz de nossa realidade, a fim de contribuir para a valorização do importante papel da enfermagem no âmbito da organização e do funcionamento da Atenção Primária.

Apresentamos, nesta publicação, o relato dessa experiência, concebida em um modelo inovador de cooperação internacional, no qual os parceiros colocam como pontos de partida o respeito à diversidade cultural e o foco nos problemas e nas necessidades de saúde da população.

A união de esforços de diferentes atores, no Brasil e no Canadá, permitiu que agora pudéssemos partilhar com todos vocês a riqueza de que se constituiu este trabalho, cujos frutos já estão sendo colhidos.

Beatriz Figueiredo Dobashi
PRESIDENTE DO CONASS

*Liderança em
Enfermagem na
Atenção Primária à
Saúde*

INTRODUÇÃO

*Liderança em
Enfermagem na
Atenção Primária à
Saúde*

Introdução

A cooperação internacional em enfermagem no campo da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil ainda é tímida, restringindo-se normalmente a estudos pós-graduados *Stricto sensu* de universidades de grande porte, sendo a iniciativa aqui relatada uma proposta inovadora que envolve duas universidades brasileiras de estados da Região Centro-Oeste e da Norte e uma universidade canadense, além de secretarias estaduais de saúde e o Ministério da Saúde por meio de seu Departamento de Atenção Básica (DAB/MS).

Essa proposta surgiu de decisão da direção do CONASS e do DAB/MS de somarem esforços para valorizar e reconhecer o trabalho de estados no fortalecimento da Estratégia Saúde da Família (ESF), a luz do conhecimento da enfermagem em Atenção Primária.

Nesse sentido, o projeto propôs-se a implantar um programa de pós-graduação (*Lato sensu*) visando promover a liderança colaborativa e sustentável entre enfermeiros(as) que atuam em equipes de Saúde da Família no Brasil, apoiados por uma equipe de professores canadenses.

O pós-colonialismo e o feminismo foram adotados como referenciais teórico-metodológicos para orientar o programa, uma vez que visam ao empoderamento dos profissionais de saúde para o trabalho orientado por uma agenda de justiça social e reforçam as colaborações internacionais pautadas pela equidade e pela valorização da diversidade de saberes.

Em tal perspectiva, os profissionais de enfermagem são vistos como facilitadores da participação comunitária no sistema de saúde e como provedores de cuidados clínicos de qualidade, exercendo práticas que promovem o direito à saúde como um direito dos cidadãos, em consonância com as políticas de atenção básica de saúde do país.

O referencial teórico adotado também contemplou múltiplos pontos de vista sobre modelos de atenção primária de saúde e de saberes da enfermagem adotados internacionalmente, visando articulá-los ao seu contexto

histórico-social e político. A análise das questões que envolvem a enfermagem como prática social também levou em conta distintas categorias analíticas, tais como classe social, gênero, orientação sexual, entre outros.

O conteúdo programático foi desenvolvido por meio de módulos inter-relacionados e estes contemplaram os seguintes tópicos: planejamento e avaliação de programas em saúde; liderança colaborativa, ética e equipe multiprofissional; práticas e pesquisa participativa na comunidade; práticas clínicas baseadas em evidências e sua articulação com os demais momentos do processo de trabalho; e o desenvolvimento de uma comunidade de prática.

As articulações entre os diferentes temas foram exploradas ao longo dos módulos com o intuito de explicitar conexões existentes entre as práticas comunitárias e clínicas, os modos de organização dos serviços e dos processos de trabalho da enfermagem e dentro da equipe multiprofissional.

Essas ações tiveram impacto positivo na qualidade da oferta do cuidado prestado, não apenas pelos enfermeiros, mas por toda a equipe de saúde. Como exemplo, verificou-se o aprofundamento das discussões a respeito dos dilemas morais que as questões acima citadas destacam durante o desenvolvimento do trabalho cotidiano e do exercício da enfermagem nos serviços de atenção básica de saúde.

A integração de tais conteúdos ao longo do curso foi facilitada pelo desenvolvimento de modelo lógico de planejamento que permitiu aos participantes utilizar conhecimentos prévios, aplicar os conteúdos apresentados e aprender com seus pares.

Assim, o projeto foi finalizado com a certificação de todos os participantes que alcançaram os requisitos exigidos, tendo sido os melhores trabalhos de cada estado premiados com uma visita à Universidade de Toronto para apresentação da experiência em sessão aberta na Faculdade de Enfermagem.

Neste **CONASS documenta**, apresentamos um breve histórico sobre a cooperação internacional em enfermagem, uma visão geral do curso de especialização, a apresentação das equipes dos estados do Acre e do Mato Grosso do Sul, a construção de uma comunidade de práticas e os projetos de intervenção com os respectivos modelos lógicos.

Ressalta-se que não se trata de projetos com rigor acadêmico, mas experiências de enfermeiros que atuam na Estratégia Saúde da Família nos municípios dos referidos estados.

CONTEXTO

*Liderança em
Enfermagem na
Atenção Primária à
Saúde*

1. AGREGANDO VALOR: O CONASS NA COOPERAÇÃO INTERNACIONAL

A experiência do CONASS com projetos de cooperação internacional tem sido significativa e tem contribuído para que gestores e atores envolvidos sejam expostos a novas ideias e diferentes olhares e perspectivas em diversos campos da saúde.

A relevância dessa experiência é inquestionável, pois esses mesmos países, que possuem sistemas públicos de saúde de acesso universal, vêm sofrendo constantes pressões de interesses de mercado, o que coloca seus sistemas em risco constante. A agregação de experiências no sentido da defesa do direito à saúde revitaliza constantemente esses esforços locais, além de demonstrar que, apesar das dificuldades, a questão da saúde como direito universal vem sendo discutida em todos os continentes. Assim, a construção de novas alternativas de sucesso que reforçam os princípios basilares da saúde coletiva como a universalidade, a integralidade, e a equidade potencializa forças em prol da saúde como direito coletivo. A defesa conjunta de políticas públicas estabelecidas por países em que a população conquistou, ao longo de um processo de amadurecimento social, econômico e político, o acesso à saúde e a serviços de proteção social é uma legítima expressão do amadurecimento institucional e do avanço da cidadania nesses países.

No Brasil, o movimento da Reforma Sanitária mobilizou a sociedade para as conquistas advindas com a Constituição de 1988, que nos alçou a uma condição diferenciada entre os países da América Latina em relação aos direitos sociais e de cidadania.

O Sistema Único de Saúde (SUS) por meio de suas instituições, ao

intercambiar experiências com outros países que avançaram nesse tema, permite, e vem permitindo, o seu aperfeiçoamento, corrigindo suas imperfeições e ajustando-se aos novos desafios trazidos pelas mudanças oriundas da transição epidemiológica e da globalização com a incorporação tecnológica, por exemplo.

Nesse intuito, o CONASS definiu como uma de suas macrofunções o desenvolvimento de programas e projetos de cooperação interinstitucional, nacionais e internacionais. Assim, sua diretoria instituiu, em 2002, um Núcleo de Relações Internacionais visando à construção de projetos de intercâmbio.

A cooperação internacional desde então vem sendo balizada por algumas premissas (CONASS, 2011):

1. Reciprocidade, ou seja, a ideia de processo de enriquecimento multilateral, no qual todos tiram lições e proveito da relação e das ações e das reflexões desenvolvidas.

A concepção doador-receptor como pretensa via de mão única já está superada e nessa mesma linha é patente a importância do respeito à diversidade cultural. Não há preponderância geográfica ou econômica no plano cultural, em que cada qual tem seus valores próprios. No projeto, utilizaram-se como marcos teóricos o pós-colonialismo e o feminismo, pois reforçam o respeito à diversidade cultural e à própria premissa de reciprocidade.

2. Cooperação como processo formativo. Trabalhando na perspectiva de análises comparadas de sistemas públicos de saúde de diferentes países consegue-se mensurar e avaliar estratégias e políticas em suas potencialidades e debilidades.

3. Por fim, outra premissa importante para o sucesso é **trabalhar com parcerias institucionais sólidas e duradouras.** Para tanto, é fundamental apoiar-se na relação de confiança e de solidariedade entre as pessoas que integram as instituições parceiras.

Assim, vários têm sido os temas sobre os quais o CONASS tem-se debruçado e tem procurado parceiros que se interessem em discutir, refletir e procurar solução para problemas comuns. Esse projeto em específico, onde se aprofunda a discussão da liderança da enfermagem no qual a APS, tema

relevante para os sistemas de saúde no cenário mundial, beneficia diretamente a população de dois estados brasileiros, qualificando os profissionais de enfermagem e, por extensão, os outros profissionais da atenção primária, estimulando profissionais e gestores à reflexão e à ação propositiva e proativa a partir das constatações de necessidades e problemas no seu campo de trabalho.

Dessa forma, o projeto foi construído essencialmente pela decisão e pelo compromisso de lideranças das instituições parceiras em promover uma cooperação inovadora, em campo ainda pouco explorado nas parcerias Brasil-Canadá. A experiência prévia do CONASS com o projeto “Aprimoramento da Gestão da Atenção Primária – Agap”, em parceria com o Departamento de Medicina de Família e Comunidade da Universidade de Toronto, facilitou o desenvolvimento de modelo ágil. O projeto Agap, desenvolvido entre 2008-2010 envolveu quatro estados no Nordeste e teve parte de seu financiamento aportado pela Agência Canadense de Desenvolvimento Internacional e pelo Ministério da Saúde do Brasil, por meio do Departamento de Atenção Básica (CONASS, 2011). Essa experiência prévia permitiu que, em curto espaço de tempo e a custo baixo, fossem obtidos resultados satisfatórios, incluindo a titulação dos participantes como especialistas, titulação essa reconhecida pelos órgãos acadêmicos no Brasil.

Em relação à tomada de decisão para execução deste projeto, dois grupos de atores foram essenciais: os gestores públicos do SUS apoiados pelo CONASS e os tomadores de decisão das universidades. De um lado, gestor federal e gestores estaduais foram firmes no propósito da execução do projeto como um movimento estratégico para os estados do Mato Grosso do Sul e do Acre. De outro, o comprometimento da alta direção das Faculdades de Enfermagem das três universidades e o apoio das equipes de professores dessas faculdades foram essenciais para o sucesso.

Nos projetos de cooperação internacional, as diferenças culturais e linguísticas estão entre os grandes desafios, em que a impossibilidade de comunicação em um único idioma pode inviabilizar o sucesso desses projetos. Nesse caso, a presença de três professores brasileiros na Universidade de Toronto foi outro facilitador importante. Apesar disso, a utilização de tradução simultânea nos módulos foi necessária, mas a presença de pelo menos um professor brasileiro-canadense, com amplo domínio das duas línguas, em

cada um dos módulos, facilitou uma comunicação acurada.

Assim, a participação da Faculdade de Enfermagem da Universidade de Toronto, a atuação do CONASS, das SES do Acre e de Mato Grosso do Sul e as importantes contribuições do Ministério da Saúde do Brasil foram capazes de responder às premissas de uma cooperação internacional de excelência, com produtos úteis a outros estados brasileiros.

É exatamente essa atitude de abertura dos entes envolvidos, de respeito à diversidade cultural, de interesse em conhecer a outra realidade, de inteirar-se dos problemas e de interessar-se em contribuir para encontrar as soluções possíveis é que fez da cooperação internacional um verdadeiro sucesso.

2. LIDERANÇA EM ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A Estratégia Saúde da Família, forma brasileira de Atenção Primária à Saúde, apresenta três características que a diferenciam de outros países: a escolha pelo território de responsabilidade das equipes, a presença singular dos Agentes Comunitários de Saúde e as equipes multiprofissionais. O crescimento das equipes ampliou enormemente o acesso da população brasileira às ações e aos serviços de saúde, com resultados reconhecidos. Mas, a fim de qualificar a atenção ofertada, estratégias de formação adequada para a atenção primária, tanto na graduação como na pós-graduação, são imprescindíveis no país. Foi essa necessidade, de formação clínica em APS para as enfermeiras que atuam na ESF, que motivou o Departamento de Atenção Básica, à época, a realizar o primeiro projeto de cooperação internacional com a Escola de Enfermagem da Universidade de Toronto. Essa Universidade, com *expertise* na formação de enfermeiras clínicas em APS, também tem uma larga experiência em cooperação internacional, em perspectiva pós-colonialista. Por essa razão, a ênfase do papel de liderança da enfermagem na APS, para além dos cuidados clínicos de qualidade, inclui também a “defesa” dos usuários, promovendo saúde, autonomia e cidadania. As parcerias com as Secretarias Estaduais do Acre e de Mato Grosso do Sul, bem como com as Universidades Federais do Acre e do MS, foram fundamentais para o sucesso dessa iniciativa, cujos resultados poderão ser ampliados a outros estados

da federação. Mas, acima de tudo, a metodologia utilizada, que resultou em comunidade de práticas e várias intervenções que responderam às necessidades da população sob cuidado da enfermagem, empoderou as enfermeiras brasileiras e nos fez valorizar, Brasil e Canadá, nossas diferenças e nossa agenda comum: fazer parte da construção de sistemas universais de saúde, orientados pela APS, com qualidade, equidade e participação social.

Claunara Schilling Mendonça

EX-DIRETORA DO DAB (2008 A 2010)

PROFESSORA ASSISTENTE DO DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL DA UFRGS

2.1 A CONSTRUÇÃO DE COMUNIDADES DE PRÁTICAS

Muitas áreas do conhecimento têm se valido de estratégia de aprendizagem social denominada “comunidade de prática”, mas na área da saúde esse sistema é ainda pouco utilizado. Por essa razão, nesse curso de especialização apresentaram-se teoricamente e experimentaram-se por meio de várias estratégias pedagógicas formas de promover a criação de uma comunidade de prática em cada estado que permitisse aos enfermeiros de distintas regiões sentirem-se como um grupo e verem seus pares como fonte de informações, inovação, estímulo e de educação permanente.

As comunidades de prática definem-se como grupos em que todos os membros são competentes em uma mesma área e desenvolvem práticas sobre as quais refletem individual e coletivamente, criando uma comunidade que pensa e atua no mesmo campo e ao fazê-lo cria relações que permitem que todos aprendam uns dos outros (WENGER, 1998). As comunidades de prática produzem um repertório compartilhado de recursos comuns, como linguagem, instrumentos, protocolos, rotinas e sensibilidades que são produto da sinergia dos saberes profissionais e pessoais dos seus membros. A participação nesse tipo de comunidade aumenta a competência tendo em vista o acesso a este repertório, sua aplicação e seu aprendizado compartilhado.

Os resultados mais comuns que tais comunidades produzem são a rápida solução de problemas (por exemplo, por meio de contatos por *email* ou *msn*), a criação de novas linhas de atuação, as transferências das melhores práticas locais ou individuais para todo o sistema e o aumento da satisfação no trabalho. Esses possíveis resultados têm o poder de dar resposta a vários

dos problemas identificados na avaliação de necessidades nos dois estados.

Várias barreiras foram identificadas pelos estudantes para a implantação de comunidades de prática, como as distâncias e os custos para reuniões presenciais, o hábito de trabalho individual ou em equipes locais e a carga horária de trabalho que não prevê tempo para atualização ou participação em grupos não gerenciados pelo empregador. Graças à participação das secretarias estaduais de saúde no curso, várias dessas dificuldades foram superadas. Outro fator que representou um desafio foi a curta duração do programa de especialização que não permitiu aos alunos ter uma comunidade de prática plenamente desenvolvida ao fim do quinto módulo. Apesar disso, os alunos foram capazes de criar redes virtuais, asseguraram alguns recursos para participação em reuniões estaduais e desenvolveram um plano para a implantação das comunidades.

Tal movimento de reconhecimento de habilidades e *expertise* entre pares foi considerado empoderador para grupos e indivíduos, pois ao formular propostas para a comunidade de prática, as diversas competências dos membros do grupo explicitavam-se e projetos coletivos de relevância foram formulados, permitindo a consolidação de vários saberes criados pela participação no curso de especialização.

Denise Gastaldo

BSCN, MA, PHD ASSOCIATE PROFESSOR, LAWRENCE S. BLOOMBERG FACULTY OF NURSING,
UNIVERSITY OF TORONTO
ASSOCIATE DIRECTOR, CENTRE FOR CRITICAL QUALITATIVE RESEARCH

2.2 AVALIAÇÃO

A avaliação de cada módulo foi feita com pré e pós-teste para estabelecer, ao princípio de cada módulo, o nível de compreensão e conhecimento dos alunos sobre os conteúdos a serem estudados e, ao fim, para que alunos e professores tivessem a oportunidade de reconhecer o aprendizado individual e grupal ocorrido. Os resultados dos pós-testes de todos os módulos foram excelentes.

Os módulos e os professores de cada módulo também foram avaliados positivamente. O método de avaliação formativa foi utilizado após módulo para revisar e ajustar as estratégias educativas para o seguinte módulo.

Essas avaliações buscavam informações em áreas-chave, tais como: relevância do conteúdo do módulo, metodologias de ensino e aprendizagem utilizadas, bibliografia e novo conhecimento adquirido e planos para aplicar o novo conhecimento. Os comentários feitos pelos alunos nas avaliações revelaram: aumento de saber por meio de ambiente de aprendizagem seguro; empoderamento; estudo e aplicação de ação política, colaboração interprofissional, liderança colaborativa, manejo de conflito e participação comunitária; possibilidade de compartilhar e aplicar saberes por intermédio de comunidade de prática.

Freida Chavez

RN, MHSC, DNP(C) DIRECTOR, INTERNATIONAL OFFICE AND SENIOR LECTURER, LAWRENCE S. BLOOMBLERG FACULTY OF NURSING

3. O QUE PRIORIZAR: AVALIANDO AS NECESSIDADES

3.1 O MÉTODO PARA CONHECER O CENÁRIO

O desenvolvimento de metodologia de avaliação das necessidades para melhor conhecimento do contexto em que serão implantados os projetos de cooperação internacional deve ser considerado como o primeiro passo do planejamento, principalmente no campo da saúde, em que os contextos dos países são diversos. Seguindo a orientação nesta cooperação Brasil-Canadá, elaborou-se metodologia para avaliação de necessidades que foi submetida e aprovada pelos parceiros, cujas questões com seus respectivos resultados estão descritos a seguir. O objetivo do estudo foi o levantamento de necessidades junto aos atores que, à época, conduziam o processo e participariam da iniciativa de cooperação internacional no campo da enfermagem nos estados do Acre e de Mato Grosso do Sul.

O primeiro passo foi o desenvolvimento de um questionário semi-estruturado para coleta de dados que foi aplicado à Diretoria do DAB/MS e CGAB/DAB/MS, ao CONASS – Coordenação de Atenção Primária à Saúde, às SES e às Escolas de enfermagem em cada um dos estados participantes. Esse questionário foi enviado por meio eletrônico às instituições colaboradoras pela Diretora do DAB/MS, juntamente com justificativa para desenvolvimento do projeto e solicitação para que o questionário fosse respondido pelo responsável pela tomada de decisão no âmbito do projeto em cada uma das instituições.

Iniciou-se com questões relativas às funções essenciais da enfermagem na prática da atenção primária/Saúde da Família e aos problemas enfrentados por estes profissionais na APS, discriminando nos campos a serem preenchidos a gestão prática clínica, o trabalho em equipe, a promoção e a educação em saúde.

Outras questões buscaram identificar as lacunas de formação seja na graduação, seja na pós-graduação em enfermagem, bem como o nível de formação oferecido em cada uma das escolas participantes. As limitações das instituições para o desenvolvimento de projetos de cooperação internacional foram questionadas em seguida.

Em relação à disponibilidade de recursos locais, questiona-se especificamente o nível de formação oferecido pelas escolas, as vantagens de participar em projeto de cooperação internacional no campo da enfermagem e as principais potencialidades da instituição para esse projeto de cooperação com uma universidade canadense. Enfim, buscou-se levantar expectativas em relação aos resultados esperados com o projeto de cooperação pelas instituições.

Os questionários foram analisados e junto com informações coletadas em reunião entre os parceiros, ocorrida em Brasília, consolidaram-se os resultados.

3.2 OS RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DE NECESSIDADES

Foi identificada uma série de temas possíveis de serem abordados nesse projeto de cooperação internacional no campo da enfermagem, entre o Brasil e o Canadá, com grande congruência com os temas originalmente propostos em reuniões entre os parceiros.

Alguns temas destacados estavam além do escopo de um projeto de cooperação internacional, em especial aqueles vinculados às condições estruturais, como a área física da rede de serviços ou a metodologia de contratação de trabalhadores no SUS.

Outros, entretanto, vão exatamente ao encontro da *expertise* existente na Faculdade de Enfermagem da Universidade de Toronto, o que propiciou um campo fértil para a cooperação. Entre esses temas, estão:

1. a valorização da enfermagem como campo de conhecimento e práticas específico;

2. o desenvolvimento de liderança entre enfermeiros de APS;
3. tecnologias de gestão e da prática da enfermagem na APS;
4. a prática clínica baseada em evidências e a gestão da clínica centrada no paciente;
5. a promoção da saúde e a integralidade da atenção em enfermagem;
- e
6. o intercâmbio de conhecimentos entre culturas e países.

Além desses temas de interesse comum, constatou-se grande interesse das instituições na realização do projeto, bem como expectativa de sucesso da cooperação.

Quanto às cinco funções essenciais da enfermagem na prática da Atenção Primária/Saúde da Família, as respostas foram agrupadas em seis temas centrais de acordo com a frequência destas:

1. planejamento e avaliação na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família, incluindo o monitoramento das atividades e resultados e a análise dos dados disponíveis;
2. gestão e organização do processo de trabalho nos serviços de saúde na Atenção Primária à Saúde (APS), considerando que o tema de coordenação e supervisão do cuidado de enfermagem na APS foi o mais citado;
3. processo de trabalho em enfermagem, incluindo assistência integral à saúde individual e coletiva com método clínico centrado no paciente;
4. promoção da Saúde com ênfase na educação em saúde e vigilância em saúde;
5. educação permanente na coordenação do cuidado de enfermagem e no trabalho da equipe; e
6. produção do conhecimento em enfermagem na APS.

Entre as questões estruturais, vinculadas às condições de trabalho inadequadas, foram citadas a estrutura física das UBS, a sobrecarga de atividades, os vínculos trabalhistas precários e a rotatividade de profissionais. Esse último tema aparece na quase totalidade das respostas e pode-se inferir uma possível relação de causalidade com os demais temas descritos a seguir:

1. a não valorização do profissional enfermeiro da ESF e sua baixa autonomia na APS (na prescrição de medicamentos e na solicitação de exames, por exemplo).
2. a fragilidade na compreensão da organização e da gestão do siste-

ma de saúde, a fragilidade na compreensão teórica das ferramentas usadas na APS e a ausência de política institucional para implementação da sistematização da assistência de enfermagem na APS foram citadas por mais de 50% dos entrevistados.

3. a deficiência no processo de trabalho em equipe como a reduzida articulação/integração entre os profissionais foi citada em 30% das respostas.

Em relação ao principal problema na atuação da enfermagem na Saúde da Família nos itens de gestão, prática clínica, trabalho em equipe e promoção e educação em saúde, visualiza-se o seguinte panorama nos estados:

a. Gestão

Na prática da gestão, os problemas estão, em grande parte, no componente de estrutura, como a variedade de registros ou a falta de carreira única no SUS; e de processos, como a ausência de supervisão da coordenação da APS, a redução das atividades clássicas de supervisão, o insuficiente manejo dos Sistemas de Informação (SI) como instrumento de gestão, a baixa capacidade de trabalhar com o planejamento das ações e a falta de protocolos administrativos na APS.

A falta de valorização do enfermeiro na APS e a falta de compreensão da importância da enfermagem na Saúde da Família por parte do gestor foram novamente citadas, como na questão anterior. Já a dificuldade de trabalhar com alguns conceitos importantes do campo da APS pode ser exemplificada em respostas como a “não compreensão do conceito de integralidade pelos enfermeiros”.

É evidente que a capacidade de intervenção de um projeto de cooperação internacional em vários dos problemas citados é limitada, em especial em problemas estruturais, seja do escopo legal do sistema de saúde, seja da infraestrutura física e dos recursos disponíveis.

b. Clínica

Na prática da clínica, identificaram-se problemas ligados à formação dos profissionais, como enfoque biológico e fragmentado, deficiência na semiologia e no diagnóstico de enfermagem, e quanto à infraestrutura, à falta de espaço físico para as consultas de enfermagem.

Vale destacar que o maior número de respostas, nesse quesito, estava ligado à normatização e ao uso de protocolos clínicos. Questões como

“ausência de protocolos assistenciais” e “protocolos clínicos do Ministério da Saúde não condizentes com a realidade local”; “inexistência de atividades de enfermagem sistematizadas”; “falta de domínio teórico-prático dos diversos programas da APS” apontam nesse sentido. Esse tema foi contemplado no projeto de cooperação discutido em um dos módulos do curso pela *expertise* acumulada pelo parceiro canadense.

c. Processo de trabalho em equipe

Alguns dos problemas citados novamente são estruturais, como a falta do profissional médico. Outros, no entanto, mesmo não sendo relativos à estrutura, como o descumprimento da carga horária, têm potencial de atuação e intervenção muito limitado ou inexistente, por parte do projeto.

Em contrapartida questões ligadas ao planejamento e à organização do processo de trabalho e liderança da enfermagem na APS são importantes no contexto da cooperação. Assim, o desenvolvimento de liderança por parte do enfermeiro e da capacidade de mediar conflitos e planejar intervenções pode apoiar a superação de alguns dos problemas citados. Entre os problemas, estão a ausência de práticas gerenciais visando à integração da equipe multiprofissional; a fragmentação do trabalho; a dificuldade de articulação dos profissionais da ESF; a ausência de discussão de casos e ações de saúde; e a questão da formação centrada no núcleo do cuidado dificultando o trabalho interdisciplinar.

Outras questões indicadas, e que foram abordadas como parte do projeto, são a operacionalização da prática do trabalho em equipe e a promoção da integralidade do cuidado nas suas diversas vertentes.

d. Promoção da Saúde/Educação em Saúde

A formação dos profissionais foi novamente revelada como uma das principais fragilidades, com a predominância do modelo biomédico na organização das ações de saúde. Dois outros grupos de problemas, indiretamente relacionados à formação dos profissionais, são citados nesse tema: a pouca interação com a comunidade (carência de trabalho conjunto com a comunidade; pouca integração com as iniciativas de Educação Popular e baixa valorização da prática da Educação em Saúde); e o modo inapropriado de realizar essa interação (abordagens diretivas, verticais e autoritárias com o usuário; não apropriação das ferramentas pedagógicas no campo da Educação em Saúde; e da autorresponsabilidade nos cuidados em saúde).

Por fim, a reduzida valorização das práticas corporais e integrativas foi citada uma vez como pertencente ao campo da promoção da saúde. Considerando que essas práticas no Brasil incluem terapias específicas como a acupuntura, a fitoterapia, entre outras, não parece pertinente incluí-las no campo da promoção da saúde.

Quanto às lacunas que limitam a atuação dos enfermeiros na Saúde da Família no estado, foi relatada, em sua maioria, a formação inadequada dos profissionais para atuação na APS. O cerne dessa questão é a limitada integração com os serviços, como, por exemplo, os currículos dos cursos de graduação com pouca ênfase na articulação das redes assistenciais, em especial da APS/SF; a exposição limitada a campos de prática na APS na formação profissional, bem como pouca estruturação desses campos de prática para ampliação dessa exposição; o campo da Saúde da Família pouco abordado na graduação e na pós-graduação; e a pouca articulação das instituições de ensino superior com os serviços. O modelo flexneriano, predominante no Sistema e nas escolas de saúde, reforça a fragmentação e foi indicado como fator que dificulta a mudança das práticas para uma nova concepção holística e integral, tanto na academia quanto nos serviços. A deficiência na análise do contexto socioeconômico e cultural nas relações de produção social da saúde, as relações de poder interferindo no trabalho da enfermagem, e a fragilidade no desenvolvimento do raciocínio clínico e epidemiológico também foram considerados como lacunas na formação.

Em relação ao interesse das universidades em participar do projeto de cooperação internacional, foi destacado que a iniciativa cria a possibilidade de reforçar e valorizar a enfermagem na APS nos espaços acadêmicos, nos serviços e na gestão. Além disso, o intercâmbio cultural e a troca de experiência nas práticas de enfermagem na APS entre os países podem propiciar melhor compreensão sobre a especificidade do trabalho do enfermeiro na APS em diferentes realidades.

No campo acadêmico, o intercâmbio foi visto como oportunidade de sensibilização dos docentes, bem como de capacitação para trabalhar com APS e desenvolvimento de *expertise* para a formação de novos profissionais. Também a possibilidade de intercâmbio para a formação no campo da pós-graduação **Stricto sensu** (mestrado, doutorado e pós-doutorado) em “bolsa-sanduíche”, e a possibilidade de desenvolvimento conjunto de proje-

tos de pesquisa no campo da enfermagem em APS e saúde coletiva foram consideradas.

No tema da organização dos serviços de enfermagem e da integração desses com a academia, foram citados: o fortalecimento da categoria dos enfermeiros; a possibilidade de construção e incorporação de novas tecnologias para o cuidado em saúde; a qualificação do processo de trabalho da enfermagem na Saúde da Família; a oportunidade de articular ensino/serviço e repensar a capacitação e formação da enfermeira para a Saúde da Família e a Saúde Coletiva; a inserção da Secretaria Estadual de Saúde como pólo formador de experiências exitosas em APS.

Essa avaliação teve grande utilidade na formulação do projeto adequado à realidade local, especialmente por contextualizar a Universidade de Toronto da situação prática, política e social da enfermagem nos dois estados. Dessa forma, permitiu otimizar os recursos da cooperação e possibilitar uma adequação de propostas, metodologias e ferramentas, vislumbrando a implantação do projeto de cooperação internacional sustentável e mais condizente com a realidade local.

4. A COOPERAÇÃO INTERNACIONAL EM ENFERMAGEM: OPORTUNIDADE E RECONHECIMENTO

4.1 A ENFERMAGEM EM ATENÇÃO PRIMÁRIA NO BRASIL

A Atenção Primária à Saúde no Brasil vem ocupando grande espaço técnico-político nos últimos 15 anos, tendo como seu motor a Estratégia Saúde da Família. Hoje, o país conta com mais de 30 mil equipes atendendo a 100 milhões de brasileiros na quase totalidade dos municípios. A Estratégia Saúde da Família foi introduzida no Brasil em 1994 com ênfase inicial em melhorar a saúde de recém-nascidos e crianças, por meio da prática do cuidado em saúde na comunidade, sob gestão dos municípios, valorizando o trabalho de uma equipe que teve como pilar dois profissionais: o médico e o enfermeiro. Várias características do modelo brasileiro são também aplicadas em outros países, mas a proposta de que as equipes não se limitem ao escopo programático e vertical focado em doenças e que estejam inseridas em contexto de mudança do sistema de saúde tanto em nível das práticas como em nível da macropolítica

traz um diferencial para o modelo brasileiro.

Várias inovações em curso no SUS foram iniciadas na Saúde da Família como, por exemplo, a adscrição de território e a responsabilização de equipes por este, a definição de porta de entrada preferencial e a utilização de um rol de indicadores nacionais para monitoramento e pactuação entre as esferas de governo.

A Estratégia buscou uma mudança da ênfase no cuidado médico-centrado para o cuidado em equipe. Isto colocou o enfermeiro em posição para lidar com a saúde coletiva, e todas as habilidades de enfermagem necessitaram ser direcionadas para as necessidades sociais da saúde da população. (CHIESA & FRACOLLI, 2000).

O papel da enfermeira(o) no Programa de Saúde da Família segundo a normatização federal era:

- planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações executadas pelos ACS;
- supervisionar, coordenar e realizar atividades de capacitação e educação permanente para os ACS, relacionadas ao desempenho de suas atribuições;
- facilitar o relacionamento entre os profissionais das Unidades Básicas de Saúde e os ACS por meio de sua contribuição na organização da demanda referida;
- assistir pacientes e conduzir procedimentos de enfermagem na UBS e, quando necessário, nos domicílios e na comunidade;
- solicitar exames complementares e prescrever medicações com base em protocolos e outras diretrizes clínicas estabelecidos pelo gestor municipal ou federal, de acordo com os aspectos legais da profissão;
- organizar e coordenar grupos específicos de indivíduos e famílias sob situação de risco na área de atividade dos ACS; e
- participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.

Os cuidados diretos de enfermagem no Brasil eram considerados uma atribuição do auxiliar de enfermagem e não do enfermeiro. A Estratégia Saúde da Família, entretanto, trouxe uma nova perspectiva à saúde, especialmente em relação ao papel da enfermagem, no qual a saúde da comunidade ou a saúde pública é o foco principal. “Este novo papel focaliza nas ações em que a lógica principal é a necessidade de saúde para a população e não a

racionalização do trabalho da profissão médica” (CHIESA & FRACOLLI, 2000).

A revisão da literatura realizada pelas mesmas autoras (2000) sobre a enfermagem na Atenção Primária em Saúde no Brasil indica algumas questões importantes:

- falta de ferramentas para identificar as necessidades de saúde da população;
- sobrecarga de trabalho em razão do acúmulo das atividades de gerência e de assistência focadas principalmente no indivíduo e menos na coletividade;
- dificuldade em relação ao trabalho de equipe, especialmente com qual papel o enfermeiro desempenha ou contribui na equipe;
- falta de ferramentas para avaliar as intervenções de enfermagem; e
- falta das ferramentas para melhorar a participação da comunidade.

De acordo com Angelo (2002), um dos principais focos para o papel da enfermagem e dos demais profissionais deve ser a instrumentalização como estímulo a uma prática avançada, buscando dispor de recursos de conhecimentos que os capacitem a pensar e agir em família. A aproximação dos enfermeiros ao conhecimento existente sobre família, como referenciais teóricos, instrumentos de avaliação, estratégias de aproximação, relacionamento com a família, técnicas de intervenção, capacita-os a pensar em família, a utilizar uma linguagem apropriada e a formular questões acerca da prática realizada.

A crescente evolução na produção de conhecimentos existentes na área de enfermagem da família ainda não tem resultado na prática com a mesma intensidade. A enfermagem ainda está muito impregnada pelo modelo assistencial hospitalocêntrico, de caráter individualista, e centrado na doença, em que a família não passa de fonte de orientação e de busca de informações a respeito do paciente (WRIGHT & LEAHEY, 2002).

Pode-se concluir, *a priori*, que o campo da prática da enfermagem na Atenção Primária ainda está em desenvolvimento. Os currículos acadêmicos, mesmo com alguns avanços, ainda estão em ritmo de transformação muito lento se comparado à dinamicidade das práticas inovadoras dos enfermeiros das equipes de Atenção Primária e Saúde da Família.

Assim, a troca de experiências com a enfermagem canadense, em especial por ser um modelo construído com diferentes matizes, com forças e fragilidades diferentes das do Brasil, foi o pilar desse projeto, demonstrado

na riqueza dos relatos seguintes.

4.2 A EQUIPE DO ACRE

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE (UFAC)

Coordenadora: Profa. Dra. Margarida de Aquino Cunha

Tutoras:

Profa. Msc. Danúzia da Silva Rocha

Profa. Msc. Maria Fernanda de Sousa Oliveira

Profa. Msc. Polyana Caroline de Lima Bezerra

Profa. Dra. Raimunda da Costa Araruna

Profa. Msc. Rozilaine Redi Lago

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE

Secretário: Oswaldo Leal

Gerente do Departamento de Ensino e Pesquisa: Talita Lima

_____ Uma palavra da equipe da UFAC

A parceria Brasileira e Canadense entre Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Secretaria de Estado da Saúde do Acre, Universidade Federal do Acre e Faculdade de Enfermagem Lawrence Bloomberg da Universidade de Toronto/Canadá com o apoio do Departamento de Atenção Básica/DAB do Ministério da Saúde por meio da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas)/Brasil, teve como objetivo principal promover liderança colaborativa e sustentável entre enfermeiros(as) que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS), visando ao empoderamento desses profissionais para trabalhar a partir de uma agenda de justiça social, em uma perspectiva de crescimento coletivo e colaboração interdisciplinar.

A Universidade Federal do Acre, em mais de três décadas de existência, consolidou-se como uma das principais instituições de ensino superior da região Amazônica, sendo a única pública e gratuita do estado. Tem, desde sua criação, participado ativamente da história da sociedade acreana, na produção e na difusão de conhecimentos e na formação de profissionais de diversas áreas, trazendo benefícios no âmbito político, econômico, social e cultural.

Tendo em vista as características regionais bem peculiares da região Amazônica na qual o Acre está inserido, existe uma carência na formação de pós-graduação em enfermagem na atenção primária e é conhecida a excelência do Canadá nessa área de atuação, o que foi muito vantajoso para nossa instituição usufruir desse avanço já conquistado naquele país.

Este projeto proporcionou o intercâmbio cultural e a troca de experiência entre as práticas de enfermagem na APS entre os países, buscando melhor compreensão sobre a especificidade do trabalho da enfermeira na APS. Essa interação de diferentes perspectivas, visões e experiências trouxeram frutos positivos para todos os parceiros.

Outra questão de destaque foi a ampliação de parcerias com as secretarias de saúde para atividades de educação permanente voltadas para atualização, capacitação, acolhimento e avaliação de desempenho das equipes de enfermagem atuantes na área.

Portanto, esse curso de pós-graduação resultou em melhor qualificação na formação dos profissionais enfermeiros que estão atuando na atenção básica, bem como em melhoria da assistência prestada por tais profissionais à comunidade.

4.3 A EQUIPE DE MATO GROSSO DO SUL

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL (UFMS)

Coordenadora do Curso de Especialização: Ana Rita Barbieri

Tutoras:

Maria Gorette dos Reis

Luciana Contrera-Moreno

Iara Cristina Pereira

Margarete Knoch Mendonça

Vilma Ribeiro da Silva

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE

Secretária: Beatriz Dobashi

Diretora de Atenção Básica: Adriana Maura Tobal

————— **Uma palavra da equipe de Mato Grosso do Sul**

PARCERIA ENTRE DIVERSAS INSTITUIÇÕES: UMA EXPERIÊNCIA QUE VALE A PENA RELATAR

As universidades brasileiras estão cada vez mais compromissadas com a tarefa de formar profissionais para o Sistema Único de Saúde com competências e habilidades suficientes para resolver e encaminhar os problemas de saúde das populações, diminuir o sofrimento humano e ainda promover o desenvolvimento de capacidade crítica para analisar a realidade e propor mudanças de contexto.

No entanto, desenvolver novas formas de enfrentamento para modificar a realidade complexa da saúde das populações e do sistema de saúde exige compreensão e compromisso assumido pelos profissionais diante das tarefas cotidianas. A oferta de novas ferramentas acompanhadas de movimentos reflexivos são potenciais disparadores de mudanças nas práticas profissionais. Em sentido amplo, eram essas as expectativas de todos os parceiros envolvidos no projeto.

Da parceria entre o CONASS e a Universidade de Toronto (Faculdade Bloomberg de Enfermagem), com financiamento do Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde por meio de termo de cooperação com a Opas, emergiu o convite para que as Universidades Federais do Acre e Mato Grosso do Sul (UFAC e UFMS respectivamente) e, em especial, Faculdades e Cursos de Enfermagem, cooperassem em um projeto de aperfeiçoamento para enfermeiros em atuação em serviços de atenção primária. A valorização da enfermagem e o apoio do CONASS e da Secretaria de Estado de Mato Grosso do Sul foram fundamentais para o alcance dos resultados e dos artigos produzidos, que aqui descreveremos.

A proposta de parceria da Faculdade de Enfermagem da Universidade de Toronto com as universidades brasileiras era oferecer aos enfermeiros do Acre e de Mato Grosso do Sul conteúdos para “promover a liderança colaborativa e sustentável entre enfermeiros(as) que atuam em equipes de saúde da família no Brasil”, visando ao empoderamento dos profissionais de conhecimentos capazes de desencadear a construção de agendas com foco na justiça social. Além disso, muitos dos temas abordados tinham o enfoque na responsabilização pelo trabalho e na ampliação da participação dos envol-

vidos: profissionais e comunidade.

A oferta, em formato de curso, vinha com conteúdo programático distribuído em cinco módulos, com os seguintes tópicos: planejamento de programas e avaliação; liderança colaborativa, ética e equipe interprofissional; práticas e pesquisa participativa na comunidade; práticas clínicas baseadas em evidências e sua articulação com os demais momentos do processo de trabalho; e o desenvolvimento de uma comunidade de prática.

Vislumbrando resultados ampliados: a possibilidade de um curso de pós-graduação *lato sensu*

Das discussões preliminares entre Universidade de Toronto, UFAC e UFMS e CONASS, surgiu a preocupação de que, além de qualificar os enfermeiros brasileiros, também fosse possível oferecer um certificado com validade no território nacional que pudesse ser utilizado na sua carreira profissional. Coube à UFMS elaborar e desenvolver um projeto de curso de especialização para ambas as universidades envolvidas e assim foi possível potencializar tanto os produtos da cooperação internacional que se firmava como aumentar o compromisso dos enfermeiros com os resultados do curso.

Com espaço para o debate e a proposição de metodologias, o curso recebeu um formato modular, que favoreceu a vinda dos professores do Canadá para Mato Grosso do Sul e Acre e, de modo particular, as parceiras brasileiras formataram um modelo de acompanhamento tutorial dos grupos de modo a assegurar: (1) o desenvolvimento das atividades exigidas no módulo ministrado; (2) a condução de leituras dirigidas e discussões dos referenciais teóricos como preparação do módulo subsequente; (3) o acompanhamento e o apoio às atividades individuais e em grupo a fim de garantir os produtos esperados para cada módulo e para o curso; (4) a facilitação na interlocução entre serviços e profissionais de enfermagem de Mato Grosso do Sul para participações pontuais no decorrer dos módulos. Também, aos especializados, foram oferecidos conteúdos para aprendizado de buscas *online* de evidências científicas na biblioteca da UFMS e aulas de metodologia científica para facilitar a produção dos artigos científicos.

Para ampliar a apreensão dos conteúdos oferecidos, houve um cuidado na condução metodológica uma vez que mudanças acontecem quando o processo de ensino-aprendizagem permite a vivência de três momentos, iniciando-se pelo de abertura que é capaz de mobilizar, questionar o existente e

causar desconfortos em relação às práticas e ao conhecimento utilizado; de avanço, que implanta e testa os novos conhecimentos e implanta a mudança com revisão de papéis e de modos de fazer; e de consolidação, que prevê retrocessos e admite novas estratégias a fim de assegurar as mudanças. A partir desse pressuposto teórico em planejamento, desenvolvido por Testa, as metodologias selecionadas para as atividades partiram da premissa de que o aprendizado é um processo complexo e não linear que se dá a partir das associações e das conexões que cada sujeito faz, ou seja, para que a aprendizagem produza mudanças, ela precisa ser significativa.

O processo de seleção dos enfermeiros foi amplamente debatido com a definição de alguns critérios considerados críticos ao sucesso do curso, como: possuir vínculo efetivo no serviço público, com atuação na atenção primária há pelo menos um ano; declarar o compromisso de participar como instrutor em oficinas microrregionais para disseminação dos conteúdos abordados durante o curso em tela; declarar que dispõe de acesso a computador e Internet e tempo para estudos e tarefas nos períodos intermódulos e presenciais; declarar habilitação para utilizar computadores e recursos de conectividade como *emails*, *chats* e fóruns; ter disponibilidade para participar das aulas ministradas em caráter presencial mesmo em feriados locais, estaduais ou nacionais, em razão do deslocamento dos professores canadenses. As 50 vagas foram distribuídas nas 11 microrregiões do estado a fim de assegurar a multiplicação dos conteúdos em todos os territórios do estado, além de vagas para os Cursos de Enfermagem da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul e Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Tais critérios foram apresentados e aprovados na Comissão Intergestores Bipartite.

A aprovação política do curso e os critérios definidos pela UFMS em conjunto com a SES/MS fortaleceram o projeto e foram considerados fatores importantes para o desfecho positivo do curso.

_____ **Agradecimentos da equipe de Mato Grosso do Sul**

Diferentemente da realidade de outros cursos de pós-graduação no país, nesse curso não houve desistências e todos os inscritos finalizaram as atividades. Podemos inferir que esse resultado só foi possível em decorrência de um conjunto de ações voltadas à qualidade do curso e à sua manutenção.

O apoio da Secretaria de Saúde de Mato Grosso do Sul assegurou as negociações para liberação dos alunos junto aos municípios, ofereceu infraestrutura necessária ao curso como salas de aula, equipamentos multimídia, computadores, além de propiciar estadia e refeições a alunos, tutores e professores no ambiente do curso, facilitando a ambiência de aprendizagem e a formação da grupalidade entre os participantes.

A UFMS acreditou na proposta, elaborou e aprovou o projeto de pós-graduação *lato sensu*, ofereceu apoio acadêmico e disponibilizou seu corpo docente para a realização do projeto. Fez a coordenação pedagógica, acompanhou alguns alunos que por motivo de doença precisaram faltar aulas e assim tiveram reposição de conteúdos e puderam entregar tarefas e acompanhar as atividades dos grupos. Os professores do Curso de Enfermagem acreditaram na proposta e diante de tantas atribuições acompanharam os grupos na produção dos modelos lógicos e na produção dos artigos científicos assegurando qualidade e apresentação dos resultados.

Vale citar que a Secretaria de Saúde de Mato Grosso do Sul propiciou condições e o curso está sendo reproduzido nas microrregiões do estado, com adaptações. Os modelos lógicos tiveram seu desenvolvimento acompanhado pelos tutores da UFMS e estão prontos para serem implantados nos locais em que foram “experenciados” com possibilidade de reprodução em outros serviços e realidades.

O CONASS, ator importante na construção do SUS, partilhou parte de seus projetos e confiou à UFMS alguns de seus propósitos no que diz respeito à disseminação do conhecimento em saúde e à partilha de experiências, demonstrando que parcerias entre ensino e serviço produzem bons frutos.

Da parceria e do trabalho conjunto resultou muito aprendizado, das diferenças culturais superadas com boa vontade, dos conteúdos apreendidos e das experiências partilhadas resultou uma experiência positiva para todos os envolvidos. Enfim, é com satisfação que apresentamos, orgulhosamente, parte dos produtos dessa parceria de sucesso, que vale a pena ser relatada.

4.4 A CERTIFICAÇÃO **LATO SENSU**

A certificação foi um dos desafios superados nesse projeto de co-

operação por meio de adaptação do modelo pedagógico proposto pela Universidade de Toronto a fim de atender às normas brasileiras. Isso garantiu às universidades brasileiras parceiras emitir os títulos de especialistas aos participantes, validando a certificação canadense.

Os módulos foram coordenados por dois professores da Universidade de Toronto, quando se buscou coordenar o perfil teórico-metodológico e o perfil de pesquisa aplicada aos serviços de saúde. Eles eram acompanhados por professores das duas universidades brasileiras responsáveis pelo apoio na implementação dos projetos locais e pela avaliação dos participantes.

Esse modelo proporcionou a integração e a troca de conhecimentos entre os grupos de professores, a facilitação da customização dos conteúdos e dos métodos, permitindo maior aproveitamento por parte dos alunos e o acompanhamento próximo dos alunos, o que seria muito difícil somente pela equipe canadense.

Em contrapartida, as diferenças de idioma, cultura acadêmica e marcos teóricos algumas vezes dificultaram a comunicação e o entendimento entre os grupos. Felizmente, isso pôde ser minimizado pela presença de brasileiros na equipe de professores canadenses.

**Adriana Maura Tobal
Ana Rita Barbieri**

IMPLANTANDO O PROJETO

*Liderança em
Enfermagem na
Atenção Primária à
Saúde*

5. AS PREMISSAS: UMA VISÃO GERAL DA PROPOSTA

O curso foi composto por cinco módulos que foram desenvolvidos ao longo de cinco meses (abril a agosto de 2010), e cada módulo era composto por atividades em classe e extraclasse. O eixo condutor do curso foi o modelo lógico elaborado durante os módulos e que se tornou um dos produtos dos grupos.

As **atividades em classe** consistiram em aulas expositivo-dialogadas, trabalhos em grupo, pesquisa em laboratório de informática, debates, apresentações de convidados e recursos midiáticos.

As **atividades extraclases** consistiram em observação, reuniões com a comunidade e equipes de saúde, pesquisas em bases bibliográficas, trabalhos em grupo por meio de recursos eletrônicos e internet e redação de trabalho científico. Após as atividades em classe do primeiro módulo, os alunos passaram a desenvolver atividades extraclases entre os módulos, que antecederiam as atividades em classe, chamadas atividades preparatórias.

No primeiro módulo do programa, os participantes iniciaram as atividades em classe identificando um problema relevante em sua experiência prática e discutiram as implicações deste no trabalho de sua equipe multiprofissional, na comunidade por eles assistida e em sua prática clínica.

Ao longo dos cinco meses de programa, foi solicitado aos alunos que completassem as suas atividades e trabalhos extraclases individualmente e em grupo durante cada módulo, por meio de *emails* e outros recursos eletrônicos, para aprimorar e revisar seu modelo lógico, que foi apresentado durante o quinto módulo, marcando a conclusão do curso.

Os participantes adquiriram habilidades e conhecimentos para explorar criticamente a complexidade que envolve o exercício da enfermagem nas Equipes de Saúde da Família, em um contexto permeado por constantes

inovações. Ao fim eles foram capazes de vislumbrar importantes oportunidades de transformação de suas práticas, por meio da constituição de uma comunidade de prática e educação permanente.

O alcance de pleno desempenho nas atividades acadêmicas exigiu do aluno não apenas o crescimento de suas habilidades e competências de natureza cognitiva, mas também das que envolvem as dimensões éticas e de pleno exercício da cidadania dos estudantes, dos professores e dos funcionários envolvidos com a implementação do programa. Os alunos utilizaram o código de ética profissional para pautar sua atuação como alunos de pós-graduação.

Ao fim do programa, os participantes foram capazes de demonstrar conhecimentos sobre:

- aplicação do modelo lógico em atenção básica de saúde em diferentes contextos locais, mediante o uso de múltiplas estratégias para identificar questões organizacionais relevantes para a prática de enfermagem, assim como planejar, implementar e avaliar programas empregando tal modelo;
- questões relacionadas a profissionalismo, advocacia política e ética como elementos constitutivos da liderança colaborativa em enfermagem nas equipes de Saúde da Família e sua importância no processo de planejamento e implementação de programas e intervenções;
- estratégias de participação comunitária nos serviços de saúde e de pesquisa comunitária para oferecer cuidados relevantes científica e socialmente e para planejar inovações que aumentem a equidade em programas e políticas de saúde;
- impacto que as questões organizacionais, interprofissionais e contextuais produzem, em geral, na implementação da prática clínica, e como esta pode contribuir para o aprimoramento e o alcance de bons resultados, quando baseada em informações sistematizadas e evidências científicas;
- incorporação do uso de tecnologias da informação para aprimorar habilidades de trabalho colaborativo em equipe e em educação permanente;
- habilidades de colaboração para constituição de comunidade de prática para enfermeiras que atuem em equipes de Saúde da Família, promovendo utilização de conhecimentos com base em evidências, liderança, educação em serviço e ações de participação social, em uma perspectiva de crescimento coletivo e colaboração interdisciplinar.

A avaliação do aluno deu-se processualmente no decorrer do programa e teve como foco seu desempenho nas atividades em classe e extraclasse. Cada aluno foi avaliado por seu desempenho individual e por sua performance como membro de um grupo comprometido com a constituição de uma comunidade de prática.

As diretrizes para confecção dos trabalhos individuais escritos encontram-se detalhadas no Anexo 1.

Os alunos receberam o conceito APROVADO, nos casos em que foram obtidas notas maior ou igual a 7, e REPROVADO, para notas inferiores a 7. A frequência mínima para aprovação foi de 75% do total de horas ministradas. O grupo escolhido pelos pares, como o mais bem-sucedido na apresentação oral do modelo lógico, foi premiado com uma viagem de estudos à Universidade de Toronto, em 2010. A premiação visou reconhecer o esforço dos alunos e faz parte da metodologia proposta pelo curso para exemplificar o estímulo ao desempenho.

5.1 O USO DO MODELO LÓGICO COMO FERRAMENTA DE PLANEJAMENTO

Construir programas e projetos merece a observação de que eles não estão imunes à teoria que os embasa. Para Chen (1990), a “teoria descritiva” deve estar ligada ao fato de descrever e explicar um fenômeno e a “teoria prescritiva” estaria mais interessada em uma ideia mais avaliativa de “explicitar” o que deve ser feito e como tornar algo melhor. Ao discutir-se a natureza da teoria dos programas e suas intervenções, percebe-se que eles têm preocupações tanto descritivas como prescritivas, ou científicas e práticas. Para Mclaughlin & Jordan (1998), as duas teorias (descritiva e prescritiva) explicam os elementos de um programa e apresentam a lógica de como ele funciona.

A utilização de um modelo teórico que dê conta da integração destas teorias, prescritiva e descritiva, prática e científica, e, principalmente, de resultados com mudança na realidade prática tornou-se um desafio para profissionais, educadores e pesquisadores. Questões práticas, tais como: Qual é o problema? Quais são os argumentos lógicos da real necessidade de se investir em um público-alvo? Quais serão as medidas e as avaliações utilizadas para uma melhor efetividade de um programa? O que se espera

como resultados da ação destas atividades? Quanto custará? São alguns questionamentos que fazem parte da agenda dos tomadores de decisão quando estes se envolvem em projetos e programas dessa natureza.

Assim, utilizou-se o modelo lógico (MC LAUGHLIN & JORDAN, 1998; FUNDAÇÃO KELLOGG, 2004) para subsidiar a formulação e a avaliação do projeto proposto, mais especificamente no momento prático de sua execução. A opção pelo modelo lógico foi feita com base em algumas premissas: é um modelo utilizado frequentemente em projetos de cooperação internacional sendo amplamente reconhecido por agências de fomento, entre as quais a Agência Canadense de Cooperação Internacional; é um modelo validado e que permite a construção de intervenções com indicadores de monitoramento customizados; e é o modelo adotado na disciplina de planejamento e avaliação de programas do mestrado em enfermagem da Universidade de Toronto.

A utilização do modelo lógico como eixo central dos módulos permitiu a criação de uma sequência lógica que culminou no desenho dos projetos de intervenção local. A estruturação exigida pelo modelo conduziu os participantes e professores para que cada projeto de intervenção culminasse em uma proposta factível e aplicável à realidade local. Assim, os conhecimentos teóricos e metodológicos, colocados à disposição dos participantes, foram efetivamente transformados em propostas de ação nos serviços de saúde integrantes.

Entretanto, algumas dificuldades surgiram na aplicação de um modelo estruturado para o campo da atenção primária à saúde. Isso porque os problemas enfrentados pelas equipes nem sempre são estruturados e o desafio de planejar ações para problemas não estruturados é ampliado. Ao mesmo tempo é atrativo utilizar os programas verticais mesmo quando estes não sejam considerados prioridade da equipe ou do município. Discutir como eixo central de intervenção, por exemplo, o problema da baixa qualidade da assistência prestada pelo enfermeiro na equipe, ou do autoritarismo na relação de supervisão dos Agentes Comunitários de Saúde pelo enfermeiro, torna-se um desafio quando se inicia o planejamento por um problema da saúde da população.

Para esses problemas, aplicar objetivos SMART (Anexo 1) nem sempre é fácil. Os objetivos SMART do acrônimo inglês para “Specific, Measu-

able, Achievable, Realistic and Timely” foram utilizados como pilares na definição dos objetivos específicos. Isso significava que estes deveriam ser específicos, mensuráveis, atingíveis, realistas e viáveis no cronograma proposto para o projeto.

Dessa forma, deve-se estar atento para que os problemas selecionados não sejam focados exclusivamente em doenças, repetindo e fortalecendo os programas verticais. Por outro lado, para os alunos, a existência de programas já estruturados direciona a escolha destes, por já existirem indicadores mensuráveis para as intervenções propostas.

6. O DESENVOLVIMENTO METODOLÓGICO

6.1 OS CONTEÚDOS DOS MÓDULOS

A definição dos conteúdos dos módulos foi realizada após a avaliação de necessidades, customizando os temas já utilizados em cursos da Faculdade de Enfermagem da Universidade de Toronto para a realidade brasileira. Os módulos tiveram como eixo os seguintes temas:

- a. Planejamento e desenvolvimento de programas em atenção primária à saúde
 - Princípios de atenção primária à saúde
 - Princípios e aplicação do modelo lógico em atenção primária à saúde
- b. Liderança colaborativa, advocacia e ética em enfermagem na atenção primária à saúde
 - Pesquisa apreciativa – liderança colaborativa
 - Advocacia política – valorizando o papel da enfermeira
 - Considerações éticas e profissionais
 - Colaboração em equipe e colaboração interprofissional
- c. Participação comunitária e pesquisa participativa comunitária em saúde
 - Estratégias de participação comunitária
 - Metodologia de pesquisa comunitária participativa
- d. Prática de enfermagem informada e baseada em evidências e estudo de casos clínicos no contexto da atenção básica à saúde
 - Casos clínicos e implicações para sua realização na atenção primária

- Diretrizes para boas práticas de enfermagem: subsídios para a elaboração de casos clínicos informados e com base em evidências
- e. Consolidação e desenvolvimento de comunidades de prática
 - Criação de um projeto de consolidação de conhecimento e aplicação do modelo lógico
 - Criação de uma comunidade de prática sustentável
 - Estratégias de crescimento profissional

6.2 O DESENVOLVIMENTO DA CAPACITAÇÃO

Os módulos foram desenvolvidos em uma semana por mês, durante cinco meses, seguidos de períodos de dispersão. Coube aos tutores apoiar os alunos entre os módulos para que o modelo lógico fosse articulado a fim de permitir uma sequência lógica no planejamento das intervenções. Dessa forma, conseguiu-se finalizar os módulos com a criação de uma comunidade de prática e com as propostas de modelos lógicos para programas e intervenções propostos pelos alunos.

Módulo 01 – Planejamento e desenvolvimento de programas em atenção primária à saúde

O módulo 1 abordou o panorama da Atenção Primária à Saúde no Brasil e no mundo. Introduziu-se o modelo lógico como ferramenta para implantação de programas de saúde a ser desenvolvido ao longo do curso. Essa ferramenta foi utilizada pelos participantes como uma alavanca para análise da realidade local, bem como sistematização do uso de evidências para o planejamento de ações ao longo do curso. O módulo esteve sob responsabilidade dos professores Luis Fernando Rolim Sampaio e LaRon Nelson.

As atividades individuais e em grupo, entre os módulos, foram desenvolvidas com apoio dos tutores. Em grupo, foi feita a definição por consenso do município, do problema e da intervenção a serem trabalhados durante o curso. Individualmente cada participante deveria trabalhar o mesmo problema definido pelo grupo em seu espaço local. Essa problematização, realizada no contexto local, foi trazida para ser trabalhada no segundo módulo.

Módulo 02 – Liderança colaborativa, advocacia e ética em enfermagem na atenção primária à saúde

Este módulo esteve sob a responsabilidade das professoras Elizabeth Peter e Freida Chavez, abordando os conteúdos de pesquisa apreciativa - li-

derança colaborativa; advocacia política – valorizando o papel da enfermeira; considerações éticas e profissionais e colaboração em equipe e colaboração interprofissional.

Após o módulo, cada aluno reuniu-se com a equipe interprofissional da sua respectiva unidade de saúde/centro para discutir o problema identificado, as atividades, os recursos, os resultados desejados e os indicadores escolhidos. Como requisito obrigatório desse módulo os alunos escreveram um documento de cinco páginas abordando alguns questionamentos, como: Quem foi convidado a participar dessa reunião, como e por que foram convidados? A quem você está se referindo quando fala de equipe interprofissional? Algum membro da equipe convidado não compareceu? Quais foram os participantes da reunião? Que perguntas você usou para orientar a discussão? Como você formulou essas perguntas? Quais as formas de interação participativa utilizadas (formas de comunicação, evidências de colaboração interprofissional de trabalho em equipe e áreas de conflito, relações de poder entre profissionais)? Como você analisou os dados? Quais foram as principais conclusões da reunião? Como você utilizará esses resultados no modelo lógico? Ao fim foi solicitada uma autorreflexão do que o participante aprendeu com a experiência, o que ele faria diferente no futuro para melhorar o diálogo entre os membros da equipe interprofissional e quais foram seus pontos fortes e as áreas de potencial crescimento como moderador/facilitador do grupo.

Os alunos anexaram ao trabalho individual o modelo lógico revisado e as suas implicações para a equipe interprofissional.

Módulo 03 – Participação comunitária e pesquisa participativa comunitária em saúde

O módulo 3 foi ministrado pelas professoras Josephine Pui-Hing Wong e por Laura Hanson e permitiu aos estudantes a reflexão acerca da participação comunitária efetiva no contexto das práticas de enfermagem e nas pesquisas em saúde nos níveis locais, regionais e internacionais.

Após o módulo, cada aluno realizou uma reunião com a comunidade para discutir seu problema identificado, atividades e recursos para resolver o problema, resultados desejados e possíveis indicadores. O aluno escreveu um trabalho de cinco páginas destacando os seguintes questionamentos: Quem você convidou para participar da reunião, como e por que você os con-

vidou? Quais foram as implicações éticas para a seleção dos participantes?

Descreva o perfil de quem participou da reunião. Foi convidado algum membro da comunidade que não compareceu? Que perguntas você usou para orientar a discussão? Como você formulou essas perguntas? Quais foram as formas de interação participativa (formas de comunicação, dinâmica de poder entre o enfermeiro e os membros da comunidade e com a própria comunidade, os pontos fortes/oportunidades e desafios do envolvimento da comunidade)? Como você analisou os dados? Quais foram as principais conclusões da reunião? Como você aplicará esses resultados no modelo lógico?

Como autorreflexão foi solicitada a descrição do que o participante aprendeu com esta experiência? O que você faria diferente no futuro para melhorar o diálogo com a comunidade? Como essa experiência irá ajudar no seu relacionamento profissional com seus clientes e a comunidade?

Os alunos então anexaram ao trabalho individual para o próximo módulo, o modelo lógico revisado e as suas implicações para a comunidade.

Módulo 04 – Prática de enfermagem informada e baseada em evidências e estudo de casos clínicos no contexto da atenção básica à saúde

O módulo 4 foi ministrado pelas professoras Kim Chow e Debora Kirschbaum Nitkin. Novamente, foi realizada a revisão dos modelos lógicos até então elaborados, focando nesse momento na avaliação das habilidades físicas dos clientes e sua história de vida. Buscou-se selecionar e interpretar diagnósticos e testes laboratoriais com base em evidências informadas em protocolos; selecionar e utilizar informações e evidências dos protocolos; e a melhor prática para analisar criticamente apresentações clínicas episódicas e crônicas na formulação de diagnósticos provisórios ou definitivos. O módulo abordou ainda os conteúdos para comunicar, avaliar achados, diagnósticos e padrões de documentação com revisão de processos documentados pelos participantes, discutiu estratégias, rotinas de acompanhamento dos clientes, como iniciativas para promoção da saúde e estratégias de proteção à saúde.

Cada aluno apresentou um **caso clínico** que representou um desafio para a sua prática de enfermagem e que trouxe implicações para o desenvolvimento do problema do modelo lógico trabalhado por seu grupo. Foi fornecido um roteiro para guiar a redação do estudo de caso clínico.

Foi solicitado aos alunos que anexassem os instrumentos de coleta de dados padronizados, ou fichas, formulários, protocolos, e outros documentos

porventura utilizados pelos enfermeiros para documentar a avaliação e as intervenções empregadas em sua própria prática nos serviços de atenção básica.

O registro, ou melhor, a documentação apresentada contemplou dados subjetivos e objetivos, achados provenientes da avaliação, plano de cuidado do cliente e evolução. O roteiro para elaboração do caso clínico contemplou os seguintes aspectos:

- Identificação do cliente (dados sociodemográficos).
- História clínica e familiar.
- Diagnóstico e comorbidades.
- Medicações em uso, outros tratamentos, alergias.
- Fatores de risco relacionados ao estilo de vida.
- Avaliação clínica (dimensões físicas e psicossociais), contemplando história do problema atual, exame físico e mental, achados diagnósticos e laboratoriais.
- Pensamentos e opiniões do cliente sobre seu problema, autocuidado e intervenções bem-sucedidas e mal-sucedidas para lidar com o problema, enfatizando aquelas que revelam o contexto sociocultural em que o cliente está inserido.
- Plano de cuidados individualizado que inclua intervenções efetivamente planejadas e implementadas pelo enfermeiro, exemplificando que estão informados e com base em evidências com o foco em experiências bem-sucedidas ou mal-sucedidas para otimizar o cuidado ao cliente, sua continuidade e recomendações para intervenções clínicas adicionais.
- Síntese das implicações clínicas e como elas estão relacionadas com o modelo lógico como um todo e suas decorrências e impacto nas questões de saúde primeiramente identificadas.

O aluno também redigiu um trabalho de cinco páginas abordando as principais questões contidas em seu estudo de caso clínico e encaminhou ao tutor do módulo. O grupo então preparou uma apresentação em *Power Point* contendo os resultados de sua discussão, de acordo com um roteiro fornecido pelo tutor. As apresentações focaram em similaridades e diferenças apresentadas nos casos clínicos dos membros do grupo e como elas podiam influenciar (ou repercutir) no desenvolvimento de seu modelo lógico.

Módulo 5 – Consolidação e desenvolvimento de comunidades de prática

Este módulo esteve sob a responsabilidade das professoras Freida Chaves e Denise Gastaldo sendo o encerramento do curso. Buscou-se fortalecer a compreensão do uso do conhecimento e das habilidades nas práticas de enfermagem, abordando a liderança, a ética e a enfermagem baseada em evidências na atenção primária e na Estratégia da Saúde da Família.

Foram introduzidos conceitos acerca de comunidades de prática, seus componentes e meios para seu desenvolvimento. Coletivamente, os alunos criaram estratégias para comunicar práticas. Este módulo colaborou na identificação de desafios e nos elementos necessários para construção de uma rede de relações e parcerias usando habilidades como equipe, negociação, manejo de conflitos e processos de facilitação em grupos. Com o uso de tecnologias de informática, demonstrou como promover a busca contínua de competências bem como o engajamento em grupos de discussão. Neste módulo, foi iniciado o planejamento para a criação de uma comunidade de prática entre os alunos. Com um processo democrático com a participação dos professores, alunos e tutores, foi selecionado o grupo que melhor desenvolveu o modelo lógico para uma viagem a Toronto para apresentação do trabalho.

7. BIBLIOGRAFIA DO CURSO

Foram selecionadas referências da literatura acadêmica e da literatura cinza agrupadas em um bloco de leituras obrigatórias e outro bloco de leituras opcionais. As leituras obrigatórias foram disponibilizadas em português, em alguns casos com tradução livre por parte de colaboradores do projeto.

7.1 LEITURAS OBRIGATÓRIAS

Andrew N. Building on Wenger: Communities of practice nursing. Nurse Education Today. 2007; 28 (2):246-52.

Bell A. Ten steps to SMART objectives. London: National Health Service; 2004.

Canadian Diabetes Association, Clinical Guidelines Expert Committee. Canadian Diabetes Association 2008 clinical practice guidelines for the prevention and management of diabetes in Canada. Canadian Journal of Diabetes. 2008; 32(suppl 1):S1-S201. Disponível em: <http://www.diabetes.ca/files/cpg2008/cpg-2008.pdf>

International Council of Nurses. Leadership for Change Network: General Information. 2010. Disponível em: <http://www.icn.ch/leadchange.htm>.53

College of Nurses of Ontario. Practice Standard: Documentation, Revised 2008. Disponível em: http://www.cno.org/docs/prac/41006_ProfStds.pdf

Freire P. Pedagogia da Indignação – Cartas pedagógicas e outros escritos. São Paulo: Editora da UNESP; 2000. (chapters P. 29-64: Primeira e Segunda Cartas; p. 117-134: Denúncia, anúncio, utopia e sonho).

Gugiu PC, Rodriguez-Campos L. Semi-structured interview protocol for constructing logic models. Evaluation and Program Planning. 2007; 30: 339-50.

Heritage Z, Dooris M. Community participation and empowerment in Healthy Cities. Health Promotion

Kouzes JM, Posner BZ. The Leadership Challenge. 4th ed. San Francisco: John Wiley and Sons, Inc.; 2007. (Chapter 1: The Five Practices of Exemplary Leadership).

Lunardi V, Peter E, Gastaldo D. ¿Es ética la sumisión de las enfermeras? Una reflexión sobre la anorexia de poder. Enfermería Clínica. 2006;16(5): 272-7.

Marujo HA, Neto LM, Caetano A, Rivero C. Revolução Positiva: Psicologia positiva e práticas apreciativas em contextos organizacionais. Comportamento Organizacional e Gestão (ISPA). 2007; 13(1):115-36.

Minkler M. Community-based research partnerships: Challenges and opportunities. Journal of Urban Health. 2004;82(2,s2):ii3-ii12.

Moyer A, Verhovsek H, Wilson VL. Facilitating the shift to population-based public health programs: Innovation through the use of framework and logic model tools. Canadian Journal of Public Health. 1997; 88:95-8.

Registered Nursing Association of Ontario. Best Practice Guidelines: Nursing Management of Hypertension. Disponível em: [http://www.rnao.org/Storage/58/5296_FINAL_BPG_HypertensionANDSupplement_FA\[1\].pdf](http://www.rnao.org/Storage/58/5296_FINAL_BPG_HypertensionANDSupplement_FA[1].pdf)

Wenger E. Communities of practice and social learning systems. Organizations. 2000;7:225-46.

Wong JP. Empowerment through Community Participation: A case study of a Chinese Peer Parent Leader Project in Toronto [dissertation]. 2001. Available from Proquest Dissertations and Theses Database. AAT Mq58854. ISBN: 9780612588547.

7.2 LEITURAS OPCIONAIS

Barton A. Cultivating Informatics Competencies in a Community of Practice. Nursing Administration Quarterly. 2005;29(4):323-8.

Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Brasil). Atenção Primária e Promoção da Saúde. Brasília: CONASS; 2007.

D'Acri V, Souza KR, Santos MBM, Castr HA. Formação de trabalhadores e pesquisa na construção do movimento de ação solidária de luta pela saúde: o caso da Associação Brasileira de Expostos ao Amianto do Rio de Janeiro (ABREA/RJ). *Saúde e Sociedade*. 2009; 18(1):154-63.

Lopes DEB, Costardil CA. (2003). Enfermagem baseada em evidências: princípios e aplicabilidades. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2003; 11(1):115-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000100017&lng=en. doi: 10.1590/S0104-11692003000100017

Ferreira H, Cassiolato M, Gonzalez R. Como Elaborar Modelo Lógico de Programa: um roteiro básico. Nota Técnica. Brasília: IPEA; 2007.

Galvão CM, Sawada NO, Mendes IAC. A busca das melhores evidências. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2003; 37(4):43-50. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342003000400005&lng=en. doi: 10.1590/S0080-62342003000400005

Gannon-Leary PM, Fontainha E. Communities of Practice and virtual learning communities: benefits, barriers, and success factors. 2007. Disponível em: <http://www.elearningeuropa.info/files/media/media13563.pdf>

Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção Primária à Saúde (2008). In: Giovanella L, et al., organizadores. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz/Cebes; 2008. p. 575-625.

Health Council of Canada. Teams in Action: Primary Health Care Teams for Canadians. Toronto: Health Council; 2009.

Kleba ME, Wendausen A. Empoderamento: processo de fortalecimento dos sujeitos nos espaços de participação social e democratização política. *Saúde e Sociedade*. 2009; 18(4):733-43.

Lappan-Gracon S, Virani T, Mason M, McConnell H, Santos J, Grinspun D.

Knowledge-sharing networks: strategies for improving practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. 2004; 1(4):233.

Ramão SR, Meneghel SN, Oliveira C. Nos caminhos de Iansã: cartografando a subjetividade de mulheres em situação de violência de gênero. *Psicologia & Sociedade*. 2005; 17(2):79-87.

Roberts J. Limits to communities of practice. *Journal of Management Studies*. 2006; 43(3):623-39.

Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

8. O Relato dos Projetos

8.1 Os Projetos Premiados

OS PRIMEIROS PRODUTOS

*Liderança em
Enfermagem na
Atenção Primária à
Saúde*

8. O RELATO DOS PROJETOS

Ao fim do curso, cada equipe preparou um relato de sua experiência que incluía o modelo lógico de cada proposta de intervenção, relato esse que com a avaliação dos próprios participantes serviu de base para escolha do melhor projeto de cada estado que recebeu como prêmio de reconhecimento ao desempenho uma viagem ao Canadá com a realização da apresentação da experiência na Faculdade de Enfermagem da Universidade de Toronto.

Os modelos lógicos foram produzidos a partir da teoria ministrada no primeiro módulo e completados ao longo do curso, facilitando a análise da realidade de modo sistematizado, com ampliação da capacidade de compreensão do contexto a partir da busca de referenciais teóricos e de indicadores que favorecessem um olhar crítico sobre as atividades cotidianas e a busca de potenciais agentes transformadores.

Os modelos lógicos apresentados foram desenvolvidos plenamente com a descrição do problema, a apresentação das justificativas com análise dos determinantes sociais e comportamentais, a descrição do objetivo geral e dos objetivos específicos com as atividades correspondentes, as necessidades de recursos, a descrição dos resultados esperados e a apresentação de indicadores para acompanhamento do plano.

Ressalta-se mais uma vez que esses projetos não têm rigor metodológico.

8.1 OS PROJETOS PREMIADOS

ACRE

*Liderança em
Enfermagem na
Atenção Primária à
Saúde*

LIDERANÇA EM ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA DA CONSTRUÇÃO DE UM MODELO LÓGICO DE ENFRENTAMENTO DE CASOS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA NA INFÂNCIA

Alcirene de Sousa Oliveira¹

Márcia Corsini Mota²

Milena Lopes da Silva³

Maria Fernanda de Sousa Oliveira Borges⁴

¹ Enfermeira no município de Xapuri-Acre; ²Enfermeira no município de Rio Branco-Acre; ³Enfermeira no município de Cruzeiro do Sul-Acre; ⁴Tutora do curso, pela Universidade Federal do Acre.

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde configura-se como um conjunto de ações individuais e coletivas que visam, entre outros fatores, à promoção da saúde, à prevenção e ao tratamento de doenças, constituindo-se no primeiro nível de assistência e principal porta de entrada dos serviços de saúde (BRASIL, 2006).

No Brasil, a fim de qualificar a Atenção Primária à Saúde, o Ministério da Saúde tem adotado como modelo assistencial a Estratégia Saúde da Família (ESF), por meio da qual as equipes de saúde estabelecem vínculo com a população, possibilitando o compromisso e a corresponsabilidade destes profissionais com a comunidade (GIOVANELA & MENDONÇA, 2008).

Nesse contexto, a formação de profissionais em saúde tem papel importante na consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e no fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, uma vez que a educação tem sido vista como fator decisivo para o desencadeamento de mudanças e transformações positivas em uma sociedade (BALBINO *et al*, 2010; RICALDONI, 2006).

Diante disso, o curso de pós-graduação *lato sensu* “Liderança em Enfermagem na Atenção Primária em Saúde”, uma parceria Canadense e Brasileira entre a *Lawrence S. Bloomberg Faculty of Nursing, University of Toronto*, e a Universidade Federal do Acre, foi idealizado com o objetivo de aprimorar a qualificação profissional dos enfermeiros que atuam na Estratégia Saúde da Família no estado do Acre, a fim de promover liderança colaborativa e sustentável, empoderamento dos profissionais e das comunidades correspondentes e valorização da enfermagem e da diversidade de saberes.

Sendo assim, o presente relato foi elaborado a fim de descrever a vivência experimentada por um dos grupos de alunas durante o curso na construção da ferramenta "modelo lógico", desenvolvido a partir de um problema relevante identificado na nossa realidade de trabalho como enfermeiras da Atenção Primária à Saúde de três municípios do estado do Acre.

RELATO DE EXPERIÊNCIA NA CONSTRUÇÃO DO MODELO LÓGICO

É de conhecimento geral que as Infecções Respiratórias Agudas (IRAs) configuram-se como importante problema de saúde pública no mundo. No Brasil, a Infecção Respiratória Aguda é também a maior responsável pela morbimortalidade de crianças com idade inferior a 5 anos, constituindo, ainda, a principal causa de hospitalização dessa faixa etária (BOTELHO *et al.*, 2003).

Reconhecendo que esse grupo de patologias faz parte do cotidiano de problemas enfrentados nas unidades de saúde dos municípios que representamos e vivemos, entramos em consenso quanto à decisão desse tema para ser trabalhado por meio da ferramenta modelo lógico.

Definimos, então, como problema o *“Alto número de casos de Infecções Respiratórias Agudas (IRAs) entre crianças de 0 a 5 anos nas Unidades de Saúde dos municípios de Xapuri, Cruzeiro do Sul e Rio Branco, relacionado à poluição do ar pelas queimadas, ao tabagismo passivo, ao desmame precoce, à desnutrição e à dificuldade da população em identificar sinais e sintomas, evidenciado como uma das causas mais frequentes de adoecimento de crianças menores de 5 anos e de elevada demanda nos serviços de saúde”*.

Com o objetivo de contribuir com a redução do número de casos de

Infecções Respiratórias Agudas que afetam crianças na faixa etária de 0 a 5 anos na área de abrangência das Unidades de Saúde da Família José Fadul (município de Xapuri), Salgado Filho (município de Rio Branco) e Professora Quita (município de Cruzeiro do Sul), tornou-se necessário o desenvolvimento de ações em perspectiva emancipatória, participativa, criativa e que contribuisse para a autonomia do usuário, no que diz respeito à sua condição de cidadão e autor de sua trajetória de saúde e doença (BRASIL, 2007).

Após a participação no primeiro módulo do curso, com os conhecimentos apreendidos, a definição do problema selecionado e a elaboração primária de objetivos do modelo lógico, direcionamo-nos para as unidades de saúde dos nossos respectivos municípios, a fim de que cada uma de nós pudéssemos cumprir a atividade de dispersão com a equipe interprofissional. Na oportunidade, seguindo a tarefa proposta, realizamos reuniões com a presença de profissionais da equipe de saúde e convidados, que incluíram gerentes de áreas técnicas, representantes de conselho municipal de saúde e secretaria municipal de saúde, para os quais o modelo lógico primário foi apresentado, sendo solicitado aos participantes sugestões para melhor construção do projeto, as quais foram incorporadas e, posteriormente, unificadas no modelo lógico final do grupo.

Houve consenso por parte dos participantes das reuniões quanto à importância do problema selecionado. No município de Xapuri, por exemplo, os gestores que estiveram nas reuniões ficaram bastante interessados na implantação deste projeto em todas as Estratégias de Saúde da Família, principalmente no período de julho a setembro, em razão da intensificação da problemática na região, considerando que nuvens de fumaça das queimadas atingem com maior intensidade o estado do Acre e podem ser sentidas e notadas em diversos municípios, com destaque entre os que fazem fronteira com os países da Bolívia e do Peru, nos quais as queimadas não são adequadamente controladas.

Nestas reuniões, identificamos que para o sucesso da iniciativa seria de fundamental importância que a equipe de saúde estabelecesse maior interação ainda com a comunidade, para que esta criasse um elo de confiança e participação, bem como o estabelecimento de parcerias e apoio intersetorial para que as ações delineadas no modelo lógico pudessem ser executadas futuramente.

Como segunda atividade de dispersão, retornamos para as unidades de saúde dos respectivos municípios que representamos e realizamos encontros com a comunidade, a fim de promover a sensibilização para o problema, agregar sugestões e estimular o envolvimento da população.

A reflexão sobre a advocacia política e liderança colaborativa em aulas do curso favoreceu o nosso olhar para valorizar o processo de participação da comunidade na resolução de problemas comuns. Nesse sentido, um ponto marcante nestas reuniões foi a presença de lideranças de bairro e pessoas da comunidade expressando que se sentiram valorizadas ao serem convidadas para participar da elaboração do projeto. Foi nesse contexto que o projeto recebeu a sugestão do nome “Família e Comunidade Feliz”, proposto pela comunidade no município de Cruzeiro do Sul e posteriormente acatado pelo nosso grupo.

A presença de mães e cuidadoras de crianças menores de 5 anos nas reuniões foi importante para reforçar e evidenciar o problema por meio de seus relatos, além de propiciar um sentimento de aproximação entre equipe e usuários. Houve uma preocupação da nossa parte em acolher com cordialidade e utilizar uma linguagem de fácil entendimento nos encontros, atitude bastante positiva para favorecer o sentimento de empoderamento da comunidade, fazendo que os usuários se sentissem estimulados a participar e, conseqüentemente, tivessem maior aproveitamento nas discussões.

Na reunião com a comunidade em Rio Branco, surgiram propostas para a execução de atividades educativas em forma de oficinas ao longo dos anos de 2010 a 2011, para trabalhar o resgate cultural do uso de plantas medicinais para a cura e a prevenção das IRAs, com a confecção de um manual com dicas e receitas sobre utilização das plantas.

Entre os benefícios da participação dos usuários no planejamento de atividades em saúde, percebemos na prática que as vantagens incluem o assegurar o domínio e a sustentabilidade comunitária, o estímulo ao empoderamento e a corresponsabilização das ações com a população, ao mesmo tempo em que se fortalecem as iniciativas oriundas de lideranças em enfermagem.

Como última atividade de dispersão, cada uma de nós desenvolveu no município de origem o estudo de um caso clínico relacionado à problemática de trabalho do grupo. Identificamos que esta tarefa incentivou-nos à

leitura científica sobre o tema e à utilização do conhecimento com base em evidências, o que aprimorou as informações a serem incluídas no modelo lógico.

Finalmente, agregando os conhecimentos adquiridos em aula ao longo do curso com a riqueza de contribuições provenientes dos encontros com os profissionais e os gestores em saúde e com a comunidade de cada unidade de saúde que representamos, vivenciamos um verdadeiro processo de construção com a participação de diferentes pessoas, até alcançarmos a definição do modelo lógico final “Família e Comunidade Feliz” (Anexo 1), o qual foi escolhido pela maioria dos alunos e dos professores do curso como o modelo mais bem-sucedido, conferindo ao grupo a premiação com a viagem de estudos à Universidade de Toronto no Canadá.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No processo de aprendizagem do curso, tivemos a oportunidade de refletir e repensar nossa conduta em questões relacionadas ao profissionalismo, à advocacia política, à ética, ao empoderamento profissional e comunitário e à importância do planejamento para implementação de ações.

Vivenciamos o processo de elaboração do modelo lógico em diferentes contextos locais que agregaram valor ao trabalho como um todo. Além disso, o curso disponibilizou tutoras da Universidade local para orientar a turma entre um módulo e do outro, favorecendo o nosso desempenho e intermediação entre o grupo. De igual modo, foi extremamente relevante nesse processo a unidade e a integração dos instrutores que vinham do Canadá para os módulos presenciais, cada um com sua identidade, mas seguindo uma mesma linguagem, evoluindo junto com o grupo na construção do modelo lógico com a agregação contínua de novos conceitos.

Os trabalhos desenvolvidos durante os módulos permitiram o exercício da liderança junto à comunidade e à equipe interdisciplinar, em que foi possível refletir que trabalhando na realidade de cada local é possível adaptar e aproveitar os recursos e as tecnologias existentes para atuar nos problemas de saúde a fim de alcançar melhorias para as necessidades identificadas por meio de ferramentas de planejamento e intervenção, como propõe a aplicação do modelo lógico.

O conhecimento adquirido nesta pós-graduação incentiva-nos a expandir aos demais profissionais da área de enfermagem a reflexão sobre a capacidade que temos de oferecer serviços de qualidade, garantindo a acessibilidade e a satisfação dos usuários. Diante disso, permanece a sensação de alegria por termos participado do curso e a satisfação de alcançarmos o desafio de trabalhar com uma ferramenta de planejamento para a organização do processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde, permitindo o desempenho da liderança participativa de enfermagem junto à comunidade e à equipe interdisciplinar.

_____ Referências Bibliográficas

BALBINO, A. C. *et al.* Educação permanente com os auxiliares de enfermagem da Estratégia Saúde da Família em Sobral, Ceará. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 249-266, jul./out.2010.

BOTELHO, C.; CORREIA, A.L.; SILVA, A.M.C.; MACEDO, A.G.; SILVA, C.O.S. Fatores ambientais e hospitalizações em crianças menores de cinco anos com infecção respiratória aguda. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1.771-1.780, nov./dez. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de educação popular e saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M. Atenção Primária a Saúde. In: GIOVANELLA, L.*et al.* (Orgs.). Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz/Cebes, 2008. Cap. 16, p.575-625.

RICALDONI, C.A.C.; SENA, R.R. Educação permanente: uma ferramenta para pensar e agir no trabalho de enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 14, n. 6, nov./dez. 2006.

MODELO LÓGICO “FAMÍLIA E COMUNIDADE FELIZ”

Problema: Alto número de casos de Infecções Respiratórias Agudas (IRAs) entre crianças de 0 a 5 anos nas Unidades de Saúde dos municípios de Xapuri, Cruzeiro do Sul e Rio Branco, relacionado à poluição do ar pelas queimadas, ao tabagismo passivo, ao desmame precoce, à desnutrição e dificuldade da população em identificar sinais e sintomas, evidenciado como uma das causas mais frequentes de adoecimento de crianças menores de 5 anos e de elevada demanda nos serviços de saúde”.

*Liderança em
Enfermagem na
Atenção Primária à
Saúde*

Objetivo Geral: Reduzir o número de casos de Infecções Respiratórias Agudas entre crianças na faixa etária de 0 a 5 anos, na área de abrangência das Unidades de Saúde da Família José Fadul (município de Xapuri), Salgado Filho (município de Rio Branco) e Professora Quita (município de Cruzeiro do Sul) no biênio 2010-2011.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS (SMART)	ATIVIDADES	RECURSOS	RESULTADOS ESPERADOS	INDICADORES
1- Realizar reunião de apresentação do Projeto "Família e Comunidade Feliz" para representantes da Gestão Municipal e do Conselho Municipal de Saúde no mês de outubro de 2010, para fins de advocacia política do projeto, fortalecimento de parcerias e exposição de demandas apresentadas em reunião prévia com a equipe de saúde da família e comunidade	<p>1.1 Definir datas e local das reuniões;</p> <p>1.2 Convidar membros da equipe, lideranças da comunidade e representantes da Gestão Municipal e do Conselho Municipal de Saúde;</p> <p>1.3 Realizar reuniões.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Computador -Impressora -Tinta para impressora -Papel A4 -Envelopes -Carro para entregar - Ofícios -Local para fazer reuniões 	Reunião com a participação da equipe, da comunidade e dos gestores.	<ul style="list-style-type: none"> - nº de reuniões realizadas; -Encaminhamentos definidos a partir das reuniões.
2- Capacitar 100% da equipe de saúde da família das unidades selecionadas no combate e na prevenção das infecções respiratórias e suas complicações, com ênfase em aleitamento materno, tabagismo passivo, poluição do ar pelas queimadas e saberes populares relacionados, no mês de janeiro de 2011.	<p>2.1 Convidar profissionais para contribuir no planejamento (conteúdo programático, local, data) por meio da liderança colaborativa;</p> <p>2.2 Buscar recursos financeiros para despesas de papelaria, alimentos e gráfica;</p> <p>2.3 Realizar a capacitação;</p> <p>2.4 Aplicar questionário pré e pós-teste.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Pessoal -Financeiro -Espaço Físico -Alimentação; -Papelaria -Gráfica 	<p>2.1 Capacitação planejada para evitar improvisos com a otimização de resultados pela inserção de profissionais no processo de mudança.</p> <p>2.2 Garantia de recursos financeiros para a capacitação.</p> <p>2.3 Equipe da USF capacitada para atender a IRAs.</p> <p>2.4 Avaliar o nível de conhecimento sobre o assunto e o conteúdo assimilado após intervenção educativa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - nº de profissionais capacitados; - resultado da análise quantitativa entre o pré e o pós-teste.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS (SMART)	ATIVIDADES	RECURSOS	RESULTADOS ESPERADOS	INDICADORES
3- Realizar bimestralmente em 2011 uma oficina de educação em saúde popular para mães ou cuidadores de crianças de 0 a 5 anos de idade, a fim de emponderá-los a ter uma conduta eficaz no combate e nas prevenções das infecções respiratórias e suas complicações, com ênfase em fitoterapia, controle do tabagismo, redução da poluição do ar pelas queimadas, aleitamento materno e nutrição adequada.	<p>3.1 Localizar o número de famílias com menores de 5 anos e mobilizar por convite personalizado algumas mães e cuidadores de crianças e as que possuem experiência com plantas medicinais para participar da elaboração do conteúdo programático das oficinas.</p> <p>3.2 Preparar conteúdo programático e metodologias das oficinas com equipe e convidados (mães e/ou cuidadores), sob o princípio da participação comunitária;</p> <p>3.3 Convidar profissionais (pediatra, agrônomo da Secretaria do Meio Ambiente, Enfª. experiente em aleitamento materno, nutricionista e fisioterapeuta) para contribuir com conhecimentos específicos durante as oficinas.</p> <p>3.4 Mobilizar na comunidade mães e cuidadores de crianças menores de 5 anos para as oficinas, por meio de carro volante, convites pessoais e visitas dos ACS e realizar as oficinas aplicando pré e pós-teste.</p> <p>3.5 Trabalhar o uso de lambedores e plantas para fins de profilaxia e tratamento adjuvante das infecções respiratórias e suas complicações.</p> <p>3.6 Designar e preparar grupo para cuidar das crianças que vierem com as mães com material e atividades sobre temas como higiene, alimentação, tabagismo e queimadas.</p> <p>3.7 Reunir com equipe ao fim de cada encontro para avaliar resultados da oficina.</p> <p>3.8 Monitorar mensalmente redução ou aumento dos atendimentos por IRA após oficinas e identificar se famílias participaram das oficinas.</p>	<p>- Equipe</p> <p>-Papel A4,</p> <p>-Computador</p> <p>-Tinta para impressora</p> <p>-Impressora</p> <p>-Internet</p> <p>-Livros</p> <p>-Revistas</p> <p>-Brinquedos</p> <p>-Lápis de cor</p> <p>-Papéis</p> <p>-Pincéis</p> <p>-Lanche</p> <p>-Mudas e sementes</p> <p>-Plantas medicinais entre outros</p>	<p>3.1 Facilidade para acompanhar, manter vínculos e avaliar resultados.</p> <p>3.2 Conteúdo programado de forma participativa com a comunidade e captação de experiências de formas de tratamentos, cuidados e usos de plantas medicinais, favorecendo o empoderamento comunitário e a valorização dos saberes.</p> <p>3.3 Conteúdo das oficinas acessível que contemple as reais necessidades das famílias com crianças que enfrentam IRAs;</p> <p>3.4 Profissionais transmitindo conhecimentos sobre importância do aleitamento materno, de evitar queimadas, fitoterapia, fisioterapia respiratória, alimentação adequada etc.</p> <p>3.5 Público-alvo participando e adquirindo aprendizado por meio das oficinas.</p> <p>3.6 Resgatar cultura regional de utilizar ervas e plantas medicinais para a prevenção e o combate de agravos à saúde, ensinando a preparar chás e lambedores eficazes contra IRAs.</p> <p>3.7 Diminuir tumultos e perda de concentração dos participantes durante as oficinas e crianças aprendendo, um tema de cada vez, através de atividades e brincadeiras para conscientização precoce.</p> <p>3.8 Acompanhar e aprimorar as atividades conforme resultados da avaliação de cada oficina.</p> <p>3.9 Identificar boa eficácia das oficinas com redução do número de casos.</p>	<p>-nº de famílias localizadas;</p> <p>-nº de mães ou cuidadores e profissionais participantes do planejamento;</p> <p>-nº de oficinas realizadas;</p> <p>-participantes por oficina;</p> <p>-nº de atendimentos por IRA nos meses subsequentes. Pertencem a famílias que já participaram das oficinas?</p> <p>-materiais elaborados pelas crianças durante as oficinas relacionados à temática ;</p> <p>-cartilhas educativas distribuídas correspondentes às oficinas.</p>



OBJETIVOS ESPECÍFICOS (SMART)	ATIVIDADES	RECURSOS	RESULTADOS ESPERADOS	INDICADORES
4- Realizar acompanhamento dos casos especiais (recidivas, resistência, complicações, des-casos etc.) para fins de evitar as internações e os óbitos por IRA no biênio 2010/2011.	<p>4.1-Mapear/identificar os casos especiais;</p> <p>4.2-Realizar visitas domiciliares a fim de fortalecer o vínculo com a família, identificar o saber sobre IRA, investigar possíveis causas do problema e elaborar um breve perfil social da criança;</p> <p>4.3-Elaborar junto com o cuidador/pai/mãe um plano terapêutico factível para a criança;</p> <p>4.4 Solicitar apoio institucional (Unidade Básica de Saúde, Sec. de Assistência Social, Sec. de Obras, Conselho Tutelar, Promotoria, Sec. de Educação, etc.) a partir dos problemas identificados para fins de solução dos mesmos;</p> <p>4.5 Assistir essas crianças em situação especial para fins de sanar problemas identificados.</p>	<p>-Equipe de saúde</p> <p>-Prontuário</p> <p>-Formulário de IRA</p> <p>-Material de papelaria</p>	- 100% dos casos especiais acompanhados e assistidos.	<p>-nº de crianças acompanhadas;</p> <p>-nº de crianças assistidas;</p> <p>-aplicação do plano terapêutico referido.</p>
5- Elaborar material educativo para a comunidade com informes básicos sobre definição, fatores causais, sinais de agravamento, medidas profiláticas e uso dos lambedores e de chás tendo como referência as evidências científicas e os saberes populares sobre infecções respiratórias no biênio 2010-2011.	<p>5-Elaborar questionário com lideranças, mães e cuidadores para identificação do saber da comunidade sobre IRA;</p> <p>5.1-Buscar parceria com grupo de jovem, associação, igrejas e ACS para aplicação dos questionários;</p> <p>5.2-Elaborar eletronicamente e fazer tiragem gráfica;</p> <p>5.3-Fazer palestras/reuniões na comunidade para distribuição, apresentação e discussão desse material;</p> <p>5.4-Depois dois meses, visitar as famílias para verificar/avaliar a utilização prática do material distribuído.</p>	<p>-Pessoal</p> <p>-Espaço Físico</p> <p>-Meio de comunicação</p> <p>-Alimentação</p> <p>-Serviços gráficos</p> <p>-Materiais de papelaria</p>	Cartazes, cartilhas e pôsteres elaborados para fins de apoiar a população para o controle e a prevenção das doenças respiratórias e suas complicações.	<p>-tipo de material produzido;</p> <p>-nº de tiragens gráficas;</p> <p>-uso referido do material pelas famílias.</p>

MATO GROSSO DO SUL

RISCO NA GESTAÇÃO: AÇÕES DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA PARA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA INFECÇÃO URINÁRIA EM GESTANTES COM FATORES DE RISCO

Ariane Aparecida Begheli
Deisi Regina Weiler Cebalos
Karine Cavalcante da Costa
Margarete Knoch Mendonça

INTRODUÇÃO

A gravidez constitui um período do ciclo de vida da mulher que na maioria das vezes poderia transcorrer sem desvios da saúde, porém envolve em si uma crise adaptativa caracterizada por complexas transformações fisiológicas, emocionais, interpessoais e sociodemográficas, as quais implicam um potencial de risco eminente e por isso demanda atenção de saúde com caráter multidisciplinar.

No Brasil, as taxas de morbimortalidade materna e perinatal ainda são consideradas altas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), sendo na maioria das vezes associada a intercorrências obstétricas potencialmente evitáveis¹.

Conforme dados da Rede Interagencial de Informações para a Saúde de Mato Grosso do Sul (Ripsa – MS), a situação da taxa de mortalidade materna para o estado está 83,5 por 100 mil nascidos vivos, superando a taxa nacional que é de 77,2 para 2006, o último ano disponível de informações².

Nesse contexto, nas últimas décadas, as políticas públicas na área da saúde materno-infantil tem se organizado com enfoque na ampliação e na melhoria da qualidade da assistência obstétrica, vista atualmente sob o enfoque da humanização do pré-natal, parto e puerpério.

Atualmente, a política de humanização do Sistema Único de Saúde (SUS), intitulada Rede HumanizaSUS, alberga em sua essência as diretrizes para humanização da assistência de saúde no país. Na área obstétrica, integra os princípios dos programas de saúde que fundamentam o processo de mudança do paradigma de assistência à gestação e ao parto¹.

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), instituído pelo Ministério da Saúde¹, baseia-se nas análises das necessidades de atenção específicas à gestante, ao recém-nascido e à mulher no período pós-parto, visando buscar concentrar esforços no sentido de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal; adotar medidas que assegurem a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, de assistência ao parto, puerpério e neonatal.

Visa também ampliar as ações já adotadas pelo Ministério da Saúde na área de atenção à gestante, como os investimentos nas redes estaduais de assistência à gestação de alto risco, o incremento do custeio de procedimentos específicos e outras ações, como o Projeto de Capacitação de Parteiras Tradicionais, o financiamento de cursos de especialização em enfermagem obstétrica e a realização de investimentos nas unidades hospitalares integrantes destas redes³.

Uma das recomendações do referido programa trata-se do atendimento às gestantes classificadas como de risco, garantindo o vínculo e o acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar à gestação de alto risco⁴.

O risco gestacional está relacionado à possibilidade e ao encadeamento entre um fator de risco e um dano nem sempre explicado na gestação, e que coloca em perigo a vida da mãe e da criança. Na maioria das vezes, esse risco pode ser evitado por meio da classificação de risco nas consultas de pré-natal⁵ (Anexo 1).

Para tanto, o objetivo deste trabalho é analisar a infecção urinária na gestação e sua relação com a classificação de risco gestacional recomendada pelo PHPN, e propor subsídios para os protocolos de atendimento de enfermagem na atenção primária para prevenção e tratamento da infecção urinária em gestantes.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão na literatura na qual foram pesquisadas referências na literatura científica e na base de dados referente infecção urinária na gestação e sua relação com a classificação de risco gestacional recomendada pelo PHPN; para assim, propor subsídios para os protocolos de atendi-

mento de enfermagem na atenção primária para prevenção e tratamento da infecção urinária em gestantes.

ASPECTOS CLÍNICOS DA INFECÇÃO URINÁRIA NA GESTAÇÃO

A infecção urinária gestacional é de grande importância na saúde pública em razão de sua elevada incidência neste período da vida da mulher. É a terceira intercorrência clínica mais comum na gestação, acometendo de 10 a 12% das grávidas, ressaltando que a maioria ocorre no primeiro trimestre da gravidez. Esta infecção pode contribuir para a mortalidade materno-infantil⁶.

Em gestantes, a infecção urinária é ainda mais preocupante quando assintomática, pois, ao não apresentar sintomas, esta condição pode levar ao parto prematuro do bebê e à internação hospitalar da gestante. A bacteriúria assintomática no início da gravidez é, também, um risco para subsequente pielonefrite e, por isso, gestantes devem ser acompanhadas principalmente durante o primeiro trimestre de gravidez, realizando urocultura. Caso possuam bacteriúria, devem ser tratadas a fim de diminuir o risco de pielonefrite aguda e prematuridade.

Quando a infecção manifesta sintomas é importante ser considerada, pois o diagnóstico é mais rápido tendo em vista a presença de sintomas, que se definem de acordo com o tipo de infecção que se estabeleceu no trato urinário da gestante. A suspeita de infecção urinária sintomática dá-se pela micção frequente, ardência, dor lombar, náuseas, vômitos, sangue na urina e febre. Vários agentes etiológicos podem causar infecção urinária, mas a *Escherichia coli* (*E. coli*) é responsável por um significativo número de infecções.

O não tratamento ou o tratamento inadequado das infecções urinárias podem levar a complicações obstétricas e neonatais. Entre elas, destacam-se a rotura prematura de membranas, o trabalho de parto e parto prematuros, a restrição de crescimento intrauterino, o baixo peso ao nascer, o abortamento e o óbito fetal. Outras complicações da gravidez têm sido associadas às infecções urinárias: hipertensão, pré-eclâmpsia, anemia, corioamnionites, endometrites, septicemias e deterioração da função renal. Por outro lado, recente revisão sistemática concluiu que o tratamento com antibióticos é efetivo para reduzir o risco de pielonefrite na gravidez, sugerindo também redução no baixo peso ao nascer.

ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA E A ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL

No Brasil, de acordo com o Ministério da Saúde, a atenção pré-natal permite o diagnóstico e o tratamento de inúmeras complicações durante a gestação e a redução ou a eliminação de fatores e comportamentos de risco passíveis de serem corrigidos³.

O número de consultas de pré-natal tem sido associado a melhores resultados gestacionais, no entanto, existem controvérsias em relação à análises não ajustadas para a duração da gestação.

O Ministério da Saúde recomenda a realização de no mínimo seis consultas para uma gestação a termo, com início do pré-natal no primeiro trimestre da gestação. Além do número mínimo de consultas, alguns critérios devem ser considerados para avaliar a qualidade da assistência prestada no pré-natal.

O PHPN recomenda a realização de orientação sobre amamentação, a realização de exames clínico-obstétricos em todas as consultas e de todos os exames de rotina, que constituem elementos para gerar os indicadores da qualidade da assistência pré-natal.

De acordo com o Ministério da Saúde (2010), o número de consultas de pré-natal realizadas durante a gravidez é crescente ano a ano. Só em 2003, foram realizadas 8,6 milhões de consultas durante o pré-natal, em 2009, foram 19,4 milhões. O aumento foi de 125% nesse período, crescimento que pode ser atribuído principalmente à ampliação do acesso ao pré-natal pelas mulheres⁸.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO GESTACIONAL E A INFECÇÃO URINÁRIA

O principal instrumento para verificar o risco gestacional é a Ficha de Triagem para Detecção de Gestante de Risco, que contém informações referentes à existência de fatores de risco modificáveis e não modificáveis, como: faixa etária, multiparidade, abortos, tipo de partos, obesidade, tipo sanguíneo, natimorto, hipertensão, diabetes, doença pulmonar, entre outros.

A presente revisão bibliográfica revela que a relação entre os fatores de risco contidos na ficha de triagem de risco gestacional e a infecção urinária na gestação deve ser considerada, pois de acordo com Duarte (2002) é

extremamente importante reforçar a necessidade de se realizar precocemente diagnóstico e tratamento da infecção urinária nas gestantes, pois isso acarreta na redução de frequentes complicações perinatais, como o trabalho de parto e parto prematuros, ruptura prematura de membranas amnióticas, restrição do crescimento uterino, recém-nascidos de baixo peso e óbito perinatal.⁹

A bacteriúria assintomática é uma condição que favorece o desenvolvimento de infecção urinária e na gravidez pode ter efeitos adversos na saúde materno-fetal. Os fatores de risco que afetam a frequência de infecção urinária incluem: idade, multiparidade, idade gestacional, nível socioeconômico, anemia e antecedentes de infecção urinária.¹⁰

Relata-se a prevalência de até 10% em gestação de bacteriúria assintomática, do início ao terceiro trimestre da gravidez, e 25 a 57% destes casos podem evoluir, caso não sejam tratados para um quadro de infecção assintomática, incluindo a pielonefrite, consequente à dilatação fisiológica do ureter e pelve renal, o que facilita o refluxo.¹⁰

Há também aumento na incidência da bacteriúria relacionada ao número prévio de gestações. A fisiopatogenia da infecção de trato urinário está associada à dilatação pélvica e hidroureter, também ao aumento de um centímetro no tamanho renal, à alteração no tamanho da bexiga que se torna um órgão abdominal e não pélvico, ao aumento da capacidade vesical em razão da diminuição do tônus vesical mediado por hormônio e ao relaxamento da musculatura lisa da bexiga e do ureter mediado pela progesterona.¹⁰

As infecções urinárias são normalmente causadas por bactérias da microbiota intestinal que contaminam o trato urinário. Estas bactérias são encontradas na urina quando se rompe o equilíbrio entre a sua virulência e a defesa do organismo. Na gravidez, a urina é normalmente mais rica em nutrientes como glicose, aminoácidos e vitaminas, o que propicia um meio de cultura mais rico, facilitando o crescimento das bactérias. Também ocorre com frequência uma dilatação do trato urinário, criando condições de estase urinária, favorecendo o crescimento bacteriano e a instalação da infecção. Na gravidez, o aumento do útero, ao ocupar mais espaço, pode obstruir parcialmente o ureter e criar, também, condições de estase urinária.¹¹

Scarpa concluiu em seu estudo para avaliar a prevalência de sintomas urinários no terceiro trimestre da gravidez a associação da paridade com sintomas urinários irritativos. A multiparidade (= 4) teve significativa associa-

ção do aumento dos sintomas durante a gestação, em razão de um estiramento acentuado dos elementos que propiciam a sustentação do assoalho pélvico durante o período expulsivo, aumentando a probabilidade de danos. O primeiro parto vaginal é o responsável pelo relaxamento tecidual do assoalho pélvico, e os partos subseqüentes elevam discretamente a prevalência.

O conhecimento de alta prevalência de sintomas urinários na gestação pode trazer argumento favorável para a implementação de intervenção preventiva na gestação, como um programa intensivo de exercícios da musculatura do assoalho pélvico.¹²

Os multifatores que desencadeiam a infecção urinária: parto vaginal, partos traumáticos com a utilização do fórceps ou de episiotomias, multiparidade e gravidez em idade avançada, obesidade, etnia, diabetes, entre outros. O estudo de Dellu *et al.*, sobre gestação e paridade relata que quanto maior a ocorrência, maior será a prevalência da infecção urinária, independentemente do tipo de parto vaginal ou cesárea.¹³

A proporção de complicações diminui por intermédio de investigação e tratamento adequados. O rastreamento precoce da bacteriúria na gestação, mesmo que assintomática, tem benefícios, uma vez que a infecção do trato urinário na gestação é fonte de complicações maternas e perinatais.¹⁴

AÇÕES DE ENFERMAGEM PARA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA INFECÇÃO URINÁRIA EM GESTANTES

A atuação do enfermeiro nos programas de pré-natal implica seu preparo clínico para identificação de problemas reais e potenciais da gestante, da família e da comunidade, com vistas ao manejo adequado das diversas situações práticas.¹

A prática da consulta de enfermagem deve ser valorizada, principalmente no que diz respeito a ações como diagnosticar e prescrever ações de competência da profissão, para alcançar os resultados pelos quais a enfermagem é responsável.

Buscar as respostas do organismo materno quanto à gestação e aos problemas reais ou potenciais, na maioria das vezes, solicita a aproximação do enfermeiro com a gestante em dimensões mais subjetivas, aumentando a interação, desenvolvendo a confiança, aumentando a credibilidade da en-

fermagem e gerando bases para a assistência mais humanizada e de melhor qualidade.

É atribuição da equipe de saúde na atenção primária a identificação dos fatores de risco e as intercorrências no atendimento à gestante, conforme orientam os protocolos do Ministério da Saúde. Vale ressaltar que mesmo os casos encaminhados para atenção especializada, a equipe deve manter o acompanhamento da gestante, observando a realização das orientações prescritas pelo serviço de referência.³

A seguir estão elencadas as ações que podem ser empreendidas pelo enfermeiro à gestante para prevenção de infecções urinárias:

- ensinar a gestante a realizar higiene da região vulvoperineal, no sentido anteroposterior para evitar o transporte de microorganismos da região vulvar e anal ao meato urinário;
- orientar a dieta alimentar para que a depleção das defesas primárias não aumentem;
- orientar a ingestão de líquido em grande quantidade;
- orientar a gestante para que sempre elimine urina e nunca retenha por longos períodos;
- ensinar a coleta da urina da manhã explicando que, por ser mais concentrada, esta amostra apresenta melhor conservação dos elementos figurados;
- antes da coleta, lavar as mãos para diminuir ao máximo possível o número de microorganismos;
- lavar a região vulvoperineal no sentido anteroposterior usando água e sabão;
- coletar o jato médio da urina;
- posicionar o frasco coletor de forma que não entre em contato com pele, pêlos e roupas;
- coletar cerca de 10 ml, quantidade suficiente para a realização do exame;
- fechar o frasco coletor com a tampa própria;
- encaminhar o material ao laboratório o mais rápido possível;
- ensinar a importância das práticas básicas de saúde para prevenção da infecção urinária na gestante;
- informar a gestante sobre os serviços de saúde disponíveis;
- informar a gestante sobre a importância de ter a equipe de saúde como apoio no serviço de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A revisão de literatura realizada revelou que a infecção urinária na gestante pode acarretar várias complicações, que por sua vez estão relacionadas com vários fatores de risco contidos na ficha de triagem de risco gestacional recomendada pelo PHPN.

Considerando que a infecção urinária não figura em separado entre os fatores de risco da ficha de triagem de risco gestacional, há necessidade que a equipe de Atenção Primária/Saúde da Família, principalmente médicos e enfermeiros, esteja sensível a correlacionar os itens contidos na ficha de triagem de risco gestacional e a verificar a possibilidade de maior potencial de risco para infecção urinária em gestantes. Os estudos revelam que algumas variáveis contidas nesta ficha são diretamente relacionadas, aumentando ou potencializando a probabilidade do desenvolvimento de infecção urinária.

Recomenda-se também que haja sensibilização por parte das instâncias normativas para a inserção na referida ficha e em outros registros de dados referentes às infecções urinárias na gestação, como infecções urinárias recorrentes, tratamentos, questões relacionadas a aspectos socioeconômicos, saneamento e higiene pessoal e doméstica.

As evidências citadas na literatura contribuem para a implementação de ações educativas e assistenciais pela equipe de enfermagem na atenção primária, voltadas para prevenção, diagnóstico precoce e tratamento das infecções em gestantes, visando à redução das complicações no pré-natal e consequentemente diminuição das taxas de mortalidade materna.

Referências

1. Pereira SVM, Bachion MM. Diagnósticos de Enfermagem identificados em gestantes durante o pré-natal. *Rev Bras Enferm.* 2005; 58(6):659-64. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n6/a06v58n6.pdf>
2. Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul, Rede interagencial de informações em saúde do Mato Grosso do Sul. 2010. Disponível em: <http://ripsa.saude.ms.gov.br/>
3. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria n. 569, de 1 de Junho de 2000. Estabelece princípios e diretrizes para estruturação do Programa de Humanização no Pré Natal e Nascimento. [acesso em 2004 Dez 10]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>
4. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria Executiva. Programa Humanização do Parto, Huma-

nização no Pré-Natal e Nascimento. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Brasília: Ministério da Saúde;2002. Nº 43. Disponível em:<http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/genero/s00c.htm>

5. Ministério da Saúde (Brasil),Secretaria de Atenção à Saúde,Departamento de Ações Programáticas Estratégicas,Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada.Manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde;2005.

6. Jacociunas LV, Picoli SU. Avaliação de infecção urinária em gestantes no primeiro trimestre de gravidez. RBAC. 2007;39(1):55-57.Disponível em:http://www.sbac.org.br/pt/pdfs/rbac/rbac_39_01/rbac_39_1_13.pdf

7. Feitosa DCA,Silva MG,Parada CMGL. Acurácia do exame de urina simples para diagnóstico de infecções do trato urinário em gestantes de baixo risco. Rev Latino-am Enfermagem.2009; 17(4). Disponível em: <http://www.eerp.usp.br/rlae>

8. Ministério da Saúde (Brasil),Secretaria de Atenção à Saúde,Departamento de Atenção Básica. Saúde da família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados: 1998-2005/2006. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Brasília: Ministério da Saúde;2008. 200 p.

9. Duarte G, et al. Infecção urinária na gravidez: análise dos métodos para diagnóstico e do tratamento. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2002;24(7):471-7. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v24n7/12840.pdf>

10. Ginestre M,Martínez A, Fernández M,Alaña F,Castellano M, Romero S,Rincón G.Bacteriuria-asintomática en mujeres embarazadas: frecuencia y factores de riesgo. Kasmera. 2001; 29(2). Disponível em: <http://www.revistas.luz.edu.ve/index.php/km/article/viewFile/359/342>

11. Heilberger IP, Schor N. Abordagem diagnóstica e terapêutica na infecção do trato urinário: ITU. Rev. Assoc. Med. Bras. 2003; 49(1):109-16. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v49n1/15390.pdf>

12. Scarpa KP,Hermann V,Palma PCR,RicettoCLZ,Morais S. Prevalência de sintomas urinários no terceiro trimestre da gestação. Rev. Assoc. Med. Bras. 2006;52(3):153-6. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v52n3/a15v52n3.pdf>

13. Dellu MC,Zacaro PMD, Schimitt ACB. Prevalência de sintomas urinários e fatores obstétricos associados em mulheres adultas. Rev. Bras. Fisioter. 2008;12(6):482-7.Disponível em:http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v12n6/en_aop005.pdf

14. Salcedo MMBP,Beitune PE,Salis MF,Jiménez MF,Ayub ACK. Infecção urinária na gestação.Rev Bras Med. 2010; 67(8). Disponível em:http://www.cibersaude.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=4377

FICHA DE **Triagem para detecção de gestantes de risco**

- Triagem realizada pelo auxiliar de enfermagem quando a gestante ingressa no programa.
- Avaliar na 1ª consulta e realizar as condutas de pontuação:
 - 0 a 6 pontos – Realização de pré-natal de baixo risco.
 - 7 a 9 pontos – Avaliação pelo médico pré-natalista da unidade e encaminhamento se necessário.
 - 10 a + pontos – Encaminhar para avaliação com o médico da referência de alto risco.

01 - Tem menos de 15 anos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Marcar 1 ponto para sim e 0 para não	12 - Já teve filho que nasceu morto? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Marcar 10 pontos para sim e 0 para não
02 - Tem mais de 35 anos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Marcar 5 pontos para sim e 0 para não	13 - Já teve filho que morreu antes de 7 (sete) dias de nascido? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Marcar 10 pontos para sim e 0 para não
03 - Teve mais de 4 (quatro) gestações? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Marcar 5 pontos para sim e 0 para não	14 - Já teve filho que nasceu fora do tempo? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Marcar 5 pontos para sim e 0 para não
04 - Teve 3 (três) ou mais cesarianas anteriores? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Marcar 5 pontos para sim e 0 para não	15 - Trata de Hipertensão? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Marcar 10 pontos para sim e 0 para não
05 - Já teve 2 (dois) abortos espontâneos consecutivos ou 3 (três) ou mais abortos intercalados? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Marcar 5 pontos para sim e 0 para não	16 - Teve pressão alta na gestação anterior? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Marcar 5 pontos para sim e 0 para não
06 - Fuma mais de 10 cigarros por dia? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Marcar 1 ponto para sim e 0 para não	17 - Teve eclâmpsia (convulsão) na gestação anterior? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Marcar 10 pontos para sim e 0 para não
07 - Gestante obesa (índice de massa corporal > 27). Obs.: Calcula-se - IMC = peso/altura x altura <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Marcar 5 pontos para sim e 0 para não	18 - Trata do coração com médico especialista? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Marcar 10 pontos para sim e 0 para não

08 - Gestante tem fator Rh negativo? () Sim () Não Marcar 5 pontos para sim e 0 para não	19 - Trata de Diabetes? () Sim () Não Marcar 10 pontos para sim e 0 para não
09 - Gestante Rh negativo sensibilizada () Sim () Não Marcar 10 pontos para sim e 0 para não	20 - Está tratando de doença do pulmão? () Sim () Não Marcar 10 pontos para sim e 0 para não
10 - Foi necessário em parto anterior fazer exsanguíneo transfusão no bebê (troca de sangue)? () Sim () Não Marcar 10 pontos para sim e 0 para não	21 - Em duas medições de pressão nesta gravidez, teve pressão: * maior ou igual a 130/90 () Sim Marcar 5 pontos
11 - Já teve filho que pesou mais de quatro quilos? () Sim () Não Marcar 5 pontos para sim e 0 para não	* maior ou igual a 140/90 () Sim Marcar 5 pontos

OS RELATOS DE EXPERIÊNCIA DO ACRE

*Liderança em
Enfermagem na
Atenção Primária à
Saúde*

Modelos lógicos desenvolvidos durante o Curso de Especialização em Práticas de Enfermagem Avançadas em Atenção Primária à Saúde, Rio Branco – AC, 2010

A elaboração de artigos científicos permitiu que os grupos de estudantes fizessem a revisão de referencial teórico sobre assuntos e práticas vividas na atenção primária. Com a utilização de bancos de dados “*on line*” em bases científicas, alguns artigos demonstraram o desenvolvimento da autonomia na busca de soluções para problemas locais a partir da ampliação da realidade. Outros artigos esboçaram projetos de pesquisa que mesmo incipientes demonstram curiosidade científica. Outros ainda trazem propostas bastante elaboradas de transformação da realidade.

Ressalta-se que nem todos os artigos e trabalhos estão relatados nesta publicação.

MODELO LÓGICO	RESPONSÁVEIS	OBJETIVO GERAL
Prevenção e controle das doenças diarreicas agudas em crianças menores de cinco anos nos municípios de Brasiléia, Bujari, Cruzeiro do Sul e Jordão	Ana Cláudia Araújo Cícera Rocha Santana- Jucineide da Silva Cordeiro Marcelo Gleyson da Silva Danúzia da Silva Rocha	Prevenir e controlar a incidência de casos de diarreia entre crianças menores de cinco anos nas regiões com maior número de casos notificados nos municípios de Brasiléia, Bujari, Cruzeiro do Sul e Jordão até dezembro de 2011.
Início tardio do acompanhamento pré-natal entre gestantes residentes nos municípios de Acrelândia, Cruzeiro do Sul e Rio Branco.	Edneusa M. Nascimento Ingrid Suzuki Maria S. Barboza da Silva Narjara Campos de Araújo Polyana C. de Lima Bezerra	

MODELO LÓGICO	RESPONSÁVEIS	OBJETIVO GERAL
Processo de trabalho do enfermeiro em APS quanto a supervisão, monitoramento e avaliação do trabalho dos ACS no acompanhamento e no controle dos pacientes portadores de hipertensão arterial	Antônio de Abreu Firmino Celene Maria Prado Maia Isabela Bona Matos Luciana Maria Cypriano Rozilaine Redi Lago	Despertar reflexões e propor intervenções a fim de qualificar o processo de trabalho dos enfermeiros na supervisão, monitoramento e avaliação do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).
Reduzindo a diarreia em menores de cinco anos.	Aldaysa Sampaio dos Santos Danúzia da Silva Rocha Maria Lupicina Vaz Santos Mirlan Moura de Lima	
Hipertensão: conheça e viva melhor	Raucieth Casseb Braga Almada Rosemary Vânia Fernandes Arruda Teity Ferreira Monteiro Raimunda da Costa Araruna	Aumentar o controle e monitoramento da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) em adultos na faixa etária de 30 a 59 anos, na área de abrangência das ESF dos municípios selecionados, no período de 2010 a 2012.
Projeto “nem com uma flor”: enfrentando a violência intrafamiliar no Acre, um relato de experiências	Eliane Pedrozo de Moraes Sulamitta da Silva Lima Guedes Samara Araujo de Oliveira Rozilaine Redi Lago	Incentivar a discussão-reflexão sobre a violência intrafamiliar como um problema de saúde pública estimulando o exercício da liderança da enfermagem no enfrentamento desse problema.
Alimentação complementar saudável entre crianças de seis meses a dois anos de idade, cujas famílias estão cadastradas no programa Bolsa Família	Adriana Maria Vieira Lobão Fernando Rossi Geruza Brito Sarkis Maria de Souza Albuquerque Polyana C. de Lima Bezerra	
Viver bem com Diabetes	Alcione Daniela B. Ribeiro Jocelene Soares de Souza Patrícia Gomes da Costa Maria Fernanda de S. O. Borges	Aprimorar a prestação de serviços de saúde direcionados ao portador de diabetes na atenção primária nos municípios de Xapuri, Cruzeiro do Sul e Rio Branco.

MODELO LÓGICO	RESPONSÁVEIS	OBJETIVO GERAL
Liderança em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde: relato de experiência da construção de um modelo lógico de enfrentamento de casos de Insuficiência Respiratória na infância	Alcirene de Sousa Oliveira Márcia Corsini Mota Milena Lopes da Silva Maria Fernanda S. O. Borges	Reduzir o número de casos de Infecções Respiratórias Agudas entre crianças na faixa etária de zero a cinco anos de idade, na área de abrangência das Unidades de Saúde da Família José Fadul (município de Xapuri), Salgado Filho (município de Rio Branco) e Professora Quita (município de Cruzeiro do Sul) no biênio 2010-2011.

MODELO LÓGICO	RESPONSÁVEIS	OBJETIVO GERAL
Sensibilidade à flor da pele	Edinéia Félix Lucimeire Riquelme Maria de Fátima de Sousa Nédson Lechner Tatiana M. Rovani	Aumentar a cobertura da coleta do exame Preventivo Citopatológico do Colo do Útero (PCCU) entre as mulheres de 25 a 59 anos de idade cadastradas nas ESF Central do município de Nova Andradina-MS.

*Liderança em
Enfermagem na
Atenção Primária à
Saúde*

MODELO LÓGICO	RESPONSÁVEIS	OBJETIVO GERAL
Avaliação dos pés do portador de <i>Diabetes Mellitus</i> , por profissionais de saúde em uma UBSF	Antônia de Jesus Negrão Rosilene de Mesquita Gomes Sônia Maria Correia dos Santos Valéria Cristina Lopes Gallo	Aumentar em 50% o número de avaliações dos pés dos portadores de DM, pela ESF, de setembro 2010 a setembro 2011.
Orientação alimentar aos protadores de <i>Diabetes Mellitus</i> na atenção primária à saúde	Clotildes Netto de Oliveira Santo Fabiany Monteiro Joseane da Silva Souza Márcia Marques Leal Gambelini Salazar Carmona de Andrade	Promover a adesão e a alimentação saudável dos portadores de DM, reduzindo a vulnerabilidade e os riscos a saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes das ESF, no período de setembro/2010 a dezembro/2011.
Aumento da coleta de exame de Papanicolau	Andréa Carneiro Pereira Flávia Renata da S. Zuque Marilse Bisognin Natalie Silveira	Aumentar o número de coleta de exames Papanicolau realizados na ESF Santo André no período de um ano.
Modelo lógico de integração da equipe da Estratégia Saúde da Família	Aline Batagliotti Cassimiro Cibele de Moura Sales Michelly Angelina Lazzari Lucinadja Gomes Regiani Aparecida Coronel Cacho	Envolver 100% dos profissionais da equipe 1 da saúde da família do município de Jardim-MS no planejamento e na execução das ações da ESF a partir de setembro de 2010.
Sexualidade, amor, prazer e informação	Cristiane Pereira de Oliveira Danielle Oliveira Santana Gomes Danila Silva de Queiroz Graziela Braz da Silva Joseane Prestes de Souza	Colaborar para a redução do número de casos de gravidez e de DST/AIDS em adolescentes de 10 a 19 anos por meio da implantação de ações preventivas de saúde reprodutiva e sexual nos municípios de Dourados, Naviraí e Nova Andradina.
O homem nos serviços de saúde: ampliando o acesso do homem aos serviços de Atenção Primária à Saúde	Isabella Terrazas Vargas Marcelina Z. Ceolin Rubiana Gambarim da Silva Sonia Satiko Morita	Ampliar, no mínimo, em 10% o número de atendimentos à população masculina de 20 a 59 anos da equipe de Saúde da Família Santa Rita, do município de Três Lagoas, do Mato Grosso do Sul, até dezembro 2012.
Adoção do regime terapêutico entre clientes hipertensos	Evelyn Vieira Rios Sona Helen Andressa Veadrigo Jackelyne Alves de Medeiros Vilela Neli Sargi do Nascimento Rosalba Maria do Nascimento	Aumentar a adesão, entre clientes hipertensos, ao Regime Terapêutico nas ESF selecionadas dos municípios de Campo Grande, Corumbá, Naviraí e Três Lagoas do estado de Mato Grosso do Sul.

MODELO LÓGICO	RESPONSÁVEIS	OBJETIVO GERAL
Alcançando metas	Adriana Louro Spazzapan Cláudia Pereira Borges Fernanda de Matos Teixeira Marcelly Freitas Trindade	Alcançar a cobertura de 0,30 exames/mulheres/ano das mulheres entre 25 a 59 anos para o exame Papanicolau no ano de 2011 na Estratégia Saúde da Família da Equipe II da ESF Vila Piloto do município de Três Lagoas.
Classificação dos riscos no pré-natal*	Ariane Aparecida Beghelini Deisi Regina Weiler Ceballos Karine Cavalcante da Costa Maria de Lourdes Medeiros da Silva	Aumentar a detecção de riscos gestacionais por meio da aplicação da classificação de risco na assistência ao pré natal no período de 2011 e 2012, realizada pelas Equipes de Saúde da Família nos municípios de Aquidauana, Campo Grande e Três Lagoas – MS.

*MODELO LÓGICO MAIS BEM AVALIADO E ELEITO TENDO SIDO APRESENTADO O TRABALHO NA FACULDADE DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE TORONTO, CANADÁ.

8.2 OS RELATOS DE EXPERIÊNCIA DO ACRE

RELATO DE EXPERIÊNCIA DE ENFERMEIROS DO ACRE NO CURSO DE LIDERANÇA EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, PRODUTO DE UMA PARCERIA ENTRE BRASIL E CANADÁ.

*Liderança em
Enfermagem na
Atenção Primária à
Saúde*

Ana Cláudia Araújo
Cícera Rocha Santana
Jucineide da Silva Cordeiro
Marcelo Gleyson da Silva
Danúzia da Silva Rocha

RESUMO

Este artigo apresenta o relato de experiência de enfermeiros do estado do Acre no curso de pós-graduação *Lato Sensu* em Liderança em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde, ocorrido no período de abril a agosto de 2010. Produto de uma parceria entre Brasil e Canadá, em que o objetivo do programa de pós-graduação (*Lato Sensu*) foi o de promover liderança colaborativa e sustentável entre enfermeiros(as) que atuam em equipes de saúde da família visando à valorização da enfermagem na saúde da família e à discussão da prática de enfermagem nas diferentes realidades encontradas nos municípios do estado. O propósito é apresentar as atividades desenvolvidas em disciplinas e em grupo, a contribuição para o aprofundamento de aspectos teóricos relacionados à temática e a possibilidade da troca de experiências por meio do intercâmbio educacional internacional durante o curso. Favoreceu grande avanço pessoal e profissional, além de estreitar laços de cooperação com profissionais e instituições do exterior para o desenvolvimento de práticas e seguimento da formação profissional.

Descritores: Atenção Primária à Saúde. Intercâmbio educacional internacional. Enfermeiros.

ABSTRACT

This article reports the experience of nurses in the state of Acre in

the course of Leadership in Primary Health Care, held during April-August 2010. Product of a partnership between Brazil and Canada, where the goal of the program of postgraduate (lato sensu) was to promote sustainable and collaborative leadership among nurses (as) who work in family health teams seeking the recovery of nursing in health family and discussion of nursing practice realities found in different municipalities in the state. The purpose is to present the activities undertaken in disciplines and in groups, contributing to the deepening of theoretical aspects related to the theme and the possibility of exchange of experiences through international educational exchange during the course. Fostered a great personal and professional advancement, and strengthen ties of cooperation with institutions and professionals from abroad to the development of practices and follow-up training.

Descriptors: Primary Health Care international educational exchange. Nurses.

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) vem exercendo papel fundamental na organização das ações dos sistemas de saúde em diversos países desde meados do século XX, configurando-se de forma singular em cada realidade. A concepção e as práticas de saúde relativas à APS alteraram-se ao longo do tempo, assim como são diferentes as percepções quanto a seu escopo para distintos atores envolvidos no campo da saúde.¹

O projeto de Saúde Coletiva inaugurado nos anos 1970 no Brasil buscou um novo modelo explicativo do processo saúde-doença-cuidado e experimentou, para isto, novos projetos de intervenção no campo da organização dos serviços. A possibilidade de expandir a Atenção Primária à Saúde segundo o paradigma da determinação social da doença implicava organizar o sistema e os serviços de saúde em razão das necessidades da população, em que a Atenção Primária à Saúde se colocaria como a porta de entrada ao sistema de saúde, organizado hierarquicamente.²

O debate internacional e nacional sobre estratégias de Atenção Primária à Saúde foi intensificado na última década, e medidas para fortalecê-la fazem parte das reformas de saúde em diversos países europeus e latino-americanos.³

O Prof. Dr. Yves Talbot, médico e professor da Universidade de Toronto, acredita que o modelo proposto pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para as equipes de família é ideal. Falta, em sua opinião, fazer que o modelo teórico funcione; que as equipes estejam bem formadas, equipadas e que toda infraestrutura necessária seja provida.

Afirma que em primeiro lugar é preciso esclarecer que o Canadá e o Brasil possuem sistemas de saúde distintos e realidades também muito peculiares. Contudo, apesar dos contextos próprios, há grande espaço para o intercâmbio de experiências e conhecimento. Vale ainda lembrar que, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), investir em atenção primária é considerado hoje o melhor caminho a ser seguido.

METODOLOGIA

Para a realização do curso de pós-graduação *Lato Sensu* em Liderança em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde, foi realizada parceria entre o governo do Acre, por meio da Secretaria Estadual de Saúde do Acre, da Universidade Federal do Acre (UFAC), do Ministério da Saúde (MS) e da Universidade de Toronto, Canadá.

Ao longo dos módulos, foram exploradas articulações entre os diferentes temas com o intuito de explicitar conexões existentes entre as práticas comunitárias e clínicas, os modos de organização dos serviços e dos processos de trabalho em equipe interprofissional e seu impacto na oferta do cuidado, assim como dos dilemas morais que aquelas questões acarretam durante o desenvolvimento do trabalho cotidiano e do exercício da enfermagem nos serviços de atenção básica de saúde.

No primeiro módulo do programa, que aconteceu nos dias 26 a 29 de abril de 2010, os estudantes, distribuídos em dez grupos, iniciaram as atividades em classe, identificando um problema relevante em sua experiência prática e discutindo as implicações deste no trabalho de sua equipe interprofissional. Contemplaram-se os seguintes tópicos:

A partir da declaração do problema, cada grupo iniciou a elaboração do modelo lógico que seria base para o desenvolvimento dos trabalhos em classe e extraclasse.

Após as aulas expostas, passamos a analisar a participação política

dos(as) enfermeiros(as) na gestão compartilhada do Sistema Único de Saúde. Pressupondo que o (a) enfermeiro (a) possui uma participação política na gestão da saúde, identificamos a sua concepção quanto à participação política; os espaços onde esta é exercida; e analisamos, por meio de uma categorização predefinida, como se processa esta participação. Os princípios de ética profissional e liderança para a enfermagem foram resgatados e uma sensação de motivação tornou-se presente a partir desse módulo, pois muitas vezes nos deixamos levar pelas atividades rotineiras na unidade de saúde, que nos esquecemos do nosso valor e da nossa importância nesse contexto.⁵

Este conteúdo nos fez refletir que durante a formação acadêmica a participação política dos estudantes é pouco estimulada ou mesmo depreciada quando comparada aos atributos técnicos que devem ser adquiridos e desenvolvidos. As enfermeiras, de forma geral, não se envolvem, durante a graduação, com atividades políticas (a exemplo de atuação junto ao Diretório Acadêmico), sob a desculpa da dedicação aos estudos. Isto se reflete posteriormente na sua atividade profissional, na qual estas percebem uma lacuna quanto ao aspecto político na sua formação.⁶

O conteúdo programático do terceiro módulo, em uma perspectiva sobre estratégias de participação comunitária nos serviços de saúde e de pesquisa comunitária para oferecer cuidados que sejam relevantes cientificamente e para planejar inovações que aumentem a equidade em programas e políticas de saúde, abordaram-se os seguintes temas:

Participação comunitária e pesquisa participativa comunitária em saúde. Neste módulo, aprendemos uma palavra que fez a diferença no nosso cotidiano: “empoderamento” comunitário que pode ser considerado, por conseguinte, um processo que conduz à legitimação e dá voz a grupos marginalizados e, ao mesmo tempo, remove barreiras que limitam a produção de uma vida saudável para distintos grupos sociais. Indica processos que procuram promover a participação social visando ao aumento do controle sobre a vida por parte de indivíduos e comunidades, à eficácia política, a uma maior justiça social e à melhoria da qualidade de vida. Espera-se, como resultado, o aumento da capacidade de indivíduos e coletivos para definirem,

analisarem e atuarem sobre seus próprios problemas por meio da aquisição de habilidades para responder aos desafios da vida em sociedade.⁷

Foi inovador incluir alguns membros da comunidade local na reunião realizada, pois esta é vivenciadora das principais necessidades. Este envolvimento com a comunidade teve como finalidade "promover seu empoderamento", dando a noção de força e de ação, de modo que ela pudesse ter conhecimento do problema, mobilizando-se para alcançar mudanças e participar de forma ativa e efetiva na decisão, na implementação e no controle do problema que seria solucionado com simples e eficazes medidas de intervenção.

DESAFIOS SUPERADOS DURANTE A CAMINHADA

Como as aulas foram ministradas em caráter modular por docentes canadenses e brasileiros da Faculdade de Enfermagem Bloomberg da Universidade de Toronto, houve a necessidade de tradução simultânea inglês/português – fator que prejudicou a compreensão dos educandos, tendo em vista que o tradutor, por não ser da **área**, tinha dificuldades de transmitir fidedignamente a informação, uma dificuldade importante, pois além dos aspectos da tradução simultânea em si, os aspectos técnicos passam a ser fundamentais para o melhor aproveitamento dos ouvintes.

Outro obstáculo que estava posto era a dificuldade que alguns colegas apresentavam para participar da semana presencial na capital do estado. Pois apesar de os gestores municipais terem assumido o compromisso em reunião da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), de custear as despesas dos profissionais para o comparecimento no curso, a maioria não cumpriu com o acordo, dificultando, assim, o andamento do curso, tendo em vista as nossas características de acesso geográfico (em alguns casos só por via aérea). Aliava-se a isso o precário serviço de internet e telefonia e a distância dos membros da equipe foi outro fator complicador, visto que um dos componentes do grupo pertence a um dos municípios mais distantes e isolados do estado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

À conclusão deste relato, podemos dizer que para além do alcance

dos objetivos traçados na proposta do curso, inúmeros foram os ganhos advindos no desenvolvimento dessa atividade e experiência. Indubitavelmente, esta foi uma oportunidade ímpar, de grande relevância para o aprimoramento profissional e pessoal dos enfermeiros(as) do Acre que atuam na Atenção Primária à Saúde. Entre os ganhos advindos dessa experiência, destacamos a oportunidade de conhecer os docentes e o modelo de saúde canadense, que proporcionou importante instrumentalização teórica e prática para os profissionais acreanos contemplados com tão grandiosa oportunidade, a qual será refletida na atenção qualificada que será prestada ao usuário dos serviços de saúde.

O estabelecimento da parceria entre a Lawrence S. Bloomberg Faculty of Nursing, University of Toronto, e a Universidade Federal do Acre, favoreceu um grande avanço pessoal e profissional, além de estreitar laços de cooperação com profissionais e instituições do exterior para o desenvolvimento de práticas e seguimento da formação profissional. E podermos vivenciar essa realidade foi muito proveitoso.

REFERÊNCIAS

1. BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria; FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues and Cunha, Marcela Silva da. Análise da produção bibliográfica sobre atenção primária à saúde no Brasil em quatro periódicos selecionados. *Physis* [online]. 2009, vol.19, n.4, PP
2. MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de; VASCONCELLOS, Miguel Murat e Viana, Ana Luíza d'Ávila. Atenção primária à saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2008, vol.24.
3. GIOVANELLA, Lígia. Atenção Primária à Saúde seletiva ou abrangente? *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2010.
4. TEMPUS – Atas de Saúde Coletiva, vol. 3, n. 2, p. 14-19, abr./jun. 2009.
5. PIRES, MRGM. Enfermeiro com qualidade formal e política: em busca de um novo perfil [dissertação]. Brasília (DF): UnB/Programa de Pós-Graduação em Política Social; 2001.
6. FONSECA, MGM. Mulheres e poder na saúde: estudo de enfermeiras secretárias municipais de saúde no estado da Bahia [dissertação]. Salvador (BA): UFBA/ Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2001.
7. CARVALHO, Sérgio Resende and GASTALDO, Denise. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2008, vol.13.
8. Gerencia de Monetização das Doenças Diarréias Aguda, SINAN, Acre 2010.

ANEXO 1 – MODELO LÓGICO

Tema: Prevenção e controle das doenças diarreicas agudas em crianças menores de cinco anos nos municípios de Brasília, Bujari, Cruzeiro do Sul e Jordão.

Problema: Alta incidência de casos de diarreia entre crianças menores de cinco anos, nos municípios de Brasília, Bujari, Cruzeiro do Sul e Jordão, relacionados às mudanças climáticas, aos hábitos de higiene inadequados, à falta de informação, ao grau de instrução da mãe, à má alimentação, ao desmame precoce, evidenciados no aumento do número de internações no período de 2008 a 2009, conforme consta no relatório da gerência de Monitorização das Doenças Diarreicas Agudas.⁸

Objetivo Geral: Prevenir e controlar a incidência de casos de diarreia entre crianças menores de cinco anos nas regiões com maior número de casos notificados nos municípios de Brasília, Bujari, Cruzeiro do Sul e Jordão, até dezembro de 2011.

PLANEJAMENTO DAS atividades conforme objetivos SMART (Modelo Lógico)

OBJETIVOS ESPECÍFICOS (SMART)	ATIVIDADES	RECURSOS	RESULTADOS ESPERADOS	INDICADORES PARA AVALIAÇÃO
1. Capacitar 100% das equipes de saúde da família localizadas nas comunidades onde há aumento do número de crianças menores de cinco anos e com diarreia no período de maio a dezembro de 2010.	1.1 Planejar a capacitação (pesquisa bibliográfica, confecção de material audiovisual, identificação de data e local); 1.2 Convidar os profissionais; 1.3 Realizar as capacitações.	Materiais: computador; data show; CD/pen drive; caixa de som; microfone; câmera fotográfica, formulários de registro. Humanos: mediadores; educandos. Escritório: canetas, lápis; papel A4; papel madeira; cartolina; pasta com elástico; papel cartão; apagador. Espaço físico	Profissionais de todos os níveis das ESFs capacitados, dispostos a desenvolver e manter medidas de prevenção e controle das doenças diarreicas agudas na comunidade.	Aumento de 25% das ações educativas na unidade e comunidade, medidos pelos registros (livro, fotos, relatórios).

OBJETIVOS ESPECÍFICOS (SMART)	ATIVIDADES	RECURSOS	RESULTADOS ESPERADOS	INDICADORES PARA AVALIAÇÃO
<p>2. Aumentar em 80% a distribuição de hipocloritos, uso da TRO, e oficinas envolvendo as lideranças comunitárias, nas comunidades mais acometidas, no período de junho de 2010 a dezembro de 2011.</p>	<p>2.1 Realizar visitas domiciliares pelos profissionais capacitados, bem como das lideranças comunitárias para distribuição de hipoclorito, incentivo ao uso da Terapia de Reidratação Oral. (TRO);</p> <p>2.2 Realizar palestras de orientação sobre diarreias na comunidade, escolas e sedes de associações dos bairros, partindo da experiência e da realidade de cada um.</p> <p>2.3 Realizar ações educativas (dramatização, troca de experiências) quanto às vantagens da amamentação e os riscos do desmame precoce, junto as grávidas e às mães de crianças menores de seis meses.</p>	<p>Materiais: hipoclorito; SRO (Soro de Reidratação Oral); câmera fotográfica; computador; datashow; CD/pen drive; caixa de som; microfone; flip charp; câmera fotográfica.</p> <p>Escritório: formulários de registro; caneta; lápis; borracha. pinceis.</p> <p>humanos: público-alvo; palestrante.</p> <p>Espaço físico.</p>	<p>2.1 Comunidade, escolares e famílias visitadas fazendo uso correto do hipoclorito, da TRO e praticando hábitos de higiene saudáveis .</p> <p>2.2 Líderes e membros da comunidade mais sensibilizados das suas responsabilidades quanto à problemática, incentivando mudanças e inseridos no processo. (empoderamento).</p> <p>2.3 Comunidade, mães promovendo amamentação exclusiva até os seis meses de idade.</p>	<p>Redução de 25% dos casos de diarreias em crianças menores de cinco anos, medidos semanalmente nos calendários epidemiológicos municipais.</p> <p>Aumento de 25% do índice de crianças menores de seis meses alimentadas exclusivamente com leite materno, medidos no relatório mensal do Programa Materno Infantil do Acre.</p>

ANEXO 2 – QUADRO DE IMPLICAÇÕES PARA EQUIPE, COMUNIDADE E NA PRÁTICA CLÍNICA (ECPC)

Tema: Prevenção e controle das doenças diarreicas agudas em crianças menores de cinco anos nos municípios de Brasília, Bujari, Cruzeiro do Sul e Jordão.

Objetivo Geral: Prevenir e controlar a incidência de casos de diarreia entre crianças menores de cinco anos nas regiões com maior número de casos notificados nos municípios de Brasília, Bujari, Cruzeiro do Sul e Jordão, até dezembro de 2011.

*Liderança em
Enfermagem na
Atenção Primária à
Saúde*

QUADRO DE **implicações para Equipe, Comunidade e na Prática Clínica (ECPC)**

IMPLICAÇÕES	
1- Equipe interprofissional	disponibilidade de tempo para realizar ações educativas; esforço para realizar ações planejadas; adequabilidade das atividades extras com as rotineiras.
2- Comunidade	receber novas informações (receptor do saber); mudar os hábitos básicos de higiene; confronto com o saber recebido e suas limitações para a mudança de hábitos.

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE – UMA COOPERAÇÃO BRASIL-CANADÁ: RELATO DE EXPERIÊNCIA DO ACRE

Edneusa Mendes Nascimento¹

Ingrid Suzuki²

Maria Susana Barboza da Silva³

Narjara Campos de Araújo⁴

Polyana Caroline de Lima Bezerra⁵

¹Especialista em Epidemiologia em Serviços de Saúde, Escola de Saúde de Minas Gerais. Assessora Técnica do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde.

²Enfermeira de Unidade de Saúde da Família de Acrelândia.

³Especialista em Saúde Pública pelo Instituto Brasileiro de Pós-graduação e Extensão (IBPEX) Assis-São Paulo/Professora auxiliar do curso de graduação em enfermagem da Universidade Federal do Acre (UFAC) *Campus Floresta*.

⁴Enfermeira de Unidade Básica da Família de Rio Branco

⁵Mestre em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Acre/Escola Nacional de Saúde Pública (UFAC/ENSP-FIOCRUZ). Professora assistente do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Acre (UFAC).

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) vem alcançando grande espaço de discussão no cenário mundial como importante estratégia para diminuir as iniquidades dos serviços de saúde. Esta atenção organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos quanto especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde. Ela compreende quatro atributos essenciais: o acesso (primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde), a continuidade do cuidado, a integralidade da atenção e a coordenação do cuidado dentro do sistema.¹ “Starfield define a APS como a porta de entrada no sistema de saúde, fornecendo atenção particular para cada sujeito e sua família, devendo ser o eixo orientador determinante do trabalho dos demais níveis hierárquicos desse sistema.”¹

No Brasil, a Atenção Primária à Saúde vem ocupando importante espaço técnico-político nos últimos 15 anos, tendo como seu motor a Estratégia Saúde da Família, que até agosto de 2010 contava com 31 mil equipes de saúde atendendo a quase 100 milhões de brasileiros em mais de 5 mil municípios.²

O estado do Acre implantou nos últimos oito anos a gestão compartilhada (estado e municípios), a regionalização e a descentralização, de forma que os municípios assumiram a responsabilidade sanitária pela organização e pela operacionalização das ações e dos serviços da Atenção Básica. O estado assumiu a condução da política e a operacionalização da média e alta complexidade. Os investimentos na descentralização resultaram na melhoria de indicadores de saúde, como a redução da mortalidade infantil e a ampliação da cobertura vacinal, da cobertura de pré-natal, da rede assistencial e da cobertura da Estratégia Saúde da Família, que passou de 23,5%, em 1999, para 59%, em 2010³. A Estratégia Saúde da Família gera uma mudança da ênfase no cuidado médico-centrado para o cuidado focalizado na família, o que colocou o enfermeiro em uma posição para lidar com a saúde coletiva, direcionando todas as habilidades de enfermagem para as necessidades sociais da saúde da população.

A enfermagem tem importante papel no contexto da atenção primária à saúde por meio da compreensão da liderança colaborativa, da ética e da responsabilidade social e individual da comunidade, nas atividades de formação de equipes e gestão do conflito, no exercício e promoção da defesa de interesses políticos e também no conjunto complexo das práticas interdisciplinares e intersetoriais. Entre as funções essenciais da prática da enfermagem na atenção primária à saúde, destacam-se a educação permanente na coordenação do cuidado de enfermagem e no trabalho da equipe e a produção do conhecimento em enfermagem na APS. Existe a necessidade emergente de o enfermeiro atualizar seus conhecimentos técnico-científicos principalmente no campo da APS. Esta é uma lacuna existente na enfermagem do Brasil: a disponibilidade limitada de cursos de especialização voltados para a APS ou mesmo a inexistência de cursos de pós-graduação *stricto sensus* em enfermagem na APS.⁴

O presente relato descreve a experiência das autoras como alunas do Curso de Pós-Graduação *Latus Sensus* em Enfermagem: Liderança em

Enfermagem na Atenção Primária à Saúde (APS), realizado pelo Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Atenção Básica, em cooperação com a Faculdade de Enfermagem Lawrence S. Bloomberg da Universidade de Toronto-Canadá e com apoio das Secretarias Estaduais de Saúde do Acre e de Mato Grosso do Sul e as Universidades Federais dos estados supracitados. Este curso foi pioneiro como projeto de cooperação internacional no campo da enfermagem em atenção primária e saúde coletiva, com parceria entre duas Secretarias Estaduais de Saúde e Universidades Federais de regiões brasileiras distintas, podendo ser realizado em outros estados brasileiros. O relato objetiva compartilhar a vivência das autoras na operacionalização do curso no estado do Acre.

Pretendemos descrever e caracterizar as atividades desenvolvidas durante o curso, seu conteúdo programático, os aspectos positivos, assim como os pontos limitantes da experiência, visando divulgar a experiência brasileira em atenção primária à saúde/saúde da família com ênfase nas práticas de enfermagem na atenção primária à saúde no estado do Acre, podendo contribuir, dessa forma, para a produção de futuros trabalhos de cooperação internacional acerca da participação do enfermeiro em APS em comunidades de difícil acesso como é o caso do estado do Acre.

IDENTIFICAÇÃO: CURSO E SEU LOCUS

O estado do Acre possui 164.221,36 Km² de extensão territorial, está localizado no sudoeste da Amazônia, ocupando 4,26% de sua área. Os limites são formados por fronteiras com Peru e Bolívia e por divisas com os estados do Amazonas e de Rondônia. A população estimada do Acre, que possui 22 municípios, é de 691.169 habitantes. Rio Branco, capital do estado, é o município mais populoso, no qual se concentra a maior parte da infraestrutura administrativa do estado, dos serviços de saúde e de outros setores que polarizam a vida na região e em todo o estado. O estado guarda muitas peculiaridades, em quatro municípios chega-se somente de avião ou navegando pelos rios que ainda são os caminhos tradicionais na Amazônia Brasileira. A economia do estado gira em torno do extrativismo, da agrofloresta e da agropecuária.³

Dos 608 serviços de saúde existentes no Acre, 256 (42%) são de atenção básica³. A Estratégia Saúde da Família está implantada nos 22 mu-

nicípios do estado e conta com 127 equipes, cobrindo 59% da população do estado; possui ainda cinco Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf)². Em relação aos profissionais de saúde, o estado possui 719 enfermeiros, 352 cirurgiões dentista, 1.968 médicos, 1.092 auxiliares e técnicos de enfermagem e ainda 209 atendentes de enfermagem, 1.378 agentes comunitários de saúde e 13 parteiras tradicionais.³

O curso de pós-graduação foi desenvolvido no período de abril a agosto de 2010, em cinco módulos presenciais, com duração de quatro dias de aulas, e um dia de reuniões para articulação de projetos de integração com serviços, pesquisa, temas para estudos e publicações. Cada módulo foi composto por atividades em classe e extraclasse. As atividades extraclasse aconteceram entre os módulos 2, 3 e 4, em que cada enfermeiro, aluno do curso, registrou em um documento de cinco páginas, o resultado de reuniões com a equipe interprofissional da unidade de saúde da família, reunião com a comunidade da área adscrita e um caso clínico que representasse um desafio para a sua prática de enfermagem e suas implicações para o desenvolvimento do problema: "Início tardio do acompanhamento pré-natal entre gestantes residentes nos municípios de Acrelândia, Cruzeiro do Sul e Rio Branco, relacionado à baixa escolaridade, a multiparidade, a dificuldade de acesso, evidenciado pelo baixo percentual das gestantes que iniciam o pré-natal no primeiro trimestre (31%), segundo dados do SISPRENATAL (2009)". No módulo cinco, foram planejados a criação e o estabelecimento de uma comunidade de prática pautada por princípios de educação permanente e desenvolvimento profissional.

O conteúdo dos módulos contemplados no curso foi: planejamento de programas e avaliação; liderança colaborativa, ética e equipe interprofissional; participação comunitária e práticas, pesquisa participativa na comunidade; práticas clínicas baseadas em evidências e o desenvolvimento de uma comunidade de práticas.⁵ O modelo lógico (ML) foi utilizado ao longo do curso como metodologia e instrumento em que os enfermeiros tiveram oportunidade de aplicar seus conhecimentos e exercitar seu aprendizado. Para construir o ML, utilizou-se de pesquisa bibliográfica, manual técnico da assistência ao pré-natal, portarias e base de dados do Sistema de Informação do Pré-natal. A cada módulo, o modelo lógico do grupo era acrescido de informações e no quinto módulo estava completo, sendo apresentado aos

professores canadenses, à coordenadora do curso da Universidade Federal do Acre, à coordenadora da atenção básica da Secretaria de Saúde do Estado do Acre, a tutores e colegas, como requisito para certificação pela Faculdade de Enfermagem da Universidade de Toronto.

Uma das autoras trabalha no Ministério da Saúde e durante o curso realizou as atividades extraclasse na gestão, com quatro encontros com as áreas técnicas de saúde da mulher do Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Acre (SES-Acre), com técnicos da saúde do adolescente e jovem e programa saúde na escola do Ministério da Saúde, resultando na elaboração e na implementação do modelo lógico. Após as duas reuniões realizadas com as áreas técnicas do Ministério da Saúde, o modelo lógico foi revisado, incorporando as contribuições. As reuniões com a coordenadora de saúde da mulher e as áreas técnicas da SES-Acre aconteceram entre os módulos três e quatro resultando na proposta de estabelecer prioridades para as ações de saúde da mulher na SES-Acre, sendo a sensibilização/capacitação dos profissionais das unidades de saúde dos municípios do Acre na qualificação da atenção ao pré-natal a prioridade número um. Após as referidas reuniões, o modelo lógico passou por revisão/ajustes e foi estabelecida uma agenda mais colaborativa, prevendo a implantação/implementação de algumas atividades, no Acre, ainda no ano 2010.

CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM APS: NOSSA EXPERIÊNCIA

A participação neste curso foi uma rica experiência para os enfermeiros da gestão federal, da estadual, da municipal, das equipes de saúde da família como também da academia. Cada módulo era potencializado com conteúdo inovador que valorizava a atuação do enfermeiro em atenção primária à saúde e também apresentava excelente referência bibliográfica. Destacam-se, também, como pontos muito fortes a participação dos alunos durante as aulas com depoimentos da realidade do seu dia a dia nos diversos municípios do estado do Acre e no Ministério da Saúde e a participação de professores da universidade como tutores em todos os módulos. A existência de tradução simultânea impediu que a barreira da língua fosse problema. No desenvolvimento das atividades extraclasse, algumas dificuldades foram encontradas principalmente na comunicação entre os membros do grupo e

entre estes e os tutores, em razão da falta de acesso aos meios de comunicação. A utilização do modelo lógico durante os cinco módulos contribuiu muito para planejamento e avaliação das ações propostas no enfrentamento do problema definido pelo grupo.

O grupo percebeu a importância de trabalhar com um modelo lógico porque esse tipo de ferramenta auxilia o profissional de saúde a guiar toda a ação para o alcance dos objetivos propostos. O curso foi muito gratificante porque tivemos a oportunidade de conhecer a forma como trabalham a saúde em outro país, o sistema de saúde completamente diferente, a organização, a hierarquia, a estrutura, houve trocas de experiências, ajudamos e fomos ajudadas, aprendemos e ensinamos também. A troca de experiências vivenciadas por todos os participantes enriqueceu-nos como profissionais e incentivou-nos a continuar buscando soluções para a melhoria da qualidade de saúde das famílias adscritas às nossas unidades de saúde, como também despertou o interesse pela pesquisa, que há tempos havíamos esquecido o quão enriquecedor é para nós profissionais que estamos na “ponta” do sistema. Salientamos a importância de compartilhar as dificuldades, pois foi interessante saber que as dificuldades existem tanto no Brasil quanto no Canadá, no que se refere à assistência aos indivíduos residentes em locais de difícil acesso.

A construção do modelo lógico como projeto foi realizado por quatro enfermeiras que atuam na Estratégia Saúde da Família dos municípios de Acrelândia, Cruzeiro do Sul e Rio Branco, estado do Acre. No início do curso de pós-graduação, a turma foi dividida aleatoriamente em grupos, com o objetivo de identificar e compartilhar as diversidades regionais existentes. Durante as atividades do primeiro encontro presencial, foi solicitado que cada grupo definisse um assunto/problema relacionado às atividades de atenção primária para ser trabalhado no decorrer do curso. A problemática identificada pelos profissionais foi o início tardio do pré-natal entre gestantes residentes nos municípios de Acrelândia, Cruzeiro do Sul e Rio Branco, relacionado à baixa escolaridade, à multiparidade, à dificuldade de acesso, evidenciado pelo baixo percentual das gestantes que iniciam o pré-natal no primeiro trimestre (31%), segundo dados de 2009 do Sisprenatal.

Como critério de avaliação do curso, foram realizadas atividades extraclasses, em que cada enfermeira realizava seu trabalho voltado para a sua

prática e, posteriormente, o grupo trabalhava a construção do modelo lógico. Para o alcance dos objetivos geral e específico propostos no projeto, foram utilizadas ferramentas de trabalho, como: reunião com a equipe interprofissional, reunião com a comunidade e estudo de caso clínico.

REUNIÃO COM A EQUIPE INTERPROFISSIONAL

A reunião com a equipe interprofissional teve por objetivo a discussão do problema identificado, as atividades, os recursos, os resultados desejados e os indicadores escolhidos. Todos os profissionais das equipes de saúde da família foram convidados, porém contamos com maior participação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e técnicos de enfermagem, em nenhuma unidade de saúde dos municípios houve a participação do médico.

Na referida reunião, foi exposto o problema em questão e em seguida os membros da equipe foram convidados a participar da discussão do tema com o questionamento de quais fatores poderiam levar as mulheres a procurarem o serviço de pré-natal após o primeiro trimestre de gestação.

A reação dos profissionais foi positiva, todos puderam confirmar a existência e a gravidade do problema.

A recomendação de se iniciar o pré-natal assim que a gestação for confirmada fortalece a adesão da mulher ao pré-natal e diagnostica fatores de riscos. Um acompanhamento pré-natal satisfatório contribui para a gestação, o parto e o puerpério saudáveis. Dessa maneira, a baixa cobertura pré-natal e a baixa qualidade dos serviços de saúde, principalmente nas regiões Norte e Nordeste refletem diretamente nas condições de saúde da mãe e da criança⁹.

No Brasil, a precária situação perinatal guarda relação com o acesso ao serviço de pré-natal e ao parto e evidencia as dificuldades impostas pelas gestantes, impossibilitando-as de frequentar o pré-natal dentro de condições adequadas.¹⁰ Foi identificado pela análise dos dados que a equipe vivencia o problema tanto no atendimento na unidade por meio das consultas de pré-natal como no domicílio por meio das visitas domiciliares. Os profissionais conhecem os fatores relacionados, porém muitos não estão preparados para intervir. Os ACS informaram que realizam essa troca de informações, porém o que percebemos é que muitas vezes no dia a dia eles não sabem como abordar essa mulher grávida. Cabe à equipe de saúde, ao entrar em contato com

uma gestante, na unidade de saúde ou na comunidade, buscar compreender os múltiplos significados da gestação para aquela mulher e sua família, principalmente se ela for adolescente.

Com isso, foi percebido que precisamos melhorar o diálogo com a equipe sob coordenação do enfermeiro, identificando o déficit de conhecimento técnico-científico, as dificuldades que encontram no dia a dia do serviço, assim como compartilhar saberes e vivências com profissionais de outras especialidades para que juntos possamos somar conhecimentos e estar capacitados para as ações a serem desenvolvidas com a comunidade mediante os problemas identificados. O profissional deve oferecer um suporte psicológico à cliente, estimulando o vínculo profissional-família por meio de diálogos, visitas domiciliares e reuniões em grupo.

O serviço de saúde precisa de recursos materiais, financeiros e/ou de infraestrutura adequada e recursos humanos qualificados para realizar um atendimento de qualidade à mulher.

Ao término da reunião, concluímos que avançamos no fortalecimento da equipe de saúde, colocando suas vivências e dificuldades encontradas mediante o problema, discutindo os fatores relacionados, os objetivos que queremos alcançar, as atividades que iremos realizar, os recursos, enfim, as ações que precisamos realizar para alcançar bons resultados.

ENCONTRO COM A COMUNIDADE

O convite realizado na própria unidade de saúde e nas visitas domiciliares pelos agentes comunitários de saúde foi estendido à toda população residente na área de abrangência das unidades de saúde da família, com ênfase nas gestantes e nas mulheres em idade fértil, população-alvo do problema. A maior participação foi de mulheres em idade fértil e gestantes (público-alvo). Embora tenham sido convidados representantes de centros comunitários, escolas e associações de bairro, estes não compareceram.

A reunião teve como objetivo incitar a participação da comunidade, visando à construção de um modelo lógico com as reais necessidades da população da área adscrita.

A maioria das mulheres afirmou que não suspeitava da gravidez e quando procurava pelo serviço de saúde já estava com mais de três meses

de gestação. Houve, ainda, algumas mulheres que relataram não ter conhecimento da importância de se iniciar o pré-natal o mais precocemente possível.

A tranquilidade adquirida por meio da garantia de atendimento e o estabelecimento de vínculo entre a mulher e o profissional são quesitos importantes para a humanização da assistência e favorecem a adesão e a permanência das gestantes no serviço de atenção ao pré-natal, ao sentirem-se acolhidas.¹¹

Um acompanhamento pré-natal satisfatório aumenta as condições para a gestação, o parto e o puerpério saudáveis, para isso estados e municípios necessitam dispor de uma rede de serviços organizada para a atenção obstétrica e neonatal, com mecanismos estabelecidos de referência e contrarreferência, considerando alguns dos critérios: captação precoce das gestantes na comunidade e garantia de atendimento a todas as gestantes nos serviços de saúde.

Tivemos como pontos positivos a comunicação da comunidade com os profissionais de saúde, como também entre os membros da comunidade, com isso, aumentou o vínculo comunidade-profissional-serviço de saúde, melhorando a interação e a discussão dos problemas de saúde, formulando estratégias com o objetivo de prevenir o aparecimento de doenças e/ou evitar danos à saúde.

Os participantes da reunião reconheceram a importância da comunicação entre a comunidade e os profissionais de saúde, uma vez que avaliaram positivamente este tipo de abordagem, que viabilizou o esclarecimento de dúvidas com ênfase para a importância do pré-natal desde o início da gravidez.

Concluímos que para uma atenção de qualidade ao pré-natal é preciso fazer acolhimento, facilitar o acesso, criar vínculos e oferecer informações mais qualificadas.

ESTUDO DE CASO CLÍNICO

No terceiro módulo do curso, foi solicitada a elaboração de uma atividade individual, um estudo de caso clínico que exemplificasse o problema identificado pelo grupo. Esta atividade permitiu identificar as especificidades de cada comunidade do grupo, assim como suas similitudes e os possíveis

fatores de risco para o início tardio do pré-natal.

Ao compararmos os casos clínicos, observamos que a baixa escolaridade, o desemprego, a gravidez precoce e a falta de saneamento básico foram identificados como fatores predisponentes comuns nos estudos realizados por cada membro do grupo. Com o estudo do caso clínico, ampliaram-se as atividades específicas do modelo lógico formuladas até então, a exemplo, garantir a atuação intersetorial por meio de parcerias estabelecidas entre diferentes segmentos sociais e institucionais com ênfase na formação escolar e técnico-profissional das mulheres da comunidade, como também ações de educação em saúde a toda população para fortalecer a promoção da saúde.

Foi percebido que a comunidade reconhece a existência do problema, porém parece não saber como requerer meios de melhorar. As autoras acreditam que por meio do acesso às informações a população passa a constituir a capacidade de combater os problemas de saúde mediante o apoio da equipe de saúde da família como instrumento empoderador desta, o que é notadamente factível por meio da liderança do enfermeiro na atenção primária à saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Ministério da Saúde, junto com estados e municípios, tem o grande desafio de qualificar os profissionais da saúde da família no Brasil. No enfrentamento desse desafio, várias iniciativas estão sendo desenvolvidas, entre elas o estabelecimento de parceria efetivada com a Faculdade de Enfermagem Lawrence S. Bloomberg da Universidade de Toronto-Canadá, com a realização do curso de Pós-Graduação *Latus Sensus* em Enfermagem: Liderança em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde (APS), no estado do Acre.

A realização de atividades práticas durante o curso de pós-graduação, como reuniões com a equipe interprofissional, com a comunidade e o estudo de caso clínico nas unidades de saúde da família onde as autoras exercem suas atividades profissionais, contribuiu para o fortalecimento da liderança do enfermeiro da atenção primária à saúde. Ao realizar investigação colaborativa, advocacia política, parcerias e atividades intersetoriais, houve um empoderamento do profissional e da comunidade no sentido de

serem corresponsáveis pela melhoria das condições de saúde daquela comunidade.

Entre as dificuldades encontradas no curso, destacam-se: os componentes do grupo residirem em localidades diferentes do estado, dificultando assim a comunicação entre elas. O município mais próximo da capital é Acrelândia, com 200 km, e Cruzeiro do Sul, que fica a 640 km da capital, onde durante a maior parte do ano o acesso se dá por via aérea e somente durante três meses por via terrestre, que corresponde ao verão amazônico, quando a BR-364 torna-se trafegável. A comunicação deu-se por meio de telefones e internet.

Este curso de pós-graduação foi uma experiência ímpar para os enfermeiros que atuam na atenção primária à saúde no estado do Acre, tiveram a oportunidade de conhecer a situação da atenção básica à saúde dos municípios do estado, as diferenças e as semelhanças, e também conhecer o sistema de saúde do Canadá, o que possibilitou a ampliação de nossa ótica quanto aos modelos de atenção à saúde. Recomendamos a manutenção desta parceria para que este curso possa ser oferecido a todos os enfermeiros que atuam na Estratégia Saúde da Família do estado.

O curso contribuiu, ainda, para a melhoria da capacidade técnico-científica do enfermeiro, para o empoderamento do profissional e da comunidade e também para o exercício da liderança em enfermagem na atenção primária, contribuindo assim para a melhoria da qualidade de vida da população por meio de estratégias de promoção da saúde com base em evidências conforme características regionais.

REFERÊNCIAS

- 1 Starfield B. Atenção primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. 2ª ed. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde;2004.
- 2 Ministério da Saúde (Brasil). Saúde da família. [acesso em 2010 Set 29]. Disponível em: http://www.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf.phpanos
- 3 Governo do Estado do Acre. Plano Plurianual,quadriênio 2008-2011. [acesso em 2010 Jul 23]. Disponível em: <http://www.ac.gov.br>
- 4 Ministério da Saúde (Brasil),Departamento de Atenção Básica. Projeto Liderança em Enfer-

magem na Atenção Primária à Saúde: Cooperação Internacional Brasil-Canadá. No prelo 2009.

5 Andrew N. Building on Wenger: Communities of practice nursing. Nurse Education Today. 2007; 28(2):246-52.

6 Ministério da Saúde (Brasil), Datasus. Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. [acesso em 2010 Jul]. Disponível em: <http://sisprenatal.datasus.gov.br/SISPRENATAL/index.php>

7 Ministério da Saúde (Brasil). Portaria n. 570, de 01 de junho de 2000. Institui o Componente I do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento - Incentivo à Assistência Pré-natal no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. 2000; jun 8, Seção I, p.114-6.

8 Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programadas Estratégicas. Marco Teórico e Referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2006.

9 Situação Mundial da infância no Brasil. Caderno Brasil. DF: jan, 2008.

10 Bonadio IC. Ser tratada como gente e vivência de mulheres atendidas no serviço de pré-natal de uma instituição filantrópica [tese]. São Paulo: Escola de enfermagem da USP; 1996.

11 Costa AM, Guilhem D, Walter MIMT. Atendimento a gestantes no Sistema Único de Saúde. Revista de Saúde Pública. 2005; 39(5):768-74.5.

CONSTRUÇÃO DE HABILIDADES NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Antônio de Abreu Firmino

Celene Maria Prado Maia

Isabela Bona Matos

Luciana Maria Cypriano

Rozilaine Redi Lago

INTRODUÇÃO

No contexto prático dos serviços de saúde compreendidos na Atenção Primária à Saúde (APS), o profissional enfermeiro é requisitado a exercer a liderança ao coordenar a equipe de enfermagem (auxiliares e técnicos de enfermagem), bem como Agentes Comunitários de Saúde (ACS), além de articular-se com os demais profissionais de outras categorias no universo de trabalho em saúde local ou distribuídos em toda a rede de atenção, bem como relacionar-se com a comunidade do território sob sua responsabilidade. Nessa conjuntura de atuação, observa-se que a liderança deve ser exercida, paralelamente às atividades de cuidado integral de saúde, além das demandas referentes ao planejamento e à gestão da unidade a ele também atribuídas (BRASIL, 2006).

Entretanto, nem sempre o conhecimento e sua legitimação política são totalmente agregados de forma que este profissional possa exercer este papel dentro da equipe. Algumas limitações são apresentadas, revelando deficiências na formação profissional que o habilitem a exercer a liderança. Essas limitações são ainda maiores quando observadas no locus da APS, em razão do estado de construção e experimentação que envolve a estratégia de SF como política pública de saúde no Estado brasileiro.

Ao discutir-se a fundamentação curricular na área de APS de cursos de graduação de enfermagem, destaca-se a necessidade da *“construção de currículos majoritariamente integrados, sem disciplinas isoladas, obtendo conteúdos organizados em módulos, sem a precedência cronológica do ciclo básico.”* Os temas devem ser abordados de modo que *“as áreas básicas funcionem como efetiva base e referência para a busca dos conhecimentos voltados à solução de problemas. O currículo deve representar a visão de mundo*

percebida pela escola e seus professores". (SILVA, SOUSA e FREITAS, 2011).

De acordo com Camargo B. e Caro (2010), a atuação do enfermeiro em APS também sofre interferências em razão da falta de delimitação de suas funções trazendo repercussões importantes para a profissão e a sociedade: *"para a profissão, porque dificulta a consolidação de sua identidade profissional, tão necessária e promulgada atualmente, e para a sociedade, porque redundando na qualidade da atenção oferecida e na imagem da enfermagem dentro da sociedade"*.

Sobre o preparo do profissional enfermeiro para assumir a complexidade de atividades correspondentes à atuação em APS, de acordo com Montenegro e Brito (2011), as dificuldades estão relacionadas, principalmente, à continuação da formação em APS depois da graduação; já os aspectos facilitadores do preparo dos enfermeiros para atuar na APS foram: estudar nas universidades públicas, ter o acompanhamento de profissionais com maior experiência, vivenciar a estratégia de ensino por meio do internato rural e ter participação de professores experientes em saúde pública. As autoras sugerem que a aplicação de estratégias de ensino teórico-práticas nas universidades pode favorecer a atuação em APS dos enfermeiros.

DEFINIÇÃO DO PROBLEMA

Com base na experiência profissional dos membros do grupo, bem como em evidências científicas, foi eleito como problema a ser trabalhado nas respectivas realidades: *"a deficiência na supervisão, no monitoramento e na avaliação do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde pelo enfermeiro no acompanhamento e no controle dos pacientes portadores de hipertensão arterial em determinadas unidades de saúde da família nos municípios de Rio Branco, Porto Acre e Assis Brasil, relacionada ao limitado conhecimento do enfermeiro sobre a organização de seu processo de trabalho, evidenciado pelas queixas relatadas a esse respeito pelos ACS, pela comunidade, pelos indicadores de avaliação cardiológica do Programa Acreano de Saúde Itinerante, bem como pela avaliação do processo de trabalho das equipes de SF"*.

OBJETIVO

Neste trabalho, buscou-se despertar reflexões e propor intervenções

a fim de qualificar o processo de trabalho dos enfermeiros na supervisão, no monitoramento e na avaliação do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), fortalecendo os vínculos entre enfermeiros, ACS e comunidade, em determinadas unidades de saúde da família do município de Rio Branco no período de 2010/2011.

METODOLOGIA

O grupo de autores utilizou as atividades propostas entre os módulos do curso de especialização em Liderança de Enfermagem em APS para realizar momentos de imersão no contexto do problema-alvo, utilizando-se de entrevistas, reuniões e observação na comunidade, junto aos profissionais e aos usuários dos serviços de saúde (junto aos quais os autores atuavam). À medida que os módulos do curso eram ministrados, o modelo lógico de trabalho sobre o problema-alvo era aperfeiçoado, considerando os conteúdos apresentados e os dados coletados nos momentos de imersão.

RESULTADOS

Ao fim do curso, foi proposto o seguinte modelo lógico de trabalho (Quadro 1):

Quadro 1. Modelo lógico sugestivo sobre o processo de trabalho do enfermeiro em APS quanto à supervisão, ao monitoramento e à avaliação do trabalho dos ACS no acompanhamento e no controle dos pacientes portadores de hipertensão arterial e determinadas unidades de saúde da família nos municípios de Rio Branco, Porto Acre e Assis Brasil no estado do Acre.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES	RECURSOS	RESULTADOS ESPERADOS	INDICADORES PARA AVALIAÇÃO
1- Capacitar os enfermeiros de duas Unidades de Saúde da Família (USF) com ênfase na dinâmica da sua prática profissional, entre julho e dezembro de 2010.	1.1 - Reunir os enfermeiros que atuam nas USF de Rio Branco e esclarecê-los quanto aos objetivos do projeto. 1.2- Estabelecer parceria com a divisão do Programa Saúde da Família da Secretaria de Estado de Saúde para oferecer a capacitação aos enfermeiros com ênfase nas competências de natureza técnica, organizacional, comunicativa, sociopolítica e, sobretudo, ética. Sugere-se que seja dado em módulos. 1.3 - Elaborar o cronograma das capacitações e iniciar as atividades.	Proef Humanos, materiais.	Enfermeiros capacitados e habilitados para o bom desempenho profissional de prática compartilhada. Médio prazo.	Participação de 100% dos enfermeiros nas capacitações.
2- Realizar um encontro mensal para <i>feedback</i> entre enfermeiros e ACS, voltado principalmente para coordenação do cuidado, no biênio 2010/2011.	2.1- Reunir os ACS e esclarecer os motivos das reuniões mensais. 2.2- Elaborar um cronograma com datas das reuniões. 2.3- A cada trimestre avaliar os resultados das reuniões. 2.4- Propor uma agenda junto ao Conselho Local (na própria comunidade - deveria existir um, se não existe, aí sim recorrer ao Conselho Municipal) de Saúde, para apresentar os resultados das atividades desenvolvidas na comunidade pelos enfermeiros e pelos ACS, a cada bimestre.	Proef Estruturais (auditório, sala de reuniões etc.) Humanos, materiais.	Enfermeiros e ACS capazes de estabelecer troca de conhecimento (saberes e fazeres), para garantir a equidade e a integralidade da atenção. Médio prazo.	100% de participação de enfermeiros e ACS das USF envolvidas nas reuniões. O acompanhamento dos relatórios de atividades pelo conselho de saúde revela melhoria no processo de referência e contrarreferência e realimentação das informações.



<p>3- Avaliar o grau de satisfação de enfermeiros, ACS e comunidade antes e depois do processo proposto. Julho de 2010 e julho de 2011.</p>	<p>3.1- Definir o tamanho da amostra dos usuários; 3.2- Elaborar um questionário de Pesquisa de Satisfação dos enfermeiros e dos ACS e usuários do serviço, com roteiro, datas e instrumentos de aplicação; 3.3 - Aplicar questionário (Pré); 3.4- Tabular dados; 3.5 - Análise dos dados; 3.6 – Apresentação dos Resultados para equipe e comunidade (interessada).</p>	<p>Proesf Humanos, materiais.</p>	<p>Comunidade e profissionais demonstram satisfação e melhora do serviço da USF após realização do projeto. Curto e médio prazos.</p>	<p>100% dos profissionais enfermeiros, ACS e usuários (amostra) entrevistados. Nas entrevistas, 80% dos enfermeiros expressam ter observado mudanças positivas na inter-relação profissional com o enfermeiro da USF. Nas entrevistas, 80% dos ACS expressam ter observado mudanças positivas na inter-relação profissional com o enfermeiro da USF. Nas entrevistas, 80% comunidade expressam ter percebido melhor qualidade no serviço oferecido pelos ACS.</p>
---	--	-----------------------------------	---	---

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Primária. **Política nacional de atenção primária**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60p.

CAMARGO, B. I. L.; CARO, C. V. O papel autônomo da enfermagem nas consultas. **Av. Enferm.**, v. 26, n. 1, p. 143-150, 2010.

MONTENEGRO, L. C.; BRITO, M. J. M. Aspectos que facilitam ou dificultam a formação de enfermeiro em atendimento primário de saúde. **Invest. Educ. Enferm.**, v. 29, n. 2, p. 238-247, 2011.

SILVA, M. J.; SOUSA, E. M. de; FREITAS, C. L. Formação em enfermagem: interface entre as diretrizes curriculares e os conteúdos de atenção básica. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 64, n. 2, Apr. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000200015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 2 nov. 2011.

HIPERTENSÃO: CONHEÇA E VIVA MELHOR

Raucieth Casseb Braga Almada
Rosemary Vânia Fernandes Arruda
Teity Ferreira Monteiro
Raimunda da Costa Araruna

*Liderança em
Enfermagem na
Atenção Primária à
Saúde*

INTRODUÇÃO

No Brasil, a hipertensão arterial constitui a primeira causa de hospitalização no sistema público de saúde. No mundo inteiro, a hipertensão é hoje o primeiro fator de risco de mortalidade (Ministério da Saúde, 2010).

Apesar dessas evidências incontestáveis, os fatores relacionados a hábitos e estilo de vida não saudáveis continuam a crescer na sociedade levando a um aumento contínuo da incidência e da prevalência da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), assim como do seu controle inadequado. A despeito da importância da abordagem individual, cada vez mais se comprova a necessidade da abordagem coletiva para obtenção de resultados mais conscientes e duradouros dos fatores que permitem a ocorrência da hipertensão arterial.

A atuação conjunta de todos os membros da equipe de saúde, possibilita melhor qualidade de vida às pessoas portadoras da HAS.

RESULTADO E DISCUSSÃO

A seguir relataremos as etapas evolutivas da construção do modelo lógico voltado para a realidade local dos municípios de Rio Branco (capital estado do Acre), Epitaciolândia e Sena Madureira, onde tivemos a participação da equipe interprofissional e da comunidade de abrangência, respectivamente.

Nossa proposta de transformação comportamental busca acima de tudo melhorar o serviço de saúde prestado à comunidade pelas equipes multidisciplinares.

Considerando o problema da hipertensão arterial no município de Rio Branco (Acre), selecionamos a Estratégia Saúde da Família (ESF) Boa Vista Sobral, dando ênfase na deficiência do controle e do monitoramento da

pressão arterial entre adultos hipertensos na faixa etária de 30 a 59 anos. Assim, fez-se necessário reunir-se com os atores envolvidos com a atenção primária das esferas estadual e municipal, bem como com profissionais de áreas técnicas de hipertensão e diabetes municipal, estadual e Divisão da Atenção Primária à Saúde estadual, como participantes: diretora estadual de Vigilância em Saúde, diretora municipal de Assistência à Saúde, profissionais da Área Técnica de Estratégia Saúde da Família, responsável pela Área Técnica de Hipertensão e Diabetes Municipal e Estadual.

Com o objetivo de desenhar medidas de intervenção com os atores envolvidos no cenário para o problema da população-alvo, a partir da aplicabilidade do modelo lógico por meio dos conhecimentos diante dos problemas identificados, foram planejadas e implementadas estratégias para prática de enfermagem e ações que permitam propiciar compromisso dos participantes com o processo de mudança. Dessa forma, foram utilizadas ferramentas que serviriam como estratégias de mudanças no processo de trabalho da equipe saúde da família pautadas pela valorização do cuidar, do saber e da comunidade.

Essa experiência mostrou que o enfermeiro quando possui conhecimento na sua prática e das habilidades no campo de interação, como também aplicabilidade das diretrizes da Atenção Primária à Saúde, será capaz de compreender melhor o processo de trabalho, estando apto para motivar mudanças na sua prática, na equipe e na comunidade.

COMUNIDADE

Considerando o problema da HAS na área da ESF selecionada, fez-se necessário reunir-se com os atores envolvidos na comunidade. No primeiro momento, foram selecionados a participar da reunião no Módulo da Estratégia Saúde da Família Boa Vista Sobral, situado no Bairro Sobral. Participantes: representantes das microáreas (MA) 1, 2, 3, 4, 5 e 6, presidente da Associação dos Moradores do Bairro Sobral, membro da Central de Articulação ao Movimento da Saúde (Cades), representantes das Escolas Ramona de Castro e João Paulo II. Objetivando desenhar medidas de intervenções com os atores envolvidos no cenário para o problema da população-alvo, visou-se potencializar os esforços empreendidos entre a ESF e os partícipes e a obtenção de diferentes opiniões e contribuições a respeito do problema,

bem como desenvolver o sentimento da necessidade do trabalho em equipe durante o andamento da reunião.

A razão é que a Estratégia Saúde da Família (ESF) está estruturada na lógica de atenção básica à saúde, gerando novas práticas setoriais e afirmando a indissociabilidade entre os trabalhos clínicos e a promoção da saúde. Para tanto, necessita desenvolver processos de trabalho que estabeleçam nova relação entre os profissionais de saúde e a comunidade, estes processos de trabalho devem se traduzir, especialmente, em termos de desenvolvimento de ações humanizadas, tecnicamente competentes, interseccionalmente articuladas e socialmente apropriadas.

EQUIPE INTERPROFISSIONAL

Com base no problema da deficiência no controle e no monitoramento da população hipertensa na faixa etária de 30 a 59 anos de idade, elaboramos um plano de intervenções na tentativa de reduzir suas consequências. Assim, reunimos a equipe interprofissional para discutir as ações propostas.

Nesse encontro, direcionamos primeiramente para a leitura do modelo lógico elaborado. Em seguida, utilizamos uma sequência de perguntas formuladas por meio de revisão do modelo proposto, pesquisa bibliográfica, dados explorados dos sistemas operacionais de cadastro e acompanhamento e de situações ocorridas no cotidiano de atendimento na unidade de saúde e no domicílio.

Durante os questionamentos na reunião, houve a participação de todos os membros da equipe que compareceram, como enfermeira, médico, técnico de enfermagem, ACS, ASB, atendente de farmácia e recepcionista, cada um explanando as suas experiências vividas na comunidade selecionada, as dificuldades encontradas e os resultados obtidos ao longo dos anos. As evidências mostradas, principalmente pelos Agentes Comunitários de Saúde revelam que a comunidade gosta de ser acolhida e acompanhada, porém de preferência em seu domicílio. Outra situação relevante seria dos clientes que não tomam remédio anti-hipertensivo porque acreditam não precisarem diariamente, logo ocorre a não adesão ao tratamento medicamentoso ocasionando pressão arterial descompensada acompanhada de complicações como o AVC (Acidente Vascular Cerebral).

No momento de relatar as falhas do serviço prestado, surgiram os conflitos entre os integrantes da equipe, em que cada um justificou sua deficiência no trabalho com os hipertensos, exemplificando a dificuldade no acesso ao material para trabalhar (balança regulada e fita métrica), o não saber preencher a ficha de acompanhamento, a ausência de investimento da gestão atual e a própria resistência dos usuários em alguns casos.

A análise dos dados obtidos durante a reunião baseou-se na situação socioeconômica, nas relações familiares e no acesso ao serviço prestado na unidade. Mostra-se como uma comunidade na grande maioria de baixa renda, com pouca escolaridade, com dificuldade no controle higiênico-dietético da HAS e alguns com desarmonia familiar. Dessa forma, o modelo é voltado exclusivamente para ações voltadas a esses fatores de risco.

Diante de todas as indagações feitas na discussão, também se verificou que a comunidade tem acesso ao serviço, na sua grande maioria, porém o interesse em procurar a unidade restringe-se à parte curativa, isto é, “adoecer=medicar”. A unidade de saúde é considerada apenas como consultório médico. A promoção e a prevenção de doenças acabam sendo banalizadas pelos usuários. Isso é comprovado quando tentamos realizar palestras e visitas educativas. Trata-se de uma busca do serviço apenas para remediar e/ou “troca de serviços”, isto é, para terem algum benefício, exigimos a realização de exame ou vacina, por exemplo. No entanto, essas estratégias obrigam o usuário a agir, em alguns casos, contra a própria vontade. E a intenção verdadeira é transformar os valores culturais pré-estabelecidos.

Apresentados os resultados da atual situação e do comportamento da população, acordamos que as medidas estipuladas no modelo lógico devem ser executadas e posteriormente ampliadas mediante o sucesso no desempenho das ações. Também observamos a satisfação da equipe em poder participar da análise do modelo lógico. Cada membro opinou sobre as atividades, buscando reduzir o problema.

A experiência de formar um grupo e discutir ações para a melhoria do serviço traz o aprendizado e aperfeiçoamento em liderar e mediar a condução de um trabalho.

Dessa forma, percebemos a suma importância do enfermeiro como facilitador e moderador, inserindo ideias e propostas sistemáticas com base no conhecimento científico, principalmente, estimulando a motivação no se→

guimento dos trabalhos de promoção e prevenção da saúde, atingindo, assim, a excelência na prestação do serviço.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando a relevância do intercâmbio de experiências bem-sucedidas entre Brasil e Canadá, como também a importância do fortalecimento da APS no estado, por intermédio da cooperação internacional com a Universidade de Toronto para a capacitação dos enfermeiros(as) das equipes de APS/PSF, as autoras buscam após essa especialização aprimorar o atendimento realizado às famílias, aos indivíduos e às comunidades nos municípios de Epitaciolândia, Rio Branco e Sena Madureira (Acre), por meio de boa organização dos serviços de APS, contribuindo assim, para a melhora da atenção com impactos positivos na saúde da população e da eficiência do sistema.

Assim, buscaremos valorizar as reflexões e as interpretações que surgirem no processo de interação entre família e comunidade de clientes, com o objetivo de aumentar o controle e o monitoramento da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) em adultos na faixa etária de 30 a 59 anos, e assim, melhorar os resultados dos indicadores de saúde dos municípios.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde. Disponível em: <www.google.com.br>. Acesso em: 2007.

_____. Ministério da Saúde. Panorâmico: indicadores básicos de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, v. III, n. 2, p. 18-19, 0.

_____. _____. Hiperdia: sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos. Brasília. Disponível em: <<http://www.hiperdia.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 11 maio 2010.

Costa, R. S.;Nogueira, L. T. Contribuição familiar no controle da hipertensão. Revista Latino-Am. Enfermagem,v. 16, n. 5,set./out. 2008. Disponível em: <www.eerp.usp.br/rlae>.

TALBOT, Y. Fortalecimento da atenção primária em saúde no Brasil no Canadá: um projeto para o intercâmbio de conhecimentos para a equidade. Disponível em:<www.google.com.br>. Entrevista concedida em 2009. PROJETO: HIPERTENSÃO: CONHEÇA E VIVA MELHOR

MODELO LÓGICO

Problema: Deficiência no controle e no monitoramento da pressão arterial entre adultos hipertensos na faixa etária de 30 a 59 anos, na área de abrangência das ESF dos municípios de Epitaciolândia, Sena Madureira e Rio Branco no estado do Acre, relacionada à baixa adesão ao tratamento medicamentoso e à não adoção de um estilo de vida saudável (obesidade, tabagismo, sedentarismo e dieta inadequada), evidenciadas pelo registro nacional de internações por complicações da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) descompensada no ano de 2009. **Fontes:** SIH/IBGE; www.scielo.br; Ministério da Saúde, Vigitel 2008.

Objetivo Geral: Aumentar o controle e o monitoramento da HAS em adultos na faixa etária de 30 a 59 anos, na área de abrangência das ESF dos municípios selecionados, no período de 2010 a 2012.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS (SMART)	ATIVIDADES	RECURSOS	RESULTADOS ESPERADOS
1 - Capacitar 100% dos profissionais da Estratégia Saúde da Família para atualização das fichas de cadastro, acompanhamento e tratamento da hipertensão arterial em parceria com as secretarias de saúde estadual e municipal a partir de 2010.	1.1- Firmar parceria com as secretarias de saúde estadual e municipal para capacitação das equipes ESF em agosto de 2010. 1.2- Convocar os profissionais para reunião administrativa expondo a dimensão do problema e repassando as atualizações necessárias.	Humanos: Técnicos para capacitação (secretaria de saúde estadual e municipal). Equipe Estratégia da Família (enfermeiros, médicos, ACS e técnicos de enfermagem). Estrutural: local para capacitação (responsabilidade da secretaria de saúde municipal). Material: projetor de imagem, computador, extensão, pasta, caneta, papel com pauta, copos descartáveis, água mineral e café (responsabilidade da secretaria municipal de saúde).	1.1- ESF devidamente treinada para intervir junto aos problemas da população-alvo; 1.2- ESF voltada para promoção da qualidade de vida e que seja capaz de realizar diagnóstico precoce como também tratamento adequado. * Capacitação realizada pela Coordenação do Hiérdia/Semsa com resultado satisfatório para téc. de enfermagem em Rio Branco.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS (SMART)	ATIVIDADES	RECURSOS	RESULTADOS ESPERADOS
<p>2- Captar 70% de hipertensos na faixa etária de 30 a 59 anos, na área de abrangência das ESF dos municípios selecionados com base na pactuação de prioridades, objetivos, metas e indicadores acrescidos pelo estado no período de 2010 a 2012.</p>	<p>2.1- Calcular o nº de hipertensos esperados no sistema Vigitel 2008, Siab e Hiperdia para verificar possíveis discrepâncias entre os cadastrados e os esperados; 2.2- Reunir-se com a equipe interprofissional da unidade de saúde para planejar as estratégias de captação do grupo selecionado, bimestralmente, no período da tarde, no biênio 2010 a 2012; 2.3- Realizar o cadastro dos casos novos de hipertensão e avaliar o risco de desenvolvimento de doença cardiovascular, cerebrovascular e renal crônica em longo prazo, utilizando como parâmetros um instrumento de consulta de enfermagem (entrevista) e o escore de Framingham a partir do mês de setembro de 2010 (Caderno de Atenção Básica nº14, MS, 2006).</p>	<p>Humanos: toda a equipe das unidades de saúde. Estatísticos e demográficos: dados demográficos do sistema Vigitel 2008, Siab, Hiperdia e Ficha A e Caderno de Atenção Básica nº14. Materiais: computador, calculadora, caneta, bloco de papel para anotações, ficha de cadastro e de acompanhamento do Hiperdia. Estrutural: local para reunião.</p>	<p>2.1- Eliminar discrepâncias entre o número de hipertensos cadastrados e os esperados; 2.2- Planejamento e execução de estratégias de captação com equipe; 2.3- Conclusão dos cadastros e das avaliações dos hipertensos detectados.</p>



OBJETIVOS ESPECÍFICOS (SMART)	ATIVIDADES	RECURSOS	RESULTADOS ESPERADOS
<p>3- Acompanhar 70% dos pacientes captados e cadastrados com hipertensão arterial no período de 2010 a 2012.</p>	<p>3.1- Monitorar e controlar de forma contínua (mensalmente) os hipertensos existentes e os casos novos e seus fatores de risco, por meio de fichas de cadastro e avaliação do sistema Hiperdia, consultas médicas e de enfermagem como também através das visitas domiciliares;</p> <p>3.2- Realizar reunião coletiva quinzenalmente nas quartas-feiras do mês, no período da tarde, a partir de setembro de 2010 com o grupo selecionado na unidade de saúde, intensificando a transferência de conhecimentos básicos sobre a doença, origem, consequências, fatores de risco relacionados, os benefícios do tratamento medicamentoso, a importância da prática de atividade física e da alimentação saudável, associando à cultura popular. Os temas serão abordados por meio de recursos audiovisuais e de forma interativa;</p> <p>3.3- Avaliar trimestralmente o número de internações hospitalares por AVC no grupo selecionado, por meio de instrumento constituído por planilha (SIH).</p>	<p>Humanos: enfermeira, médico, téc. de enfermagem e acs, grupo de hipertensos, educador físico e nutricionista.</p> <p>Estatístico: planilha contendo o registro trimestral do número de internações hospitalares por AVC no grupo selecionado.</p> <p>Materiais: fichas de acompanhamento do Hiperdia, estetoscópio, esfigmomanômetro, estadiômetro, balança, caneta, lápis, borracha, televisor, aparelho para DVD, vídeos educativos sobre a hipertensão arterial e alimentação saudável e importância da prática de atividade física.</p> <p>Estrutural: sala de reuniões.</p>	<p>3.1- Fornecer para as ESF e gestores informações que permitam conhecer o perfil epidemiológico dos hipertensos e desenvolver ações de saúde para atender aos hipertensos voltados para atenção primária;</p> <p>3.2- Elevar o grau de conhecimento dos hipertensos sobre sua patologia e formas de tratamento;</p> <p>3.3 Reduzir as complicações de doenças cardiovasculares, os números de internações hospitalares e controlar os níveis pressóricos dos pacientes hipertensos na população selecionada.</p>

OBJETIVOS ESPECÍFICOS (SMART)	ATIVIDADES	RECURSOS	RESULTADOS ESPERADOS
<p>4- Adesão ao tratamento medicamentoso anti-hipertensivo em 70% do grupo selecionado por meio do empoderamento comunitário no período de 2012.</p>	<p>4.1- Envolver os membros da família como componentes facilitadores para adesão ao tratamento medicamentoso durante as visitas domiciliares (Costa e Nogueira, 2008); 4.2- Orientar os pacientes durante as consultas de enfermagem e médica sobre a importância do tratamento medicamentoso; 4.3- Formar parcerias com sociedade civil organizada por meio de seus representantes (conselhos, igrejas, associações etc.) para melhorar a adesão do público-alvo; 4.4- Divulgar as informações sobre o serviço e sua importância na mídia local.</p>	<p>Humanos: enfermeiro, médico, téc. de enfermagem, acs, membros da família do paciente, parceiros da sociedade civil. Materiais: papel, caneta, computador, impressora e tinta.</p>	<p>4.1- Aumentar a participação ativa da família na condução do tratamento medicamentoso; 4.2- Reduzir o abandono do tratamento medicamentoso do grupo selecionado e a manutenção da qualidade de vida; 4.3- Integrar outras instituições e órgãos para aumentar a participação da comunidade no processo de mudança; 4.4- Aumentar a divulgação do serviço de acompanhamento realizado nas unidades de saúde.</p>

PROJETO “NEM COM UMA FLOR”: ENFRENTANDO A VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR NO ACRE, UM RELATO DE EXPERIÊNCIAS.

Eliane Pedrozo de Moraes
Sulamitta da Silva Lima Guedes
Samara Araujo de Oliveira
Rozilaine Redi Lago

IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA

O problema da violência intrafamiliar contra mulheres, sendo crianças, adolescentes, adultas ou idosas, tem surgido com números cada vez maiores nas rotinas dos atendimentos das equipes de saúde da família. Este foi o ponto de partida para a escolha do problema, pois é considerado grave mesmo com apenas um caso, considerando todo seu contexto.

A pesquisadora Cecília Minayo afirma: “Por ser um fenômeno sócio-histórico, a violência não é, em si, uma questão de Saúde Pública e nem um problema médico típico. Mas ela afeta fortemente a saúde:

- provoca morte, lesões e traumas físicos e um sem número de agravos mentais, emocionais e espirituais;
- diminui a qualidade de vida das pessoas e das coletividades;
- exige uma readequação da organização tradicional dos serviços de saúde;
- coloca novos problemas para o atendimento médico preventivo ou curativo; e
- evidencia a necessidade de uma atuação muito mais específica, interdisciplinar, multiprofissional, intersetorial e engajada do setor, visando às necessidades dos cidadãos” (Minayo, 2006).

Segundo o painel de indicadores do SUS número 5, as violências representam a terceira causa de morte na população geral; entretanto, são as principais responsáveis pela morte dos brasileiros de 1 até 39 anos de idade. Em 2006, registrou-se um total de 48.424 homicídios e 33.602 óbitos provocados pelo trânsito. A violência doméstica e sexual, os maus tratos que vitimam diariamente crianças, adolescentes, mulheres e pessoas idosas, e outras formas de violência, a exemplo da exploração do trabalho infantil e do trabalho escravo, do tráfico de pessoas, da violência no ambiente de traba-

lho, da tortura e outras, ainda não são dimensionados em sua real magnitude e gravidade. Dados da pesquisa sobre Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), de 27 municípios, referentes ao período de 1º/8/2006 a 31/7/2007, mostram que o sexo feminino é a principal vítima das violências doméstica e sexual, da infância até a terceira idade (BRASIL, 2009).

OBJETIVO DO PROJETO

Este projeto objetivou descrever a experiência de trabalho de um grupo de enfermeiras envolvidas no manejo da violência intrafamiliar contra a mulher, na atenção primária à saúde no Brasil, nos respectivos âmbitos de atuação, bem como refletir sobre os resultados da interação de saberes entre culturas e realidades diferentes, no contexto de uma cooperação internacional entre Brasil e Canadá, por ocasião do curso de especialização em liderança de enfermagem na atenção primária à saúde. Além disso, buscou-se incentivar a discussão-reflexão sobre a violência intrafamiliar, como um problema de saúde pública, entre profissionais e comunidade, estimular o exercício de liderança em enfermagem na APS, no tocante ao enfrentamento da violência, e contribuir para a divulgação da estrutura da rede de acolhimento às vítimas de violência e das ações de prevenção da violência e cultura de paz realizada na APS.

PROPOSTAS DE INTERVENÇÃO E AÇÕES UTILIZADAS

No elenco das atividades executadas, constaram a apresentação do modelo lógico aos dirigentes das Secretarias Municipais de Rio Branco e Plácido de Castro, reunião com enfermeiros da APS na busca de envolver e sensibilizar para o problema, busca de parceria com a rede de apoio às mulheres vítimas de violência, encaminhamentos e orientações às mulheres vítimas de violência quanto aos serviços de proteção e também foi iniciada a formação de um grupo de mulheres para trabalhar com educação em saúde e promoção do empoderamento destas na unidade de saúde da família Boa Vista Sobral, em Rio Branco.

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Na abordagem de campo, percebeu-se que a violência intrafamiliar

assusta a comunidade e até a equipe multiprofissional na APS. Tal fato foi observado nas reuniões realizadas com a comunidade, com a equipe de profissionais de saúde e da gestão, evidenciado pelas contribuições de cada um na construção do modelo lógico. A comunidade espera que este problema seja resolvido por alguém, seja pela equipe de saúde ou pela segurança pública, além de reconhecer que a sociedade pede socorro e anseia por respostas urgentes e concretas.

Quanto aos profissionais de saúde, em especial os ACS, demonstraram conhecer a problemática, mas não desejam um envolvimento com as atividades propostas, em sua grande maioria, por medo e insegurança em razão do contato direto com a população nas visitas domiciliares. A gestão preocupa-se com o problema, mas, efetivamente, faltam-lhes apoio e envolvimento de todos os membros da rede de atenção à violência, visto que a maioria dos profissionais não se dispõe a programar ações de enfrentamento, desconhece a política de morbimortalidade por acidentes e violências e não atua em rede, apesar de afirmar conhecer a gravidade do problema e sua necessidade de intervenção eficaz.

Vale ressaltar que todos se mostraram sensíveis ao problema levantado pelo grupo e que esperam que a rede funcione e efetivamente se mostre articulada, podendo vislumbrar ações de prevenção à violência e promoção à saúde consolidadas. Contudo, identificamos lacunas no planejamento das ações, resolutividade e apoio às equipes de saúde da família, intra e intersetoriais.

CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES

A Secretaria Estadual de Saúde, por meio da Secretaria Adjunta de Atenção à Saúde e seus departamentos, vêm atuando na perspectiva da oferta de cooperação técnica aos municípios no estado. Esse movimento tem apresentado resultados na reestruturação do modelo de atenção à saúde, impactando nas ações de apoio à implantação de estratégias consideradas pelo Ministério da Saúde como prioritárias na qualificação das ações na APS. Este trabalho acompanhou a orientação nacional, cujo pressuposto para reestruturação do modelo de atenção à saúde configura-se por equipes multiprofissionais, como por exemplo, as equipes de saúde da família,

implantadas em todos os municípios do estado. Por isso, considera-se imprescindível a redefinição de diretrizes e o estabelecimento de pactos entre os gestores na manutenção dos processos de cooperação técnica entre as instâncias de gestão do SUS no Acre.

Considerou-se que mais a comunidade que os profissionais de saúde reconhece a violência como um problema de saúde pública e, ainda grita por ajuda e apoio na resolutividade dos processos há muito desencadeados pela violência. Contudo, não se pode negar a grande necessidade de apoio matricial às equipes de saúde da família, as quais estão diretamente vinculadas às famílias. Essa é uma luta incessante e incansável na rotina do trabalho dos profissionais da rede de acolhimento às vítimas de violência. Por outro lado, a rede de proteção ainda necessita ser claramente definida e fortalecida; possivelmente, quando todos os municípios do estado estiverem com os Núcleos de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde implantados essa integração da rede de apoio tenha mais concretude. Muitos são os desafios que ainda devem ser superados entre a gestão estadual e a municipal que podem contribuir para melhoria do acesso, organização dos serviços e qualidade das ações ofertadas pelos sistemas municipais de saúde no que se refere à saúde da mulher, principalmente às vítimas de violência.

Referências Bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 96p. Série

Cadernos de Atenção Básica, n. 8.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; ASSIS, Simone Gonçalves de; SOUZA, Ednilsa Ramos de. A violência na sociedade contemporânea e suas repercussões na saúde coletiva. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, June 2006.

_____. _____. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Prevenção de violências e cultura de paz. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 60p. Painel de Indicadores do SUS, n. 5.

_____. _____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. VIVA 2006 e 2007: vigilância de violência e acidentes. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 154p. Série G Estatística e Informação de Saúde.

LAGO, R. R.; FERREIRA, T. F.; KOIFMAN, R.; MUNIZ, P. T. **Violência auto-referida em Rio Branco-AC: inquérito populacional (2007-2008)**. Rio Branco, 2009. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Acre (UFAC).

RELATO DE EXPERIÊNCIA EM INTERCÂMBIO INTERNACIONAL DO CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO: LIDERANÇA EM ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE RIO BRANCO (ACRE).

Tema: Desenvolvendo habilidades de liderança em enfermagem na Atenção Primária à Saúde e superando limites.

Aldaysa Sampaio dos Santos

Danúzia da Silva Rocha

Maria Lupicina Vaz Santos

Mirlan Moura de Lima

RESUMO

O curso de pós-graduação em Liderança em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde foi realizado no sentido do aprendizado, na identificação das potencialidades próprias, bem como na ênfase à importância da enfermagem como replicadora dos conceitos de Liderança Colaborativa baseada em evidências. O presente artigo objetiva descrever o relato de experiência em Intercâmbio Internacional do Curso de Pós-Graduação em Liderança em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde no município de Rio Branco (Acre). A capacitação dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o estímulo crescente do usuário na responsabilidade e na construção do autocuidado são requisitos essenciais para a profunda transformação do SUS, principalmente na assistência básica, pois promove uma revolução no papel da cidadania, da liberdade e da autonomia desses sujeitos. Portanto, é necessário conhecer as condições inerentes no desenvolvimento das atividades dos profissionais da equipe de saúde da família, bem como o ambiente de trabalho em que eles atuam para que seja criado um programa de educação de acordo com a realidade deles e voltado para os seus anseios. Esta troca de experiência adquirida entre a Universidade de Enfermagem de Toronto, no Canadá e a Universidade Federal do Acre, no Brasil, evidenciou a prática de trabalho e o empoderamento, tanto da equipe de enfermagem quanto da comunidade. Foi conduzido por meio de processos metodológicos com pesquisa em evidências, formada por grupos heterogêneos. Dirigida aos profissionais que trabalham exclusivamente na Estratégia Saúde da Família em todo o estado, no qual tem grande importância e interesses nessa nova abordagem da APS.

Palavras-chave: Liderança em Enfermagem, Empoderamento, Atenção Primária à Saúde.

OBJETIVO GERAL

Contribuir com o ensino e a prática em Atenção Primária à Saúde a partir da vivência e dos conhecimentos adquiridos sobre questões teóricas e metodológicas apreendidas durante o processo ensino aprendizagem no Curso de Liderança em Enfermagem.

*Liderança em
Enfermagem na
Atenção Primária à
Saúde*

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. possibilitar o empoderamento da equipe e da comunidade a partir do conhecimento dos determinantes do processo saúde-doença;
2. valorizar a diversidade dos saberes propondo a corresponsabilidade da equipe e da comunidade para sua reflexão e seu autocuidado;
3. promover atualização das atribuições do papel dos diferentes atores envolvidos na APS, as quais são requisitos essenciais para transformação do SUS;
4. relatar experiências adquiridas com o curso de especialização em Lideranças de Enfermagem na APS para toda categoria da saúde; e
5. contribuir no planejamento de cursos dessa magnitude.

METODOLOGIA

O curso teórico teve início no mês de abril e término em agosto de 2010, distribuído em 5 (cinco) módulos, com 40 (quarenta) horas presenciais, durante 5 (cinco) meses e com atividade de campo preparatória para o módulo seguinte, tanto individual quanto em grupo – sempre com mediação das tutoras, que ficaram com dois grupos cada – os quais foram formados por sorteio, tanto com relação aos integrantes do grupo, quanto às tutoras, não importando o município de sua residência.

O curso foi desenvolvido na Universidade Federal do Acre (UFAC), cidade de Rio Branco, capital do estado do Acre. Os conteúdos teóricos foram ministrados por professores da Faculdade de Toronto, no Canadá, sendo alguns destes brasileiros, tendo como parceiros, professoras do Departamento

mento de Ciências da Saúde, na qualidade de tutoras. Tendo em vista o des-preparo dos alunos em relação à língua inglesa, as aulas foram traduzidas simultaneamente.

Em relação à dinâmica dos conteúdos, estes aconteceram de acordo com cada tema abordado e professor convidado, porém, sempre com aulas expositivas, dialogadas, trabalhos em grupo, pesquisa em laboratório de informática, debates, apresentação de convidados e recursos midiáticos.

O curso foi efetivado pela construção e pelo desenvolvimento de um **MODELO LÓGICO DE PLANEJAMENTO**, o qual é definido como uma ferramenta (planilha orientadora para o trabalho) para guiar intervenções e programas em saúde; serve para completar os passos necessários para planejar, implementar e avaliar um programa ou uma intervenção; mostra relação lógica entre identificar o mínimo de recursos para realizar as atividades e obter os resultados esperados. É composto geralmente por: definição do problema, objetivos, recursos, atividades e resultados. Os **componentes do modelo lógico** são: **recursos** – diz respeito ao que será investido para permitir o alcance dos resultados esperados; **atividades** – ações criadas para atingir a população ou os participantes, o que será feito; **resultados** – referem-se às mudanças esperadas e podem ser de curto, médio e longo prazos. E no momento de definir o problema, devem ser feitos vários questionamentos: qual é o problema; por quê; quem diz que é um problema; o que se sabe do problema e dos envolvidos e interessados nesse problema; o que acontecerá se nada for feito; o que existe de pesquisa e evidências já publicadas sobre esse problema e suas possíveis soluções; qual a sua experiência nisso. No momento de preparar os objetivos, é necessário deixar claro o que se espera de mudança da situação atual para o futuro e como saberá que atingiu o resultado que esperava (ROLIM SAMPAIO).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A importância para o grupo ao fim deste curso foi no sentido do aprendizado, na identificação das potencialidades próprias, bem como na importância da enfermagem como replicadora dos conceitos de Liderança Colaborativa baseada em evidências. Com a aplicação ética e a responsabilidade social e individual na comunidade por meio de investigação apreciativa, e ain-

da com o intuito de reforçar a atuação da enfermagem no conjunto complexo das práticas interdisciplinares e intersetoriais no campo da APS, desenvolver advocacia e envolvimento político (coordenação do serviço, apoio da comunidade e grupos existentes; apoio intersetorial e interprofissional; evidências científicas e dados locais; postura e liderança democrática; conhecimento/capacidade técnica) relevantes para o posicionamento estratégico, orientado para um sistema mais amplo da atenção primária, estimulando análise crítica do processo e da gestão de conflitos.

Entendemos o modelo lógico como uma ferramenta facilitadora do planejamento das ações a serem realizadas na Unidade de Saúde, melhorando assim a articulação com os demais profissionais, por meio das atividades propostas e realizadas. Definimos problemas com base em evidências científicas, elaboramos os objetivos geral e específicos no formato SMART significa sábio em inglês e os termos que compõem a abreviatura são: (S) específico, (M) mensurável, (A) atingível, (R) realista e (T) com tempo definido de implantação), propomos atividades, listamos os recursos necessários, bem como os resultados esperados e indicadores para avaliação, com a finalidade de justificar nossa reivindicação junto a gestores e parceiros. Contudo, ao incorporar esses princípios como bases fundamentais da prática efetiva da enfermagem na APS, com indivíduo, comunidades e população, sintetizando e aplicando os resultados de pesquisas no planejamento e na implementação de programas, políticas e práticas em APS, inovadoras e inclusivas com o fim de atender às necessidades de comunidades em curto prazo. Na análise e na reflexão em médio e longo prazos, desenvolvemos e consolidamos habilidades de liderança para influenciar decisões políticas e efetuar mudanças positivas no sistema de saúde por meio de transferência e intercâmbio de conhecimentos (“knowledge translation and exchange” ou KTE).

No decorrer do curso, houve uma atividade de estudo de caso clínico, não foi difícil, visto que já conhecemos o perfil da comunidade. Porém, aprendemos e desenvolvemos as habilidades de reconhecer como a questão do modelo lógico está relacionada à prática clínica individual e aos resultados da equipe interprofissional. Melhoramos desse modo, a percepção de como as questões do sistema de saúde podem afetar os resultados de casos clínicos individuais com a visualização da estrutura do Modelo Lógico. Esta reflexão aproximou-nos mais da percepção que a comunidade tem das questões

de saúde, e nos fez avaliar e perceber como a população lida com os casos de doenças comuns existentes entre eles, bem como ouvir mais e entender seu nível de conhecimento, facilitando a resolução.

Nos municípios de Santa Rosa do Purus, Brasiléia e Rio Branco os estudos de caso clínico foram importantes na busca de soluções práticas para os problemas de saúde de clientes sob nossos cuidados, e serviu também para ilustrar alguns aspectos da população, tais como: visão, crença e comportamentos diante de uma situação de doença. E essa percepção ajudou-nos a abrir caminhos e a traçar estratégias para abordar e trabalhar esse cliente, ao percebermos como as pessoas julgam o adoecimento. “Como uma fatalidade, que faz parte do processo de vida”, e esta é uma realidade que nos remete a pensar em problemas pequenos e de fácil tratamento, que podem gerar tantas complicações, como o tema do nosso modelo lógico trabalhado durante o curso, que abordou a redução de diarreia em menores de cinco anos. A forma como a comunidade comporta-se diante de um problema de saúde é um fator de risco muito importante para complicações, como desidratação etc. Por isso, a educação em saúde deve ser enfatizada dentro das sugestões/estratégias para otimizar o cuidado ao cliente, diminuindo as barreiras entre a comunidade e a equipe de saúde. Outra questão é a melhora da qualidade das visitas domiciliares, pois é por meio do conhecimento e do posterior empoderamento que disponibilizaremos de ferramentas adequadas para o cuidado. Contudo, para que isso se efetive, faz-se necessário sairmos da comodidade em que nos encontramos e irmos à procura de nosso cliente, conhecendo sua realidade, seus problemas, suas crenças, seus valores, sua situação socioeconômica e sua cultura, os quais diferem em muito de um município para outro.

Vale ressaltar a experiência do município de Santa Rosa do Purus (Acre), distante da capital Rio Branco em 300 km, em localidade de difícil acesso, o qual somente é possível por meio de duas vias, sendo a primeira fluvial, com tempo gasto médio de sete dias de viagem do município à capital e a segunda, via aérea, com percurso de uma hora. Uma prerrogativa do curso era a realização de uma reunião com a comunidade para abordagem sobre o problema trabalhado no modelo lógico (reduzindo a diarreia em menores de cinco anos), mas, por se tratar de grupos étnicos diversos, com cultura e costumes bastante diferentes, baixo nível de escolaridade, isso dificultou o

entendimento e compreensão das informações prestadas e a obtenção do resultado esperado pelo profissional em relação ao assunto abordado. Tal reunião transformou-se em um desafio a ser superado, e tal só foi possível mediante a utilização de várias estratégias de comunicação (escrita, oral, recurso audiovisual, cartazes, desenhos etc), Tudo isso com o objetivo de se fazer entender, facilitando a compreensão das mães, para que pudessem se envolver e colaborar no processo. Porém, foi um desafio, pois as pessoas calam-se por medo de questionar o enfermeiro, ocasionando perdas, por deixarem de expressar suas angústias, dúvidas, crenças ou mesmo experiências exitosas que poderiam ser compartilhadas, resultando em aprendizado mútuo.

Houve tentativa de empoderamento, estabelecendo uma dinâmica em que todos pudessem se sentir em uma relação democrática sem imposições e exigências, com o profissional assumindo uma posição de companheiro, de quem está ali para ajudar, de amigo, sem criticar o conhecimento da comunidade, mas somando-os.

Na condição de coordenador da Estratégia Saúde da Família no município e enfermeiro assistencial, adquire-se vários conhecimentos e poderes os quais serão utilizados para ajudar a comunidade no objetivo proposto, evitando as complicações causadas, como o desgaste por internações, a perda de um ente da família, e dos serviços de saúde, mantendo assim, uma boa relação, pois é uma ferramenta importante na atenção básica que tem como princípios a prevenção, a promoção e o trabalho em parceria com a população.

Esse é o caminho mais viável na execução, não só do modelo lógico, mas de qualquer trabalho dessa natureza. Diante desse cenário composto por raças, crenças e culturas tão variadas, com três etnias indígenas (60 % da população do município), ainda assim, percebemos alguns pontos fortes: envolvimento da comunidade; comprometimento e apoio de toda a equipe da Estratégia Saúde da Família e da secretaria municipal de saúde com o plano de trabalho; bom relacionamento entre os profissionais e a comunidade em geral; conhecimento de todas as pessoas da comunidade; ter um modelo lógico com objetivos SMART.

As principais oportunidades e desafios do envolvimento com a comunidade é fazer que aceitem a corresponsabilidade do cuidado, e que é preci-

so adaptar muitos dos seus hábitos, principalmente, na população indígena, na qual a falta de higiene de modo geral faz parte de sua própria cultura, que é preciso abrir as portas de suas casas para os profissionais de saúde. É realmente um desafio muito grande envolver os usuários em ações de prevenção, não impondo nossas práticas, porém, aproveitando e valorizando sua cultura e suas crenças da melhor forma. Entendemos que o baixo nível de escolaridade, de informações, e as condições de vida das pessoas serão aspectos que merecem atenção especial, visto que a maioria deles são condicionantes do processo saúde-doença.

O resultado da reunião servirá para rever, repensar, analisar e reformular as ações propostas no modelo lógico. A cada momento vivido deparamo-nos com uma nova situação, um mundo novo. Temos de lidar, articular e polir a porosidade, os atritos e conciliar a diversidade de saberes sem menosprezar ou diminuir o conhecimento das pessoas. Experiências como essas aproximam-nos ainda mais da comunidade, ultrapassam barreiras, diminui o abismo que muitas vezes o preconceito e o medo criam entre usuários e profissionais. Demonstrar maior interesse pelos clientes, criar espaços que favoreçam o contato, a aproximação dos profissionais de saúde e da comunidade em geral, a escuta qualificada também são um instrumentos válidos para melhorar o diálogo entre comunidade e prestador de serviço.

Durante o decorrer do curso, houve algumas dificuldades e limitações que foram aos poucos superadas. Teve início com o descumprimento dos acordos firmados pelos gestores, os quais, em sua maioria, deixaram a desejar com seus profissionais – em alguns casos, chegando a dificultar o acesso ao curso, com alegação do cumprimento da carga horária; em outros, o próprio aluno teve de custear suas despesas.

Outro fator foi a formação de grupos de trabalhos com profissionais de municípios geograficamente distantes que, por um lado, foi positivo, pois tivemos a oportunidade de compartilhar o processo de trabalho de outras equipes, com contextos diferentes, porém, dificultou a elaboração e a realização das atividades intermodulares, trazendo prejuízos e desgaste em decorrência de alunos que residem em locais de difícil acesso. Caso do município de Santa Rosa do Purus, distante da capital apenas 300 km, porém, o deslocamento acontece somente via fluvial ou aérea, esta última com dias predeterminados e em condições precárias, por se tratar de aeronave de pe-

queno porte, tendo de sair com antecedência e permanecer mais tempo que o necessário na capital, aguardando o dia e as condições favoráveis para o retorno. Pela via terrestre não há condição de tráfego; há pouca ou nenhuma condição de comunicação via internet ou por outros meios, dificultando o contato para elaboração das atividades propostas.

Quanto ao idioma (língua inglesa), que apesar de ser pré-requisito para cursar a Especialização, a maioria não dispunha dessa ferramenta, sendo necessária a utilização de tradução simultânea, considerando que nem sempre o tradutor conseguia traduzir corretamente o que o professor queria abordar (por questões culturais e também por não se tratar de profissional da área de saúde).

Em relação ao tempo de duração do curso (cinco meses), de forma modular e intensivo, isso acarretou uma sobrecarga dos trabalhos acadêmicos (extraclasse) e profissionais, ressaltando que ao término das aulas presenciais teríamos de retornar à rotina da Unidade de Saúde e continuar realizando atividades tanto do curso quanto das atribuições do enfermeiro.

Entretanto, ao término do curso, percebemos que apesar das particularidades individuais, das disparidades entre os municípios, da situação socioeconômica e cultural apresentadas por cada um no seu local de trabalho, dividimos as mesmas angústias, os mesmos problemas, porém, em contextos e locais diferentes. Em contrapartida, poderemos utilizar os saberes científicos assimilados durante todo o processo de aprimoramento para superar essas dificuldades, as necessidades e os fatores de risco e embasá-los por meio de evidências, propondo intervenções com eficiência e eficácia.

Este curso facilitou ainda a articulação e a relevância da enfermagem no contexto da Atenção Primária à Saúde, por meio da compreensão dos conceitos de liderança colaborativa, responsabilidade social e individual da comunidade por meio de investigação apreciativa e advocacia política com o intuito de reforçar o conjunto complexo das práticas interdisciplinares e intersetoriais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O curso trouxe uma abordagem inovadora, tanto pedagógica quanto curricular, e oportunizou o compartilhamento de práticas profissionais, ul-

trapassando as esferas intermunicipal, interestadual e internacional – algo inovador e pioneiro em nosso país. Promoveu a liderança colaborativa e sustentável entre os enfermeiros; o planejamento de programas e avaliação; a ética à equipe interprofissional; as práticas e pesquisas baseadas em evidências; e o desenvolvimento de uma comunidade de prática. As atividades presenciais e extraclasse (atividades preparatórias) foram de fundamental importância mesmo com as dificuldades de interagir com os membros do grupo durante a dispersão. Nesse intercâmbio, tivemos a oportunidade de troca de experiências, tanto com os colegas dos municípios quanto com os profissionais altamente qualificados de um país em destaque na Atenção Primária. Em contrapartida, tivemos grandes disparidades no decorrer do curso, as quais, algumas foram superadas e/ou ajustadas.

Quanto aos limites que precisamos superar, estes são inerentes à nossa própria região, como as disparidades entre municípios, gestores, equipes e profissionais. Conforme foi dito, o acesso, tanto geográfico quanto aos meios de comunicação, foi um fator relevante. Temos como um dos produtos desse curso nossa inserção na comunidade de prática, publicando resultados de pesquisas exitosas e participando mais ativamente do processo de trabalho da equipe.

_____ Referências

AMARAL, L. A. e col. Água de consumo humano como fator de risco à saúde. **Rev. Saúde Pública**, n.37, v.4, p. 510-514, ago. 2003.

CASTRO, A. L. B.; MACHADO, C. V. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. **Cad. Saúde Pública** [online], v.26, n.4, p. 693-705, 2010.

GIOVANELLA, L. Atenção primária à saúde seletiva ou abrangente? **Cad. Saúde Pública** [online], v.24, supl.1, p. s21-s23, 2008.

_____; Mendonça, M.H.M. Atenção primária à saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Cebes, 2008. Cap.16, p.575-625.

http://www.saude.ac.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=98:acree-escolhido-para-desenvolver-cooperacao-internacional-com-o-canada&catid=36:noticias&Itemid=44>.

HAMMERSCHMIDT, K. S. A.; LENARDT, M. H. **Texto contexto -Enferm.** [online], v.19, n.2, p.358-365, 2010.

MENDES, I.J. M.; BATTAGLION NETO, A.; PEREIRA JUNIOR, J. A. Perspectiva de ampliação das funções da unidade básica de saúde: relato de experiência. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online], v.4, n.1, p. 119-129, 1996.

MENDONÇA, M. H. M.; VASCONCELLOS, M. M.; VIANA, A. L. D. Atenção primária à saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública** [online], v.24, supl.1, p. s4-s5, 2008.

_____; MARTINS, M. I. C.; GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S. Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia de Saúde da Família. **Ciênc. Saúde Coletiva** [online], v.15, n.5, p. 2.355-2.365, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação de Vigilância das Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar.

SCHMITZ, M. E. e cols. **A enfermagem em pediatria e puericultura**. São Paulo: Atheneu, 1995.

SLALINSKI, L. M.; SCOCHI, M. J.; MATHIAS, T. A. F. A utilização do método Altadir de Planejamento Popular em 131 atividades de estágio curricular. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 5, n. 1, p. 75-81, jan./abr. 2006.

PEREIRA, I. V. ; CABRAL, I. E. Diarreia em crianças menores de um ano. Escola Ana Nery. **Rev. de Enfermagem**. Jun. 2008.

Disponível em: <www.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_dta.pdf>. Acesso em: 19 jul. 2010.

ROLIM, S.; PEDRO, G. A. L. **História do PSF no país e no RS**– Apoio ao Programa Saúde da Família.

UNIVERSITY OF WISCONSIN. Program Development and Evaluation. **Modelo lógico completo**. Disponível em: <<http://www.uwex.edu/ces/pdande/evaluation/index.html#retrieved>>. Acesso em: 26 mar. 2004.101.

WONG, D. L. Enfermagem pediátrica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999. Disponível em:

<<http://www.ebah.com.br/manual-de-dda-pdf-a55030.html>>. Acesso em: 19 jul. 2010.

A COLABORAÇÃO INTERNACIONAL PARA LIDERANÇA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE ENFERMEIROS DO ESTADO DO ACRE

Adriana Maria Vieira Lobão
Fernando Rossi
Geruza Brito Sarkis
Maria de Souza Albuquerque
Polyana Caroline de Lima Bezerra

RESUMO

O presente artigo consiste no relato de experiência dos autores, enfermeiros da Atenção Primária do estado do Acre, durante a construção de um modelo lógico, que é um instrumento de elaboração de projetos, como parte das atividades do curso de pós-graduação *Lato Sensu* em Liderança na Atenção Primária à Saúde, realizado pela Universidade de Toronto em parceria com a Universidade Federal do Acre. A metodologia do curso constituiu na escolha de um tema de relevância no âmbito da Atenção Primária à Saúde e na elaboração de um planejamento de enfrentamento deste problema utilizando o modelo lógico. Os autores escolheram como tema a ser trabalhado a Alimentação Complementar Saudável entre crianças de seis meses a dois anos de idade, cujas famílias estão cadastradas no programa Bolsa Família. A escolha por este tema foi dada por considerarmos um componente importante na estratégia de combate à mortalidade infantil, por possuir um baixo custo de implantação e de execução, por dispor de banco de dados atualizado, importante para a mensuração da efetividade das ações executadas. São relatadas as etapas de elaboração, de implantação e de execução do projeto nas unidades de saúde de atuação profissional de cada autor, bem como os seus resultados obtidos.

Palavras-chave: Atenção Primária, Recomendações Nutricionais, Planejamento em Saúde.

INTRODUÇÃO

No Brasil, a Atenção Primária à Saúde (APS) vem se fortalecendo por

meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF), que é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade.

As equipes da ESF têm como atribuições conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, identificando os problemas de saúde prevalentes e situações de risco, prestando assistência integral com ênfase nas ações de promoção à saúde (BRASIL, 1996).

Um país só pode afirmar que tem um sistema de saúde com base na APS, quando seu sistema de saúde caracteriza-se por justiça social e equidade; autorresponsabilidade; solidariedade internacional; e aceitação de conceito amplo de saúde; quando enfatiza a compreensão da saúde como um direito humano e a necessidade de abordar os determinantes sociais e políticos mais amplos da saúde (CONASS, 2007).

A comparação internacional mostra que a implementação de diferentes concepções de Atenção Primária à Saúde está condicionada pelo modelo de proteção social à saúde em cada país. Assim, nos países europeus, os serviços ambulatoriais de primeiro contato estão integrados a um sistema de saúde de acesso universal, isto é, o direito à saúde é garantido por meio de sistema universal com financiamento público ou por meio de contribuições específicas a seguros sociais, na prática universal, e a seletividade da Atenção Primária à Saúde não se coloca como questão: a atenção individual é garantida em todos os níveis. Nos países europeus com serviços nacionais de saúde, a Atenção Primária à Saúde é porta de entrada de um sistema de atenção à saúde de acesso universal. Nos países com seguros sociais, a Atenção Primária à Saúde é pouco desenvolvida e não se constitui na porta de entrada, predominando o cuidado individual e a livre escolha (GIOVANELLA, 2006).

Trabalhar em família não é tarefa fácil e exige dos profissionais de saúde a análise acurada do contexto socioeconômico e cultural, em que a família está inserida, analisando suas representações perante a sociedade,

conhecendo a sua realidade a fim de desvendar o entendimento da família para que o conhecimento se funda à prática, a fim de superar os limites e as possibilidades para a concretização das propostas. Não se pode desvincular o indivíduo do meio em que vive, uma vez que a família, como grupo, previne, tolera e corrige problemas de saúde. Desse modo, não se pode separar a doença do contexto familiar, e por ser um elemento tão imprescindível, a família deve ser compreendida como uma aliada da equipe de saúde, atuando como um recurso na promoção do conforto, para o paciente adquirir confiança e, assim, investir na sua recuperação (KAPLAN, 2007).

A integralidade do cuidado é um enorme desafio para as equipes de saúde da família, esta é entendida pela capacidade da equipe em se articular internamente, em um trabalho em equipe e não em grupo, isso significa mudar a prática cotidiana, desenvolvendo a capacidade das equipes de atuar integrando as diversas áreas programáticas com a demanda espontânea das unidades, respondendo de forma equilibrada a essas duas demandas. O conceito de integralidade é um dos pilares a sustentar a criação do Sistema Único de Saúde, seu cumprimento pode contribuir muito para garantir a qualidade da atenção à saúde. Quando se considera a abrangência do conceito de integralidade, tal como descrito acima, pode parecer uma contradição a definição transcrita no texto constitucional: atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais (BRASIL, 1988).

A investigação em enfermagem de saúde da família no Brasil é muito recente, apesar de constar artigos datados de 1993, nos periódicos indexados à base Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), as publicações estão mais direcionadas à descrição das mudanças que estavam ocorrendo no modelo de atenção básica à saúde em nosso país do que ao próprio processo de trabalho da enfermagem e suas produções científicas. O papel do enfermeiro em saúde da família implica em relacionar todos os fatores sociais, econômicos, culturais etc., apresentados e não apenas em lidar com as situações de saúde e doença da família, mas também interagir com situações que apoiem a integridade familiar (ANGELO & BOUSSO, 2010).

No estado do Acre, foi implantada a gestão compartilhada (entre estado e município), na qual a ESF é de responsabilidade dos governos mu-

nicipais e o estado assume a condução da política e a operacionalização da média e alta complexidade. Atualmente, 131 equipes de saúde da família atendem a 60,64% da população, o que corresponde a 412.416 indivíduos da população do Acre, dos atuais 680.073 habitantes do estado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

O presente relato descreve a experiência dos autores como alunos do Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Enfermagem: Liderança em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde (APS), realizado pelo Ministério da Saúde, por intermédio do Departamento de Atenção Básica, em cooperação com a Faculdade de Enfermagem Lawrence S. Bloomberg da Universidade de Toronto-Canadá em parceria com as Universidades Federais do Acre e de Mato Grosso do Sul e com apoio das Secretarias Estaduais de Saúde dos estados supracitados.

O relato objetiva compartilhar a evolução dos autores durante a realização das atividades do curso, cuja metodologia constituiu-se na escolha de um tema de relevância no âmbito da Atenção Primária à Saúde e na elaboração de um planejamento de enfrentamento deste problema utilizando o modelo lógico. Os autores escolheram como tema a ser trabalhado, a Alimentação Complementar Saudável para crianças de seis meses a dois anos de idade, cujas famílias estão cadastradas no programa Bolsa Família. O consumo alimentar na infância está intimamente associado ao perfil de saúde e nutrição, em especial entre as crianças de dois anos de idade. A prática alimentar inadequada nos dois primeiros anos de vida, particularmente nas populações menos favorecidas, está associada ao aumento da morbidade, representada por doenças infecciosas, desnutrição, excesso de peso e pelas carências específicas de micronutrientes, tais como: ferro, zinco e vitamina A. (ENPACS, 2010). Relatamos as etapas de elaboração, de implantação e de execução do projeto nas unidades de saúde de atuação profissional de cada autor, bem como os seus resultados obtidos.

A pós-graduação *Lato Sensu* Liderança em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde propôs a valorização da enfermagem na Estratégia Saúde da Família (ESF) e para isso previu a discussão da prática dos enfermeiros nas diferentes realidades encontradas nos municípios do estado.

O curso foi desenvolvido no período de abril a agosto de 2010, por meio de cinco módulos presenciais de 40 horas e atividades tutoriais desen-

volvidas pelos professores do Centro de Ciências da Saúde e do Desporto (CCSD) da Universidade Federal do Acre (UFAC). O conteúdo programático foi desenvolvido por meio de módulos interrelacionados que contemplaram os seguintes tópicos: planejamento de programas e avaliação; liderança colaborativa, ética e equipe interprofissional; práticas e pesquisa participativa na comunidade; práticas clínicas baseadas em evidências e sua articulação com os demais momentos do processo de trabalho; além do desenvolvimento de uma comunidade de prática. Com isso, pretendeu-se apoiar a construção da capacidade de enfermagem na Atenção Primária, promover o papel de liderança de enfermeiros e educadores por meio da disponibilização de tecnologias relevantes para a prática e construir elos entre universidades como facilitadoras da transferência de tecnologias e conhecimento.

As articulações entre os diferentes temas foram exploradas ao longo dos módulos com o intuito de explicitar conexões existentes entre as práticas comunitárias e clínicas, os modos de organização dos serviços e dos processos de trabalho em equipe interprofissional e seu impacto na oferta do cuidado, assim como dos dilemas morais que aquelas questões acarretam durante o desenvolvimento do trabalho cotidiano e do exercício da enfermagem nos serviços de atenção básica de saúde. A integração dos conteúdos ao longo do curso foi facilitada pelo desenvolvimento de um modelo lógico de planejamento que permitiu aos participantes utilizar conhecimentos prévios, aplicar os conteúdos apresentados e aprender com seus pares, além de servir de modelo de intervenção no campo do ensino, da clínica ou da gestão.

Os encontros presenciais iniciaram-se no dia 26 de abril de 2010 e aconteciam em sala da pós-graduação do CCSD da UFAC, de forma modular, em que cada encontro presencial tinha duração de cinco dias por mês, sempre na última semana de cada mês, no horário das 08h às 17h horas. Os encontros presenciais eram obrigatórios, e a não observância desta regra acarretava na exclusão do aluno. Foi observado um rígido controle de presença, sendo um dos elementos de avaliação dos alunos. Os professores da Faculdade Bloomberg da Universidade de Toronto ministravam as aulas teóricas durante quatro dias e no quinto dia de cada módulo eram realizadas as atividades de tutoria por meio dos professores locais da UFAC, em que se desenvolviam reuniões para articulação de projetos de integração com serviços, pesquisas e discussão bibliográficas, além da exposição de aula teórica

com o objetivo de reforçar o conteúdo programático ministrado pelos professores do Canadá e demonstrar sua aplicabilidade levando em consideração as especificidades do estado.

As atividades desenvolvidas com os alunos foram realizadas mediante formação de 10 grupos, cada um composto por quatro membros escolhidos de forma aleatória. Nosso grupo foi formado por uma enfermeira residente e atuante na capital do estado, Rio Branco, um enfermeiro residente do município de Mâncio Lima, uma enfermeira da cidade de Capixaba e uma enfermeira residente da cidade de Plácido de Castro. O referido grupo recebeu a denominação de grupo 5, neste mesmo momento foram definidas a tutoras que acompanhariam cada grupo. Durante as atividades do primeiro encontro presencial, foi solicitado a cada grupo que definisse um assunto relacionado às atividades de atenção primária para ser trabalhado durante o desenvolvimento das atividades no decorrer do curso. Assim sendo, após reunião entre os membros do grupo, foi definido o tema da Alimentação Complementar Saudável. Segundo Marconi e Lakatos (1996) e Levin (1985), a população a ser pesquisada ou o universo da pesquisa é definida como o conjunto de indivíduos que partilham de, pelo menos, uma característica em comum. Dessa forma, o universo dessa pesquisa é formado pelo conjunto de crianças entre seis meses a dois anos de idade, cujas famílias estão cadastradas no programa Bolsa Família. A escolha deste público-alvo deu-se por considerarmos os dados sobre crescimento/desenvolvimento das crianças atendidas pelo Programa Bolsa Família atualizados e, por isso, possibilitarem uma avaliação sistemática das ações desenvolvidas.

Definidos os membros do grupo, o tutor responsável e o tema a ser abordado, após o fim do primeiro encontro presencial foi-nos solicitado o desenvolvimento de uma atividade extraclasse, que consistia na realização de uma reunião com a equipe multiprofissional da unidade de saúde em que cada membro do grupo atuava em seu município, para a apresentação do tema a ser trabalhado na unidade e de que forma seria abordado, pois durante as atividades presenciais do primeiro módulo trabalhamos a construção do modelo lógico, uma forma de planejamento e execução de projetos. De acordo com McLaughlin e Jordan (2004), modelo lógico é um método que explicita a teoria de um programa, permitindo verificar se o desenho do seu funcionamento está adequadamente orientado para alcançar os resultados

esperados. O modelo lógico serve de base para a execução do projeto.

Após a realização da reunião, cada membro deveria realizar um relato desta atividade. O enfermeiro do município de Mâncio Lima desenvolveu a atividade com a realização da reunião para apresentação do tema à equipe da Secretaria Municipal de Saúde do município. Para a reunião, foram convidados os profissionais da equipe multiprofissional, inseridos no contexto da atenção primária, envolvidos indireta ou diretamente com o tema, além de serem coordenadores das áreas técnicas. Ao fim das discussões, todos chegaram à conclusão de que devemos agir de forma efetiva para a adoção da alimentação complementar adequada, por parte dos pais. A enfermeira de Plácido de Castro realizou uma atividade semelhante em que estiveram reunidos os membros da equipe multiprofissional até mesmo com a presença do médico da equipe, quando a enfermeira apresentou o que ela mesma denominou como “Recomendações para as Políticas Municipais de Enfrentamento da Desnutrição Infantil”.

Os profissionais presentes realizaram considerações e ao fim das discussões foi elaborado um pré-projeto para o enfrentamento do problema, utilizando o modelo lógico como base desta atividade.

A enfermeira de Capixaba realizou as atividades com a participação dos colaboradores da unidade de saúde e com membros da gestão, que foram receptivos à nova ideia, e questionaram quanto à faixa etária a ser atendida e por que apenas as famílias atendidas pelo Programa Bolsa Família, o que foi argumentado pela necessidade de se trabalhar com evidências, dados confiáveis, porém, o que não impediria de incluir, posteriormente, as demais crianças da unidade, após implementação e avaliação deste projeto inicial. A enfermeira atuante na gestão desenvolveu uma atividade realizando um memorial. Assim deu-se as atividades do primeiro módulo, com a participação de todos os membros de nosso grupo em cada localidade onde residiam e atuavam.

Dando sequência às atividades, reunimos-nos para os encontros do segundo módulo, que ocorreu nas dependências da Universidade Federal do Acre, em Rio Branco. Foi dada continuidade à construção do modelo lógico e após as atividades de concentração foi-nos solicitada a realização da atividade de dispersão. Nessa fase do curso, deveríamos fomentar a participação da comunidade com a apresentação do projeto para apreciação dos mem-

bros da sociedade organizada e representante da comunidade. Dispersamos-nos e retornamos aos nossos municípios e realizamos as atividades, como a participação em reunião do conselho municipal de saúde, oportunidade perfeita para a realização das discussões sobre o tema com a comunidade; realização de reunião com pais e responsáveis nas unidades de saúde de atuação dos componentes do grupo; atividade com a Coordenação Estadual da Área de Nutrição e Alimentação Infantil. O conselho municipal solicitou informe mensal sobre a evolução do projeto, a coordenação estadual garantiu apoio com disponibilização de materiais didáticos e suporte técnico e as comunidades atendidas apoiaram a execução das atividades.

Neste estágio, tinha-se um projeto elaborado, um modelo definido, construído com a participação dos gestores, da equipe multiprofissional e da comunidade. Tínhamos o compromisso de apoio de cada setor consultado, e ao fim desta atividade foram agregados conhecimentos e maior apoio para a realização das atividades do curso. Os primeiros resultados foram positivos.

As atividades do terceiro módulo desenvolveram-se no mês de junho, nas dependências da Universidade Federal do Acre, e depois de uma semana reunidos retornamos para os municípios de lotação. A atividade de dispersão deu-se com a elaboração de um caso clínico que exemplificasse o problema abordado pelo grupo. Esta atividade foi considerada pelo grupo como sendo de grande importância, pois abordamos a realidade e a especificidade de cada comunidade. Os casos clínicos são as explicitações dos números que observamos quando apresentamos um gráfico para evidenciar a ocorrência de determinada enfermidade, pois coloca o profissional de frente com a realidade de cada comunidade, grupo ou sociedade. Tivemos a oportunidade de relatar a realidade de uma população que convive com as precariedades impostas pela condição social e pela condição cultural, em que a mortalidade infantil é encarada como um fato corriqueiro e sem maiores implicações que não as de cunho sentimental; as de cunho legal e moral são banalizadas pela condição social, que abrange a condição educacional, laboral e financeira de cada família atingida pelo flagelo da exclusão; onde direitos e benefícios constitucionais como saúde, educação, emprego e renda, são meros luxos e não necessidades humanas básicas. A visão distorcida dos integrantes destas comunidades e a inoperância do componente público criaram uma multidão de excluídos que, sem acesso ao conhecimento e aos meios de

controle, prolifera a pobreza e perpetua essa condição miserável. Os relatos contidos nos estudos de caso realizados são um retrato da realidade enfrentada diariamente em nossas atividades de atenção primária à saúde.

Apesar de os casos clínicos elaborados terem apresentado diferenças entre os autores, a precária condição socioeconômica da população, a falta de apoio na rede familiar e social têm resultado marcante na situação nutricional das crianças nos municípios estudados. Durante as atividades, foram identificadas algumas situações como a precária situação de habitação. Segundo relato dos moradores, quando há a ocorrência de grandes chuvas, todos os cômodos da casa são alagados. Observam-se precárias condições de saneamento básico e higiene das residências, precária condição social da família, evidência de desestruturação familiar. As semelhanças eram predominantes nas famílias pesquisadas como as de baixa renda ou renda variável, fruto de trabalho informal, situação de abandono, precária condição social, desemprego e falta de controle da natalidade. A natalidade foi um aspecto descrito por todos, pois observamos grupos familiares formados por seis, sete ou oito membros, entre pais, filhos e avós, nos quais os filhos tinham diferença de idade muito pequena.

Os exames físicos demonstraram peso e estatura abaixo do ideal para a idade; utilizamos na pesquisa os parâmetros contidos nos manuais do Ministério da Saúde.

Em geral as mães não cumpriram com o cronograma de consultas de pré-natal, houve relato de mães que não realizaram nenhuma consulta de pré-natal.

Observou-se analfabetismo materno e desemprego e abandono da prática do aleitamento materno.

O quarto encontro presencial deu início ao penúltimo módulo no mês de julho, quando realizamos algumas alterações no projeto.

Foi realizada a exposição dos casos clínicos individuais para que pudéssemos discutir o impacto em um problema de saúde identificado no modelo lógico e as possíveis soluções que o grupo pudesse fornecer (sugestões/estratégias) para otimizar o cuidado ao cliente. Após as apresentações houve considerações por parte das professoras e sugestões de melhora. As sugestões foram acatadas e as melhorias executadas, contribuindo para a construção do modelo lógico. Ao fim das atividades de concentração do

quarto módulo, foi solicitado aos membros dos grupos que se preparassem, pois durante a realização do quinto módulo realizaríamos a apresentação do nosso trabalho final, o qual seria avaliado e o melhor trabalho seria premiado com uma viagem ao Canadá.

Durante o período de dispersão, as dificuldades de comunicação ficaram evidentes, principalmente em razão do distanciamento geográfico entre as cidades de residência de cada um dos membros do grupo e, por fim, a apresentação foi elaborada e apresentada por todos.

O quinto e último módulo do curso foi realizado no mês de agosto e teve início com as atividades do encontro presencial com os professores. Esse módulo foi reservado para a apresentação dos trabalhos com o modelo lógico.

Foi realizado um sorteio da ordem de apresentação dos grupos, o grupo 5 ficou com a terceira apresentação do dia. Foi observado que a aflição estava estampada na face de cada membro dos 10 grupos, e à medida que se aproximava a apresentação, a ansiedade aumentava e os sinais eram evidentes: tremor e sudorese generalizada, afinal foram quatro meses de trabalho intenso. Tivemos a satisfação de ter realizado um trabalho importante para o incremento de nosso conhecimento. Não fomos agraciados com o prêmio, mas encerramos as atividades com o sentimento de ter desempenhado as atividades da forma mais eficaz possível, e a satisfação em chegar ao fim dessa jornada foi infinitamente gratificante para todos os membros do grupo. Por fim, ficam nossos agradecimentos à tutora, que com muita destreza orientou as atividades do grupo que fez deste relato a última atividade desta jornada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção de um modelo lógico foi importante em diversos aspectos, pois fomentou a participação dos membros da equipe multiprofissional e da comunidade na elaboração do planejamento das ações que os envolvem diretamente e apresentou aos enfermeiros um novo instrumento de elaboração e execução de projetos.

As contribuições à comunidade e aos profissionais ficaram evidenciadas com os elementos criados durante a execução das atividades solicitadas, pois o objetivo do desenvolvimento das atividades era dar subsídios

aos enfermeiros da atenção primária para liderarem as equipes em prol de uma melhor execução das atividades de assistência à comunidade adscrita à sua unidade.

Os autores tiveram a oportunidade de desenvolver em seu âmbito de trabalho um instrumento científico que dá subsídio para planejar, executar e mensurar projetos, trabalhando de maneira conjunta com a comunidade que deve participar das atividades e a equipe multiprofissional que auxilia na execução, como elemento importante para o sucesso nesta empreitada. Esse momento traz ao enfermeiro a possibilidade de exercitar a sua liderança, de forma empoderada e capaz.

Por fim, o relato de todos os passos executados durante a participação nesta atividade de qualificação trouxe a cada um a possibilidade de crescimento dentro de um cenário de infinitas possibilidades como é a Atenção Primária à Saúde, na qual o contato com a comunidade é mais intenso e os meios de combate a enfermidades são mais efetivos, menos oneroso e os resultados mais evidentes.

REFERÊNCIAS

ANGELO, M.; BOUSSO, R. S. **Fundamentos da assistência à família em saúde**. Manual de enfermagem. Disponível em: <<http://www.ids-saude.org.br/enfermagem>>. Acesso em: 10 set. 2010.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Cap. II, seção II, art. 198, 1988.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia de organização dos serviços de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

_____. _____. Departamento de Atenção Básica (DAB). **Banco de dados da atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. _____. **Estratégia nacional para a alimentação complementar saudável (Enpac)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). **Atenção primária e promoção da saúde**. Brasília: CONASS, 2007.

FERREIRA, A. B. H. **Novo Dicionário da Língua Portuguesa**, Koogan, Abrahão & Houaiss, Antônio. Enciclopédia e Dicionário Ilustrado. Rio de Janeiro: Delta, 1997. 1730p. p. 477.

GIOVANELLA, L. A atenção primária à saúde nos países da União Europeia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. **Cad. Saúde Pública**, 22, p. 951-63, 2006.143

KAPLAN, H. I.;SADOCK, B. J.;GREBB, J. A. **Compêndio de psiquiatria clínica**. 9. ed. Porto Alegre:Artes Médicas, 2007.

LEVIN, J. **Estatística aplicada a ciências humanas**. São Paulo: Harbra, 1985. 392 p.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa**: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1996. 231p.

McLAUGHLIN, J.; JORDAN, G. **Using logic models**:handbook of practical program evaluation. holley, J, 2004.

NOBREGA, M. M.L. **Utilização da linguagem dos diagnósticos de NANDA**. 1. ed. São Paulo:Art&, 2002. 87p.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS. Faculdade de Enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 6, n. 2, 2004..

RELATO DE EXPERIÊNCIA DA CONSTRUÇÃO DO MODELO LÓGICO “VIVER BEM COM DIABETES”

Alcione Daniela Borges Ribeiro¹

Jocelene Soares de Souza²

Patrícia Gomes da Costa³

Maria Fernanda de Sousa Oliveira Borges⁴

¹Enfermeira no município de Cruzeiro do Sul-Acre, ²Enfermeira no município de Rio Branco-Acre; ³Enfermeira no município de Xapuri-Acre; ⁴Tutora do curso, pela Universidade Federal do Acre.

INTRODUÇÃO

A população brasileira tem vivenciado nas últimas décadas um processo de mudança no perfil de morbimortalidade, decorrente das transformações sociais e econômicas que proporcionaram uma inversão no padrão epidemiológico do país, traduzidas pela redução da prevalência de doenças infecciosas e predomínio das doenças crônicas não transmissíveis, entre as quais se destaca o *Diabetes Mellitus* (CARMO *et al.*, 2003; SARTORELLI & FRANCO, 2003).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o número de portadores de diabetes em todo o mundo, no ano 2000, era aproximadamente 177 milhões, com expectativa de alcançar 350 milhões de pessoas em 2025. No Brasil, dados estatísticos indicaram a existência de 6 milhões de portadores em 2006, com estimativa para 10 milhões de pessoas em 2010 (BRASIL, 2006).

Considerado epidemia mundial pelos crescentes índices que apresenta, o diabetes se configura como um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por aumento das taxas de glicose sanguínea e associado a complicações que comprometem o funcionamento de diversos órgãos, como olhos, rins, nervos, cérebro e coração, gerando impactos sociais e econômicos que tornam essa patologia grande desafio para os sistemas de saúde (BRASIL, 2001).

Diante disso, o Ministério da Saúde do Brasil tem reconhecido a importância da prevenção como prioridade estratégica para reduzir o ônus do

diabetes e suas complicações na população brasileira, por meio de medidas antitabágicas, políticas de atividade física, alimentação e nutrição com ênfase na promoção da saúde, e ações de atenção à hipertensão e ao diabetes, com garantia de medicamentos básicos na rede pública, estabelecimento de protocolos e capacitação de profissionais (BRASIL, 2001).

Nesse sentido, a adoção da Estratégia Saúde da Família como política de reorganização da Atenção Primária à Saúde, por sua conformação e processo de trabalho, estabelece as condições mais favoráveis de acesso às medidas de abordagem de assistência à saúde que as doenças crônicas não transmissíveis exigem (GIOVANELA & MENDONÇA, 2009).

Sendo assim, o presente relato de experiência foi elaborado a fim de descrever a vivência de um grupo de enfermeiras da Atenção Primária à Saúde na construção de um modelo lógico de planejamento e intervenção diante da problemática evidenciada pelo alto índice de complicações entre portadores de diabetes na faixa etária de 30 anos ou mais no município de Xapuri, Rio Branco e Cruzeiro do Sul no estado do Acre, como parte do processo de aprimoramento profissional proporcionado por uma colaboração internacional de ensino entre Brasil e Canadá.

RESULTADOS: RELATO DE EXPERIÊNCIA

No primeiro módulo de aula, após definição do grupo e tutoria, escolhemos trabalhar o tema *Diabetes* para a elaboração do modelo lógico. Dúvidas havia se trabalharíamos o problema do diabetes em idosos ou em outra população. Contudo, até o final do primeiro módulo chegamos a um consenso de que trabalharíamos com o tema diabetes na população com idade de 40 anos de idade ou mais, definindo como título do projeto o termo “Viver Bem com Diabetes”.

Após o primeiro encontro presencial, foi-nos solicitado o desenvolvimento de uma atividade, que consistia na realização de uma reunião com a equipe multiprofissional tanto com a unidade de saúde onde cada membro do grupo atuava em seu município quanto com a gestão, para a apresentação do tema a ser trabalhado na unidade e também da forma como seria abordado na construção do modelo lógico.

O objetivo do encontro com integrantes da equipe multiprofissional

de saúde das Unidades selecionadas se direcionou para a apresentação e abertura de sugestões do projeto do modelo lógico, a identificação do problema, as atividades a serem desenvolvidas, os recursos necessários e os resultados esperados, evidenciados por indicadores.

Entre os convidados a participar da reunião em Cruzeiro do Sul e Xapuri, encontravam-se profissionais que fazem parte da equipe multiprofissional, Enfermeiros, Educadora Física, Nutricionista e Agentes Comunitários de Saúde.

Atuando na gestão em Rio Branco, uma das enfermeiras realizou uma reunião a que foram convidados os profissionais da equipe multiprofissional, inseridos no contexto da Atenção Primária, envolvidos indireta ou diretamente com o tema, assim como coordenadores de áreas técnicas.

A colaboração dos participantes diante da atividade em todos os municípios foi positiva, com boa aceitação do projeto referente aos tópicos abordados. Uma das questões comuns aos encontros, mesmo em municípios distintos, foi a falta de preparação por parte da equipe interdisciplinar tanto na abordagem com os pacientes quanto no conhecimento do programa HIPERDIA. Segundo os participantes, não há sincronia adequada entre os programas estabelecidos, as metas a serem cumpridas e as atividades desenvolvidas pelas equipes, o que se reflete no resultado do trabalho. Outra questão debatida foi a ausência de trabalho em conjunto pelas várias equipes inseridas nesse processo.

Atividades educativas, visitas domiciliares, apoio de profissionais como nutricionista e fisioterapeuta bem como capacitações para as equipes foram estratégias abordadas pela maioria como fundamentais para a melhoria do acompanhamento aos pacientes portadores de diabetes com 40 anos de idade ou mais.

Dando sequência à construção do modelo lógico e após as atividades de concentração, no segundo módulo foi solicitada a realização da atividade de dispersão, em que por meio de reunião com usuários e líderes comunitários correspondentes às unidades selecionadas, foi exposto o modelo lógico e solicitadas opiniões dessas pessoas, gerando a confirmação de que seria de grande importância a aplicação de tal modelo para a comunidade. O modelo estava, então, sendo mais bem definido, construído com a participação dos gestores, da equipe multiprofissional e comunidade▶

Recebemos o compromisso de apoio de cada setor consultado e agregamos conhecimento para a elaboração das atividades planejadas, resultados positivos que demonstraram a intenção de abordar e solucionar um problema relevante em parcerias, favorecendo o empoderamento comunitário com vistas à garantia de melhores condições de saúde para todos.

Após as aulas teóricas, as atividades de dispersão do terceiro módulo se deram com a elaboração de um caso clínico que exemplificasse a problemática abordada no trabalho do grupo. Esse momento de atividades foi o mais sensível, pois abordamos a realidade pessoal dos indivíduos de cada comunidade e observamos a importância da documentação e aplicação de evidências científicas para uma melhor prática clínica. Atuando na Gestão dos Serviços, a Enfermeira realizou seu trabalho elaborando o levantamento situacional do diabetes no estado, identificando epidemiologicamente a relevância da abordagem do tema.

Ao fim das atividades de concentração do quarto módulo, foi solicitado aos membros dos grupos que se preparassem, pois durante a realização do quinto módulo, realizaríamos a apresentação do nosso trabalho final, o qual seria avaliado com a finalidade de se premiar o melhor grupo com uma viagem ao Canadá. Todos demonstraram nervosismo e ansiedade diante desse momento, não somente pelas implicações dos resultados, mas também por ser a etapa de apresentação do aprimoramento de um trabalho que levou cerca de cinco meses para ficar pronto.

Nessa última etapa, após 17 minutos de apresentação do modelo lógico, o grupo encerrou a participação com a satisfação de ter realizado um trabalho importante. Apesar de não ter sido agraciado com o prêmio, as atividades foram concluídas com o sentimento de um bom trabalho desempenhado durante o curso.

As dificuldades encontradas desde a inscrição até o término do curso estiveram relacionadas principalmente ao distanciamento e à comunicação. Pela localização geográfica, havia dificuldade no envio de documentos para a inscrição do curso, uma vez que a seleção foi bastante criteriosa. Outra dificuldade ainda nesse sentido foi a distância de muitos alunos para a capital, Rio Branco a que só poderiam chegar de avião, o que gerava ansiedade, além de gastos financeiros com passagens, hospedagem, alimentação, transporte e material didático. Alguns dos participantes conseguiram

as passagens aéreas com a ajuda da prefeitura, como as alunas de Cruzeiro do Sul. Em relação à comunicação, houve dificuldades relacionadas à distância de municípios das componentes do grupo e dificuldades naturalmente relacionadas às diferenças de línguas faladas por brasileiros e canadenses em alguns momentos. Nesse sentido, foram relevantes a figura do intérprete e a presença de pelo menos um facilitador fluente em português vindo do Canadá em cada módulo.

Apesar desses fatores, os resultados alcançados foram extremamente positivos, pois todos conseguiram montar o modelo lógico por meio de um projeto pelo qual se identificaram na comunidade os problemas e as possíveis formas de solução. Todos tiveram a oportunidade de crescerem como profissionais e como pessoas, pois o conhecimento agrega valores importantes à vida. Foi enfrentada chuva, sol, distância da família, pane de avião, mas tudo valeu a pena.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo do curso de pós-graduação *Lato Sensu* Liderança em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde, assumimos o desafio de buscar o envolvimento de profissionais da equipe de saúde, da gestão e da comunidade para o enfrentamento de uma problemática comum, com vistas ao princípio de liderança colaborativa e ao empoderamento profissional e comunitário.

Os encontros presenciais, com diversificadas metodologias de ensino e envolvimento com a turma, favoreceram o processo de aprendizado tão necessário para o aprimoramento da ferramenta estratégica de modelo lógico. O desenvolvimento do tema “Viver Bem com Diabetes”, permitiu a nós a articulação de muitos dos conhecimentos adquiridos ao longo do curso com a prática, em busca do objetivo de programar o projeto elaborado em parceria com a equipe de saúde e a comunidade.

Não se pode negar a importância de uma colaboração internacional de ensino, que, acima de qualquer dificuldade inerente, propicia transferência de tecnologias e conhecimentos que podem contribuir para o aprimoramento dos serviços de saúde, bem como revela as diferentes realidades existentes ao redor do mundo no exercício da enfermagem e no desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde.

Referências Bibliográficas

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: Ministério da Saúde, 2001:104p.

_____. **Diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CARMO, E. H. *et al.* Mudanças nos padrões de morbimortalidade da população brasileira: os desafios para um novo século. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 12, n. 2, p.63-75, 2003.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção primária à saúde. In: GIOVANELLA, L. *et al.* (Orgs.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Cebes, 2008. cap. 16, p.575-625.

SARTORELLI, D. S.; FRANCO, L. J. Tendências do diabetes *mellitus* no Brasil: o papel da transição nutricional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, supl.1, 2003..

ANEXO 1–MODELO LÓGICO “VIVER BEM COM DIABETES”

Problema: Alto índice de complicações entre portadores de diabetes na faixa etária de 30 anos ou mais no município de Xapuri, Rio Branco e Cruzeiro do Sul, relacionado à deficiência no acompanhamento desses pacientes pelas equipes de saúde na Atenção Primária à Saúde, maus hábitos alimentares, sedentarismo e baixa adesão ao tratamento, evidenciado pelo alto índice de internações hospitalares, alterações nos exames laboratoriais e amputações.

Objetivo Geral: Aprimorar a prestação dos serviços de saúde direcionados ao portador de diabetes na Atenção Primária das unidades selecionadas dos municípios de Xapuri, Cruzeiro do Sul e Rio Branco, a fim de contribuir para a redução das complicações do diabetes por meio do acompanhamento adequado do portador pelas Equipes de Saúde da Família e de atividades desenvolvidas com os pacientes diabéticos de 30 anos ou mais no período de 2011 a 2012.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS (SMART)	ATIVIDADES	RECURSOS	RESULTADOS ESPERADOS	INDICADORES
<p>1- Capacitar 100% dos profissionais das Equipes de Saúde da Família dos municípios selecionados no período de 2011 a 2012.</p>	<p>1.1 Consultar os membros da equipe de saúde da família a fim de identificar sugestões, relato de dificuldades e de avanços encontrados na prestação de serviços direcionados ao portador de diabetes, considerando os princípios de liderança colaborativa.</p> <p>1.2 Apresentar proposta de intervenção à gerência técnica municipal do Hiperdia e convidar profissional (is) para realizar a capacitação.</p> <p>1.3 Fazer a equipe participar do planejamento do conteúdo programático a ser utilizado na capacitação, definindo cronograma de execução e profissionais responsáveis.</p> <p>1.4 Realizar oficinas de capacitação e atualização em diabetes para os profissionais das Equipes de Saúde da Família nos municípios selecionados no período de 2011 a 2012.</p> <p>1.5 Realizar padronização do programa de diabetes, considerando a importância do acompanhamento adequado aos pacientes nas necessidades estabelecidas pelo programa nas áreas selecionadas no período de 2011 a 2012.</p>	<p>Recursos humanos;</p> <p>Material didático: papel ofício, lápis, caneta, pastas, fôlderes, cartuchos, Xerox;</p> <p>Material audiovisual: data show, TV e DVD;</p> <p>Auditório.</p>	<p>1.1 Membros da equipe de saúde da família sentindo-se participantes, estimulados e envolvidos com os objetivos do projeto.</p> <p>1.2 Envolvimento das gerências técnicas com a problemática local.</p> <p>1.3 Atividades de capacitação adequadas à realidade da Equipe de Saúde da Família.</p> <p>1.4 Profissionais atualizados sobre os conhecimentos científicos relacionados à patologia e complicações do diabetes e comprometidos com a assistência.</p> <p>1.5 Profissionais orientados sobre a padronização do programa em todas as unidades de saúde participantes.</p>	<p>Número de profissionais participantes das oficinas;</p> <p>Testes de avaliação do conhecimento (verificação de pré-testes e pós-testes)</p>



OBJETIVOS ESPECÍFICOS (SMART)	ATIVIDADES	RECURSOS	RESULTADOS ESPERADOS	INDICADORES
2- Captar, no mínimo, 65% dos portadores de diabetes da área de abrangência das equipes de saúde dos municípios selecionados no período de 2011 a 2012.	<p>2.1 Planejar e desenvolver o levantamento do total de pacientes por área, oferecendo suporte para as equipes por meio dos dados do SIAB e Hiperdia para estimativa de pacientes diabéticos das áreas de abrangência no período de 2011 a 2012.</p> <p>2.2 Reunir-se com equipes de saúde da família para elaboração de Plano de Ação, visando a busca ativa para identificação, pelos agentes comunitários, de possíveis pessoas com diabetes na comunidade.</p> <p>2.3 Mobilizar agentes comunitários da unidade para a busca ativa de diabéticos na área de abrangência no período de 2010 a 2011.</p>	<p>Recursos humanos; Material de consumo: papel ofício, lápis, caneta, pastas, cartuchos de tinta.</p> <p>Material permanente: computador e impressora</p>	<p>2.1 Conhecimento do quantitativo de diabéticos existentes nas áreas de abrangência das unidades de saúde e suporte técnico para elaborar dados na comunidade.</p> <p>2.2 Usuários captados e buscando os serviços de saúde.</p> <p>2.3 Realização busca ativa a fim de resgatar pacientes que abandonam o tratamento</p>	65% de portadores de DM captados na área de abrangência das equipes de saúde.
3- Acompanhar 70% dos pacientes cadastrados nas unidades de saúde dos municípios selecionados no período de 2011 e 2012.	<p>3.1 Orientar os profissionais das Equipes de Saúde da Família participantes para Inserir a ficha de acompanhamento do hiperdia na rotina de serviço da unidade.</p> <p>3.2 Desenvolver o empoderamento da comunidade por meio da realização de atividades grupais com diabéticos e seus familiares, para a discussão dos aspectos positivos do tratamento, bem como as dificuldades encontradas, esclarecendo sobre a patologia e estabelecendo apoio aos usuários e familiares.</p>	<p>Xerox de fichas de acompanhamento, caneta, aparelhos de glicemia, glicofitas, lancetas, algodão, luvas, fita métrica, balança.</p> <p>Recursos humanos, equipe do Nasf, suporte laboratorial.</p> <p>Estrutura física.</p>	<p>3.1 Acompanhamento e monitoramento adequado dos diabéticos pelas equipes de saúde.</p> <p>3.2 Portadores de diabetes orientados adequadamente, com melhor estilo de vida e família sentindo-se mais segura e convivendo melhor com a doença.</p>	70% de usuários cadastrados (fonte de verificação: SISHIPERDIA)

OBJETIVOS ESPECÍFICOS (SMART)	ATIVIDADES	RECURSOS	RESULTADOS ESPERADOS	INDICADORES
4 - Estabelecer parcerias com entidades públicas e privadas e com a comunidade, visando à definição de uma rede de apoio permanente ao portador de diabetes	4.1- Proporcionar vínculos entre entidades e a comunidade no intuito de inserir, na prática de atendimento dos profissionais das equipes multidisciplinares de saúde da Atenção Primária, a liderança colaborativa e a advocacia política para realização de educação continuada e cursos comunitários como de culinária popular adequada e atividade física na comunidade etc.	Recursos Humanos; equipe multiprofissional e Nasf, material didático, material audiovisual, estrutura física, propaganda, material para culinária conforme a necessidade.	4.1 Parcerias de trabalho com entidades da área de atividade física, nutrição, entre outros	Número de parcerias estabelecidas.

MODELO LÓGICO ELABORADO PELOS AUTORES DURANTE A ESPECIALIZAÇÃO.

Problema: A alimentação complementar inadequada entre crianças de 6 meses a 2 anos de idade atendidas pelo Programa Bolsa Família nas cidades de Capixaba, Mâncio Lima e Plácido de Castro relacionado à introdução de alimento complementar de forma desorganizada, pouco planejada, geralmente fundamentada pela cultura popular, condição socioeconômica precária, baixo grau de escolaridade e facilidade de acesso a alimentos industrializados. Isso é evidenciado por 17,2% das crianças entre 6 meses a 2 anos de idade apresentarem alteração de peso para idade, segundo dados levantados junto à divisão de alimentação e nutrição da Secretaria de Estado de Saúde do Acre (SES-Acre) e o Sisvan (Bolsa Família).

Objetivo Geral: Melhorar as práticas de alimentação complementar entre as Crianças de 6 meses a 2 anos de idade atendidas pelo programa Bolsa Família nos municípios de Capixaba, Mâncio Lima e Plácido de Castro nos próximos 2 anos.



OBJETIVOS ESPECÍFICOS (SMART)	ATIVIDADES	RECURSOS	RESULTADOS ESPERADOS	INDICADORES PARA AVALIAÇÃO
<p>1- Realizar a Oficina de Implementação da Alimentação Complementar Saudável, com os profissionais das unidades de saúde dos municípios de Capixaba, Mâncio Lima e Plácido de Castro.</p>	<p>1.1- Agendar datas de realização das oficinas em cada unidade de saúde. 1.2- Preparar bibliografia, materiais e metodologia para o treinamento. 1.3- Executar a oficina de 6 horas, em todas as unidades no período de julho a setembro de 2010.</p>	<p>1- Local para a realização da Oficina de Implantação da Alimentação Complementar Adequadas. 2- Data-Show. 3- Cópias do material didático. 4- Caneta, pincel colorido, cartolina e cFita adesiva. 5- Doces e salgados (Coffe-Break). 6- Recursos Humanos. Agentes Comunitários de Saúde (ACS). 8-Alimentos "in natura" para demonstração.</p>	<p>Participação dos pais e/ou responsáveis das crianças. Adoção por parte dos pais ou responsáveis de alimentação complementar adequada às necessidades de cada criança.</p>	<p>- Lista de frequência.</p>
<p>2- Realizar busca ativa para mensurar peso e estatura em 100% das crianças de 6 meses a 2 anos de idade, cadastradas no programa Bolsa Família, nas áreas de abrangência das unidades de saúde, em 2010/2011, nos municípios de Capixaba, Mâncio Lima e Plácido de Castro.</p>	<p>2.1- Distribuir para os agentes comunitários de saúde nome e endereço das crianças inscritas no Programa Bolsa Família da sua micro-área. 2.2- Realizar medição e registro de peso e estatura das crianças entre 6 meses e 2 anos de idade em 2010 e 2011. 2.3- Realizar comparação mensal dos valores de peso e estatura das crianças.</p>	<p>1- Balança portátil. 2- Instrumento de Anotação (Formulário). 3- Transporte terrestre e fluvial para os agentes de saúde;</p>	<p>Mensurar o percentual (%) de casos de alteração de peso nas crianças de 6 meses a 2 anos de idade, atendidas pelo programa Bolsa Família nos municípios de Capixaba, Mâncio Lima e Plácido de Castro.</p>	<p>- Percentual (%) de casos de alteração de peso nas crianças de 6 meses a 2 anos de idade, atendidas pelo programa Bolsa Família nos municípios de Capixaba, Mâncio Lima e Plácido de Castro.</p>

OBJETIVOS ESPECÍFICOS (SMART)	ATIVIDADES	RECURSOS	RESULTADOS ESPERADOS	INDICADORES PARA AVALIAÇÃO
3- Realizar reunião trimestral de Orientação sobre Alimentação Complementar Saudável com pais e responsáveis pelas crianças entre 6 meses e 2 anos de idade, cadastradas no programa Bolsa Família que apresentarem alteração de peso, identificadas na busca ativa, em 2010 e 2011, nos municípios de Capixaba, Mâncio Lima e Plácido de Castro.	3.1- Convidar os pais ou responsáveis das crianças entre 6 meses a 2 anos de idade da área de atuação da unidade de saúde em 10/2010, 1/2011, 4/2011, 7/2011 e 10/2011. 3.2- Preparar materiais didáticos, audiovisuais e metodologia para a reunião. 3.3- Preparar local adequado na unidade de saúde ou local próximo da unidade.	1- Convite impresso. 2- Folhetos explicativos.	Comparecimento dos funcionários das unidades.	
4- Reduzir para menos de 5% a taxa de crianças entre 6 meses e 2 anos de idade atendidas pelo programa Bolsa Família que apresentam alteração de peso (baixo peso ou peso elevado para a idade) nos municípios de Capixaba, Mâncio Lima e Plácido de Castro até dezembro de 2011.	4.1- Levantar o número de crianças entre 6 meses e 2 anos que estejam com alteração no peso em 10/2010 e 12/2011 para avaliar a intervenções executadas.	1- Impressos.	Aumentar o número de crianças cadastradas no programa "Bolsa Família" que estão sendo acompanhada mensalmente.	- Lista de frequência. - Pré e pós-teste.
5- Implantar rotina de pesquisa de peso e estatura em todas as crianças de 6 meses a 2 anos de idade, atendidas nas unidades de saúde da família	5.1- Levantar o número de crianças entre 6 meses a 2 anos de idade da área adstrita a unidade de saúde da família. 5.2- Criar formulário de registro para as mensurações mensais. 5.3- Dotar os agentes comunitários de saúde de balanças e fitas métricas ou régua antropométrica.	1- Balança portátil. 2- Instrumento de anotação (Formulário). 3- Transporte terrestre e fluvial para os agentes de saúde.	Diminuição da ocorrência de alterações de peso nas crianças acompanhadas (pesadas) mensalmente	- Percentual (%) de casos de alteração de peso nas crianças de 6 meses a 2 anos de idade, atendidas pelo programa Bolsa Família nos municípios de Capixaba, Mâncio Lima e Plácido de Castro.



OBJETIVOS ESPECÍFICOS (SMART)	ATIVIDADES	RECURSOS	RESULTADOS ESPERADOS	INDICADORES PARA AVALIAÇÃO
6-Manter a comunidade (conselho municipal de saúde) informada sobre o desenvolvimento do projeto.	6.1- Criar rotina de envio de informações. 6.2- Criar cronograma de atividades do projeto 6.3- Enviar as informações mensalmente ao conselho municipal de saúde 6.4- Participar das reuniões do conselho municipal de saúde .	- Papel - Computador	Manter o conselho municipal de saúde informado sobre o desenvolvimento das atividades do projeto.	- Relatórios e atas das reuniões.

FONTES: ADAPTADO DE TAKEDA, 2009.

ANEXOS: ORÇAMENTO, CRONOGRAMA, QUADRO ECPC

MODELO LÓGICO ELABORADO PELOS AUTORES DURANTE A ESPECIALIZAÇÃO.

*Liderança em
Enfermagem na
Atenção Primária à
Saúde*

Problema: Início tardio do acompanhamento do pré-natal entre gestantes residentes nos municípios de Acrelândia, Cruzeiro do Sul e Rio Branco, relacionada à baixa escolaridade, multiparidade, dificuldade de acesso, evidenciada pelo alto percentual (62%) das gestantes que iniciam o pré-natal após o primeiro trimestre segundo dados do Sisprenatal (2009).

Objetivo Geral: Aumentar a proporção de gestantes que iniciam o acompanhamento de pré-natal no 1º trimestre nos municípios de Acrelândia, Cruzeiro do Sul e Rio Branco no período de 2010/2011

Objetivos específicos (SMART)	Atividades	Recursos	Resultados esperados	Indicadores para avaliação
1- Capacitar equipe da UBS sobre a importância da captação precoce das gestantes no período de Setembro a Novembro de 2010	1.1 - Planejar a capacitação dos profissionais (pesquisa bibliográfica, confecção de material audiovisual e local para realização do curso, convidar outros profissionais), out./2010 1.2 – Realizar dois cursos com a equipe com a duração de 20h semanais – Nov a dez./2010	1- Computador com acesso à internet p/ revisão bibliográfica; papel A4; mediador; Equipe de Saúde da Família; espaço físico; datashow; CD/ <i>Pen drive</i> ; caixa de som; microfone; caneta, lápis; papel madeira, cartolina; pasta com elástico; papel cartão; câmera digital.	Profissionais sensibilizados e capacitados quanto à importância do início precoce do pré-natal.	Pré e pós-testes anônimos, avaliando o conhecimento da equipe sobre as vantagens do pré-natal com início precoce. Profissionais capacitados.
2- Realizar busca ativa de 100% das mulheres grávidas e/ou com suspeita de gravidez da área adscrita para início precoce do pré-natal (2010 – 2011)	2.1- Fazer cronograma de visitas domiciliares com os profissionais para a identificação das mulheres grávidas e/ou com suspeita de gravidez; 2.2- Realizar um levantamento de todas as mulheres em idade reprodutiva.	Formulário de cadastro; E.S.F.; papel A4, canetas, borrachas, lápis.	Maior identificação de gestantes pelo ACS na área; aumento do número de mulheres grávidas iniciando o pré-natal desde o primeiro trimestre.	Percentual de gestantes iniciando o pré-natal. Número de gestantes identificadas pelos ACS antes e depois da capacitação.



Objetivos específicos (SMART)	Atividades	Recursos	Resultados esperados	Indicadores para avaliação
3- Garantir consulta pelo médico e/ou enfermeira na UBS para 100% das gestantes adscritas na área (2010/2011)	3.1- Realizar consulta de pré-natal conforme cronograma e demanda	Profissionais de saúde (médico e/ou enfermeiro); livro de registro; fita métrica; sonar <i>doppler</i> ; <i>pinard</i> ; aparelho de pressão; balança; mesa ginecológica; gel; lençol papel descartável; avental descartável; papel toalha; canet; prontuários .	Aumento de número de mulheres grávidas realizando o pré-natal desde o primeiro trimestre	Percentual dos dados do Sis prenatal.
4-Estabelecer parceria com a Secretaria de Educação para a inclusão das mulheres com nenhum e/ou baixo nível de escolaridade nos programas: EJA e PEEM-PORONGA (2010-2011).	4.1- Incentivar e orientar as mulheres a participarem dos cursos por meio de encontros com a comunidade; 4.2- Fazer um levantamento do número de mulheres que necessitam participar dos referidos programas.	Profissionais de saúde; papel; caneta; local adequado para os encontros; questionários aplicados pelos ACS para realizar o levantamento da demanda pela comunidade.	Aumento do número de mulheres que concluíram os cursos de alfabetização e ensino médio.	Relatório anual emitido pela Secretaria de Educação referente às mulheres que concluíram os estudos.
5- Estabelecer parcerias com os Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) para inclusão de mulheres com baixo nível socioeconômico para a realização de diversos cursos, para adquirir conhecimentos e habilidades (2010/2011).	5.1- Incentivar e orientar as mulheres para participarem dos cursos; 5.2- Realizar a divulgação dos cursos oferecidos por meio equipe de saúde.	Profissional de saúde (enfermeiro e ACS); Papel. Caneta.	Aumento do número de mulheres que procuram por cursos profissionalizantes.	Quantidade de mulheres que concluíram os cursos profissionalizantes.
6- Realizar ações de educação em saúde voltadas para a higiene do ambiente.	6.1- Realizar palestra com a população sobre saneamento básico. 6.2- Mobilizar a comunidade para a realização de mutirão de limpeza no bairro.	Equipe de saúde; material educativo; fôlderes; cartazes; papel; caneta; material áudio-visual; comunidade; sacos de lixos. máquina digital para registrar o antes e o depois.	População com o maior conhecimento sobre os cuidados com o meio ambiente (empoderamento) Redução de problemas de saúde relacionados à falta de condições de infraestrutura.	Quantidade de ações desenvolvidas na comunidade em relação a saúde ambiental.

Objetivos específicos (SMART)	Atividades	Recursos	Resultados esperados	Indicadores para avaliação
7-Realizar educação em saúde voltada para as adolescentes (2010/2011).	7.1- Realizar palestras nas escolas esclarecendo assuntos sobre sexualidade e como prevenir-se contra uma gravidez indesejada. (bimestral).	Profissional de saúde; material educativo; data show; pôsteres; canetas; lápis; auditório para as palestras.	Adolescentes com um maior conhecimento sobre sexualidade. Adesão a métodos contraceptivos para prevenir uma gravidez indesejada.	Avaliação trimestral por meio do consolidado da ficha SSA2 do Siab.

OS PROJETOS DE MATO GROSSO DO SUL

*Liderança em
Enfermagem na
Atenção Primária à
Saúde*

Artigos científicos: ampliando possibilidades, Mato Grosso do Sul, 2010

5

A elaboração de artigos científicos permitiu que os grupos de estudantes fizessem a revisão de referencial teórico sobre assuntos e práticas vividas na atenção primária. Com a utilização de bancos de dados “*on line*” em bases científicas, alguns artigos demonstraram o desenvolvimento da autonomia na busca de soluções para problemas locais a partir da ampliação da realidade. Outros artigos esboçaram projetos de pesquisa que mesmo incipientes demonstram curiosidade científica. Outros ainda trazem propostas bastante elaboradas de transformação da realidade.

Ressalta-se que nem todos os artigos e trabalhos estão relatados nesta publicação.

ARTIGOS CIENTÍFICOS	AUTORES
A interface do papel da enfermeira na atenção primária à saúde e a fenilcetonúria materna: um relato de experiência	Antonia Jesus Negrão Graziela Braz da Silva Tatiana Maria Rován Rubiana Gambarim da Silva Maria Gorette dos Reis
Transformações ocorridas no trabalho de uma equipe de Estratégia Saúde da Família por meio da educação popular	Cibele de Moura Sales Marcelly Freitas Trindade Nédson Lechener da Silva Regiani Aparecida Coronel Cacho Luciana Contrera-Moreno
Realidade de uma estratégia de saúde da família na assistência de enfermagem a uma puérpera adolescente	Clotildes Netto de Oliveira Santo Cristiane Pereira de Oliveira Danielle Oliveira Santana Gomes Michelly Angelina Lazzari Maria Gorette dos Reis
Fatores associados à não realização do exame de prevenção do câncer de colo uterino no município de Corumbá, Mato Grosso do Sul	Edinéia Santana Félix Maria de Fátima de Sousa Hellen Addressa Chaparro Veadrigo Iara Cristina Pereira

ARTIGOS CIENTÍFICOS	AUTORES
Grupos educativos como proposta para potencializar o autocuidado e a autonomia dos clientes hipertensos	Evelyn Vieira Rios Neli Rute Sargi do Nascimento Iara Cristina Pereira
Saúde do homem na atenção primária: desafios na Estratégia de Saúde da Família	Maria de Lourdes Medeiros da Silva Rosalba Maria do Nascimento Sonia Satiko Morita Luciana Contrera-Moreno
Desafios para a prática do trabalho em equipe na Estratégia Saúde da Família: uma revisão de literatura	Lucinadja Gomes da Silva Joseane Prestes de Souza Marcelina Zacarias Ceolin Ana Rita Barbieri Luciana Contrera-Moreno
Promoção da dieta saudável para os portadores de Diabete Mellitus na atenção primária	Jackelyne Alves de Medeiros Vilela Marcia Marques Leal Gambelini Salazar Carmona de Andrade Margarete Knoch Mendonça
As dificuldades dos portadores de Diabete Mellitus na adesão à insulinoterapia e à orientação familiar na atenção primária	Isabela Terrazas Vargas Joseane da Silva Souza Lucimeire Riquelme Natália Silveira Margarete Knoch Mendonça
Fatores que levam mulheres de 25 a 59 anos de idade a não realizarem o exame preventivo do câncer de colo de útero	Aline Bataglioti Cassimiro Andréa Carneiro Pereira Fabiany Monteiro Fernanda de Matos Teixeira Vilma Ribeiro da Silva

OS PROJETOS DE MATO GROSSO DO SUL

SAÚDE DO HOMEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: DESAFIOS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Maria de Lourdes Medeiros da Silva
Rosalba Maria do Nascimento
Sonia Satiko Morita
Luciana Contrera-Moreno

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é parte integrante do desenvolvimento dos sistemas de saúde, oferecendo cuidados abrangentes e integrados. O plano de reorganização da atenção primária das Américas proposto pela Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) em 2003, discute a personalização da APS localmente. Embora a proposta tenha um caráter flexível, as políticas de saúde são embasadas nessas propostas, com seus princípios, suas características fundamentais e seus aspectos derivativos. A reorganização do sistema com base na atenção primária adapta as necessidades às pessoas e às comunidades porque reconhece que há fatores multi-causais que interferem na saúde-doença desses grupos.^{1,2}

Os princípios e as características da APS que encontram eco no Sistema Único de Saúde (SUS) definem para os gestores quais são as bases para a construção das políticas de saúde. Nesse contexto, torna-se estratégico, para a organização da APS, o aperfeiçoamento de programas assistenciais; como nesse nível de saúde, o exemplo da Estratégia Saúde da Família (ESF). O caráter estruturante dos sistemas municipais de saúde orientados a partir da ESF tem provocado importante movimento de reordenação do modelo de atenção no SUS e é um processo gradativo.³

Hoje, o Saúde da Família ultrapassou em muito os limites de um programa e é uma política do Estado brasileiro, estando na agenda dos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) e uma prioridade da atual gestão federal.³

Assim como a ESF, que hoje é considerada como política de estado, o Ministério da Saúde deu-se conta de que o modelo básico de atenção aos quatro grupos populacionais prioritários – crianças, adolescentes, mulheres

e idosos – não é suficiente para tornar nosso país mais saudável, pois uma fatia importante dessa população não seria contemplada: os homens de 20 a 59 anos de idade.⁴

As Políticas Públicas de Saúde em âmbito nacional só agora estão reconhecendo a necessidade de oferecer programas voltados para a prevenção e o tratamento das patologias mais prevalentes ou específicas dos homens. A Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem (PNAISH) vai ao encontro do que já é uma tendência na saúde pública pouco consolidada, de discussões acerca das especificidades do adoecer masculino, focalizando a masculinidade dentro de estudos de saúde e gênero.^{5,6}

O foco da área de atenção a saúde masculina é o grupo de 20 a 59 anos de idade, que representa cerca de 52 milhões de indivíduos, com ênfase na prevenção e promoção de saúde.⁴ Muitos desafios serão encontrados na construção dessa nova política, sobretudo no que se refere à acessibilidade da população masculina, passando pela “feminilização” do espaço de saúde, associação do ato de cuidar ao feminino e nas necessidades específicas dessa população.^{7,8}

Sendo assim, este estudo objetivou realizar uma revisão de literatura sobre a temática Saúde do homem na atenção primária em saúde no período de 2005 a 2010.

MÉTODOS

A pesquisa em questão constitui-se de análise de publicações científicas relacionadas ao tema, entre os anos de 2005 a setembro de 2010. As bases consultadas foram MEDLINE, SCIELO, LILACS e Pubmed, por meio dos descritores: Saúde do homem (men's Health); Atenção Primária à Saúde (*Primary Health Care*) e Saúde da Família (*Family Health*) outras fontes foram utilizadas, como livros e revistas relacionados à APS. Para análise e síntese do material, foi realizada a leitura exploratória, no sentido de verificar em que medida o artigo consultado interessava para a pesquisa. Após esse primeiro procedimento, houve a leitura seletiva a qual ocorre a seleção do material que de fato interessa à pesquisa e, por fim, a leitura analítica para a sumarização das informações contidas na fonte. Com base nas leituras, o texto foi organizado e apresentado da seguinte forma: um breve olhar sobre a atenção

primária, a saúde do homem no contexto da atenção primária, os desafios e as propostas para a implantação da Política da Saúde do Homem no Brasil.

RESULTADOS

———— Um breve olhar sobre a atenção primária

A APS é defendida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), desde antes de 1978, como essencial para o alcance da meta “Saúde para todos até o ano 2000”. De lá até os dias de hoje, o mundo mudou de forma drástica e com ele a APS.⁹

A polissemia relacionada às diferentes interpretações acerca do intuito e da abrangência da APS levou aos diferentes termos que designam essa forma de organização dos serviços de saúde. Da conferência de Alma-Ata à renovação proposta pela resolução da Opas em 2003, surgiram novas significações da APS, porém a essência da definição permanece.^{2,10}

Um sistema de saúde com base na APS dispõe de elementos estruturais e funcionais que possam garantir a cobertura e o acesso universal à população, sendo tais elementos interconectados e presentes em todos os níveis desse sistema de saúde.¹⁰

A atenção primária não é um conjunto de tarefas ou atividades clínicas exclusivas; virtualmente, todos os tipos de atividades clínicas (como diagnóstico, prevenção, exames e várias estratégias para o monitoramento clínico) são características de todos os níveis de atenção. Em vez disso, a atenção primária é uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde.¹¹

No contexto mundial, a APS passa por uma redefinição por diversos motivos, incluindo o surgimento de novos desafios epidemiológicos, um crescente conhecimento de melhoras que a APS pode capitalizar no sentido de serem mais eficazes para atender a população e extensivamente a população masculina.¹¹

O primeiro passo, em direção a APS no Brasil, revelou-se em 1982 com o Programa de Ações Integradas de Saúde (AIS) culminando com a constituição cidadã em 1988 e a instituição do SUS. A configuração atual do SUS

é resultado de um longo processo nos âmbitos políticos e institucionais que induziu a reorientação do modelo assistencial, cuja principal estratégia foi a de expandir a atenção básica e porque já não respondia mais aos questionamentos de saúde proposto pelo modelo médico-assistencial vigente.^{2,12}

A APS também é uma filosofia e um país que afirma tê-la está implicado em um contexto de justiça social, autorresponsabilidade e aceitação de um conceito amplo de saúde trazendo em seu cerne a Alma-Ata, porém as implicações políticas e sociais têm um peso bastante importante nesse contexto e ainda responde em todo o mundo por evidências consideráveis sobre os benefícios de um sistema de saúde com base na APS.^{2,10}

Os princípios da APS servem de ponte entre valores sociais mais amplos dos elementos funcionais e estruturais de um sistema de saúde. Esse nível do sistema de saúde que oferece o primeiro contato com o indivíduo, a família e a comunidade, constitui-se o primeiro elemento de um processo contínuo de educação em saúde.¹¹

A SAÚDE DO HOMEM NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

A necessidade de atuar ante a demanda de saúde no que se refere à saúde do homem, resultou na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, formalizada pela portaria n. 1944/9.¹³

A saúde do homem como política pública de saúde está em consonância em outras políticas de saúde já implantadas, a exemplo da saúde da mulher, do idoso, criança, do adolescente e alinhada à política nacional de atenção básica⁴. Importante ressaltar que a saúde do homem é um contraponto em relação à saúde da mulher, pois essa é objeto de amplas discussões e intervenções⁵.

É sabido que os homens jovens são o principal grupo de risco para mortalidade por homicídio na população brasileira, com ênfase em afro-descendentes que residem em bairros pobres ou nas periferias das metrópoles, com baixa escolaridade e qualificação profissional.⁴

Quando se trata de álcool e tabaco, pesquisas mostram que o sexo masculino faz uso dessas substâncias em maior proporção que as mulheres.^{14,15}

Ainda em relação ao tabagismo, os homens usam cigarros com mais frequência que as mulheres, o que acarreta maior vulnerabilidade a doenças

cardiovasculares, cânceres, doença pulmonar obstrutiva crônica e outras enfermidades.^{4,15}

A PNAISH vai ao encontro do que já é uma tendência na saúde pública pouco consolidada, de discussões acerca das especificidades do adoecer masculino, focalizando a masculinidade dentro de estudos de saúde e gênero.^{5,6.}

Como citado anteriormente, tal política tem como princípios a humanização e a qualidade no serviço prestado, que implicam a promoção e o respeito à ética e aos direitos do homem, características encontradas também na APS, sendo parte integrante do desenvolvimento de sistemas em saúde oferecendo cuidados abrangentes e integrados com o tempo, enfatizando a promoção e prevenção, com serviços orientados à qualidade.^{4,11}

É necessário entender a saúde do homem como um conjunto de ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, em que a porta de entrada é a atenção primária com foco na Estratégia Saúde da Família (ESF) que deve oferecer atenção integral ao indivíduo.⁴

De um lado os homens possuem dificuldade em reconhecer suas necessidades, pois rejeitam a possibilidade de adoecer; por outro lado, as ações dos serviços de saúde devem ampliar seu foco na atenção a saúde do homem, pois até então privilegiavam a saúde da mulher, da criança, do adolescente e do idoso.^{4,7}

Se os homens realizassem com mais frequência medidas de prevenção primária, seriam evitados muitos agravos, diminuindo os gastos públicos com serviços de saúde secundários e terciários, além de melhorar a qualidade de vida do indivíduo, entre outros aspectos.^{4,7}

A saúde do homem tomou espaço nos últimos dez anos e com isso tornou-se um problema de saúde pública. Nesse cenário, a hoje ESF foi apresentada como proposta para reorientação do modelo assistencial desenvolvida a partir da atenção básica, a reorganização da APS da qual se fala nos parágrafos anteriores. Inicialmente, formulada como programa, passa a figurar como estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde pelo Ministério da Saúde.^{16.}

A opção por um sistema pautado na ESF remete-nos à construção da saúde em seu mais alto nível, possivelmente de igualdade e solidariedade expresso na APS e articulado a tratados internacionais, incluindo a carta da OMS.¹¹

A ESF é a estratégia organizativa da APS no SUS que reafirma a

necessidade de tornar a prática assistencial no Programa Saúde da Família (PSF) uma prática integral, por meio da responsabilidade clínica e territorial, isto é, uma prática integral na atenção às necessidades em saúde dos indivíduos e na corresponsabilidade pela saúde da população no seu território. Os princípios, ou atributos da APS, representam no PSF uma prática de foco individual e coletivo que permite o alcance do cuidado integral.¹⁰

A integralidade é a capacidade da equipe de saúde de lidar com ampla gama de necessidades na saúde do indivíduo, da família ou das comunidades, seja resolvendo-os, por meio da oferta de um conjunto de serviços dirigidos aos problemas mais frequentes, seja organizando-os para que o paciente receba os serviços que não são da competência da atenção primária.¹⁷

A idéia de que os espaços de Saúde das Unidades de Saúde da Família são serviços feminilizados é bastante difundida. A respeito da pouca presença masculina nos serviços de atenção primária à saúde, muitas são as suposições e mesmo as justificativas. Por um lado, associa-se a ausência dos homens ou sua invisibilidade, nesses serviços, a uma característica da identidade masculina relacionada a seu processo de socialização. Nesse caso, a identidade masculina estaria associada à desvalorização do autocuidado e à preocupação incipiente com a saúde.^{7,8,18}

Comumente, o homem costuma ser prático e objetivo, por isso prefere utilizar serviços de saúde que atendam mais rapidamente às suas necessidades, como farmácias ou pronto-socorros.^{6,8}

Os homens sentem dificuldade para conseguir atendimento nas Unidades de Saúde, seja pela demora para conseguir uma consulta ou porque acreditam que esses são locais freqüentados por mulheres e com equipe composta por profissionais do sexo feminino.⁷ Este fato deixa os homens com a sensação de não pertencimento àquele ambiente.⁸ Argumenta-se, ainda, que os homens não procuram suas unidades de saúde porque estas não disponibilizam programas ou atividades direcionadas especificamente para a população masculina.^{7,18,20}

O fato de o homem ver-se como um ser invulnerável torna-o mais vulnerável que a mulher, pois se expõe mais e não adota as medidas preventivas de saúde e está aprisionado aos aspectos culturais, o que dificulta a adoção de tais práticas e o autocuidado o tornaria um ser inseguro, fragilizado, deixando-o muito próximo do universo feminino.^{5,7,19}

Deve-se levar em conta que o homem sente dificuldade em expor suas queixas, pois culturalmente foi educado para ser forte, o relato de seus problemas significaria ser fraco.¹⁹

Desde a infância o menino cresce e é educado para ser forte e proteger, pois estas são características masculinas: agressividade, competitividade, poder entre outras. Isso o coloca numa posição de vulnerabilidade física e psíquica uma vez que não pode admitir que seja frágil ou que possa adoecer, o que o torna susceptível a riscos de agravamento de uma doença que poderia ser evitada.^{5,21}

DESAFIOS E PROPOSTAS PARA A IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA DA SAÚDE DO HOMEM NO BRASIL

Não se deve responsabilizar apenas os homens pela pouca procura aos serviços de saúde, ou mesmo a falta de responsabilidade ou ainda a um sistema falho; é necessário identificar as necessidades de saúde dessa população e traçar ações, visto que a maior causa de morte é decorrente de doenças cardiovasculares, neoplasias malignas e violências. Muitas dessas causas podem ser prevenidas ou controladas por meios de intervenções.^{8,22}

A mudança de postura dos profissionais de saúde sejam homens ou mulheres é mais importante do que assistir a população masculina; também há a necessidade de que os profissionais sejam mais sensíveis para entender a relação gênero e demandas de saúde do homem nesse serviço de saúde. Ressalta-se, também, que mesmo tendo profissionais do sexo masculino é necessário a sua sensibilização.^{6,8}

As políticas públicas de saúde também não são sensíveis à necessidade de saúde dessa parcela da população; reforçam o preconceito social, não lhes ofertando, de forma eficiente, serviços de atendimento compatíveis com suas necessidades.^{5,18}

Uma sugestão é implementar a mudança e o desenvolvimento de trabalhos voltados para os homens em uma perspectiva de gênero, com os quais será possível aumentar a visibilidade das necessidades específicas da população masculina, observada em seu contexto sociocultural, formulando, assim, ações mais efetivas para o cuidado de saúde.^{6,18}

É natural que ocorra uma resistência a mudança e, portanto iniciativas criativas precisam ser incentivadas no sentido de contribuir com o maior

envolvimento e participação das equipes e dos clientes nos processos decisórios. A dinâmica da gestão requer dos serviços flexibilidade para promover ou incorporar mudança.^{20,23} Além dessas características, também é importante que os serviços de saúde tenham linguagem mais clara e objetiva com resultados mais palpáveis, por exemplo, coleta de exames de colesterol ou mesmo dosagem de glicemia).²⁴

Algumas sugestões que podem ser adaptadas localmente, porém sempre seguindo os princípios norteadores do SUS e da ESF podem ser utilizadas quando se quer lançar mão de um olhar novo:

- “Masculinizar” os espaços de saúde, utilizando uma linguagem mais voltada para essa clientela. O ambiente deve utilizar recursos visuais que utilizem personagens masculinos e deve-se aumentar o número disponível de profissionais homens;^{8,20}
- Capacitar e qualificar os profissionais para a atenção à saúde do homem;^{4,8,20}
- Ofertar, na demanda programada, consultas de enfermagem, médicas e odontológicas por semana, em dia específico e exclusivo aos homens na faixa etária de 20 a 59 anos;⁴
- Estabelecer horário alternativo para atendimentos à população masculina de 20 a 59 anos;^{8,20}
- Reunir a equipe multidisciplinar para discutir a inclusão do agendamento dessa população;
- Divulgar a agenda para essa população por meio do trabalho dos ACS nas visitas aos domicílios, reunião em sala de espera, cartazes, panfletos, entre outros;
- Utilizar métodos que envolvam a clientela masculina para desenvolver a política de saúde dentro das comunidades;
- Realizar levantamento epidemiológico para estabelecer as necessidades de saúde dessa população; e
- Estabelecer o número de vagas na agenda e o dia de atendimento.

Essas são algumas das propostas que podem ser implementadas nas unidades de saúde e que irão suprir as necessidades encontradas nas pesquisas realizadas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base no que foi encontrado na literatura pode-se considerar que o grande desafio nas práticas de saúde da atualidade está em oferecer um sistema de saúde capaz de realizar uma assistência integral a clientela sob sua responsabilidade com eficácia.

Embora a Saúde do Homem enquanto política de saúde é relativamente nova, a preocupação com práticas de saúde personalizadas e adequadas as necessidades de saúde da população já tem bastante tempo. Porém, no contexto mundial, à corrente defendida advoga que o homem tem especificidades em seu adoecer e, portanto, é necessário formular estratégias específicas que impactem nos indicadores relacionados a essa clientela.

Levando em conta essa situação, deve-se formular uma proposta de ação que considere as necessidades locais da clientela, pois cada comunidade tem suas peculiaridades e isso interfere no processo saúde-doença. Também é necessário discutir o enfoque dos serviços de saúde no olhar para essa clientela masculina, incorporando outros espaços para fazer saúde e também outros setores da sociedade.

Referências

1. Savassi LCM. Atenção primária: evolução histórica e contexto mundial [Internet]. Betim; 2010 . [acesso em 2010 Set 4]. Disponível em: <http://www.slideshare.net/leosavassi/principios-da-aps-2010>
2. Aguiar RAT. A construção institucional do conceito da Atenção Primária à Saúde (APS) e sua influência na emergência e consolidação do sistema único de saúde no Brasil. [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina; 2005.
3. Mendonça CS. Saúde da família: agora mais do que nunca. Ciênc. Saúde Coletiva. 2009; 14(5):1.493-7.
4. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Política Nacional de Atenção integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
5. Braz MA. Construção da subjetividade masculina e seu impacto sobre a saúde do homem: reflexão bioética sobre justiça distributiva. Ciênc. Saúde Coletiva. 2005; 10(1):97-104.
6. Figueiredo W. Assistência à saúde do homem: um desafio para os serviços de atenção primária. Ciênc. Saúde Coletiva. 2005; 10(1):105-9.

7. Gomes R, Nascimento EF, Araújo FC. Porque os homens procuram menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. 2007 ; 23(3):565-74.
8. Malcher G. Engaging men in health care. Australian Family Physician. 2009; 38(3):92-5.
9. Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. Renovação da atenção primária em saúde nas Américas. 2005.
10. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Brasil). Atenção primária e promoção da Saúde. Brasília: CONASS; 2007.
11. Starfileld B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde; 2002.
12. Ohara ECC, Saito RXS. Saúde da família: considerações teóricas e aplicabilidade. São Paulo: Martinari; 2008.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1944 de 28 de agosto de 2009 . Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
14. Universidade Federal de São Paulo, Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país [Internet]. São Paulo: Unifesp; 2005. [acesso em 2010 Ago 21]. Disponível em: <http://200.144.91.102/sitenovo/conteudo.aspx?cd=63>
15. Shiraiber LB, Gomes R, Couto MT. Homens e saúde na pauta da saúde coletiva. Ciênc. saúde coletiva. 2005; 10(1):7-17.
16. Ministério da Saúde (Brasil). Pauta nacional: Lula considera o combate a mortalidade infantil uma prioridade brasileira. Rev Bras Saude da Família. 2009; 21:12-16.
17. Abraão AL. Atenção primária e o processo de trabalho em saúde: informe-se em promoção de saúde [Internet]. 2007 Jan [acesso em 2010 Set 30]. 3(1):1-3. Disponível em: <http://www.uff.br/promoçãodasaude/informe.pdf>
18. Couto MT, et al. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. Interface. Comunic., Saúde, Educ. 2010; 14(33):257-70.
19. Shiraiber LB, et al. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. Cad. Saúde Pública. 2010; 26(5):961-70.
20. Holden CA, Allan , MacLachlan RI. "Male friendly" services a matter of semantics. Australian Family Physician. 2010; 39(37):9-10.
21. Korin D. Novas perspectivas de gênero em saúde. Adolesc. Latinoam. 2001; 2(2):67-79.
22. Melo EM, Côrtes MCJW, Miranda PSC, Câmara ACS, Alves PA, Pereira VOM, Castello Branco ASC. Eles morrem mais do que elas. Por quê? Rev Med Minas Gerais. 2008; 18(12 4 Supl 4):12-8.
23. Bursztyn I. Estratégias mudança na atenção básica : avaliação da implantação piloto do projeto homens jovens e saúde no Rio de Janeiro, Brasil. Cad. Saúde Coletiva. 2008; 24(10):2.227-38.
24. Robertson LM, Douglas F, Ludbrook A, Reid G, Teijlingen E. What works with men? A systematic review of health promoting interventions targeting men. BMC Health Services Research. 2008; 8:141.

DESAFIOS PARA A PRÁTICA DO TRABALHO EM EQUIPE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Lucinadja Gomes da Silva

Joseane Prestes de Souza

Marcelina Zacarias Ceolin

Ana Rita Barbieri

Luciana Contrera-Moreno

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) também denominada atenção básica (governo do Brasil) e cuidados primários de saúde (em Portugal), foi definida como:

(...) cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. (...) Representa o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde.¹

Esse nível de atenção oferece a entrada no sistema de serviço de saúde para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa e aborda os problemas mais comuns, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar. Ele também compartilha características com outros níveis de sistemas de saúde: responsabilidade de acesso, qualidade e custos, atenção à prevenção, incluindo o tratamento e a reabilitação, e trabalho em equipe.²

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é prioritária para a organização e o fortalecimento da Atenção Básica no Brasil. Tem como objetivo a reorientação do modelo de atenção à saúde, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), imprimindo nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os

serviços de saúde e a população.^{3,4}

Com base nas características da atenção básica, a ESF fundamenta-se nos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A ESF refere-se a um modo de organização da atenção básica que, portanto, envolve um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde⁴.

A equipe multiprofissional da ESF é composta por médico, enfermeiro, cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário ou técnico em higiene dental, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde, entre outros. As principais características do processo de trabalho das equipes de saúde da família incluem: definição precisa do território de atuação; programação e implementação das atividades; desenvolvimento de ações focalizadas sobre os grupos de risco e fatores de risco; trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações; assistência básica integral e contínua, organizada à população adscrita; participação das equipes no planejamento e na avaliação das ações; apoio a estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social; promoção e estímulo à participação da comunidade no controle social, no planejamento, na execução e na avaliação das ações etc.⁴

Essa mudança do modelo assistencial do SUS também exige mudança no processo de trabalho da equipe da Estratégia Saúde da Família que passa a ter foco dirigido à promoção e manutenção da saúde, e não apenas na atenção às doenças. As equipes passam a ser corresponsáveis pelo processo de atenção aos problemas, assim como pelas práticas promotoras de saúde, respeitando-se os limites de cada categoria profissional. Nesses casos, a divisão de tarefas entre os membros da equipe, conforme suas atribuições, deve ter flexibilidade para adequar-se a situação de saúde da população assistida.⁵

O documento *Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas* traz como desafio importante um dos fatores apontados como barreiras à implementação eficaz da APS: recursos humanos nas Américas. Na atualidade, entre as implicações, destaca-se o ‘trabalho em equipe’ que é pouco desen-

volvido ou é promovido de forma insuficiente.⁶ No Brasil, essa situação também é um dos grandes desafios para a ESF, quando se trata da integralidade do cuidado, e tem sido debatida em encontros nacionais e internacionais, discussões de grupos e oficinas sobre o tema promovidos pelo Ministério da Saúde, CONASS, Conasems, Opas, Secretarias Estaduais e Municipais e instituições acadêmicas.⁵

“Hoje, mais do que nunca, o trabalho em equipe tem sido incentivado em praticamente todas as áreas da atividade humana. Vários autores têm destacado vantagens do trabalho em equipe sobre o trabalho individual. Apesar deste reconhecimento, constatamos, na prática, muitas dificuldades em realizar o trabalho em equipe. Em parte, isto se deve às diferentes percepções do que seja uma equipe de trabalho.”⁷

Frequentemente, a equipe multiprofissional tem sido entendida como a simples justaposição dos diferentes profissionais, expõe e ressalta a fragmentação do cuidado e das relações com os demais trabalhadores, tornando-se um empecilho às práticas da integralidade, não garante a continuidade dos processos.⁸ “Essa fragmentação tem tido impacto sobre as relações (profissionais-profissionais, profissionais-usuários e desses com gestores de serviços), dificultando o agir em equipe e o lidar com as singularidades na atenção e no cuidado⁸”, por isso constitui o obstáculo significativo ao princípio da integralidade.⁹

Peduzzi,¹⁰ por exemplo, aborda duas modalidades de trabalho em equipe: a equipe agrupamento, caracterizada pela fragmentação, em que ocorre a justaposição das ações; e a equipe como integração de trabalhos, fruto da articulação das ações e interação dos agentes, visando à integralidade da atenção à saúde.

O trabalho em equipe é um desafio para as equipes multidisciplinares da ESF, cuja maioria dos profissionais aparentemente mostra alguma dificuldade para trabalhar em equipe, seja de caráter da formação acadêmica ou mesmo da educação pessoal.¹¹

De modo geral, trabalhar em equipe consiste numa modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as intervenções técnicas e a interação dos agentes. Segundo Peduzzi,¹⁰ os critérios de reconhecimento dos tipos de equipe integração e equipe agrupamento dizem

respeito a comunicação entre os agentes do trabalho; diferenças técnicas e desigual valorização social dos trabalhos especializados; formulação de um projeto assistencial comum; especificidade de cada área profissional; e flexibilidade da divisão do trabalho e autonomia técnica.

Assim, torna-se importante compreendermos essas influências sobre o trabalho em equipe, na perspectiva de encontrar caminhos para o seu aperfeiçoamento.

Desse modo, nosso objetivo neste artigo foi realizar uma revisão da literatura de modo a identificar fatores restritivos à prática do trabalho em equipe na Estratégia Saúde da Família, propondo estratégias para a melhoria da articulação técnica e a interação entre os membros da equipe.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica de artigos relacionados com as principais implicações e proposições para a prática do trabalho em equipe na Estratégia Saúde da Família.

A principal vantagem de se realizar uma pesquisa bibliográfica está no “fato de permitir ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente¹²”. É um tipo de pesquisa que busca a resolução de um problema por meio de referenciais teóricos publicados, analisando e discutindo as várias contribuições científicas, levando-se em consideração o que foi pesquisado, como e sob que enfoque e/ou perspectiva foi tratado o assunto apresentado na literatura científica.¹³

O levantamento dos artigos na literatura foi dividido em duas etapas: a primeira etapa consistiu na procura dos descritores no site Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) (<http://decs.bvs.br>). Depois foram estabelecidos dois critérios para refinar os resultados: a abrangência temporal dos estudos definida entre os anos de 2005 e 2010 e o idioma, textos em português, inglês e espanhol.

A busca dos artigos foi feita na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando as fontes de informação das literaturas disponíveis em Ciências da Saúde em Geral (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Medical Literature Analysis and Retrieval Sys-*

tem Online (MEDLINE) e Áreas Especializadas (CIDSaúde – Literatura sobre Cidades/Municípios Saudáveis). Os periódicos do site da SCIELO (*Scientific Eletronic Library Online*) também foram consultados.

Foram utilizados os seguintes descritores e suas combinações: “Saúde da Família”, “Programa Saúde da Família”, “Equipe de Assistência ao Paciente” e “Relações Interprofissionais”.

Apesar de constarem no resultado da busca, foram descartados alguns artigos cujos textos não estavam disponíveis na íntegra e/ou não retratavam a temática em estudo. Portanto, a pesquisa bibliográfica incluiu artigos originais, artigos de revisão e dissertação.

Resultado Inicial – títulos ou resumos lidos

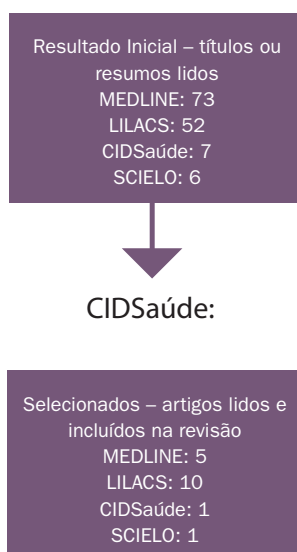


FIGURA 1 – FLUXOGRAMA DA SELEÇÃO DOS ARTIGOS.

Os dados obtidos foram organizados e sumarizados no sentido de fornecer as respostas ao problema investigado. Em seguida, foram interpretados com o objetivo de procurar o sentido mais amplo das respostas,¹² possibilitando observar, contar, descrever e classificar os dados.

O assunto foi abordado em subtemas para facilitar seu entendimento e atender ao objetivo proposto:

1. Fatores restritivos ao desenvolvimento do trabalho em equipe.

2. Sugestões para a melhoria do processo de trabalho em equipe.

FATORES RESTRITIVOS AO DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO EM EQUIPE

Conforme dados da literatura, os principais fatores restritivos ao desenvolvimento de práticas do trabalho em equipe envolvem desde aspectos relacionados à formação profissional até a existência de riscos psicossociais ocasionados nesse processo.

*Liderança em
Enfermagem na
Atenção Primária à
Saúde*

Um estudo realizado com membros da equipe de saúde da família verificou que a formação dos profissionais de saúde ainda está alicerçada no modelo biomédico,¹⁴ curativo e individual. Foi observado o despreparo desses profissionais ao atuarem em consonância tanto com as diretrizes curriculares nacionais para os cursos de graduação quanto para os princípios do SUS, como o trabalho em equipe e o atendimento integral à saúde, orientados pelo sistema vigente.¹⁵

A falta de preparo para a atuação em equipe é um dos entraves para a organização do processo de trabalho. Os profissionais não estão preparados para esse tipo de trabalho. Alguns até revelam que o trabalho em equipe é significativo, mas que não houve uma preparação para tal aspecto durante a organização dos grupos. O que se pode dizer, nesse caso, é que qualquer situação nas relações que sejam estabelecidas entre eles será desgastante.¹⁶

Outro fator atrelado a esse aspecto é a falta ou deficiência de capacitação do profissional para o trabalho.^{17,18} Segundo Oliveira e Spiri,¹⁹ esta capacitação pode não ser suficiente, pois não permite a compreensão exata de como funciona o trabalho no Programa Saúde da Família (PSF). Na opinião delas, deve acontecer antes que a equipe seja estruturada; quando não ocorre, afirmam que o aperfeiçoamento virá com o trabalho diário, impelindo os profissionais a buscarem o conhecimento.

O estudo de Loch-Neckel *et al*,²⁰ por exemplo, evidenciou a falta de clareza dos profissionais de saúde em discernir núcleo e campo de competência e as fronteiras entre esse núcleo e os demais. Eles não têm a real conscientização do seu papel, agindo de modo superficial e negligente.²¹ As limitações dos núcleos de competência¹⁵ dos profissionais da equipe aca-

bam por dificultar o processo de trabalho e podem estar relacionadas com a realização de diversas atividades que não são específicas de suas profissões e a sobrecarga de tarefas.²⁰

No contexto das atividades a serem desenvolvidas pelas equipes do PSF, observa-se que os trabalhadores trazem o desafio do trabalho em equipe para fazerem que eles desconhecem e precisam desenvolver, construir, inventar, dificultando ainda mais as relações entre os membros.¹⁴

Lara²² traz uma questão bastante relevante e que também deve ser considerada na prática do trabalho em equipe: a saúde no trabalho. O estudo de Camelo e Angerami¹⁶ faz essa relação. Elas identificaram que a falta de formação e/ou preparo para atuar nesse modelo assistencial foi um dos riscos psicossociais mais percebidos pelos membros das equipes. Observaram que a forma como os profissionais se organizavam gerava insegurança ao lidar com o usuário, ocasionando estresse ao trabalhador.

A saúde no trabalho é influenciada por uma série de fatores que podem interferir ou não no emocional do profissional. Podem estar relacionados com o sistema hierárquico da empresa, à modalidade de liderança, à divisão de trabalho, ao excesso de responsabilidades, às relações interpessoais, ao conteúdo das tarefas e ao retorno insuficiente de dados ou reconhecimento por parte das chefias. O simples fato da equipe multiprofissional lidar com o emocional de indivíduos e suas famílias pode desencadear elementos da ordem dos afetos, das especificidades de cada profissional, e até gerar estresse na equipe, que poderá ou não ser positivo. Os fatores que mais têm afetado a saúde dos profissionais das equipes da ESF são: depressão, estresse, fadiga, ansiedade exacerbada, dor de cabeça constante, além de problemas gástricos, dermatológicos, ortopédicos e respiratórios. No que se refere ao sentimento e às reações que esses profissionais têm ao lidar com as famílias e os problemas dessas famílias – em sua maioria, problemas sociais – há impotência, incapacidade, frustração e angústia.²²

O estresse permanente que os profissionais vivenciam no cotidiano do trabalho, observados no comportamento e na própria fisionomia, tem afetado também o processo de comunicação da equipe. Muitas vezes eles chegam à unidade de saúde atrasados, mal se cumprimentam, são indiferentes, não sentem nenhum desejo de interação, e poucos se mostram alegres e satisfeitos com o serviço. Tem-se observado ainda o descomprometimento de

alguns em relação às atividades,²³ conversas paralelas nas reuniões de equipe, recados repassados de maneira truncada, exames colocados em locais inapropriados e discussões acerca de consultas marcadas erroneamente, o que induz questionar se esses profissionais compreendem a importância de seu papel para o desempenho do trabalho da equipe.^{15,20}

Outros riscos psicossociais estão associados ao trabalho das equipes de saúde da família,¹⁶ como a sobrecarga de papéis,^{17,23,24} longas horas de trabalho, conflito no trabalho em equipe, dificuldade para conciliar trabalho e família, e recursos humanos¹⁸ e materiais insuficientes.²³

Os conflitos entre os membros da equipe, por exemplo, surgem porque há variedade de opiniões e posturas. Enquanto alguns profissionais estão acomodados em não realizar adequadamente suas funções, outros tentam controlar a organização das atividades da equipe, que, em sua maioria recai sobre a enfermeira. Contudo, os conflitos são inerentes à proposta da prática interdisciplinar e possibilitam o restabelecimento de interações entre os membros da equipe.¹⁹ São mediados pela prática do diálogo nas reuniões de equipe, espaço privilegiado de encontro no ambiente de trabalho.²⁵

Na equipe, é a enfermeira quem geralmente assume o papel de coordenadora/supervisora.^{17,24,26} Acaba tendo a responsabilidade de gerência do cuidado e da unidade de saúde,¹⁶ e representa o elo entre a equipe da ESF e a Secretaria Municipal de Saúde²⁶. É a categoria profissional que realiza grande parte das tarefas administrativas e de planejamento das atividades da equipe,^{17,26} enquanto os demais profissionais participam das discussões dando sugestões. É a enfermeira que normalmente inicia a atividade e vai agregando a ela os outros profissionais.²⁶

Conciliar trabalho e família também não tem sido tarefa fácil para os membros da equipe de saúde da família, pois as exigências ocupacionais e do lar dividem os profissionais em seu dia a dia, que acabam sem tempo para se dedicar à família e tendo de desenvolver as atividades do trabalho com cansaço e estresse.¹⁶

Foi observado, ainda, que aspectos como a falta de recursos humanos^{15,18} que sobrecarrega o desempenho das funções do profissional no PSF, e a escassez de materiais e insumos¹⁸ na unidade, acarretando desgaste físico e mental, levam a insatisfação com as condições de recursos materiais oferecidos.¹⁶

Outra questão que gera um sentimento de frustração na equipe²⁴,

fator limitante na execução do trabalho, é a impossibilidade ou a dificuldade de se estabelecerem metas e objetivos a serem alcançados.²³

Pelo fato do planejamento e a avaliação das ações concentrarem nos profissionais de nível superior, de forma individualizada, as decisões relacionadas à concepção do trabalho não tem sido compartilhadas por todos, o que compromete a construção do projeto comum, uma vez que este pressupõe a participação de todos os membros nos diversos momentos do processo de trabalho.¹⁷

O estudo de Colomé e Lima¹⁸ refere que o trabalho no PSF apresenta situações em que a equipe se caracteriza como agrupamento,²³ pois os profissionais atuam de maneira independente e isolada. As autoras constataram dificuldades na equipe em realizar um trabalho efetivamente integrado. Isso decorre da falta de planejamento coletivo das ações,²⁴ em que cada profissional presta um atendimento independente, de forma parcelar²³ e, conseqüentemente, não é capaz de realizar uma prática integral²⁷ que atenda às necessidades de saúde dos usuários.

A complementaridade não é aproveitada pelos profissionais. Não ocorre articulação das ações nem interação entre os membros da equipe. Entretanto, mesmo demonstrando anseio em participar da construção de planejamento para toda a equipe, esses profissionais sabem que estariam constituindo um projeto assistencial comum, em livre discussão sobre os problemas, e quais devem ser os objetivos da ação coletiva.²³

Um dos fatores principais que prejudicam a articulação das ações é a excessiva demanda de usuários pelo serviço, o que acarreta sobrecarga de trabalho,^{17,23} falta de tempo para o planejamento de ações em conjunto e dificuldade em programar e desenvolver ações preventivas. Essa situação faz que a equipe atue sobre casos isolados, conforme demanda espontânea, sem tempo para planejar e implementar ações coletivas que visem à prevenção e à promoção da saúde da comunidade.²⁴

A troca de profissionais¹⁷ observada em alguns casos também compromete as relações de trabalho e o desempenho da equipe. Na maioria das vezes é de ordem política, quando a cada quatro anos grande parte dos municípios troca seus prefeitos que, por sua vez, trocam suas equipes. Por motivos políticos, a troca excessiva das equipes impossibilita o estabelecimento de vínculos, o avanço das ações e a relação equipe/família/comunidade.²⁸

A rotatividade de profissionais desestabiliza a equipe, tanto pelo “vazio” que deixa o profissional que sai, quanto pela chegada de um novo membro. Nesses casos, cada novo membro acaba interferindo na organização e na dinâmica da própria equipe, nas relações entre as pessoas e no desenvolvimento das atividades, necessitando, portanto, de um período de adaptação. Além disso, essa situação gera estresse nos trabalhadores e reflete-se de forma importante na interação entre os profissionais e na integração de suas práticas, contribuindo para a falta de coesão e sintonia dos componentes da equipe. O pouco tempo de permanência também não permite ao trabalhador estabelecer um elo de responsabilização pelos problemas da comunidade, cujo vínculo fica prejudicado, fazendo que o usuário/família perca o seu profissional de referência.¹⁸

Enfim, várias são as situações que direta ou indiretamente inviabilizam o desenvolvimento do trabalho em equipe e que, além disso, representam certa ameaça ao êxito da Estratégia Saúde da Família. Entre todas as situações já apresentadas, outros aspectos foram dimensionados na literatura, relativos à gestão e às condições e organização do trabalho, tais como: unidades de saúde com infraestrutura física deficiente;¹⁸ hierarquização das relações de poder,^{14,15,25,29} focada principalmente no profissional médico, que tende a perpetuar e reproduzir-se na divisão técnica e social de trabalho; desorganização do processo de trabalho da equipe;¹⁵ predomínio de técnicas biologicistas,¹⁴ o que reflete a fragmentação do atual modelo assistencial; sistema de poder altamente verticalizado, com tomada de decisões centralizada na Secretaria Municipal de Saúde;²³ falta de supervisão sistemática por parte da coordenação municipal;¹⁷ falta de apoio gerencial/institucional às equipes;^{22,25} pressão interna decorrente do número elevado de famílias cadastradas e assistidas, bem como a pressão externa por parte da coordenação municipal;¹⁷ falta de reconhecimento do trabalho do ACS e diferenciação entre os níveis salariais.²²

SUGESTÕES PARA MELHORIA DO PROCESSO DE TRABALHO EM EQUIPE

As propostas de reorganização e melhoria do processo de trabalho das equipes aqui apresentadas estão relacionadas aos fatores restritivos

para o trabalho em equipe abordados pela literatura. Para isso, os autores lançam mão de algumas estratégias e metodologias, como processos grupais, que refletem sobre a prática do trabalho em equipe de forma eficaz.

A primeira sugestão está em eliminar a deficiência da formação dos profissionais das equipes de saúde da família investindo na educação permanente, cujo processo de aperfeiçoamento contínuo iniciaria na graduação e seria mantido durante a vida profissional.^{15,16} É importante firmar uma política de mudança nos cursos de graduação na área de saúde que induzam as universidades a cumprirem seu papel social, a fim de formar profissionais aptos, não somente do ponto de vista técnico, mas também do ponto de vista social.³⁰ Cabe ainda, às instituições formadoras rever a concepção praticada dentro das escolas, principalmente, em relação às técnicas de comunicação interpessoal, no sentido de superar o distanciamento existente entre ensino e serviço.¹⁵ A formação deve possibilitar o desenvolvimento de conteúdos relacionados à ESF, bem como promover vivências em equipes multiprofissionais para que os futuros profissionais desenvolvam competências e habilidades para trabalhar sob uma perspectiva multidisciplinar.¹⁸

Outra ideia proposta nesse campo é a criação de disciplinas obrigatórias teórico-práticas na graduação sobre comunicação em todos os cursos da área de saúde, pois trabalhar em equipe exige compartilhamento, escuta ativa, percepção de nuances de comportamentos, empatia, autoconhecimento, aceitação e abertura para conhecer o próximo e deixar-se conhecer. Além disso, é necessário que os órgãos de governo atentem para a importância da comunicação no trabalho em equipe e propiciem a capacitação técnica para o aprimoramento dessa competência, seja por meio de seminários *in loco*, seja humanizando o trabalho em saúde no país como um todo. A partir dessa conscientização, a gestão dos serviços terá um novo estilo: descentralizado, democrático, que valorize a autonomia, a liberdade e a iniciativa das equipes de saúde.¹⁵

As relações da equipe de trabalho são influenciadas pelo modo de trabalhar e pela forma como o trabalho está organizado. É importante que os profissionais possam se reunir para conversar e elaborar planos de atendimento em conjunto para cada família, definindo mais claramente o fazer de cada um em relação ao caso, a fim de dividir as ações sem perder de vista a finalidade do trabalho e a especificidade de cada membro, ou seja, partilhar as decisões e as responsabilidades. Dessa forma, os membros poderão me-

lhor distribuir as atividades comuns a todos os profissionais, especialmente as atividades administrativas e de coordenação. A equipe passa a refletir melhor sobre os processos de trabalho e a redefinição de papéis. Uma estratégia a ser utilizada é o rodízio de liderança e de papéis, pois permite que diferentes líderes assumam os papéis em diversas situações, ainda que de resistência à mudança, descristalizando e não mais rotulando os integrantes. Enfim, quando os membros buscam acordos para o entendimento mútuo, a interação e a execução de planos de ação excluem qualquer tipo de imposição, coerção e extorsão entre eles. Todos têm a mesma importância e contribuem igualmente para alcançar os resultados.^{14,23,26,27,29}

A Saúde da Família requer a construção de um projeto assistencial comum com complementaridade dos trabalhos especializados, em que os agentes envolvidos estabeleçam interação entre si e com os usuários. O trabalho em equipe pressupõe, portanto, uma relação recíproca de comunicação e interação. A comunicação em busca de consenso entre os profissionais traduz-se em qualidade na atenção integral às necessidades de saúde da clientela.²⁹

Portanto, o processo de comunicação é um instrumento fundamental para a integralização das ações. Torna o trabalho mais dinâmico, mais resolutivo, mais harmônico e bem mais agradável. Mesmo que os profissionais de saúde estejam inseridos em um contexto em que as características que os rodeiam dificultam a comunicação, caberá a eles desejarem a interação com o outro e criar mecanismos para isso, para ser possível dizer que se trabalha em equipe. O desejo de interagir com o outro é vital para a existência da equipe, favorece o desenvolvimento de um trabalho com objetivos comuns e fica fácil compartilhar a mesma rede de significados e vivenciar a comunicação e a percepção do não verbal,¹⁵ o que requer compreensão entre os profissionais e disponibilidade para trabalhar em conjunto.²³

Uma estratégia inovadora para integrar os membros da equipe está em se trabalharem os processos grupais das equipes da ESF. Fortuna *et al.* ressaltam a importância dos conceitos do processo grupal para o crescimento e a construção da equipe. Segundo as autoras, esta é uma forma de fazer com que os membros da equipe pensem conjuntamente sobre a tarefa, a finalidade do trabalho, a imagem do outro, o modo como tem se dado a comu-

nicação, como está o 'clima' nas reuniões e nos encontros, a aprendizagem, a afiliação, a pertença, a pertinência no grupo e a distribuição dos poderes. Na opinião delas, a existência de um supervisor, um membro fora da equipe, poderia ajudar esses profissionais, auxiliando a conversa que, por si mesma, irá encontrar suas respostas.¹⁴

Quanto à melhoria das condições de trabalho, a autora Lara²² sugere: melhoria das condições físicas das unidades básicas; revisão da questão salarial para todos os profissionais que atuam na ESF; divulgação correta do que é a ESF e do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde, utilizando a propaganda veiculada em rádio, televisão e jornal, tendo o cuidado não centralizar a divulgação somente na figura do médico, mas de toda a equipe; e suporte psicoterapêutico para as equipes, com a finalidade de se trabalhar a saúde mental desses profissionais, a fim de diminuir o estresse e outros agravos que, porventura, estejam surgindo. Como cada profissional tem sua história, seu passado, seu presente, sua família e idealização do futuro, o desequilíbrio interno ou externo pode interferir no seu processo de saúde e, conseqüentemente, no seu processo de trabalho.

Em relação à alta rotatividade de profissionais, a falta de pessoal e as condições de trabalho inadequadas, as autoras Colomé e Lima¹⁸ consideram importante que os profissionais e os usuários se unam e reivindiquem melhorias, exercendo o controle social junto aos gestores municipais, que são responsáveis pelas questões referentes à organização do programa.

Outro grande desafio para os profissionais da ESF é encontrar maneiras de capacitar e motivar a comunidade para que esta passe de objeto de manipulação a sujeito consciente de sua cidadania. É necessário que a comunidade conheça, enfrente e supere seus medos em busca de uma participação cidadã. Nesse sentido, a melhor estratégia da qual os membros da equipe podem lançar mão é a educação em saúde, de modo a promover a descoberta de uma consciência crítica nas pessoas, respeitando as suas condições de vida, a qual se materialize em estratégias concretas de enfrentamento da realidade, emergentes do conhecimento adquirido.³⁰

Os caminhos concretos para a humanização de práticas de saúde estão na promoção da saúde e, conseqüentemente, na participação e no empoderamento das pessoas e comunidades. Isso somente será possível quando as relações de poder entre trabalhadores de saúde e usuários se

tornarem menos normativas e mais simétricas.³⁰

Se, ao contrário, a Equipe de Saúde da Família não atuar de maneira a estimular a participação comunitária, corre-se o risco de manter a prática do modelo biomédico, centrado na doença, o qual tem se mostrado incapaz de atuar a partir da complexidade do processo saúde-doença, incluindo várias dimensões (individual, social, econômica e cultural) que o permeiam.³⁰

A partir da literatura analisada, pode-se considerar que, para alcançar a melhoria e o fortalecimento do processo de trabalho das equipes multiprofissionais da ESF, é necessário mudar a organização do trabalho, a formação e a atuação dos profissionais de saúde, visando à abordagem integral e resolutive do cuidado,^{27,30} bem como o vínculo positivo entre os profissionais, por meio da prática coletiva, democrática e participativa.¹⁸ Assim, a ação comum (planos e objetivos) associada ao trabalho coletivo e ao perfil para o trabalho (formação) são elementos decisivos na caracterização da equipe de saúde da família.²⁵ O trabalho em equipe facilita a realização do cuidado terapêutico junto ao cliente e à sua família.²¹ Ressalve-se que, além do aprimoramento do conhecimento dos profissionais por meio das universidades, faz-se necessária a conscientização dos gestores e da população quanto à importância de sua participação no planejamento das ações, resultando em um trabalho de parceria PSF/família/comunidade.²⁸

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Procurou-se, a partir dessa revisão bibliográfica, levantar algumas implicações e proposições para o desenvolvimento do trabalho em equipe na ESF. Verificou-se que as dificuldades vivenciadas pelos profissionais das equipes de saúde família vão além dos processos relacionados ao trabalho em si, a comunicação, a hierarquização e a formação profissional. O que despertou a atenção foi o destaque dado pela literatura aos riscos psicossociais que afetam cada vez mais os profissionais de saúde e o quanto esses fatores estão influenciando as relações interprofissionais e o desempenho das equipes. São situações que perpassam por todas as outras dificuldades e que acometem desafios para a gestão e, particularmente, para os profissionais.

Entretanto, as pesquisas que abordaram o tema trabalho em equipe na ESF têm demonstrado preocupação em buscar maneiras de superar as dificuldades, apropriando-se de metodologias e estratégias que facilitem a interação entre os membros e a articulação das ações de forma efetiva. Ao longo desses anos de PSF, o que até então se entendia por 'equipe agrupamento', passa a ter maior importância 'equipe integração' para o desenvolvimento de um trabalho mais participativo, democrático e descentralizado.

Além das sugestões evidenciadas na literatura, ressalta-se a importância da utilização de duas metodologias que são complementares a todas as outras e que podem ser úteis no cotidiano do trabalho em equipe. A primeira delas está em se realizarem estudos de casos clínicos e elaboração de planos de intervenção em equipe, tendo em vista a busca das melhores práticas baseadas em evidências. Esse é um método que fortalecerá as especificidades de cada categoria profissional, como equipe multiprofissional e interdisciplinar, e qualificará o cuidado prestado ao cliente/família/comunidade, com vistas à integralidade da atenção à saúde.

A outra estratégia proposta seria a Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ). A AMQ é uma ferramenta para a institucionalização da avaliação da Atenção Primária à Saúde. Atualmente está dirigida ao âmbito municipal e oferece instrumentos para a avaliação, o planejamento e a gestão da ESF. Tem como objetivo fomentar o monitoramento e a avaliação dos estágios de qualidade da ESF. De abordagem pedagógica, é movida pelas seguintes diretrizes: processo autoavaliativo, livre adesão pelos gestores municipais e ausência de sanções ou punições ou outras relacionadas a resultados. Seus instrumentos de autoavaliação envolvem padrões de qualidade específicos da gestão e das equipes da ESF, subdivididos em cinco dimensões: desenvolvimento da ESF; coordenação técnicas das equipes; unidade de saúde da família; consolidação do modelo de atenção; e atenção à saúde. Contemplam padrões relacionados com gestão do trabalho, infraestrutura, organização do trabalho, educação permanente, acolhimento e humanização, participação comunitária, entre outros. Essa seria uma forma de melhor aproximar a interação/articulação entre os membros da equipe/coordenação municipal/gestor do aprimoramento e qualificação dos processos de trabalho na ESF.

Neste estudo, procurou-se contribuir para que as ações da ESF, fru-

tos do trabalho em equipe, se desenvolvam cada vez mais e que possibilitem o objetivo da integralidade, da continuidade e da coordenação do cuidado, ressaltando a atenção básica como ordenadora do sistema de saúde.

Referências

25. Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, 1978 Set 6-12 [Internet]. Conferência de Alma-Ata; URSS [acesso em 2010 Set 30]. Disponível em: <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>
26. Tarfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco; Ministério da Saúde; 2002. 726 p.
27. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção à Saúde, Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde; 1997. 36 p.
28. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. 60 p. (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 4.)
29. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Brasil). Atenção primária e promoção da saúde. Brasília: CONASS; 2007. 232 p. (Coleção progestores – para entender a gestão do SUS, v. 8.)
30. Organização Mundial da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. Renovação da atenção primária em saúde nas Américas: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. Washington: Opas; 2008.
31. Piancastelli CH, Faria HP, Silveira MR. O trabalho em equipe. In: Santana JP, organizador. Organização do cuidado a partir de problemas: uma alternativa metodológica para a atuação da equipe de saúde da família [Internet]. Brasília: Opas/Representação do Brasil; 2000. [acesso em 2010 Set 30]; p. 45-50. Disponível em: http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/Texto_1.pdf
32. Pinheiro R, Mattos RA, Barros MEB, organizadores. Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: Cepesc; Uerj; Abrasco; 2007. 208 p.
33. Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: Cepesc; Uerj; Abrasco; 2005. 304 p.
34. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. Rev. Saúde Pública [Internet]. 2001 Fev. [acesso em 2010 Set 30]. 35(1):103-9. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v35n1/4144.pdf>
35. Francischini AC, Moura SDRP, Chinellato M. A importância do trabalho em equipe no Programa Saúde da Família. Investigaçao [Internet]. 2008 Jan-Dez. [acesso em 2010 Set 30]. 8(1-3):25-32. Disponível em: <http://publicacoes.unifran.br/index.php/investigacao/article/view/62/0>

36. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6 ed. São Paulo: Atlas; 2008.
37. Boccato VRC. Metodologia da pesquisa bibliográfica na área odontológica e o artigo científico como forma de comunicação. Rev Odont Univ Cid São Paulo [Internet]. 2006 Set-Dez [acesso em 2010 Ago 28]. 18(3):265-74. Disponível em: http://www.cidadesp.edu.br/old/publicacoes/revista_odontologia/revista_odontologia_3/metodologia_pesquisa_bibliografica.pdf
38. Fortuna CM, Mishima SM, Matumoto S, Pereira MJB. O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2005 Abr. [acesso em 2010 Jul 3]. 13(2):262-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n2/v13n2a20.pdf>
39. Jesus DSS, Soares SM. A comunicação no trabalho em equipe: perspectivas de profissionais inseridos no Programa Saúde da Família [Internet] Belo Horizonte: Escola de Enfermagem da UFMG; 2006. [acesso em 2010 Ago 28]. 94 p. Disponível em: http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/1843/GCPA-6VYPWA/1/danielle_sandra_da_silva_de_jesus.pdf
40. Camelo SHH, Angerami ELS. Riscos psicossociais relacionados ao trabalho das equipes de saúde da família: percepção dos profissionais. Rev Enferm UERJ [Internet]. 2007 Out-Dez. [acesso em 2010 Ago 28]. 15(4):502-7. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v15n4/v15n4a04.pdf>
41. Silva IZQJ, Trad LAB. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. Interface Comun Saúde Educ (Botucatu) [Internet]. 2005 Fev. [acesso em 2010 Jul 3]. 9(16):25-38. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a03.pdf>
42. Colomé ICS, Lima MADS. Desafios do trabalho em equipe para enfermeiras que atuam no Programa Saúde da Família (PSF). Revista gaúcha de enfermagem [Internet]. 2006 Dez. [acesso em 2010 Ago 28]. 27(4):548-56. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/23571/000589343.pdf?sequence=1>
43. Oliveira EM, Spiri WC. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. Rev Saúde Pública [Internet]. 2006 Ago. [acesso em 2010 Jul 3]. 40(4):727-33. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v40n4/25.pdf>
44. Loch-Neckel G, Seemann G, Eidt HB, Rabuske MM, Crepaldi MA. Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família. Ciênc. Saúde Coletiva [Internet]. 2009 Out. [acesso em 2010 Ago 21]. 14(1):1.463-72. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14s1/a19v14s1.pdf>
45. Martins CF, Thofehrn MB, Amestoy SC, Assunção AN, Meincke SMK. Saúde da família: uma realidade presente na equipe multiprofissional. Ciênc. Cuid. Saúde [Internet]. 2008 Mai. [acesso em 2010 Jul 10]. 7(1):132-7. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/6584/3897>
46. Lara MJ. Percepção dos profissionais de saúde da família sobre a qualidade de vida no trabalho. Revista APS [Internet]. 2005 Jan-Jun. [acesso em 2010 Ago 28]. 8(1):38-48. Dispo-

nível em: <http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/Percepcao.pdf>

47. Kell MCG, Shimizu HE. Existe trabalho em equipe no Programa Saúde da Família? Ciênc. Saúde Coletiva [Internet]. 2010. [acesso em 2010 Ago 23]. 15(1):1.533-41. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/065.pdf>

48. Colomé ICS, Lima MADS, Davis R. Visão de enfermeiras sobre as articulações das ações de saúde entre profissionais de equipes de saúde da família. Rev. Esc. Enferm. USP [Internet]. 2008 Jun. [acesso em 2010 Jul 10]. 42(2):256-61. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n2/a06.pdf>

49. Araújo MBS, Rocha PM. Saúde da família: mudando práticas? Estudo de caso no município de Natal (RN). Ciênc. Saúde Coletiva [Internet]. 2009 Set-Out [acesso em 2010 Ago 21]. 14(1):1.439-52. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14s1/a17v14s1.pdf>

50. Pavoni DS, Medeiros CRG. Processos de trabalho na equipe Estratégia de Saúde da Família. Rev. Bras. Enferm. [Internet]. 2009 Abr. [acesso em 2010 Jul 10]. 62(2):265-71. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n2/a15v62n2.pdf>

51. Ferreira RC, Varga CRR, Silva RF. Trabalho em equipe multiprofissional: a perspectiva dos residentes médicos em saúde da família. Ciênc. Saúde Coletiva [Internet]. 2009 Set-Out. [acesso em 2010 Jul 10]. 14(1):1.421-1.428. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14s1/a15v14s1.pdf>

52. Rosa WAG, Labate RC. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2005 Dez. [acesso em 2010 Ago 21]. 13(6):1.027-34. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a16.pdf>

53. Araújo MBS, Rocha PM. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. Ciênc. Saúde Coletiva [Internet]. 2007 Abr. [acesso em 2010 Ago 21]. 12(2):455-64. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a22v12n2.pdf>

54. Campos L, Wendhausen A. Participação em saúde: concepções e práticas de trabalhadores de uma equipe da estratégia de Saúde da Família. Texto contexto – Enferm. [Internet]. 2007 Jun. [acesso em 2010 Jul 10]. 16(2):271-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n2/a09v16n2.pdf>

TRANSFORMAÇÕES OCORRIDAS NO TRABALHO DE UMA EQUIPE DE ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA POR MEIO DA EDUCAÇÃO POPULAR

Cibele de Moura Sales
Marcelly Freitas Trindade
Nédson Lechener da Silva
Regiani Aparecida Coronel Cacho
Edson Mamoru Tamaki
Luciana Contrera-Moreno

INTRODUÇÃO

A mudança de um modelo assistencial reducionista, fragmentado, excludente, com enfoque na doença e na intervenção curativa para um modelo universal, integral, equânime e com o conceito positivo de saúde preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) visava ao rompimento com o modelo de atenção anterior.

Essa mudança de modelo de atenção proporcionou muitas transformações já ocorridas no sistema de saúde brasileiro, no entanto, no cotidiano dos serviços, não ocorreram grandes inovações.¹ As práticas hegemônicas no sistema ainda são permeadas pelo reducionismo e pela fragmentação das práticas, a objetivação dos sujeitos, o enfoque na doença e na intervenção curativa.

Entre os princípios e diretrizes do SUS é a integralidade que confronta incisivamente essa racionalidade. Nela há conjunção das práticas promotoras de saúde, preventivas e assistenciais por um mesmo serviço e não a fragmentação dessas ações.

Na busca por alcançar esta integralidade na prática cotidiana dos serviços, o Ministério da Saúde tem envidado esforços buscando a reorientação do modelo de assistência. Esses esforços são evidenciados pela formulação de novas estratégias para atender ao setor na área de Atenção Primária à Saúde e entre esses se destaca a Estratégia Saúde da Família (ESF).

A ESF busca, com medidas simples e racionais, a promoção da saúde, sendo o usuário considerado sujeito, integrado à família, comunidade e território. No entanto, para que esse caminho seja realidade, é necessário que os profissionais e o serviço se vinculem com a comunidade nessa pers-

pectiva. Nesse contexto, não há espaço para o processo de trabalho médico-centrado, tendo de ser ampliado para a equipe multiprofissional.²⁻⁵

Para modificar o trabalho em saúde, essa equipe precisa aprender o “saber fazer”, e esse saber passa pela formação de pessoal. No entanto, esta deve ser “numa perspectiva diferente daquela que, habitualmente, vem sendo implementada, que encara o profissional como um ser alienado e ignorante, que deve ser treinado e conscientizado”.⁶

Essa proposta identifica-se com os pressupostos pedagógicos da Educação Popular, que tem em Paulo Freire, um dos seus maiores expoentes. As citações abaixo corroboram essa afirmação:

[...] grande parte do que Paulo Freire diz sobre processo educativo é aplicável à Atenção Primária em Saúde. Nós afirmamos ainda mais: a metodologia educativa de Paulo Freire é uma sólida base para se atingir uma Atenção Primária à Saúde integral.⁷

Assim como o método da educação popular reorienta a relação entre o profissional e a população, ressaltando as suas iniciativas e o seu processo de busca de melhorias, é preciso reorientar as estratégias de formação profissional, fazendo-as partir de suas angústias, de sua experiência prévia e de sua vontade de superação das dificuldades. É preciso construir uma tradição de formação de recursos humanos em saúde orientada pela educação popular.⁶

A Educação Popular é uma teoria que pretende orientar uma prática educadora: crítica, consciente, libertadora e transformadora. O ponto de partida e o ponto de chegada desse processo pedagógico é a realidade que se quer mudar. O objetivo é transformar a realidade, a partir de uma reflexão ancorada na realidade associada a uma prática transformadora desta. O critério de avaliação é a mudança que aconteceu nessa realidade a partir do novo conhecimento elaborado.⁸⁻¹⁰

Apesar da identidade que Educação Popular tem com o setor Saúde e do reconhecimento de que sua metodologia é uma base sólida para atingir uma atenção integral, grande parte dos serviços não tem seus trabalhos orientados por ela. As bases e os elementos necessários para a implementação de atividades nessa dimensão já estão postos, mas é preciso avançar na viabilização dessa prática.⁵

Em função disso, o objetivo da pesquisa foi o de verificar a capaci-

dade que a Educação Popular tem de se integrar e de propiciar mudanças na prática de trabalho da equipe de saúde da família na perspectiva do modelo de atenção do SUS.

MÉTODOS

A pesquisa foi realizada em Dourados, Mato Grosso do Sul, onde não existiam experiências de Educação Popular nos serviços de saúde. Nessas condições, a pesquisa-ação constituía o método mais adequado para o encaminhamento da pesquisa, pois representava, no aspecto prático, a possibilidade de construir um caminho para a implantação da Educação Popular no trabalho de uma equipe de ESF e também pela sua capacidade de propiciar um aprofundamento no conhecimento do objeto de pesquisa, permitindo conhecer as transformações decorrentes desse processo.

Pesquisa-ação tem a seguinte definição: “Pesquisas nas quais há uma ação deliberada de transformação da realidade; pesquisas que possuem um objetivo duplo: transformar a realidade e produzir conhecimentos relativos a essas transformações”.¹¹ O ponto alto da pesquisa-ação é a co-formação, ocorrendo a autoformação e a heteroformação, que vai ocorrer a partir do desempenho do pesquisador que articula aproximação e distanciamento, afetividade e racionalidade, mediação e desafio, ciência e arte.¹²

Esse ponto alto está diretamente relacionado com a teoria de Paulo Freire sobre o aprendizado; diz ele: “ninguém educa ninguém, ninguém educa a si mesmo, os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo”.¹³

A técnica da pesquisa-ação utilizada foi a Observação Participante ativa (OPA), em que a pesquisadora buscou desempenhar um papel de mediadora e articuladora do grupo estudado, passando a pertencer ao grupo, estando simultaneamente dentro e fora do grupo.¹²

Para o registro e a documentação da experiência, utilizou-se o Diário de Campo. Nesse diário, a pesquisadora realizava anotações diariamente relacionadas a observações que eram feitas, dos sentimentos, questionamentos, medos, desejos, tendo caráter íntimo. Fez-se também anotações de textos que se relacionavam ao tema. O objetivo era poder resgatar todas as ações e emoções vividas para compor a análise e discussão dos dados.

A cidade de Dourados é a segunda maior cidade do estado de Mato

Grosso do Sul, contando com 179 mil habitantes. A ESF está implantada nesta cidade desde 1999. A Secretaria Municipal de Saúde, após a avaliação do projeto de pesquisa pela Comissão de Pesquisa e Estágios (Cepet) designou a equipe da ESF 17 da Vila São Braz, região afastada da cidade e de condições socioeconômicas baixas, para a realização da pesquisa.

A equipe 17 era composta por seis Agentes Comunitários de Saúde, um Auxiliar de Consultório Dentário (ACD), um odontólogo, um médico, um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem, dois auxiliares de serviços gerais e um recepcionista.

Para iniciar a pesquisa-ação, uma reunião geral foi realizada, convocada pela coordenadora da ESF 17, para que a pesquisadora apresentasse o seu projeto de ensino-aprendizagem contendo a sua proposta de frequência ao serviço, de participação nas reuniões com a equipe, nas visitas domiciliares com os ACS, nas atividades de grupo da equipe e fornecesse os demais esclarecimentos necessários. Após as explicações, foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para que os sujeitos pudessem lê-lo e assiná-lo. Esta pesquisa teve aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

À pesquisadora coube o papel de desencadeadora do processo a partir do oferecimento de material teórico e de orientação de discussões. Posteriormente, como apoiadora, desempenhou a função de provocadora, fazendo questionamentos como: Por quê? Para quê? O que vocês desejam ou desejavam alcançar com essa atividade? Como foi hoje? A contribuição com sugestões e ações era dada apenas quando solicitada pela equipe. Ações e palavras de valorização e de incentivo também foram utilizadas pela pesquisadora.

A partir da reunião inicial, a pesquisadora passou a acompanhar todas as atividades diárias da equipe 17, a frequentar as reuniões dos grupos de hipertensão, de gestantes e de pesagem das crianças e acompanhar os ACS em suas visitas domiciliares, objetivando conhecer a realidade local e a ação educativa dos ACS.

Durante a semana foi reservado um período (quarta-feira, à tarde) para reuniões da equipe com a pesquisadora para discussão sobre EPS, para a análise das atividades realizadas e para o planejamento de novas atividades.

Foram utilizados textos para leitura dos participantes em suas ca-

sas, apresentado vídeos relacionados ao tema de EPS para conhecimento dos princípios teóricos importantes dessa teoria.

Com o desenrolar da pesquisa e com a confiança conquistada, os espaços informais para discussão ganharam lugar expressivo. Muitas discussões passaram a ocorrer após o término das reuniões dos grupos realizados pela equipe, quando eles já avaliavam suas ações e planejavam alterações e também a próxima atividade a ser desenvolvida.

Após sete meses do início da pesquisa-ação, uma entrevista coletiva foi realizada e gravada com toda a equipe, e contou com uma relatora. A questão norteadora da entrevista foi: Depois de sete meses trabalhando com uma nova modalidade de educação em saúde, me conte como foi para vocês a experiência de trabalhar com educação popular em saúde?

Após o término da entrevista, a relatora leu a síntese das discussões realizadas pelo grupo a fim de obter a validação, tendo ocorrido inserções de alguns pontos depois da leitura. Com a leitura da nova redação o grupo validou a síntese elaborada.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Mesmo após a realização da pesquisa-ação, mudanças no trabalho da equipe continuaram a acontecer. A relação formada durante a pesquisa-ação fez que a pesquisadora continuasse a ser requisitada para apoiar e acompanhar o trabalho que a equipe vinha desenvolvendo. Essa situação permitiu ampliar o espectro de dados obtidos na pesquisa, de forma que os resultados puderam ser subdivididos em três grupos: o primeiro com as mudanças ocorridas durante a pesquisa-ação nas atividades que já eram desenvolvidas pela equipe; o segundo com as atividades que foram iniciadas durante a pesquisa-ação; e o terceiro com as ações e iniciativas realizadas após o término da pesquisa.

1. Atividades modificadas durante a pesquisa-ação

A reunião do programa de hipertensos e diabéticos, o Hiperdia apresentou-se como um espaço rico para a implementação de ações decorrentes da transformação do olhar da equipe sobre o serviço, a saúde e as comunidades.

Ao ser iniciada a pesquisa-ação essa atividade era planejada pela enfermeira que elaborava o cronograma mensal das reuniões, definindo datas e local. A cada semana ocorriam duas reuniões do Hiperdia, divididas por microáreas.

De acordo com o cronograma estabelecido, os ACS convidavam os participantes do grupo para estarem presentes. No dia da reunião, o ACS responsável pela microárea passava na unidade da ESF, pegava os prontuários e se dirigia ao local da reunião. Chegando lá, limpava o local, separava todos os prontuários de acordo com a ordem de chegada para atendimento médico e colhia as assinaturas dos participantes. Os participantes chegavam e se assentavam aguardando a chegada do pessoal da enfermagem para verificação da pressão e depois do médico, para a consulta.

Enquanto aguardavam a equipe de enfermagem e o médico, os participantes do grupo ficavam sentados, muitas vezes enfileirados e em silêncio, às vezes por horas.

Era um silêncio pela ausência de um diálogo que proporcionasse um pensar crítico-problematizador, de uma escuta amorosa que objetivasse o acolhimento do outro, que pudesse emancipar essas pessoas e as libertar de suas vidas desumanizadas pela opressão e dominação social, as quais a equipe de saúde acabava por fortalecer por não humanizar esse processo.

Esse calar reflete a opressão sentida por esse grupo, que ante os “doutores”, não se coloca como ser humano, mostrando que a relação existente entre o profissional de saúde e a comunidade é de opressão e desumanização, fortalecendo a exclusão social do grupo e reproduzindo a estruturação de opressão.

Quando a equipe aguardada chegava, era feita uma palestra rápida sobre o que se podia ou não fazer quando “se é” hipertenso e/ou diabético, a pressão era verificada, às vezes a glicemia era medida e então os participantes eram consultados pelo médico, que encerrava o atendimento ao grupo de forma individual.

Essa atividade com o grupo era médico-centrada e as ações da equipe de saúde somente relacionadas à doença. A equipe entendia o Hiperdia como uma consulta especial para hipertensos e diabéticos, restringindo o programa a questões de recuperação, não englobando promoção, prevenção e reabilitação, mesmo que o Manual do Hiperdia, que é um programa minis-

terial, os contemple. Havia dificuldade de garantir a assiduidade dos moradores à reunião, pois diziam que precisavam “cozinhar feijão”, que “demorava demais” e mesmo sendo lembrados no dia anterior à reunião, relatavam o esquecimento como justificativa para a ausência na reunião. “O esquecimento” se apresentava como uma maneira de resistência àquela estrutura de opressão.

Após vários encontros dialogando sobre EPS com a equipe, com exercício de um pensar crítico-reflexivo pela equipe, decorrente do processo educativo iniciado, algumas modificações começaram a ser introduzidas nas atividades das reuniões do Hiperdia.

A primeira delas foi a decisão de a equipe trabalhar de forma integrada, contando com a participação de todos os ACS em cada reunião, e não somente na reunião de sua microárea, auxiliando o colega na execução de suas atribuições e interagindo com moradores de outras, microáreas.

Essa integração dos ACS foi o grande passo para o avanço do processo educativo, pois criou um espaço constante de diálogo entre o grupo. A idéia de trabalhar de forma conjunta partiu da necessidade que surgiu de colaboração, tanto pelo desafio da nova proposta de trabalho que se apresentava, quanto pela sobrecarga de trabalho que já sentiam e passaram a expressar. A amorosidade, o compromisso com o outro e consigo conduziu a essa solidariedade, que o empoderamento do grupo permitiu aflorar, a partir de um processo educativo que valoriza os diferentes saberes, que busca a equidade na divisão de poder.

A equipe começou a se organizar e passou a preparar algum tipo de aperitivo para ser degustado durante a reunião. De tal modo que as reuniões começaram ser mais movimentadas, não apenas pelo aumento da frequência, mas pelo contato com o outro que esse momento passou a proporcionar.

Com o andamento dos trabalhos a equipe avaliou que havia a necessidade de que algumas atuações fossem feitas para “aproveitar melhor” o tempo de espera das ações de enfermagem e da consulta médica, uma vez que eram individuais, ficando o restante do grupo sem atividade nesse momento. A pesquisadora incentivou a equipe a pensar em algo que pudesse ser diferente das palestras comumente realizadas e que permitisse maior interação entre os participantes para que pudesse haver troca entre os semelhantes. Ao pensar em uma ação que pudesse “apenas aproveitar melhor

o tempo”, não se tinha noção da dimensão de que, ao se realizarem ações com enfoque na saúde, e não apenas na doença, estariam deslocando as reuniões e seus próprios olhares e fazeres da atenção centrada no médico para uma atenção voltada para promoção da saúde.

No início, foram realizadas atividades dinâmicas nesse espaço onde os temas eram variados e se buscava promover a participação de todos. Algumas atividades permitiam a quem quisesse contar a história da sua vida, declamar poesia, fazer encenação sobre questão relacionada ao problema do alcoolismo, retratar a vida familiar, entre tantas outras. Passou-se a cantar parabéns para os aniversariantes, que recebiam parabéns de todos. A equipe fazia bolo e sorteava lembranças (utilizando recursos próprios e destinados para atividades da ESF, via conselho gestor, no valor de 150 reais mensais), com o tempo, objetivando promover a participação de todos, começaram a angariar com os colegas de reunião dos aniversariantes ingredientes para a festinha, permitindo o envolvimento da comunidade.

Com o avanço das discussões entre o grupo, o estudo sobre os princípios da Educação Popular era possível observar que as relações de poder dentro da equipe haviam se modificado. Um dos pontos que permitia fazer essa leitura era a descontração da equipe nas discussões que ocorriam após as atividades realizadas, nas quais todos se sentiam à vontade para identificar as “falhas” nas ações programadas, mesmo que a falha fosse da coordenadora. Sempre que alguém tinha uma postura mais autoritária com o outro, usando o recurso “de que o certo é assim”, era dito em situação descontraída: fulano hoje você quase escorregou! Todos riam e comentavam a situação. Havia uma participação consciente do grupo na busca de um relacionamento compartilhado, em que importava o avanço do grupo e não dos indivíduos. Um exercício de cidadania, participando coletivamente para transformar a realidade.

O processo foi composto de várias idas e vindas. Em uma das atividades realizadas, havia uma caixinha com várias perguntas que circulava entre os participantes, ao parar a música, quem estivesse com a caixinha pegava um dos papéis. Uma dessas perguntas era: como você cuida e controla sua pressão? O sorteado contou o que fazia e logo foi interpelado por um dos componentes da equipe: "não pode ser assim!" O interessante foi como após essa afirmação, o profissional percebendo que sua fala não es-

tava mais de acordo com o que acreditava, tentou “consertá-la”. Ao final da reunião, todos do grupo discutiam e riam da situação e a discussão aconteceu sobre a mecanização das falas e posturas.

Dois episódios serão relatados, pois são emblemáticos desse processo. Um dos ACS não aderiu à proposta de trabalho e as reuniões do HiperDia de sua microárea continuaram a acontecer da maneira anteriormente descrita. Após algumas reuniões, o médico perguntou o motivo de as novas atividades não eram realizadas com aquele grupo. Ao ser informado do motivo, ele disse: “Vocês precisam fazer aquela reunião também. Eu percebi que as consultas demoram mais quando vocês não fazem as atividades, eles têm mil coisas para reclamar, dói em todo canto, nas outras eles sentam pegam a receita e pronto. Quase não têm mais queixas”.

O outro episódio ocorreu durante um atendimento hospitalar de um dos ACS. Após sentir-se mal e com muita dor, um dos ACS se dirigiu ao hospital para atendimento e, ao chegar na recepção, ficou um tempo aguardando os funcionários lhe darem atenção, pois estavam conversando entre eles. Após o atendimento, em conversa com seus acompanhantes àquele serviço disse: Como é ruim ser ignorado. E foi completado pela seguinte fala: será que é isso que as pessoas sentem quando chegam pro Hiperdia e a gente está conversando entre nós?

Como a reunião do Hiperdia estava marcada para oito horas, apesar de as pessoas chegarem bem antes do horário, as atividades e atenção a eles só eram iniciadas no horário marcado. Na próxima reunião, a equipe se sentou na roda dos participantes e conversou com todos, mesmo antes e depois do horário.

A capacidade de refletir criticamente a realidade desenvolvida com e no processo educativo, na relação com o outro, permitiu que experiências pessoais os levassem a refletir sobre suas próprias ações, resultando em transformação da realidade em que estavam inseridos.

Segue a transcrição de parte da síntese da entrevista coletiva realizada ao final da pesquisa-ação:

Quanto aos pacientes, foi observada grande diferença durante as reuniões do Hiperdia, muitos reclamavam antes, depois da interação dos ACS, os pacientes melhoraram a autoestima. Os pacientes precisavam de atenção e essa atenção foi dada de modo mais amplo.

Os pacientes se sentiram mais motivados para estarem presentes nas reuniões do Hiperdia porque se sentiram importantes, diferenciados por causa da preocupação da equipe com eles. Agora, eles sabem a hora, o dia e fazem questão de estarem presentes. As pessoas se sentiram mais à vontade para se expressar, perguntar nas reuniões. Os pacientes buscam coisas diferentes, estavam cansados do modelo tradicional de palestras. Há sete anos os pacientes ouviam as mesmas recomendações. Uma sobrecarga de impedimentos ao paciente. Com a Educação Popular em Saúde, novas ideias fluíram e os pacientes se tornaram mais seletivos em relação ao que é apresentado a eles e começaram a solicitar que as iniciativas novas perdurem.

Nas reuniões sob o novo modelo, o paciente consegue se sentir importante e os profissionais também. Melhorou o humor do paciente e dos profissionais. Os pacientes têm mais vontade de se arrumar para estarem presentes às reuniões. A ausência às reuniões era frequente, e a pressa para que a reunião terminasse não mais existe. Os pacientes já cobram a ocorrência das atividades do Hiperdia.

As ações inovadoras começaram a ser expandidas. Logo a equipe passou a trabalhar da mesma maneira com o grupo de gestantes, que seguia anteriormente quase o mesmo padrão das reuniões do Hiperdia. A diferença que existia era a preocupação que a equipe tinha em relação às condições econômicas das futuras mães para cuidarem de seus filhos, motivando-as a obterem doações de roupas e outros acessórios para recém-nascidos para colaborar com o enxoval. O grupo de gestantes passou a se organizar e desenvolver trabalhos manuais para produzir enfeites para o quarto dos bebês e também para as roupas, como o bico de crochê nas fraldas.

Com o decorrer do trabalho de EPS foi sendo aberto espaço para que as mães se tornassem mais ativas nas reuniões, dividindo com as primíparas sua experiência de gestações anteriores, e estas seus sentimentos e inseguranças. Com esse espaço de troca houve aumento do número de gestantes e de frequência das futuras mães. Muitas delas, mesmo após o término da gestação, continuaram a frequentar o grupo com seus bebês.

A equipe construiu um instrumento para pesquisar com as participantes o assunto de maior interesse delas. A partir do resultado, o grupo passou a pensar em uma maneira de atender demandas para as quais o serviço não estava preparado, uma vez que ninguém da equipe sentia-se ca-

pacitado para dirigir uma discussão sobre o tema escolhido pelo grupo. Essa nova demanda permitiu a aproximação com uma faculdade de Dourados que passou a colaborar com os trabalhos da equipe.

O destaque aqui é que, no diálogo com coordenadores e professores de cursos na área de saúde, percebeu-se o grande interesse deles em contribuir, sendo que algumas turmas de acadêmicos já tinham material produzido, mas sem a oportunidade de aplicação.

Um grupo de acadêmicos de psicologia iniciou seus trabalhos junto com equipe, assessorando tanto a equipe quanto os grupos coordenados pelo serviço. Em umas das primeiras atividades que realizaram com a comunidade, os acadêmicos começaram a realizar a palestra em pé, com o grupo sentado apenas ouvindo. Discretamente, um dos ACS, desejando um formato diferente, ofereceu cadeira a cada um dos acadêmicos presentes e a roda foi sendo construída. Ao sentarem na roda, a postura dos acadêmicos modificou-se, e o grupo passou a participar de forma ativa. O ACS tomou uma decisão para modificar o andamento do trabalho, de forma autônoma, crítica e prática. O ato educativo foi realizado, e a relação do ACS com o grupo e com os acadêmicos resultou na modificação da continuidade dos trabalhos.

2. Atividades iniciadas durante a pesquisa-ação

A ideia de trabalhar com artesanato era uma constante. A equipe entendia que, na comunidade, havia muitas pessoas que faziam trabalhos bonitos, que poderiam ensinar e também divulgar seus trabalhos. O objetivo era colaborar na construção de uma rede solidária. A avaliação é de que a área de abrangência daquela ESF não oferecia muitas oportunidades de lazer e produção de renda.

Inúmeras ideias foram concebidas e analisadas, mas se tornava inviável quando se calculava o custo. Foi então que surgiu a ideia do artesanato com jornal, pois havia na equipe quem poderia ensinar e a lista de material era a mais barata de todas as alternativas analisadas. Assim, foram abertas as inscrições e a comunidade foi convidada a participar. O curso acontecia uma vez por semana, no período vespertino. O grupo que participou era heterogêneo e conviveu harmoniosamente.

Ao final do curso, a equipe realizou entrega de certificado, elaborado

e confeccionado por seus membros e registrado em um livro de ata aberto para as atividades desse formato que a equipe desejava passar a desenvolver com frequência.

Alguns depoimentos expressam o que significou esta atividade:

Eu nunca tinha feito nenhum artesanato, no começo foi muito difícil, mas eu me virei, foi um desafio. Gostei demais de fazer as cestas, elas são lindas!

Gostei de fazer as cestinhas. Dá trabalho, mas compensa. No começo deu vontade de desistir. Eu deixava as crianças sozinhas em casa para estar aqui. Não foi fácil, mas é bom ver como as cestinhas ficam bonitas!

Já faz parte da renda de casa, já vendemos várias!

Em um dos encontros da equipe, um dos participantes comentou sobre a instalação de uma empresa de reciclagem de vidros na região e lançou a questão: “Será que não conseguiríamos fazer parceria? Poderia ser uma maneira de obtermos renda”.

Várias possibilidades foram pensadas, no entanto, após várias conversas entre o grupo e algumas com o empresário, decidiu-se por colocar na unidade de saúde um contêiner para coleta de vidros. O objetivo era permitir que os participantes das atividades compartilhassem mais ativamente suas experiências. Como muitas das atividades realizadas necessitavam de investimento monetário, pensou-se na coleta de vidros para ajudar a arcar com os custos, e também para oportunizar o envolvimento da equipe com a comunidade e da comunidade com a equipe.

Um empresário se disponibilizou para participar das atividades nos grupos, contando sobre a história do vidro, a importância da reciclagem para o meio ambiente. A idéia foi acolhida.

No início, a equipe ficou um pouco apreensiva, pois apenas acadêmicos traziam vidros. Após cinco meses do início da coleta de vidros para reciclagem, foi possível observar a participação de algumas pessoas da comunidade. A notícia foi entendida como vitória por eles.

Emocionou a todos da equipe, quando, no último Hiperdia, várias pessoas chegaram para a reunião trazendo sua sacolinha com vidros

para reciclar. Foi muito importante para nós perceber a resposta da comunidade ao projeto de reciclagem. A Sueli chegou a mim toda entusiasmada tentando lembrar do ditado: “água mole em pedra dura, tanto bate até que fura”. Foi muito legal!¹⁴

A cidade de Dourados costuma ter inverno rigoroso e, com a sua aproximação, alguns ACS iniciaram a mobilização da equipe para arrecadar agasalho com e para a comunidade.

Algumas parcerias foram construídas por eles, entre elas uma rádio e a paróquia do bairro, sendo a rádio responsável por uma vinheta de divulgação da campanha e a paróquia um posto de coleta dos agasalhos. A campanha do agasalho obteve sucesso e a equipe distribuiu as doações de acordo com as necessidades das famílias da área da ESF.

3. Atividades realizadas após o término da pesquisa-ação

Com a realização da entrevista coletiva, houve o encerramento oficial da pesquisa-ação, após sete meses. As atividades modificadas e iniciadas durante a pesquisa-ação se mantiveram, mas, além delas, novas atividades foram planejadas e realizadas, entre elas um projeto com adolescentes e uma feira de saúde.

Segundo a equipe, o problema da região de abrangência da ESF é a educação infantil:

Nós não temos área de lazer. O maior problema nosso está sendo nosso pessoal jovem e é uma fase assim que as mães estão deixando livre e é uma fase que não poderia estar livre, que é onde está começando a aprender, ter curiosidade e nosso bairro é pequeno. Já teve caso de criança drogada com 13, 14, 15 anos... Teve caso de três pessoas da mesma família. Nós não temos nenhum local pra brincar. Nós estamos fechados aqui praticamente.

O desafio é a construção de conhecimento a partir do contexto e possibilitar ao educando a junção da aprendizagem com sua experiência cultural e social para caminhar para a aquisição da liberdade. Mas, para iniciar esse processo político pedagógico, é necessária a capacidade de indignação perante as injustiças¹⁵ e sonhar com a transformação dessa realidade.

Com a capacidade de desvelar a realidade e entender que o serviço

de saúde tem responsabilidade com essas crianças e adolescentes, sendo preciso promover saúde nesse contexto, é que um ACS elaborou um questionário e o aplicou na sua população-alvo, adolescentes de 10 a 17 anos.

As questões elaboradas abrangiam aspectos sociais, familiares, psicológicos, educacionais e até mesmo os sonhos e desejos desses adolescentes. Esse questionário permite avaliar a compreensão que este ACS tem sobre saúde, sobre trabalhar com o outro, sobre ser ACS e de como a Educação Popular está presente no seu olhar e na sua prática.

Após a aplicação do questionário, definiu-se que uma estratégia para alcançar esses adolescentes seria a criação de um grupo de dança. O grupo de dança proporcionaria lazer para os adolescentes, uma deficiência naquela comunidade, e aproximaria os ACS desse público para discutir com eles questões relacionadas à saúde, ao futuro, à profissão e outras mais que surgissem. A filha de um dos componentes da equipe se comprometeu a ensaiar o grupo de adolescentes. Assim, alguém da comunidade e sem vínculo formal com o serviço foi incluída no processo e passou a atuar pelo bem comum.

A promoção da saúde como norteadora, a partir de 1970, das políticas públicas, aplica novo olhar ao contexto da saúde. Esta deve ser empreendida de modo articulado com os diversos setores da sociedade, com órgãos governamentais e não-governamentais, objetivando melhora das condições de vida da população. A população precisa ser capaz de atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo o controle desse processo e, segundo a Carta de Ottawa, promover saúde é colaborar para o desenvolvimento dessa competência.

A primeira reunião desse grupo aconteceu cinco meses após o encerramento da pesquisa-ação. O projeto com adolescentes foi batizado de “Sementes do Amanhã”. Um profissional da equipe de enfermagem postou no blog da equipe o seguinte relato:

Iniciamos um trabalho com jovens adolescentes. A primeira reunião, realizada hoje, contou com a presença de nove adolescentes. Nosso atrativo é a dança e nosso objetivo é proporcionar maior vínculo dos adolescentes com a unidade de saúde, o que nos proporcionará trabalhar educação em saúde nessa faixa etária. Até aqui não tínhamos nenhum trabalho voltado a este grupo, mas estamos bastante motivados a levar

o projeto em frente. Estamos abertos a sugestões e experiências que possam nos ajudar.¹⁴

Após quase dois meses do início das suas atividades, o grupo “Sementes do Amanhã” realizou sua primeira apresentação pública em um ginásio da escola do bairro, localizada nas proximidades da ESF, em um evento idealizado e realizado pela equipes de saúde, agora de duas ESF.

Todos os recursos disponíveis nos aparelhos sociais e governamentais da comunidade são parte integrante dos instrumentos que os profissionais da equipe da ESF dispõem para benefício e cuidado da sua população adscrita. Esses recursos devem ser a rede de apoio para a atuação e trabalho da ESF. A construção de parcerias com setores como a educação, a promoção social, o esporte e o lazer deve ser foco de interesse quando se busca a promoção da saúde e o bem-estar da população.

Uma observação realizada pela equipe de saúde é que havia uma produção muito grande de artesanato, de confecções na comunidade, mas não havia oportunidade de exposição para divulgação e venda desses produtos nem a interlocução entre a comunidade. Objetivando oportunizar a construção de uma rede solidária que promovesse a circulação de produtos, com incremento da renda, aumento tanto do acesso a bens quanto à informação, proporcionada pela nova rede de contatos e pela possibilidade de acesso a outras instâncias proporcionadas pelas novas relações e posições, a equipe buscou parceria com outra ESF para realizar a I Feira da Saúde da Vila São Braz.

Os ACS, em suas visitas, começaram a realizar cadastro de todos aqueles que produziam algum trabalho para a formação de um banco de dados. A feira seria um primeiro evento para divulgação dos trabalhos e para promoção do encontro entre os pares. Após a feira, a ESF disponibilizaria o espaço do quiosque para a realização da exposição e comercialização dos trabalhos em dia fixo semanal. Essa estratégia visa possibilitar a formação da rede e de um grupo organizado. O encontro semanal proporciona aos pares a troca de saberes e o objetivo é que possam construir caminhos para atuação comunitária e buscar soluções conjuntas para suas dificuldades, além de valorizar a produção da região.

Outro objetivo da feira era a divulgação e comemoração dos trabalhos realizados pela equipe nos moldes da Educação Popular em Saúde du-

rante o ano de 2008. O *slogan* da feira era: "Comunidade e profissionais de saúde: aprendendo a caminhar junto".

Alguns avanços merecem destaque, entre eles o envolvimento da equipe de outra ESF no processo. Duas equipes de saúde da família dividiam a mesma estrutura física, mas não conseguiam atuar conjuntamente, havendo até disputa entre elas. No decorrer da pesquisa-ação várias propostas de trabalhos integrados surgiram, mas foram barradas. Com a ocorrência de muitas atividades diferenciadas na ESF, integrantes da outra equipe começaram a se aproximar pela curiosidade e alguns, individualmente, se propuseram a participar de algumas atividades e, assim, as barreiras foram caindo, culminando no convite para a outra equipe participar da realização da feira. O motivo, segundo eles, para a busca dessa integração com a outra equipe era de não deixar de fora parte da comunidade daquela região, assistida pela outra ESF.

A realização da feira demonstra a preocupação das equipes de saúde com as necessidades de saúde da comunidade e com questões socioeconômicas, extrapolando o conceito de saúde como ausência de doença apenas, não apenas no discurso, mas na sua prática. A visão de saúde resultante de questões culturais, sociais, econômicas, educacionais está direcionando as ações dos profissionais de saúde, integrando, na prática diária, ações de promoção e proteção à saúde, prevenção de agravos, com base nos princípios da integralidade, intersetorialidade, regionalização das ações, reorientando o modelo de assistência à saúde da ESF de acordo com os princípios do SUS e da Portaria n. 648,¹⁶ conseguindo avançar na mudança da essência da ESF, que, segundo Franco e Merhy⁵, era o que faltava à ESF, pois havia ocorrido mudança apenas da estrutura, mas não da prática.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O que se pôde verificar com a experiência realizada é que o processo educativo realizado nos moldes da Educação Popular contribuiu para a valorização do saber dos sujeitos, por eles próprios, pela equipe e comunidade. Esse fato foi observado na afirmação do médico da equipe que nas consultas médicas dos pacientes que participavam das atividades de EPS não havia queixas nem dúvidas. Percebeu-se também mudanças de postura dos parti-

cipantes dos grupos, que agora não esqueciam mais as datas das reuniões, pelo contrário, sabiam data e hora e desejavam estar presentes.

Essa valorização do saber dos sujeitos os empodera e potencializa suas capacidades. Esse empoderamento não é outorgado, e sim resultado de um processo de reflexão e inserção crítica dessas pessoas. O espaço criado para a escuta, discussão dos problemas e as perguntas problematizadoras os colocam em ação. Esse diálogo abriu caminhos para se pensar e repensar modos diferentes no agir em saúde. A população, ao apresentar suas situações-limite, que abrangiam também questões culturais, sociais e econômicas, deslocou a atenção da equipe para outros aspectos que não só a presença da doença. A apreensão dos temas geradores, emergidos da comunicação crítica e esperançosa sobre as condições de vida e saúde com e da população contribuiu para a produção de ações no conceito ampliado de saúde.

Nesse espaço de saúde ampliada foram desenvolvidas ações como a campanha do agasalho, já que o inverno é rigoroso e a população é de baixo poder aquisitivo; o grupo de dança para adolescentes em uma região sem opções de lazer e onde é comum o uso de drogas ilícitas nessa faixa etária; e também a busca de parcerias intersetoriais para dar resposta às situações-limites que foram desveladas.

O acúmulo dessas experiências e decisões que foram sendo tomadas durante o processo colaborou para o processo de construção de autonomia dos sujeitos da equipe da ESF resultando em maior integração da equipe. Essa autonomia, entendida pela Educação Popular como capacidade de assumir a dependência do outro a partir do reconhecimento da finitude do ser humano, propiciou o trabalho solidário e em comunidade. Assim, um trabalho que antes era desenvolvido de maneira fragmentada, assíncrona, tal como eram as reuniões do Hiperdia, cada qual com sua microárea, passa a ser realizado com o envolvimento e a cooperação de maior parte da equipe. Essa integração possibilitou os vários olhares, enriquecendo as ações e reflexões.

O conhecimento e a valorização do saber de outros componentes da equipe e a formação de vários espaços de diálogo com a comunidade possibilitaram avançar na descentralização das ações médicas. Como essas novas ações surgiram de uma relação dialógica, estas foram ao encontro das

necessidades da população e, por isso, passaram a ser valorizadas também. Nesse novo cenário que foi sendo constituído, o saber relacionado apenas à doença já não era suficiente para dar conta dessa realidade multifacetada. Assim foram sendo exigidos outros saberes, atuação multiprofissional, parcerias com outros setores e o envolvimento da comunidade.

A mudança de postura do profissional de saúde da equipe da ESF, decorrente do reconhecimento de não serem os donos da verdade, no relacionamento com a comunidade, possibilitou o fortalecimento dos espaços de diálogo e de contato com a comunidade, proporcionando um aprofundamento cada vez maior no conhecimento da realidade e das necessidades de saúde, possibilitando novos movimentos em busca da transformação da realidade.

Um ano depois do encerramento da pesquisa-ação, após a identificação das necessidades da comunidade, a equipe da ESF realizou parcerias com ONGs, Rotary Club, Centro de Assistência Social (CRAS), objetivando a inclusão digital dos adolescentes, com cursos de informática, e também a diminuição dos custos financeiros que o nascimento de uma criança traz, capacitando as futuras mães à produzirem o enxoval dos seus bebês. Desse modo, o grupo de gestantes e de adolescentes tem se fortalecido a cada dia, avançando para outras dimensões do cuidado em saúde.

O projeto pedagógico da Educação Popular pode ser integrado à rotina de trabalho de uma equipe da ESF, sendo a complexidade da realidade o aspecto mais importante a ser estudado e compreendido. E é a partir das situações-limite dessa realidade que respostas são buscadas nos mais diversos saberes já produzidos e existentes.

Esse movimento de valorização dos sujeitos e dos diversos saberes, a viabilização de espaços de diálogo e da problematização da realidade, da prática da ação-reflexão-ação foi a força motriz para a produção de ações no conceito ampliado de saúde. Com a integração da equipe, do trabalho solidário e em comunidade há um fortalecimento de práticas que se distanciam das ações médico-centradas, avançando para uma atenção integral à saúde.

As mudanças significativas observadas nas práxis da equipe da ESF credenciam a integração da Educação Popular na organização do serviço em saúde, possibilitando a formação de pessoal na lógica do SUS demonstrando que esse caminho é viável para a reorientação do modelo assistencial vigente no país.

Referências

1. Silva Jr. AG. Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate da saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; 1998.
2. Pinheiro R, Camargo Jr. KR. Modelos de atenção à saúde: demanda inventada ou oferta renovada? Algumas considerações sobre modelos de intervenção social em saúde. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*. 2000; 10(1):101-19.
3. Da Ros MA. Políticas públicas de saúde no Brasil. In: Bagrichevski M, organizador. Saúde em debate na educação física. Blumenau: Nova letra; 2006. p. 44-66.
4. Roncolleta AFT, et al. Princípios da medicina de família. São Paulo: Sombramfa; 2003.
5. Franco TB, Merhy EE. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: Merhy EE, Magalhães Jr. HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 3 ed. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 53-124.
6. Vasconcelos EM. Educação popular e pesquisa-ação como instrumentos de reorientação da prática médica [Internet]. [acesso em 2007 Jul 9]. Disponível em: <http://www.anped.org.br/reunioes-23textos0620t.pdf>
7. Macdonald JJ, Warren WG. Primary health care as an educational process: a model an a freirean perspective. *Int Community Health Educ*. 1991; 12(1):35-50.
8. Vasconcelos EM. Educação popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*. 2004;14(1):67-83.
9. Vasconcelos EM. Educação popular nos serviços de saúde. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 28.
10. Vasconcelos EM. Educação popular e a atenção à saúde da família. São Paulo: Hucitec; 1999.
11. Hugon MA, Seibel C, organizadores. Recherches impliquées, recherches-action: le cas de l'éducation. [Pesquisas implicadas, pesquisas-ação: o caso da educação]. Bélgica: De Boeck Universidade; 1988. p.13 .
12. Barbier RA. A pesquisa-ação. Tradução de Lucie Didio. Brasília: Líber Livro; 2004. (Série Pesquisa em Educação 3)
13. Freire P. Pedagogia do oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1979.
14. Pereira SN, et al. Educação popular em saúde: espaço para divulgação do trabalho de educação popular em saúde realizado na Vila São Braz – Dourados – MS [Internet]. [acesso em 2009 Jan 19]. Disponível em: <http://edupopsaude.blogspot.com>
15. Freire P. Pedagogia da indignação: cartas pedagógicas e outros escritos. São Paulo: Editora Unesp; 2000.
16. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria n. 648 , GM de 28 de março de 2006.

FATORES ASSOCIADOS À NÃO REALIZAÇÃO DO EXAME DE PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO UTERINO NO MUNICÍPIO DE CORUMBÁ, MATO GROSSO DO SUL

Edinéia Santana Félix

Maria de Fátima de Sousa

Hellen Andressa Chaparro Veadrigo

Iara Cristina Pereira

*Liderança em
Enfermagem na
Atenção Primária à
Saúde*

INTRODUÇÃO

Mundialmente, o câncer de colo do útero é a segunda neoplasia mais frequente e, nas regiões menos favorecidas, lidera as estatísticas de incidência e mortalidade. Aproximadamente 230 mil mulheres morrem por ano no mundo em decorrência do câncer de colo uterino, sendo que, dessas mortes, 80% ou mais ocorrem nos países em desenvolvimento.¹

As neoplasias constituem-se na segunda principal causa de morte entre as mulheres brasileiras, ficando atrás, apenas, das doenças do aparelho circulatório, sendo que as neoplasias de câncer de mama e a de colo uterino são as mais incidentes em todas as regiões brasileiras, excetuando-se os tumores de pele não melanoma.²

Entre os principais fatores de risco para o câncer de colo estão a infecção pelo HPV (papilomavírus humano), início precoce das relações sexuais, número de parceiros sexuais, multiparidade, antecedentes de doenças sexualmente transmissíveis, baixa escolaridade, uso de anticoncepcional oral por mais de 10 anos e tabagismo.³

O exame preventivo de Papanicolaou é uma tecnologia simples, eficaz e de baixo custo para a prevenção do câncer cérvico-uterino e de suas lesões precursoras.³ Segundo o Instituto Nacional do Câncer, o risco cumulativo do câncer cérvico-uterino é reduzido em 84% para mulheres rastreadas a cada cinco anos e em 91% para mulheres que fazem o preventivo a cada três anos.

Embora a prática desse exame seja considerada a principal ferramenta para o diagnóstico precoce das neoplasias do colo do útero, a cobertura deste exame na população feminina brasileira é ainda baixa.⁴

Estudos mostram que aproximadamente 40% das mulheres brasilei-

ras nunca foram submetidas ao exame colpocitológico⁵ e apenas 7,7% delas têm acesso a programas governamentais de prevenção e controle do câncer cérvico-uterino visando à realização desse exame.⁶

A razão de cobertura do exame de prevenção do câncer cérvico-uterino no município de Corumbá, no ano de 2009, foi de 0,22, valor consideravelmente superior à meta estabelecida pelo Pacto da Saúde. Apesar disso, quando analisada a cobertura do preventivo na zona rural, verifica-se que esta é menor em decorrência das barreiras naturais, excesso de chuva e cheia do pantanal. Durante essa época, as estradas apresentam buracos e atoleiros, o que acaba dificultando o acesso da população para realização do exame.

Outro fator agravante é a falta de recurso humano, estrutura física e logística, pois essa situação exige uma visão muito mais ampla do que simplesmente deslocamento; requer criatividade, empenho, interesse e suporte das autoridades responsáveis.

Para se diminuir a mortalidade das mulheres e melhorar a cobertura dos exames, é necessário um rastreamento das mulheres que nunca realizaram o exame de Papanicolau ou que não o realizam com frequência. Diante disso, foi realizada uma busca ativa, no período de 28 de agosto a 8 de setembro de 2010, a todas as mulheres que, embora cadastradas na Unidade de Saúde da Família, não tinham registro de exame ou haviam realizado o exame há mais de dois anos.

OBJETIVO

Conhecer os motivos que influenciam as mulheres a não realizarem o exame preventivo do câncer de colo uterino.

O CENÁRIO DE INVESTIGAÇÃO

O levantamento foi realizado no município de Corumbá, cuja população, segundo dados do IBGE, é de aproximadamente de 99.467 habitantes. A população feminina é de 18.973 mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos de idade.

A cidade de Corumbá possui 79,6% do município coberto pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) e Estratégia do Agente Comunitário de

Saúde (EACS). Em 62,79%, a área é coberta pela ESF, possuindo 22 equipes implantadas, sendo 19 na zona urbana e 2 na zona rural. Nos restantes, 16,81% existe a EACS.

Apesar de todos os esforços, o município tem várias dificuldades para operacionalizar uma assistência básica de saúde adequada, em decorrência de diversas áreas que não são cobertas pelos agentes comunitários de saúde, locais com deficiência na estrutura física, falta de energia elétrica, água e saneamento básico, além de locais de extrema miséria.

O estudo foi desenvolvido com mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos de idade, na ESF Rural Mato Grande, Unidade Volante que atende a cinco áreas de assentamentos rurais, o que corresponde a 3.961 pessoas e 1.127 famílias cadastradas, sendo 1.108 mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos de idade.

A análise das Fichas A utilizadas pelos agentes comunitários de saúde para cadastramento das famílias da área de abrangência dessa unidade mostrou que 32,0% das mulheres não constavam no livro de registro de exame cêrvico-uterino. Esse livro contém os seguintes dados: data de realização do exame, nome, matrícula da paciente na ESF, idade atual e da primeira relação sexual e o resultado do exame.

Participaram do levantamento acadêmicos de Serviço Social da Universidade de Corumbá e uma equipe do Projeto Rondon em intercâmbio com a Bolívia, acompanhados por agentes comunitários de saúde, sob orientação de enfermeiros e médicos da ESF. Foram entrevistadas 350 mulheres com idade entre 25 a 59 anos de idade residentes em área rural.

Para coleta de dados foi utilizado um questionário fechado, com perguntas relativas à identificação, perfil sociodemográfico-cultural e aspectos sexuais e reprodutivos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

TABELA 1 – Características sociodemográficas, segundo mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos de idade, que não realizam o exame preventivo do câncer de colo uterino, da área de abrangência da ESF Rural Mato Grande, no município de Corumbá-MS. Corumbá-MS, 2010. (N= 350)

VARIÁVEIS	N	%
Faixa etária		
25-34 anos de idade	86	25,0
35-44 anos de idade	111	32,0
45-54 anos de idade	109	31,0
55 a 59 anos de idade	44	13,0
Cor		
branca	73	18,0
parda	142	36,0
negra	135	46,0
Situação conjugal		
sem companheiro	49	39,0
com companheiro	301	61,0
Escolaridade		
analfabeto	58	16,57
alfabetizado	93	26,57
ensino fundamental completo	156	44,56
ensino médio	35	10,0
ensino superior	08	2,3
Religião		
católica	187	53,42
evangélica	151	43,15
outras	12	3,43
Total	350	100,0

Entre as 350 mulheres que participaram deste estudo, 25% delas encontravam-se na faixa etária de 25 a 34 anos, 32% de 35 a 44 anos, 31% de 45 a 54 anos e 13% de 55 a 59 anos. As mulheres, portanto, eram jovens e encontrava-se em idade reprodutiva. Essas características implicam a necessidade de orientações quanto à sua saúde, estando aí incluídas as atividades e o exame de prevenção de câncer cérvico-uterino, entre outras.

No que se refere à cor verificou-se que 46,0% são negras, 36,0% são pardas e 18,0% são de cor branca. A cor parda e a negra têm provocado atitudes de racismo e preconceito contra as mulheres. Esse é um fator que contribui para a não realização do exame de prevenção do câncer cérvico-uterino.

Em relação ao estado civil, a maior parte (61,0%) tinha companheiro, geralmente mais velho, o que muitas vezes gera ciúmes, desconfiança e o medo de participar das atividades sociais. Quanto à religião, 53,42% são católicas, estas, geralmente, mais conservadoras.

Quanto ao nível de escolaridade, 44,56% têm o ensino fundamental completo, 26,57% são alfabetizadas (sabiam ler e escrever) e 16,57% são analfabetas, o que denota que quanto menor o nível de escolaridade, maior é a falta de informação relacionada à prevenção de doenças.

TABELA 2 – Perfil sexual e reprodutivo de mulheres na faixa de 25 a 59 anos de idade, que não realizam o exame preventivo do câncer de colo uterino, da área de abrangência da ESF Rural Mato Grande no Município de Corumbá-MS. Corumbá-MS, 2010. (N= 350)

VARIÁVEIS	N	%
Idade de início das atividades sexuais		
antes dos 15 anos de idade	114	32,57
entre 15 a 17 anos de idade	176	50,29
entre 18 a 25 de idade	60	17,14
Número de gestações		
nenhuma	08	2,29
de 2 a 6	226	64,57
7 ou +	116	33,14
Número de Abortos		
nenhum	302	86,0
1 a 5	42	12,0
+ de 6	06	2,0
Número de filhos		
nenhum	13	4,0
1-6	244	70,0
+ de 7	93	26,0
Uso de anticoncepcional		
utiliza algum tipo de contraceptivo	52	14,86
não utiliza contraceptivo	184	52,57
utiliza de forma irregular	114	32,57
Total	350	100,0

Na tabela 2, é possível identificar dois fatores de risco para o desenvolvimento de câncer de colo uterino: início precoce da atividade sexual (antes dos 18 anos) e a prática do sexo inseguro.

No que refere ao início das atividades sexuais, verificou-se que 82,86% das mulheres iniciaram atividade sexual antes dos 17 anos. Os fatores que colaboram para ocorrência desse fato é o fluxo intenso de turistas para a região do Pantanal e vários atrativos turísticos, como pousadas e boates, entre outros.

Além disso, as condições econômicas precárias levam as mulheres

a casarem-se precocemente, porque acreditam que, emancipando-se dos pais e construindo uma nova família, estarão conquistando uma vida melhor.

Quando analisado o número de abortos, verifica-se 86,0% das mulheres nunca o praticaram, embora tenham iniciado vida sexual precocemente, contra 12,0% das que, por alguma razão, fizeram esse procedimento entre 1 e 5 vezes. Possivelmente, esse fato é decorrência de gravidezes indesejadas, receio de não conseguirem criar e educar os filhos com dignidade e, também, da facilidade de compra clandestina de medicamentos abortivos na Bolívia.

Em relação aos métodos contraceptivos, 32,57% das mulheres utilizam o anticoncepcional de forma irregular, e 52,57% não utilizam nenhum método contraceptivo. Isso se deve ao uso abusivo de bebida alcoólica pelas “garotas de programa”, que se esquecem de usar preservativos e de ingerir o anticoncepcional ou evitam associar anticoncepcionais orais e bebidas alcoólicas, porque acreditam que poderá ocorrer sensação de mal-estar. Essa situação acarreta maior exposição e riscos para as doenças sexualmente transmissíveis e também para o câncer de colo uterino.

Entretanto, a prevenção primária do câncer do colo do útero pode ser realizada através do uso de preservativos durante a relação sexual. A prática do sexo seguro é uma das formas de se evitar o contágio pelo HPV, vírus que tem papel importante no desenvolvimento de lesões precursoras e do câncer.

TABELA 3 – Motivos alegados para não realização do exame preventivo do câncer de colo uterino, segundo mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos de idade, da área de abrangência da ESF Rural Mato Grande no Município de Corumbá-MS. Corumbá-MS, 2010. (N= 350)

VARIÁVEIS	N	%
dificuldade de acesso	112	32,0
desconhecimento	87	24,86
medo	54	15,43
vergonha	52	14,86
limitação física	27	7,71
religião	18	5,14
Total	350	100,0

A tabela 3 mostra que a dificuldade de acesso foi responsável por 32,0% dos motivos alegados por mulheres para a não realização do exame preventivo do câncer de colo uterino. Esse dado reflete a realidade rural do município de Corumbá, onde muitas mulheres não têm transporte disponível, pois trabalham em fazendas isoladas, além de não ter com quem deixar os filhos ou não disporem de recursos financeiros para se deslocarem até as unidades de saúde com todos eles.

Também mostra a importância de o município definir estratégias criativas para minimizar o problema da falta de acesso dessa população, que não tem conseguido usufruir das ações de saúde. É necessário ter qualidade dos recursos humanos, melhorar a infraestrutura das unidades de saúde e implantar um sistema que ofereça o exame sem que as mulheres necessitem percorrer grandes distâncias, como saúde na fazenda, mutirão de saúde e outros.

O desconhecimento em relação ao exame representa 24,86% das justificativas das mulheres para a não realização do exame de prevenção do câncer de colo uterino. Os fatores que estão mais relacionados à falta de conhecimento são a má informação ou o acesso a informações imprecisas.

Isso evidencia a falta de programas educativos de caráter mais efe-

tivo e a necessidade de uma prática educativa na perspectiva da compreensão e interação, isto é, que considerem a diversidade, a singularidade e o contexto social em que vivem as mulheres. Em outras palavras, deve haver ações educativas eficazes e provocadoras de mudança de atitudes de cunho pessoal, de modo que preconceitos ultrapassados sejam eliminados em prol da saúde.

Um estudo que abordou o tema adesão das mulheres ao exame preventivo do câncer uterino,⁷ identificou que, apesar do rastreamento para a prevenção ser conhecido, a abordagem profissional nem sempre tem considerado as expectativas e singularidades de cada cliente e, ao desrespeitar a sua cultura, desestimula a participação e o envolvimento das mulheres.

O sentimento de vergonha e medo perfaz 30,29% dos motivos para a não realização do exame de prevenção do câncer de colo uterino. Possivelmente, o sentimento de vergonha está diretamente relacionado com a impessoalidade desse procedimento tão invasivo, com a exposição do corpo, com a questão da sexualidade e dos tabus relacionados a esse tema e com o fato de a mulher perceber que seu corpo vai ser visto e compreendido como objeto, desvinculado de sua condição humana. Esse sentimento avassalador, de menos valia e de constrangimento e ansiedade, compromete o trabalho preventivo.

O sentimento de vergonha é agravado pela falta de estrutura física de algumas unidades de saúde, pois não há uma sala específica ou espaço físico apropriado para coleta do exame, o que compromete a privacidade das mulheres e dificulta o trabalho dos profissionais de saúde.

A origem do medo está relacionada com o procedimento e também com um possível diagnóstico de câncer. O medo é maior, devido à situação de ambiguidade em que a mulher se encontra. Precisa fazer o exame por reconhecer sua importância e, ao mesmo tempo, foge dele, não quer fazê-lo, por temer seus resultados.

Ao sentir vergonha e medo, a mulher pode até deixar de realizar a prevenção e colocar desnecessariamente sua saúde em risco. É fundamental que os profissionais de saúde estabeleçam uma relação de confiança, o que é possível se houver competência nas relações de cuidado, sensibilidade e compreensão.

Com menor expressão, verificou-se que a limitação física (7,71%) e a religião (5,14%) também podem ser causas para a não realização do exame

de prevenção do câncer de colo uterino. A limitação física está relacionada às complicações decorrentes das doenças crônicas, geralmente sequelas de acidente vascular cerebral e amputação de membros inferiores, em razão do *diabetes mellitus*. Os motivos religiosos estão relacionados ao desconhecimento das igrejas sobre a importância do exame e questões morais, o que é agravado pela vergonha de exposição do corpo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo assemelham-se aos encontrados em pesquisas de outros autores sobre baixa cobertura do exame preventivo do câncer de colo e fatores associados à sua não realização.

Mesmo assim, consideramos relevante conhecer os motivos que influenciam as mulheres a não realizarem o exame preventivo do câncer de colo uterino no município de Corumbá-MS, pois esse é o primeiro passo para definir estratégias de intervenções mais eficientes e adequadas às reais necessidades da população feminina.

O êxito do rastreamento do câncer cérvico-uterino depende, acima de tudo, da reorganização da assistência à saúde, da capacitação dos profissionais da área, da qualidade e continuidade das ações de prevenção e controle das doenças, do estabelecimento de ações humanizadas e equitativas, do respeito às diferenças culturais, da eliminação das barreiras e das iniquidades no acesso e na utilização dos serviços preventivos.

Referências

1. Gamarra CJ, Paz EPA, Griep RH. Conhecimentos, atitudes e prática do exame de Papanicolaou entre mulheres argentinas. *Rev. Saúde Pública*. 2005; 39(2):270-6.
2. Ministério da Saúde (Brasil). Estimativa da incidência de câncer para 2008 no Brasil e nas cinco regiões [Internet]. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2008 [acesso em 2010 Set 14]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2008>
3. Aleixo Neto A. Aspectos epidemiológicos do câncer cervical. *Rev. Saúde Pública*. 1991; 25(4):326-33.
4. Ministério da Saúde (Brasil). Controle do câncer de colo de útero [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. [acesso em 2010 Set 14]. 32 p. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cancer_uterio.pdf

5. Ministério da Saúde (Brasil), Instituto Nacional de Câncer (Inca). Conhecendo o viva mulher [Internet]. Rio de Janeiro: Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama; 2001. [acesso em 2010 Set 30]. 32 p. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/.../pagina%20cancer/mama/Conhecendo_o_viva_mulher_v_22_06_01.doc

6. Fernandes RAQ, Narchi NZ. Conhecimento de gestantes de uma comunidade carente sobre exames de detecção precoce do câncer cérvico-uterino e de mama. Rev Bras Cancerol. 2002; 48(2):223-30.

7. Cruz LMB da, Loureiro RP. A comunicação na abordagem preventiva do câncer do colo do útero: importância das influências histórico-culturais e da sexualidade feminina na adesão às campanhas. Saúde Soc. 2008; 17(2):120-31.

*Liderança em
Enfermagem na
Atenção Primária à
Saúde*

FATORES QUE LEVAM MULHERES DE 25 A 59 ANOS DE IDADE A NÃO REALIZAREM O EXAME PREVENTIVO DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO

Aline Batagliotti Cassimiro
Andréa Carneiro Pereira
Fabiany Monteiro
Fernanda de Matos Teixeira
Vilma Ribeiro da Silva

INTRODUÇÃO

Curso de especialização em Enfermagem – Práticas de Enfermagem Avançadas na Atenção Primária de Saúde, cujo desenvolvimento se orientou pela aplicação do Modelo lógico como ferramenta de gestão de enfermeiros participantes. Para o desenvolvimento do curso, cada grupo de alunos deveria eleger um problema relacionado aos seus afazeres na Unidade de Saúde, cujos resultados não alcançavam os indicadores propostos pela política de saúde. Depois das discussões, o grupo elegeu estudar os fatores que levam mulheres de 25 a 59 anos de idade a não realizarem o exame preventivo do câncer de cólo de útero. Os estudos realizados no decorrer do curso nos permitiram compreender como se estruturam as políticas de atenção à saúde da mulher e nos mobilizaram para identificar as causas que fazem que mulheres, nessa faixa etária, deixem de fazer exames que possam prevenir doenças e, ainda, auxiliar a detecção ou não de problemas ginecológicos.

A partir do levantamento de análise e revisão bibliográfica, deu-se a análise dos textos selecionados em que foram identificadas ideias centrais que nortearam a pesquisa, com o intuito de conhecer os fatores que dificultam o acesso de mulheres de 25 a 59 anos de idade ao exame preventivo Papanicolau, fazendo que grande número de mulheres nessa faixa etária não realize o exame preventivo e deixe de cuidar da saúde pessoal.¹

No que se refere à estimativa para o câncer de colo do útero especificamente, o número de casos novos para o Brasil no ano de 2008 foi de 18.680, com um risco estimado de 19 casos a cada 100 mil mulheres. Na região Norte, é o câncer mais incidente; nas regiões Sul, Centro-Oeste e Nordeste, ocupa a segunda posição na frequência; e na região Sudeste, a quarta posição.²

Por se tratar de saúde pública e devido aos grandes números de casos de mulheres portadoras de câncer uterino, a atuação do enfermeiro com a população feminina está diretamente ligada à sua conscientização em realizar o exame do colo de útero, buscando, assim, o serviço de saúde. O Ministério da Saúde lança várias estratégias para assegurar o acesso da mulher aos serviços de saúde, tendo entre essas estratégias, a educação em saúde, com principal destaque para o papel do enfermeiro nas ações de prevenção e promoção à saúde da mulher.

É muito importante a realização do exame de prevenção do câncer cérvico-uterino. Durante a consulta ginecológica, o profissional pode identificar alterações teciduais mais visíveis do colo do útero e encaminhar a mulher à consulta médica ou exames laboratoriais, citológicos ou de imagem, interferindo, diretamente, no índice de detecção precoce.

A incidência de câncer de colo de útero torna-se evidente na faixa etária de 20 a 29 anos de idade, e o risco aumenta rapidamente até atingir seu pico, geralmente na faixa etária de 45 a 59 anos, sendo que a maioria dos casos novos ocorre em países em desenvolvimento onde, em algumas regiões, é o câncer mais comum entre as mulheres.¹

O exame preventivo é oferecido por baixo custo ou gratuitamente na rede de serviços públicos de atenção aos usuários do SUS e ambulatórios e no qual o enfermeiro vê-se corresponsável pela execução na prevenção da saúde da mulher.³

Ao estudarmos a temática “prevenção de câncer de colo de útero”, encontramos um volume significativo de estudos que pesquisavam/discutiam os motivos pelos quais as mulheres na faixa etária recomendada pelo Ministério da Saúde não realizavam o exame preventivo. Isso de certa forma nos confortou, pois convivemos com o problema em nossas unidades. A expectativa que se tem com a realização da presente pesquisa bibliográfica é a de que a divulgação deste estudo venha a ajudar os enfermeiros não só na compreensão da abrangência do assunto, mas também instrumentalizá-los para o enfrentamento do problema de forma mais esclarecida, reconhecendo e valorizando os sentimentos das mulheres no âmbito da saúde da família.

REFERENCIAL TEÓRICO

Ao estudarmos a história da política de tratamento e prevenção do câncer de colo de útero,⁴ encontramos que o câncer é conhecido desde a Grécia Antiga. São quase 2 mil anos de luta contra esse mal. A cada ano que passa o homem tem aperfeiçoado conhecimento e técnicas para o tratamento, mas até hoje não se conhece tudo sobre a doença. Os mais antigos registros sobre o câncer estão em papiros egípcios escritos por volta do ano de 1600 a.C.¹

No ano de 450 a.C. os gregos tomam conhecimento da existência de tumores. O grego Galeno é quem utiliza pela primeira vez a palavra “câncer” para a doença. Um pouco depois, o grego Hipócrates dá o nome de “carcino” às lesões hoje conhecidas como cancerígenas.⁴

Durante a Idade Média, o conhecimento sobre a doença não avança muito; segundo a medicina da época, a doença é causada por um excesso de bile preta (líquido excretado pelo fígado). No ano de 1628, o médico inglês William Harvey descreve a circulação sanguínea. Avança os estudos da anatomia, o que permite a identificação dos linfonodos (nódulos na virilha e na axila). Em 1730 o médico francês Claude Gendron sugere que o câncer pode ser uma doença localizada devido a uma massa que cresce e pode ser arrancada. Dez anos depois, o professor holandês Hermann Boerhaave sugere que uma inflamação pode dar origem a um tumor.^{1,4}

Em 1750 estudos mostram que o câncer pode estar relacionado a ambientes insalubres. Algumas décadas depois são feitas as primeiras ilustrações e descrições dos tumores de mama, estômago, bexiga, pâncreas e esôfago. Por volta de 1838, com o avanço dos microscópios, torna-se possível observar, pela primeira vez, as células cancerosas. A partir de 1850 as cirurgias começam a ser mais profundas e mais aperfeiçoadas as técnicas de remoção de tumores, devido ao uso de anestesia.⁴

No ano de 1905, Marie Curie descobre a radioatividade em elementos naturais, o que daria origem à radioterapia. Alguns anos depois é descoberta a possibilidade de que o câncer seja decorrente de falhas nos genes. Somente a partir 1915 estudos mostraram que a doença pode ser causada por substâncias nocivas à saúde. A radiação solar é identificada como uma das causas do câncer de pele.⁴

A segunda metade do século XX assistiu ao desenvolvimento, à ex-

pansão e à consolidação da citopatologia, no período que vai desde os trabalhos pioneiros de Papanicolaou, em 1941 e 1943, sendo que, em 1954, ficaram estabelecidos os critérios fundamentais da técnica que iria reduzir drasticamente a incidência do câncer invasor de colo uterino pela crescente capacidade médica de identificar lesões iniciais.⁵

Na década de 40, inicia-se o uso da quimioterapia. Pesquisadores tentam, sem sucesso, vencer o câncer com vacinas feitas pelo próprio tumor. Em 1943 é criado o exame Papanicolaou, que detecta o câncer de colo de útero. Dez anos depois, foi anunciada a descoberta da estrutura do DNA (material genético). É o início da revolução na biologia molecular que influencia o estudo do câncer até hoje.⁴

No início da década de 70, foi descoberto o primeiro oncogene (gene associado ao aparecimento do câncer) viral, fator que dá início ao tumor, pelo cientista alemão Peter Duesberg e pelo japonês Hidesaburo Hanafusa. Em 1972, o aprimoramento das técnicas de diagnósticos por imagem permite métodos mais precisos de identificação de tumores.⁴

O Projeto Genoma Câncer do Brasil é criado em 1999, com o objetivo de mapear o material genético de certos tipos de tumores. Atualmente, são testadas vacinas que ativam o sistema de defesa do corpo humano, além dos tratamentos tradicionais. O câncer é uma doença que desafia seus estudiosos desde os tempos mais remotos até o mundo de hoje.

O Ministério da Saúde lançou, em 2004, a “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes” (PNAISM), em parceria com diversos setores da sociedade, os quais implementaram ações que garantem os direitos humanos das mulheres, com enfoque na integralidade e na promoção da saúde, e que reduzem a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis, tais como câncer de colo uterino, ampliando-se as ações, nas suas especificidades e necessidades.²

A partir da PNAISM, pode-se concretizar as políticas, enfatizando-se a importância do empoderamento das usuárias do SUS e sua participação nas instâncias de controle social, visto que, historicamente, as desigualdades de poder entre homens e mulheres implicam um conjunto de relações, atributos, papéis, crenças e atitudes que definem a diferença entre sofrimento, adoecimento e morte.

O planejamento das ações de saúde é traçado, por meio do perfil

epidemiológico, visando promover a melhoria das condições de vida, a igualdade e os direitos de cidadania da mulher, considerando que a situação de saúde das mulheres brasileiras é agravada pela discriminação nas relações de trabalho, pela sobrecarga com as responsabilidades do trabalho doméstico e por outras variáveis como raça, etnia e situação de pobreza, fatores que podem acarretar vulnerabilidade diante de certas doenças.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) ressalta que, para efetivo controle do câncer, são necessárias ações para garantir uma atenção integral ao paciente em todos os níveis, desde a prevenção e o diagnóstico, até o tratamento e os cuidados paliativos. Em relação ao câncer de colo de útero e de mama, o tratamento é mais efetivo quando a doença é diagnosticada em fases iniciais, antes do aparecimento dos sintomas clínicos, justificando a importância das ações para a sua detecção precoce.⁴

Em estudos⁶ sobre a atuação do enfermeiro na prevenção e detecção precoce do câncer cérvico-uterino, Cavalcante propõe que a consulta de enfermagem deve estabelecer uma relação de confiança entre o profissional e a paciente, garantir o caráter confidencial da consulta, elevar a autoestima e provocar a verbalização dos sentimentos e percepções bem como o conhecimento do próprio corpo, a participação ativa da cliente na prevenção e no controle da doença nos diversos níveis de prevenção, além de capacitá-la a reconhecer as situações de risco vividas por ela.

O mesmo autor menciona ainda que, durante a consulta, o enfermeiro deve identificar aspectos da história de vida e saúde da cliente, além de outras informações como seus antecedentes pessoais e familiares. Todavia, não deve valorizar somente os aspectos teórico-científicos, em detrimento aos aspectos psicoafetivos na relação enfermeiro/cliente. Deve compreender que, apesar de a clientela ser constituída, exclusivamente, de mulheres, são indivíduos distintos, com características, atitudes e normas de conduta diferenciadas, em faixas etárias diversas com problemáticas específicas e que assumem diferentes papéis sociais, familiares, econômicos, educacionais e políticos. O enfermeiro deve ficar alerta para aspectos que envolvem o cotidiano da mulher, buscando a integralidade da assistência, e observar como cada paciente vivencia sua ansiedade, de modo a compreender as respostas emocionais e proporcionar um clima de confiança, a fim de que elas possam falar de suas intimidades e expressar suas apreensões e inquietudes.^{7,8}

A introdução do Papanicolau, como teste de rastreamento há cerca de 50 anos, resultou em espetacular redução dos índices de mortalidade por câncer de colo de útero, por volta de 50% a 70%. Entretanto, as taxas de mortalidade por esse tipo de câncer permaneceram estáveis e até aumentaram em países com poucos recursos para implantação de programas de triagem organizados.

No mundo, a cada ano, ocorrem aproximadamente 500 mil novos casos e 270 mil mortes. Dessa forma, a cada dois minutos, uma mulher morre de câncer do colo do útero no mundo.

Os métodos diagnósticos das lesões induzidas pelo HPV são morfológicos e incluem o exame clínico, a colposcopia, a citologia oncológica e a histologia. Já a identificação da infecção por HPV propriamente dita pode ser feita por métodos biológicos, como hibridizações moleculares de ácidos nucleicos e reação em cadeia de polimerase (PCR). Mais recentemente, o uso da detecção dos títulos sorológicos de anticorpos anti-HPV está sendo estudado como indicador de produção de anticorpos neutralizantes, nos ensaios clínicos que visam ao desenvolvimento de vacinas profiláticas. Em relação ao uso da sorologia como possível marcador de infecção por HPV no colo uterino, há dificuldades decorrentes das reações cruzadas entre os diferentes tipos existentes de HPV.¹

No início da década de 90, foram estimados 371.200 casos novos de câncer cervical invasivo no mundo, representando quase 10% de todos os cânceres entre a população feminina, sendo que 78% desses ocorreram em países em desenvolvimento, fazendo que as taxas de incidência (ajustadas por idade) dessa doença permanecessem, desde 1985, em segundo lugar, perdendo somente para o câncer de mama, porém ocupando o primeiro lugar em países do sul e leste da África, da América Central, da região Centro-Sul da Ásia e na Melanésia. Particularmente na América Latina, as maiores taxas de incidência (ajustadas por idade) de câncer cervical, estimadas em 1990, foram observadas no Brasil, na cidade de Belém do Pará (64,8/100.000 mulheres), seguida pelo Peru.¹

As estratégias de prevenção secundária ao câncer de colo de útero consistem no diagnóstico precoce das lesões de colo uterino antes de se tornarem invasivas, a partir de técnicas de rastreamento ou *screening* compreendidas pela colpocitologia oncológica ou teste de Papanicolau, col-

poscopia, cervicografia e, mais recentemente, os testes de detecção do DNA do HPV em esfregaços citológicos ou espécimes histopatológicos. O exame colpocitológico ou teste de Papanicolaou, entre os métodos de detecção, é considerado o mais efetivo e eficiente a ser aplicado coletivamente em programas de rastreamento do câncer cérvico-uterino.

O exame preventivo é oferecido gratuitamente na rede de serviços públicos de atenção às usuárias do SUS e a baixo custo na rede complementar e em ambos os setores. O enfermeiro vê-se com responsabilidade pela execução dos exames, tendo em vista a prevenção do câncer de colo uterino e a promoção da atenção à saúde da mulher.

O planejamento das ações de prevenção e controle do câncer de colo uterino no Brasil tem-se orientado, prioritariamente, pela distribuição das lesões cervicais segundo as faixas etárias das mulheres mais acometidas pela doença, especialmente aquelas mais avançadas, entre 35 e 59 anos, e pela periodicidade do exame colpocitológico.^{1,4}

No Brasil, particularmente no estado de São Paulo, a introdução do teste de Papanicolaou ocorreu em meados da década de 70 e se ampliou com o surgimento do Programa de Assistência Integral à Mulher (PAISM) em 1983.^{2,9}

Em 1988, Bethesda criou um padrão internacional para os laudos de citopatologia ginecológica.^{2,9} E o Ministério da Saúde passou a seguir a recomendação da OMS, pela qual o exame citopatológico deve ser realizado anualmente em mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos de idade; após dois exames consecutivos negativos, repeti-lo a cada três anos, considerado a faixa etária de maior risco. No entanto, ressalta a ocorrência do câncer de colo de útero cada vez mais precoce e recomenda a realização do exame papanicolaou em adolescentes que têm atividade sexual.²

Mais recentemente, em 1996, o Ministério da Saúde, em parceria com o Instituto Nacional do Câncer (Inca), implantou o programa Viva Mulher, de âmbito nacional, envolvendo cinco capitais brasileiras, tendo como população-alvo as mulheres pertencentes à faixa etária mais restrita, entre 35 e 49 anos.²

Em 1998, foi realizada a fase de intensificação da coleta durante a Campanha Nacional de Combate ao Câncer Cérvico-Uterino. Como visto, não há uma homogeneidade de ações e recomendações a respeito da melhor es-

tratégia a ser seguida pelos programas de *screening*, cabendo aos diferentes países e regiões adaptá-las segundo as necessidades epidemiológicas e sociais de cada região e a disponibilidade de recursos financeiros.⁴ O governo brasileiro optou por uma campanha que visasse fortalecer a conscientização da mulher quanto à importância da prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e ao aumento de número de mulheres que procuraria pelo exame, como meio de prevenção, mas não houve, por parte da população feminina, movimentação que indicasse preocupação com a sua saúde explicitada pela procura pelo exame.¹⁰

Para que haja uma prevenção efetiva do câncer cervical, são necessários o reconhecimento e o tratamento das lesões precursoras do câncer invasivo de colo de útero.²

A Agenda de Compromissos pela Saúde, aprovada em janeiro de 2006, estabelece três pactos entre o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais para o fortalecimento do SUS. Entre esses acordos, o denominado Pacto pela Vida, define como prioridade na atenção à saúde a redução da mortalidade decorrentes desse mal.¹¹

Os serviços de saúde no SUS estão organizados para a atenção ao agravo do câncer de colo uterino, apesar de este se constituir em uma das prioridades do Pacto pela Vida, documento base do Ministério da Saúde brasileiro, de modo que os serviços públicos de saúde poderiam contemplar a integralidade da assistência à mulher, quando pensamos nos processos de produção de cuidado no controle desse tipo de câncer. Dentre todos os tipos de câncer, o de colo de útero tem prevenção relativamente barata e os mais altos potenciais de cura quando diagnosticado e tratado com precocidade.²

O Instituto Nacional do Câncer admite que o Brasil foi um dos primeiros países do mundo a introduzir o exame citopatológico (Papanicolau) com a finalidade de detecção precoce do câncer de colo de útero, porém a doença continua sendo um problema de saúde pública, isso porque apenas 30% das mulheres submetem-se ao exame citopatológico pelo menos três vezes na vida, o que resulta em diagnósticos da doença já em fase avançada em 70% dos casos.⁵

O relatório do Inca do ano de 2009 prevê que, em 2010, Mato Grosso do Sul tenha 25,46 casos novos de câncer de colo de útero para cada 100 mil mulheres.¹²

A literatura sobre o assunto informa que a ocorrência da não realização do exame encontra-se basicamente ligada à falta de conhecimento sobre a importância da prevenção, baixos indicadores socioeconômicos e culturais e ao fato de terem receio e/ou vergonha de expor seus corpos ao profissional que as examinará.¹³

A citopatologia é o estudo das células e suas alterações em casos patológicos. Dirigida ao estudo de lesões em diferentes órgãos e tecidos, é uma ciência abrangente. O exame citopatológico preventivo é feito para estudar as alterações celulares, principalmente as observadas no núcleo das células. O estudo citológico permite o diagnóstico, por exemplo, de tumores benignos e malignos. Análise dos exames, em geral, é realizada em laboratórios especializados.⁵

O exame de Papanicolau é um exame de baixo custo, que pode ser empregado tanto para a pesquisa de lesões pré-malignas ou de malignidade, como para o rastreio de agentes das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST). No Brasil, o uso de metodologias específicas em programas de saúde para a pesquisa de agentes microbiológicos causadores das DST ainda é incipiente. A sugestão de ocorrência das DST pelo método de Papanicolaou dá-se ou pela observação direta dos microorganismos ou por alterações citopáticas específicas provocadas por certos microorganismos. De modo geral, esse exame tem graus de sensibilidade e especificidade considerados aceitáveis.⁷

Há algumas estratégias para aumentar a cobertura de realização de citopatológico do colo uterino: divulgar, com as visitas domiciliares de agentes comunitários de saúde, a importância desse exame e convencer as mulheres, particularmente as que apresentam maiores riscos ao câncer de colo uterino, a realizá-lo periodicamente.¹⁴ Cabe aos profissionais da saúde aproveitar a oportunidade para coletar o exame citopatológico no momento da consulta e também estimular o retorno às consultas subsequentes. Com essas medidas, seria possível reduzir a mortalidade por esse tipo de câncer.

A prevenção é imprescindível para que haja diminuição de fatores que levariam ao aumento do índice de câncer de colo de útero, sendo este, hoje no Brasil, um sério problema de saúde pública, cuja redução do impacto é possível com programas de controle e prevenção, desde que incorporados ao sistema de atenção à saúde.¹⁵

Estima-se que mundialmente, cerca de 500 mil a 1 milhão de pessoas infectam-se pelo HPV. Os estudos revelam que, apesar da alta prevalência, muitas infecções são transitórias (60%), o que é extremamente comum em jovens, apresentando duração média de 8 a 10 meses. Entretanto, as infecções persistentes são encontradas em 5% a 10% das mulheres com 35 anos ou mais, associando-se com aumento do risco de progressão neoplásica.¹⁶

A infecção por HPV está frequentemente associada aos resultados anormais de citologia nas mulheres.¹⁷ A maior incidência do câncer de colo de útero acomete mulheres com idade entre 40 e 60 anos, sendo menos frequente antes dos 30 anos, devido ao longo período da evolução da infecção inicial pelo HPV, ocorrida no início das atividades sexuais, na adolescência ou até por volta dos 20 anos, até o aparecimento do câncer. Contudo, esse quadro vem-se modificando aos poucos, havendo o aparecimento de lesões precursoras cada vez mais precocemente, em razão da iniciação cada vez mais antecipada das atividades sexuais, associada aos demais fatores de risco.

A conduta, no caso das lesões pré-malignas cervicais, começa com um resultado citológico atípico. Mulheres com lesões citológicas de alto grau deveriam ser encaminhadas imediatamente para investigação posterior, pelo conhecimento atual de que essas lesões são as verdadeiras precursoras do câncer invasivo, devendo sempre ser tratadas. Todavia, a condução das mulheres com lesões intraepiteliais escamosas de baixo grau permanece controverso, uma vez que essas lesões podem, ocasionalmente, regredir espontaneamente.^{16,17,18}

Conforme indicou na pesquisa da prevalência,¹⁹ o papel do HPV de alto risco, principalmente o 16 e 18, no carcinoma do colo uterino, tem sido bem documentado, mas sua contribuição na carcinogênese de outras neoplasias ainda foi pouco estudada. Ainda nessa pesquisa, identificou-se que o risco estimado da presença do HPV de mulheres com carcinoma foi de 0,7%. Outros trabalhos, no entanto, encontraram índices bem maiores de positividade, com percentuais variando de 24 a 40 pontos.^{18,19}

Vários pesquisadores defendem a ideia de que a alta carga viral de HPV de alto risco teria importante relação com lesões intra-epiteliais escamosas e sua maior gravidade.²⁰

Outros pesquisadores enfatizam a importância da persistência da alta carga viral por longo tempo, e não simplesmente uma medida isolada,

assim como só teria valor a alta carga viral do HPV tipo 16, sem considerar os demais tipos.¹⁸

Por outro lado, alguns pesquisadores discordam desse fato por não haver uma relação suficientemente clara entre intensidade e persistência da carga viral do HPV de alto risco e gravidade da lesão epitelial do colo uterino. Afirmam que os achados não são suficientes para utilizá-los como parâmetro útil na predição do diagnóstico morfológico e do prognóstico, considera apenas o HPV.²¹

Os dados epidemiológicos²² evidenciam diversos fatores de risco para o desenvolvimento do câncer cervical. Os mais comumente associados são: tabagismo; multiplicidade de parceiros sexuais; e início precoce das relações sexuais. Os mesmos autores ainda citam outros fatores de risco como o uso de contraceptivos orais; condições de subnutrição; multiparidade; fatores imunológicos e fatores genéticos.

Em estudos sobre o HPV e câncer uterino cervical,²⁰ afirmam-se que o desenvolvimento do câncer cervical é menos provável na ausência da infecção pelo HPV e acrescentam-se fatores coexistentes, que favorecem a persistência da infecção, entre os quais tabagismo, uso de contraceptivos orais, idade precoce para a iniciação sexual, multiplicidade de parceiros sexuais, multiparidade e deficiência nutricional e imunológica, além de fatores genéticos.

Diante dos achados, considera-se de grande importância que as mulheres façam o exame preventivo, para que, assim, possam cuidar de sua saúde e bem-estar, deixando de lado os motivos que provocam a sua resistência delas em frequentar o consultório e visitar seus ginecologistas, pois somente com o exame preventivo é que haverá a oportunidade de diagnosticar a doença precocemente ou ainda preveni-la.

METODOLOGIA

Este trabalho caracterizou-se quanto aos fins, como uma pesquisa bibliográfica que procura descrever as causas e os fatores de risco que levam mulheres de 25 a 59 anos de idade a não realizarem o exame preventivo. Foram utilizados recursos de pesquisa, em bibliotecas, livros de universidade de saúde e sítios da internet, como BIREME, LILACS e SCIELO, em que se

buscaram artigos com palavras-chave: citologia, citopatologia ginecológica, doenças do colo uterino, Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), exame preventivo, Papanicolau.

Percebeu-se, então, o quão abrangente é o tema no espaço científico, contendo variados títulos voltados ao estudo das doenças relacionadas à citopatologia ginecológica. Foram encontradas 46 referências correspondentes às palavras-chave, das quais foram selecionadas 24, as quais constam neste estudo. A seleção das fontes bibliográficas considerou os mesmos tópicos apresentados na revisão de literatura.

A pesquisa de levantamento bibliográfico de dados ocorreu no período de abril a setembro de 2010, com artigos publicados nos últimos dez anos, na língua portuguesa.

A partir do levantamento de análise e revisão bibliográfica, deu-se a análise dos textos selecionados em que se identificaram ideias centrais que nortearam a pesquisa, com o intuito de conhecer os fatores que dificultam o acesso de mulheres de 25 a 59 anos de idade ao exame preventivo, fazendo que grande número de mulheres, nessa faixa etária, não realize o exame preventivo e deixe de cuidar da saúde pessoal.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Rama,²⁰ em seu artigo sobre as causas pelas quais as mulheres deixam de se submeter aos exames preventivos, registrou a resposta de mulheres que não se submeteram ao exame: “porque o médico nunca solicitou”, “por falta de tempo”, “por esquecimento”, “por vergonha”, “por achar incômodo” e porque acha “desnecessário”. Entre esses fatores citados pelas entrevistadas, a autora indica que pode haver ainda ampla lista de fatores que motivaram a não realização do exame. Um deles pode estar relacionado ao dia-a-dia, repleto de afazeres que são vistos pela sociedade como necessários, considerando as funções de mães, donas de casa e trabalhadoras.

A literatura também indica que existe inconsistência entre conhecimentos e prática do exame preventivo, pois observamos no nosso dia-a-dia que muitas pessoas que parecem ter adquirido conhecimentos e atitudes favoráveis sobre prevenção, mas não as incorporam no cotidiano do cuidado à própria saúde.

As mulheres sabem que faz parte, que é importante, mas ainda ficam ansiosas com o resultado, receiam pelo resultado e se omitem. O medo aparece como um dos principais fatores que fazem que as mulheres na faixa etária de de 25 a 59 anos deixem de fazer o exame preventivo. Vários autores em seus estudos sobre prevenção de câncer cérvico-uterino afirmam que o medo da doença é um dos principais motivos que levam as mulheres a não buscarem o resultado do exame citológico.^{23, 24,25}

Acredita-se que a preocupação das mulheres em relação ao resultado pode ser sanada, em parte, com a interação profissional-cliente, o que contribui para a promoção da tranquilidade demonstrada pela mulher durante a realização do exame e quanto ao seu resultado.^{8, 20}

Outro motivo, também retirado da literatura, refere-se ao pouco conhecimento que se tem sobre a relação da mulher com a prevenção dessa doença, independentemente ou não da qualidade dos serviços de saúde. Assim sendo, acreditamos que somente uma equipe de saúde humanizada poderá tratar a cliente como pessoa, encontrando espaço para a expressão dos seus sentimentos, respeitando-a, envolvendo-se com ela, colocando-se em seu lugar, desenvolvendo, assim, uma relação intersubjetiva e ainda considerando suas bagagens sociais, culturais, familiar e religiosa.

Os achados sobre o tema demonstram que a mulher percebe o exame como uma circunstância envolta de sensações relacionadas, na maioria das vezes, à vergonha, ao medo de doer, à positividade do resultado e ao desconhecimento do ritual do exame. O nervosismo também foi relatado, principalmente, durante a espera do resultado do exame. Esse fato sugere que, apesar do conhecimento superficial sobre o câncer, algumas mulheres sabem que, a partir desse exame, pode ser detectada uma doença maligna, e, por conseguinte, pode começar uma mudança de vida.

A vergonha de se expor no ato do exame também é um fator agravante: quando o exame é feito por homem, as mulheres se sentem inibidas. Muitas das mulheres sentem-se envergonhadas e desconfortáveis ao terem a genitália exposta e manipulada por um profissional, revelando o quanto a mulher, na maioria, independentemente do grau de instrução, da idade e da origem social, ainda reluta em considerar um exame desse nível como procedimento natural.

Como observado,⁸ muitas mulheres chegam nervosíssimas e cons-

trangidas e isso é confirmado pelos casos de desmaio na sala de coleta e pelas tremedeiras. Segundo esses autores, é importante que o profissional torne o momento da coleta do preventivo mais do que a hora de examinar o corpo, mas também de a mulher falar e ser ouvida e, assim, sentir-se respeitada e protegida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando a base literária e seus achados, concluiu-se que o exame preventivo é um dos mais importantes exames para a saúde da mulher.

Tratando-se de saúde pública, é possível identificar o grande número de casos de mulheres portadoras de doenças por meio de exames preventivos, como o Papanicolau. Porém, percebe-se que a atuação do enfermeiro com a população feminina está diretamente ligada à sua conscientização em realizar o exame do colo de útero e de mama, buscando, assim, o serviço de saúde.

O Ministério da Saúde lança várias estratégias para assegurar o acesso da mulher aos serviços de saúde, tendo, entre essas estratégias, a educação em saúde como principal destaque, sendo que o enfermeiro ocupa um papel importante ante as ações de prevenção e promoção à saúde da mulher.

O êxito da prática do exame de prevenção do câncer cérvico-uterino está pautado nas características dos profissionais que o realizam, tais como empatia, calor humano, simplicidade, além de ser capaz de transmitir confiança e segurança à mulher. Durante a consulta ginecológica, o enfermeiro pode identificar alterações teciduais mais visíveis do colo do útero e encaminhar a mulher à consulta médica, contribuindo diretamente com o índice de detecção precoce.

REFERÊNCIAS

1. Borges AA, França-Junior I. Prevenção do câncer de colo do útero: um modelo teórico para analisar o acesso e a utilização do teste de Papanicolau. Rev Bras Saúde Matern. Infant. 2003; 3(1):95-112.
2. Ministério da Saúde (Brasil). Caderno de Atenção Básica n. 13: Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. p. 10-59.

3. Ministério da Saúde (Brasil), Instituto Nacional do Câncer. Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço. Rio de Janeiro: Esdeva; 2008.
4. Cuffa A, Tozzo AD, Brito AFB, et al. Perspectivas e tratamentos para a cura do câncer no século XXI. Maringá: UEM; 2000. [acesso em 2010 Jul 18]. Disponível em: <http://www.dbi.uem.br/cancer.pdf>
5. Bethesda. 2001. [acesso em 2010 Ago 16]. Disponível em <http://www.bethesda2001.cancer.gov>
6. Cavalcante MMB. A atuação do enfermeiro da estratégia saúde da família na prevenção e detecção do câncer cérvico-uterino [monografia na Internet]. Batatais: Centro Universitário Claretiano; 2004. [acesso em 2010 Set 15]. Disponível em: <http://biblioteca.claretiano.edu.br/phl8/pdf/20003433.pdf>
7. Silva TT, Guimarães ML, Barbosa MIC, Pinheiro MFG, Maia AF. Identificação de tipos frequentes e de outros fatores de risco para neoplasia intra-epitelial cervical. Rev Bras Ginecol Obstet. 2006; 28(5):285-91.
8. Paula AF, Madeira A. O exame colpocitológico sob a ótica da mulher que o vivencia. Rev Esc Enferm USP 2003; 37(3):88-96.
9. Giuliano RML. A mulher vivenciando o exame ginecológico na presença do câncer cérvico-uterino. Rev Enferm UERJ. 1998; 2(2):165-70.
10. Queiroz DT, Pessoa SMF, Sousa RA. Infecção pelo *papilomavirus* (HPV) na mulher. Acta Paulista de Enfermagem. 2005; 18(2):190-6.
11. Costa DJS, Olinto MTA, Gigante DP, et al. Cobertura do exame citopatológico na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad Saúde Pública. 2003; 19(1):191-97.
12. Ministério da Saúde (Brasil), Instituto Nacional do Câncer. Normas e recomendações do Inca: periodicidade de realização do exame preventivo do câncer do colo do útero. Rev Bras Cancerol. 2002; 48(1):13-15.
13. Lopes MJM. Gênero e saúde. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996.
14. Hackenhaar AA, Cesar JA, Domingues MR. Exame citopatológico de colo uterino em mulheres com idade entre 20 e 59 anos em Pelotas, RS: prevalência, foco e fatores associados à sua não realização. Rev Bras Epidemiol. 2006; 9:103-11.
15. Diógenes MAR, Rezende MDS, Passos NG. Prevenção do câncer: atuação do enfermeiro na consulta ginecológica aspectos éticos e legais da profissão. Fortaleza: Pouchain Ramos; 2001.
16. Merighi MAB, Hamano L, Cavalcante LG. O exame preventivo do câncer cérvico-uterino: conhecimento e significado para as funcionárias de uma escola de enfermagem de uma instituição pública. Rev Esc Enferm USP 2002; 36(3):289-96.
17. Giuliano RML. A mulher vivenciando o exame ginecológico na presença do câncer cérvico-uterino. Rev Enferm UERJ. 1998; 2(2):165-70.

18. Wolschick NM, Consolaro MEL, Suzuki LE, Boer CG. Câncer do colo do útero: tecnologias emergentes no diagnóstico, tratamento e prevenção da doença. *Rev Bras Análises Clínicas*. 2007; 39(2):123-9.
19. Fedrizzi EN, Carvalho NS, Villa LL, Souza IV, Sebastião APM. Pesquisa da prevalência do papilomavírus humano em amostras de tecido endometrial normal e com carcinoma pela técnica de PCR. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2004; 26(4):277-87.
20. Rama CH, Roteli-Martins CM, Derchain SFM, Oliveira EZ, Aldrighi JM, Mariani Neto C. Detecção sorológica de anti-HPV 16 e 18 e sua associação com os achados do Papanicolau em adolescentes e mulheres jovens. *Rev Assoc Med Bras*. 2006; 52(1):43-7.
21. Freitas FM, Menke CH, Rivoire W, Passos P Rotina em ginecologia. Porto Alegre: Artmed; 2006.
22. Mendonça VG, Lorenzato FRB, Mendonça JG, Menezes TC, Guimarães MJB. Mortalidade por câncer do colo do útero: características sociodemográficas das mulheres residentes na cidade de Recife, Pernambuco. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2008; 30(5):248-55.
23. Duavy LM, Batista FLR, Jorge MSB, Santos JBF. A percepção da mulher sobre o exame preventivo do câncer cérvico-uterino: estudo de caso. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2007; 12(3):733-42.
24. Amorim T. Prevenção do câncer cérvico-uterino: uma compreensão fenomenológica [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem; 1997.
25. Alvarenga EJ. Citologia Cervical. In: Viana LC, Martins M, Geber S. *Ginecologia*. Rio de Janeiro: Medsi; 2001.

A INTERFACE DO PAPEL DA ENFERMEIRA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE E A FENILCETONÚRIA MATERNA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Antonia Jesus Negrão
Graziela Braz da Silva,
Tatiana Maria Rovam
Rubiana Gambarim da Silva
Maria Gorette dos Reis

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) foi proposta pela conferência de Alma-Ata, promovida pela Organização Mundial de Saúde em 1978 com o plano “Saúde para todos no ano de 2000”. Após tal conferência, surgiram diferentes interpretações da abrangência e do escopo da atenção primária. Dessa forma o Ministério da Saúde do Brasil adotou a nomenclatura de atenção básica para definir APS, tendo, como sua estratégia principal, a Estratégia Saúde da Família (ESF).^{1,2}

A APS constitui a “porta de entrada” ao serviço de saúde, fornecendo atenção sobre a pessoa no decorrer do tempo e para todas as condições e a coordenação do cuidado³.

A ESF visa à reorganização da atenção básica no país, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Portaria n. 648, de 28 de março de 2006. A Política Nacional da Atenção Básica estabeleceu a revisão das diretrizes e normas do Programa Saúde da Família (PSF). Dessa forma, a ESF constitui a estratégia nacional prioritária para a operacionalização da política de saúde no Brasil.⁴

O enfermeiro como integrante da equipe da ESF possui papel primordial no desenvolvimento de ações voltadas para a promoção da saúde individual e da comunidade, desta forma contemplando a integralidade do cuidado na APS.

A fenilcetonúria, ou PKU, é uma doença genética rara, de herança recessiva, causada por uma mutação no gene que codifica a enzima fenilalanina-hidroxilase do fígado, responsável pela transformação do aminoácido fenilalanina (Phe) em tirosina. A elevação de fenilalanina no sangue, acima

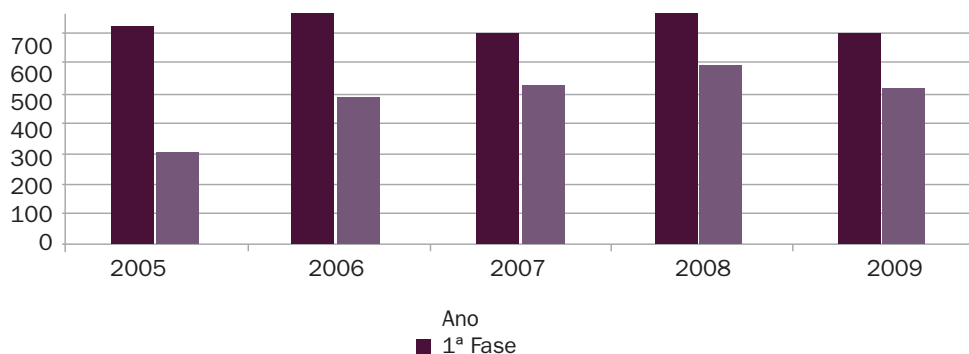
de 10mg/dL, permite a passagem em quantidade excessiva para o sistema nervoso central, no qual o acúmulo tem efeito tóxico.⁵

A hiperfenilalanina no sangue materno pode causar alterações no feto, como microcefalia, retardo mental e anormalidades cardíacas congênitas. As mulheres portadoras de fenilalaninemias devem manter o controle rigoroso da fenilalanina sanguínea antes mesmo da gravidez, evitando a ingestão de alimentos que contenham a substância.⁶

O Programa de Proteção à Gestante foi lançado no Mato Grosso do Sul pelo Instituto de Pesquisas, Ensino e Diagnósticos da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (Iped/Apae), em parceria com o governo estadual, por meio da Secretaria de Estado de Saúde e das Secretarias Municipais de Saúde, e consiste em três etapas: realização da triagem pré-natal; confirmação do diagnóstico de hiperfenilalanina no sangue materno; e o acompanhamento e tratamento das gestantes de todo o estado de Mato Grosso do Sul. O Iped/Apae através do Programa Estadual de Proteção à Gestante, realizou, desde a sua criação, em 2002, 271.975 triagens pré-natal até o ano de 2009.⁶

A triagem pré-natal consiste na realização de 16 exames onde são detectadas doze doenças, através da coleta de 2 amostras, sendo a primeira fase coletada na 8ª a 12ª semana de gestação e a segunda fase entre 28ª e 32ª semanas de gestação. A fenilcetonúria é detectada na primeira fase do Programa.

O município de Nova Andradina, em Mato Grosso do Sul, realizou, na 1ª fase do Programa, 3.723 exames de triagem pré-natal (Gráfico I).



FORNTE: VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DO MUNICÍPIO DE NOVA ANDRADINA, 2010

Gráfico 1: Número de exames de triagem pré-natal realizados em Nova Andradina 2005-2009.

Segundo dados da Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde Nova Andradina, em uma série histórica de cinco anos, diagnosticou-se somente um caso de PKU materno. No estado do Mato Grosso do Sul, no mesmo período, houve somente quatro casos diagnosticados pelo Programa Estadual de Proteção à Gestante.

MÉTODOS

Este é um estudo descritivo qualitativo, com relato de experiência vivenciada por uma enfermeira de ESF com o objetivo de ressaltar a importância da detecção precoce da PKU materna no pré-natal para a redução de teratogênias fetais e a relevância do papel do Enfermeiro da APS e ESF nesse processo, por meio do acompanhamento e da orientação da gestante no pré-natal.

Os dados sobre o caso foram retirados do prontuário da cliente e do relatório da enfermeira que a acompanhou durante a gestação, no período de julho a outubro de 2010, na APS e na ESF.

A escolha do tema para a descrição deste estudo baseou-se em três quesitos principais: ser uma vivência de uma enfermeira na APS e ESF, constituir um caso que demonstra a importância do acompanhamento desse profissional como membro de uma equipe multidisciplinar da ESF; e pelo fato de que a fenilcetonúria materna causa danos ao feto quando não diagnosticada e tratada precocemente.

Tal experiência se passou na ESF Horto Florestal, do município de Nova Andradina, Mato Grosso do Sul, zona urbana, a qual possui uma equipe multidisciplinar composta por uma médica, uma enfermeira, uma odontóloga, duas técnicas de enfermagem, uma técnica em higiene dental e nove Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Este relato constitui requisito para a conclusão Curso de Especialização em Práticas de Enfermagem Avançadas na Atenção Primária de Saúde, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), realizado por meio de cooperação técnica com a Universidade de Enfermagem de Toronto, Canadá.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O relato do caso

Mulher de 26 anos de idade, pele, olhos e cabelos claros, casada, Gestante 1, Para 1 (cesárea) com tempo de amenorreia de seis semanas e quatro dias, procedente da zona urbana do município de Nova Andradina, Mato Grosso do Sul, com antecedentes pessoais de anemia crônica. Foi acolhida para consulta pré-natal no dia 17 de julho de 2008 em sua localidade de origem pela ESF.

A primeira consulta pré-natal foi realizada, pela enfermeira, no primeiro trimestre de gestação, ocasião em que foi cadastrada no Sis prenatal, foi realizada a solicitação de exames laboratoriais de rotina, a coleta de sangue em papel filtro para os exames do Programa Estadual de Proteção a Gestante do Mato Grosso do Sul, e também o preenchimento do cartão da gestante, além da verificação dos sinais vitais, medidas antropométricas, verificação do Índice de Massa Corporal (IMC), coleta de dados da história ginecológica e obstétrica, antecedentes pessoais e familiares, história da gestação atual e orientações sobre profilaxia antitetânica, nutricional e hábitos de vida saudável.

A gestante foi inserida no projeto Girassol, que tem por finalidade a preparação das gestantes para o parto, puerpério e cuidados com o recém-nascido, no qual participou de dez encontros semanais com abordagem de temas preestabelecidos, envolvendo a participação de enfermeiro, dentista, médico da ESF, fisioterapeuta, psicólogo, assistente social, obstetra e pediatra.

Considerando que a dosagem de fenilalanina do sangue materno constitui a primeira fase dos exames laboratoriais do Iped/Apae, após o envio do exame ao laboratório em Campo Grande, foi solicitada coleta desse exame para confirmação diagnóstica. A enfermeira entrou em contato com a gestante elucidando o motivo da coleta e agendando o horário para o procedimento.

O resultado do exame revelou concentração de fenilalanina plasmática igual a 10,5 mg/dL (valor normal < 4 mg/dL).

Após a identificação da fenilalanina materna e a consequente solicitação de acompanhamento, a enfermeira da ESF elaborou uma pasta contendo todos os registros de referência e contra-referência relacionados ao segmento gestacional, para atualização das equipes sobre os procedimentos realizados.

A gestante foi acompanhada pelo seu marido em todos os atendi-

mentos realizados. Com a evidência de alteração da fenilcetonúria materna, o casal foi chamado pela equipe de saúde por meio de visita domiciliar do ACS. A enfermeira e a médica conversaram com o casal explicando o resultado e que seriam acompanhados pela equipe da ESF como também referenciados a Campo Grande no Iped/Apae para atendimento especializado.

A gestante foi encaminhada para avaliação no ambulatório de alto risco de triagem do Iped/Apae de Campo Grande, Mato Grosso do Sul, em 4 de setembro de 2008. No momento da consulta encontrava-se com seis semanas e quatro dias de gestação.

Os irmãos e o marido da gestante foram submetidos à triagem para fenilcetonúria, com o objetivo de investigar a doença na família, sendo um homem e uma mulher, ambos casados e com filhos.

O esposo não obteve alterações em seus exames, porém a irmã apresentou resultado de exame compatível para fenilalaninemia, dessa forma o filho dela também foi examinado e teve resultado positivo para a doença. A enfermeira buscou os registros do prontuário da irmã da gestante quanto ao acompanhamento pré-natal, e constatou que durante a triagem pré-natal, o resultado para fenilcetonúria havia sido normal. A partir disso, a irmã e o sobrinho passaram a fazer acompanhamento no Iped/Apae.

Os pais da gestante não foram submetidos ao exame para pesquisa de fenilalaninemia, pois a mãe apresenta distúrbios psiquiátricos, sendo acompanhada pelo Centro de Atenção Psicossocial (Caps), e se negou a ser submetida ao exame.

Durante o pré-natal, foram realizados os seguintes exames maternos: hemograma (Hb: 11,9 g/dL; Ht: 32 g/dl), VDRL (negativo), urina I (sem alterações), Glicemia (62 mg/dl), Potássio (4,0 mEq/L), asparatoamino-transferase – TGO (19 u/L), fósforo (4.61 mg/dL), fosfatase alcalina (69,1 u/L), Cálcio (9,10 mg%), Cloretos (106 mEq/L), ferro sérico (86,00 ug %), magnésio (1,9 mg%), sódio (137 mMq/L), toxoplasmose (IgM negativo e IgG positivo), Rubéola (IgM negativo e IgG positivo), Pesquisa do antígeno capsular do vírus B da hepatite/HbsAg (negativo), anticorpos contra o vírus C da hepatite/ anti – HCV (negativo), doença de chagas (negativo), pesquisa de anticorpos IgM para citomegalovírus (negativo), sorologia para HIV (negativo), HTLV (negativo), Chlamydia ssp (negativo) e exames de avaliação de hipotireoidismo (normais).

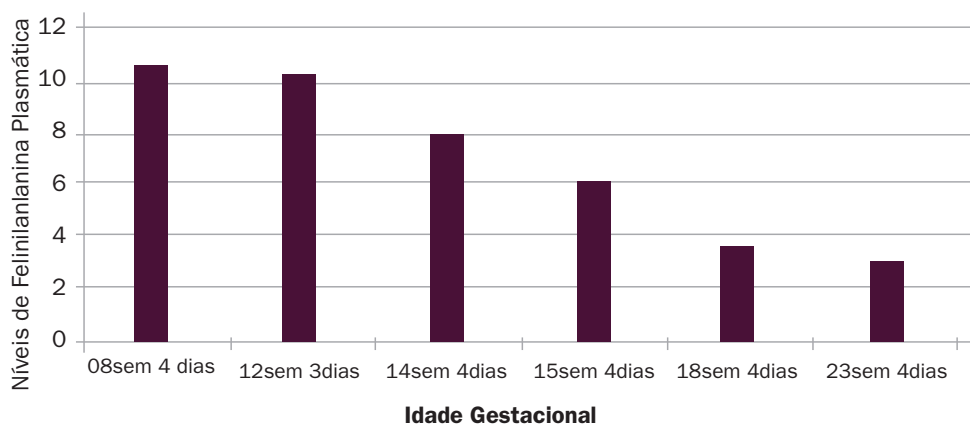
Com 12 semanas e 3 dias, foi submetida ao exame ecográfico indicando útero gravídico, saco gestacional tópico, de contornos regulares, cujo

interior visualizou-se feto único, movimento fetal espontâneo e batimentos cardíacos presentes e rítmicos, biometria fetal: diâmetro biparietal 20 mm, comprimento cabeça-nádega 55 mm.

Na 38ª semana, foi realizado novo exame ecográfico para controle, demonstrando desenvolvimento fetal adequado, movimentos cardíacos, fetais e respiratórios presentes. Órgãos internos do feto sem alterações visíveis, frequência cardíaca 130 batimentos por minuto (bpm), diâmetro biparietal 8,7 cm, circunferência craniana 32 cm, circunferência abdominal 32,6 cm, estatura 45 cm, peso fetal de 2.733 gramas com $\pm 10\%$ (peso normal para 38 semanas: 2.430 a 3.640 gramas), comprimento do fêmur 6,6 cm, comprimento do úmero 5,7 cm, sexo feminino, placenta com inserção anterior, com espessura de 3,3 cm (N: 3,3 a 4,1 cm), cavidade amniótica normal, canal endocervical fechado. Conclusão: gestação tópica de 38 ± 1 semana.

Durante o período pré-natal, instituiu-se dieta específica para portadores de PKU, com restrição de fenilalanina e uso de PKU - 3 (medicação fornecida pelo Estado isenta de fenilalanina). Esta dieta foi orientada por uma nutricionista do grupo Iped/Apae e consistia de alimentos sem as proteínas de alto valor biológico.

A equipe da ESF do bairro Horto Florestal do município de Nova Andradina prestou assistência à gestante por meio de 14 atendimentos de pré-natal, paralelamente aos atendimentos do Iped/Apae. Houve também acompanhamento periódico dos níveis de fenilalanina plasmática materna, cujos valores encontram-se no gráfico II.



FORNE: DADOS OBTIDOS PELOS REGISTROS DO PRONTUÁRIO DA GESTANTE.

Gráfico 2: Níveis de fenilalanina plasmática materna durante a gravidez.

A gestante foi orientada pela geneticista do Iped/apae a procurar o grupo de planejamento familiar para anticoncepção definitiva, por ser portadora de hiperfenilalaninemia e haver a possibilidade de teratogenia fetal em outras gestações.

No dia 27 de fevereiro de 2009, a gestante foi submetida à cirurgia cesariana, com 38 semanas 4 dias de gestação. O recém-nascido, do sexo feminino, apresentou Apgar de 8-9 no primeiro e quinto minuto, respectivamente, pesou 3.100 gramas e comprimento de 49 cm. Coletado o sangue em papel filtro do recém-nascido para triagem neonatal, com resultados normais e PKU 0,2 mg/dL.

A criança está atualmente com um ano e seis meses de idade, sendo acompanhada na APS e ESF e pelo serviço de pediatria do Iped/Apae, não apresenta alterações cardíacas e neurológicas, tendo desenvolvimento psicomotor adequado para faixa etária até o presente momento.

O Programa de Atenção Integral de Saúde da Mulher (PAISM) foi criado na década de 80, com a consolidação de diversos projetos na área da saúde feminina. Em 2004, o Ministério da Saúde lançou o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, em parceria com os estados, os municípios e a sociedade civil, resultando em uma queda acentuada de óbitos maternos e neonatais. As complicações da gestação, parto e puerpério constituem a décima causa de mortes em mulheres. Com um acompanhamento pré-natal e atenção ao parto adequados, consegue-se evitar a maior parte dessas mortes.⁷

O monitoramento da atenção pré-natal e puerperal é realizado por meio de um sistema que foi disponibilizado pelo Datasus, o Sistema de Informação sobre o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (Sispre-natal) de uso obrigatório nas unidades de saúde e que possibilita a avaliação da atenção a partir do acompanhamento de cada gestante.⁸

A realização dos exames laboratoriais no primeiro trimestre da gestação tem grande importância na implementação de políticas públicas efetivas no âmbito da saúde materno-infantil, impactando na diminuição da mortalidade, no desenvolvimento de morbidades e na transmissão de doenças de mãe para filho durante a gestação e o puerpério.

No caso na fenilcetonúria materna, o elevado nível de Phe no plasma da mãe faz que o nível de Phe no embrião seja ainda superior, devido ao gradiente positivo transplacentar, causando a PKU embrionária na maioria dos bebês de mães fenilcetonúricas, resultando em dano cerebral antes do nascimento e tendo quadro clínico irreversível.⁹

Gestantes com fenilcetonúria necessitam de dieta especial e, se não seguirem corretamente sua dieta antes e durante a gestação, têm bebês com 93% de risco de serem acometidos de retardamento mental e 72% de risco de microcefalia. Essas taxas foram observadas nos Estados Unidos e os riscos resultam dos efeitos tóxicos do elevado nível de fenilalanina no sangue da gestante e não são devidos ao PKU fetal.¹⁰

O acompanhamento pré-natal deve ser feito pela equipe multiprofissional da ESF ou da APS, sendo que a primeira consulta, preferencialmente no primeiro trimestre, deve ser realizada pelo médico ou enfermeiro, com inscrição no Sis prenatal e no Programa de Proteção à Gestante do Mato Grosso do Sul. As consultas subsequentes devem ser intercaladas entre médico e enfermeiro.⁸

Cabe ao enfermeiro, como integrante da equipe de saúde, realizar consulta de enfermagem de pré-natal de baixo risco, prestar assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puérpera, identificar distócias obstétricas, tomar providências até a chegada do médico e prescrever medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde.^{11,12}

Neste caso, a enfermeira da ESF fundamentou-se em Barbosa *et al.* (2007),¹³ para quem a consulta de enfermagem deve estar embasada em protocolos estabelecidos pela Unidade de Atendimento ou Ministério da Saúde, tornando-se um espaço para o diálogo com a cultura e os saberes da população assistida.^{13,14}

Durante o acompanhamento dessa gestante, a enfermeira da ESF destacou-se no desenvolvimento do seu papel, por possuir melhor conhecimento da realidade do território em que atua. Procurou adequar suas habilidades técnico-científicas na sua atuação e proporcionar o desenvolvimento da corresponsabilidade na gestante.

No caso descrito, foi possível à equipe de ESF identificar, no pré-natal, os fatores que poderiam colocar a saúde da mãe e do feto em risco,

levando-se em conta os aspectos emocionais da gestante, como crenças, medos, vivências anteriores e expectativas com o desfecho da gestação. A enfermeira promoveu uma relação de confiança e valorização dos conhecimentos da gestante.¹⁴

O estabelecimento de um vínculo estimula o profissional de saúde a utilizar sua sensibilidade para “olhar” a cliente como um ser biopsicossocial, alguém que possui uma história particular antes da história clínica; desse modo, a enfermeira exercitou os princípios que norteiam os profissionais da saúde da família e não centra a atenção somente em atos prescritivos.¹⁴

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Programa de Proteção à Gestante do Mato Grosso do Sul é um apoio para a ESF, pois proporciona acompanhamento gestacional seguro quanto à detecção precoce de doenças que podem afetar o desenvolvimento materno e fetal. Para tanto, é extremamente importante que a gestante seja captada pela equipe multiprofissional da ESF no primeiro trimestre da gravidez. Dessa forma, a realização do diagnóstico precoce, o tratamento e o acompanhamento da gestante portadora da fenilalaninemia previne o nascimento de crianças com retardo mental, microcefalia e anormalidades cardíacas congênitas.

A enfermeira da ESF deve estar apta a promover um acompanhamento pré-natal integral e resolutivo, estabelecer o vínculo profissional-gestante, fomentar a participação dos familiares no acompanhamento pré-natal, avaliar junto a equipe as condições biopsicossociais da cliente, dar ensejo a corresponsabilidade da cliente, realizar consulta de enfermagem e registrar no prontuário dados pertinentes, obedecendo aos protocolos estabelecidos.

Nesse caso, a enfermeira da ESF desenvolveu estratégias de assistência que alcançaram êxito no desfecho da gestação, com níveis estáveis de fenilalaninemia na puérpera e recém-nascido com desenvolvimento neurológico e motor adequado.

Referências

1. Organização Mundial da Saúde. Declaração de Alma-Ata. 1978. [acesso em 2010 Ago 24]. Disponível em: <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>

2. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Brasil). Atenção Primária e Promoção da Saúde. Brasília: CONASS, 2007;8(20):232.
3. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde; 2002. 726 p.
4. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006;4: 60.
5. Monteiro LTB, Cândido LMB. Fenilcetonúria no Brasil: evolução de casos. Rev.Nutr. Campinas. 2006; 19(3):381-7.
6. Iped; Apae. Programa Estadual de Proteção a Gestante. [acesso em 2010 Ago 24]. Disponível em: <http://www.ipedapae.org.br/?ir=1&id=2>
7. Ministério da Saúde (Brasil), Portal da Saúde. Acompanhamento pré-natal garante gravidez mais segura. [acesso em 2010 Set 5]. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=24085
8. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
9. Marquez UML, Mira NVM. Importância do diagnóstico e tratamento da fenilcetonúria. Rev. Saúde Pública. 2000; 34(1):86-96.
10. Pinho, et al. Prevalência dos agravos triados pelo Programa de Proteção à Gestante do estado do Mato Grosso do Sul de 2004 a 2007. Revista de Patologia Tropical. 2008; 37(4):341-53.
11. Lei do Exercício Profissional de Enfermagem n. 7.498, de 26 de junho de 1986, publicada no Diário Oficial da União em 26 de junho de 1986. [acesso em 2010 Set 7]. Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br/node/4161>
12. Conselho Federal de Enfermagem (Brasil). Resolução n. 317/2007 de 2 de agosto de 2007. [acesso em 2010 Set 7]. Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br/node/4351>
13. Barbosa, et al. Consulta de enfermagem: um diálogo entre os saberes técnicos e populares em saúde. Revista ACTA Paul Enferm. 2007; 20(2):226-9.
14. Bezerra CP. A importância da consulta de enfermagem no acompanhamento pré-natal [Internet]. 2009 Jun. [acesso em 2010 Set 9]. Disponível em: <http://www.fsm.edu.br/?p=>

GRUPOS EDUCATIVOS COMO PROPOSTA PARA POTENCIALIZAR O AUTO CUIDADO E A AUTONOMIA DOS CLIENTES HIPERTENSOS

Evelyn Vieira Rios
Neli Rute Sargi do Nascimento
Iara Cristina Pereira

INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é considerada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) um crescente problema de saúde pública, já notificado como a terceira causa de morte no mundo, com estimativa de 600 milhões de hipertensos. A OMS previu que, até o ano de 2010, as doenças cardiovasculares seriam as principais causas de morte nos países em desenvolvimento, representando um dos maiores desafios em saúde e um dos maiores ônus para o próprio hipertenso e para a sociedade.¹

No Brasil, os portadores de hipertensão arterial são cerca de 17 milhões de pessoas, sendo 35% desta população com idade superior a 40 anos. O mais grave é que o número de pessoas com hipertensão arterial não para de crescer, aliado ao fato da precocidade de seu aparecimento, pois se estima que cerca de 4% das crianças e adolescentes também sejam portadoras de hipertensão arterial.²

Estudo realizado com 892 pessoas no município de Campo Grande/MS evidenciou uma prevalência média de 41,4% de hipertensos na população com idade acima de 18 anos, com valores variando conforme o gênero, o nível de escolaridade, a composição corporal e a faixa etária dos indivíduos.³

Ainda segundo os autores supracitados, embora exista evolução constante e otimização farmacológica dos medicamentos anti-hipertensivos, o controle pressórico foi baixo entre aqueles que já faziam tratamento medicamentoso, sendo necessária uma abordagem comportamental, farmacológica e cultural dos pacientes.

Outros estudiosos mencionam que, entre os indivíduos portadores de hipertensão arterial, metade não faz nenhum tratamento e, entre os que fazem, poucos têm a pressão arterial controlada. De 30 a 50% dos hipertensos interrompem o tratamento no primeiro ano e 75%, depois de cinco anos da descoberta da doença.⁴

A convivência com uma doença crônica implica adaptação a uma condição contínua, sendo fundamental a adesão do cliente ao tratamento. Entretanto, os fatores que podem exercer influência e levar ao fracasso ou ao sucesso terapêutico são vários e podem estar relacionados ao paciente, à doença, às crenças culturais de saúde, à instituição e ao tratamento.^{5,6}

A adesão ao tratamento inclui fatores terapêuticos e educativos relacionados aos pacientes, envolvendo aspectos ligados ao reconhecimento e à aceitação de suas condições de saúde, a uma adaptação ativa a essas condições, à identificação de fatores de risco no estilo de vida, ao cultivo de hábitos e atitudes promotores de qualidade de vida e ao desenvolvimento da consciência para o autocuidado.⁷

Nessa perspectiva de ação, a educação em saúde pode ser um processo de transformação do indivíduo e sociedade, que se inicia a partir da percepção que as pessoas têm de sua realidade e que vai se modificando na medida em que começam a refletir sobre ela.⁸

O grupo é um espaço de inter-relacionamento pessoal que acolhe, possibilita a troca de experiências e a cooperação mútua de forma a desenvolver no indivíduo a capacidade de autorreflexão e disciplina.⁹ Pode ser utilizado como fonte de fortalecimento e como apoio das relações, sendo este um momento em que o indivíduo percebe, na narrativa do outro, a própria realidade, o que ajuda a promover o aprendizado e o fortalecimento para a mudança no estilo de vida.¹⁰

O formato de grupos para o desenvolvimento da educação em saúde possibilita a integração dos usuários e a motivação para o autocuidado. O profissional de saúde deve interpretar esse espaço como produtor de transformação das relações sociais, precisa reconhecer aí a possibilidade de fomentar a autonomia do indivíduo e valorizar as potencialidades manifestadas, indo além do caráter puramente informativo.¹¹

Considerando que educação em saúde é uma das ferramentas de trabalho em atenção primária de saúde e partindo da concepção teórica sobre educação como prática social que valoriza o saber do outro e entende que o conhecimento é um processo de construção coletiva, discutiremos neste texto uma proposta educativa a ser desenvolvida com clientes portadores de hipertensão arterial em duas unidades básicas de saúde do município de Campo Grande/MS.

MÉTODO

O município de Campo Grande é a capital do estado de Mato Grosso do Sul e atingiu um total de 724.524 pessoas segundo contagem do IBGE em 2007. A rede territorial do sistema municipal de saúde é dividida em quatro distritos sanitários: leste, oeste, norte e sul.

Os bairros São Conrado e Itamaracá, localizados nos distritos Norte e Sul, possuem uma população de aproximadamente 10 mil pessoas/área de abrangência, que se caracterizam por serem de baixa renda e predominantemente usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS).

A Unidade Básica de Saúde da Família Edson Quintino Mendes no bairro Itamaracá possui três equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) e a Unidade Básica de Saúde da Família Pastor Eliseu Feitosa de Alencar no bairro São Conrado também conta também com três equipes de ESF. Estas unidades de saúde atendem atualmente pacientes portadores de hipertensão arterial. Os hipertensos cadastrados e acompanhados no Programa Hiperdia são em média 250 pessoas/área. Os serviços contam com atendimento médico e de enfermagem diário, dispensação de medicação pelo serviço de farmácia, verificação da pressão arterial para monitorização dos valores pressóricos.

O atendimento à clientela hipertensa com consulta médica é realizado a cada três meses. Nessa ocasião, os profissionais de saúde médico e enfermeiro realizam avaliação, orientação e emissão de nova receita medicamentosa, cuja validade é trimestral.

Entretanto, observou-se que, nessa clientela hipertensa, o controle da pressão arterial era inadequado em aproximadamente 70% dos indivíduos, sendo necessárias intervenções imediatas e encaminhamentos frequentes para o serviço terciário.

Diante disso e objetivando que o cliente hipertenso tivesse maior autonomia no controle de sua doença, a equipe de saúde decidiu convidar hipertensos com níveis pressóricos alterados e sob risco de complicações relacionadas à hipertensão, para participarem de um “grupo de enfrentamento da hipertensão arterial”.

A situação também motivou a reflexão sobre o trabalho educativo que até então vinha sendo desenvolvido com a clientela hipertensa. Pensa-

mos que, embora houvesse um encontro a cada três meses, as orientações tinham um caráter tradicional, baseadas na pedagogia da transmissão do conhecimento e pautadas na mudança do comportamento.

DISCUTINDO UMA PROPOSTA EDUCATIVA

O trabalho de grupo: “Ninguém educa ninguém, ninguém educa a si mesmo, os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo”.¹² Esse pensamento, em sua essência, leva-nos a refletir sobre a importância das metodologias educativas com grupos, nos quais todos aprendem, aprendendo as diversas realidades e descobrindo um conhecimento partilhado. Pensamos que um grupo formado por pessoas portadoras do mesmo problema permite a troca de experiências comuns, dando suporte aos seus membros. Além disso, o trabalho de grupos favorece o aprimoramento de todos os envolvidos, não apenas no aspecto pessoal como também no profissional, por meio da valorização dos diversos saberes e da possibilidade de intervir criativamente no processo de saúde-doença de cada pessoa.

Serão formados três grupos, com número máximo de 15 pessoas, para que se favoreça um ambiente acolhedor, que proporcione apoio e permita a expressão de pensamentos e sentimentos. Em relação à periodicidade dos encontros, decidimos que, a princípio, serão quinzenais, para possibilitar a solidez de estruturação e funcionamento.

O objetivo do grupo: propiciar um espaço favorecedor de vínculos afetivos entre os participantes, visando, em longo prazo, à formação de uma rede de suporte social; fortalecer o vínculo entre equipe de saúde e comunidade; favorecer o desenvolvimento de autonomia e estimular uma participação mais ativa e criativa na sociedade e estimular a adoção do plano terapêutico para hipertensão pelos participantes dos grupos.

A proposta metodológica: acreditamos que a aprendizagem não se dá somente pelo desenvolvimento do raciocínio, mas também pela emoção, pelo afeto, pela intuição e pela vontade. Sendo assim, pensamos que a utilização das dinâmicas de grupo é um meio que pode facilitar o conhecimento pessoal, o relacionamento, a expressão de sentimentos, a construção da solidariedade e da confiança mútua.

A literatura¹³ refere vários tipos de dinâmicas. Para o início das ativi-

dades, propõe as dinâmicas de apresentação, pois elas propiciam a desinibição dos participantes. As dinâmicas de entrosamento são utilizadas com o objetivo de ajudar as pessoas a se relacionarem e se conhecerem. Para refletir sobre o tema ou problema relacionado com o propósito do encontro, devem ser utilizadas dinâmicas de reflexão e de aprofundamento. Já as dinâmicas de sensibilização são apropriadas quando há conflito de cultura e objetivos e se deseja que diferentes olhares se voltem para o mesmo enfoque. Finalmente as dinâmicas de avaliação servem para aferir o trabalho do grupo, podendo ser realizadas durante o processo e também no final do processo.

Nesse contexto, a utilização de atividades lúdicas é uma aliada para o sucesso dos grupos, porque auxilia na revelação dos sentimentos e pensamentos por meio das expressões corporais, gestos e fala. Pretendemos utilizar diversos jogos, desenhos, brincadeiras, estórias e fábulas para promover a construção do ser saudável convivendo com a condição de portador de hipertensão arterial.

A comunicação com grupos: os clientes serão estimulados no desejo de mudança, se houver por parte do facilitador do grupo sensibilidade para perceber os determinantes sociais, comportamentais e culturais presentes na clientela hipertensa. Como atender a tantas pessoas, com características próprias e, infelizmente, tantas carências? Um dos grandes desafios dos profissionais de saúde encontra-se na comunicação, e esta se torna eficaz quando conhecemos e utilizamos as técnicas de comunicação terapêutica.¹⁴

A comunicação terapêutica consiste na habilidade profissional em usar seu conhecimento sobre comunicação, para ajudar pessoas a convivem com outras pessoas, ajustarem-se ao que não pode ser mudado e superar bloqueios de autorrealização para enfrentarem seus problemas.

Entre as técnicas de comunicação terapêutica¹⁴ que podem ser utilizadas pelos profissionais de saúde durante atividades com grupos, citam-se a verbalizar a aceitação e o interesse, ouvir de forma reflexiva, utilizar frases incompletas, repetir comentários do grupo, fazer perguntas e devolver perguntas feitas, permitir às pessoas que escolham os assuntos a serem discutidos, verbalizar dúvidas e construir saberes de forma conjunta. Essas técnicas são descritas a seguir:

Verbalizar aceitação a fim de que o grupo possa sentir-se livre para falar, precisa sentir-se aceito. Aceitar o grupo tal como é, não implica aprova-

ção de todo seu comportamento; é expressar a crença no valor das pessoas, a despeito de o comportamento delas parecer inaceitável. A atitude do facilitador de grupo não é concordar com todas as manifestações grupais, mas compreender que, por algum motivo, há expressão de falas emoções ou sentimentos não aprovados socialmente.

Verbalizar interesse é demonstrar percepção do grupo e do que ele faz. O facilitador de grupo precisa mostrar respeito pelas pessoas, pois a autoestima e o respeito próprio muitas vezes estão diminuídos. Chamar as pessoas pelo nome já demonstra que elas existem como pessoas, com identidade distinta das demais, ou seja, existem no mundo e têm um nome que é percebido pelas outras. O facilitador de grupo deve ainda verbalizar os fatos quando eles são percebidos, sem conotação de julgamento ou comparação.

Ouvir de forma reflexiva é dar oportunidade às pessoas para que se desenvolvam no processo de comunicação. Ouvir as pessoas do grupo transmite a ideia de que são aceitas, respeitadas e tratadas como seres humanos. Somente as pessoas podem dizer como se sentem, o que pensam, qual imagem têm de si mesmas e do mundo que as cercam.

Formular frases incompletas estimula o grupo a completá-las, dando sequência ao assunto, expressando suas ideias sobre ele. Tais frases são úteis quando a direção da conversa é desviada da área de seu foco de interesse, ou quando o grupo interrompe o diálogo e faz longas pausas.

Quando repetimos comentários feitos pelas pessoas, elas percebem que estamos atentos ao que elas falam e isso pode estimulá-las a continuarem falando sobre o assunto. É o mesmo que servir de eco para que elas possam, ouvindo o que expressaram, pensar mais ativamente sobre o que disseram.

As perguntas podem dar resultado efetivo quando usadas com critério e pertinentes ao assunto que está sendo discutido no momento. Ao devolver perguntas às pessoas, o facilitador de grupo transmite a ideia de que o ponto de vista delas é mais importante.

Permitir às pessoas escolher os assuntos a serem discutidos, visa desenvolver o seu senso de responsabilidade em relação aos objetivos do grupo e as motiva para os próximos encontros, pois permite abordagens mais centradas nos problemas e necessidades percebidas pelas pessoas.

Quando o facilitador de grupo percebe que as pessoas distorcem a realidade dos fatos, ele deve solicitar que estes sejam descritos novamente.

Deve verbalizar suas dúvidas, sem, contudo colocar o grupo à prova, porque a finalidade é reorganizar pensamentos e sentimentos.

Para construir o conhecimento de forma conjunta, o profissional de saúde deve evitar impor seus valores e conceitos científicos, mas promover o diálogo entre o saber popular e o saber científico, pois não há hierarquia em relação aos saberes do senso comum ou profissionais, ou seja, os saberes são incompletos e se constroem na medida em que são confrontados, contextualizados e articulados.

A construção da cidadania: acreditamos que o trabalho com grupos é uma das possibilidades para exercer e promover a cidadania. O enfermeiro deve ampliar o conceito de saúde de forma global, considerar os determinantes sociais envolvidos e buscar metodologias para gerar comprometimento coletivo dos clientes com o processo de mudança.

Nessa perspectiva, haverá diversos passeios culturais: visita ao Horto Florestal, Museu Dom Bosco, Museu José Antônio Pereira, Parque das Nações Indígenas, participação em reuniões do Conselho Municipal de Saúde e Conselho Estadual de Saúde, Associação de Portadores de *Diabetes Mellitus*. Também buscaremos refletir, com o grupo, sobre os recursos sociais disponíveis na área de abrangência das unidades de saúde e a possibilidade de articulação intersetorial para fortalecer a integralidade da assistência.

O processo de avaliação: Para a avaliação, utilizaremos parâmetros de comparação dos critérios clínicos identificados pré e pós-intervenção educativa, nas consultas médicas de retorno trimestrais. Além disso, o processo de avaliação contínua será realizado mediante a aplicação das dinâmicas de grupo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Valores e percepções dos clientes em relação à hipertensão e ao tratamento divergem daqueles pensados pelos profissionais de saúde, uma vez que são dois grupos socioculturais e psicológicos distintos. Um das estratégias para aproximar dois grupos tão diferentes implica considerar o processo educativo como uma das expressões do cuidado além de uma ferramenta necessária para o cuidar. No processo de cuidar e educar, é necessário privilegiar espaços para escuta sensível e acolhimento. Somente dessa forma é

possível compreender o contexto cultural e social em que vivem os clientes, quais são suas relações significativas, como vivenciam o sofrimento e o significado do adoecer, como se sentem inseridos no mundo dos serviços de saúde e como veem os profissionais de saúde que deles cuidam.

Embora o trabalho de grupos seja ainda pouco estudado na área da saúde, acreditamos que seja uma prática que vale a pena ser desenvolvida, quando realizada na perspectiva do fortalecimento das potencialidades individuais e grupais, utilização dos recursos disponíveis e construção da cidadania.

Referências

1. Ministério da Saúde (Brasil). Controle da hipertensão arterial: uma proposta de integração ensino-serviço. Rio de Janeiro: CDVS; Nutes; 2003.
2. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
3. Souza ARA, Costa A, Nakamura D, et al. Um estudo sobre hipertensão arterial sistêmica na cidade de Campo Grande, MS. *Arq Bras de Card*. 2007; 88(4):441-446. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-82x2007000400013&lng=pt
4. Lessa I. Impacto social da não adesão ao tratamento da hipertensão arterial. *Rev Bras Hipertensão*. 2006; 13(1):39-46.
5. Moreira AKF, Santos ZMSA, Caetano JA. Aplicação do modelo de crenças em saúde na adesão do trabalhador hipertenso ao tratamento. *Physis*. 2009; 19(4):989-1006.
6. Araújo GBS, Garcia TR. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: uma análise conceitual. *REE*, 2006 [acesso em 2010 Ago 12]; 2:259-72. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_2/v8n2a11.htm
7. Silveira LMC, Ribeiro VMB. Grupo de adesão ao tratamento: espaço de “ensinagem” para profissionais de saúde e pacientes. *Interface, Com e Sau*. 2005; 9(16):91-104. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-
8. Albuquerque PC, Stotz EN. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. *Interface Com. e Saúde*. 2004; 8(15):259-74. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-
9. Silva MA, Oliveira AGB, Mandú SEM, et al. Enfermeiro & Grupos em PSF: possibilidade para participação social. *Cogitare Enferm*. 2006; 11(2):143-9.
10. Pires CGS, Mussi F. Refletindo sobre pressupostos para o cuidar/cuidado na educação em saúde da pessoa hipertensa. *Rev. Esc. Enferm. USP* 2009 Mar. [acesso em 2010]. 43(1):229-

36. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000100030&lng=pt. doi: 10.1590/S0080-62342009000100030

11. Dias VP, Silveira DT, Witt RR. Educação em saúde: o trabalho de grupos em atenção primária. Revista APS. 2009;12(2):

12. Freire P. Pedagogia do oprimido. 45 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2005.

13. Gonçalves AM, Perpétuo SC. Dinâmica de grupos na formação de lideranças. 7 ed. Rio de Janeiro: DP&A; 2002.

14. Stefanelli MC, et al. Comunicação e enfermagem. In: Stefanelli, MC; Carvalho, EC, organizadores. A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem. São Paulo: Manole; 2005. p. 1-8.

REALIDADE DE UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A UMA PUÉRPERA ADOLESCENTE

Clotildes Netto de Oliveira Santo

Cristiane Pereira de Oliveira

Danielle a Santana Gomes

Michelly Angelina Lazzari

Maria Gorette dos Reis

*Liderança em
Enfermagem na
Atenção Primária à
Saúde*

INTRODUÇÃO

O Programa Saúde da Família (PSF) ou Estratégia Saúde da Família (ESF) foi criado em 1994, no Brasil, como uma forma para a reestruturação da Atenção Primária à Saúde (APS), preconizada em 1978, na Conferência de Alma-Ata.^{1,2,3,4}

A APS constitui-se como o primeiro nível de assistência 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 comunitária das ações e da competência cultural dos profissionais.⁵

Atualmente, a ESF é a base na qual o SUS opera, sendo a estratégia principal de reorientação do modelo de saúde, dirigida para a atenção primária à saúde em nosso país.

O trabalho é desenvolvido por equipes da Saúde da Família compostas, no mínimo, por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde, podendo contar, ainda, com um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental, a depender do planejamento municipal de saúde.

Cada equipe multiprofissional é responsável pelo acompanhamento de cerca de 3 a 4 mil e 500 pessoas ou de mil famílias de determinada área, tendo corresponsabilidade no cuidado à saúde.

Diante disso, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), sendo atividade privativa do enfermeiro, de acordo com a Lei do Exercício Profissional n. 7.498/86 e Resolução Cofen n. 272/2002,⁶ é importante método e estratégia de trabalho científico para a identificação das situações

de saúde/doença, subsidiando ações que possam contribuir para promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade.⁷

A gravidez na adolescência é importante problema de saúde pública. Ela acarreta sérios problemas biológicos, familiares, econômicos e, principalmente, psicológicos. Além disso, está associada à morte materna, prematuridade, baixo peso e mortalidade neonatal e sua ocorrência vem aumentando desde 1970.

Estima-se que, no Brasil, um milhão de nascidos vivos a cada ano tem mães com idade entre 10 e 19 anos, número que corresponde a 20% do total de nascidos vivos.⁸

Quando esta gravidez ocorreu contrariamente à vontade da adolescente ou sem apoio social e familiar, frequentemente leva essas adolescentes à prática do aborto ilegal e em condições impróprias, constituindo-se este uma das principais causas de óbitos por problemas relacionados à gravidez. Só no ano de 1998 mais de 50 mil adolescentes foram atendidas em hospitais públicos para curetagem pós-aborto, sendo cerca de 3 mil realizadas entre jovens com idade entre 10 e 14 anos.⁹

A utilização inadequada de métodos contraceptivos, o início precoce da atividade sexual, juntamente com a orientação errada ou muitas vezes ausente sobre sexualidade, têm influenciado o aumento da gestação nessa faixa etária.

Nesse contexto, o profissional enfermeiro possui importância especial. As atribuições do enfermeiro na atenção básica à saúde estão previstas na Portaria GM/MS nº 648, de 28 de março de 2006, que 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 de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs).

Essa portaria foi substituída pela Portaria GM/MS n. 1.625/2007, publicada em 10 de julho de 2007, que aprovou nova redação de atribuições do enfermeiro na atenção básica, especificamente aquele que atua nas equipes saúde da família:

_____ **Do Enfermeiro:**

- I. Realizar assistência integral às pessoas e famílias na USF e, quando

indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários.

II. Realizar consultas de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações, observadas as disposições legais da profissão e conforme os protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, os gestores estaduais, os municipais ou os do Distrito Federal.¹⁰

De acordo com a Lei do Exercício Profissional, artigo 11, ao enfermeiro cabe a consulta de enfermagem, a assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puérpera.¹¹

Acolher a mulher desde o pré-natal, parto e puerpério implica prestar o cuidado necessário ao binômio mãe-bebê, visto que esses períodos constituem uma experiência humana das mais significativas, com forte potencial positivo e enriquecedor para todos que dela participam.

Sendo assim, a consulta de enfermagem puerperal, que tem a finalidade de proporcionar o bem-estar materno-infantil, detectar e avaliar desvios dos limites fisiológicos da puérpera e orientar quanto ao aleitamento materno e cuidados com o recém-nascido, é uma atividade que proporciona ao enfermeiro condições para atuar de forma direta e independente com o cliente, caracterizando, dessa forma, sua autonomia profissional.

Essa atividade, por ser privativa do enfermeiro, fornece subsídios para determinação do diagnóstico de enfermagem e elaboração do plano assistencial servindo como meio para documentar sua prática.¹²

Na consulta de enfermagem, deve haver a participação de ambos os lados, puérpera e enfermeiro. A troca de informações e experiências é relevante, já que, no pós-parto, a maioria das puérperas sente-se insegura.

Diante do exposto, justifica-se a realização do presente estudo, pois aborda importante aspecto de saúde pública e um campo de atuação muito importante para ESF.

METODO

Este é um estudo descritivo com abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso, com o objetivo de identificar os principais problemas ocorridos durante o puerpério na adolescência e a elaboração da sistematização da assistência de enfermagem dentro da realidade vivenciada por enfermeiros na Estratégia Saúde da Família.

Para isso, baseamos toda a Sistematização da Assistência na Resolução Cofen n. 272/2002, que dispõe sobre a SAE nas instituições de saúde brasileiras.

O estudo de caso foi realizado em uma Estratégia de Saúde da Família, do município de Dourados, Mato Grosso do Sul, como requisito obrigatório para conclusão do Curso de Pós-Graduação em Práticas de Enfermagem Avançadas na Atenção Básica.

A amostra foi constituída por uma puérpera, solteira, em consulta de enfermagem com 30 dias de pós-parto, inscrita no Programa de Pré-Natal da referida instituição e selecionada por meio de um processo aleatório simples.

Foram coletados dados a partir da anamnese e do exame físico, durante uma visita domiciliar puerperal realizada em julho 2010, pela enfermeira do ESF, que realizou grande parte das consultas de pré-natal de baixo risco da adolescente. Além disso, o prontuário da paciente serviu de orientação da história da paciente.

A coleta de dados foi realizada na residência da cliente, sendo realizada por uma das autoras do trabalho, após esclarecimentos quanto à finalidade da pesquisa e obtenção do termo de consentimento pela mãe da adolescente, obedecendo assim aos preceitos éticos e legais para menores de 18 anos.

Após a conclusão da coleta de dados, foi iniciado o trabalho de análise das informações e elaborado o plano de ações e cuidados para o puerpério na adolescência.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

ESTUDO DE CASO

_____ Histórico de enfermagem

A adolescente L.S.B, 17 anos, pertence a Equipe de Estratégia Saúde da Família (ESF) de um bairro da periferia do município de Dourados/MS, e estuda em uma escola estadual, cursando a nona série. Reside com os pais, duas irmãs e o filho, nascido há um mês.

Procurou a unidade de saúde no dia 29/10/2009 com teste de gravidez positivo, para realização de cadastro no Programa Sisprenatal. Relata que usava preservativo às vezes, mas o companheiro não gostava e em algumas oportunidades mantinha relação sexual desprotegida. Refere também que a pílula anticoncepcional provocava náuseas e cefaleia e que, quando resolveu tomar anticoncepcional injetável, já estava grávida.

Na história pregressa de saúde da adolescente, verificamos que ela não possui nenhuma história de doença crônica e de cirurgias.

Relatou ter vários problemas familiares. Chegou a morar com o pai do seu filho antes de engravidar, mas se separou várias vezes, devido a brigas, acompanhadas de agressões físicas. Refere que o ex-companheiro bebe muito e, por isso, se descontrola às vezes. Em todas as ocasiões, a família acolheu-a de volta.

Refere que, no início de sua adolescência, era muito revoltada com a família, sentia que sua mãe se intrometia muito na vida dela, queria fazer suas próprias escolhas sem a opinião dos outros e que, com isso, envolveu-se com amizades ruins. Refere que, por influência de amizades, já usou maconha e bebidas alcoólicas em grande quantidade, negando, no entanto, que atualmente utilize tais substâncias.

Aduz que teve sua primeira relação sexual com 14 anos com o namorado que a engravidou. Ao ser questionada sobre os métodos anticoncepcionais, se na escola teve alguma informação, relatou que teve algumas aulas de ciências, em que foi abordado muito superficialmente o assunto e que sua mãe nunca falou sobre isso. Disse que seu conhecimento provinha das experiências de algumas amigas e que nunca procurou outro tipo de orientação.

Realizou todo o pré-natal na unidade de saúde, de forma responsável, tendo alteração somente no hemograma, cujo exame apresentou hemoglobina no patamar de 10,4% e hematócrito no patamar de 31%, caracterizando anemia. Foi tratada com sulfato ferroso 40 mg, 1 comprimido 2 vezes ao dia, além de ter sido orientada sobre alimentação rica em ferro.

Outra intercorrência aconteceu no dia 3/5/2010, quando a adolescente chegou à ESF com queixa de dor lombar, calafrios, cefaleia, tendo sido diagnosticada infecção urinária. O tratamento foi realizado com Gentamicina 50mg, 1,25 ml intramuscular, 1 vez ao dia, durante nove dias.

No dia 1/6/2010, o parto normal ocorreu no Hospital da Mulher,

em Dourados, sem intercorrências. O bebê, do sexo masculino, nasceu com 2,970 Kg e estatura de 47 centímetros.

Em consulta de enfermagem puerperal realizada em domicílio no dia 8/6/2010, a cliente apresentou sinais de depressão, estava chorosa, referia não querer se alimentar e sentia falta do companheiro. Foi realizado aconselhamento e a puerpéra foi encaminhada ao serviço de psicologia.

Exame físico

Pressão Arterial (PA): 100/60, Pulso: 68 b.p.m, Frequência respiratória (FR): 16 r.p.m. Peso: 43 kg, Altura: 155 cm (IMC: 17,9 – abaixo do peso normal.¹³ Apresenta-se comunicativa, orientada, com expressão triste, boa higiene corporal e com vestimentas limpas. Mucosa ocular e oral normocorada e hidratada. Tórax simétrico, bulhas rítmicas, normofonéticas e ausência de sopros; ausência de ruídos adventícios pulmonares. Mamas túrgidas, presença de leite à expressão, ausência de traumas mamilares e mantendo aleitamento materno exclusivo. Abdome simétrico, plano, RHA presentes, ausência de dor à palpação e de massas palpáveis. Membros superiores e inferiores sem alterações. Ausência de lóquios, útero involuído. Nega queixas como leucorreia e prurido vaginal. Ausência de varizes, enchimento capilar preservado. Deambulação preservada. Paciente refere aleitamento materno exclusivo, nega dificuldades para amamentar, quanto aos cuidados com o RN, refere ter um pouco de medo, mas a sua mãe tem feito procedimentos como: dar banho, cuidados com coto umbilical etc. Oriento sobre utilização somente do álcool 70% na limpeza do coto umbilical, oriento sobre higiene corporal, vacinação e sobre o teste do pezinho. Pareceu bem orientada anteriormente sobre os cuidados, mas demonstra-se insegura para realização destes.

Os problemas identificados foram: puerpério na adolescência; sinais de depressão (chorosa, refere falta do companheiro); relata não estar se alimentando corretamente; apresenta baixo peso; problemas familiares e não apoio do companheiro; abandono escolar relacionado à gestação.

Diagnóstico de enfermagem e prescrição da assistência de enfermagem

Para a realização dos diagnósticos de enfermagem, utilizamos a

Taxonomia da NANDA International (North American Nursing Diagnosis Association International), que é uma linguagem de enfermagem reconhecida mundialmente e um suporte à prática de enfermagem.

A implementação dos diagnósticos de enfermagem traz vários benefícios aos cuidados do paciente: planejamento melhorado e mais coerente; melhor comunicação entre enfermeiros, entre enfermeiros e médicos e entre enfermeiros e pacientes; e melhor reconhecimento dos enfermeiros sobre fatores desafiadores na assistência. Para as organizações de saúde, representa melhora o controle clínico e o gerenciamento de riscos, demonstrando que a enfermagem baseia-se em evidências científicas para a SAE.¹⁴

Nesse sentido, elaboramos o seguinte plano de cuidados de enfermagem:

PLANO DE CUIDADOS			
Problemas	Diagnósticos de enfermagem	Prescrições de enfermagem	Resultados esperados
Puerpério na adolescência.	Risco para maternidade/paternidade alterada relacionada à gravidez não planejada.	1- Orientar a puérpera a comparecer as consultas puerperais. 2- Orientar a puérpera quanto a possíveis dúvidas ou dificuldades encontradas na maternidade.	1- Gestante comparece nas consultas agendadas. 2- Gestante orientada e esclarecida sobre as dificuldades ou dúvidas relacionadas a gestação e maternidade.
Sinais de depressão (chorosa, refere falta do companheiro)	Ansiedade relacionada à situação familiar e crise situacional. Enfrentamento familiar incapacitado relacionado a abandono pelo companheiro. Maternidade e paternidade prejudicadas, relacionada a falta de coesão familiar.	1- Ouvir com atenção as queixas da paciente. 2- Orientá-la, na medida do possível, sobre como lidar com a situação. 3- Entrar em contato com o companheiro para conversar a respeito da situação. 3- Encaminhar a puérpera e o ex-companheiro ao serviço psicológico.	1- Melhora da ansiedade; 2- Comparecimento a consulta psicológica. 3- Melhora do relacionamento dos envolvidos.

Relata não estar se alimentando corretamente.	Déficit no autocuidado para alimentação, relacionado a ansiedade e falta de motivação.	1- Orientar sobre importância da alimentação no período puerperal e de amamentação, tanto para a paciente como para o bebê.	1- A paciente se alimenta eficazmente.
Baixo peso.	Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais, relacionada a fatores psicológicos.	1- Orientar sobre importância da alimentação no período puerperal e de amamentação, tanto para a paciente como para o bebê.	1- A paciente se alimenta eficazmente.
Problemas familiares e não apoio do companheiro	Processo familiar alterado relacionado a conflitos familiares	1- Ouvir com atenção as queixas da paciente. 2- Orientá-la, na medida do possível, sobre como lidar com a situação. 3- Entrar em contato com a família para conversar a respeito da situação. 3- Encaminhar a família, de acordo com a necessidade, para serviço psicológico e/ou assistência social.	1- Resolução dos problemas familiares. 2- Acompanhamento psicológico e/ou da assistência social, de acordo com a necessidade.
Abandono escolar relacionado à gestação.		1- Conversar com a gestante sobre a importância de retomar os estudos assim que possível, se for do seu desejo.	1. Gestante orientada sobre a importância do retorno aos estudos. 2. Gestante retorna aos estudos.

_____ Evolução da assistência de enfermagem

Em conversa realizada no dia 9/9/10, por ocasião de uma consulta de enfermagem, foi realizado o acompanhamento do estudo de caso da adolescente L. S. B, para verificar se as ações realizadas surtiram algum resultado.

A adolescente descreveu que há mais ou menos 20 dias, voltou a morar junto com o namorado, pai do seu filho. Refere que estão vivendo bem e que está muito feliz com a reconciliação. Refere que ainda mantém um

bom relacionamento com os pais, que sua mãe não gosta muito da ideia de ela voltar a viver com o namorado, mas não tem colocado empecilhos.

Questionada sobre o tratamento psicológico, respondeu que foi a algumas consultas particulares e que isso a ajudou muito, pois, anteriormente sentia-se muito triste. Refere que voltou a estudar, está terminando a nona série e que durante o período das aulas, deixa o filho com a mãe ou com a sogra. Refere que devido a isso não amamentou muito, somente nos dois primeiros meses, sendo o bebê alimentado com leite de vaca.

Ao exame clínico apresenta PA 100/60mmHg, FC 60bpm, FR 18rpm, Peso 45 kg, mucosas oculares normocoradas. Apresentava-se com boa higiene corporal, ausculta cardíaca e pulmonar sem alterações, restante do exame físico sem alterações. Sem queixas.

Foi realizada orientação sobre a realização do exame preventivo de câncer de colo uterino, anticoncepção e, por escolha da paciente, foi prescrita pílula como contraceptivo. Além disso, a adolescente foi incentivada a continuar o acompanhamento psicológico e o acompanhamento do bebê na Estratégia Saúde da Família.

Com isso, verificamos que as intervenções de enfermagem surtiram efeito sobre os problemas e a qualidade de vida da puérpera adolescente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O puerpério constitui-se em um momento muitíssimo importante e significativo. Por si só, constitui-se em um período em que pode haver insegurança, ainda mais quando ocorre na adolescência e sem a devida organização familiar.

Nesse contexto, a consulta de enfermagem puerperal, como uma das fases da SAE, constitui-se em oportunidade ímpar para contato da puérpera com os serviços primários de saúde, favorecendo a orientação e intervenção necessárias à manutenção da saúde do binômio mãe-bebê.

Além disso, não há dúvidas de que a aplicação e sistematização da assistência humaniza o atendimento, define o papel do enfermeiro, dá autonomia à profissão, direciona a equipe de enfermagem e facilita a mensuração dos resultados obtidos com o cliente.

Em contrapartida, aumenta a responsabilidade dos profissionais

quanto aos cuidados realizados e exige um conhecimento científico aprofundado e específico, que permite sua atuação nas situações de saúde/doença, subsidiando ações que possam contribuir para promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, da família e da comunidade.

Referências

1. Camelo SHH, Angerami ESS. Formação de recursos humanos para a Estratégia de Saúde da Família. *Cienc Cuid Saude*. 2008; 7(1):45-52.
2. Conill EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a atenção primária à saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cad. Saúde Públ.* [Internet]. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311x2008001300002&lng=en. doi: 10.1590/S0102-311x2008001300002
3. World Health Organization. Primary Health Care. Report of the International Conference on Primary Health Care. Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. Health for All series (1).
4. Ministério da Saúde (Brasil). Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde; 1998.
5. Starfield B. Primary care: concept, evaluation and policy. New York: Oxford University Press; 1992.
6. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução n. 272/2002, de 27 de agosto de 2002. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) nas instituições de saúde brasileiras [Internet]. Rio de Janeiro; 2002. [acesso em 2010 Ago 22]. Disponível em: <http://daloul.net/node/4309>
7. Pimpão FD, Filho WDL. Registros de enfermagem: subsídios para a sistematização da assistência de enfermagem [monografia]. Rio Grande: Universidade Federal do Rio Grande, Escola de Enfermagem; 2008.
8. Ministério da Saúde (Brasil), Departamento de Atenção Básica. Histórico de cobertura da saúde da família [Internet]. Brasília; 2009. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php#historico>
9. Ministério de Saúde (Brasil). A adolescente grávida e os serviços de saúde no município de Brasília. Brasília: Ministério da Saúde; 1999.
10. Bais, DDH. Política nacional de atenção básica à saúde, formação acadêmica e atuação profissional do enfermeiro: aproximações e distanciamentos [tese]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2009.
11. Brasil. Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências [Internet]. Brasília; 1986. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L7498.htm

12. Ravelli APX. Consulta puerperal de enfermagem: uma realidade na cidade de Ponta Grossa, Paraná, Brasil. Rev. Gaúcha de Enferm. 2008; 29(1):54-9.

13. DATASUS (Brasil), Departamento de Atenção Básica, Coordenação Geral da Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Nota Técnica: SISVAN municipal – Estado Nutricional dos Usuários da Atenção Básica [Internet]. Brasília; 2004. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi-win/SISVAN/CNV/notas_sisvan.html

14. NANDA (Estados Unidos da América) . Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2007-2008. Porto Alegre: Artmed; 2008.

*Liderança em
Enfermagem na
Atenção Primária à
Saúde*

AS DIFICULDADES DOS PORTADORES DE *DIABETES MELLITUS* NA ADESÃO À INSULINOTERAPIA E À ORIENTAÇÃO FAMILIAR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Isabela Terrazas Vargas
Joseane da Silva Souza
Lucimeire Riquelme
Natalie Silveira
Margarete Knoch Mendonça

INTRODUÇÃO

Diabetes Mellitus (DM) caracteriza-se por ser uma síndrome heterogênea, extremamente complexa, cuja manifestação primária é a hiperglicemia crônica decorrente da ausência ou diminuição da produção pancreática de insulina ou de sua ação anômala ao nível da membrana celular.¹ A classificação e os critérios diagnósticos sofreram modificações nos últimos anos, bem como os aspectos epidemiológicos e os conhecimentos sobre a fisiopatologia. A Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Sociedade Brasileira de Diabetes recomendam a classificação da DM em quatro grupos: diabetes tipo 1, diabetes tipo 2, outros tipos de diabetes e diabetes gestacional.¹

Cerca de 90% dos casos de DM são do tipo 2 e acometem indivíduos de qualquer idade, mas, geralmente, é diagnosticada em pessoas acima de 40 anos. Está associada a hábitos de vida, pois sobrepeso e obesidade estão relacionados com a prevalência de DM tipo 2. Geralmente o quadro clínico é acompanhado de hipertensão arterial, dislipidemia e obesidade abdominal.¹

Os portadores de DM tipo 2 não necessitam de insulina para sobreviver, porém, durante a evolução da doença, a insulino terapia pode ser necessária para manutenção adequada dos níveis glicêmicos.

As elevadas taxas de glicose no sangue podem provocar uma série de complicações classificadas como microvasculares, macrovasculares e neuropáticas. Resultam, portanto, vários agravos como a nefropatia diabética, pé diabético, doença cardiovascular, doença arterial coronariana, retinopatia diabética, neuropatia diabética, doença arterial obstrutiva periférica, doença cerebrovascular e as complicações agudas como hipoglicemia e hiperglicemia, entre outros. Todas essas sequelas comprometem a produtividade, a

qualidade de vida e a sobrevivência dos indivíduos acometidos pela doença.¹

O impacto do DM, como um sério problema de saúde pública, está no fato de que a maioria das complicações crônicas inerentes à doença é altamente incapacitante e impossibilita a realização das atividades diárias e produtivas. Além disso, o seu tratamento é extremamente oneroso para o sistema de saúde e, da mesma forma, o custo social gerado por invalidez e óbitos.² A prevalência de DM no Brasil na população de 30 a 69 anos é de 7,6%.³

É reconhecida a importância da padronização e do comprometimento do processo de autoaplicação de insulina, devido ao aumento do número de usuários com DM em uso dessa terapêutica nos últimos anos. Sabe-se que a eficácia do tratamento com a insulina depende de fatores pessoais, clínicos e do sistema de saúde, e as intervenções em saúde devem ser propostas a partir do conhecimento das reais necessidades da população.

Tendo em vista a relevância dos novos conhecimentos e a aplicação de boas práticas na Estratégia Saúde da Família em consonância com os atributos da atenção primária, destaca-se a necessidade de desenvolver a assistência de enfermagem baseada em evidências científicas.

A atenção primária apresenta dois aspectos distintos, porém interdependentes: estratégia de organização e reorganização do sistema de saúde e a mudança da prática clínico assistencial. Starfield define a Atenção Primária a Saúde como o primeiro nível assistencial no sistema de saúde, incorporando as características da continuidade e integralidade da atenção, além da coordenação da assistência dentro do próprio sistema, da atenção centrada na família, da orientação comunitária das ações e da competência cultural dos profissionais.⁴

Cada uma dessas características é os atributos, sendo denominados essenciais: o acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, a continuidade e a integralidade da atenção e a coordenação da atenção dentro do sistema. E os atributos derivados são: a atenção à saúde centrada na família, a orientação comunitária e a competência cultural. Os atributos podem ser avaliados separadamente, porém estão intimamente relacionados na prática clínica.⁴

Neste trabalho, selecionamos a orientação familiar como um eixo norteador na análise e na intervenção ante as dificuldades de adesão à in-

sulinoterapia dos portadores de DM. Segundo Starfield, a orientação familiar compreende os conhecimentos dos fatores familiares relacionados à origem e ao cuidado das doenças.⁴

Diante do exposto, o objetivo deste trabalho é descrever as dificuldades dos portadores de DM tipo 2 na adesão à insulinoterapia e analisar a importância da orientação familiar na práticas assistenciais no âmbito da Estratégia Saúde da Família.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo e analítico da literatura científica referente ao tema do trabalho.

Segundo Gil, a pesquisa bibliográfica possibilita amplo alcance de informações, além de permitir a utilização de dados dispersos em inúmeras publicações, auxiliando, também, na construção, ou na melhor definição do quadro conceitual que envolve o objeto de estudo proposto.⁵

Na revisão de literatura, foram pesquisados livros e artigos disponíveis no SCIELO e Google acadêmico. As palavras-chave para as buscas em meio eletrônico foram: *Diabetes Mellitus*; Insulinoterapia, Atenção Primária, Estratégia Saúde da Família, Orientação Familiar e Apoio Familiar.

No levantamento bibliográfico, foram realizadas as seguintes etapas: leitura exploratória; seleção de artigos segundo critérios de inclusão; leitura seletiva: com foco aos objetivos da pesquisa; leitura analítica das publicações; e por fim a leitura interpretativa que confere significado mais abrangente.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

_____ Indicação da insulinoterapia X derrota e medo

Os resultados do ensaio clínico The Diabetes Control and Complications Trial (DCCT) demonstraram que o controle glicêmico próximo do normal protege contra o início e a progressão das complicações microangiopáticas. O ideal, na reposição insulínica, é proporcionar, da melhor maneira possível, uma cobertura basal ao longo das 24 horas. O objetivo, assim, seria reduzir a produção hepática de glicose e, concomitantemente, a combinação de bo-

lus de insulina regular ou análogos de ação ultra rápida prerrefeições para prevenir picos hiperglicêmicos pós-prandiais.^{6,7}

Considerando a natureza progressiva da doença, é provável que muitos pacientes portadores de DM tipo 2 venham a necessitar de insulina durante o curso de tratamento. É comum considerarem o evento como uma derrota pessoal ante à doença, associando-o à sensação de perda de autonomia.

Devido à associação da terapia com insulina a numerosas conotações negativas, estima-se que o desconforto psicossocial exerça impacto considerável sobre a capacidade do paciente de iniciar e manter as recomendações básicas do tratamento. Problemas psicológicos, como medo da dor, também afetam diretamente a adesão ao procedimento.^{8,9}

A indicação da insulinoterapia constitui um momento bastante delicado no tratamento, pois a mudança de um esquema terapêutico via oral para um tratamento via parenteral (subcutâneo) representa no imaginário de muitas pessoas, uma situação de agravamento da doença.¹⁰

A melhor estratégia de reposição de insulina está embasada na preferência e na experiência do clínico ou do especialista, no estado evolutivo da reserva funcional das células na adesão dos pacientes às orientações educacionais e, fundamentalmente, na análise crítica dos resultados do controle metabólico obtidos por meio da monitorização e dos riscos de complicações micro e macrovasculares ao longo do seguimento.⁸

Os protocolos de insulinoterapia apresentam vários esquemas de aplicação, que, segundo a prescrição médica, podem ser de uma a quatro aplicações diárias de insulina, e aplicações em bólus antes das refeições para evitar picos hiperglicêmicos pós-prandiais. Faz se necessário que os esquemas sejam explicados e adequados às necessidades dos pacientes, rotina diária e a preferencia individual.⁸

_____ **Preparo e administração da insulina X habilidades e nova aprendizagem**

A insulinoterapia requer que o paciente adquira conhecimento sobre o preparo, a conservação e a administração da insulina. Dessa forma, ele é confrontado com linguagem diferente, materiais hospitalares, cuidados com contaminação e técnica de administração, gerando, muitas vezes, uma sé-

rie de reações como medo, ansiedade e sensação de impotência diante do novo.⁸

Além da insulinoterapia, é importante considerar que, por causa de riscos de hipoglicemias assintomáticas, principalmente noturnas, nenhuma estratégia de reposição diária de insulina pode otimizar os resultados sem a monitorização glicêmica apropriada. Esse procedimento deve ser implementado por meio da automonitorização ou periodicamente com o sistema de monitorização contínua de glicose por determinado período. Esse método é de grande valia, pois permite identificar as flutuações glicêmicas de maneira mais detalhada e, obviamente, propicia subsídios para as mudanças necessárias na orientação terapêutica.¹¹

Nesse contexto, os portadores podem encontrar diversas dificuldades e dúvidas em relação ao procedimento, como: tipos, conservação e transporte de insulina; mecanismo de ação; doses e horários prescritos; técnica asséptica; técnica e locais de aplicação e rodízio de locais.⁷

Estudo realizado com pacientes diabéticos atendidos em programa ambulatorial interdisciplinar mostrou que os respondentes sabiam da importância do rodízio dos locais de aplicação e informaram as consequências físicas causadas pela aplicação sempre no mesmo local. Porém, percebeu-se a dificuldade de responderem corretamente à justificativa da necessidade do rodízio quanto à irregularidade na absorção de insulina.¹²

Na pesquisa realizada com portadores de DM tipo 2 que necessitam, em seu tratamento, ao uso contínuo de insulina, os entrevistados afirmaram que utilizam várias técnicas na administração desse medicamento, porém todos ressaltam que é importante realizar o rodízio nas aplicações das injeções, evitando possíveis complicações nos locais em que foi administrada a medicação. Os locais de aplicação são, em especial, a região periumbilical, deltoideana e o músculo vasto lateral. Contudo, há certa resistência por parte de alguns pacientes em administrar em certos pontos, sem saber explicar o motivo.¹³

Desde o diagnóstico, os pacientes portadores de diabetes devem ser incentivados a fazer a autoaplicação da insulina; caso isso não for possível, deve-se orientar algum familiar para que este venha a realizar a técnica até que o paciente se sinta capaz de realizá-la. Ainda, o rodízio de aplicações de insulina é necessário, pois mantém a flexibilidade da pele, favorecendo a

absorção uniforme da medicação e previndo complicações decorrentes das aplicações repetidas em um mesmo local.⁷

Outra dificuldade frequente está em seguir rigorosamente o tratamento prescrito. Em muitos casos, os pacientes adequam a dosagem por conta própria e, também, alteram o horário previsto para a administração, dizendo que conseguem manter os níveis glicêmicos estáveis.¹³

O aumento ou a diminuição de doses da insulina poderá ser realizado pelo próprio paciente, desde que este tenha boa instrução, bom nível de compreensão e que realize testes de glicose no sangue. Cabe salientar a grande importância do acompanhamento da doença por um profissional qualificado, estando atento às possíveis modificações dos níveis glicêmicos, uma vez que fatores como atividade física e alimentação, também, contribuem para o cálculo da dosagem ideal de insulina para cada paciente.

_____ **Mudanças no estilo de vida**

O sucesso da insulinoterapia requer também uma mudança no estilo de vida que compreende hábitos de vida, prática de atividade física, alimentação, cuidados com os pés, entre outros. Dessa forma, o paciente com diabetes mais uma vez é confrontado com um rol de comportamentos recomendados.²

Nessa perspectiva, são de suma importância as ações desenvolvidas junto ao paciente portador de diabete e sua família, auxiliando-os diante das mudanças que podem ocorrer em suas vidas, ajudando na adaptação e na aprendizagem para o autocuidado. O enfermeiro deve atuar como educador na prevenção e propagação dos conhecimentos científicos e práticos que podem ser adotados pela pessoa com DM em seu cotidiano, a fim de auxiliá-lo na reorganização de sua conduta, hábitos e tendências comportamentais adquiridos.¹⁴

_____ **Complicações da insulinoterapia**

Uma das complicações encontradas em relação ao uso de insulina são as locais cutâneas. No início do tratamento, frequentemente, observava-se uma reação eritematosa e edematosa nos locais de aplicação. Essas reações se reduzem com o uso de insulinas purificadas, indicando ser conseqüentes às impurezas contidas nas preparações insulínicas tradicionais.

Outro tipo de reação local é a lipodistrofia insulínica, que evidencia uma reação antígeno-anticorpo, sugerindo um mecanismo imunológico na patologia destas lesões.¹⁵

A lipo-hipertrofia é outra alteração, caracterizada pela presença de massas subcutâneas, discretamente hipoestésicas, com absorção inadequada de insulina, formadas de gordura e de tecido fibroso, nos locais de aplicação de insulina. A lipo-hipertrofia, por exemplo, pode ocorrer devido repetidas injeções no mesmo local, tornando a região menos sensível e, por isso, e a complicação mais referida pelos portadores de diabetes. Assim, as reações devem ser evitadas com uma educação preventiva, enfatizando o rodízio nos locais de aplicação, mesmo quando há melhoras com uso de insulinas purificadas.^{7,15}

Também podem ocorrer nódulos endurecidos, resultantes de traumas com as agulhas, muitas vezes acompanhados de hematomas, fibroses e calcificações. As infecções são escassas nos locais de injeção, sendo normalmente evitadas com cuidados higiênicos na limpeza dos locais de aplicação e na manipulação dos materiais.^{7,15}

Outros riscos e efeitos adversos da insulino-terapia no DM tipo 2 são hipoglicemia, ganho de peso e, raramente, alergia e infecção.

_____ **Orientação familiar na insulino-terapia**

A família é considerada um grupo social fundamental para a sociedade, devido a sua importância no cultivo e na transmissão de valores e crenças que contribuem para a formação dos membros que a constituem. Além disso, também é uma fonte primária na qual o indivíduo busca solução de algo que afeta o seu bem-estar, constituindo, assim, um sistema de apoio relevante para o paciente. Sendo assim, a participação familiar no processo educativo do paciente diabético contribui para o seguimento do tratamento, na medida em que serve como fonte de apoio emocional nos momentos em que ele se sente impotente diante dos desafios advindos da doença. Entretanto, os familiares não têm recebido, por parte dos profissionais de saúde, a atenção de que necessitam, da mesma forma que não vislumbram meios em que possam buscar apoios e alternativas de inclusão no tratamento de seu ente querido, acarretando, frequentemente, prejuízo e distorções ao tra-

tamento e à prevenção adequados.^{7,8,17}

Em relação ao suporte familiar, há que se considerar as influências interpessoais familiares e do grupo de iguais, as quais estão intrinsecamente baseadas em um conjunto de crenças e valores que interferem na motivação e capacidade de os pacientes enfrentarem a sua doença.¹⁷

Um estudo desenvolvido com familiares objetivou investigar o conhecimento acerca da problemática do portador de DM, e evidenciou que os familiares proporcionam suporte no controle da doença e na prevenção de complicações, demonstrando a necessidade de educação aos familiares.¹⁰

Na pesquisa realizada junto a pacientes diabéticos e o cuidador principal, os resultados encontrados pelos autores indicaram que o conhecimento dos padrões de resposta do paciente e de seu principal cuidador, em relação aos seus sentimentos, conflitos e necessidades, representa uma condição para o estabelecimento de um vínculo efetivo capaz de proporcionar condições conjuntas, em busca de estratégias direcionadas ao alcance do controle metabólico.⁹

Boas práticas junto aos portadores de *Diabetes Mellitus* na Atenção Primária

A Estratégia Saúde da Família é um espaço assistencial privilegiado para o desenvolvimento de práticas de promoção para o autocuidado devido às suas características de maior proximidade com a população. A ênfase nas ações preventivas e promocionais permite a identificação mais acurada e o melhor acompanhamento dos usuários com diabetes.¹⁸

Entre as várias finalidades da ESF está a promoção da qualidade de vida, que deve estar fundamentada em princípios e valores como abordagem interdisciplinar, participação da família como ator social, autonomia da pessoa.^{19,20, 21}

Em 2000, o Ministério da Saúde implantou o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e *Diabetes Mellitus* (PRAHD),¹⁹ que estabelece as diretrizes voltadas para o aumento de prevenção, detecção, tratamento e controle desses agravos, no âmbito da atenção básica do SUS. Uma das etapas desse plano é o cadastramento, a vinculação e o acompanhamento sistemático, clínico e laboratorial dos usuários com DM nas Unidades Básicas de Saúde e nas Unidades da ESF. Na atenção básica são preconizados a

visita e o acompanhamento mensal dos usuários portadores de DM.

Além do Sistema de Informação da Atenção Básica, outro instrumento utilizado para esse cadastramento é o Hiperdia, que permite o monitoramento dos usuários cadastrados no PRAHD, gerando informações para a aquisição, a dispensação e a distribuição gratuita de medicamento em todas as unidades ambulatoriais do SUS.²²

Para o tratamento do DM, foram estabelecidos por esse Plano os antidiabéticos orais: glibenclamida comprimido de 5mg e metformina comprimido 500 e 850mg, além da insulina NPH-100 UI de origem humana e os instrumentos de aplicação de insulina e controle (seringas, fitas reagentes, glicosímetros).¹⁹

Dessa maneira, tal plano visa, entre outros objetivos, à melhora na atenção aos usuários com DM, mediante o desenvolvimento de ações articuladas de promoção da saúde, prevenção, tratamento e controle da doença.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os eixos de discussão deste estudo apontam as particularidades e as dificuldades dos portadores de DM e seus cuidadores em relação à insulino-terapia. A falta de conhecimento acerca da insulina, tanto dos cuidadores quanto dos próprios pacientes, associada à inadequada capacitação e pouca integração entre os profissionais de saúde, relaciona-se diretamente ao problema da adesão.

Os estudos indicam que o rodízio de locais utilizados na administração de insulina é limitado, revelando uma demanda importante para atuação dos profissionais de saúde junto aos pacientes e familiares.

Destaca-se a fundamental importância da orientação familiar na educação em saúde e a adesão dos pacientes à insulino-terapia, de forma que a Estratégia Saúde da Família possa ser um elemento-chave no desenvolvimento satisfatório desse tratamento.

A implementação do programa de educação em DM requer obrigatoriamente a organização dos serviços, priorizando a capacitação dos profissionais, a fim de qualificar o atendimento a essa clientela, minimizar o impacto da doença na família e minorar o sofrimento dos pacientes e dos próprios familiares em relação ao DM. Para tanto, se faz necessário lidar não apenas

com o conhecimento, mas também com as atitudes das pessoas no âmbito familiar, que podem contribuir para a qualidade de vida. A análise realizada apresenta importantes subsídios, tendo em vista a implantação de projetos terapêuticos para os portadores de DM que fazem uso da insulinoterapia na atenção primária

Referências

1. Gomes MB, Cobas R. Diabetes mellitus. In: Grossi SAA, Pascali PM. Cuidados de enfermagem em diabetes mellitus. São Paulo: Sociedade Brasileira de Diabetes; 2009.
2. Grossi SAA. O manejo do diabetes mellitus sob a perspectiva da mudança comportamental. In: Grossi SAA, Pascali PM. Cuidados de enfermagem em diabetes mellitus. São Paulo: Sociedade Brasileira de Diabetes; 2009.
3. Franco LA, coordenador. Estudo multicêntrico sobre a prevalência do diabetes mellitus no Brasil. Informe Epidemiol. SUS. 1992; 1(3):47-73.
4. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco; Ministério da Saúde; 2002.
5. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. São Paulo: Atlas; 1994.
6. United Kingdom Prospective Diabetes Study Group. Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). Lancet. 1998; 352:837-53.
7. Oliveira MC. Insulina: dispositivos e técnicas de aplicação. In: Grossi SAA, Pascali PM. Cuidados de enfermagem em diabetes mellitus. São Paulo: Sociedade Brasileira de Diabetes; 2009.
8. Santos MA; Alves RCP; Oliveira VA; Ribas CRP; Teixeira CRS; Zanetti ML. Representações sociais de pessoas com diabetes acerca do apoio familiar percebido em relação ao tratamento. Rev. Esc. Enferm. USP [Internet]. 2011 Jun. [acesso em 2011 Dez 11]. 45(3):651-8.
9. Santos ECB, Zanetti ML, Otero LM, Santos MA. O cuidado sob a ótica do paciente diabético e de seu principal cuidador. Rev Latino-Am Enfermagem. 2005; 13(3):397-406.
10. Pace AE, Nunes PD, Ochoa-Vigo K. O conhecimento dos familiares acerca da problemática do portador de diabetes mellitus. Rev Latino-Am Enfermagem. 2003; 11(3):312-9.
11. Pascali PM. Monitorização da glicemia. In: Grossi SAA, Pascali PM. Cuidados de enfermagem em diabetes mellitus. São Paulo: Sociedade Brasileira de Diabetes; 2009.
12. Gil GP; Haddad MCL, Guariente MHDM. Conhecimento sobre diabetes mellitus de pacientes atendidos em programa ambulatorial interdisciplinar de um hospital universitário público. Semina: Ciências Biológicas e da Saúde. Londrina. 2008; 29(2):141-54.

13. Welfer M, Leite MT. Ser portador de diabetes tipo 2: cuidando-se para continuar vivendo. *Scientia Medica*. Porto Alegre. 2005; 15(3):148-55.
14. Biral AM, Cardoso PM, Grunspan S. A importância do educador em diabetes mellitus. *Diabetes Clínica*. São Paulo. 2005; 9(3):193-9.
15. Camata DG. Complicações locais na pele, relacionadas à aplicação de insulina. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2003; 11(1):119-22.
16. Santos ECB, Zanetti ML, Otero LM, Santos MA. O cuidado sob a ótica do paciente diabético e de seu principal cuidador. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2005; 13(3):397-406.
17. Moreira RC, Cruz CFR, Valsecchi EASS, Marcon SS. Vivências em família das necessidades de cuidados referentes à insulino-terapia e prevenção do pé diabético. *Rev Gaúcha Enferm*. 2008; 29(2):283-91.
18. Curcio R; Lima MHM; Torres HC. Protocolo para consulta de enfermagem: assistência a pacientes com diabetes mellitus tipo 2 em insulino-terapia. *Rev Gaúcha Enferm*. 2009; 30(3):552-7.
19. Ministério da Saúde (Brasil). Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. 102 p.
20. Nichiata LYI, Francolli LA. O Sistema de Informação de Atenção Básica (Siab) como um instrumento de trabalho da equipe no programa saúde da família: a especificidade do enfermeiro. In: Brasil. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Ministério da Saúde. Manual de Enfermagem. Universidade de São Paulo: Instituto para o Desenvolvimento da Saúde; 2001.
21. Zoboli ELCP Martins CL, Fortes PAC. O Programa Saúde da Família na busca da humanização e da ética na atenção à saúde. In: Brasil. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Ministério da Saúde. Universidade de São Paulo. 2001.
22. Ministério da Saúde (Brasil). Sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos. [acesso em 2010 Ago 25]. Disponível em: <http://www.hiperdia.datasus.gov.br/menu.asp>

PROMOÇÃO DA DIETA SAUDÁVEL PARA OS PORTADORES DE DIABETES MELLITUS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Jackelyne Alves de Medeiros Vilela

Marcia Marques Leal Garbelini

Salazar Carmona Andrade

Margarete Knoch Mendonça

*Liderança em
Enfermagem na
Atenção Primária à
Saúde*

INTRODUÇÃO

Com a modernidade, surgiram os avanços tecnológicos e o aumento da expectativa de vida média da população, porém também a maior prevalência de doenças crônicas como hipertensão arterial e *diabetes Mellitus*. Diante disso, há necessidade de uma política social e de atenção à saúde voltada para o bem-estar e a longevidade do indivíduo, com ênfase para a qualidade de vida.¹

O *Diabetes Mellitus* (DM) tipo 2 é uma doença caracterizada pela falta absoluta ou relativa de insulina no organismo, decorrente de uma deficiente função secretora de insulina pelas células beta das ilhotas de Langerhans situadas no pâncreas, e/ou a uma ação deficiente da insulina nos tecidos-alvo.² Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o DM é uma síndrome com etiologia multifatorial até mesmo com componente genético, que, por falta e/ou incapacidade da insulina agir nos tecidos alvos, provoca hiperglicemia nos portadores.²

O DM tipo 2 é a forma mais comum de diabetes, compreendendo cerca de 90% dos casos, dos quais 80% dos pacientes apresentam sobrepeso ou obesidade por ocasião do diagnóstico. O DM tipo 2 é caracterizado por resistência à insulina e deficiência relativa da secreção.²

Com o transcorrer do tempo, o portador de DM tipo 2, principalmente quando mal controlado, evolui para falência progressiva das células beta-pancreáticas, levando à insulino dependência. Muitos pacientes com diabetes tipo 2 apresentam obesidade centrípeta, que se associa ao aumento da gordura visceral, intimamente relacionada à resistência à insulina.² Adicionalmente, esses indivíduos tendem a apresentar Hipertensão Arterial (HA), dislipidemia caracterizada por triglicérides elevados e HDL-colesterol baixo, e elevação de fatores trombogênicos, caracterizando a chamada “síndrome

metabólica”. Em razão desses eventos, os pacientes com diabetes tipo 2 apresentam risco aumentado de desenvolver complicações macrovasculares, que levam à doença coronariana e cerebrovascular.²

A epidemiologia do DM é bastante preocupante pelo aumento da incidência e prevalência em todo o mundo, tanto que alguns estudos já apontam para o caráter epidêmico que o DM possa assumir nos próximos anos. Soma-se ainda o fato de que o DM merece especial atenção por parte da equipe de saúde e principalmente do próprio portador, pois é uma doença grave que ocasiona mortalidade prematura, devido ao desconhecimento do diagnóstico pela metade dos portadores. Além disso, seu tratamento tem um custo muito elevado, dificultando seu controle, gerando mais complicações e agravando o estado de saúde de seus portadores.^{2,4}

O número de pessoas com DM vem aumentando devido a crescimento da população, envelhecimento populacional, urbanização, aumento da prevalência de obesidade e sedentarismo.² Em 2000 o número de casos de DM no mundo todo entre adultos (>20 anos) foi estimado em 171 milhões⁴ e calcula-se que até 2030 esse número dobre, principalmente, em consequência da urbanização e do envelhecimento da população.^{4,6}

As ações de educação em saúde que considerem a singularidade do portador de DM e que sejam abordadas com uma linguagem acessível contribuem de forma positiva na aproximação deste com informações relevantes sobre os cuidados com a doença.⁷

Considerando que o DM é um sério problema de saúde pública no Brasil e no mundo, tanto em função do crescente número de pessoas atingidas quanto pela complexidade que constitui o processo de viver com essa doença, a realização deste estudo sobre os cuidados com a dieta dos portadores de DM torna-se importante, visto que contribuirá para a adoção de condutas diante do processo saúde-doença com DM e refletirá positivamente sobre sua qualidade de vida. Este estudo teve por objetivo realizar uma revisão de literatura sobre as orientações de dieta saudável dos portadores de DM na Atenção Primária à Saúde.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo de revisão da literatura em livros,

artigos e manuais das sociedades científicas e publicações do Ministério da Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

_____ Cuidados com a dieta no *diabetes mellitus*

A incidência do DM tipo 2 é maior entre as pessoas idosas, o que torna a adesão ao tratamento ainda mais desafiadora, pois pessoas idosas apresentam uma singularidade em relação aos hábitos de vida, como a alimentação, lazer, espiritualidade, higiene, entre outros. Nessa etapa da vida, os hábitos são muito pragmáticos e já têm seus significados no cotidiano da pessoa idosa.^{8,20}

Por tratar-se de uma doença crônica, o DM exige que o portador conheça os sinais e sintomas, os métodos para promover o autocuidado e viver bem. Daí a importância das ações que promovam o conhecimento sobre o DM e possa significar mudanças fundamentais no estilo de vida dos indivíduos portadores.¹⁰

A adesão ao tratamento do DM pode representar condição para prevenir ou retardar complicações, pois o conhecer sobre o DM não significa necessariamente a mudança de hábitos diários, mas, por meio do acesso às informações, são dadas ao portador de DM condições para que possa optar pela adoção de hábitos saudáveis e garantir sua qualidade de vida.^{7,11}

Vale ressaltar que, na assistência ao portador de DM, deve atuar uma equipe multidisciplinar, constituída de médico, enfermeiro, nutricionista, farmacêutico, assistente social e psicólogo, como também o envolvimento dos familiares ante o desafio dos cuidados com a dieta no DM.¹²

Para que os profissionais de saúde possam promover orientações e estimular o autocuidado aos portadores de DM, é necessário que compreendam as crenças e os valores dos pacientes e estimulem a sua reflexão sobre o decidir na forma do autocuidado.⁷ Isso se faz necessário, pois cada paciente é singular e compreende o processo saúde-doença segundo suas experiências pessoais, construídas ao longo da vida.^{7,13}

A interação do profissional de saúde com a realidade do portador

de DM torna-se ainda mais necessária, visto que o acesso e/ou consumo alimentar do portador de DM é influenciado pelo nível de renda, grau de instrução formal e preferências/disponibilidade dos alimentos.¹¹ Na grande maioria das vezes, as orientações sobre o padrão alimentar do portador de DM são regidas exclusivamente por critérios restritivos, o que necessariamente não favorece o controle da glicemia e do peso corporal.^{9,11}

Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes, o padrão alimentar corresponde aos alimentos consumidos por uma pessoa, valor calórico, a composição de macro e micronutrientes e a adequação às necessidades fisiológicas. Dados como horários, regularidade e frequências das refeições podem fazer parte do padrão alimentar.¹¹

Os profissionais enfermeiros são sistematicamente desafiados a promover a incorporação de hábitos saudáveis como a dieta adequada aos portadores de DM, por meio de atividades educativas e atendimentos individualizados.^{7,14}

Importante destacar a necessidade de os profissionais de saúde abordarem as orientações dietéticas de forma menos prescritiva, possibilitando que o portador de DM participe efetivamente da construção da proposta dietética, o que favorecerá a transposição das dificuldades em realizar as mudanças dos hábitos alimentares.⁹ Também existe o papel fundamental dos familiares na adesão às novas propostas dietéticas.^{9,15}

O grupo de alimentos denominados fibras são os alimentos de origem vegetal, que não são digeridos nem absorvidos no intestino, mas que passam pelo processo de fermentação no intestino grosso. Entre os alimentos ricos em fibras, podemos citar aveia, em especial o farelo, frutas, legumes e grãos integrais.^{16,17}

O consumo de alimentos com fibras e grãos integrais, tem-se mostrado como fator positivo na prevenção do ganho de peso, da obesidade, gerando a diminuição dos níveis glicêmicos, sugerindo a importância desse grupo de alimentos na dieta dos portadores de DM.^{17,18}

O consumo regular de uma dieta rica em alimentos à base de fibras contribui com a diminuição dos níveis glicêmicos, e conseqüentemente, provoca melhora na qualidade de vida de pacientes portadores do DM, possivelmente por causarem uma sensação de saciedade, demandando menor ingestão de calorias.¹⁸

Diante da capacidade de as fibras contribuírem para que a absorção

dos carboidratos seja mais lenta, o que proporcionará uma melhor resposta pós-prandial da insulina e glicose, a promoção do consumo de alimentos ricos em fibras, deve fazer parte da abordagem dos profissionais de saúde juntos aos portadores de DM tipo 2, como medida de controle dos níveis glicêmicos.¹⁷

Na elaboração de orientações nutricionais aos portadores de DM, os profissionais de saúde devem objetivar não somente o controle glicêmico, por meio da orientação sobre os riscos do consumo de alimentos ricos em carboidratos, mas, também, abordar os riscos das doenças cardiovasculares, a partir do consumo excessivo de alimentos ricos em lipídeos.¹⁹

A Sociedade Brasileira de Diabetes, em publicações relacionadas à composição do plano alimentar em DM tipo 2, recomenda a associação de estilo de vida mais saudável, com uma dieta composta preferencialmente por alimentos naturais, como frutas, hortaliças, grãos integrais, cereais pouco refinados e leguminosas, assim como o menor consumo possível de alimentos industrializados, visto que esses alimentos, em sua grande maioria, são compostos por grande quantidade de lipídeos e ácidos graxos saturados e seu consumo representa fator de risco para o aumento de peso, a obesidade, as doenças cardiovasculares, além de maior intolerância a insulina.¹⁶

Considerando o DM como fator de risco para as doenças cardiovasculares, os cuidados com o consumo de sódio (sal de cozinha), devem fazer parte das orientações dos profissionais de saúde junto aos portadores de DM, pois o consumo de alimentos processados, como carnes embutidas, conservas, defumados e temperos industrializados, deve ser evitado, como medida para não exceder o consumo de sódio de 6g/dia.¹⁶ Como alternativa no preparo dos alimentos, devemos estimular a utilização de temperos a base de ervas frescas como cebola, alho, salsa, cebolinha, coentro, hortelã, manjeriço e outros, a fim de minimizar queixas quanto à alteração no sabor dos alimentos por conta da diminuição da quantidade de sódio utilizado.¹⁶

Outro aspecto importante a ser considerado pelos profissionais de saúde na abordagem sobre a dieta dos portadores de DM, é que muitos destes ainda compreendem os cuidados com a dieta, quase que exclusivamente relacionados à restrição do consumo de alguns alimentos, em especial os alimentos ricos em carboidratos, o que os leva, em muitos casos, a ficarem longos períodos sem consumir alimentos, provocando grandes oscilações

dos níveis glicêmicos e expondo-os às complicações agudas e crônicas.¹⁶ A alimentação diária deve ser disciplinada, fracionada em diversas refeições e contemplar uma diversificação de alimentos, a fim de garantir o controle dos níveis glicêmicos e a qualidade de vida ao portador de DM.^{16,19}

Na elaboração das orientações sobre a dieta para o portador de DM, o profissional de saúde não deve se pautar exclusivamente sobre determinantes científicos, mas considerar o estilo de vida do indivíduo, suas preferências culturais e financeiras, incorporando essas considerações à elaboração da proposta, favorecendo maior adesão dos portadores de DM às orientações sobre uma dieta balanceada.^{16,18}

A partir do acesso às informações sobre a dieta adequada, os portadores DM podem optar por realizar os cuidados com a dieta e atingir o objetivo principal de manter os níveis glicêmicos controlados, prevenindo e/ou retardando complicações agudas e crônicas do DM. Daí a importância do envolvimento dos profissionais de saúde na promoção de orientações sobre os cuidados com a dieta de portadores de DM¹⁶.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o consumo de alimentos preferencialmente naturais, com variedade e quantidade adequadas, o portador de DM pode obter uma dieta equilibrada, que fornecerá os nutrientes necessários para suprir as demandas do organismo e permitirá a manutenção dos níveis glicêmicos em parâmetros aceitáveis.

Entre os fatores determinantes para que o portador de DM realize os cuidados com a dieta, estão os fatores culturais, condições econômicas de acesso aos alimentos e o envolvimento da família, como agente integrante no processo de mudança dos hábitos alimentares.

Nesse contexto, os profissionais de saúde, mais especificamente os profissionais enfermeiros que atuam na Atenção Primária à Saúde, vivenciam um contato mais contínuo e sistemático com os portadores de doenças crônicas, entre os quais os portadores de DM.

As orientações quanto à dieta equilibrada devem sempre está embasadas em parâmetros científicos, como as diretrizes e consensos de entidades cientificamente reconhecidas, mas os profissionais enfermeiros devem

realizar a fusão dos conhecimentos científicos às particularidades de cada indivíduo, como medida de individualizar a assistência de enfermagem e garantir uma maior adesão dos portadores de DM às orientações dietéticas.

Os profissionais enfermeiros inseridos na Atenção Primária à Saúde podem desenvolver atividades de cunho individual e coletivo, com orientações sobre a importância da dieta equilibrada, contemplando a variedade de alimentos e privilegiando o consumo de alimentos naturais, preferencialmente ricos em fibras, como frutas, verduras, leguminosas e grãos integrais. Orientações referentes à necessidade da dieta com baixo consumo de alimentos ricos em sódio e lipídeos devem ser abordadas junto aos portadores de DM, como medida necessária na prevenção do sobrepeso, obesidade e intolerância a insulina e glicose.

Além da dieta saudável, é importante citar que cuidados como a prática regular de atividades físicas e o uso correto dos medicamentos prescritos também devem fazer parte da abordagem holística dos profissionais enfermeiros da Atenção Primária à Saúde juntos aos portadores de DM.

Referências

1. Leonardo PS, et al. Hipertensão e diabetes na unidade básica de saúde da Vila Paiva – São Jose dos Campos – SP: proposta de prevenção e intervenção domiciliar. *Diabetes Clínica: Jornal Multidisciplinar do Diabetes e das Patologias Associadas*. 2004; 8(5):346-50.
2. Gomes MB, Cobas R. Diabetes mellitus. In: Grossi SAA, Pascali PM. *Cuidados de enfermagem em diabetes mellitus*. São Paulo: Sociedade Brasileira de Diabetes; 2009.
3. Fraguas R, et al. Depressão e diabetes mellitus. *Rev. Psíqu. Clin.* 2009; 36(3):93-9.
4. Forjaz CLM, et al. Exercício físico e diabete. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo*. 1998; 8(5).
5. Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD). *Tratamento e acompanhamento do diabetes mellitus: diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes*. São Paulo: SBD; 2007.
6. Camolesi F, Oliveira FML, Tapia CEV. Automonitorização glicêmica no portador de diabetes. *Diabetes Clínica: Jornal Multidisciplinar do Diabetes e das Patologias Associadas*. 2005; 9(1):65-9.
7. Xavier ATF, Bittar DB, Ataíde MBC. Crenças no autocuidado em diabetes: implicações para a prática. *Texto contexto – Enferm.* 2009; 18(1):124-30.
8. Lenardt MH, et al. O idoso portador de nefropatia diabética e o cuidado de si. *Texto contexto – Enferm.* 2008; 17(2):313-20.

9. Pontieri FM, Bachion MM. Crenças de pacientes diabéticos acerca da terapia nutricional e sua influência na adesão ao tratamento. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2010; 15(1):151-60.
10. Comiotto G, Martins JJ. Promovendo o autocuidado ao indivíduo portador de diabetes: da hospitalização ao domicílio. *Arquivos Catarinenses de Medicina*. 2006; 35(3):59-64.
11. Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD). Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. São Paulo: SBD; 2008.
12. Campos CS. Tratamento da diabetes: uma aplicação de matrizes [monografia]. Jandaia do Sul: Universidade Estadual de Londrina; 2008.
13. Fontinele RSS, et al. Avaliação do conhecimento sobre alimentação entre pacientes com diabetes tipo 2. *Com. Ciências Saúde*. 2007; 18(3):197-206.
14. Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD). Cuidados de enfermagem em diabetes mellitus. São Paulo: SBD; 2009.
15. Faeda A, Leon CGRMP. Assistência de enfermagem a um paciente portador de diabetes mellitus. *Rev. Bras. Enferm*. 2006; 59(6):818-21.
16. Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD). Plano alimentar e diabetes mellitus tipo 2. Cap 4. São Paulo; 2007 .
17. Mello VD, Laaksonen DE. Fibras na dieta: tendências atuais e benefícios à saúde na síndrome metabólica e no diabetes melito tipo 2. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2009; 53(5):509-18.
18. Figueiredo AS, Modesto-Filho J. Efeito do uso da farinha desengordurada do *Sesamum indicum* L nos níveis glicêmicos em diabéticas tipo 2. *Rev. Bras. Farmacogn*. 2008; 18(1):77-83.
19. Lottenberg AMP. Características da dieta nas diferentes fases da evolução do diabetes melito tipo 1. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2008; 52(2):250-9.8;52(2): 250-259.

ANEXO I – NHS MODERNISATION AGENCY NATIONAL PRIMARY AND CARE TRUST DEVELOPMENT PROGRAMME (PREPARADO POR ANDREW BELL, 3.8.2004) – WWW.NATPACT.NHS.UK – TRADUÇÃO: JEAN BRITO E DENISE GASTALDO (15.4.2010)

*Liderança em
Enfermagem na
Atenção Primária à
Saúde*

DEZ PASSOS PARA CRIAR OBJETIVOS SMART

1. Estabeleça a diferença entre objetivo geral e objetivos específicos antes de começar. O objetivo geral revela as suas aspirações e os objetivos específicos são o seu “plano de batalha”. Defina tantos objetivos específicos quantos forem necessários para ter sucesso.

2. SMART significa sábio em inglês e os termos que compõem a abreviatura são: (S) específico, (M) mensurável, (A) atingível, (R) realista e (T) com tempo definido de implantação.

3. Não use essa sequência S – M – A – R – T para criar seus objetivos. A ordem M A – R S T é muitas vezes a melhor maneira de se escreverem objetivos.

4. Mensurável é o aspecto mais importante. Você saberá que você conseguiu alcançar seu objetivo porque terá provas disso. Eu saberei também! Certifique-se de que você irá registrar o seu sucesso.

5. Realizável está ligado a mensurável. Não faz nenhum sentido iniciar um trabalho que você sabe que não pode terminar ou onde você não pode dizer se (ou quando) está terminado. Como eu posso decidir se os meus objetivos são viáveis?

- Você sabe que é mensurável?
- Os outros o fizeram com sucesso (antes de você ou em outro lugar)?
- É teoricamente possível (ou seja, claramente não é impossível de executar)?
- Você tem os recursos necessários, ou pelo menos uma possibilidade real de obtê-los?
- Você avaliou as limitações?

6. Se for atingível, pode não ser realista. Se não é realista, não é atingível.
- Você precisa saber:
 - Quem vai fazê-lo?

- Será que os executores têm (ou podem obter) habilidades para fazer um bom trabalho?

- De onde virá o dinheiro (ou recursos)?
- Quem assumirá as responsabilidades?

Ser realista inclui considerar recursos humanos, tempo, dinheiro e oportunidades.

7. A principal razão para ser atingível, mas não ser realista, é não ser uma alta prioridade. Muitas vezes, algo mais precisa ser feito primeiro, antes de você ter sucesso. Se for assim, crie dois (ou mais) objetivos em ordem de prioridade.

8. O “diabo mora nos detalhes”. Você saberá que seu objetivo é suficientemente específico se:

- todos envolvidos sabem as especificidades do objetivo;
- todos os envolvidos o entendem;
- seu objetivo não contém jargões;
- você definiu todos os termos; e
- você usou uma linguagem adequada.

9. “Com tempo definido” significa estabelecer prazos. Você deve incluir um prazo, caso contrário, seu objetivo não é mensurável. Mas os prazos devem ser realistas, senão a sua tarefa não é exequível. “Com tempo definido” (T) deve ser mensurável (M), realista (R) e específico (S) e, sem eles, o seu objetivo não pode ser de alta prioridade.

10. Vale a pena fazer esse esforço! Você saberá que fez seu trabalho bem; e os outros também!

ANEXO II – NOME DO PROJETO DE MODELO LÓGICO SIMPLIFICADO (INDIVIDUAL)

Problema:

Objetivo Geral:

*Liderança em
Enfermagem na
Atenção Primária à
Saúde*

OBJETIVOS ESPECÍFICOS (SMART)	ATIVIDADES	RECURSOS	RESULTADOS ESPERADOS	INDICADORES PARA AVALIAÇÃO
1	1.1 1.2 1.3			
2	2.1 2.2 2.3 2.4			
3-	2.1 2.2			

ANEXOS: ORÇAMENTO, CRONOGRAMA, QUADRO ECPC

Cadernos de Informação Técnica e Memória do CONASS
que integram o Programa de Informação e Apoio Técnico às
Equipes Gestoras Estaduais do SUS – Progestores

*Liderança em
Enfermagem na
Atenção Primária à
Saúde*

2011 – CONASS DOCUMENTA 23
Planificação da Atenção Primária à Saúde – APS

2011 – CONASS DOCUMENTA 22
Aperfeiçoamento em Gestão da Atenção Primária à Saúde – Agap

2010 – CONASS DOCUMENTA 21
As Oficinas para a Organização das Redes de Atenção à Saúde

2010 – CONASS DOCUMENTA 20
O Desafio do Acesso a Medicamentos nos Sistemas Públicos de Saúde

2009 – CONASS DOCUMENTA 19
O Sistema Único de Saúde e a Qualificação do Acesso

2009 – CONASS DOCUMENTA 18
As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e Perspectivas

2009 – CONASS DOCUMENTA 17
Violência: uma Epidemia Silenciosa – Seminário Nacional:
Propostas, Estratégias e Parcerias por Áreas de Atuação

2008 – CONASS DOCUMENTA 16
Violência: uma Epidemia Silenciosa – Seminários Regionais

2007 – CONASS DOCUMENTA 15
Violência: uma Epidemia Silenciosa

2007 – CONASS DOCUMENTA 14
Gestão e Financiamento do Sistema Único de Saúde

2007 – CONASS DOCUMENTA 13
Relatório de Gestão da Diretoria do CONASS 2006/2007

2006 – CONASS DOCUMENTA 12
Fórum Saúde e Democracia: uma Visão de Futuro para Brasil

2006 – CONASS DOCUMENTA 11
Relatório de Gestão da Diretoria do CONASS 2005/2006

2005 – CONASS DOCUMENTA 10
I Encontro do CONASS para Troca de Experiências

2005 – CONASS DOCUMENTA 9
I Encontro de Gestores Estaduais, Provinciais e
Departamentais de Sistemas Sul-Americanos de Saúde

2005 – CONASS DOCUMENTA 8
Relatório de Gestão da Diretoria do CONASS 2003/2005

2004 – CONASS DOCUMENTA 7
Acompanhamento e Avaliação da Atenção Primária

2004 – CONASS DOCUMENTA 6
Convergências e Divergências sobre a Gestão e Regionalização do SUS

2004 – CONASS DOCUMENTA 5
Assistência Farmacêutica: Medicamentos de
Dispensação em Caráter Excepcional

2004 – CONASS DOCUMENTA 4
Recursos Humanos: Um Desafio do Tamanho do SUS

2004 – CONASS DOCUMENTA 3
Para Entender a Gestão do Programa de Medicamentos de
Dispensação em Caráter Excepcional

2004 – CONASS DOCUMENTA 2
Atenção Primária – Seminário do CONASS para Construção de Consensos

2004 – CONASS DOCUMENTA 1
Estruturação da Área de Recursos Humanos nas
Secretarias Estaduais de Saúde dos Estados e do Distrito Federal

A ideia ao se reformular o projeto gráfico do *CONASS Documenta* está diretamente associada à assinatura da publicação – Cadernos de informação técnica e memória do CONASS – que além de não possuir uma periodicidade definida, aborda uma diversidade de conteúdos. A representação da etiqueta e da pasta plástica adotada na capa busca reafirmar o propósito de organizar, armazenar e distribuir o vasto conteúdo que o Programa Progestores se propõe a levar às Equipes Gestoras Estaduais do SUS e a pesquisadores de Saúde Pública através do *CONASS Documenta*.

Ao abrir a capa e adentrar a publicação, a marca *CONASS Documenta* dá espaço ao conteúdo, delegando às linhas e à cor a missão de manter a relação entre capa e miolo. As linhas utilizadas no miolo remetem às pautas de fichas e formulários, normalmente armazenados em pastas etiquetadas, mas o faz de forma sutil, buscando não interferir no fluxo de leitura.

O projeto gráfico do miolo é composto com as famílias tipográficas ITC Franklin Gothic Std e Charter BT, possui margens externas generosas a fim de oferecer conforto no manuseio do livro durante a leitura. O título corrente nas páginas pares possibilita a rápida identificação do exemplar quando fotocópias de parte do livro são utilizadas. Nas páginas ímpares o logotipo *CONASS Documenta* complementa esta identificação. A numeração da página corrente em corpo destacado facilita a busca e aplicada a cor predominante do volume, com contraste um pouco menor, diferencia-se nitidamente do corpo de texto corrido. O papel é o Alta Alvura, que possibilita um melhor contraste e fidelidade de cor.
