



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

FERNANDO ANTONIO GUIMARÃES RAMOS
Reitor

JOSÉ AMÉRICO DA COSTA BARROQUEIRO
Vice-Reitor

ELIZABETH DE SOUSA BARCELOS BARROQUEIRO
Presidente do Conselho de Administração do Hospital

NATALINO SALGADO FILHO
Diretor Geral do Hospital Universitário

NAIR PORTELA SILVA COUTINHO
Diretora Adjunta de Ensino, Pesquisa e Extensão

CÉLIO GITAHY VAZ SARDINHA
Diretor Adjunto de Administração

JOSÉ MÁRCIO SOARES LEITE
Diretor Adjunto de Planejamento

ZENI DE CARVALHO LAMY
Diretora Adjunta de Serviço Assistencial

ARLENE DE JESUS MENDES CALDAS
Editora Responsável

Revista do Hospital Universitário/UFMA - periódico bio-médico de divulgação científica do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão

Redação e Administração

Rua Barão de Itapary, 227 - Centro - CEP. 65.020-070 - São Luis - MA - Brasil
Telefone: (98)3219-1242 - E-mail: revista@huufma.br

EDITORES ASSOCIADOS

Antonio Augusto Moura da Silva - UFMA
Arlene de Jesus Mendes Caldas - UFMA
Natalino Salgado Filho - UFMA
Luciane Maria de Oliveira Brito - UFMA

CONSELHO EDITORIAL

Aldina Maria Prado Barral - UFBA / FIOCRUZ
Alcimar Nunes Pinheiro - UFMA
Antonio Rafael da Silva - UFMA
Elba Gomide Mochel - UFMA
Feliciano Santos Pinheiro - UFMA
Fernando Antonio Guimarães Ramos - UFMA
Fernando Lamy Filho - UFMA
Jackson Maurício Lopes Costa - CPqGM / FIOCRUZ
José Wanderley Vasconcelos - UFMA
Manoel Santos Faria - UFMA
Marília da Glória Martins - UFMA
Orlando Jorge Martins Torres - UFMA
Raimundo Antonio da Silva - UFMA
Sirliane Sousa Paiva - UFMA
Zeni de Carvalho Lamy - UFMA

SECRETÁRIA

Ana Luzia de Sá Magalhães (Bibliotecária)

PROGRAMAÇÃO VISUAL/DIAGRAMAÇÃO/CAPA

João Lindoso Farias Neto

IMPRESSÃO E FOTOLITO

Gráfica XXXXX

Editorial

O Processo de Certificação dos Hospitais de Ensino	7
---	----------

Artigos/Articles

Ações de controle do câncer de colo do útero no município de Presidente Dutra-MA / 2002. Joelma Saraiva Cruz, Kellma Edith Nascimento Vale Silva, Lindinalda Farias Duarte da Silva, Arlene de Jesus Mendes Caldas.....	9
--	----------

Programa de agentes comunitários de saúde do distrito do Itaqui-Bacanga: perfil sócio-econômico e demográfico dos agentes comunitários. Maria de Fátima Braúna Curvina, Silvandira Oliveira da Costa, Arlene de Jesus Mendes Caldas	14
--	-----------

Programa de saúde da família: desafio dos gestores municipais da região do tocantins. Francisca Jacinta Feitoza de Oliveira, Maria Zenilda Lira do Rêgo, Maristela Campos de Sousa, Tânia Suely da Silva Ferreira	19
--	-----------

Avaliação da frequência da estomatite protética em diferentes grupos de usuários de próteses totais superiores. Cristiane Fonseca Gonçalves dos Reis, Maria Áurea Lira Feitosa, Maria Inez Rodrigues Neves, Lucíola Maria Rodrigues de Vasconcelos.....	25
--	-----------

Fatores que interferem no processo ensino aprendizagem do aluno no estágio supervisionado de centro cirúrgico. Elza Lima da Silva, Glória da Conceição Mesquita Leitão.....	29
--	-----------

Distribuição geográfica dos cirurgiões-dentistas no Sistema Único de Saúde do Estado do Maranhão. Rejane Christine de Sousa Queiroz, Ana Paula Toscano Rebouças Belanger, Nila da Conceição Cardoso, Raimunda Nonata Leão Lopes Nobre	34
--	-----------

Experiência em um ambulatório de saúde mental: a satisfação do cliente. Anne Gabriela Veiga Rocha, Celia Maria Soares Bastos, Karla Cristina Bezerra Balata, Waldeney Costa Araújo Wadie, Valéria Cristine Menezes Balata.....	40
---	-----------

Perfil de adolescentes grávidas em Coelho Neto (MA). Liberata Campos Coimbra, José Sebastião Cidreira Vieira, Rosemere Santana do Nascimento, Rita Maria Sampaio Barros	44
--	-----------

Hipertensão arterial sistêmica e grupos raciais: estudo comparativo. Márcio Mendes Pereira, Luiz Gustavo Oliveira Brito, Nárjara Caroline Araújo de Sousa, Leonardo Mello Guimarães de Toledo, Francisco das Chagas Monteiro Júnior, Natalino Salgado Filho	49
--	-----------

Perfil socioeconômico e epidemiológico dos portadores de hanseníase notificados no ano de 2002 no município de São Mateus do Maranhão-MA. Irismar Marreiros Bispo, Doracy Leite Chicar, Maria das Dores Martins, Pedro Paulo Pereira da Conceição	53
--	-----------

Análise do 3º passo: a informação sobre aleitamento materno prestada às gestantes durante o pré-natal em um Hospital Amigo da Criança. Maria Alcina Gomes de Sousa, Maria Palmira Santos de Carvalho, Marielza Cruz Souza, Violeta Maria Soares Filgueiras, Cândido Augusto Medeiros Junior	58
--	-----------

Normalização e funcionamento dos conselhos municipais de saúde da regional de São Luís. Ana Amélia Silva Braga, Jercenilde Cunha Silva, Luzia Ilka Oliveira Nakashima, Maria das Mercês Cunha da Silva Soeiro	64
--	-----------

Importância do exame clínico no tratamento odontológico em paciente geriátrico. Maria Inez Rodrigues Neves, Maria Áurea Lira Feitosa, Maria da Vitória Caldas de Túlio Augusto	70
---	-----------

Lúpus Eritematoso Sistêmico. Rosilda Silva Dias, Francidalma Soares Sousa Carvalho Filha, Cristiane Luciana de Araújo	74
--	-----------

Normas Redatoriais/Notes to Contributors



O Processo de Certificação dos Hospitais de Ensino

Os hospitais universitários, pela sua missão assistencial de formação e de campo de pesquisa e extensão, são considerados estratégicos para o Sistema Único de Saúde. No Brasil, representam 12% das internações hospitalares, 40% dos serviços de alta complexidade e 25,6% dos leitos de UTI da rede pública (dados do Ministério da Saúde).

Falta-lhes, entretanto, um financiamento de suas ações compatível com as suas atribuições para o aprimoramento do papel que essas instituições desempenham em relação à assistência, ao ensino e à pesquisa, bem como a sua inserção no Sistema Único de Saúde.

Foi no sentido de buscar uma solução para a crise dos HU's que a Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino (ABRAHUE) reivindicou, junto aos Ministérios da Educação e da Saúde, uma política de priorização dos HU's no SUS. O governo federal reconheceu as reivindicações da ABRAHUE, a relevância do papel dos HU's como centros de referência no SUS e instituiu uma política de reestruturação dos hospitais de ensino.

A construção dessa política foi resultado de uma interação entre os ministérios da Saúde, Planejamento, Orçamento e Gestão, Educação e Ciência e Tecnologia, que constituiu, pela portaria nº 562/03, uma Comissão Interinstitucional com o objetivo de avaliar, diagnosticar a atual situação dos hospitais universitários e de ensino no Brasil, visando reorientar e/ou reformular a política nacional para o setor. Convém enfatizar que o hospital universitário do Maranhão foi escolhido como hospital-piloto nessa ocasião.

Nesse contexto foi implantado o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do Ministério da Educação no Sistema Único de Saúde, estabelecendo critérios para a certificação dos mesmos (Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.000 de 15/04/2004) e definição do perfil assistencial dessas instituições no Sistema Único de Saúde, (Portaria Interministerial nº 1.006/MEC/MS de 27 de maio de 2004).

No total, são 17 critérios a serem observados para obter o título de Hospital de Ensino, entre os quais:

- Oferecer atividades curriculares de internato para a totalidade dos estudantes de pelo menos um curso de medicina e atividades curriculares de outro curso de graduação superior na área de saúde;
- Abrigar programas de Residências Médicas, regularmente credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), contemplando, no mínimo, 10 (dez) vagas no primeiro ano de residência hospitalar nas áreas básicas;
- Garantir acompanhamento docente para os estudantes de graduação e preceptoria para os residentes, assim como abrigar atividades regulares de pesquisa. A instituição deve ter instalações adequadas ao ensino, com salas de aula e recursos audiovisuais e acesso à biblioteca atualizada e especializada na área de saúde;
- Fazer com regularidade as comissões de ética em pesquisa de documentação médica, estatística e de óbitos, além de desenvolver atividades de vigilância epidemiológica, hemovigilância, farmacovigilância e técnicovigilância em saúde;
- Constituir um Conselho Gestor para acompanhamento de contrato formado por professores, estudantes, usuários e gestores;
- Colaborar ativamente na constituição de Rede de Cuidados Progressivos da Saúde, estabelecendo relações de cooperação técnica no campo da atenção e da docência com a rede básica, de acordo com as realidades loco regionais;
- Dedicar um mínimo de 70% da totalidade dos leitos ativos e do total dos procedimentos praticados ao SUS e manter sob a regulação do gestor local do SUS a totalidade dos serviços contratados e estar inserido no sistema de urgência/emergência locoregional.

O Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão foi um dos primeiros hospitais do Brasil a certificar-se como de ensino do MEC e MS, sendo este o primeiro passo no sentido de adequar-se à política de reestruturação dos hospitais universitários. O novo momento foi a adesão ao processo de contratualização com a assinatura do convênio com o Gestor Municipal em dezembro de 2004.

Marina do Nascimento Sousa
Administradora / Advogada

Ações de controle do câncer de colo do útero no município de Presidente Dutra, Maranhão - Brasil

Measures for Controlling Uterine Collum Cancer in the Municipality of President Dutra, Maranhão – Brazil

Joelma Saraiva Cruz¹ Kellma Edith Nascimento Vale Silva¹
Lindinalda Farias Duarte da Silva² Arlene de Jesus Mendes Caldas³

Resumo: Realizou-se um estudo descritivo com 366 mulheres selecionadas através de sorteio aleatório correspondendo a 22,7% do total de 1612 mulheres que se submeteram ao exame citopatológico (Papanicolaou) no município de Presidente Dutra-MA, em 2002. O objetivo foi investigar as ações de controle do câncer do colo do útero. Fez-se primeiramente um levantamento do número de mulheres atendidas no Programa, e depois de selecionadas aplicou-se um questionário com dados sócio-econômicos, fatores relacionados ao câncer de colo uterino e resultados dos exames Papanicolaou. Verificou-se maior frequência na realização do exame Papanicolaou na faixa etária de 35-49 anos (33,8%). Houve um predomínio de mulheres com baixa escolaridade, trabalhadoras rurais e de renda familiar abaixo de um salário mínimo. Sendo que, 64,7% iniciaram a vida sexual ainda na adolescência e mais de 90% relataram ter apenas um único parceiro nos últimos três meses. Os resultados dos exames de Papanicolaou mostraram principalmente microbiologia, atrofia com inflamação e metaplasia escamosa. Foi encontrado 0,4% de lesões de alto grau. Quanto à qualidade das coletas, apenas 1,0% foi considerada insatisfatória. Conclui-se, portanto, que as ações de controle do câncer do colo do útero em Presidente Dutra-MA atendeu a proposta do Programa, pois além de atingir uma boa cobertura e elevado percentual de coletas satisfatórias, demonstrou que a utilização periódica do Papanicolaou poderá prevenir o câncer de colo do útero, permitindo um diagnóstico precoce e tratamento oportuno, justificado no estudo pelo baixo percentual de achados neoplásicos.

Descritores: câncer de colo uterino, Programa Viva Mulher, ações de controle.

Abstract: A descriptive study involving 366 (22.7%) out of 1612 randomly selected women who were submitted to Pap smear in the Municipality of President Dutra in the State of Maranhão, Brazil, in 2002. The aim of the study was to investigate measures for controlling uterine collum cancer. The number of women assisted by the program was compiled and afterwards, a form with data on social economical status, factors related to uterine collum cancer, and Pap smear results was applied. A higher frequency of Pap smear was noticed among women between 35-49 years of age (33.8%). Low schooling, rural workers, and household income below the minimum wage were predominant among the study subjects. 64.7 per cent reported having had their first sexual intercourse as teenagers, and over 90% reported having a single partner within the last 3 months. The main results of the Pap smear were microbiology, atrophy along with tenderness, and scaly metaplasia. It was found that 0.4% of the lesions were high grade types. As to quality of samples, 1% only was considered non-satisfactory. It is concluded, therefore, that the measures for controlling uterine collum cancer in the Municipality of President Dutra, complied to the Program's proposal, reaching a sound coverage as well as an elevated number of satisfactory samples, demonstrating that the periodic use of the Pap smear may prevent uterine collum cancer, allowing for an early diagnosis and prompt management, justified in the trial by the low percentile of neoplasm findings.

Keywords: uterine collum cancer, Viva Mulher Program, control measures.

Introdução

No Brasil, o câncer de colo uterino figura atualmente como a terceira neoplasia feminina mais freqüente, só sendo superado pelo câncer de pele não melanoma e mama¹.

O vírus do Papiloma Humano (HPV) tem sido considerado como a mais comum virose de transmissão sexual que, apesar de conhecida desde a Antiguidade, somente nos anos oitenta, transformou-se em expressivo problema particularmente pela íntima relação com lesões genitais maligna e seus precursores².

Nos últimos anos, tem sido isolado e identificado um número crescente de tipos e subtipos de HPV. Até 1989 estavam caracterizados 60 tipos e vários subtipos do vírus². Atualmente os HPVs compõem uma família de vírus com mais de 100 tipos, alguns como, 6, 11, 42, 43, 44 podem provocar lesões benignas como verrugas genitais e neoplasia intra-epitelial grau I (NIC I) que são considerados de baixo risco. Entretanto, os tipos virais 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 65 são considerados de intermediário e alto risco podendo ocasionar lesões que se não

¹ Enfermeiras do PSF/Presidente Dutra-MA.

² Enfermeira e Odontóloga. Coordenadora de Programas de Saúde / Governador Nunes Freire-MA.

³ Mestre em Saúde e Ambiente. Docente da UFMA.

tratadas podem levar ao desenvolvimento do câncer de colo uterino. Estudos mostram que 99% das mulheres que têm câncer de colo uterino foram antes infectadas por estes vírus³.

A maioria das mulheres infectadas pelo HPV não apresenta sintomas clínicos e em geral a infecção regride espontaneamente sem nenhum tipo de tratamento. Outros fatores como idade da primeira relação, número de parceiros sexuais, fumo, ingestão de contraceptivos orais, eficiência da resposta imunológica e fatores genéticos parece estar relacionados juntamente com o tipo viral com a progressão das lesões até o câncer³.

O Ministério da Saúde instituiu, em 1998, o Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero - Programa Viva Mulher, priorizando mulheres com idade entre 35 a 49 anos e aquelas que nunca haviam sido examinadas, por considerar que é nessa faixa que se encontra o maior número de mulheres sob maior

risco para lesões precursoras de alto grau de malignidade ou câncer em estágio inicial. Em 1999 foram incluídas ações de controle do câncer de mama no Programa Viva Mulher⁴.

Justifica-se tal estudo por considerar de relevância a necessidade de visualização do comportamento desse Programa em Presidente Dutra-MA, na perspectiva de se buscar mecanismos que possam interferir de modo positivo, no efetivo controle desse agravo, contribuindo, assim, para se assegurar melhores resultados do Programa, cuja meta anual é atender 982 mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos para realização do exame de Papanicolaou, garantindo um encaminhamento adequado àquelas com positividade nos seus exames, e assim, contribuir para redução da mortalidade por essa causa. O presente estudo tem como objetivo investigar as ações de controle do câncer do colo uterino no município de Presidente Dutra-MA.

Métodos

Realizou-se um estudo descritivo com mulheres que se submeteram ao exame Papanicolaou no ano de 2002. A população estudada constou de 366 mulheres selecionadas através de sorteio aleatório, correspondendo a 22,7% do total de 1612 mulheres. O estudo foi realizado no período de 20 de junho a 30 de julho de 2003, em Presidente Dutra-MA.

O município de Presidente Dutra possui uma população de 39 541 habitantes⁵. Está situado no interior do Maranhão, na região central (dos cocais), distando 340 Km de sua capital, São Luís. O Sistema municipal de saúde está habilitado na Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM). O Programa Viva Mulher foi implantado no município em novembro de 1998 atendendo a população feminina através de demanda espontânea e busca ativa. Associado a esse trabalho existe atividade de educação em saúde sendo desenvolvidas pelo Núcleo Municipal de Informação, Educação e Comunicação (NMIEC).⁵

A pesquisa constou de dois momentos: no primeiro, foi realizado o levantamento dos dados nos livros de registro do Programa com a finalidade de iden-

tificar o número de mulheres que realizaram o Papanicolaou, levantando a adequabilidade do material coletado e alterações celulares, utilizando-se de um roteiro.

No segundo momento, foram coletados os dados referentes à situação socioeconômica, identificando faixa etária, escolaridade, ocupação, renda familiar, estado civil, idade da primeira relação sexual, realização do último Papanicolaou, comportamento sexual, tratamento, antecedentes familiares e os motivos que influenciaram as mulheres inscritas a procurarem o exame Papanicolaou, através de um questionário previamente testado, e aplicado por 92 (noventa e dois) Agentes Comunitários de Saúde, treinados pelas pesquisadoras, precedido de um termo de consentimento. Considerou-se neoplasias intra-epiteliais cervicais, de grau leve, moderada e acentuada as NIC I, NIC II e NIC III, respectivamente, as quais foram divididas conforme classificação de Bethesda⁶ em duas categorias: lesões de baixo grau (associadas à infecção por HPV e NIC I) e lesões de alto grau (NIC II e NIC III). Os dados foram tabulados e analisados no Programa EPI-INFO 2000.

Resultados

Conforme a Tabela 1, verificou-se que 33,8% das mulheres era na faixa etária de 35 a 49 anos, seguida de 25 a 34 anos (21,3%), menor de 25 anos (20,4%) e de 60 anos a mais (14,6%). Em relação ao nível de escolaridade o maior percentual ocorreu no fundamental incompleto (38,4%), logo após, o médio incompleto (27,8%) e sem escolaridade (15,3%). Houve predominância de trabalhadoras rurais (34,4%), donas de casa (17,8%) e empregada doméstica (13,1%). Quanto à renda familiar, as que não possuíam renda fixa e as de renda até um salário mínimo apresentaram a maior frequência (37,9%), seguidas daquelas que ganhavam dois a mais salários mínimos (24,2%).

A Tabela 2 mostra que 64,7% relataram início de vida sexual com menos de 20 anos e 91,9%

informaram ter apenas um parceiro sexual nos últimos três meses, enquanto que, 74% não tinham conhecimento de antecedentes familiares para câncer e 62,8% referiram não serem tabagistas.

Quanto aos motivos que levaram a procurar o Programa, 26,9% indicaram a Campanha Nacional de Controle do Câncer do Colo Uterino, 21,9% informaram orientação do Agente Comunitário de Saúde e 12,2% relataram indicação de amiga ou vizinha. Já com relação ao último Papanicolaou realizado, a maioria (63,1%) o havia realizado há um ano, 23,2% há seis meses e 9,8% há dois anos. (Figura 1).

Quanto aos resultados dos exames de Papanicolaou, observou-se presença de mais de um agente microbiológico em um mesmo exame. Nos 366

exames analisados foram identificados: cocosbacilos (21,9%), lactobacilos (19,8%), atrofia com inflamação (12,7%), cocos (14,4%), metaplasia escamosa (9,9%), gardinerella (8,1%), trichomonas (7,6%), cândida sp (2,1%). Apenas 0,2% dos exames indicaram NIC II, como também, NIC III. Não foram encontrados resultados com NIC I e HPV (Papiloma Vírus Humano) (Figura 2). Quanto à qualidade das lâminas coletadas, 93,4%

foram consideradas satisfatórias, enquanto que 5,5% foram satisfatórias com limitações e, apenas 1,0% foi insatisfatória (Figura 3).

Segundo os dados apresentados na Figura 1, 59% das mulheres informaram que realizaram tratamento após resultado do exame, sendo que 98% dessas o fizeram em Presidente Dutra-MA.

Tabela 1: Características das mulheres que realizaram exame Papanicolaou, Presidente Dutra-MA, 2002.

CARACTERÍSTICAS	f	%
Faixa etária (anos)		
< 25	75	20,4
25 – 34	78	21,3
35 – 49	124	33,8
50 – 59	36	9,9
60 a mais	53	14,6
Escolaridade		
Sem escolaridade	56	15,3
Fundamental completo	39	10,7
Fundamental incompleto	141	38,4
Médio completo	28	7,6
Médio incompleto	102	27,8
Superior completo	01	0,2
Superior incompleto	0	0
Ocupações		
Do lar (dona de casa)	65	17,8
Empregada doméstica	48	13,1
Funcionária pública	24	6,5
Estudante	26	7,1
Trabalhadora rural	126	34,4
Comerciante	32	8,9
Outros	45	12,2
Renda Familiar (salário mínimo)		
Não possui renda fixa	139	37,9
≤ Um salário	139	37,9
≥ Dois salários	88	24,2
TOTAL	366	100

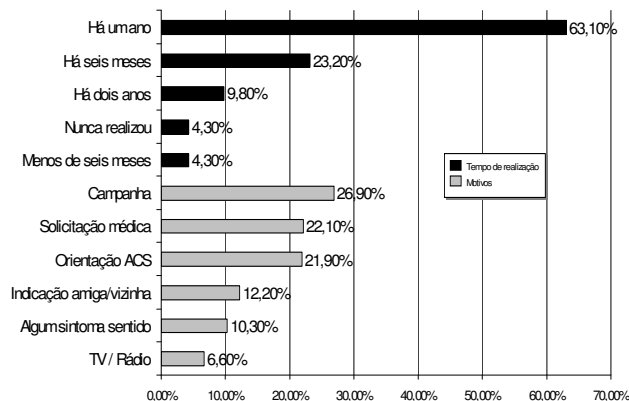


Figura 1 - Motivos e tempo da realização do Papanicolaou, Presidente Dutra-MA, 2002.

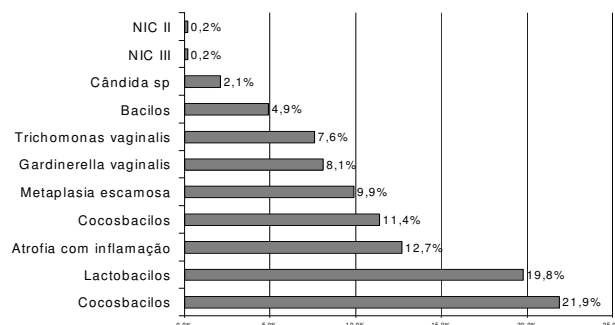


Figura 2 - Resultado de exames Papanicolaou realizados em Presidente Dutra - MA, 2002.

Tabela 2 - Co-fatores associados ao câncer de colo de útero.

CO- FATORES	f	%
Início da vida sexual		
< 15 anos	56	15,3
15 a 20 anos	181	49,4
21 a 30 anos	109	29,9
> de 30	20	5,4
Nº de parceiros sexual últimos 3 meses		
01	336	91,9
≥ 02	03	0,8
Sem parceiro fixo	03	0,8
Nenhum	24	6,5
Antecedentes familiares para câncer		
Sim	96	26
Não	0	0
Não sabe informar	270	74
Tabagismo		
Sim	160	37,2
Não	206	62,8
TOTAL	366	100,0

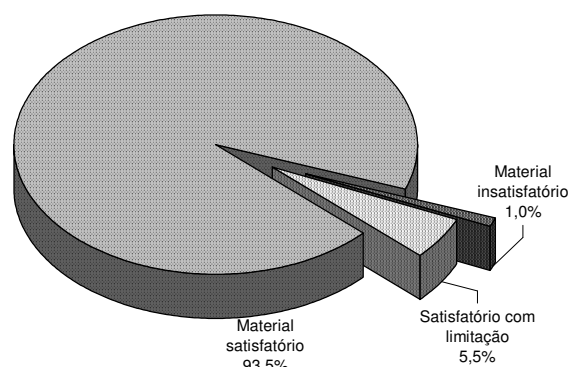


Figura 3 - Classificação da amostra coletada na população estudada, Presidente Dutra - MA, 2002.

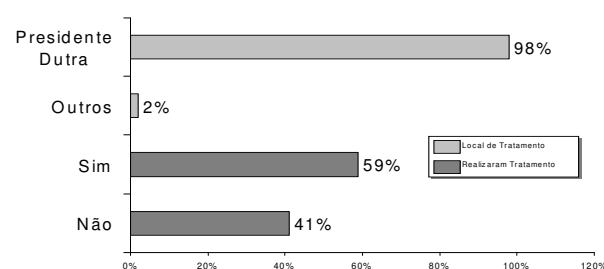


Figura 4 - Total de mulheres que realizaram tratamento após resultado do Papanicolaou, Presidente Dutra, 2002.

Discussão

O câncer invasivo do colo uterino é considerado um câncer evitável por ter um longo período pré-invasivo, por existirem programas preventivos e tratamento eficaz das lesões pré-invasivas⁷. Contudo, estimativas do Instituto Nacional do Câncer (INCA) para o Brasil, no ano de 2003, prevêm 16.480 (dezesesseis mil e quatrocentos e oitenta) casos novos de câncer de colo de útero; destes, 4.110 (quatro mil, cento e dez) evoluirão para óbitos. Entretanto, para o estado do Maranhão, o INCA estima para o ano de 2003, na proporção de 100.000 (cem mil) mulheres, surgirão 410 (quatrocentos e dez) casos novos de câncer de colo de útero, destes, 230 (duzentos e trinta) serão da capital, São Luís. Sendo, então, esperados 100 (cem) óbitos por essa causa para todo o estado do Maranhão; destes, 60 (sessenta) óbitos ocorrerão em São Luís⁸.

Com os dados obtidos, no estudo, observou-se que o Programa de Prevenção de Colo do Útero tem alcançado principalmente as mulheres que estão na fase reprodutiva e conseqüentemente buscam os postos de saúde para realizarem pré-natal e oportunamente realizam o Papanicolaou, mas também, tem atingindo as de mais idade, inclusive um considerável percentual de idosas, (24,5%) para as quais não se vêem ações de saúde que possam servir de oportunidade para realização do exame Papanicolaou, o que sugere uma boa cobertura do Programa devido à sensibilização e conscientização desse público.

Os fatores de risco mais importantes para o desenvolvimento de lesões pré-neoplásicas e carcinoma invasor do colo do útero são a infecção pelo HPV e, secundariamente, pluraridade de parceiros, idade precoce da primeira relação sexual, baixo nível socioeconômico, tabagismo, além da debilidade imunitária e contaminação pelo Herpes vírus tipo II⁶.

As mulheres com risco mais alto para câncer cervical são as que têm menos oportunidade de acesso aos serviços de saúde, especialmente as de classe sociais mais baixas⁶.

De acordo com os fatores analisados no estudo, evidenciou-se que apesar da grande maioria (84,7%) das mulheres estudadas possuírem algum grau de escolaridade, um percentual considerável (15,3%) não possui escolaridade. Esses dados correspondem aos encontrados também no estado do Maranhão⁹, no Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero, em 1998, e demonstram, portanto, o risco para câncer de colo uterino, que estão sujeitas essas mulheres com baixa ou nenhuma escolaridade, por estarem mais distantes do acesso às informações.

Na análise do fator ocupação e renda familiar, predominou a opção de trabalhadoras rurais e de renda familiar de até um salário mínimo, correspondendo principalmente à população de baixa condição sócio-econômica, principal clientela nos postos do Sistema Único de Saúde.

Na população do estudo, a maioria teve a primeira relação sexual ainda na adolescência, implicando um risco para o desenvolvimento do câncer cérvico uterino. Em relação ao número de parceiros,

apesar da grande maioria das mulheres responder ter apenas um parceiro o que implica um fator preventivo, isso não exclui a possibilidade desse parceiro de se relacionar com várias outras mulheres, portanto, colocando a mulher em grupo de risco.

Considerando o tabagismo um fator de risco importante para o desenvolvimento do câncer, observou-se um considerável percentual de mulheres que informaram serem tabagistas (37,2%), classificando-a também como grupo de risco.

Em virtude da grande maioria (74%) das entrevistadas não saber informar sobre antecedentes familiares para câncer não foi possível uma análise da predisposição familiar para câncer no grupo estudado.

A realização do exame Papanicolaou foi motivada principalmente pela campanha de prevenção realizada no município de Presidente Dutra-MA, evidenciando também a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde. Percebe-se que as mulheres estão mais conscientes da necessidade do exame Papanicolaou, demonstrando a importância da educação em saúde realizada no Município ressaltando a prevenção do câncer cérvico uterino.

O exame de Papanicolaou é reconhecido como um ótimo método de diagnóstico da microflora vaginal¹⁰. A adequabilidade do exame Papanicolaou pode ser determinada por: identificação correta do material e dos dados da paciente, informações clínicas pertinentes, interpretabilidade técnica, composição celular e amostragem da zona de transformação. É recomendado que o citologista informe ao clínico sobre a adequabilidade do material para avaliação oncológica com a seguinte classificação: satisfatória; satisfatória mais limitada (informando a causa das limitações) ou insatisfatória¹¹.

A presença de células endocervicais é um indicador de qualidade do esfregaço citológico. A influência hormonal no epitélio cervical, o profissional que colhe e o instrumento de coleta são fatores que interferem na presença de células endocervicais na amostra¹².

Na análise dos resultados desse exame, observou-se predomínio de flora bacteriana, atrofia com inflamação e metaplasia escamosa, que são consideradas lesões celulares benignas. Foram, portanto, encontrados dois casos de lesões de alto grau (NIC II e NIC III), significando um achado de apenas 0,4% de lesões neoplásicas. O baixo percentual de neoplasias encontrado pode estar relacionado à ausência do HPV que reforça a importância desse agente como principal indutor do câncer cérvico uterino.

Sabendo que o diagnóstico precoce está relacionado à periodicidade de realização do exame, permitindo tratamento oportuno das alterações, torna-se justificável também, a não evolução dessas alterações, visto que, o período máximo de realização do último Papanicolaou no grupo foi de dois anos, já que esse tipo de câncer é de crescimento lento.

Foi detectada alta proporção (93,4%) de lâminas satisfatórias sem limitações e apenas 1,0%

da amostra foi considerada insatisfatória, sugerindo, portanto, qualidade na coleta do Papanicolaou o que

representa uma relevante credibilidade e economia para o Programa.

Conclusão

O Programa Viva Mulher demonstrou ser de grande importância para as mulheres do município de Presidente Dutra (MA), cuja meta para o ano de 2002 seria atender 982 mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos, a qual foi ultrapassada, visto que 1.152 mulheres entre o total de 1.612 foram submetidas ao exame de Papanicolaou nesse ano. Atendeu aos seus pro-

pósitos, pois atingiu principalmente as mulheres de baixas condições sócio-econômicas, as quais são consideradas as de maior risco para o câncer do colo do útero, pela dificuldade de acesso as informações e ao serviço de saúde, garantindo-lhes oportunidade de prevenção do câncer do colo do útero e com isso, maior qualidade e expectativa de vida.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. *Câncer de Colo do Útero*. [capturado 2003 ago 29]. Disponível em: <http://www.laboratoriodapc.com.br/hpv.htm>.
2. Jacyntho C, et al. *HPV infecção genital feminina e masculina*. Rio de Janeiro: Revinter Ltda; 1994.p.1.
3. Instituto de Pesquisa em Oncologia Ginecológica-IPOG. *Apoio em Captura Híbrida: conheça melhor o HPV*. [capturado 2003 set 11]. Disponível em: <http://www.ipog.com.br/hpv.htm>.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. *Viva Mulher*. Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e Mama. [capturado 2003 ago 2003]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/programas/cancer/estrategias>.
5. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo demográfico 2000*. [capturado 2003 ago 29]. Disponível em <http://www.ibge.gov.br>.
6. Andrade JM. *Rastreamento, diagnóstico e tratamento do carcinoma do colo do útero*. Projeto Diretrizes. Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia. Sociedade Brasileira de Cancerologia. [capturado 2003 ago 29]. Disponível em: <http://www.carcinomacolo.htm>.
7. Berek J S, Hacker NF. *Oncologia Ginecológica: câncer cervical*. Rio de Janeiro: Revinter Ltda; 1992.p.238.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. *Câncer: estimativas*. [capturado 2003 ago 29]. Disponível em: <http://www.inca.gov/estimativa2003/index.asp>.
9. Silva AMN. *A mulher no Estado do Maranhão*. Relatório da Gerência de Qualidade de Vida. Supervisão de Assistência à Saúde Integral. Serviço de Saúde da Mulher. São Luís: 1999.p 15.
10. Guerreiro HMN, et al. Flora vaginal e correlação com aspectos citológicos. *Revista de Saúde Pública*, 1986;6(20):415-420.
11. E Junior J, Almeida GM. Sistema Bethesda: importância no contexto atual. *FEMINA*, 1997;10(25):947-952.
12. Zeferino LC. Desempenho das amostras do canal cervical e do fundo de saco no diagnóstico da neoplasia do colo uterino. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 2000;3(22): 129-134.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA:

Lindinalda Farias Duarte da Silva,
Rua dos Manacás, Qd. 9, nº 13, Apt. 501-B / Cond. Jardim Passarada,
Bairro São Francisco - CEP.: 65076-510, São Luís-MA

Programa de agentes comunitários de saúde do distrito do Itaqui-Bacanga: perfil sócio-econômico e demográfico dos agentes comunitários

Community Health Agent Program in the Itaqui-Bacanga District: social economical and demographic profile of the community agents

Maria de Fátima Braúna Curvina¹; Silvandira Oliveira da Costa¹; Arlene de Jesus Mendes Caldas².

Resumo: Realizou-se um estudo descritivo sobre as ações dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) do Distrito do Itaqui-Bacanga em São Luís – MA, no período de maio a julho de 2003, com o objetivo de determinar o perfil sócio-econômico e demográfico dos ACS e sua percepção enquanto “Agentes de Mudança”. Observou-se que maioria 86,7% dos ACS era do sexo feminino, na faixa etária de 19 a 32 anos (49,6%), escolaridade a nível de ensino médio completo (77,9%), com renda familiar de salário mínimo (54,0%). Quanto a percepção dos ACS, os mesmos disseram que a população está mais esclarecida e interessada sobre as medidas de promoção à saúde, prevenção e higiene (54,9%) e ainda que as famílias comentaram que as visitas domiciliares são proveitosas. Conclui-se que os ACS atendem às necessidades do programa, porém necessitam de mais treinamentos e recursos adequados para sua atuação.

Descritores: ACS, perfil sócio-econômico, percepção.

Abstract: A descriptive study on the proceedings of Health Community Agents (HCA) in the Itaqui-Bacanga District of São Luis, Maranhão, Brazil was performed in the period of May to July, 2003, to determine the social economical and demographic profile of the HCA as well as their perceptions as “Agents of transformations”. It was observed that a great majority of the agents (86.7%) were of the female sex with a mean age of 19 – 32 years (49.6%), high school graduates (77.9%), and household income of a minimum salary (54.0%). As to the responsiveness of the HCA, they reported that the population is more informed and interested on health and hygiene measures (54.9%), and that the families further commented that the household visits are advantageous. It is concluded that the HCA fulfill the program’s necessities, but that further trainings and adequate resources are called for in their proceedings.

Keywords: HCA, social economical profile, awareness.

Introdução

A idéia de criar a função Agente de Saúde vem de muito longe. O primeiro registro sobre este tipo de trabalho, ou similar aos agentes comunitários de Saúde (ACS), foi na Mongólia. A cerca de 50 anos, camponeses eram recrutados pelas organizações locais do Estado, começando pelo interior e eram treinados para dar os primeiros socorros. Como nômades eles andavam em grupo de quatro ou cinco e acampavam em vilarejos e pequenos agrupamentos onde atuavam com enfermeiros, conhecidos como ajudantes de saúde¹.

Em 1949 veio a revolução chinesa, liderada por Mo Tse Tung que incorporou a proposta no sistema de saúde do país, recrutando nas chamadas comunas, aldeões e camponeses que tivessem interesse e algum preparo. Não eram médicos, mas recebiam orientações básicas, também não recebiam dinheiro, mas ganhavam o correspondente ao que produziam na lavoura. Daí surgiram os “Médicos dos Pés Descalços”¹.

A década de 70 marca o surgimento da Medicina Comunitária e de propostas formuladas por agências internacionais como a Organização Mundial de Saúde, destinadas a garantir a extensão do cuidado

à saúde a populações pobres urbanas e rurais². Dentre essas propostas, resalta-se a de preparação de novas categorias de pessoal de saúde. O documento elaborado após a Conferência de Alma Ata em Genebra em 1978, propõe a preparação de pessoas da comunidade, bem como a incorporação dos praticantes da medicina popular para prestação daquele cuidado³.

No Brasil, as primeiras ações próximas a essa idéia surgiram nesta década, sem grande amplitude, apenas em alguns poucos municípios de São Paulo e Paraná⁴.

Em 1980, o então secretário de saúde do governo do Distrito Federal detectou que a situação da saúde estava um verdadeiro caos. Partindo da análise do sistema de saúde existente até então no Distrito Federal e tomando conhecimento dessas deficiências adotou como meta governamental a extensão de cobertura dos serviços básicos de saúde através de uma hierarquização com níveis de complexidade crescente da assistência, o que compreendeu a regionalização da assistência. Nessa condição foram implantados 40 centros e postos de saúde e foram recrutados para trabalhar nessas unidades “Agentes Comunitários de Saúde”.¹

¹Enfermeiras do HUUFMA.

² Mestre em Saúde e Ambiente Docente da UFMA.

No Maranhão, o serviço oficialmente foi implantado em 1991, após a IX Conferência Nacional de Saúde, com o advento do processo da municipalização, cabendo ao município as ações e serviços de saúde, formular políticas locais de saúde e gerenciar recursos e as instituições voltadas para a prestação de atenção à saúde.

No Distrito Itaqui-Bacanga, periferia de São Luís, capital do Estado do Maranhão, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, foi implantado no ano de 1991, iniciando com duas equipes ampliando posteriormente, em 2001 para cinco equipes.

A Lei nº 10.507 de 10 de julho de 2002, em seu artigo 2º, diz que a profissão de Agente Comunitário de Saúde (ACS), caracteriza-se pelo exercício de atividade de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor local.⁵

Atualmente as responsabilidades administrativas dos ACS estão, ligadas ao Centro Integrado de Apoio Profissional (CIAP) que é uma Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), porém as responsabilidades técnicas estão ligadas à Secretaria Municipal de Saúde.

Os manuais esclarecem que o ACS é uma pessoa da própria comunidade, sendo esperado dele conhecer muito bem a comunidade em que vive, e sentir em todas as famílias a sua família e identificar-se em todos os sentidos com a sua comunidade principalmente na cultura, linguagem e costumes.⁶

Com a implantação da rede de serviços básicos e a adoção da assistência primária de saúde,

como uma metodologia alternativa, o Agente Comunitário de Saúde, surge para dinamizar esse novo sistema em expansão em nosso país.

Durante todos esses anos de implantação e implementação desse programas, surgiram vários questionamentos em relação a prática desses agentes, tanto no que se refere à necessidade de se ampliar o rol de suas funções originais, como nas supostas atribuições de que o seu desempenho é o responsável direto pela eficiência ou não dos serviços de saúde desenvolvidos nos postos e centros de saúde.

Esse tipo de questionamento está até certo ponto ligado ao processo de capacitação dos Agentes de Saúde, responsáveis pelo atendimento primário, no tocante a defasagem dos conteúdos e método pedagógico utilizado, período e local de treinamento, as funções e o próprio perfil dos Agentes de Saúde.

Nesse contexto, os aspectos aqui abordados, corroboram com o valor do estudo do ACS, pela amplitude de suas ações, por sua importância norteadora nas políticas públicas e pelo fato de inserir a participação da Comunidade em movimentos sociais.

Entendemos ser o momento de mudança, almejado enquanto gestores e parte de uma comunidade, com a necessidade de reversão de um modelo hospitalocêntrico para uma assistência preventiva com custos menores e mais racionalizados e com melhor distribuição dos serviços.

O presente estudo tem como objetivos: caracterizar o ACS quanto aos aspectos sócio-econômico e demográficos e demonstrar a partir da percepção dos mesmos, pontos importantes no desempenho de suas atividades e seus resultados.

Métodos

Realizou-se um estudo descritivo com Agentes Comunitários de Saúde (ACS) do Distrito Itaqui-Bacanga em São Luís – MA. O estudo foi realizado no período de maio a julho de 2003.

O Distrito Itaqui-Bacanga foi escolhido devido ser pioneiro na implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em São Luís, no ano de 1991. É formado por 18 bairros, com população de 107.839 habitantes, dos quais aproximadamente 60% são mulheres e crianças.⁷

O Distrito tem cobertura de cinco equipes de PACS e 1 equipe do Programa Saúde da Família (PSF). As equipes do PACS estão constituídas de 113 ACS e 5 enfermeiros, alocados em 5 unidades de saúde a saber: Centro de Saúde Vila Bacanga, Unidade Mista Itaqui-Bacanga, Centro de Saúde Clodomir Píneiro Costa, Centro de Saúde São Raimundo e Centro de Saúde Vila Nova.

A população do estudo foi constituída pe-

los 113 agentes que atuam no PACS no distrito Itaqui-Bacanga.

A coleta de dados foi realizada pelas pesquisadoras. Inicialmente foram esclarecidos aos ACS sobre os objetivos do estudo e a importância de sua participação, os quais aceitaram e assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido. E, em seguida coletou-se os dados por meio de um questionário com perguntas abertas e fechadas, referente a escolaridade, idade, renda familiar, sexo, residência, dificuldades encontradas no desenvolvimento de suas atividades, e auto-avaliação dos ACS sobre seu desempenho.

O referido instrumento foi previamente testado para verificar a sua adequação ao estudo em apreço, não sendo necessário modificá-lo.

Os dados foram inseridos e tabulados no programa EPI-INFO versão 6.04b e posteriormente analisados e apresentados em tabela.

Resultados

A Tabela 1 mostra que a maioria dos ACS estudados é do sexo feminino (86,7%). Quanto à idade, observou-se que a mínima foi de 19 anos e a máxi-

ma, 72 anos, sendo que a faixa etária predominante foi de 19 a 32 anos (49,6%).

Tabela 1 - Características sócio-econômicas e demográficas dos ACS na área do Itaqui-Bacanga, São Luís –MA, 2003.

Características	f	%
Sexo		
Feminino	98	86,7
Masculino	15	13,3
Faixa etária		
19 a 32 anos	56	49,6
33 a 44 anos	45	39,8
45 a 72 anos	12	10,6
Renda familiar		
1 salário mínimo	61	54,0
2 salários mínimos	43	38,0
≥ 3 salários mínimos	09	8,0
Escolaridade		
Ensino fundamental incompleto	04	3,5
Ensino fundamental completo	03	2,7
Ensino médio incompleto	12	10,6
Ensino médio completo	88	77,9
3º grau incompleto	06	5,3
Religião		
Católica	66	58,4
Evangélica	45	39,8
Espírita	01	0,9
Outros	01	0,9
Procedência		
Distrito Itaqui-Bacanga	108	95,6
Outros	05	4,4
Total	113	100,00

Em relação à renda familiar, verificou-se que mais da metade (54,0%) dos ACS recebem um salário mínimo. Referente ao nível de escolaridade, todos são alfabetizados, sendo que 77,9% concluíram o ensino médio e 5,3% tem o 3º grau incompleto. A religião predominante é a católica com 58,4% seguida da evangélica com 39,8%. Observa-se que a maioria (95,6%) reside na área de atuação e próximo a ela (4,4%).

A Tabela 2 mostra que a maior dificuldade encontrada pelos ACS no desenvolvimento de suas atividades, foi a falta de balanças, material de expediente, material educativo e treinamentos (46,0%), seguida de falta de estrutura física nos serviços de referência (34,5%) e não aceitação ainda por parte de algumas pessoas (6,2%). Os dados mostram ainda uma parcela considerável de ACS que informa não encontrar nenhum tipo de dificuldade.

A Tabela 3 demonstra que a grande maioria dos ACS (97,3%) declara conhecer integralmente suas atividades, enquanto que 2,7% informa conhecê-las em parte. Quanto a freqüência das visitas domiciliares, 46,0% informa executá-las com intervalos de 15 dias; 5,3% com 10 dias; 20,3% com 7 dias; 2,7% com 5 dias e 25,7% diz que depende da necessidade.

Tabela 2 - Dificuldades encontradas pelos ACS no desenvolvimento das suas atividades. Itaqui-Bacanga, São Luís – MA, 2003.

Dificuldades	f	%
Falta de material*	52	46,0
Estrutura inadequada nos serviços de referência	39	34,5
Não aceitação por parte de algumas pessoas	07	6,2
Nenhuma dificuldade	15	13,3
Total	113	100,0

Tabela 3 - Condições para a operacionalização das atividades desenvolvidas pelos ACS e intervalo de visitas. Itaqui-Bacanga, São Luís – MA, 2003.

Condições	f	%
Conhecimento de suas atividades		
Sim	110	97,3
Em parte	03	2,7
Intervalo de visitas		
15 dias	52	46,0
10 dias	06	5,3
07 dias	23	20,3
05 dias	03	2,7
Depende da necessidade	29	25,7
Total	113	100,00

A Tabela 4 relata a percepção dos ACS quanto às melhorias nas condições de saúde da comunidade a partir de suas ações, onde 54,0% declara que a população está mais esclarecida, interessada em saúde, prevenção e higiene; 5,3% que houve diminuição da mortalidade infantil; 19,5% que aumentou o controle do diabetes e hipertensão; 1,8% que aumentou o controle da hanseníase e tuberculose; 15,0% que aumentou as consultas de pré-natal; 11,5% que aumentou a procura pelos postos de saúde e 24,8% que as vacinas estão atualizadas.

Tabela 4 - Percepção do ACS quanto a melhorias nas condições de saúde da população. Itaqui-Bacanga, São Luís – MA, 2003.

Percepção	f/n
%	
População mais esclarecida interessada em prevenção, saúde e higiene	61/113
54,9	
↓ da mortalidade infantil	06/113
5,3	
↑ do controle de diabéticos e hipertensos	22/113

A Tabela 5 expressa a fala dos ACS quanto à receptividade e comentários das famílias a respeito das visitas domiciliares. Observa-se que 96 (85,9%) informaram que as famílias acham as visitas muito importantes; 33 (29,2%) disseram que as famílias cobram remédios, bolsa alimentação e cartão SUS e 5 (4,4%) relataram que algumas pessoas não gostam das visitas.

Tabela 5 - Receptividade da comunidade segundo os ACS em relação às visitas domiciliares e comentários das famílias. Itaquí-Bacanga, São Luís – MA, 2003.

Comentários	f/n	%
As visitas são muito proveitosas	96/113	85,0
Cobrança do Cartão SUS, bolsa alimentação e remédios	33/113	29,2
Não gostam das visitas	05/113	4,4

Discussão

No presente estudo, os dados sócio-econômico e demográficos da população estudada reafirmam o resultado da pesquisa IBGE onde foi constatada a predominância no número de mulheres, como maior força de trabalho, assumindo o papel de “chefe de família”, e a situação econômica do país, onde a grande maioria da população vive em situação financeira aquém de suas necessidades básicas.

O grau de escolaridade dos ACS, ensino médio completo, contribui para um nível de esclarecimento com maior absorção e transferência de conhecimentos, favorecendo mudanças positivas na comunidade. O fato da grande maioria residir na própria área de atuação, contribui para o trabalho dos mesmos, pois têm conhecimento dos problemas vividos pela comunidade, suas necessidades e as ações voltadas para ela e também por serem conhecidos, tem maior facilidade de acesso às famílias.

Observa-se uma deficiência estrutural quando os ACS declaram que há falta de balança (como acompanhar desnutridos sem pesar), material de expediente, treinamentos e inexistência de condições adequadas dos postos. É oportuno para debate acadêmico, reflexões e práticas que apontem soluções para pontos básicos na renovação do modelo assistencial, visto que a falta desses elementos, sob o ponto de vista das pesquisadoras, vêm comprometer seriamente a assistência prestada, levando a crer que sem condições adequadas de trabalho, os ACS ficam impossibilitados de desenvolverem uma boa assistência às famílias.

Os ACS relatam ter conhecimento de suas atividades, do seu supervisor e da comunidade. Entretanto, as visitas domiciliares não são sistematizadas, prejudicando a qualidade da assistência prestada.

Fica claro que os resultados demonstrados, ainda não estão dentro da meta preconizada para este novo elemento da equipe de saúde. É enfatizado teoricamente que o básico de suas ações deveria ser a “educação para a saúde”, e os resultados indicam que na área, a população está mais esclarecida quanto a

higiene, saúde, prevenção, porém a parte educativa, acompanhamento de gestantes, recém-nascidos, busca ativa de faltosos ou casos novos de tuberculose e hanseníase, aparecem de maneira insignificante. Estes dados indicam que as equipes do PACS do distrito necessitam de um treinamento para melhorar seu desempenho.

No tocante à receptividade das famílias, os ACS referem que a grande maioria, os recebem de maneira positiva, elogiando seu trabalho, muitas até agradecendo por “contarem com quem se preocupa com elas”. Mas, ainda há uma parcela dos que são adeptos da assistência paternalista, os quais só buscam “benéncias”, reforçando o que Rikfin comenta que nos programas de saúde comunitária e desenvolvimento iniciados em alguns países na década de 70, muitos dos membros da comunidade não tinham conhecimento do Agente ou só viam neles um distribuidor de remédios⁸.

Partindo dos aspectos apresentados, vê-se que a inserção do ACS especializado na prestação da assistência à comunidade tem fundamental importância no desenvolvimento da atenção primária de saúde. Segundo Paim⁹, o PACS é um projeto lógico dentro do novo modelo assistencial, desde que para isso tenhamos pessoas qualificadas nesse carro chefe.

Baseado nos resultados encontrados constatamos a existência deste profissional, à frente de tão relevante Mister, onde apesar das dificuldades encontradas, deixa sua contribuição no processo.

A prática e o desenvolver das ações dos ACS, o grau de conscientização de que é “Agente de Mudança” existe, falta-lhe apenas maiores ferramentas advindas dos planejadores do processo, para que o exercício desta prática prevaleça como compromisso social com a comunidade.

No processo ainda incipiente, foram apontadas falhas estruturais atreladas a fatores sócio-econômicos e culturais, que impedem de certa forma o aceleração do processo. Contudo observa-se uma sinalização, uma meta a ser alcançada.

Conclusão

O desafio de buscar formas e alternativas para a melhoria das condições de saúde do nosso país continua. Problemas sempre existirão. Confiamos que a cada dia estamos nos aprimorando, amadurecendo e capacitando-nos, gestores, dirigentes de saúde e pro-

fissionais para o enfrentamento dos problemas de saúde da população, pois não existe problema maior ou menor, maior ou menor é a aceitação e capacidade de resolução de cada um.

Referências

- 1 Organização Mundial de Saúde/UNICEF. *Proposições alternativas para o atendimento das necessidades básicas de saúde em país em desenvolvimento*. Alma Ata: OMS; 1980.
- 2 Donnangelo MCF, Pereira L. *Saúde e sociedade*. São Paulo: Duas Cidades; 1989.
- 3 Organização Mundial de Saúde. *Informe da Conferência Internacional sobre a Atenção Primária de Saúde*. Alma Ata: OMS.; 1978.
- 4 Rocha L. *A profissão de agente comunitário de saúde*. Brasília: Ed. Ida Pitricovsky de Oliveira; 1998.
- 5 Brasil. Ministério da Saúde/GM. *Lei nº 10507 de 10 de julho de 2002*. Brasília: MS/GM; 2002.
- 6 Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. *Manual de Recrutamento e Seleção*. Programas de Agentes Comunitários de Saúde. Brasília: FNS; 1991.
- 7 Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio, 2000* – Maranhão. Brasília: Projeção; 2001.
- 8 Rikfin, SB. *Participação comunitária na teoria e na realidade*. 1984.
- 9 Paim, J S. *A reorganização das práticas de saúde em distritos sanitários*. São Paulo: Hucitec/Abrasco; 1993.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA:

Silvandra Oliveira da Costa
Via 5, Casa 10, Park La Ravardièrre – Altos do Calhau
Cep.: 65.070-000, São Luís – Maranhão
Fone: (98) 246-2395 / 8114-9769

Programa de saúde da família: desafio dos gestores municipais da região do Tocantins

Family Health Program: a challenge for the municipal managers in the Tocantins region

Francisca Jacinta Feitoza de Oliveira¹, Maria Zenilda Lira do Rêgo²,
Maristela Campos de Sousa³, Tânia Suely da Silva Ferreira¹

Resumo: O presente trabalho descreve e avalia as dificuldades e desafios enfrentados pelos gestores municipais de saúde da Região do Tocantins na implantação e efetivação do Programa Saúde da Família. Baseado no contexto de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), no país, no qual se evidencia cada vez mais a necessidade de uma adequada prestação de serviços ao nível local. Foi realizado um estudo descritivo analítico da formação e percepção dos gestores quanto às políticas públicas de saúde direcionadas ao Programa Saúde da Família. A pesquisa foi realizada utilizando entrevistas, descrevendo e avaliando a definição do Programa Saúde da Família na visão do gestor. O estudo permitiu a análise da percepção dos gestores, que não possuem formação e entendimento necessários para desempenhar as atividades intransponíveis da gestão plena com responsabilidade, fomentadora da dinâmica que garante o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde, quer em atenção básica, média e alta complexidade priorizando a promoção da saúde e qualidade de vida realizada através do Programa Saúde da Família.

Descritores: gestor, saúde da família.

Abstract: The Present study outlines and evaluates the difficulties and challenges faced by the Municipal Health Managers in the Tocantins Region in implementing and setting off the Family Health Program, based on the context of implementation of the National Health Program (SUS) in which, the need for adequate and increased local services is evidenced. An analytical descriptive study was undertaken as to the working out and perception of the managers regarding public health policies aimed at the Family Health Program (FHP). The survey made use of interviews, describing and assessing the definition of the FHP from the Municipal Manager's standpoint. The study allowed for the analysis of managers' perception, who do not possess schooling and know-how necessary for performing the activities of plain management with responsibility, which foment the dynamics that assures the equal and overall access to health services with respect to basic attention, high and medium complexity, priming the promotion of health and life quality put forward by the Family Health Program.

Keywords: health manager; family health

Introdução

Gerência é conceituada como administração de uma unidade ou órgão de saúde (ambulatório, hospital, instituto, fundação etc.), que caracteriza como prestador de serviços do Sistema. Enquanto a gestão é a atividade e a responsabilidade de gerir um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional), mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria. São, portanto, gestores do SUS os Secretários Municipais, Estaduais de Saúde e o Ministro da Saúde, que representam, respectivamente, os governos municipais, estaduais e federal¹.

Nesta compreensão, deve-se admitir que o papel do Gestor Municipal não se trata apenas de gerir uma rede de serviços, mas de implementar e desenvolver um modelo assistencial, em bases políticas, gerenciais e técnicas diversas da experiência já vividas.

Para o sistema Municipal de Saúde no nível político, o gestor municipal desenvolverá as experiências de articulação com a sociedade, através de

suas diferentes formas de organizações e representação, a fim de garantir a participação e a legitimidade. Também deverá articular-se com os órgãos estaduais e federais para o desenvolvimento dos planos, programas e projetos a serem realizados no âmbito de seu Município. Deverá ainda, buscar a articulação com os outros municípios a fim de realizar ações conjuntas para atender a problemas conjunturais ou mesmo ações permanentes, como consórcios intermunicipais, para atender a problemas específicos.

No plano técnico-gerencial, cabe ao gestor as funções de planejamento, organização, direção e controle do sistema. Estas funções variam de complexidade e requer maior ou menor grau de especialização, dependendo do porte de cada município. Entretanto, em qualquer circunstância ou complexidade, são funções do gestor. Por se tratar de um processo social em curso, as funções se desenvolvem simultaneamente e não numa seqüência temporal, onde devemos destacar a grande importância que se desenvolva com a participação da sociedade². Cabendo aos gestores res-

¹ Enfermeiras.

² Assistente Social. Especialista em Administração Pública Municipal.

³ Enfermeira. Especialista em Administração Pública Municipal e em Gestão de Recursos Humanos.

ponsabilidades específicas e delas devem dar conta à Administração Municipal, aos órgãos de controle estaduais e federais e, principalmente, à sociedade.

Políticas de saúde no Brasil

Partindo do princípio da não neutralidade do Estado: ou seja, concebendo-o como representante dos grupos hegemônicos, econômica e politicamente definidos. É possível o entendimento da maior parte das transformações ocorridas no interior das políticas de saúde e, em conseqüência, assistência à saúde da população^{3,4}. Desta forma a cidadania e o “Direito” a Saúde, enquanto um de seus princípios, que seriam inerentes à condição humana; estão ou não presentes, ampliam-se e retraem-se, a medida que haja maiores ou menores pressões populares sobre o Estado⁵.

No Brasil, observam-se ações estatais, mais efetivas nas formulações de políticas de saúde, no início do século XX, acompanhando o desenvolvimento de um modelo econômico agrário exportador¹. Com absoluta ênfase à década de trinta, quando ocorreram transformações nesse modelo e diversificação da força de trabalho.

O capitalismo-liberal, estimulado a partir da década de sessenta, acarreta ênfase à já existente dicotomização das ações de saúde; caracterizando medidas de assistência médica e de saúde pública^{6,7,8}.

Na realidade, concomitantemente, consolidaram-se no país inúmeros modelos de prestação de assistência à saúde destacando-se: os liberais privados, destinados à parcela minoritária da população; a medicina de grupo, à alguns seguimentos de trabalhadores urbanos e o modelo previdenciário e de prestação de saúde pública. Esse último baseado no modelo de programação normativa⁹. Esses distintos modelos, expandem-se à custa de recursos estatais e caracterizam a irracionalidade do sistema e a iniquidade de direitos.

Nesse período, paralelamente a essa expansão do setor privado, há lento crescimento de serviços estatais e diminuição da qualidade de vida; conseqüência tanto da má distribuição da renda, como do descaso do governo para com a saúde de grande parte da população, “marginalizada” pelo sistema de previdência social. Cabe lembrar que a expansão do setor privado ocorre às expensas de recursos públicos repassados ao setor.^{6,10}

Assim, os gastos do governo com a medicina previdenciária, através da compra de serviços, aumentaram sobremaneira. Estes gastos eram relativos tanto à tecnificação e sofisticação médica, como ao maior engajamento de trabalhadores no mercado formal. Destaca-se ainda, o grande número de fraudes das contas destinadas ao repasse de verbas do governo aos prestadores de serviços⁶.

Esses fatos deveriam na denominada “crise previdência”, assumida através do discurso oficial a partir de 1976. Na ocasião, o próprio governo militar buscava alternativas para reversão dos processos⁶.

Contribuíram para essa busca de alterna-

tivas, tanto o esgotamento do modelo adotado pelos técnicos da Ditadura, como as pressões populares por melhores condições de vida. Verifica-se na ocasião uma série de tentativas de mudanças do sistema, concretizadas a partir dos anos 80.

Cabe destacar neste sentido a portaria nº 3046/82¹¹, que tinha como intuito principal à racionalização da assistência a saúde proposta pelo Conselho Consultivo da Previdência e Assistência Social (CONASP), que havia elaborado um plano de reorganização do setor saúde.

No interior do plano foram propostas dezessete diretrizes racionalizadoras; dentre as quais destaca-se o Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS).^{12,13}

Logo no início, esse programa adquire conotação de implementação de políticas, transformando-se em estratégia de Ações Integradas de Saúde (AIS) com objetivo de melhorar a rede pública de assistência à saúde¹⁴.

Através das AIS havia o repasse de recursos federais, predominantemente da previdência às secretarias estaduais de saúde, responsáveis por sua transferência aos municípios. Com essa integração de esforços pretendia-se atingir aumento da cobertura de serviços, principalmente básicos¹⁵.

O mecanismo de gestão colegiada das AIS, em todo os níveis, é uma de suas principais características de gerência¹⁶.

Com o término da ditadura, há eleição do presidente por um colegiado eleitoral e convocação de eleições para o legislativo com poderes constituintes.

A Carta Constitucional promulgada em 1988, no que tange à saúde norteia-se nas propostas da VIII Conferência Nacional de Saúde. Tais Conferências Nacionais de Saúde¹⁸ fórum de debates de amplos seguimentos da sociedade, tiveram papel de relevância para as políticas de saúde¹⁷.

Em particular, a VIII Conferência onde é estabelecida como meta, a reforma sanitária nacional. Reforma essa que, certamente transcende a reorganização do setor saúde para mudanças na qualidade da vida de toda sociedade.

Na Carta Magna pela primeira vez na história nacional está inserida a figura do (Direito à saúde). Também nela, são definidas diretrizes para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), já com o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) implementado¹⁸.

São princípios norteadores do SUS: a universalidade; equidade; gratuidade; descentralização administrativa; integralidade do cuidado (ênfase nos aspectos preventivos e fim da dicotomia de ações); descentralização administrativa; participação popular e ocupação plena do setor público, com complementaridade dada pelo setor privado de assistência à saúde^{8,9}.

A Lei Orgânica de Saúde nº 8.080/90, sancionada em agosto de 1990, sofreu numerosos vetos por parte da Presidência, o que causou prejuízos ao que fora originalmente concebidos^{8,9}.

A lei nº 8142, que dispõe sobre a organização e o custeio da seguridade social, permite a União a não cobertura do déficit com saúde e assistência.^{8,9}

Nos início dos anos 90, o repasse de verbas federais torna a ser negociado, havendo queda no aporte de recursos com sobrecarga dos gastos municipais.

Mesmo diante deste quadro realiza-se a IX Conferência Nacional de Saúde, onde, apesar da falta de apoio oficial, há grande representatividade da população organizada. Na Conferência enfatiza-se a necessidade do cumprimento da lei, já definida pela Carta Magna¹⁹.

Em 1992, é editada pelo Ministério da Saúde, a Norma Operacional Básica de Assistência à Saúde, do SUS que define linhas para o planejamento, gerenciamento e financiamento do sistema e atribuição a seus inúmeros componentes³. O Ministério da Saúde publica no ano de 1993, em nome do Conselho Nacional de Saúde, várias diretrizes visando o cumprimento da legislação vigente⁴.

Paralelamente o país atravessava um período de incertezas em sua política econômica (só controlada a partir de 1994, através de um novo plano de estabilização), havendo graves desajustes em suas finanças públicas e oscilações em suas taxas de crescimento.

Esse contexto, formado por múltiplos problemas, de diferentes ordens incidiu de forma bastante aguda na demanda e oferta de saúde, e passou a ser denominado, nos anos 90, de crise da saúde. A crise da saúde é uma das razões mais fortes para o início da reforma da saúde no Brasil, a partir de 1995. Havendo a formulação da nova norma operacional, (NOB-96), dando início ao período de reforma incremental do SUS²⁰.

O programa Saúde da Família

O Ministério da Saúde criou, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF) com os propósitos: reorganizar a prática à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família e, com isso, melhorar a vida dos brasileiros. A estratégia saúde da Família prioriza as ações de prevenção da doença, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua.

O Programa Saúde da Família (PSF) é a principal estratégia de organização da atenção básica. Uma Equipe de Saúde da Família, formada por, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde, é responsável pelo atendimento de uma determinada comunidade, englobando de 2.400 a 4.500 pessoas. Profissionais como assistentes sociais, psicólogos e outros, poderão ser incorporados ou formar equipes de apoio, de acordo com as necessidades e possibilidades locais.

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) é hoje considerado parte do PSF. Nos municípios onde há somente PACS, este pode ser con-

siderado um programa de transição para o PSF. No PACS, as ações dos agentes de saúde são acompanhadas e orientadas por um enfermeiro/ instrutor lotado em uma unidade de saúde¹¹.

Dessa forma o PSF se constitui como estratégia estruturante dos sistemas de saúde no Brasil, tendo demonstrado potencial para provocar um importante movimento de reordenamento do modelo vigente de atenção. Suas diretrizes apontam para uma nova dinâmica na forma de organização dos serviços e ações de saúde, possibilitando maior racionalidade na utilização dos níveis de mais complexidade assistencial e resultados favoráveis nos indicadores da população assistida.

O princípio operacional do PSF cria vínculos através dos serviços oferecidos nas unidades básicas de saúde e a população, o que possibilita o resgate da relação de compromisso e co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e usuários dos serviços. Esse vínculo tem se constituído como grande diferenciador em relação ao modelo tradicional de prestação de serviço de saúde.

A velocidade de expansão do Programa Saúde da Família comprova a adesão de gestores estaduais e particularmente gestores municipais. Inicialmente concentrada em municípios de pequeno e médio porte, começa a deslocar-se para os grandes centros urbanos⁰⁶.

O município é colocado diante do desafio de reorientar o conjunto de ações e serviços desenvolvidos no sistema municipal de saúde. Levando-se em conta a heterogeneidade das situações dos municípios, mais do que implementar as propostas e diretrizes emanadas do nível Federal e Estadual, enquanto o desafio maior para os gestores é definir a linha com que irão conduzir a política de saúde municipal articulando distintos elementos gerenciais, financeiros, programáticos, organizativos e operacionais.

Segundo o então ministro José Serra, essa travessia tem que ser acelerada:

[...] Estes desafios tocam na cultura brasileira. E sabemos todos como as mudanças são difíceis e exigem tempo. No entanto, até por imperativo de vida, não há tempo a perder. A mudança é para agora. A vida não pode esperar mais. É uma tarefa para a qual estão convocados profissionais de saúde, intelectuais, secretarias estaduais e municipais de saúde, professores, universidades, sindicatos, população, conselhos de saúde. Para todos a porta do debate está aberta¹.

Um outro aspecto importante nessa estratégia, diz respeito à participação dos gestores na sua efetivação. Neste sentido é que foi identificado este processo na Região do Tocantins que está localizada a oeste do Estado Maranhão, que é composta por quatorze municípios, pela atual estrutura administrativa do Estado, tem uma gerência no município de Imperatriz, que é responsável pelo controle e articulação dos municípios que a compõe e com a administração central do Estado, sendo: Amarante, Buritirana, Campes- tre, Davinópolis, Estreito, Governador Edson Lobão,

Imperatriz, João Lisboa, Lageado Novo, Montes Altos, Porto Franco, Ribamar Fiquene, São João do Paraíso e Senador La Roque.

A região possui uma extensão territorial de 22.470km² e aproximadamente 427.093 habitantes (IBGE/2000). É caracterizada por empreendimentos agropecuários, apresentando também representativa atividade da lavoura de subsistência, não possui atividade industrial de grande porte, estando o comércio varejista em maior potencial instalado no município de Imperatriz, com pequenas representações nos demais municípios.

O perfil sócio-econômico da população está caracterizado por uma pequena camada com estrato médio a alto, que podem dispor de planos de assistência médica privada. A maior parcela populacional está limitada ao acesso dos serviços públicos de saúde.

Historicamente esta população buscava o tratamento das doenças nos hospitais contratados pelo SUS, desenvolvido na maioria desses municípios, o modelo hospitalocêntrico centralizado na doença, dificultando o acesso da população menos favorecida que muitas das vezes por falta de condições de pagar o

serviço de saúde, optava por procurar outro Estado onde o serviço era “gratuito e de mais fácil acesso”.

A mudança neste contexto veio com a proposta do Governo Federal e a decisão política de alguns gestores municipais, dando início a inversão do modelo hegemônico, vencendo todos os paradigmas e aderindo ao Programa Saúde da Família, implantando equipes do PSF e ampliando o PACS, na tentativa de melhorar os serviços de atenção básica e abrindo as portas para o grande desafio, ora enfrentados pelos gestores.

O processo de construção da Estratégia Saúde da Família na Região do Tocantins, constituído de sete municípios onde já foram implantadas equipes do PSF que são: Imperatriz, Porto Franco, Estreito, Montes Altos, São João do Paraíso, João Lisboa e Davinópolis.

No entanto, ainda não possuímos conhecimentos suficientes sobre as suas estratégias de implantação. Assim, esta pesquisa caracterizou a implantação e a efetivação da Estratégia Saúde da Família, nos municípios da Região do Tocantins que implantaram o PSF, considerando as dificuldades encontradas no Brasil e nesses municípios.

Métodos

O presente estudo é descritivo analítico e tem por base a definição de categorias analíticas selecionadas acerca dos desafios enfrentados pelos gestores municipais de saúde de Região do Tocantins para a efetivação do Programa Saúde da Família nos municípios que implantaram o programa, após a autorização do Comitê de Ética em Pesquisa ao Hospital Universitário/UFMA.

A pesquisa foi realizada no Município de Imperatriz, no mês de Agosto de 2003, na Unidade Gestora de Qualidade de Vida da Gerência de Articulação e Desenvolvimento da Região do Tocantins, pelos próprios técnicos pesquisadores durante uma reunião marcada num contato anterior feito através de convite, onde foi apresentado o objetivo da pesquisa e com assinatura do consentimento livre e esclarecido.

Participaram da reunião os Gestores Municipais de Saúde de Imperatriz, Porto Franco, Estreito, Montes Altos, São João do Paraíso, João Lisboa e

Davinópolis, sendo que dois desses gestores (Imperatriz e Estreito) se recusaram a participar desta pesquisa alegando falta de tempo.

Foi utilizado como instrumento para obtenção dos dados, um questionário composto de perguntas referente a dados de identificação e formação dos entrevistados, implantação e grau de dificuldade utilizando uma escala - nenhum, baixo, médio e alto – (apêndice 1). Estes dados foram agrupados em forma de quadros.

Num segundo momento, foi realizada uma entrevista utilizando um roteiro onde os entrevistados responderam por escrito (apêndice 2).

Depois de coletados os dados foram selecionados e agrupados sob a forma de categorias analíticas, onde as expressões mais freqüentes foram destacadas como percepção e definição do PSF, dificuldades por ordem de importância e desafio dos gestores.

Resultados

Foram realizadas entrevistas com cinco gestores que participaram da pesquisa, possuindo a seguinte formação: dois Psicólogos, uma Bioquímica, um médico e um nível médio.

Todos apresentaram atualização em Saúde Pública, e dois estão em fase de conclusão do Curso de Especialização na área de Saúde Pública.

O fortalecimento da atenção básica foi apontado por todos os gestores como o fator mais importante para a implantação do Programa; o aumento da oferta e serviços de saúde; sugestão de implantação pelos profissionais do município; e não ficar fora do modelo vigente, apontado por quatro dos gestores como

fatores importantes para implantação do Programa.

A pressão política como incentivo para a implantação, foi citada por um dos gestores, pressão esta não definida pelo mesmo, se base popular ou imposição político-partidário.

Todos os gestores entrevistados referenciaram o PACS como experiência semelhante ao do PSF no município.

Para a implantação do PSF, foi classificado como alto grau de dificuldade por quatro dos gestores a habilitação na NOAS (Norma Operacional Básica), os recursos humanos, referência e contra-referência, adequação de espaço físico, sistema de

gerenciamento do programa e assistência farmacêutica, foram apontados como grau médio de dificuldade.

Foram apontados como baixo grau de dificuldade, o cadastramento das famílias, acreditar na eficácia/alto impacto para o desenvolvimento do programa, e que não tiveram dificuldade em aprovar a implantação do PSF no Conselho Municipal de Saúde.

Quanto a definição e percepção na opinião dos gestores foi obtido o seguinte:

Gestor 1: “percebo o PSF como um programa estratégico para levar a saúde a todos, indistintamente e aos mais distantes locais”.

Gestor 2: “um programa excelente em sua eficácia, para melhoria da qualidade de vida das pessoas”.

Gestor 3: “é um programa implantado no município para fortalecer a saúde da comunidade e mais todos políticos”.

Gestor 4: “como um programa excelente e de resultados rápidos e eficazes no sentido de melhorar a atenção básica”.

Gestor 5: “é um programa que foi implantado para melhorar a vida das pessoas que não tinha acesso ao serviço de saúde”.

Quanto às opiniões sobre as principais dificuldades enfrentadas pelos gestores:

Gestor 1: “falta de vínculos para manter os profissio-

nais, maior envolvimento e compromisso dos agentes comunitários, e, ainda são poucos os recursos para otimizar o programa”.

Gestor 2: “baixos recursos para manutenção do programa, elevada carga horária exigida dos profissionais”.

Gestor 3: “a maior dificuldade é o perfil do profissional”.

Gestor 4: “dificuldade de encontrar profissionais de nível superior para receber o salário que o PSF dispõe e ao mesmo tempo executar a carga horária que o programa propõe”.

Gestor 5: “rotatividade de profissionais e recursos financeiros para manutenção do programa”.

Os desafios dos gestores para a efetivação do Programa Saúde da Família foram:

Gestor 1: “mais recursos para compra de veículo, melhorar os salários dos profissionais, comprar mais medicamentos, filtros”. Conscientizar os agentes comunitários da importância, motivá-los a empenhar-se mais”.

Gestor 2: “adquirir volume de recursos e profissionais capacitados para execução do programa”.

Gestor 3: “diminuir custos em virtude da demanda, junto a estrutura da saúde pré-existente”.

Gestor 4 não respondeu.

Gestor 5: “organizar os serviços de saúde e fortalecer a inversão de valores”.

Discussão

Embora a maioria dos gestores entrevistados seja de nível superior, com formação específica na área da saúde, ainda não foi absorvido o papel de gestor de acordo com o novo modelo assistencial.

Ciente do conhecimento teórico, recebido durante as especializações, atualizações, seminários e oficinas, é predominante a existência do modelo anterior, sendo identificado a não valorização da participação popular e o controle social entre os principais fatores para implantação do PSF.

Observa-se que o interesse em implantar o PSF é representado na burocratização dos projetos e documentação para a vinda de recursos, ou ainda, seguir o modelo vigente promovendo marketing político, não priorizando assim, especificamente a reorganização dos serviços de saúde.

Existe uma confusão por parte dos gestores no entendimento quanto à habilitação de acordo com os modelos da NOB ou NOAS, sendo que a condição de gestão de cada município não é empecilho para a implantação do PSF, visto que todos os municípios desta Região estão habilitados em alguma forma de gestão.

Para os gestores, os recursos humanos estão ligados diretamente à carga horária, salário e a falta de perfil do profissional direcionado para a saúde coletiva.

É importante salientar que o perfil do profissional do PSF é adquirido a partir da formação acadêmica, em que muitos vêm da formação tradicional ligada à assistência curativa.

Outra dificuldade encontrada pelos gestores é a referência e a contra-referência, não ha-

vendo uma relação de referência entre os municípios. Levando-se em conta a regionalização que facilitaria o acesso e a resolutividade dos problemas encontrados pela equipes do PSF.

O espaço físico das unidades de saúde, caracterizado pelos gestores, como problema para implantação, demonstra a falta de prioridade e iniciativa das equipes e também dos gestores, considerando que as atividades realizadas pelas equipes não necessitam de uma grande estrutura, e sim, de uma estrutura mínima para realizar os procedimentos básicos.

O gerenciamento do programa identifica pelos gestores retrata todas as dificuldades encontradas na operacionalização do programa, já que a falta de gerenciamento pode levar aos conflitos dentro da unidade de saúde, equipes e a comunidade.

A medicalização herdada do modelo antigo, provoca a insatisfação e a ineficácia da assistência farmacêutica quanto a quantidade e diversificação dos medicamentos, sendo insatisfatória para atender a demanda do programa, na visão do gestor.

O cadastramento das famílias apontado como baixo grau de dificuldade não condiz com a realidade, considerando o Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB que na maioria dos municípios, apresenta problemas na alimentação e geração de informação.

O crédito na eficácia e no alto impacto do desenvolvimento do programa apontado como baixo grau de dificuldade, denota a confusão do entendimento por parte dos gestores, pois os mesmos não procuraram estruturar a atividade para que efetivamente seja fortalecida a atenção básica.

Conclusão

O Programa Saúde da Família, hoje estratégia de reorganização da atenção básica, tem demonstrado grande eficácia em sua implantação e efetivação, porém para muitos gestores continua o desafio de fazer funcionar um programa que pode mudar os valores culturais, econômicos e sociais de um município.

De acordo com experiências já vivenciadas por gestores municipais, os maiores desafios para a efetivação do PSF são: falta de recursos financeiros para manter o programa, falta de recursos humanos comprometidos com a estratégia, operacionalização do programa, desde o monitoramento, avaliação e resultados.

A falta de entendimento do que é construir um novo modelo de saúde, ligado ao planejamento local, participação popular e controle social, acabam provocando em muitos desses municípios a realização de medicina pobre para pobre, centralizado em ambulatórios, medicalização e exames laboratoriais,

não havendo uma inversão de valores culturais e de saúde.

Baseado nas experiências e na avaliação do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB, pode observar a melhoria dos indicadores de saúde, após a implantação da PSF onde existe uma estrutura que funciona.

O Ministério da Saúde, Secretários de Saúde Estaduais e Municipais, tem buscado melhorar as condições de financiamento do Programa, a capacitação de profissionais desde a base acadêmica até o exercício profissional, além de proporcionar o monitoramento e avaliação das equipes.

Para os gestores vale fazer uma reflexão sobre o verdadeiro compromisso da gestão norteando as políticas públicas de saúde para fazer valer os princípios e diretrizes do SUS, não usando a estratégia Saúde da Família como meio de ascensão política partidária ou a busca de cargo

Referências

1. Braga JCS, Paula SG. Saúde e Previdência: estudos de política social. São Paulo: CEBES/HUCITEC; 1981.
2. Brasil. Constituição de 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília. Senado. 1988.p. 133-4 (Seção II. Da Saúde).
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. *Norma operacional básica de assistência à saúde*. Brasília: MS; 1992.
4. Brasil. Ministério da Saúde. GED / MS. Municipalização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei. *Saúde Debate*, 1993; (38): 4-17.
5. Brasil. Ministério da Saúde. *Revista Brasileira de Saúde da Família*, 2000; 1(2).
6. Brasil. Ministério da Saúde. *Revista Brasileira de Saúde da Família*, 2002; 2(4).
7. Brasil. Ministério da Saúde. *Saúde da Família: uma nova estratégia de reorientação da assistência à saúde*, Brasília: MS; 1997.
8. Brasil. Presidência da República. *Despachos do Presidente da República* nº 680. Comunicação do Presidente da República ao Presidente do Senado Federal sobre vetos parciais ao projeto de lei nº 50 de 1990. Brasília, 20 de setembro de 1990.
9. Brasil. Leis, etc. Lei n.º 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 20 de setembro, 1990. p. 18055-9
10. Brasil. Ministério da Saúde e Previdência Social. *Reorientação da assistência à saúde no âmbito da previdência social*; Brasília; 1983. 3. ed. MS; 1983.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Gestão Municipal. *Textos básicos*. Rio de Janeiro: MS; 2001.
12. Campos. GWS. *Subordinação da saúde pública à dinâmica de acumulação capitalista ou breve história do acaso da saúde pública*. Campinas: 1987. [Mimeografado]
13. Campos. GWS. *A reforma da reforma: repensando a saúde*. São Paulo: CEBES/HUCITEC; 1988.
14. Campos. GWS. *Reforma Sanitária necessária*. In: Berlinguer, G. et al. Reforma Sanitária: Itália e Brasil. São Paulo: CEBES/HUCITEC; 1988. p. 179-94.
15. Carvalho GCM. O momento atual do SUS: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei. *Saúde Sociedade*, 1993; (2): 9-24.
16. Carvalho MS, Mazorcchi KBF. Avaliação da prática de vigilância epidemiológica nos serviços públicos de saúde no Brasil. *Saúde Pública*, 1992; (26): 66-74.
17. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. *Relatório*. Alma-Ata: UNICEF/OMS, 1978.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Conferência Nacional de Saúde. 5., Brasília, 1975. Anais... Rio de Janeiro: Fundação Serviço Especial de Saúde Pública, 1975. (Seção das Artes gráficas)
19. Brasil. Ministério da Saúde. Conferência Nacional de Saúde. 6., Brasília, 1977. Anais... Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1978.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Conferência Nacional de Saúde. 7., Brasília, 1980. Anais... Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1980.

Avaliação da frequência da estomatite protética em diferentes grupos de usuários de próteses totais superiores

Assessment of prosthetic stomatitis in different user groups of complete upper dentures

Cristiane Fonseca Gonçalves dos Reis¹, Maria Áurea Lira Feitosa²,
Maria Inez Rodrigues Neves², Lucíola Maria Rodrigues de Vasconcelos²

Resumo: Estudo da presença da estomatite protética em quatro grupos de usuários de próteses totais superiores. Abordam-se seus fatores etiológicos, prevalência, diagnóstico e tratamento, bem como se apresentam os resultados de questionários aplicados e exames clínicos realizados nos diferentes grupos.

Descritores: Estomatite protética, próteses, fatores etiológicos.

Abstract: The aim of the study was to evaluate prosthetic Stomatitis in four groups of complete upper dentures. The etiological factors, prevalence, diagnosis and treatment has been approached as well as the results of applied question forms and medical exams performed in the different groups.

Keywords: prosthetic stomatitis, upperdentures, etiological factories.

Introdução

A perda total dos dentes acarreta prejuízos para a saúde geral e compromete estética e socialmente o indivíduo. O indivíduo edentado é marginalizado, torna-se pouco atuante ou retrai-se, pois vive em uma sociedade cada vez mais competitiva e exigente, em que os meios de comunicação utilizam a imagem de indivíduos jovens, ativos, participativos, belos e saudáveis, para indicar pessoas vitoriosas e de sucesso, onde sempre estará presente um sorriso cativante e sedutor¹.

Nas últimas décadas, tem sido observado um considerável avanço técnico-científico quanto ao aspecto de uma confecção adequada das próteses muco-suportadas, o que se reflete em melhor retenção e estabilidade, buscando sempre um equilíbrio fisiológico entre o elemento artificial e o organismo. Mas, apesar desse avanço, uma variada gama de lesões da mucosa bucal podem aparecer em associação ao uso de próteses, e algumas delas tem merecido por parte dos pesquisadores, um estudo mais minucioso, como é o caso da estomatite protética, considerada a condição mais comum que afeta a mucosa palatina de usuários de próteses totais².

A estomatite protética apresenta uma

etiologia variada, o que se deve ao fato de que uma grande quantidade de condições locais ou sistêmicas pode estar envolvida em sua patogênese, dentre as quais podem ser destacadas as lesões causadas por infecções crônicas (*Candida albicans*) e/ou trauma³.

A limpeza das próteses tem sido considerada como fator de maior importância na prevenção da estomatite protética, onde um regime diário de limpeza deve ser designado para remover e prevenir o acúmulo de placa microbiana e para que se remova, também, restos alimentares e qualquer outro tipo de elemento que possa ocasionar a formação da placa. Desse modo, NIKAWA *et al.*,⁴ acrescentam ser necessário adotar métodos de higienização que permitam o controle de placa.

Com base nesses fatos, é que se propõe realizar este trabalho para avaliar a incidência da estomatite protética em diferentes grupos de usuários de próteses totais superiores, considerando-se os métodos de limpeza e os cuidados com as próteses, bem como comparar os resultados obtidos, por grupos de entrevistados, de forma cruzada e global, com a presença da enfermidade enfocada.

Métodos

Para cumprir os objetivos deste trabalho aplicaram-se questionários e realizaram-se exames clínicos em pessoas portadoras de próteses totais superiores acima de 50 anos de idade, sem distinção de sexo ou raça, pertencentes a quatro diferentes grupos: moradores da invasão Isabel Cafeteira (COHAB), idosa dos asilos (Solar do outono - Olho d'água, São Vicente - João Paulo e de Mendicidade - São Francisco), pessoas internadas no Hospital Universitário Presidente

Dutra e indivíduos pertencentes a uma classe economicamente mais favorecida, todas moradoras na cidade de São Luís do Maranhão.

O estudo foi conduzido em duas partes. Na primeira, aplicou-se o questionário contendo 04 questões objetivas com a finalidade de avaliar os métodos de limpeza das próteses, bem como os cuidados adotados pelos usuários seguidos da realização de um exame clínico, o qual foi dividido em: anamnésico e

¹ Concludente do Curso de Odontologia da Universidade Federal do Maranhão

² Mestres. Docentes da UFMA.

exame físico bucal, sendo avaliado o estado geral do argüido e a presença de estomatite protética, respectivamente. Estes procedimentos foram realizados em 20 pessoas de cada grupo, perfazendo um total de 80, os quais foram efetuados nas residências, permanentes ou temporárias (casas, asilos e hospitais), dos entrevistados, utilizando-se, para isto, de uma lanterna e de luvas de procedimentos clínicos.

O período da pesquisa foi compreendido entre os meses de agosto e novembro de 2000. Entre os idosos dos asilos, os questionários foram aplicados respeitando-se o horário determinado para visitas. Entre aqueles que estavam internados em hospitais, escolheu-se horários mais apropriados e menos cansativos para os internos. Nos dois outros grupos restantes (da invasão e da classe economicamente mais

favorecida), a pesquisa foi feita batendo-se de porta em porta à procura de portadores de próteses totais superiores. Todos os questionários e exames foram feitos com o consentimento dos entrevistados.

A segunda parte do estudo envolveu a análise dos dados obtidos na aplicação do questionário e dos exames realizados nos portadores de próteses totais superiores dos grupos citados anteriormente. As variáveis quantitativas nominais (categóricas) foram expressas como percentagem de cada grupo individualmente, seguida da percentagem do total. Para análise estatística dos resultados, aplicaram-se os testes do Qui-Quadrado e Fisher, obtendo-se a comparação de duas ou mais amostras de variáveis categóricas e utilizando-se o software de computador Epi-Info para tanto. O nível de significância adotado foi o de $P < 0,05$.

Resultados

Quanto à avaliação das respostas obtidas da amostra total (80 = 100%), observou-se o seguinte: com relação ao tempo de uso da prótese, 63,7% dos entrevistados relataram usar suas dentaduras 24 horas por dia e 36,3%, durante o dia, retirando à noite ou durante o convívio social e a mastigação; no tocante à forma de limpeza das próteses, 92,5% somente as escovavam com pasta ou sabão e 7,5% as escovavam e as embebiavam em alguma solução química; de acordo com a frequência de limpeza das próteses, 88,8% as higienizavam diariamente, sendo que 11,2%, algumas vezes por semana; quanto à pessoa que limpa as dentaduras, 95% dos entrevistados relataram que a limpeza era feita por eles mesmos e 5%, por outras pessoas (ver Tabela 1).

Conforme a avaliação das respostas de cada questão para os diferentes grupos, notou-se o seguinte: no hospital, onde foram entrevistados 20 usuários, 17 (85%) relataram utilizar suas próteses durante 24 horas por dia, enquanto 3 (15%), durante o dia, retirando à noite ou durante a mastigação e o convívio social, ao passo que dos entrevistados da classe economicamente mais favorecida (total = 20), 10 (50%) relataram usar durante 24 horas e 10 (50%), durante o dia, retirando à noite ou durante a mastigação e o convívio social; no tocante à questão do método utilizado para limpeza das próteses, verificou-se que todos os argüidos do grupo do hospital (20 = 100%) relataram as higienizar somente escovando com pasta ou com sabão; de acordo com as questões da frequência de limpeza das dentaduras e de quem as limpa, observou-se que as respostas de cada grupo, avaliadas em separado, foram similares (Tabela 2).

Quando da investigação da presença ou não de estomatite protética, observou-se que do total da amostra (80 = 100%), 61 (76,3%) apresentavam a patologia e 19 (23,7%) não a apresentavam, não havendo diferenças estatisticamente significantes entre os grupos, mas, no entanto, pôde-se notar que o grupo mais acometido pela enfermidade foi o dos internos do hospital (85%) e o menos acometido foi o da classe economicamente mais favorecida (65%) (Tabela 3 e Figura 1).

Tabela 1 - Resultado das respostas do questionário aplicado aos 80 portadores de próteses totais superiores avaliados

Tempo de uso diário da prótese	n	(%)
- 24 horas	51	(63,7)
- Durante o dia, retirando à noite ou durante a mastigação e o convívio social	29	(36,3)
Como você limpa sua prótese?	n	(%)
- Somente escovando (com pasta, com sabão ou com pasta + sabão)	74	(92,5)
- Escovando e embebendo em solução química	6	(7,5)
Frequência de limpeza da prótese	n	(%)
- Diariamente	71	(88,8)
- Algumas vezes por semana	9	(11,2)
Quem limpa sua prótese?	n	(%)
- Você mesmo (a)	76	(95,0)
- Outra pessoa	4	(5,0)

Tabela 2 - Resultado das respostas do questionário para cada grupo em particular

	Grupo 1 n=20	Grupo 2 n=20	Grupo 3 n=20	Grupo 4 n=20
Tempo de uso diário da prótese	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
- 24 horas por dia	17 (85,0)	13 (65,0)	11 (55,5)	10 (50,0)
- Durante o dia, retirando à noite ou durante a mastigação e convívio social	3 (15,0)	7 (35,0)	9 (45,0)	10 (50,0)
Como você limpa sua prótese?				
- Somente escovando (com pasta, com sabão ou com pasta + sabão)	20 (100,0)	18 (90,0)	19 (95,0)	17 (85,0)
- Escovando e embebendo em solução química	0 (0,0)	2 (10,0)	1 (5,0)	3 (15,0)
Frequência de limpeza				
- Diariamente	17 (85,0)	19 (95,0)	16 (80,0)	19 (95,0)
- Algumas vezes por semana	3 (15,0)	1 (5,0)	4 (20,0)	1 (5,0)
Quem limpa sua prótese?				
- Você mesmo (a)	19 (95,0)	19 (95,0)	20 (100,0)	18 (90,0)
- Outra pessoa	1 (5,0)	1 (5,0)	0 (0,0)	2 (10,0)

Grupo 1: Internos do Hospital Universitário Presidente Dutra

Grupo 2: Moradores da invasão Isabel Cafeteira

Grupo 3: Idosos dos asilos Solar do Outono, São Vicente e de Mendicidade

Grupo 4: Classe economicamente mais favorecida

Tabela 3 - Resultado da presença ou não da estomatite protética na amostra total e da comparação entre os grupos

Presença de estomatite	Geral (n=80)	Grupo 1 (n=20)	Grupo 2 (n=20)	Grupo 3 (n=20)	Grupo 4 (n=20)	P
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Sim	61 (76,3)	17 (85,0)	15 (75,0)	16 (80,0)	13 (65,0)	NS
Não	19 (23,7)	3 (15,0)	5 (25,0)	4 (20,0)	7 (35,0)	NS

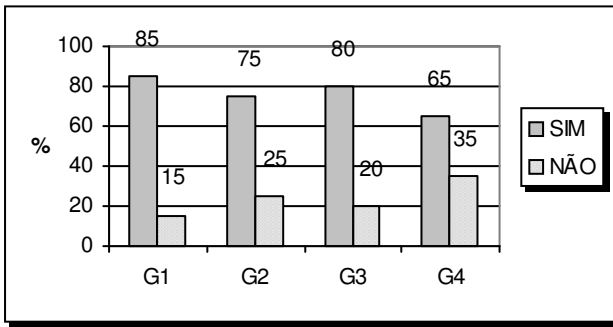
Grupo 1: Internos do Hospital Universitário Presidente Dutra

Grupo 2: Moradores da invasão Isabel Cafeteira

Grupo 3: Idosos dos asilos Solar do Outono, São Vicente e de Mendicidade

Grupo 4: Classe economicamente mais favorecida

P: significância : NS: Não significante



Grupo 1: Internos do Hospital Universitário Presidente Dutra
 Grupo 2: Moradores da invasão Isabel Cafeteira
 Grupo 3: Idosos dos asilos Solar do Outono, São Vicente e de Mendicidade
 Grupo 4: Classe economicamente mais favorecida

Figura 1 - Comparação da presença ou não da estomatite protética entre os diferentes grupos.

Objetivou-se, ainda, fazer uma análise comparativa entre as respostas obtidas na Tabela 1 e a presença ou não da estomatite protética do total da amostra. Constatou-se que houve uma diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) quanto à questão do tempo de uso das próteses e a presença da estomatite protética, onde, entre aqueles que as usavam 24 horas por dia, 43 (53,75%) eram portadores da patologia e somente 8 (10%) não eram portadores, ao passo que, para aqueles que as usavam durante o dia, retirando à noite ou durante a mastigação e o convívio social, 18 (22,5%) eram acometidos pela enfermidade e 11 (13,75%) não eram acometidos. De acordo com a relação entre o método de limpeza da prótese e a presença de estomatite protética, verificou-se que do total de 74 usuários que as higienizavam somente escovando com pasta ou com sabão, 61 (76,25%) apresenta-

Tabela 4 - Comparação das respostas obtidas do total da amostra com a presença ou não da estomatite protética

	Presença de estomatite		P
	Sim	Não	
Tempo de uso diário da prótese	n (%)	n (%)	
- 24 horas	43 (53,75)	8 (10,0)	S*
- Durante o dia, retirando à noite ou durante a mastigação e o convívio social	18 (22,5)	11 (13,75)	
Como você limpa sua prótese?	n (%)	n (%)	
- Somente escovando (com pasta, com sabão ou com pasta + sabão)	61 (76,25)	13 (16,25)	S**
- Escovando e embebendo em solução química	0 (0,0)	6 (7,5)	
Frequência de limpeza	n (%)	n (%)	
- Diariamente	53 (66,25)	18 (22,5)	NS
- Algumas vezes por semana	8 (10,0)	1 (1,25)	
Quem limpa sua prótese?	n (%)	n (%)	
- Você mesmo (a)	59 (73,5)	2 (2,5)	NS
- Outra pessoa	17 (21,5)	2 (2,5)	

S: Significante
 NS: Não Significante
 * $p = 0,048$ ** $p = 0,001$

vam estomatite protética e 13 (16,25%) não a apresentavam, enquanto que para aqueles que as higienizavam escovando e embebendo em alguma solução química, não foi detectado nenhum caso da enfermidade, havendo assim, uma diferença estatística altamente significativa ($p < 0,05$) quanto a esta análise. Observou-se, também, que não houve nenhuma diferença significativa entre a comparação das questões da frequência de limpeza das próteses e de quem as higienizava, com a presença da estomatite protética. (Tabela 4).

Discussão

Com base nesta pesquisa, pôde-se observar que mais da metade das pessoas entrevistadas (76,3%) apresentaram estomatite protética, não havendo diferenças estatisticamente significantes entre os grupos estudados. Mas, no entanto, verificou-se uma diferença numérica concordando, neste aspecto, com os resultados obtidos no estudo de Hoad-Reddik et al.⁵.

Quando da comparação do tempo de uso diário das próteses com a presença da estomatite, observou-se que aqueles que as usavam 24 (vinte e quatro) horas por dia apresentaram a patologia, sendo, esta constatação, reforçada pelos estudos de Hoad-Reddik et al.⁵, Felon et al.⁶.

Notou-se, ainda, que o método mais utilizado para a limpeza das próteses foi a escovação com pasta ou sabão, concordando com Abelson⁷, e discordando dos resultados de Hoad-Reddik et al.⁵ que em sua pesquisa, detectou ser a combinação da escovação com a embebição o método mais empregado.

Não foi observada a presença de estomatite protética entre os usuários que utilizavam a escovação com pasta ou sabão associado ao uso de agentes químicos para a limpeza de próteses. Dado este, que destaca a importância da embebição química no controle desta patologia, concordando com as afirmações de McCallum⁸, Wright et al.⁹, Ödman¹⁰ e

Mahonen¹¹, que revelam ser o método de embebição em substâncias químicas como enzimas, desinfetantes, perboratos, hipocloreto, etc., efetivos na diminuição da quantidade de placas nas próteses e, conseqüentemente, na presença de estomatite protética. Estes dados assemelham-se, ainda, aos estudos de Budtz-Jorgensen¹², Abelson⁷, Chan et al.¹³, Barbachan et al.³ e Nikawa et al.⁴, onde enfatizaram a superioridade do método de limpeza que associa o uso da escovação aos limpadores químicos, quando comparado ao emprego de cada um, individualmente, no combate à placa e à estomatite protética.

Em relação ao grupo mais acometido pela estomatite protética, notou-se que, numericamente, o maior índice foi detectado entre aqueles internados no Hospital Universitário Presidente Dutra, enquanto que, o menor índice estava presente na classe economicamente mais favorecida. Pode-se explicar este resultado observando-se os seguintes aspectos: no grupo dos internos do hospital, foi detectado o maior número de usuários que utilizavam suas próteses 24 horas por dia (85%) e que as higienizavam somente com a escovação, além de ser verificado que eles próprios faziam a limpeza de suas próteses, mesmo estando, no momento, parcialmente impossibilitados de praticar tal ato. Estes dados divergem dos resultados obtidos por

Hoad-Reddik et al.⁵, que em sua pesquisa detectaram um menor número de estomatite no grupo dos internos do hospital. Seu resultado pôde ser explicado pelo fato de que as enfermeiras dos hospitais em que os pacientes permaneciam em longo prazo coletavam suas próteses e as embebiavam em algum líquido durante a noite.

Somente 50% dos entrevistados da classe economicamente mais favorecida usavam suas

próteses 24h por dia, o que pode ser creditado ao fato de que se trata de um grupo, de certa forma, mais privilegiado quanto à possibilidade de informações sobre os métodos de limpeza e cuidados com suas próteses, fato este reforçado pela verificação, nesta pesquisa, de ser este o grupo a apresentar um maior número de entrevistados que utilizavam a associação da escovação e embebição como método de escolha para a limpeza das próteses.

Conclusão

Os resultados obtidos neste estudo levaram-nos à seguinte conclusão:

- a) A estomatite protética apresenta-se em mais da metade dos usuários de próteses totais superiores;
- b) A maioria das pessoas acometidas pela estomatite protética usava suas próteses 24 horas por dia, sendo os próprios a higienizá-las, diariamente, empregando

apenas o método da escovação associada ao uso de pasta ou sabão;

O menor índice da estomatite protética foi observado nos usuários que higienizavam suas próteses associando os métodos da escovação e embebição e que as retiravam em algum intervalo durante o dia ou, especialmente, à noite.

Referências

1. Mori M, Corrêa GA. *Estética em prótese total híbrida e prótese total*. In: Corrêa GA et al. *Prótese total híbrida*. São Paulo / Santos, 1996. p.105 – 128.
2. Feltrin PP, et al. Prótese total muco-suportada: lesões da mucosa bucal. *R. Ass. paul. Cirurg. Dent.*, 1987 Maio / Jun; 41(3): 150 – 161.
3. Barbachan J J D, et al. Estudo clínico de estomatite protética: avaliação preliminar. *R. Fac. Odont.*, 1995 Ago.; 36 (1):27 – 31.
4. Nikawa H, et al. A review of In vitro and in vivo methods to evaluate the efficacy of denture cleansers. *Int. J. Prothodontics*, 1999; 12 (2): 153 – 159. (Tradução da autora).
5. Hoad-Reddick G, et al.. *Investigation into the cleanliness of dentures*. In: An elderly population. *J. prosthet. Dent.*, 1990; v. 64: 48 – 52. (Tradução da autora).
6. Fenlon MR, et al. Factors associated with the presence of denture related stomatitis complete denture wearers: a preliminary investigation. *J. prosth. Rest. Dent.*, 1998; 6 (4): 145 – 147. (Tradução da autora).
7. Abelson DC. Denture plaque and denture cleansers. *J. prosthet. Dent*, 1981 St. Louis; 45: 376 – 379. (Tradução da autora).
8. Mccallum J. Which cleanser? *Dent. Pract.*, 1968 May; 19: p. 83 – 87. (Tradução da autora).
9. Wright PS, et al. *The prevalence and significance of yeasts*. In: persons wearing complete dentures with softlining materials. *J. dent. Res.*, 1985 Feb.; 64 (2): 122 – 125. (Tradução da autora).
10. Ödman PA. *The effectiveness of an enzyme-containing denture cleanser*. *Quintess. Int.*, 1992; 23 (3): 187 – 190. (Tradução da autora).
11. Mahönen K, et al, *The effect of prosthesis disinfection on salivary microbial levels*. *J. Oral Rehabilitation*, 1998; v. 25: 304 – 310. (Tradução da autora).
12. Budtz-Jørgesen E, et al. A 3-months' study of enzymes as denture cleansers. *J. Oral Rehabilitation*, 1978; 5: 35 – 39. (Tradução da autora).
13. Chan ECS, et al. Comparison of two popular methods for removal and killing of bacteria from dentures. *J. Scientific.*, 1991 Dec.; 57 (12): 937-939. (Tradução da autora).

Fatores que interferem no processo ensino aprendizagem do aluno no estágio supervisionado de centro cirúrgico

Factors which interfere with student teaching-learning process in surgery supervised apprenticeship

Elza Lima da Silva¹, Glória da Conceição Mesquita Leitão²

Resumo: Análise dos fatores intervenientes no processo de aprendizagem dos alunos do Estágio Supervisionado em Centro Cirúrgico da UFMA. Do Curso de Graduação em Enfermagem. Tem por objetivo descrever a situação vivenciada pelos alunos no campo de Estágio. A abordagem metodológica é analítica descritiva e o estudo tem como unidade de análise o Hospital Universitário. Participaram do estudo trinta e um alunos. Chegou-se a conclusão que o Centro Cirúrgico é contexto naturalmente estressante, que há falta de ritual facilitador do entrosamento dos alunos com a equipe do serviço. Que há jogo de poder do cirurgião como chefe da equipe, que falta maturidade aos alunos e, que apesar dos problemas iniciais os alunos terminaram o Estágio com certo grau de satisfação.

Descritores: estágio supervisionado, enfermagem, centro cirúrgico.

Abstract: An analysis of intervening factors in the student learning process of the supervised apprenticeship of nursing graduates in the surgical setting of the Federal University of Maranhão (UFMA). The aim of the study was to describe the situation experienced by students in the apprenticeship field. The methodological approach is descriptive analytical having the University Hospital as the unity of analysis. Thirty-one students took part on the study. It was concluded that the surgical environment is of a stressing nature and that there is a lack of facilitating ritual between the students and the surgical staff, there also being a power play by the chief surgeon, there is a lack of maturity from the students, and that in spite of the initial problems, the students concluded the apprenticeship with a certain degree of satisfaction.

Keywords: discipline supervised, nursing, surgical center.

Introdução

O Estágio Curricular da Universidade Federal do Maranhão (UFMA) é uma atividade obrigatória a todos alunos de graduação e tem como objetivo integrar as ações de Ensino, Pesquisa e Extensão, e de propiciar ao aluno o desenvolvimento de suas habilidades profissionais visando à inserção no mercado de trabalho. O Estágio Curricular Supervisionado é uma atividade prática realizada pelo aluno em empresas, instituições, entidades públicas ou privadas com a finalidade de complementar sua formação profissional, sob a coordenação e responsabilidade de uma Instituição de Ensino Superior.

O estágio curricular é a fase de aplicação do conhecimento reflexivo e do aperfeiçoamento de habilidades. É o momento da junção do saber com o fazer, que conduz a um agir profissional mais consciente crítico e reflexivo¹. O estágio curricular deve ser visto como um procedimento didático que leva o aluno a observar e a aplicar, de maneira criteriosa, os princípios referenciais, teóricos e práticos, assimilados no curso. O seu planejamento é importante, devendo ser fundamentado num campo de experiências que reflita o modelo profissional que se deseja formar.

No Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), o estágio

curricular é realizado no último ano do curso. Divide-se em Estágio Curricular I e Estágio Curricular II. No Estágio Curricular I, está inserido o Estágio Supervisionado em Centro Cirúrgico.

A escolha do tema decorreu da observação empírica e da verificação, na literatura, de que o estágio provoca medo e ansiedade nos alunos por causa do tipo de entrosamento efetivado no Centro Cirúrgico.

A ansiedade do aluno, no início de cada estágio, é fator interveniente no desempenho. Decorre do medo do novo e do desconhecido, porque os alunos, naquela fase, não estão familiarizados com o setor, os funcionários, os pacientes e o instrumental. A autora ressaltou, também, que a necessidade de aprender permeia e intensifica o aparecimento da ansiedade e, à medida que esta necessidade é suprimida, a ansiedade se reduz.²

Sobre esse óbice, Silva³ afirma que os alunos encontram maior dificuldade na instrumentação cirúrgica quando estão no estágio de Centro Cirúrgico, pela falta de destreza, o que acarreta medo, insegurança e ansiedade.

Como pesquisadora e docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do

¹Mestre em Enfermagem. Docente da UFMA.

²Doutora em Enfermagem. Docente da UFC.

Maranhão tem-se a mesma compreensão dessa dificuldade, observada na vivência da supervisão do estágio. Exercendo-se a atividade docente no Estágio Curricular I, subárea Enfermagem em Centro Cirúrgico, percebe-se a ansiedade e a angústia pela qual passam os acadêmicos ao adentrarem no ambiente do centro cirúrgico. Este fato vem se repetindo a cada semestre sem justificativa convincente. Daí, o nosso interesse em desenvolver esta pesquisa.

O assunto é relevante e preocupante pelo processo de aprendizagem e pela natureza dos procedimentos técnico-científicos do processo cirúrgico, objeto da disciplina, exigindo a revisão de alguns conceitos para adequação do planejamento da disciplina às necessidades de aprendizagem dos alunos, considerando a preocupação dos docentes do Estágio Curricular I, subárea Enfermagem em Centro Cirúrgico.

Nesse sentido, é que este trabalho busca respostas às seguintes indagações:

- Por que os alunos sentem tanta ansiedade no Está-

gio Curricular I, subárea Enfermagem em Centro Cirúrgico?

- Que fatores interferem no processo de aprendizagem dos alunos do Estágio Supervisionado em Centro Cirúrgico?

- Que estratégias podem ser utilizadas para amenizar essas ansiedades?

Para responder a essas questões, estabeleceu-se os seguintes objetivos:

- Descrever a situação vivenciada pelos alunos no campo de estágio em centro Cirúrgico.

- Levantar as expectativas e experiências anteriores dos alunos matriculados na disciplina Estágio Curricular, subárea de Enfermagem em Centro Cirúrgico;

- Identificar possíveis causas da ansiedade dos alunos do Curso de Graduação em Enfermagem no Estágio Curricular I, subárea Enfermagem em Centro Cirúrgico;

- Identificar os fatores que interferem no processo de aprendizagem dos alunos no Estágio Supervisionado em Centro Cirúrgico.

Métodos

Realizou-se um estudo analítico descritivo com abordagem qualitativa que busca compreender a experiência dos alunos do quinto semestre do Curso de Graduação em Enfermagem na disciplina Estágio Curricular Supervisionado em Centro Cirúrgico, e sua relação com os profissionais que trabalham no Centro Cirúrgico do Hospital Universitário.

Tendo em vista a natureza do problema pesquisado adotou-se a abordagem qualitativa uma vez que esta considera a existência de uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito. O sujeito observador faz parte do processo do conhecimento, interpreta os fenômenos de acordo com seus valores e crenças, dando-lhes um significado⁴.

O projeto do estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, da Universidade Federal do Maranhão (UFMA). O seu desenvolvimento ocorreu após a explicação dos propósitos do estudo e assinatura do consentimento livre e informado pelos participantes, tendo sido assegurado o anonimato das informações obtidas. O estudo foi realizado com trinta e um alunos regularmente matricula-

dos no sétimo semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da UFMA, na disciplina Estágio Supervisionado em Centro Cirúrgico no primeiro semestre de 2002. Foi trabalhado o universo total dessa turma de alunos.

A coleta das informações foi realizada em por meio de um questionário semi-estruturado que foi preenchido pelos alunos em reunião que antecedeu o Estágio, realizada no departamento de Enfermagem da UFMA.

Para análise e interpretação dos dados desta pesquisa, ancorou-se na técnica de análise temática proposta por Bardin⁵.

MINAYO⁶, diz que a análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença signifique alguma coisa para o objetivo analítico visado.

De acordo com Gomes⁷, além de buscar respostas para as questões, com essa técnica pode-se caminhar na direção da “descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestados, indo além das aparências do que está sendo analisado”.

Resultados e Discussão

De acordo com a análise dos dados selecionou-se as seguintes categorias temáticas.

Relacionamento Interpessoal

No relacionamento interpessoal, merece destaque a questão da comunicação que segundo Stefanelli⁸ é condição fundamental da vida humana abrangendo todos os procedimentos por meio dos quais um ser humano alcança o outro.

A prática de enfermagem envolve necessariamente uma relação interpessoal, porque o enfermeiro é um profissional que provê cuidado específico a outros seres humanos com outros profissionais de saú-

de. Torna-se clara a importância da comunicação como instrumento básico, uma habilidade indispensável ao desempenho profissional. Alguns autores afirmam que a comunicação possibilita o relacionamento terapêutico.^{8,9}

Ensinar aos estudantes de enfermagem as habilidades de comunicação de modo consciente e eficaz tem sido um problema para os educadores, uma vez que é a observação de como esses profissionais se comunicam que serve para introjeção de modelos de comunicação para esses alunos.

Os alunos percebem que há dificuldade de comunicação entre a *equipe* cirúrgica e os alunos. Isso fica evidente no relato descrito a seguir:

“Nesse ambiente não existe comunicação. As pessoas trabalham como se fossem máquinas, são individualistas, não atuam como equipe”.

Ou ainda:

“Tenho um comportamento rancoroso e sentimento de angústia contra o profissional médico do Centro Cirúrgico pela forma de comunicar-se com o aluno”.

Os estagiários de Enfermagem demonstraram sentimento, até certo ponto, de revolta, porque esperavam receber da equipe cirúrgica cooperação, troca de experiência e transmissão de conhecimentos. Todavia, a falta de apoio por parte de alguns profissionais deixou o aluno desestimulado.

É lamentável que o aluno se depare com locais e pessoas despreparadas para recebê-lo. A gravidade da situação faz resgatar a assertiva de Rodrigues¹⁰, quando afirma que a unidade hospitalar, juntamente com a equipe como um todo, deve estar preparada para receber o aluno e atender às suas expectativas.

Ambiente do Centro Cirúrgico

Verifica-se por meio das respostas dos alunos que suas percepções em relação a esse setor revelam ser este um ambiente estressante. Acredita-se que seja devido à falta de segurança do aluno e à hostilidade nas relações interpessoais da equipe cirúrgica /aluno.

O Centro Cirúrgico é uma das unidades mais complexas do hospital pela sua especificidade, pelo estresse constante e possibilidade de riscos à saúde a que os pacientes estão sujeitos ao serem submetidos à intervenção cirúrgica.

A literatura registra que existem ambiente altamente estressante na educação em enfermagem o que é confirmado por Mckey¹¹, Thyer e Bazeley¹² e no Brasil a pesquisa de Schamarczeck comprovou este fato.

“O centro cirúrgico é um ambiente assustador e gerador de conflitos”. Ou ainda: “A equipe médica é extremamente estressada”.

Maturidade emocional dos alunos

Observou-se que durante o estágio o aluno apresenta insegurança, medo e ansiedade, o que se confirma pelas expressões abaixo descritas:

“Me sentia inseguro frente à equipe do Centro Cirúrgico para desenvolver as atividades”. Ou ainda: “Eu me sentia ansioso e com medo de realizar algum procedimento errado. Na aula prática do Centro Cirúrgico ficávamos dispersos sem saber o que fazer”.

A ansiedade é uma usual e esperada ocorrência entre alunos de enfermagem, afirma Simukonda e Rappsilber¹³. Acredita-se que as fontes mais comuns da ansiedade apresentada pelo aluno são o medo de haver falhas de conhecimento, insegurança e medo de críticas.

Altos níveis de ansiedade interferem ne-

gativamente no desempenho do aluno, cujo aprendizado representa a aquisição de habilidades complexas que envolvem o aprimoramento da coordenação motora, firmeza e precisão de movimentos musculares, bem como um alto nível de atenção e concentração.^{13,14,15}

Experiência dos professores na prática do Centro Cirúrgico dos alunos do 5º período

“A prática foi deficitária. Tínhamos uma professora inexperiente em Centro Cirúrgico”. Ou ainda: “A professora, além de assumir várias atividades não gostava de Centro de Material e nem de cirurgia geral”.

Essa percepção dos alunos talvez possa ser explicada pela insuficiência numérica de professores e, para suprir esta deficiência o Departamento de Enfermagem remaneja professores de outras disciplinas para ministrar a disciplina Centro Cirúrgico. Entretanto, a falta de habilidade prática daqueles em desenvolver atividades na referida área influi no processo de ensino.

Relação de poder dos médicos no Centro Cirúrgico

Com relação à equipe cirúrgica, os alunos afirmam que o cirurgião coloca-se como “dono do saber”. Acha-se autoridade máxima do Centro Cirúrgico. As repostas dos alunos registram, com clareza, a atitude de superioridade dos cirurgiões sobre os demais membros da equipe. Esquecem que o Hospital Universitário é um campo de ensino – aprendizagem da Universidade e que a formação de futuros profissionais da saúde é um dos objetivos deste.

“Odiava instrumentar e circular na sala pela maneira desrespeitosa com que o cirurgião me tratava, pensavam que estávamos ali à disposição deles”.

Os alunos concebem os cirurgiões como um “todo poderoso” na equipe cirúrgica, entretanto, esperam deles uma atitude de competência, compreensão, ética e de bom senso. No dia-a-dia depa-ram-se com profissionais indiferentes, pouco cordiais, algumas vezes grosseiros na forma de dirigir-se a eles. Estas atitudes agravam o sentimento de medo e ansiedade, dificultando o processo de aprendizagem.

Expectativa dos alunos quanto ao Estágio Curricular I

Os alunos expressaram o desejo de aprimorar seus conhecimentos teórico-práticos na disciplina, adquiridos no quinto período do curso, e refletem o desejo de superar a insegurança que sentem em relação à prática.

“Tenho expectativa de adquirir mais e melhores conhecimentos sobre a disciplina”.

“Espero compensar as deficiências da disciplina”.

“Espero que o professor deixe os alunos mais soltos e com mais autonomia para praticar a

instrumentação cirúrgica”.

“Que o estágio possa me proporcionar auto-suficiência para administrar, de maneira correta, um centro cirúrgico”.

“Espero superar as frustrações que tive no quinto período”.

“Que haja interação entre a equipe profissional e o grupo”.

“Sugiro a criação de um laboratório no Departamento de Enfermagem para que possamos ter mais contato com o instrumental. Conseqüentemente, diminuiria o nervosismo e a ansiedade do aluno no momento da instrumentação cirúrgica”.

Silva¹⁶ postula que as dificuldades dos alunos no desempenho da instrumentação durante o estágio deve-se, principalmente, à falta de destreza, o que por sua vez acarreta medo, insegurança e ansiedade.

A falta de habilidade é definida como ato ou atividade que requer movimento e deve ser adquirido e ou aprendido a fim de que seja realizada corretamente¹⁷.

A aprendizagem de uma técnica de enfermagem envolve vários aspectos, alguns dependentes do próprio estudante, como a capacidade psicomotora

e traços de personalidade; outros como aulas expositivas, dependendo do professor.

Cook e Hill¹⁸ afirmaram que ao desenvolver as técnicas em um ambiente seguro e controlado como um laboratório, em que ocorre a simulação da realidade, o aluno realiza os procedimentos técnicos com mais tranquilidade e menos medo. Um laboratório de Enfermagem, certamente, ajudaria o aluno a aproximar a sala de aula da realidade profissional.

Vale a pena também citar algumas declarações dos alunos que mostram a percepção destes sobre o profissional enfermeiro e seu trabalho:

“Tive maior percepção do trabalho do enfermeiro e sua autonomia administrativa dentro do Centro Cirúrgico”.

“É evidente a atuação do enfermeiro no cuidado direto ao paciente”.

Convém lembrar que os alunos necessitam refletir sobre a prática da enfermagem de maneira comprometida com o atendimento das necessidades do cliente e sua família e não para simplesmente constatar que muito precisa ser feito para a melhoria do desempenho profissional dos enfermeiros dos locais onde estagiam.

Conclusão

Com esta pesquisa concluiu-se que:

- a) Realmente a ansiedade é fator interveniente na aprendizagem e adaptação do aluno no Estágio Curricular I, de Enfermagem em Centro Cirúrgico no Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão;
- b) O medo do novo, do desconhecido e a imaturidade emocional dos alunos, bem como a falta de experiência anterior, permeia suas expectativas;
- c) As dificuldades iniciais de adaptação influem na percepção, levando-os a maximizar e a retraírem-se em vez de buscarem interação com as equipes que ali atuam;
- d) O apoio, a presença e a experiência da professora no campo são elemento integrador nas equipes;
- e) Com o passar do tempo e superadas a dificuldades iniciais, os alunos aprendem e tiram proveito do Estágio Curricular I de Enfermagem em Centro Cirúrgico;
- f) Os alunos também perceberam que o ato cirúrgico

exige muito física, psicológica e emocionalmente das equipes por implicar na assistência e sobrevivência dos seres humanos sobre seus cuidados, portanto o ambiente é naturalmente estressante;

g) Os alunos, todavia, pensam que algumas medidas adotadas pela Disciplina Estágio Curricular I podem amenizar ou diminuir a ansiedade deles, tal como aulas prévias em laboratório e prática de Centro Cirúrgico.

Ressalta-se que este estudo não se esgota com a realização desta pesquisa, pois muito há que ser analisado e aplicado na prática do discente a fim de reduzir a ansiedade do aluno no Estágio.

Espera-se que a contribuição deste estudo vá além dos limites desta dissertação, no sentido de sugerir a outros pesquisadores o aprofundamento do assunto e a proposição de opções de redução de ansiedade do aluno no campo da prática.

Referências

- 1 Andrade M N, Araújo LCA. Estágio curricular: avaliação de experiência. *Rev. Bras. Enf.*, Brasília, 1989 jan/dez; 1(4): 27-41.
- 2 Schmarczek M. *A situação ensino-aprendizagem como fator de ansiedade em alunos de Enfermagem*. [Tese]. Rio Grande do Sul (RG): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 1988.
- 3 Silva MDA. *A aprendizagem em enfermagem em centro cirúrgico: dificuldades mais comuns expressadas pelo aluno de graduação em Enfermagem*. In: Jornada de Enfermagem em Centro Cirúrgico, 4, 1990, São José do Rio Preto. Anais...São José do Rio Preto. 1990. p. 229-244.
- 4 Minayo MC. *O desafio do conhecimento: pesquisa quantitativa em saúde*. 2. ed. São Paulo: HUCITEC; 1994.
- 5 Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Ed.70;1977.
- 6 Minayo MAS, et al. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 4 ed. Petrópolis: Vozes; 2002.
- 7 Gomes R. *A análise de dados em pesquisa qualitativa*. Petrópolis: Vozes; 1994.

- 8 Stefanelli MC. *Ensino de técnicas de comunicação terapêutica enfermeiro paciente*. [Tese]. São Paulo(SP): Escola de Enfermagem da Universidade federal de São Paulo;1995. 163 p.
- 9 Horta W A. *Processo de enfermagem*. São Paulo: EPU; 1979. 99 p.
- 10 Rodrigues R A, Souza FAEF. O trabalho da enfermeira em centro cirúrgico: análise de depoimentos. *Rev. Latino-americana*, Ribeirão Preto, 1993;2(1):21-34.
- 11 McKay SRA. Review of student stress in nursing education programs. *J. Nurse Forum*,1978; 17(4):376-93.
- 12 Thyer SE, Bazeley P. Stressors to student nurses beginning tertiary education: an Australian study. *Nurse Educ. Today*, 1993;(13):.336-342.
- 13 Simukonda FS, Rappsilber C. Anxiety in male nursing students at Kamazu college of nursing. *Nurse Educ. Today*, 1989;9(3): 180-185.
- 14 Arnes RG. Test anxiety in master's students: a comparative study. *J. Nurs. Educ.*, 1987;26(1): 12-9.
- 15 Phillips AP. Reducing students' anxiety level and increasing retention of materials. *J. Nurs. Educ.*,1988;27(1): 35-41.
- 16 Silva MDAA, Rodrigues AL, Cesaretti IUR. *Enfermagem na unidade de centro cirúrgico*. São Paulo: EPU; 1997.
- 17 Fleiman EA. *Structure and measurement of physical fitness*. New York/ Englewood Cliffs: Prentice-Hall; 1964. p. 8-27.
- 18 Cook JW, Hilll PM. The impact laboratory system on the teaching of nursing skills. *J. Nurs. Educ.*,1985; 24 (8):344-6.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA:

Profª Elza Lima da Silva
Rua 21, Quadra 37, Casa 16 Conjunto Bequimão. São Luís-MA
CEP: 65061-020 E-mail: Elza.lima@terra.com.br

Distribuição geográfica dos cirurgiões-dentistas no Sistema Único de Saúde do Estado do Maranhão

Geographical distribution of dental surgeons in the national health system (SUS) within the state of Maranhão

Rejane Christine de Sousa Queiroz¹, Nila da Conceição Cardoso¹,
Ana Paula Toscano Rebouças Belanger², Raimunda Nonata Leão Lopes Nobre³

Resumo: No Brasil, grande parte da população não tem acesso à assistência odontológica, principalmente naquela de baixa renda e na zona rural. Para garantir a universalização deste acesso conforme estabelecido no Sistema Único de Saúde (SUS) é indispensável o conhecimento da distribuição de cirurgiões-dentistas. Com este objetivo, a distribuição destes profissionais no SUS foi verificada para as três macrorregiões de saúde do Maranhão. Calculou-se a relação cirurgião-dentista/habitante (CD/hab), utilizando-se como parâmetro a cobertura populacional estimada para a equipe de saúde bucal no Programa de Saúde da Família e estratificada em 03 grupos: CD/hab = 0, CD/hab até 3.450 e CD/hab acima de 3.450. Para o Maranhão, a relação CD/hab foi de 1/6.046, (CD/hab acima de 3.450), sendo predominante também para as três macrorregiões; São Luís (1/5799), Caxias (1/4996) e Imperatriz (1/8971). O percentual de municípios sem cirurgião-dentista no SUS foi expressivo tanto para o Estado (28,6%), quanto para as macrorregiões: São Luís (34%), Caxias (22%) e Imperatriz (30%). Foi reduzido o percentual de municípios com a relação CD/hab até 3.450 no Estado (8%) e nas macrorregiões: São Luís (10%), Caxias (10%) e Imperatriz (6%). A carência destes profissionais torna imprescindível a criação de políticas locais capazes de promover a universalização do acesso estimulando sua fixação em regiões mais necessitadas, distantes dos grandes centros e com menos atrativos.

Descritores: odontologia, recursos humanos, Sistema Único de Saúde.

Abstract: A great part of the population has no access to odontological assistance in Brazil, mainly those from low family income and the rural area. To assure the universalization of services, according to what has been established by the National Health System (SUS), the distribution of Dental Surgeons must be known. The aim of the present study was to verify the distribution of those professionals within the SUS for the 3 Health Macro-regions of the State of Maranhão. The ratio dentist/inhabitant (D/I) was computed using the estimated populational coverage as parameter for the dental health staff from the Family Health Program stratified in 3 groups: D/I = 0, D/I up to 3.450, and D/I over 3.450. The ratio D/I for the State of Maranhão was 1/6.046, (D/I over 3.450), being also predominating for the 3 macro-regions; São Luis (1/5799), Caxias (1/4996), and Imperatriz (1/8971). The percentage of Municipalities with no Dental Surgeon within the SUS was marking both for the State and for the macro-regions: São Luis (34%), Caxias (22%), and Imperatriz (30%). The Municipality percentage with respect to the D/I ratio up to 3.400 was reduce in the State (8%) and in the macro-regions: São Luis (10%), Caxias (10%), and Imperatriz (6%). The lack of Dental Professionals calls for elaboration of local policies to promote the universalization of access stimulating its grounding within the most needing regions, distant from the great centers, and little appeal for these professionals.

Keywords: odontology, human resources, SUS.

Introdução

De acordo com o Relatório da I Conferência Nacional de Saúde Bucal "A saúde bucal, parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo, está diretamente relacionada às condições de alimentação, moradia, trabalho, renda, meio ambiente, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, acesso aos serviços de saúde e informação"¹. Assim, a saúde bucal merece a mesma atenção que a saúde geral baseada, sobretudo nos princípios de integralidade, equidade e universalidade do Sistema Único de Saúde (SUS).

Dentre os instrumentos editados com o propósito de regulamentar o SUS, destaca-se a Norma Operacional de Assistência à Saúde² que ampliou os

procedimentos de atenção básica que o município deve ofertar aos seus cidadãos, na qual, finalmente, a saúde bucal foi definida como uma área estratégica, sendo destacada a prevenção, prioritariamente a faixa etária de 0 a 14 anos, além de gestantes e atendimento de urgência/emergência odontológica para toda a população³. Vale ressaltar que prioridade a este grupo populacional não significa exclusividade no atendimento, devendo o acesso da população às ações de saúde bucal ser visto como um direito de cidadania devendo ser perseguido com tenacidade⁴.

A atenção básica é o primeiro nível de atenção e de responsabilidade de todos os municípios e

¹Mestre em Saúde Pública. Docente da UFMA.

²Cirurgião-dentista. Especialista em endodontia.

³ Mestre em Saúde Pública. Médica sanitária

compreende ações de caráter individual ou coletivo voltadas para a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e a reabilitação⁵. São procedimentos considerados de baixa complexidade e resolvem 85% dos problemas de saúde da população. Investimentos na atenção básica melhoram a qualidade de vida da comunidade, diminuindo a necessidade de procedimentos mais complexos e conseqüentemente mais onerosos aos cofres públicos³.

A atenção à saúde bucal durante muitas décadas caracterizou-se pela assistência aos escolares através de programas curativos voltados para o tratamento da cárie dentária e por atividades preventivas que, quando realizadas, limitavam-se à aplicação tópica de flúor. Os outros grupos populacionais acessavam os serviços para o atendimento de situações de urgência odontológica ou simplesmente não os acessavam. Tal modelo sempre foi muito criticado em virtude de sua cobertura exígua e por centrar-se em ações predominantemente curativas, gerando um perfil epidemiológico em saúde bucal muito aquém do desejado⁴.

Diante da necessidade de reordenar a atenção em saúde bucal, melhorando seus índices epidemiológicos e ampliando o acesso da população para a promoção, proteção e recuperação, foram incluídas as Equipes de Saúde Bucal (ESB) no Programa de Saúde da Família (PSF), através da portaria nº 1.444 de 28 de dezembro de 2000. Inicialmente o parâmetro de cobertura para cada ESB seria o atendimento em média de 6.900 habitantes, significando uma ESB para duas Equipes de Saúde da Família (ESF)⁶. Com a edição da portaria GM/MS nº 673 de 03 de junho de 2003, esta relação passou a ser de 01 ESB para 01 ESF, devendo cada ESB vincular-se em média a 3.450 habitantes⁷.

A NOAS-SUS 01/2001, também adotou a regionalização da assistência como reorientadora do processo de descentralização do sistema, induzindo a organização de redes de saúde funcionais que ultrapassam as fronteiras dos municípios, com vistas a facilitar e garantir o acesso dos usuários e a integralidade da assistência, otimizando assim, os recursos disponíveis^{2,8}.

Dentre as estratégias que visam contribuir para o processo de regionalização em saúde com equidade no acesso, está a elaboração do Plano Diretor de Regionalização (PDR), coordenado pelo gestor estadual, em parceria com os municípios. O PDR tem por objetivo a conformação de sistemas de atenção à saúde funcionais e resolutivos nos diversos níveis de complexidade e deve conter: divisão do território estadual em regiões/ microrregiões de saúde segundo critérios sanitários, epidemiológicos, geográficos, sociais, de oferta de serviços e de acesso; constituição de módulos assistenciais resolutivos, visando garantir suporte às ações da atenção básica; fluxo de referência para todos os níveis de complexidade e um plano de investimentos⁹.

O Estado do Maranhão é composto por 217 municípios e compreendia uma população de

5.834.505 habitantes em 2002¹⁰ tendo, no mesmo ano, mapeado e dividido seu território em três Macrorregiões de Saúde para a elaboração do Plano Diretor de Regionalização¹¹:

Macrorregião São Luís, formada por 126 municípios, com uma população total de 3.531.378 habitantes correspondendo a 61% da população total do Estado. Nesta Macrorregião se localiza a capital do Estado, São Luís, que representa o principal pólo estadual para os procedimentos de Alta Complexidade, possuindo uma grande abrangência que envolve diversas outras microrregiões do Estado como um todo¹¹.

Macrorregião Caxias, composta por 39 municípios com 1.119.007 habitantes, correspondendo a 19% da população total do Estado¹¹.

Macrorregião Imperatriz, formada por 50 municípios que totalizam 1.184.120 habitantes, correspondendo a 20 % da população do Estado¹¹.

Segundo dados do Conselho Federal de Odontologia¹², embora tenha havido uma expansão dos cursos de Odontologia no Brasil, de 86 (julho/1995) para 152 (agosto/2002), e existam cerca de 183.000 cirurgiões-dentistas, grande parcela da população ainda continua sem acesso a assistência odontológica. Isto se deve, em parte porque, de uma maneira geral, a prática odontológica ainda está inadequada às diferentes realidades e condições sócio-epidemiológicas, além de ser também, de alto custo, alta complexidade, baixa cobertura, essencialmente mercantilista e monopolizada pelas elites, mal distribuída geográfica e socialmente e predominantemente curativa¹³.

Embora haja uma grande quantidade de cirurgiões-dentistas no país, aproximadamente 29,6 milhões (18,7% da população brasileira) de pessoas nunca foram a uma consulta odontológica. A falta de recursos financeiros é a maior barreira entre a maioria das pessoas e os consultórios odontológicos sendo que a proporção de pessoas que nunca consultou dentista é nove vezes superior entre aquelas com renda de até 1 salário-mínimo, quando comparadas com as que recebem mais de 20 salários-mínimos. A exclusão é maior entre as crianças menores de quatro anos (86% nunca fizeram aplicação de flúor) e entre os moradores da zona rural (um entre três nunca foi a um consultório odontológico)¹⁴.

Ainda, segundo este estudo, entre as pessoas que procuraram os serviços de saúde cerca de 36% e 15,8% utilizaram o plano de saúde e pagaram algum valor pelo atendimento recebido, respectivamente. Com relação aos serviços odontológicos ocorreu o inverso, pois apenas cerca de 16,5% utilizaram o plano de saúde, ao passo que, 46,9% pagaram algum valor pelo atendimento recebido. Sugerindo assim que a população que frequenta os consultórios odontológicos pertence a um estrato social superior, deixando como opção ao restante da população, na maioria das vezes, o atendimento realizado pelo serviço público¹⁴.

O grande desafio da Odontologia no Sistema Único de Saúde é dotar a sociedade de recursos humanos odontológicos adequados às suas necessidades e atender às exigências da Constituição Federal

de 1988, no que tange ao acesso universal das práticas odontológicas¹³.

Considerando que o Estado do Maranhão corrobora com a política de saúde bucal vigente no país, que parte expressiva da população concentra-se na região rural e que aproximadamente 50% das famílias possuem um rendimento médio mensal de até meio

salário mínimo¹⁴, torna-se indispensável o conhecimento da distribuição dos recursos humanos em odontologia no Estado do Maranhão afim de que este estudo possa subsidiar o planejamento e avaliação das ações de saúde bucal nos diferentes níveis de gestão do Sistema Único de Saúde.

Métodos

Com o objetivo de verificar a distribuição dos cirurgiões-dentistas no SUS do Estado do Maranhão e nas suas macrorregiões de saúde foi realizado um estudo descritivo do tipo transversal, de acordo com os aspectos éticos, obedecendo a resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Utilizou-se como fonte de dados de identificação de cirurgiões-dentistas no SUS, a Ficha de Cadastro dos Estabelecimentos de Saúde (FCES) atualizado em 2002 e disponibilizado pelo Departamento de Avaliação e Controle da Gerência de Estado da Qualidade de Vida. Foram considerados, além dos profissionais cadastrados na rede municipal, estadual e federal, aqueles pertencentes às entidades filantrópicas e privadas conveniadas ao SUS, uma vez que estas representam acesso da população ao atendimento odontológico.

Para a verificação da população do Estado e dos seus municípios, foi utilizada a estimativa populacional para o ano de 2002 de acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

A distribuição de cirurgiões-dentistas obe-

deceu à divisão do Estado do Maranhão em três Macrorregiões de Saúde, identificadas na versão preliminar do Plano Diretor de Regionalização (PDR), conforme orientações da NOAS-SUS 01/2001.

Posteriormente, foi calculada a relação cirurgião-dentista/habitante para cada município utilizando-se como parâmetro a cobertura populacional estimada para a equipe de saúde bucal no PSF conforme a Portaria GM/MS nº 673 de 03 de junho de 2003 sendo estratificada em três grupos:

Relação CD/habitante = 0, correspondendo aos municípios que não possuem cirurgião-dentista na rede pública do SUS;

Relação CD/habitante até 3.450 habitantes, correspondendo a relação preconizada para a equipe de saúde bucal no PSF;

Relação CD/habitante acima de 3.450 habitantes, correspondendo a uma relação aquém da preconizada para a equipe de saúde bucal no PSF;

Os dados obtidos foram submetidos à análise estatística descritiva, sendo tabulados e apresentados sob a forma de figuras.

Resultados e Discussão

O Brasil apresenta um indesejável desequilíbrio estrutural nas suas macrorregiões, entre a distribuição de cirurgiões-dentistas e suas respectivas populações. Dados referentes ao ano de 2003 demonstram que o Sudeste concentra 43% da população total e 62% da população de cirurgiões-dentistas do país. A região Nordeste apresenta um desequilíbrio, com 27,9% da população geral e 12,5% da população de cirurgiões-dentistas, respectivamente, sendo que o Estado do Maranhão concentra cerca 3,32% da população geral e 0,75% do total de cirurgiões-dentistas¹⁵.

Este desequilíbrio também persiste no Sistema Único de Saúde deste Estado, bem como nas suas macrorregiões de saúde (Figura 1). Isto sugere que a concentração de cirurgiões-dentistas tende a ser maior em regiões mais urbanizadas, com uma infraestrutura propícia para a instalação destes profissionais, especialmente próximo à capital, justificando a maior concentração na Macrorregião que contém a capital do Estado, São Luís, seguido da Macrorregião Caxias, a qual possui municípios mais próximos de São Luís e Teresina, capital do Estado do Piauí. Tendo-se por último a Macrorregião Imperatriz, que além de localizar-se mais interiormente ao país, apresenta municípios pouco atrativos para a fixação de cirurgiões-dentistas.

Isto também foi observado no Estado do

Paraná, em estudo de Cassano et al¹⁶, em que os municípios mais populosos e conhecidos do Estado foram os que apresentaram a menor relação cirurgião-dentista/habitante. Em Mato Grosso, Volpato¹⁷, observou que os cirurgiões-dentistas inscritos no Conselho Regional de Odontologia estavam mais concentrados na capital e cidades mais populosas, encontrando 32 municípios com ausência deste profissional, sendo esta situação observada nos municípios afastados.

Em estudo realizado para avaliar a distribuição de consultórios odontológicos privados na cidade de Porto Alegre, Lara e Pereira Filho¹⁸, também encontraram resultado semelhante com uma maior concentração na área mais desenvolvida sócio-economicamente.

Ao verificar-se a relação de cirurgião-dentista/habitante no SUS do Estado do Maranhão (Figura 2), nenhuma das três Macrorregiões alcançou o parâmetro de cobertura populacional preconizado pelo Ministério da Saúde para as Equipes de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família⁷ (1/3.450 habitantes), tendo sido a mais próxima, Caxias (1/4.996), seguida de São Luís (1/5.799) e Imperatriz (1/8.971), tendo o Estado do Maranhão alcançado uma relação de 1/6.046 habitantes.

A relação cirurgião-dentista/habitante ideal é bastante discutível na literatura. Chaves¹⁹ defende

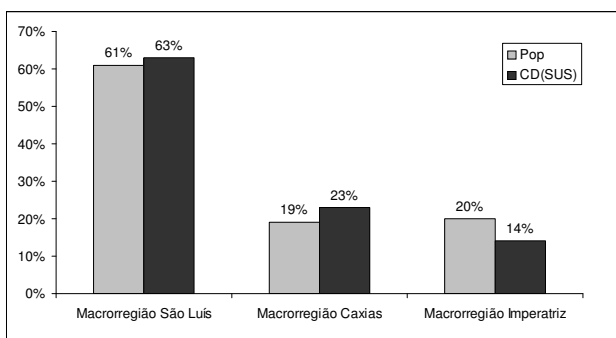


Figura 1: Distribuição da população geral e de cirurgiões-dentistas no SUS por macrorregião de saúde do Estado do Maranhão

Fonte: IBGE (estimativa/2002) e FCES (2002)

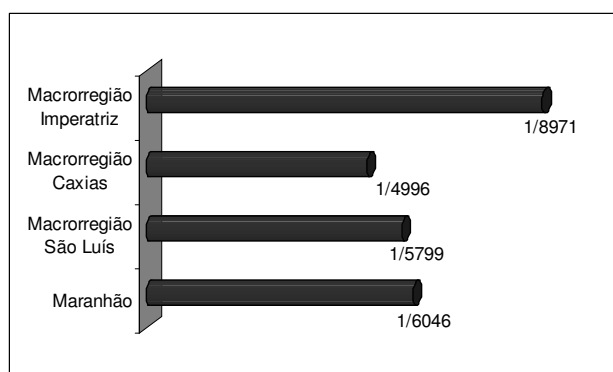


Figura 2: Relação cirurgião-dentista/habitante no SUS por macrorregião de saúde do Estado do Maranhão

Fonte: IBGE (estimativa/2002) e FCES (2002)

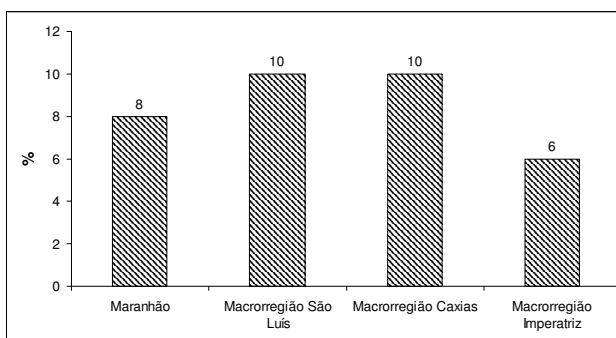


Figura 3: Percentual de municípios com a relação cirurgião-dentista/habitante no SUS até 3.450 por macrorregião de saúde do Estado do Maranhão

Fonte: IBGE (estimativa/2002) e FCES (2002)

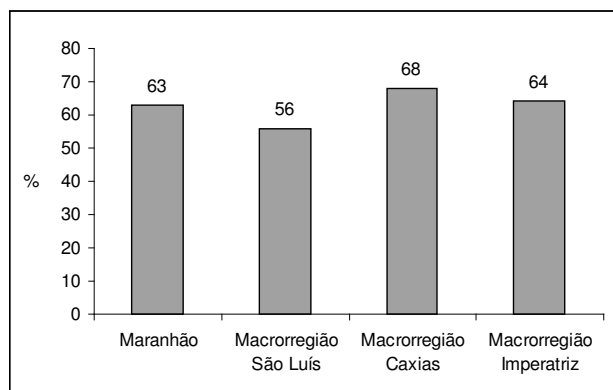


Figura 4: Percentual de municípios com a relação cirurgião-dentista/habitante no SUS > 3.450 por macrorregião de saúde do Estado do Maranhão

Fonte: IBGE (estimativa/2002) e FCES (2002)

como adequada à proporção de 01 cirurgião-dentista para 2.000 habitantes, pois com esta proporção, os serviços odontológicos são realizados de forma predominante por profissionais especializados. Deve-se ressaltar que este autor não faz distinção entre cirurgiões-dentistas no sistema público e privado. No entanto, de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde, esta poderia ser uma relação desejável.

Desta forma, o Ministério da Saúde, preconiza para as equipes de saúde bucal, uma relação de 1/3.450 habitantes⁷. Considerando que o Maranhão apresentou uma relação de 1/6.046 habitantes, esta encontra-se distante daquela sugerida por Chaves¹⁹ e aquém do preconizado pelo Ministério da Saúde.

Considera-se que no setor público, esta relação deveria estar pautada em aspectos como a necessidade epidemiológica da população e até mesmo quanto aos recursos financeiros disponíveis para área de saúde. Em relação ao conhecimento do perfil epidemiológico de saúde bucal da população, não se dispõe ainda de dados confiáveis e completos, uma vez que se encontra em andamento um levantamento das reais necessidades de saúde bucal da população brasileira.

Na figura 3, ao verificar-se a relação CD/habitante até 3.450, considerada ideal de acordo com o parâmetro preconizado para a equipe de saúde bucal, esta foi a que menos prevaleceu, com apenas 8% dos municípios no Estado, tendo a macrorregião Imperatriz apresentado o resultado menos favorável, com 6% dos municípios. Enquanto a relação CD/habitante maior que 3.450 foi predominante no Estado do Maranhão, destacando-se a macrorregião Caxias com 68% dos municípios. (Figura 4).

A ausência de cirurgião-dentista no SUS (figura 05) foi verificada em 28,6% dos municípios do Estado, destacando-se a macrorregião São Luís (34%), devendo-se ressaltar que nesta, estão situados mais da metade dos municípios do Estado.

Sugere-se que esta situação ocorra principalmente em municípios que não apresentam infraestrutura adequada para a instalação de cirurgiões-dentistas, pois segundo Chaves¹⁹, os fatores educacionais, sociais e culturais constituem elementos importantes da condição de vida de uma comunidade e influenciam a escolha de um profissional que pretenda instalar-se em determinado município.

A ausência de dentistas inseridos no Sistema Único de Saúde do município é responsabilidade do gestor municipal e fere o princípio da universalidade do acesso aos cuidados odontológicos. Isto pode levar a população a buscar consultórios privados ou meios não profissionais para a resolução de seus problemas.

De uma forma geral, pode-se perceber que há uma carência de profissionais do Sistema Único de Saúde observando-se um déficit de aproximadamente 1.690 cirurgiões-dentistas no Estado do Maranhão (Tabela 1). Quando verificada esta carência por macrorregião de saúde, observou-se que São Luís foi a macrorregião que apresentou o maior déficit (1.023), ressaltando-se, porém que esta compreende mais da

metade dos municípios e da população do Estado. A relação de cirurgião-dentista/habitante preconizada para as ESB no PSF foi a menos prevalente no Estado e houve um elevado percentual de municípios que não possuem cirurgião-dentista no SUS.

No entanto, considerando o recente reconhecimento da saúde bucal como parte integrante da saúde geral e sua conseqüente inclusão como área estratégica da atenção básica, e mais recente ainda o incentivo à implantação de ESB no PSF como estratégia de reorganização da atenção básica, o Maranhão ainda encontra-se em lenta consolidação dos princípios do SUS, principalmente no que se refere à universalidade de acesso a saúde bucal.

A saúde bucal encontra inúmeros obstáculos para a sua consolidação no SUS, tais como a inexistência de uma política de saúde bucal voltada para a maioria da população, deficiência no tipo de serviço prestado, baseado principalmente em procedimentos curativos/mutiladores, em que ainda predominam as exodontias, aliado a falta de participação e controle da população nos programas e falta de incentivos a uma política de produção de equipamentos e insumos odontológicos nacionais. E, no que se refere particularmente aos problemas de recursos humanos no SUS, há uma deficiência na quantidade de profissionais, pouca utilização de pessoal auxiliar de nível elementar e médio, ausência de uma política salarial, vinculada a um plano de cargos e salários que valorize os recursos humanos da área e uma inadequação do profissional formado à realidade social em que vive, bem como às necessidades da população.¹

Desta forma, tanto as instituições formadoras quanto as empregadoras de recursos humanos, devem orientar suas respectivas missões institucionais para a efetiva implantação e desenvolvimento do Sistema Único de Saúde¹³. Sugere-se, por-

Figura 5: Percentual de municípios com a relação cirurgião-dentista/habitante = 0 no SUS por macrorregião de saúde do Estado do Maranhão

Fonte: IBGE (estimativa/2002) e FCES (2002)

Tabela 1- Déficit de cirurgiões-dentistas (CD's) no SUS por macrorregião de saúde, Maranhão - 2002

Macrorregião	Relação encontrada*	Déficit de CD's no SUS
São Luís	1/5799	415
Caxias	1/4996	100
Imperatriz	1/8971	211
Total no Estado	1/6046	726

(*) Baseado no parâmetro de 1 cirurgião-dentista para 3.450 habitantes

Fonte: IBGE (2002) e FCES (2002)

tanto, uma reformulação da formação universitária, a fim de adequar o perfil profissional dos cirurgiões-dentistas às exigências do Sistema Único de Saúde²⁰, bem como a criação de incentivos para a contratação destes profissionais, sobretudo nos municípios mais carentes e conseqüentemente pouco atrativos para a sua instalação, contribuindo também para uma melhor distribuição geográfica destes recursos humanos no SUS.

Conclusão

Existe uma má distribuição de cirurgiões-dentistas no Sistema Único de Saúde do Estado do Maranhão. Há um predomínio da relação cirurgião-dentista/habitante maior que 1/3.450 nas três macrorregiões de Saúde.

É expressiva a quantidade de municípios com ausência de cirurgião-dentista no Estado.

É necessário aproximadamente o dobro de cirurgiões-dentistas existentes no Sistema Único de Saúde do Estado para suprir o déficit destes profissionais.

Referências

- 1 Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. 8. Conferência Nacional de Saúde/ I Conferência Nacional de Saúde Bucal. *Relatório Final*. Brasília (DF): MS; 1986. 11p.
- 2 Brasil. Portaria GM/MS nº 95, de 26 de janeiro de 2001 aprova a Norma Operacional de Assistência à Saúde/SUS: NOAS-SUS 01/2001, [Capturado 2002 jun 5]. Disponível em: <http://drt2001.Saude.gov.br/portarias/>
- 3 Brasil. Ministério da Saúde. *Saúde mais perto*. Brasília (DF): MS; 2001. 13p.
- 4 São Paulo. Secretaria de Saúde. Coordenadoria de Planejamento em Saúde. Centro Técnico de Saúde Bucal. *A organização das ações de Saúde Bucal na atenção básica: uma proposta para o SUS*. São Paulo: 2001. 95p.
- 5 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.925, de 23 de novembro de 1998 que cria o Manual para a organização da Atenção Básica [Capturado 2002 jun 5]. Disponível em: <http://drt2001.saude.gov.br/portarias/>.
- 6 Brasil. Portaria GM/MS nº 1.444 de 28 de dezembro

- de 2000 que estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal no Programa de Saúde da Família [Capturado 2002 março 23]. Disponível em: <http://drt2001.saude.gov.br/portarias/>.
- 7 Brasil. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 673 de 03 de junho de 2003 que atualiza e rever o incentivo financeiro às ações de saúde bucal no âmbito do PSF* [Capturado 2003 julho 17], Disponível em: <http://drt2001.saude.gov.br/portarias/2003/>.
 - 8 Brasil. Ministério da Saúde. Gestão Municipal de Saúde. *Textos básicos*. Rio de Janeiro: 2001. 17p.
 - 9 Souza RR. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2001; 6 (2):451-455
 - 10 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Estimativa Populacional, 2002* [Capturado 2003 abril 14], Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/popmap.htm>.
 - 11 Maranhão. Gerência de Estado de Qualidade de Vida. *Plano Diretor de Regionalização*. São Luís: 2003.(Versão preliminar)
 - 12 Conselho Federal de Odontologia. *Faculdades de Odontologia existentes no Brasil* [Capturado 2003 julho 07], Disponível em: www.cfo.org.br.
 - 13 Narvai PC. *Recursos Humanos para promoção da Saúde Bucal*. In: Kriger L (coord). *ABOPREV: Promoção de Saúde Bucal*. São Paulo: Artes Médicas; 1997. p.449-475.
 - 14 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio, 1998* [Capturado 2003 março 16], Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>.
 - 15 Brasil. Ministério da Saúde. Área Técnica de Saúde Bucal. *Recursos Humanos em odontologia e população residente por Estado, 2003* [Capturado 2003 março 16], Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/bucal>.
 - 16 Cassano DS, Telles CCC, et al. Mercado de trabalho: avaliação da relação habitante/cirurgião-dentista no Estado do Paraná. *Rev.Odontol. UNESP*, 2002 jan/jun; 31(1): 117-126
 - 17 Volpato LER. *Distribuição de odontólogos em Mato Grosso*. In: Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, 7, 2003, Brasília. Resumos. Abrasco, Brasília, 2003 v.8, supl.2, p. 714.
 - 18 Lara JCAG, Pereira Filho JB. Mercado de trabalho em Porto Alegre: distribuição geográfica dos consultórios dentários. *Rev. Odontociências*, 1998 dez;13(26):177-188 .
 - 19 Chaves M. *Recursos Humanos*. In: Chaves M. *Odontologia Social*. 3 ed. São Paulo: Artes Médicas; 1986, p.149-189.
 - 20 Freitas CHSM, Oliveira HB, Jardim MCAM, D´avila S, Félix SSS. Recursos Humanos em Odontologia: características do acadêmico em instituições públicas de ensino em três Estados do Nordeste. *Rev Cons. Reg. Odontol*. 1999 abr. 2(1); 7-11

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA:

Rejane Christine de Sousa Queiroz
 Fone: 236-4317 ou 99931994, email: rejane.queiroz@ig.com.br

Experiência em um ambulatório de saúde mental: a satisfação do cliente

Practice in an Outpatient Mental Institution: user approval

Anne Gabriela Veiga Rocha¹, Celia Maria Soares Bastos², Karla Cristina Bezerra Balata³,
Waldeney Costa Araújo Wadie⁴, Valéria Cristina Menezes Berrêdo⁴

Resumo: Estudo descritivo e analítico sobre a satisfação do paciente a partir da experiência em um ambulatório de saúde mental, realizado com base na avaliação dos serviços oferecidos, as formas de participação dos pacientes e seus familiares, com ênfase ao novo modelo assistencial e sua repercussão junto aos portadores de transtornos mentais, tendo como trajetória metodológica a revisão bibliográfica e a coleta de dados no espaço pesquisado. O resultado da pesquisa demonstrou que no período estudado 60% dos pacientes encontravam-se satisfeitos com os serviços e o atendimento. Desta forma, concluímos que os serviços encontram-se estruturados dentro dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica.

Descritores: satisfação, saúde mental, cliente.

Abstract: A descriptive analytical study on user approval from practice in an outpatient unit in a mental institution, based on the evaluation of services rendered, patient and family participation, highlighting the new assistance model, as well as its repercussion among mental health patients, having as methodological trail the bibliographical reviewing and data gathering within the research setting. The results showed that 60% of the subjects studied were satisfied with the care and services. It is concluded, therefore, that the services are structured within the Psychiatric Reform Guidelines.

Keywords: satisfaction, mental health, user.

Introdução

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), os problemas relacionados à saúde mental podem atingir 25% da população ao longo da vida, o que implica na necessidade de investimento na reestruturação, facilidade no acesso e criação de novos serviços, favorecendo principalmente a população mais carente, possibilitando a consagração do princípio do atendimento comunitário, extra-hospitalar e promotor da reintegração social, presente na nova legislação (Lei 10.216, de 6 de abril de 2001), que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e o redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental.¹

A partir da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), que contempla em seus princípios o respeito e o resgate à cidadania, o paciente psiquiátrico começa a ser visto como um cidadão e, como tal, digno de direitos. A assistência passa também a ser tratada como uma opção de inclusão social, a partir de um atendimento mais humanizado, desmistificando o doente e a sua doença, permitindo um pensar do que fazer e de como fazer essa prática.

Os transtornos mentais nem sempre foram encarados como doenças. Ora vistos como manifestações dos deuses, ora como possessão demoníaca, a loucura era atribuída a forças espirituais que eram valorizadas, quando se buscava uma causa para expli-

car as alterações no comportamento do homem.¹

No final do século XVIII, com os princípios da Revolução Francesa, quando idéias mais liberais e libertadoras passam a ser discurso constante na Europa, além da Declaração Universal dos Direitos do Homem nos Estados Unidos, crescem as denúncias sobre internações arbitrárias, torturas e a prisão de loucos com toda espécie de marginalizados. Neste período, na França, Phillipe Pinel apresenta uma proposta de tratamento humanitário para os doentes, separando os loucos daqueles não-loucos e colocando-os num lugar para serem cuidados e, pela primeira vez, receberem atendimento psiquiátrico sistematizado.²

Apesar do desenvolvimento técnico-científico caminhar lentamente, ao final do século XIX, o conhecimento produzido pelo médico austríaco Sigmund Freud, através da compreensão de que há uma estreita relação entre o psiquismo e os processos físicos e fisiológicos, trouxe uma contribuição importante para a história dos tratamentos “assim, o discurso freudiano, um novo saber na psiquiatria, propôs sua fundamentação na subjetividade do indivíduo.”³

No Brasil importantes avanços sociais levaram à busca pela garantia de direitos fundamentais ao portador de transtornos psíquicos, como parte do que ficou conhecido como processo de “humanização” nas políticas públicas o que demonstra a desumanização

¹ Assistente Social. Centro de Saúde Farina.

² Farmacêutica/Bioquímica. Centro de Saúde de Fátima

³ Assistente Social. Centro de Saúde Farina

⁴ Enfermeira. Docente da UFMA.

do sistema vigente. Destacamos neste contexto o projeto de Lei Paulo Delgado, de fundamental importância no contexto das transformações na assistência em saúde mental, fruto de intensos debates sociais em torno da questão da assistência psiquiátrica.

Muitas críticas surgem em relação ao modelo baseado na internação psiquiátrica a partir de análises que eram desenvolvidas a respeito de outras formas de assistência contrárias a esse modelo, considerado por profissionais de saúde e grupos da sociedade civil, organizada como excludente e impeditivo ao exercício dos direitos civis, políticos e sociais pelos doentes mentais.

No fim da década de 80, contrapondo-se a esse sistema, inicia-se no Brasil o movimento da reforma psiquiátrica, o qual aponta para mudanças que vão muito além da mera assistência em saúde mental, estendendo-se às dimensões jurídicas, políticas, sócio-culturais e teóricas. Esse processo é fortemente influenciado pela psiquiatria italiana, através de Franco Basaglia, criador do movimento que considera o hospital psiquiátrico como local de sofrimento e repressão e que esse tratamento deve ocorrer na comunidade.

Os avanços da Constituição de 1988, contribuíram significativamente para a abertura de espaços de lutas e organização da sociedade na busca de um novo estado de direito para o doente mental. Norteadas pelos princípios da universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação popular, foram realizadas sucessivas conferências de saúde mental nos diversos níveis (nacional, estadual, municipal e distrital) tendo como objetivo a inserção da saúde mental nas ações gerais de saúde.

Transcorridos vários anos após as relevantes conquistas e progressivos desdobramento da prática clínico-social aos usuários da psiquiatria, observamos no ano de 2001, importantes marcos que vão concretizar as mudanças nas modalidades de atenção em saúde mental.

Foi sancionada a Lei 10.216, que tem como principal proposta a progressiva extinção dos manicômios (instituições fechadas) que serão substituídos por instituições abertas. A escolha das modalidades de atenção aos clientes com transtorno mental, passa a depender dos gestores, trabalhadores da saúde, associações de familiares e conselhos de saúde. No artigo 2º desta mesma lei prevê-se que o usuário tem o direito de receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento. Este representa um dos pontos críticos na relação entre a instituição através do profissional e o usuário e sua família, tendo em vista a falta de diálogo imposta pelo sistema asilar.

A família, o trabalho e a comunidade são fatores que merecem destaque na legislação como elementos fundamentais ao processo de reintegração social do indivíduo, através da participação familiar no tratamento e da conscientização da relevância do seu papel na inserção do paciente ao convívio social. Como uma das estratégias para a construção e consolidação de um novo conceito em saúde mental, foi criado o Ambulatório de Saúde Mental Dom João Antônio Farina, em outubro de 2000, ligado à rede pública do município, cujas atividades sistematizadas e coordenadas são voltadas para a segurança e manutenção do conforto do cliente, onde são oferecidos serviços como: consultas psiquiátricas, redução no número de internações, distribuição de medicamentos, encaminhamentos ao hospital – dia e terapia ocupacional, além de orientações clínicas e sociais.

A garantia da satisfação do cliente pressupõe a manutenção da qualidade dos serviços oferecidos tornando-se necessário definir padrões, mantê-los e aprimorá-los, envolvendo um sistema de crenças e valores e um conjunto de conhecimentos e habilidades específicas. Podemos ressaltar a satisfação do cliente como um elemento fundamental para a avaliação dos serviços oferecidos na saúde mental, entendendo esta como uma necessidade de satisfazer impulsos ligados à auto-estima, ao ego, aos desafios do dia-a-dia, reconhecimento da importância do outro e do trabalho desenvolvido por ele ou para ele, permitindo a realização de serviços com alto nível de satisfação, compreensão e conhecimento; o que possibilita o crescimento pessoal dos clientes em acompanhamento.⁴

O paciente espera que o profissional lhe coloque o assunto em profundidade, entenda seu desconhecimento a respeito do seu problema, que saiba das conseqüências e possa eliminar ou amenizar o mesmo. Em síntese, o paciente espera que o profissional restaure seu equilíbrio físico e mental, uma vez que aquele necessita de alguém que se ponha no seu lugar e lhe dê acima de tudo, segurança. Por este motivo, quer ser sempre bem recebido, aceito e valorizado.

Com base nestas afirmativas, entendemos que a avaliação contínua possibilita o redimensionamento de práticas, bem como a construção de novas estratégias, para tanto, buscamos pesquisar a satisfação do cliente atendido no Ambulatório Farina de Saúde Mental, caracterizando o perfil sócio-econômico, determinando características fundamentais da satisfação e identificando formas de participação dos clientes e de seus familiares no processo de atendimento realizado no ambulatório.

Métodos

Trata-se de um estudo descritivo e analítico, delineado de acordo com os fundamentos da metodologia científica, no que se refere à abordagem quantitativa para a coleta de dados. Realizou-se no Ambulatório de Saúde Mental D. João Antônio Farina (vinculado à Secretaria Municipal de Saúde), no período

de 1º a 20 de agosto de 2003. O segmento amostral foi constituído por 50 pacientes atendidos no ambulatório neste período, representando o total da clientela que retornou ao atendimento clínico, com seu respectivo acompanhante. Foi aplicado um questionário, com perguntas abertas e fechadas, de forma individual, sendo

viabilizado após o consentimento prévio do paciente através da assinatura do termo de consentimento.

Para avaliar a satisfação do cliente, tomamos como base a portaria nº 224 de 29 de janeiro de 1992, que determina critérios para a assistência básica em saúde mental (equipe multiprofissional desenvolvendo o atendimento individual e grupal, atividades socioterápicas, visitas domiciliares e atividades comunitárias). A partir desses critérios tornou-se possível avaliar a satisfação da clientela atendida, através dos números de retornos (adesão ao tratamento), a participação nas atividades socioterápicas, a participação da família no tratamento e a percepção dos serviços oferecidos através do questionário aplicado.

A escolha do referido ambulatório de saúde mental ocorreu por este ser um espaço de inclusão, com busca do resgate da cidadania, a partir do momento em que promove amplamente um novo conceito sobre a "loucura", restituindo os direitos dos usuários, produzindo relações interpessoais, reinserindo o mesmo na sociedade. O ambulatório localiza-se no Centro de Saúde Farina, situado no bairro do Filipinho, fazendo parte do distrito sanitário do Coroadinho, tendo na sua estrutura de atendimento 6 (seis) consultórios, 1 (uma) farmácia básica com medicamentos psicotrópicos, 1 (uma) sala de espera, 1 (um) salão para terapia ocupacional, 4 (quatro) banheiros, 1 (um) SAME, 1 (uma) diretoria e 1 (uma) administração. A sua demanda é constituída basicamente por pacientes com trans-

tornos variados (ansiedade, depressão, humor), dependentes químicos, além de outros transtornos mentais, dos quais somente 20% do total geral da clientela do Ambulatório Farina é constituída por psicóticos com outros tipos de agravos, segundo os dados estatísticos do próprio ambulatório.

O ambulatório funciona em dois turnos e tem como rotina de atendimento a marcação de consulta pela manhã, seguida de acompanhamento e encaminhamento de todos os pacientes e seus acompanhantes para orientações coletivas em um espaço devidamente preparado, denominado "sala de espera". Tais orientações objetivam situar os clientes sobre o seu tratamento clínico, a adesão à medicação, o retorno ao convívio social, o resgate à família, as orientações sobre higiene e demais temas afins. Estas orientações são ministradas por uma equipe multiprofissional composta por 3 (três) assistentes sociais, 2 (dois) enfermeiros, 3 (três) psicólogos, 5 (cinco) médicos psiquiátricos, 3 (três) auxiliares de Enfermagem e corpo técnico administrativo.

Após a coleta dos dados junto aos usuários, os mesmos foram agrupados com a finalidade de permitir a compreensão e a análise, direcionando-os aos objetivos do trabalho. A análise consistiu na organização de todo material coletado, dividindo-o em partes correlacionadas, identificando tendências e padrões que serão reavaliados, buscando-se relações e inferências num nível de abstração mais elevado.

Resultados

Quanto às características da amostra estudada, observamos que a maioria dos pacientes situam-se nas faixas etárias de 20 a 30 anos e de 31 a 40 anos com percentual de 26% cada. Com relação à atividade profissional exercida, temos que 28% não exercem nenhuma atividade, 22% são donas de casa, 26% são autônomos, 12% são estudantes e os demais 12% exercem outras atividades (Tabela 1).

No tocante à frequência de consultas e internações dos clientes, observamos que 38% dos clientes encontram-se em acompanhamento no período que varia de 1 a 2 anos, 28% estão em tratamento a mais de 2 anos e 34% estavam em tratamento a menos de 1 ano. Já quanto ao número de consultas, 52% dos pacientes realizaram mais de 10 consultas, 34% de 5 a 10 consultas e 14% menos de 5 consultas. Quando questionados a respeito da internação psiquiátrica, 72% nunca passaram por nenhum tipo de internação. Quanto à procura de outros serviços, 80% responderam que não

procuraram outros serviços (Tabela 2).

Cerca de 76% dos clientes participam das atividades de sala de espera. No que se refere às orientações sobre o tratamento, 62% receberam orientações sobre o uso da medicação, 30% sobre a adesão ao tratamento e 8% não receberam orientação. A participação da família no tratamento foi considerada importante na evolução do quadro clínico por 74% dos clientes. Com o tratamento, 56% retornaram as suas atividades diárias, e apenas 10% dos pacientes não conseguiram voltar às atividades normais (Tabela 3).

Quanto a satisfação da clientela, observamos que 62% dos pacientes apontaram a orientação multi-profissional como um dos fatores que possibilita uma evolução significativa do quadro clínico, 24% consideravam a ajuda dos profissionais como um fator importante na sua recuperação. Em relação ao que mais agrada no atendimento, 62% apontaram a humanização (a atenção, o respeito, a oportunidade de serem ouvidos, a compreensão e tolerância quanto aos

Tabela 1 – Caracterização sócio-econômica dos clientes

Caracterização sócio-econômica	f	%
Idade		
< 20 anos	05	10
20 a 30 anos	13	26
31 a 40 anos	13	26
41 a 50 anos	10	20
51 a 60 anos	08	16
> 60 anos	01	02
Ocupação		
Sem ocupação	14	28
Dona de casa	11	22
Estudante	06	12
Autônomo	13	26
Outros	06	12
Renda Familiar		
< 1 salário mínimo	00	00
1 a 2 salários mínimos	29	58
> 3 salários mínimos	10	20
Sem renda fixa	11	22

seus limites e dificuldades), 26% indicaram as consultas médicas e psicológicas como fundamentais e 12% consideram a garantia da medicação como outro fator importante à adesão ao tratamento. A maioria dos cli-

Tabela 3 – Opinião dos clientes em relação ao atendimento no Ambulatório de Saúde Mental Dom João Antônio Farina

Opinião em Relação ao Atendimento	f	%
Motivo da procura ao serviço		
Espontânea	18	36
Encaminhamento médico	15	30
Encaminhados por terceiros	11	22
Outros	06	12
Participação nas atividades em sala de espera		
Não	12	24
Sim	38	76
Orientações sobre o tratamento		
Medicação	31	62
Adesão ao tratamento	15	30
Não recebeu orientação	04	08
Participação da família		
Não	13	26
Sim	37	74
Realização de tarefas após o tratamento		
Retornou às atividades diárias	28	56
Tarefas domésticas	10	20
Sair sozinho	7	14
Não ajudou	5	10

entes (62%) informou que nada desagrada no atendimento, mas 28% não concordam com a marcação de consultas e 10% acham que o atendimento demora muito (Tabela 4).

Tabela 4 – Percepção do cliente em relação ao atendimento no Ambulatório de Saúde Mental Dom João Antônio Farina.

Percepção em relação ao atendimento	f	%
Satisfação em relação ao atendimento multiprofissional		
Orientação qualificada	31	62
Ajuda na recuperação	12	24
Segurança	04	08
Não acha importante	03	06
Dificuldade no atendimento		
Não encontrou dificuldade	38	76
Marcação de consultas	10	20
Outros	02	04
O que mais agrada no atendimento		
Atendimento humanizado	31	62
Consultas médicas/psicológicas	13	26
Medicação gratuita	06	12
O que mais desagrada		
Nada desagrada	31	62
Marcação de consulta	14	28
Demora no atendimento	05	10
Diferenças em relação a outros ambulatórios		
Não souberam informar	24	48
Atendimento humanizado	19	38
Estruturação do atendimento	05	10
Medicação gratuita	02	04

Discussão

Avaliar a satisfação dos clientes, requer que se compreenda como a construção de um novo modelo assistencial em saúde mental, refletem na vida dos sujeitos que buscam por esses serviços. A questão vai muito além da desinstitucionalização que se supõe, não devendo acontecer de forma isolada e sim, como parte de uma reestruturação de um sistema do qual muitos dependem. Pois entendemos que não pode haver a redução gradativa de internações psiquiátricas, sem a criação de serviços que possam dar suporte à consolidação de um novo conceito em saúde mental, pautado na inclusão social dos clientes.

Em São Luís-MA, esse processo vem ocorrendo de forma lenta, o que acreditamos refletir diretamente na acessibilidade aos serviços oferecidos pelo ambulatório e conseqüentemente na satisfação dos clientes.

Podemos destacar como elementos diferenciados, quanto ao atendimento e a satisfação deste, a categoria diagnósticos dos clientes, já que somente 20% do total geral do usuários do ambulatório são psicóticos com outros agravantes, permitindo uma maior observação dos mesmos quanto ao atendimento dispensado, 80% dos pacientes atendidos neste am-

bulatório de saúde mental não procuram outros serviços, encontrando respostas satisfatórias aos seus problemas.

Outro fator relevante é a adesão dos familiares e/ou responsáveis, que permite uma modificação no atendimento gerando maiores perspectivas quanto à forma e à conduta com que são atendidos os usuários no cotidiano do ambulatório. Observamos que a maioria das respostas dos seres humanos não é provocada por necessidades ou carências básicas, mas por necessidades adquiridas.

Outro fator relevante relaciona-se à faixa etária dos usuários que compreende dos 20 aos 40 anos, constituindo-se estes em pacientes jovens e em pleno processo de produção. Constatamos que a saúde é uma condição humana com dimensões físicas, sociais e psicológicas tendo o sucesso no alcance de seu potencial máximo apesar das incapacidades que possa apresentar.

Podemos destacar que com a Reforma Psiquiátrica o cliente da psiquiatria assume um novo papel na construção da sua recuperação física e mental, possibilitando um olhar crítico quanto aos tipos de serviços oferecidos.

Conclusão

Finalmente, como forma de contribuir para a consolidação do novo modelo, sugerimos a criação de um sistema de monitoramento de indicadores da assistência em saúde mental, a fim de garantir que os

gestores e profissionais de saúde, possam avaliar os resultados necessários para a tomada de decisões e o estabelecimento de metas, possibilitando melhorias no desenvolvimento das ações nessa área.

Referências

- 1 Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Mental. Projeto de Profissionalização dos trabalhadores da área de Enfermagem. Profissionalização de Auxiliares de Enfermagem: *cadernos do aluno*. Brasília/Rio de Janeiro: MS;2001. 128 p.
- 2 Amarante PDC. Psiquiatria social e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1994. 202 p.
- 3 Carvalho RP. Qualidade de vida dos usuários do CAPs. São Luís: 2003.
- 4 Weiss DH. *Motivação e resultados*: como obter o melhor de sua equipe. São Paulo: Nobel;1991.

Perfil de adolescentes grávidas em Coelho Neto, MA

Profile of pregnant teenagers in the city of Coelho Neto, Maranhão, Brazil

Liberata Campos Coimbra¹, José Sebastião Cidreira Vieira²
Rosemere Santana do Nascimento³, Rita Maria Sampaio Barros⁴

Resumo: O perfil de adolescentes grávidas em Coelho Neto (MA), visa identificar algumas características deste público alvo. Aplicou-se um questionário enfocando os fatores sócio-econômicos, condições de moradia, acompanhamento pré-natal, renda familiar, escolaridade e lazer para 58 adolescentes grávidas no período de maio a julho de 2003. Os dados obtidos foram processados e analisados pelos programas EPI Info e Microsoft Word, versão 2000. É alta a prevalência de gravidez na adolescência no município, 32,2%. As adolescentes têm baixa escolaridade, convivem com famílias de baixa renda per capita, 61,4%. O início da vida sexual ocorreu aos 17 anos em média. Foi alto o percentual de evasão escolar após a gravidez, 36,2%, favorecido pelas condições em que vivem e pelo evento da gravidez.

Descritores: adolescência, gravidez, problema social.

Abstract: The study on the profile of pregnant teenagers in the city of Coelho Neto, Maranhão, Brazil aims at identifying certain trends of this target subjects. A quiz form was applied highlighting the social economical factors, housing conditions, prenatal follow-up, household income, schooling, and leisure for 58 pregnant teenagers in the period of May to July, 2002. The gathered data was processed and analyzed by EPI Info and Microsoft Word, version 2002. Teenage pregnancy is of the order of 32.2% in the municipality, which is considered to be quite elevated. The teenagers have poor schooling and live in dwellings with a per capita income 61.4% of the minimum wage. Sexual initiation took place around 17 years of age. School dropout rate was high (36.2%), brought about by their living conditions and early pregnancy.

Keywords: *teenage, pregnancy, social problem.*

Introdução

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a adolescência como sendo a faixa etária compreendida entre 10 e 19 anos e se caracteriza por profundas mudanças físicas e psicológicas que repercutem em termos individual, familiar e social.

Na atualidade os jovens são estimulados a iniciarem sua vida sexual cada vez mais cedo, seja pela discussão da sexualidade de forma inadequada, seja por pressões de grupos sociais, medo de serem taxados de caretas, fora de moda ou propaganda veiculada pelos meios de comunicação¹.

As informações passadas aos jovens sobre sexo em geral são confundidas com informações sobre reprodução humana. Ensina-se sobre espermatozoides, óvulo, fecundação, gestação e parto; mais nada sobre coito, atuação sexual ou sobre os meios de prevenção das doenças. Nestas condições o adolescente se torna presa fácil das doenças sexualmente transmissíveis e de gravidez indesejada, causando danos a si próprio e contribuindo para a sua disseminação em geral².

A gravidez precoce acarreta problemas nas áreas escolares e de capacitação profissional, levando as adolescentes a abandonar os estudos e/ou o

trabalho para cuidar dos filhos. Também pode ser um grande complicador das adolescentes, gerando problemas como desnutrição, anemia, hipertensão específica da gravidez, trabalho de parto prematuro, infecções, etc. Existe risco para os bebês, como baixo peso, prematuridade, risco de mortalidade maior que dos filhos de mães mais velhas³.

Segundo, Goldberg⁴, 1977, a mortalidade infantil entre mães adolescentes de 15 a 19 anos é superior das mães com idades maior ou igual que 20 anos, cerca de 2 milhões de adolescentes em países desenvolvidos praticam abortos em condições de riscos. As limitações de cultura dificultam a educação sexual e a conscientização sobre as questões reprodutivas inclusive o planejamento familiar. A gravidez de adolescente, principalmente nas camadas mais pobres contribui para o crescimento de pessoas carentes e pobres porém, uma atenção especial pode minimizar esse problema social.

A adolescente grávida, devido suas características requer uma atenção especial, pois, é um momento de profundas mudanças de ordem biológica, psicológica e social ainda imaturas. Os serviços de saúde de qualquer nível (primário, secundário ou

¹Enfermeira, Docente da UFMA

²Especialista em gestão em saúde. Químico.

³Especialista em gestão em saúde. Assistente Social. Secretaria de Ação Social do Município de Coelho Neto (MA).

⁴Especialista em gestão em saúde. Enfermeira. Secretaria Municipal de Coelho Neto (MA).

terciário), incluindo os agentes de saúde, têm um papel fundamental no acompanhamento desse processo biopsicossocial por que é uma oportunidade de promover, proteger, prevenir e assistir adequadamente os pais adolescentes e a criança⁵.

É imprescindível que os serviços de saúde desenvolvam mecanismos próprios para a captação precoce das gestantes adolescentes, proporcionando-lhes uma atenção pré-natal diferenciada realizada por profissionais sensibilizados em relação às condições específicas. A consulta pré-natal deve ser organizada de modo que facilite a vida da mulher grávida dando condições de gerar seu filho com total segurança e assim garantir interação da família neste momento transitório. "É através do pré-natal que surgirão diagnósticos e orientações medicamentosas ou não que exercerão importância para o desenvolvimento da gestante e do produto de sua concepção"⁶.

Aproximadamente 20% das crianças que nascem no Brasil são filhas de adolescentes, número que representa três vezes mais garotas com menos de 15 anos grávidas atualmente do que na década de 70. A grande maioria dessas adolescentes não tem condições financeiras nem emocionais para assumir a gravidez, quase todas abandonam os estudos. A pesquisa em Demografia e Saúde, de 1996, mostrou um dado alarmante, 14% das adolescentes já tinham pelo menos um filho e as jovens mais pobres apresentavam fecundidade dez vezes maior. Entre as garotas grávidas atendidas pelo SUS entre 1993 e 1998, houve um aumento de 31% dos casos de meninas grávidas entre 10 e 14 anos. Nesses cinco anos 50 mil adolescentes foram parar nos hospitais públicos devido a complicações de abortos clandestinos⁷.

No Brasil, as políticas sociais destinadas aos adolescentes, têm assumido um caráter assistencialista, focalizado no amoldamento dos jovens às regras da sociedade, não contemplando em suas bases o tratamento de questões fundamentais como a sexualidade e a saúde reprodutiva. A sexualidade atualmente é banalizada, vista como algo natural e visualizam-se diariamente inúmeras adolescentes grávidas, despreparadas física, psicológica e emocionalmente para gerar, dar a luz e educar uma criança. Devido à influência da modernidade as adolescentes iniciam sua vida sexual ativa muito cedo às vezes, chegando a engravidar pela primeira vez aos 10 anos de idade⁸.

Na atualidade enfrenta-se uma epidemia de gravidez em adolescentes, por exemplo, em 1990, cerca de 10% das gestações no Brasil ocorria nessa faixa etária. Em 2000, esse índice aumentou para 18%, praticamente dobrou em apenas dez anos o número de mulheres que engravidam entre os 10 e os 19 anos. Gravidez na adolescência não é novidade na história de vida das mulheres, provavelmente nossas

antepassadas casaram cedo, engravidaram logo e, durante a gestação e o parto, não receberam assistência médica. Erros e acertos dessa época se perderam no tempo e na memória de seus descendentes⁸.

Os fatores causais das alterações nos comportamentos sociais e sexuais são o início precoce da atividade sexual, a menarca, a falta de informação adequada, a falta de espaço para discutir valores com a família, a urbanização, a migração, etc. Muitas adolescentes conhecem os métodos contraceptivos disponíveis, o estranho é que assim como as desinformadas, elas engravidam quase que com a mesma facilidade. A informação, nesse caso, é necessária, mas não é suficiente⁹.

A gravidez pode entrar, na adolescente, o processo de desenvolvimento próprio de sua idade, fazendo-a assumir responsabilidade e papéis de adulta antes da hora, em tempo pouco se verá obrigada a dedicar-se aos cuidados maternos. O prejuízo é duplo: nem adolescente plena, nem adulta inteiramente capaz.

Viver simultaneamente a própria adolescência, cuidar da gestação e posteriormente do bebê é uma tarefa árdua, a vida torna-se mais difícil para a adolescente grávida que estuda e trabalha. Essa situação não difere para o jovem adolescente que se torna pai, ele também será envolvido na dupla tarefa de lidar com as transformações próprias da adolescência e as da paternidade, que exigem trabalho, estudo, educação do filho e cuidados com a esposa ou companheira⁹.

No município de Coelho Neto este problema é visível considerando-se que a liberdade sexual exacerbada é dada pelos pais aos adolescentes e estes por sua vez não sabendo fazer uso da mesma enveredando pelo mundo da libertação sexual uma vez que no município existe uma rotatividade muito grande de homens que prestam serviço de manutenção nas indústrias açucareira e de celulose e que são detentores de um bom poder aquisitivo em termos locais atraindo as adolescentes que se encontram em situação de maior vulnerabilidade e marginalidade social. As adolescentes mesmo conhecendo os métodos contraceptivos através de palestras educativas proferidas pelos profissionais de saúde, estas e seus parceiros parecem não fazer uso dos mesmos e em consequência deste, ato impensado, surge a gravidez indesejada, causando diversos transtornos como por exemplo, retardo no início do pré-natal devido ao diagnóstico tardio da gravidez, provocado pelo medo da opinião dos familiares, pela negação à gravidez, o desconhecimento sobre o que fazer e a incerteza sobre abortar ou deixar evoluir. Devido até então, não existir evidências objetivas sobre as adolescentes gestantes em Coelho Neto (MA), resolveu-se traçar o perfil de adolescentes grávidas no referido município.

Métodos

O presente trabalho é um estudo quantitativo, descritivo e exploratório realizado no município de Coelho Neto (MA) no período de maio a julho de

2003. A cidade de Coelho Neto, localiza-se no extremo leste do Estado do Maranhão, mais precisamente às margens do rio Parnaíba que separa o Maranhão do

Estado do Piauí. Com uma população de 42.511 habitantes segundo o último censo realizado pelo IBGE, sua economia se resume às atividades comerciais e às atividades industriais no ramo açucareiro e de celulose.

A população do estudo foi constituída por adolescentes grávidas do município de Coelho Neto na época da pesquisa. Dessa população trabalhou-se com uma amostra de conveniência de adolescentes que procuraram as unidades de saúde para a realização do acompanhamento pré-natal, algumas adolescentes foram identificadas por Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que deram uma relevante colaboração na coleta de dados, inicialmente foram capacitados para realizar a entrevista com as adolescentes grávidas em Coelho Neto (MA).

Foi utilizado como instrumento de pesquisa um questionário com perguntas fechadas. As variáveis contidas no questionário para a análise do perfil de adolescentes grávidas no município de Coelho Neto são descritas a seguir: identificação, dados sócio-econômicos, uso de fumos e de bebidas alcoólicas,

planejamento familiar, métodos contraceptivos, assistência pré-natal e lazer.

A coleta de dados foi realizada pelos pesquisadores e pelos agentes comunitários de saúde nas principais instituições de saúde do município, ou seja, no Hospital Cel Ivan Ruy, na Casa de Saúde e Maternidade de Coelho Neto, no Centro de Saúde São Judas Tadeu e no Centro de Saúde São Francisco, onde as adolescentes realizam o pré-natal e em suas residências. As entrevistadas responderam um questionário (apêndice A) enfocando fatores sócio-econômicos de interesse dos pesquisadores para assim, se traçar o perfil do público alvo.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética profissional do Hospital Universitário Unidade presidente Dutra (HUUPD), e as adolescentes foram inseridas na pesquisa após consentimento por escrito.

Os dados obtidos foram processados e analisados estatisticamente pelos programas EPI Info e Microsoft Word, ambos versão 2000 e estão mostrados em forma de tabelas de distribuição e gráfico.

Resultados

Foram entrevistadas 58 adolescentes grávidas com idade variando entre 13 e 19 anos. Com relação à renda familiar destas adolescentes constatou-se que 22% recebem um salário mínimo e que 52% possuem renda de um salário mínimo. Em termos de participação no orçamento familiar em média 1 a 4 pessoas contribuem com a renda per capita totalizando 61,4% (Tabela 1).

A baixa escolaridade teve freqüência de 70,7% para o ensino fundamental incompleto, 15,5% para o ensino fundamental completo, 1,7% para o ensino médio incompleto e um alto índice de analfabetismo (12,1%). Observou-se uma evasão escolar expressiva, pois 36,2% das entrevistadas abandonam os estudos em função da gravidez.

No tocante à profissão verificou-se que 32,8% do público pesquisado são estudantes, 31% são donas de casas. Quanto à situação conjugal 48,3% das grávidas são solteiras, 36,2% moram com seus parceiros e 15,5% são casadas (Tabela 1).

Vale frisar que 77,6% são de cor branca e a religião predominante no grupo é a católica perfazendo um total de 93,1%.

Avaliando-se as condições de habitação das adolescentes grávidas em Coelho Neto (MA), identificou-se que 62,1% delas moram em casa própria, mas na verdade, tais residências pertencem aos sogros ou pais das mesmas. No tocante ao tipo de moradia 43,1% são de taipa não revestida e 39,7% de tijolo ou adobe (Tabela 2).

O abastecimento de água e de energia elétrica destes domicílios é oriundo da rede pública com cobertura de 65,5% e 87,9% respectivamente. Verificou-se ainda, que 44,8% do lixo doméstico produzido é descartado através de coleta regular, 32,8% são queimados e 55,2% dos dejetos biológicos são lançados

Tabela 1 – Características sócio-econômicas da população estudada. Coelho Neto, 2003

Características sócio-econômicas	f	%
Idade (anos)		
13	2	3,4
14	1	1,7
15	7	12,1
16	11	19,0
17	11	19,0
18	16	27,6
19	10	17,2
Renda familiar*		
< 1 salário mínimo	26	52,0
1 salário mínimo	11	22,0
> 1 salário mínimo	13	26,0
Participação no orçamento familiar (nº de pessoas)**		
1 a 4	35	61,4
4 a 8	15	26,4
9 a 12	7	12,2
Escolaridade		
Ensino fundamental incompleto	41	70,7
Ensino fundamental completo	9	15,5
Ensino médio incompleto	1	1,7
Analfabetas	7	12,1
Profissão		
Doméstica	4	6,9
Dona de casa	18	31,0
Estudante	19	32,8
Lavrador	6	10,3
Outras	11	19,0
Evasão escolar	21	36,2
Situação conjugal		
Moram juntos	21	36,2
Solteiras	28	48,3
Casadas	9	15,5

Nota: * excluídas 8 adolescentes que não quiseram responder a questão.

** excluída 1 adolescente que não quis responder a questão.

diariamente em fossa seca e 25,9% para fossa séptica (Tabela 2).

Quanto à vida sexual observou-se que das adolescentes 65,5% das adolescentes estudadas a iniciam com mais de 15 anos de idade e 34,5% com menos de 15 anos, sendo que a maior parte delas possui parceiro fixo (79,3%). Grande parte das adolescen-

tes entrevistadas informou que não faz uso de fumo e bebidas alcoólicas (84,5%) das que fazem 44,4% utilizam fumo e 55,6% usam bebidas alcoólicas (Tab. 3).

Em se tratando da participação em palestras e seminários alusivos ao planejamento familiar, percebeu-se que 56,9% não participam e /ou participaram das palestras proferidas pelos profissionais da saúde em suas comunidades. Quando indagadas sobre a utilização de anticoncepcionais 68,9% responderam que conhecem e fazem uso dos mesmos e dentre eles os mais usados são a camisinha (82,5%), os métodos injetáveis (10%) e as pílulas com 7,5% (Tabela 4).

O estudo de adolescentes grávidas revelou que 55,2% não apresentaram problemas de saúde e das 44,8% que se queixaram de doenças ocasionadas pela gravidez destacam-se a cefaléia com 50% , a

Tabela 2 – Condições de moradia das adolescentes grávidas. Coelho Neto, 2003.

Condições de moradia	f	%
Regime de moradia		
Própria	36	62,1
Cedida	11	19,0
Alugada	2	3,4
Outra	9	15,5
Tipo de moradia		
Tijolo ou adobe	23	39,7
Taipa revestida	10	17,2
Taipa não revestida	25	43,1
Abastecimento de água		
Poço ou nascente	13	22,4
Rede pública	38	65,5
Chafariz	2	3,5
Outros	5	8,6
Uso de energia elétrica	51	87,9
Destino do lixo doméstico produzido		
Coleta regular	26	44,8
Queima	19	32,8
Aterro doméstico	1	1,7
Céu aberto	9	15,5
Outros	3	5,2
Destino dos dejetos biológicos produzidos		
Fossa séptica	15	25,9
Fossa seca	32	55,2
Céu aberto	8	13,7
Outras	3	5,2

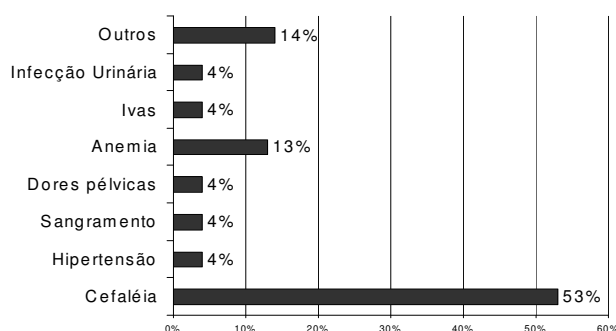


Figura 1 - Doenças que afetam as adolescentes grávidas em Coelho Neto(MA), 2003

anemia com 15,5% que podem ocasionadas por uma alimentação deficiente de vitaminas e sais minerais presente no cardápio destas jovens (Figura 1).

Na história reprodutiva das adolescentes grávidas verificou-se que 94,9% não praticam/praticaram abortos e as que o fizeram foi de maneira espontânea; 82,5% delas estão vivenciando a primeira gestação, 63,8% ainda se encontram no período gestacional, 32,2% tiveram seus filhos nascidos vivos sendo que o tipo de parto predominante foi o normal com 90,5%. Quase todas as adolescentes grávidas receberam acompanhamento pré-natal (98,3%) e foram imunizadas (96,5%), destas 34,5% tomaram uma dose de vacinas, 34,5% tomaram duas doses e 31% já tomaram três doses de vacinas (Tabela 5).

Tabela 3 – Atividade sexual da população estudada. Coelho Neto, 2003.

Atividade sexual	f	%
Início da atividade sexual (anos)		
< 15	20	34,5
> 15	38	65,5
Possuem parceiros fixos*		
Sim	45	79,3
Não	12	20,7

Nota: * excluída uma adolescente que não respondeu a questão.

Tabela 4 – Participação em palestras educativas sobre planejamento familiar. Coelho Neto, 2003.

Planejamento familiar	f	%
Participam de palestras sobre planejamento familiar		
Sim	25	43,1
Não	33	56,9
Contraceptivos mais utilizados		
Camisinha	33	82,5
Métodos injetáveis	3	7,5
Pílula	4	10,0

Tabela 5 – História reprodutiva e assistência pré-natal da população estudada. Coelho Neto, 2003.

História reprodutiva e acompanhamento pré-natal	f	%
Número de gestações*		
Uma gestação	47	82,5
Mais de uma gestação	10	17,5
Número de filhos		
A nascer	37	63,8
Nascidos vivos	19	32,8
Natimortos	2	3,4
Tipos de partos		
Normal	19	90,5
Cesárea	2	9,5
Receberam assistência pré-natal		
Sim	57	98,3
Não	1	1,7
Imunização *		
Tomaram vacinas	55	96,5
Não tomaram vacinas	2	3,5
Doses		
Uma dose	19	34,5
Dois doses	19	34,5
Três doses	17	31,0

Discussão

O perfil de adolescentes grávidas no município de Coelho Neto (MA) associado à gravidez precoce poderá contribuir para a implantação de programas eficazes de prevenção. No município estudado, a gravidez na adolescência é altamente prevalente segundo o Sistema de Atenção Básica (SIAB) atinge algo em torno de 32,2%⁷.

As adolescentes estudadas são oriundas de famílias de classe baixa, em geral são estudantes

ou donas de casa, têm como grau de instrução o ensino médio incompleto e um alto índice de analfabetismo, fato esperado tendo em vista que o Estado do Maranhão figura no contexto nacional como um dos Estados mais pobres do país apresentando uma taxa de analfabetos funcionais bastante elevada e de acordo com o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) está abaixo da linha de pobreza. Segundo Martinez² quanto maior é o estrato social, maior será a discrepância,

menor será a distribuição de renda per cápita e as condições de saúde, educação, habitação, etc.

As adolescentes permanecem em suas casas após conceber a gravidez precoce onde se estabelecem com seus filhos ou formam novos arranjos familiares com seus pais ou companheiros. A religião predominante entre as adolescentes é a católica não se sabe se por doutrina ou como ponto de fuga de seus problemas, tais como: falta de oportunidade empregatícia, desqualificação profissional, moradia sem estrutura, exclusão social, conveniência familiar e outros.

Apesar de o governo ter implantado programas educacionais, na atualidade a evasão escolar é bastante significativa dada a pouca idade da maioria das adolescentes estudadas, ou seja, 17 anos em média.

Algumas futuras mães enfrentam problemas pertinentes à saúde como a cefaléia, a hipertensão, a infecção urinária e a anemia. É expressivo o número de adolescentes que mesmo em condições precárias procuram o serviço de pré-natal do município, tomam suas vacinas e estão optando pelo parto normal.

No decorrer desta pesquisa foram entrevistadas 58 adolescentes grávidas das 892 cadastradas pelo Siab/2003 em Coelho Neto (MA), essa amostra apesar de não ser representativa da população é importante por que dá um panorama da realidade das adolescentes grávidas naquele município. O pouco tempo disponível para pesquisa, a dificuldade em localizar as gestantes cadastradas no Siab/2003 e a recusa de algumas adolescentes em participar desta pesquisa foram alguns dos empecilhos que contribuíram para as limitações deste estudo.

Conclusão

Finalmente concluiu-se que o perfil das adolescentes grávidas em Coelho Neto (MA) é caracterizado principalmente pelas questões sócio-econômicas que reafirmam a condição de pobreza das

famílias brasileiras e as coloca em situação de vulnerabilidade mostrando-lhes poucas alternativas para saírem desta situação caótica. Aos pais restam lutar pela sobrevivência em uma sociedade competitiva e excludente.

Referências

- 1 Fernandes AF, et al. *Gravidez na adolescência um problema social: visão de um grupo*. São Paulo: Artes Médicas; 1999.
- 2 Martinez MCW. *Adolescência, Sexualidade, AIDS: na família e no espaço*. São Paulo: Arte e Ciência; 1998, 159 p.
- 3 Pires CVG, Granda FR, Lima RC. *Adolescência: afetividade, sexualidade e drogas*. Belo Horizonte: Fapi; 2002.
- 4 Goldberg B. Adolescentes: salud de la reproducción, Network em español. Family, 1997; 17(3).
- 5 Nazario, AC, et al. *Saúde na adolescência: manual de orientação*. São Paulo: 2001. p. 100.
- 6 Stern C. El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica. *Salud de México*, 1997 marzo/abril; 39(2): 37-42 p.
- 7 *Gravidez na Adolescência: Toda Informação é Precisa*. São Paulo [capturado 2003 jul 25] Disponível em: <http://www.gballone.uol.com.br> . .
- 8 Weissman AL. *Gravidez na adolescência*. São Paulo: McGraw-Hill; 1992. p. 82.
- 9 Mundo Mulher. *Gravidez na adolescência*, São Paulo. [capturado 2003 jul 28] Disponível em: <http://www.mundomulher.com.br>.

Hipertensão arterial sistêmica e grupos raciais: estudo comparativo

Systemic arterial hypertension and racial groups: a comparative study

Márcio Mendes Pereira¹, Luiz Gustavo Oliveira Brito², Nárjara Caroline Araújo de Sousa², Leonardo Mello Guimarães de Toledo², Francisco das Chagas Monteiro Júnior³, Natalino Salgado Filho⁴.

Resumo: A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é doença crônica mais prevalente na população negra, sofrendo influência de fatores sócio-econômicos que podem interferir no seu reconhecimento, adesão ao tratamento e controle efetivo nesse grupo étnico. O objetivo deste trabalho foi pesquisar diferenças entre os grupos raciais de hipertensos quanto a aspectos sócio-econômicos, gravidade da hipertensão e taxas de adesão ao tratamento e controle da pressão arterial. Foi realizado um estudo transversal prospectivo, com uma amostra constituída por 143 pacientes hipertensos de uma liga de hipertensão de um hospital universitário. Dividiu-se em três grupos raciais: branco, pardo e negro. Utilizou-se o teste de Kruskal-Wallis para comparação de médias e o teste do Qui-quadrado para a comparação de proporções, considerando-se significativo um $p < 0,05$. Não houve diferença estatisticamente significativa em relação à renda familiar média ($p = 0,375$) e escolaridade ($p = 0,880$) entre os 3 grupos. A HAS classificada como estágio III foi mais prevalente no grupo negro, que os demais grupos raciais ($p = 0,028$), assim como a prevalência de lesão de órgãos-alvo ($p = 0,030$). As taxas de adesão foram semelhantes entre negros (11,1%), pardos (21,1%) e brancos (13,7%), com $p = 0,320$. Os negros apresentaram semelhante taxa de controle da pressão arterial (23,8%) em relação aos pardos (40,3%) e os brancos (34,4%), $p = 0,157$. A média da pressão arterial sistólica (PAS) das 3 últimas consultas foi maior nos negros ($156,4 \pm 21,6$ mmHg) do que nos pardos ($146,2 \pm 20,0$ mmHg) e brancos ($145,2 \pm 17,4$ mmHg) ($p = 0,010$), sendo que o mesmo não foi observado para a diastólica. Não foram observadas diferenças sócio-econômicas entre os grupos raciais. Observou-se maior severidade da HAS e maior média da PAS das 3 últimas consultas nos negros, entretanto com taxas semelhantes de controle da pressão arterial e adesão ao tratamento em relação aos outros grupos raciais.

Descritores: hipertensão arterial sistêmica, grupos raciais, adesão.

Abstract: Systemic Arterial Hypertension (SAH) is the most prevailing chronic illness among the black population, being influenced by social economical factors which may play a role in its diagnosis, compliance to treatment guidelines, and effective control within this ethnic group. The aim of the study was to point out the differences among racial hypertensive groups as to social economical status, hypertensive pregnancies, compliance rate to treatment, and control of blood pressure. A prospective cross-sectional study was undertaken with 143 hypertensive subjects from the Federal University of Maranhão Hospital (HUUFMA) database. They were divided into three racial groups: White, Mulattoes, and Negroes. The Kruskal-Wallis test was used for average means and the chi-square for rate proportions with $p < 0.05$ being significant. There was no statistical significance with respect to household income ($p = 0.375$), and low-schooling ($p = 0.880$) among the groups. Grade III SAH was more prevailing among blacks than for the other groups ($p = 0.028$) as well as the prevalence of target organ lesions ($p = 0.030$). Compliance rates were similar among blacks (11.1%), mulattoes (21.1%), and whites (13.7%), $p = 0.157$. The mean systolic blood pressure (SBP) from the last readings was greater among blacks.

Keywords: systemic arterial hypertension, racial groups, compliance.

Introdução

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é resultante da interação de uma série de fatores fisiológicos, genéticos e ambientais. A influência genética na hipertensão inclui raça, história familiar, obesidade, sensibilidade ao sal, tônus simpático, expressão hormonal e função endotelial¹.

Entre os americanos, a HAS é mais freqüente nos negros do que nos brancos. Os negros têm a incidência de HAS em 10 anos duas vezes maior que os brancos, resultando em um maior tempo de doença e conseqüentemente maior lesão de órgãos-

alvo². As diferenças raciais em hipertensos não se resumem apenas à maior prevalência e severidade nos negros, mas também a uma menor resposta terapêutica dos negros aos inibidores da enzima conversora da angiotensina (ECA)^{3,4,5}.

O status sócio-econômico, a cor da pele e o estresse social têm forte correlação com o desenvolvimento da HAS, particularmente nos negros⁷. Além disso, fatores de ordem sócio-econômica podem interferir no reconhecimento, adesão ao tratamento e efetivo controle da HAS nos pacientes negros. Lessa e Fon-

¹ Médico Residente de Clínica Médica. Hospital de Base – Brasília – DF.

² Acadêmicos do 6º ano de Medicina. UFMA.

³ Professor de Cardiologia. Docente da UFMA.

⁴ Professor de Nefrologia. Docente da UFMA.

seca⁷, estudando as diferenças raciais no controle da HAS e adesão ao tratamento, verificaram que a frequência de adesão às consultas e ao tratamento foi significativamente menor nos pacientes negros, em relação aos pardos e brancos.

Métodos

Realizou-se um estudo transversal prospectivo no período de setembro de 2002 a fevereiro de 2003, cuja amostra foi constituída por pacientes hipertensos atendidos na liga de hipertensão de um hospital universitário, formado por uma equipe multidisciplinar composta por médicos, enfermeiros e psicólogos

Foram incluídos no estudo somente pacientes que tinham realizado pelo menos 3 consultas previamente. A amostra foi dividida em três grupos raciais: branco, pardo e negro. Os critérios utilizados foram baseados nas características dos fenótipos – tipo de cabelo, observado pela sua aparência na parte mais próxima do couro cabeludo, conformação do nariz, boca e menta, além da cor da pele.

As variáveis estudadas foram: idade, sexo, escolaridade, renda familiar, tabagismo, tempo de diagnóstico, classificação da hipertensão (estágios I - leve, II – moderada e III - grave)⁴, presença de lesão

Resultados

A amostra foi constituída por 143 pacientes, com idade média de 59,2 ± 11,9 anos, sendo 44,1% negros, 36,3% pardos e 19,6% brancos.

Em todos os grupos raciais o sexo feminino foi predominante, com mais de 60% (negros 65,1%, pardos 65,4% e brancos 67,8%), sem diferença estatisticamente significativa entre eles ($p=0,930$).

As médias das idades foram de 63,1 ± 11,7 anos, 56,8 ± 11,5 anos e 59,2 ± 12,0 anos, respectivamente, nos brancos, pardos e negros, sem diferença significativa ($p=0,144$).

Não houve diferenças sócio-econômicas entre os grupos raciais. As médias das rendas familiares foram semelhantes entre brancos, pardos e negros (467 ± 322, 551 ± 623 e 380 ± 247 reais, com $p=0,375$). A proporção de pacientes analfabetos ou com até o 1º grau completo foi de 79,3% nos negros, 76,9% nos pardos e 72,3% nos brancos, sem diferença estatisticamente significativa ($p=0,880$) (Figura 1).

O tempo de diagnóstico de HAS >5 anos

Discussão

Neste estudo, constatou-se uma maior proporção de pacientes hipertensos classificados como graves bem como uma maior prevalência de lesões de órgãos-alvo entre os negros, achado semelhante ao que tem sido descrito na literatura^{8, 9}. Entre os negros observou-se ainda uma maior proporção de pacientes com mais de 5 anos de diagnóstico da HAS do que nos demais grupos raciais, entretanto sem haver diferença estatisticamente significativa.

Observou-se uma alta taxa de analfabetismo e uma baixa renda familiar em todos os grupos

Devido à falta de dados em nosso meio, este estudo objetivou pesquisar diferenças entre os grupos raciais de hipertensos quanto a aspectos sócio-econômicos, gravidade da HAS e taxas de adesão ao tratamento e controle da pressão arterial.

de órgãos-alvo, controle da pressão arterial e adesão ao tratamento.

Definiu-se como controle da pressão arterial, o achado de média de PA obtida nas 3 últimas consultas menor que 140 mmHg para a sistólica e menor que 90 mmHg para a diastólica.

Adesão ao tratamento anti-hipertensivo foi definida como a adoção conjunta das seguintes medidas: uso de dieta hipossódica, prática de pelo menos 30 minutos de exercícios físicos 3 vezes por semana, uso regular da medicação prescrita e não uso ou abandono do tabagismo.

Os dados obtidos foram inseridos no Programa Stata 6.0⁰, sendo utilizado o teste de Kruskal-Wallis para comparação das médias não-paramétricas de acordo com o teste de normalidade de Shapiro-Wilks, e o teste do Qui-quadrado para a comparação de proporções, considerando-se significativo um $p<0,05$.

foi maior nos negros (58,2%) do que nos pardos (46,8%) e brancos (55,2%), entretanto sem diferença estatisticamente significativa ($p=0,506$) (Figura 2).

Os negros apresentaram maior taxa de hipertensão classificada como grave (46,0%) do que os pardos (24,0%) e brancos (20,7%), com $p=0,028$ (Figura 3), assim como maior taxa de lesão de órgão-alvo (39,7%, 25,5% e 13,8%, respectivamente, com $p=0,030$) (Figura 4).

A taxa de controle da pressão arterial foi de 23,8% nos negros, 40,4% nos pardos e 34,4% nos brancos, sem diferença estatisticamente significativa ($p=0,157$) (Figura 5). Entretanto, a média da pressão arterial sistólica das 3 últimas consultas foi maior nos negros (156,4 ± 21,6 mmHg) do que nos pardos (146,2 ± 20,0 mmHg) e brancos (145,2 ± 17,4 mmHg), com $p=0,010$, sendo que o mesmo não foi observado para a diastólica ($p=0,128$). As taxas de adesão nos negros, pardos e brancos foram muito baixas e semelhantes (11,1%; 21,1%; 13,8%, com $p=0,320$) (Figura 6).

raciais, sem diferença estatisticamente significativa, configurando-se assim uma população de baixo nível sócio-econômico, usuária típica do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Esta característica provavelmente contribui para dificultar a obtenção de melhores taxas de adesão e controle da pressão arterial, que foram muito baixas em todos os grupos, apesar da disponibilização de uma equipe multidisciplinar para atendimento destes pacientes.

O status sócio-econômico e as variáveis psicossociais têm sido relacionados com a prevalência

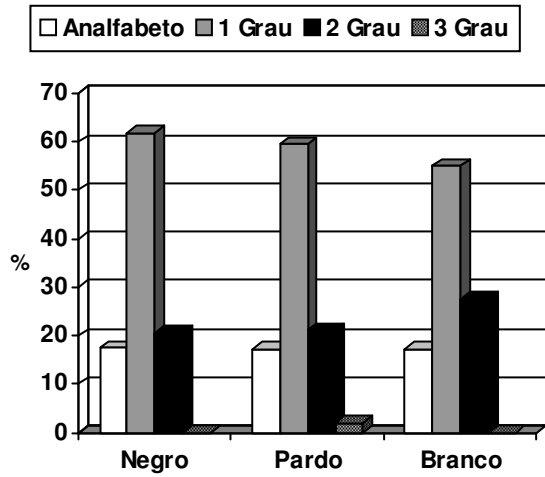


Figura 1. Escolaridade entre os grupos raciais ($p=0,880$)

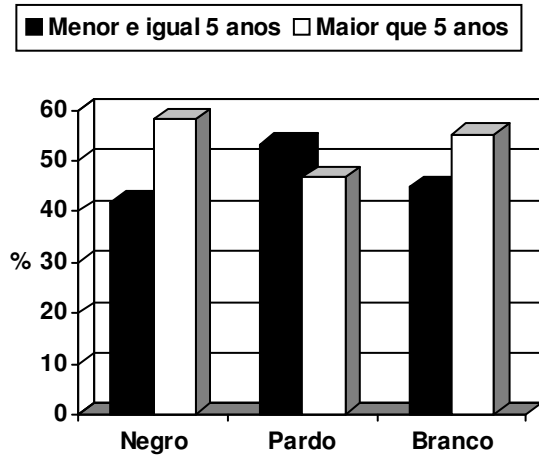


Figura 2. Tempo de diagnóstico de hipertensão entre os grupos raciais ($p=0,506$)

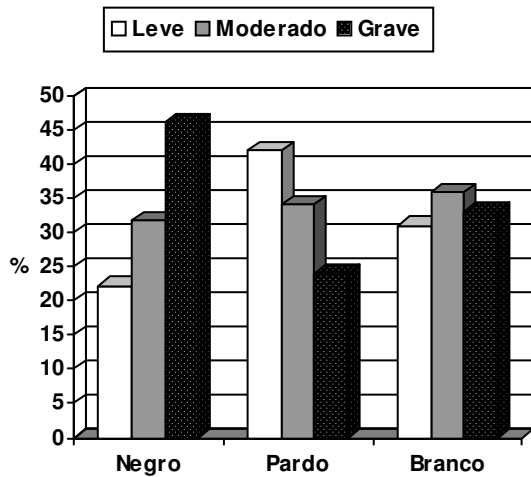


Figura 3. Estágio da hipertensão entre os grupos raciais ($p=0,028$)

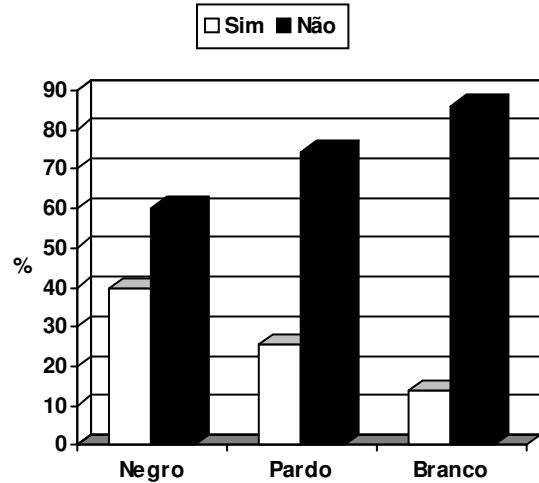


Figura 4. Lesão de órgão-alvo entre os grupos raciais ($p=0,030$)

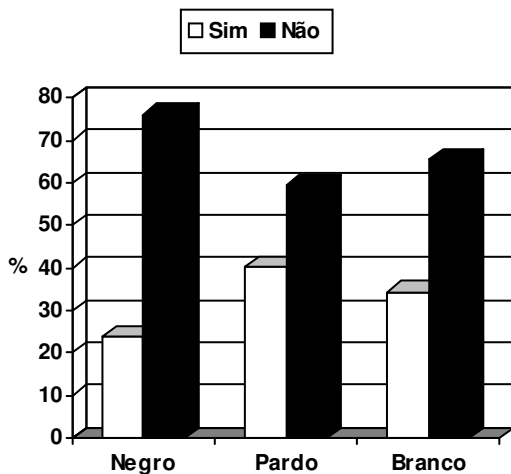


Figura 5. Controle da pressão arterial entre os grupos raciais ($p=0,157$)

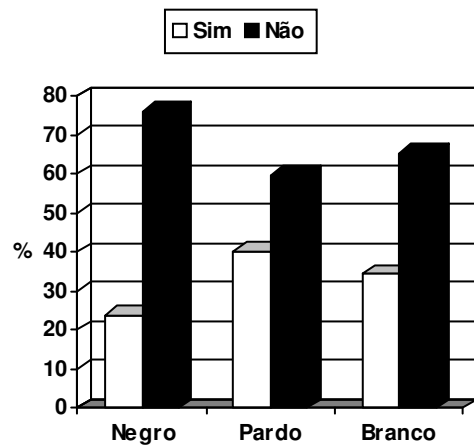


Figura 6. Adesão ao tratamento entre os grupos raciais ($p=0,320$)

da HAS tanto em negros como em brancos^{10,11}. Níveis elevados de estresse ambiental (pobreza, criminalidade, mobilidade, etc...) associaram-se com pressão arterial mais elevada numa análise ecológica¹².

Neste estudo, no entanto, as diferenças em relação à severidade da HAS e prevalência de lesões em órgãos-alvo observadas entre os negros e os demais grupos não podem ser explicadas meramente por variáveis sócio-econômicas, uma vez que não houve diferença estatisticamente significativa entre estes grupos. Embora não tenha atingido significância estatística, provavelmente pelo pequeno tamanho amostral, a taxa de controle da HAS foi também menor entre os negros. A tentativa de justificar a maior prevalência e gravidade da HAS entre os negros pelo baixo nível sócio-econômico tem sido contestada⁶. Assim, os fatores étnicos podem ser os únicos a justificarem tais diferenças nesta população de estudo.

A predisposição genética para HAS nos negros, em relação aos brancos, tem sido aventada,

expressando-se através de vários mecanismos como maior sensibilidade ao sal¹³, maior prevalência de disfunção endotelial com maior variabilidade na produção de endotelina¹² e disfunção no contra-transporte e co-transporte iônico¹⁴.

Embora haja vários estudos demonstrando a maior gravidade da HAS entre os negros, alguns autores ainda questionam se a HAS é realmente mais grave nesta população ou simplesmente mais prevalente¹⁵. Cooper e cols³, por exemplo, demonstraram que a HAS nos negros não foi necessariamente mais grave, mas apenas mais prevalente, pois o risco relativo individual para mortalidade entre os hipertensos não foi maior nos negros.

Conforme o exposto, este é um tema ainda aberto à pesquisa e de grande interesse, especialmente em nosso país, cuja população é composta em grande parte de negros e miscigenados, tornando-se necessários estudos envolvendo maiores amostras populacionais.

Referências

- 1 Perregaux D, Chaudhuri A, Rao S. Brachial reactivity in blacks. *Hypertension* 2000; 36:886-71.
- 2 Sociedade Brasileira de Hipertensão. *IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial*. 2002, 40p.
- 3 Gillam RF. Pathophysiology of hypertension in blacks and whites. A review of the basis of racial blood pressure differences. *Hypertension* 1979; 1:468-75.
- 4 Canessa ML, Adragna NC, Solomon HS, et al. Increased lithium-sodium countertransport in red cells of patients with essential hypertension. *N Engl J Med*, 1980; 302:772-6.
- 5 Jeunemaitre X, Soubrier F, Kotelevtsev YV, et al. Molecular basis of human hypertension: role of angiotensinogen. *Cell* 1992;71:1-20.
- 6 Gillam RF. Epidemiology of hypertension in African American women. *Am Heart J* 1996;131:385-95.
- 7 Kaplan NM. Ethnic aspects of hypertension. *Lancet* 1994;344:450-452.
- 8 Klag MJ, Whelton PK, Coresh J, et al. The association of skin color with blood pressure in US blacks with low socioeconomic status. *JAMA*, 1991; 265: 599-602.
- 9 Whittle JC, Whelton PK, Seidler AJ, et al. Does racial variation in risk factors explain black-white differences in the incidence of hypertensive end-stage renal disease? *Arch Intern Med* 1991;151:1359-1364.
- 10 Weir MR, Gray JM, Paster R, et al. Differing mechanisms of action of angiotensin-converting enzyme inhibition in black and white hypertensive patients. *Hypertension* 1995; 25:124-130.
- 11 Prineas RJ, Gilliam RF. *US epidemiology of hypertension in blacks*. In: Hall WD, Saunders E, Shulman NB, eds. *Hypertension in blacks: epidemiology, pathophysiology and treatment*. Chicago: Year Book Medical Publishers; 1985. p. 17-36.
- 12 Cooper RS, Liao Y, Rotimi C. Is hypertension more severe among U.S. blacks, or is severe hypertension more common? 1996;6:173-180.
- 13 Frazier C, Alexander K. The finer points of race and hypertension. *Am Heart J* 2003;145: 206-8.
- 14 Lessa I, Fonseca J. Raça, aderência ao tratamento e/ou consultas e controle da hipertensão arterial. *Arq Bras Cardiol* 1997; 68: 443-449.
- 15 Materson BJ, Reda DJ, Cushman WC, et al. Single drug therapy for hypertension in men: a comparison of six antihypertensive agents with placebo. *N Engl J Med* 1993; 328(13): 914-921.
- 16 Veterans Administration Cooperative Study Group on Antihypertensive Agents: racial differences in response to low-dose captopril are abolished by the addition of hydrochlorothiazide. *Br J Clin Pharmacol* 1982; 14(2): 97-101.

Endereço para correspondência:

Luiz Gustavo Oliveira Brito - E-mail: gbrito@ufma.br
Rua Frei Querubim, 59 - Apicum, São Luís - MA - 65025-420

Perfil socioeconômico e epidemiológico dos portadores de hanseníase notificados no ano de 2002 no município de São Mateus do Maranhão, MA

Social economical and epidemiological profile of hansen's disease bearers in the municipality of São Mateus do Maranhão – Brazil in the year 2002

Irismar Marreiros Bispo¹, Doracy Leite Chicar², Maria das Dores Martins², Pedro Paulo Pereira da Conceição³, Nair Portela Silva Coutinho⁴.

Resumo: Realizou-se um estudo quantitativo, descritivo com o objetivo de identificar os casos de hanseníase notificados no município de São Mateus do Maranhão no ano de 2002, quanto aos aspectos sócio-econômicos, epidemiológicos e dificuldades enfrentadas em relação ao acesso ao tratamento. A população estudada foi constituída por 27, dos 54 portadores de hanseníase atendidos no Programa de Dermatologia Sanitários - PDS, em um Centro de Saúde da rede pública municipal. Traçou-se o perfil sócio-econômico e epidemiológico da população constatando-se que a falta de saneamento básico, o baixo grau de escolaridade, a precária condição de moradia, o baixo poder aquisitivo, a alimentação sem os devidos nutrientes, entre outros, são fatores preponderantes no que diz respeito ao surgimento de novos casos e ou proliferação da doença que é infecto-contagiosa e ainda carrega forte estigma. Observou-se que há maior prevalência no sexo masculino 63%, com faixa etária compreendida entre 35-64 anos em 33%. Identificou-se entre os entrevistados que 37% são analfabetos. Os resultados de baciloscopia positiva atingiram 76,9% e os casos novos notificados por demanda espontânea correspondem a 59,3%.

Descritores: perfil socio-econômico e epidemiológico, portadores, hanseníase.

Abstract: A descriptive quantitative study aiming at identifying cases of Hansen's disease in the Municipality of São Mateus do Maranhão in the year 2002 with regards to social economical and epidemiological aspects, as well as the difficulties faced by carriers of Hansen's disease with respect to access to treatment. The subjects studied were comprised of 27 out of 54 Hansen's disease carriers seen at the Program for Sanitary Dermatology (PSD) in a Public Municipal Network Health Center. The social economical and epidemiological profile of the population was plotted, showing a lack of basic sanitation, low schooling, poor living conditions, low family income, lack of a nutritive diet, among other preponderating factors with respect to the occurrence of new cases and/or the spreading of the disease which, besides being infectious-contagious, it also brings about marking stigma. Greater prevalence in men (63%), and 33% for the mean age of 35–64 years was observed. Among the subjects studied, 37% were illiterate. Positive bacilloscopy results scored 76.9%, and new cases notified spontaneously corresponded to 59.3%.

Keywords: Social Economical and Epidemiological Profile, carriers, Hansen's disease.

Introdução

A Hanseníase é uma doença infecto-contagiosa crônica, cujo agente etiológico é o *Mycobacterium leprae*, que afeta nervos e pele. É transmitida de pessoa a pessoa através de contato íntimo e prolongado com portadores bacilíferos. Apresentando-se de quatro formas: Indeterminada (I); Tuberculóide (T); Dimorfa (D) e Virchowiana (V) sendo que os tipos D e V são as formas bacilíferas.^{1,2}

Segundo a Organização Mundial de Saúde – OMS, no mundo há cerca de 1.000.000 de pacientes em registro ativo, mas estima-se que realmente haja 1.260.000 pacientes que se distribuem em países de precária situação sócio-econômica. No Brasil estima-se que há cerca de 500.000 casos^{3,4}.

É muito difícil afirmar a época do aparecimento da Hanseníase, apesar de haver várias citações sobre a referida doença, há controvérsias sobre onde, quando e como começou.

Entretanto há evidências bastante claras

em livros antigos com relação à Hanseníase. Ao que parece essa doença já era conhecida na Índia em 1.500 anos a.C; na China por volta de 2.600 anos a.C, já a Bíblia relata a existência entre os judeus na época do êxodo, no entanto não era conhecida na Europa e nem mesmo nos trabalhos de Hipócrates (pai da medicina) a 476 a.C.

Sua disseminação na Europa veio ocorrer quando houve a queda do Império Romano e no início da Idade Média, atingindo o seu ápice entre os anos 1000 d.C. e 1.300 d.C. o que coincide com o período das Cruzadas.

No entanto ainda hoje persiste focos de Hanseníase na Europa, a saber: Portugal, Espanha, Rússia e Turquia.

Nas Américas, a Hanseníase chegou com os colonizadores entre os séculos XVI e XVII. Hoje todos os países sul americanos são acometidos por essa doença com exceção do Chile. O Brasil é o país com

¹Agrônoma

²Enfermeiras

³Administrador

⁴Enfermeira. Mestre em Pedagogia Profissional. Docente da UFMA

maior prevalência da doença, ocupando o primeiro lugar no ranking mundial em números de casos detectados. O Maranhão é o estado brasileiro com maior número de endemicidade da região Nordeste e ocupa a segunda posição ao nível de Brasil, perdendo apenas para o Pará que é o Estado com o maior índice de casos da doença.

As grandes mudanças ocorridas no cenário mundial neste momento histórico são decorrentes basicamente de três fatores: a globalização da economia, a tecnologia de ponta e a informação, que refletem diretamente na reorganização da sociedade e conseqüentemente no desenvolvimento de um país. E ainda trazem em seus bojos elementos que geram oportunidades reais de desenvolvimento além de estimulem mais formação de blocos geo-econômicos.

Apesar de tudo isso, dentre tantas, há uma preocupação associada à Hanseníase que ainda hoje é muito presente em todos os continentes. Apresentando-se em alguns países com alto índice de prevalência, além do estigma associado ao hanseniano que ainda é muito forte, levando-o a viver em situação desumana.

Com o Plano de Eliminação da Hanseníase, lançado pelo Ministério da Saúde (MS) em 2001, pretende-se a erradicação da doença até o ano de 2005. A hanseníase tem apresentado uma redução significativa de sua prevalência, caindo de 16,4 por 10.000 habitantes em 1985 para 4,7 por 10.000 habi-

tantes em 2000 e atualmente a taxa de prevalência é de 4/10.000 habitantes, aproximando-se da meta proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS) de eliminar essa doença como problema de saúde pública, com redução de sua prevalência para 1/portador por 10.000 habitantes no ano de 2005.^{4,5}

Esse resultado vem sendo obtido inclusive pelo aumento da detecção de novos casos cujo aumento tem sido fator importante para a redução da possibilidade de que casos não diagnosticados e não tratados continuem alimentando a cadeia de transmissão da doença.

A estratégia para alcançar a prevalência de 01/10.000 habitantes está concentrada na integração com a atenção básica de maneira a tornar mais acessível o diagnóstico precoce e o tratamento, impedindo a manutenção da cadeia de transmissão de pessoa a pessoa. Diante dessa situação decidiu-se desenvolver um estudo para traçar o perfil sócio econômico e epidemiológico da população portadora de hanseníase do município de São Mateus do Maranhão, notificada no ano de 2002.

Espera-se que o estudo possa gerar informações úteis no sentido de delinear políticas públicas de saúde no que concerne a prevenção da doença bem como no processo de reintegração dos portadores no convívio social e ainda, detectar dificuldades enfrentadas por esses (portadores), associadas ao acesso ao tratamento.

Métodos

Este trabalho consiste em estudo de natureza quantitativa, descritiva, visando traçar o perfil da população portadora de hanseníase do município de São Mateus do Maranhão, notificada no ano de 2002, quando houve a implementação do Programa de Dermatologia Sanitária no município.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) é definido caso de hanseníase quando uma pessoa apresenta um ou mais dos critérios listados a seguir, com ou sem história epidemiológica e que requer tratamento quimioterápico específico: lesão (ões) de pele com alteração de sensibilidade; espessamento de nervo(s) periférico(s) acompanhado de alterações de sensibilidade; e baciloscopia positiva para bacilos de hansen. A baciloscopia negativa não afasta o diagnóstico de hanseníase. No campo a Organização Mundial de Saúde (OMS), recomenda para fins terapêuticos, a classificação operacional baseada nos números de lesões cutâneas¹.

O município de São Mateus do Maranhão localiza-se à margem da BR 135, dista da capital São Luís (180 Km), fazendo fronteira ao Norte com os municípios de Arari e Matões do Norte; ao Sul com Bacabal e Alto Alegre do Maranhão; ao Leste com Coroatá e Pirapemas; ao Oeste com Bacabal e Lago Verde. Tem uma população, segundo o IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), censo 2000, de 34.807 habitantes, sendo que 25.958 está centrada na zona urbana e 8.849 na rural. Conta com uma economia predominantemente agrícola na zona rural e comercial

na urbana². A Prefeitura ainda é o maior órgão empregador do município.

Realizou-se estudo com portadores atendidos no Programa de Dermatologia Sanitária – PDS em um Centro de Saúde da rede pública municipal de São Mateus – MA em 2002. O referido estudo foi realizado no mês de agosto de 2003.

O Centro de Saúde está localizado no centro da cidade de São Mateus – MA e oferece vários serviços à comunidade, tais como: AIDS, Doenças Sexualmente Transmissíveis, Odontologia, Dermatologia, Clínica Geral, Ginecologia, Pediatria, Atendimento de Enfermagem e outros. Atende usuários de todo o município, é também centro de referência para atendimento aos portadores de hanseníase de municípios vizinhos.

A população do estudo foi composta por todos os portadores atendidos em 2002 no Programa de Dermatologia Sanitária - PDS, perfazendo um total de 54 portadores.

Para obtenção dos dados, foi feito levantamento bibliográfico para localizar a literatura pertinente.

Após parecer favorável do Comitê de Ética, realizou-se a pesquisa.

O instrumento questionário contendo 20 perguntas abertas e fechadas, foi previamente testado com cinco (05), portadores de hanseníase escolhidos de forma aleatória dentre a população estudada. Vale ressaltar que os portadores escolhidos para a realiza-

ção do teste com o questionário não foram incluídos no estudo.

Solicitamos às Auxiliares de Enfermagem do Programa de Dermatologia Sanitária - PDS, 27 fichas de Aprazamento de portadores escolhidos aleatoriamente, logo após contactou-se com os Agentes Comunitários de Saúde - ACS, de acordo com sua área de abrangência. Os pesquisadores se deslocaram até São Mateus nos dias 05 e 16 do mês de agosto do ano de 2003, onde realizaram visitas domiciliares com aplicação do instrumento questionário/entrevista que consta de variáveis sócio-econômica e epidemiológica como: (idade, sexo, grau de escolaridade, convívio social, tipo de moradia, renda, abastecimento d'água e destino dos dejetos).

Para a coleta de dados referentes aos aspectos: epidemiológico e sócio-econômico, utilizou-se fontes da Coordenação de Vigilância Epidemiológica na Secretaria Municipal de Saúde, através de relatório expedido pelo Sistema de Informações de Agravos de

Notificação—SINAN; onde foram encontradas informações sobre sexo, faixa etária, escolaridade, forma clínica, modo de detecção, zona de residência, prevalência, tipo de alta e outros. Ainda foram feitas anotações e observação livre à cerca das condições de moradia dos portadores, instalações físicas do Centro de Saúde, bem como, recursos humanos disponíveis e modo de atendimento aos usuários.

É oportuno salientar que se mantém e manterá a identidade da população estudada no anonimato a fim de salvaguardar sua imagem e privacidade além de evitar que sejam estigmatizados. Esse fato se deve à Resolução 196/96, que orienta quanto a preceitos éticos na pesquisa envolvendo seres humanos.³

Posteriormente à coleta, os dados obtidos foram digitados, agrupados em tabelas, analisados e interpretados utilizando-se o software de estatística EPI - Info, versão 6.04b, do CDC - Atlanta - EUA, apresentados em valores percentuais sob forma de gráficos, figuras e tabelas^{5,6,7,8,9,10,11}.

Resultados

Constatou-se que da população entrevistada 63% era do sexo masculino e 37% do sexo feminino, prevalecendo em ambos os sexos baixo grau de escolaridade (Ensino Fundamental incompleto).

Com relação à moradia dessa população detectou-se que 47,4% reside em casas de taipa não rebocada, enquanto apenas 21% mora em casa de alvenaria rebocada, em ambos os casos o maior número de moradia, ou seja, (68,4%) possui 02 ou 04 cômodos,

sendo que 52,6% abriga em média de 04 a 06 pessoas o que leva até 03 a dormirem no mesmo cômodo.

Quanto a atividade econômica desenvolvida pela população pesquisada constatou-se que grande parte (57,9%) não desenvolve atividade remunerada somente (42,1%) exerce atividade econômica produtiva, o que obriga (68,4%) a viver apenas com um salário mínimo, oriundo de auxílio como pensão ou aposentadoria. Conforme mostra Figura 1.

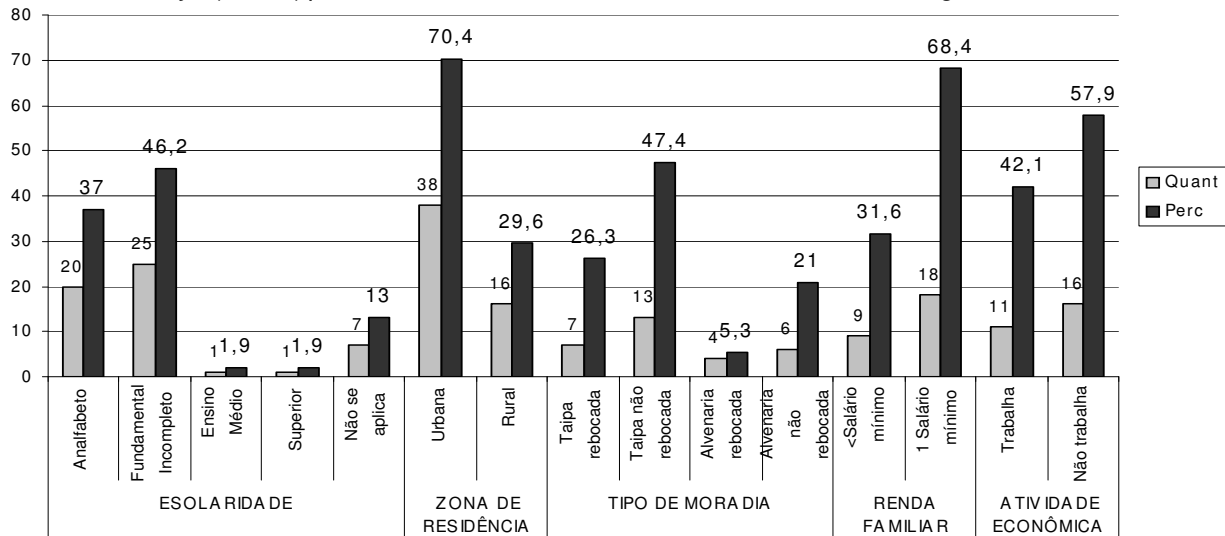


Figura 1 - Características sócio-econômicas dos casos novos de hanseníase no município de São Mateus, Maranhão, 2002.

No que diz respeito ao saneamento básico, os entrevistados ao serem interrogados quanto ao destino do lixo doméstico e dos dejetos humanos, responderam que a coleta de lixo é quase insignificante, que não existe rede de esgoto e que o lixo é queimado, enterrado, ou jogado a céu aberto. Em se tratando da água a ser utilizada constatou-se que mais da metade da população utiliza água de poço artesiano sem nenhum tipo de tratamento e que somente (31,65%) usa água filtrada.

Ao avaliarmos o grau de informação dos entrevistados observou-se que dentre os veículos de informação, a televisão impera sobre os demais, vindo em seguida o rádio, e não demonstraram interesse por jornal e revista.

Os resultados relativos à sociabilidade mostram que (84,2%) dos portadores não participa de qualquer tipo de grupo ou manifestação social, enquanto (52,6%) disse não ter havido restrição para iniciar o tratamento, entretanto (47,4%) sentiu essa dificuldade, o que é um número bastante significativo.

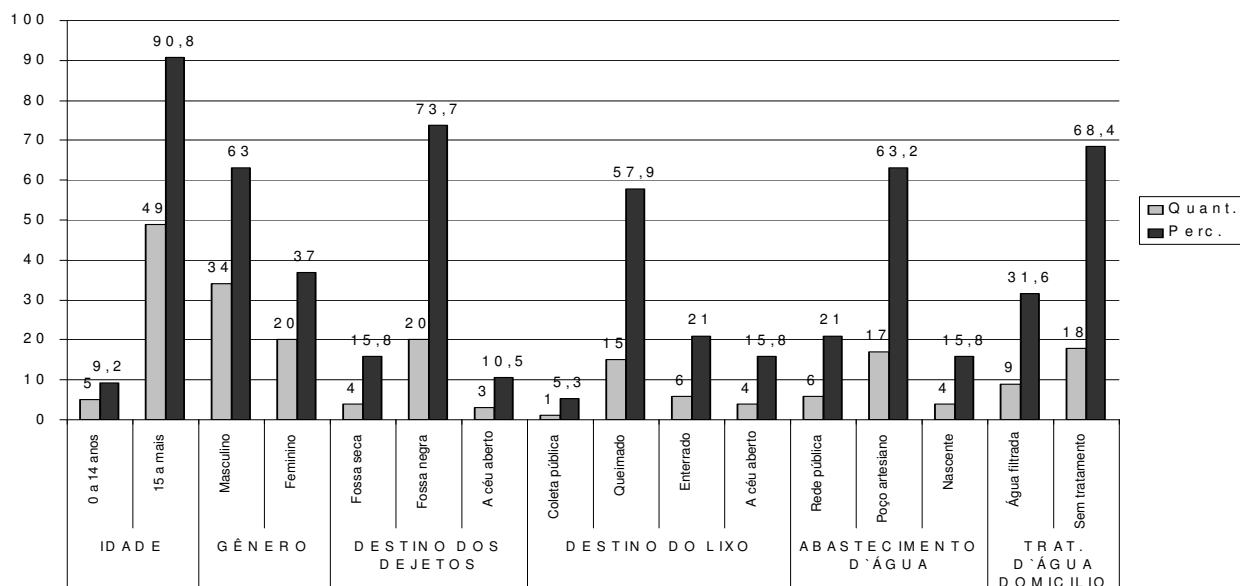


Figura 2 - Características ambientais e demográfica dos casos novos de Hanseníase no município de São Mateus, Maranhão, 2002

Tabela 1 – Características Epidemiológicas dos casos novos de hanseníase. No município de São Mateus, MA, 2002.

CARACTERÍSTICA	Nº	%
FORMA CLÍNICA	03	5,6
Indeterminada	21	39,0
Tuberculóide	11	20,4
Dimorfa	19	35,0
BACILOSCOPIA/CASOS NOVOS		
Realizados	13	24,0
Não realizados	38	70,4
Sem informação	03	5,6
RESULTADO DA BACILOSCOPIA		
Positivos	10	76,9
Negativos	03	-
GRAU DE INCAPACIDADE (INÍCIO)		
Grau zero	29	53,7
Grau I	11	20,4
Grau II	11	20,4
Grau III	02	3,7
Não avaliado	01	1,8
GRAU DE INCAPACIDADE(ALTA)		
Grau zero	07	70,0
Grau II	01	10,0
Grau III	01	10,0
Não avaliado	01	10,0
MODO DE DETECÇÃO		
Encaminhamento	03	5,6
Demanda espontânea	32	59,3
Exames de comunicantes	08	14,8
Ignorados	12	20,3
TIPO DE ALTA		
Cura	8	80,0
Transferência municipal	2	20,0

Fonte: SINAN

Em entrevista feita com clientes portadores, vários revelaram através de depoimentos o grau de dificuldades enfrentadas por eles assim como fizeram alusão ao atendimento no Centro de Saúde local.

Entrevistando o cliente "A" esta disse: "Moço, eu não tenho essa doença. Eu tomei remédio pra verme e as manchas sumiram todinha o senhor pode ver, olha aqui..." e mostrou os braços e pernas.

Já o cliente "B" ao ser interrogado falou: "Moço no começo eu só queria me matar, eu não tinha sossego, era um calor danado que eu não agüentava, me coçava demais até na cerca".

Uma entrevistada "C" disse: "Senhor eu vivo triste e acho que não tem jeito pra mim, dói muito a gente assim, penso demais..."

"Trabalhei durante dois mandatos na Prefeitura eu era gari, mas com a mudança do prefeito fui pra fora sem direito a nada, ai lutei muito pra conseguir uma aposentadoria até que consegui é disso que vivo, eu e minha família," disse outro entrevistado.

Todos os entrevistados foram unânimes em declarar que são bem tratados quando procuram o Centro de Saúde, assim como na disponibilização da medicação ser satisfatória, não falta.

Conclusão

Diante do exposto conclui-se que a falta de informação acerca do tratamento, a falta de saneamento básico, o baixo grau de escolaridade, o tipo de moradia, assim como alimentação precária e o baixo poder aquisitivo, entre outros, são fatores preponderantes para o surgimento de novos casos e, conseqüentemente, a manifestação da doença, que ainda é vista com estigma, levando os portadores a si retraírem da sociedade, ocasionando às vezes interrupção no tratamento.

Portanto, percebeu-se que há necessidade de proporcionar treinamento em serviços para a equi-

pe de saúde do Programa de Dermatologia Sanitária - PDS, sendo de vital importância para a realização de uma avaliação adequada ao cliente, em vista de tudo isso, sugere-se que sejam feitas periodicamente, visitas domiciliares para melhor controlar os casos e sanar as dificuldades enfrentadas por alguns que se queixam de cansaço, dores e fraqueza nas pernas, evitando dessa forma as complicações da doença.

No caso de identificação de casos de clientes com quadro de neurites em uso de prednisona, sem respostas, deverão ser encaminhadas aos Centros de Referência em São Luis-Maranhão.

Referências

- 1 Brasil. Ministério da Saúde. Dermatologia na atenção básica. *Caderno de Atenção Básica*, 2002; 9:49 – 52.
- 2 Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Tabela - *população residente em valores absolutos e relativos, total em situação urbana e rural e em situação na sede municipal* [capturado 2000 jul 30]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/ibge/estatistica/populacao/censo2000sinopse>.
- 3 Ensino Nursing .Enfermeiros de Hospital de Ensino na prestação de serviços. *Revista Nursing*, 2002; 55:14-17.[Capturado 2002 jul 30]. Disponível em: <http://www.nursing.com.br>
- 4 Veronesi R, Focaccia R. *Tratado de Infectologia*. São Paulo: Atheneu; 1996.
- 5 Brasil. Ministério da Saúde. *Hanseníase* [Capturado 2002 jul 30]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/programas/hanseniase/hansen.htm>.
- 6 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas. Área Técnica de Dermatologia Sanitária. *Hanseníase* [Capturado 2002 jul 30]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/programas/hanseniase/hansen.htm>.
- 7 Brasil. Ministério da Saúde. *Guia para implantar/ implementar as atividades de controle da hanseníase nos planos estaduais e municipais de saúde*. Brasília: MS; 1999.
- 8 Hanseníase: um mal a ser combatido. *Nursing*, São Paulo, 2001 jun;4(37). [Capturado 2001 jun] Disponível em: <http://www.nursing.com.br>.
- 9 Brasil.Fundação Nacional de Saúde - FUNASA. *Manual de Saneamento*. [Capturado 2002 maio 7]. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/pub/manusan03-137-PDF>.
- 10 Brasil. Fundação Nacional de Saúde - FUNASA. *Hanseníase* [Capturado 2001 jul 14]. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/guia-epi/htm/doencas/hanseníase/index.htm>.
- 11 Organização Panamericana de Saúde. *Hanseníase* [Capturado 2002 jul 30]. Disponível em: <http://www.opas.org.br>.

Endereço para contato:

Doracy Leite Chicar - (98) 3236-4127, Irismar Marreiros Bispo - (98) 3247-0487

Análise do 3º passo: a informação sobre aleitamento materno prestada às gestantes durante o pré-natal em um Hospital Amigo da Criança.

A third-step analysis: Information on breastfeeding provided to pregnant women during pre-natal care in a children friendly hospital

Maria Alcina Gomes de Sousa¹ Maria Palmira Santos de Carvalho² Marielza Cruz Souza²
Violeta Maria Soares Filgueiras² Cândido Augusto Medeiros Junior³

Resumo: Realizou-se um estudo descritivo analítico sobre o 3º passo do Aleitamento Materno, da Iniciativa Hospital Amigo da Criança, objetivando analisar o papel de sua ação educativa em um grupo de mães no Município de São José de Ribamar no período de 2 a 30 de junho de 2003, que receberam orientações durante as consultas de pré-natal e foram acompanhadas pelos agentes comunitários de saúde. Onde se fez uma amostra constituída de 46 mulheres cuja faixa etária predominante era de 20 a 25 anos (42,9%). Em relação ao grau de instrução e mercado de trabalho, 63,% delas possuem o ensino fundamental completo ou incompleto e apenas 4,3% trabalham fora. Quanto à escolha pela Unidade Mista - MA para fazer o pré-natal, 60,9% preferiram-na porque era próxima de suas residências. Um percentual de 84,1% iniciou o pré-natal no primeiro trimestre da gestação. Receberam orientação sobre aleitamento materno no pré-natal 95,7%. Em relação ao tempo de amamentação exclusiva, 32,6% disseram ter amamentado até o sexto mês. Quanto às vantagens do aleitamento materno, 56,5% das entrevistadas mencionaram conhece-las. 91,3% mulheres receberam orientação sobre como colocar o bebê no peito. 68,6% dos profissionais que orientaram são enfermeiras. Em relação à proteção conferida pelo leite materno, 100,0% das mulheres entrevistadas mencionaram conhece-las. 89,1% das mulheres entrevistadas afirmaram que participam de palestras sobre as vantagens e o manejo adequado do aleitamento materno. Observou-se neste trabalho que o 3º passo é implementado na Unidade Mista de São José de Ribamar – Maranhão, entretanto a adesão à Iniciativa Hospital Amigo da Criança demonstra ainda a necessidade de maior incentivo nas ações educativas e de promoção do aleitamento materno.

Descritores: Aleitamento materno, vantagens, manejo adequado

Abstract: A descriptive analytical third-step study on breastfeeding as an initiative of a children friendly hospital, with the goal of analyzing the role of its educative proceedings for a group of mothers who received guidance during prenatal care and follow-up by communitary health agents in the period of June 2 to 30, 2003 in the Municipality of São José de Ribamar, Maranhão – Brazil. A sampling comprised of 46 women with a mean age of 20 to 25 years (42.9%) was used. With respect to schooling and employment, 63% of them had complete or incomplete elementary school, and only 4.3% had an outside job. As to the preference for Unidade Mista – MA for their prenatal, 60.9% had chosen it for being closer to their residences. Prenatal care was started on the first trimester of pregnancy for 84.1% of the women; 95.7% received assistance on breastfeeding. As to length of exclusive breastfeeding, 32.6% reported having breastfed their infants up to 6 months; 56.5% admitted to having knowledge of the advantages of breastfeeding; 91.3% received guidance on how to breastfeed. 68.6% of the guidance personnel were nurses. 100.0% of the study group reported knowing the protection provided by breast milk. 89.1% acknowledged having participated in group discussions on the advantages of an adequate management of breastfeeding. The present study showed that the third-step has been implemented at the Unidade Mista in São José de Ribamar – Maranhão. However, compliance to the Children Friendly Hospital initiative calls for greater incentive on educative measures and promotion of breastfeeding

Keywords: breastfeeding, advantages, adequate management.

Introdução

Este estudo tem como fio condutor o terceiro passo para um aleitamento bem sucedido da Iniciativa Hospital Amigo da Criança – IHAC¹ na Unidade Mista de São José de Ribamar – Ma, e se propõe analisar o papel da ação educativa em um grupo de mães de crianças menores de um ano, que receberam orientações sobre as vantagens e o manejo do aleitamento materno bem sucedido durante as consultas de pré-natal.

O aleitamento materno constitui o alimento

mais adequado para o bebê nos seis primeiros meses de vida. Estudos² comprovam a eficácia deste alimento por ele conter todos os nutrientes necessários à alimentação do ser humano nesse período de vida.

O leite humano é muito mais do que um simples conjunto de nutrientes. Pela sua complexidade biológica é uma substância viva, com atividade protetora e imunomoduladora. Não apenas proporciona proteção contra infecções e alergias, como também estimula o desenvolvimento adequado do sistema

¹ Assistente Social

² Enfermeira

³ Mestre em Educação. Docente da UFMA

imunológico e a maturação do sistema digestivo e neurológico.

O aleitamento materno garante ao recém-nascido condições de desenvolvimento saudável, tanto física quanto psicologicamente, haja vista que o bebê amamentado estabelece uma relação de confiança e amizade com a mãe, o que contribui, fundamentalmente, para a formação da personalidade desse futuro cidadão⁴.

Os órgãos públicos, cientes da importância do aleitamento materno na construção de cidadãos saudáveis, vêm implementando esforços no sentido de incentivar todas as mulheres a amamentarem seus filhos, exclusivamente, até aos seis meses de vida, implantando, além de outras ações educativas, a IHAC, que representa uma estratégia de conscientização sobre a importância do aleitamento materno para a saúde pública.

A IHAC, foi criada com a finalidade de promover a implementação da segunda meta operacional da Declaração de Inocenti⁴ adotada pela 45^a Assembleia Mundial de Saúde, em maio de 1992, a fim de garantir que toda instituição que ofereça serviços de assistência à maternidade, execute de forma integral os dez passos⁵ para o sucesso no aleitamento materno. Neste sentido as ações de promoção proteção e apoio ao aleitamento materno são fundamentais para o êxito dessa iniciativa⁶.

O combate às práticas inadequadas de saúde que interferem na amamentação tem sido um dos principais desafios da IHAC, pois estas práticas impedem a promoção do aleitamento materno de forma satisfatória, estando ainda aliadas a outros fatores, tais como: a classe socioeconômica, o meio onde vivem (urbano ou rural), a educação materna⁷, a situação empregatícia da mulher, as pressões comerciais, o conhecimento e a disponibilidade de substitutos do leite materno⁸. A adesão da mulher ao ato de amamentar pode também ser influenciada pelo pai da criança⁹, por familiares e/ou amigos, ou ainda pelo apoio que ela recebe para implementar sua decisão¹⁰.

Dentre os dez passos para o sucesso no aleitamento materno, o 3^o passo, informar todas as gestantes sobre as vantagens e o manejo do aleitamento materno é o mais importante, no processo de educação materna no pré-natal, uma vez que por intermédio dele as mulheres grávidas recebem todas as in-

formações necessárias para a tomada de uma decisão consciente. Isto abrange orientações sobre a importância do aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida, as vantagens do aleitamento materno e os manejos da amamentação. Nesse processo educativo é fundamental que as gestantes participem das discussões e saibam confirmar duas dentre as vantagens da amamentação: o valor nutricional e protetor, bem como a ligação afetiva entre mãe e filho além dos benefícios para saúde da mãe, ao que se associa também o manejo da amamentação, a importância do alojamento conjunto e da amamentação sobre livre demanda, buscando, outrossim, assegurar uma quantidade suficiente de leite, além de prestar ainda orientações sobre como posicionar a criança ao seio e de como realizar a "pega".

Nesse sentido o 3^o passo da IHAC é sem dúvida de fundamental importância, pois se constitui no passo onde está inserida a questão da Educação em Saúde como um momento de troca de saberes entre o profissional de saúde e a gestante, tendo em vista a garantia do principal motivo desta iniciativa, que é a amamentação exclusiva do bebê até o sexto mês. Isto só pode ser feito pela mãe, se ela estiver consciente da importância do aleitamento materno exclusivo para seu filho.

É importante lembrar que a atividade educativa é bem mais do que um simples processo de condicionamento, em que as pessoas aceitam as informações que lhe são repassadas de uma forma mecânica. Por esse motivo o diálogo que se estabelece entre os profissionais de saúde e as gestantes, na busca de soluções para os problemas relativos ao aleitamento materno, reveste-se de grande importância na educação em saúde.

Esse processo de educação é importante porque a falta de informação das mães, da sociedade em geral e até mesmo de profissionais de saúde, tem acarretado impactos negativos na duração do aleitamento materno exclusivo, pois 94% das crianças brasileiras já recebem outro líquido ou alimento e o país desperdiça, a cada ano, mais de 180 milhões de litros de leite materno, que serviriam para alimentar os bebês até seis meses de idade¹¹. Essas são, portanto, as principais razões que orientaram a realização deste estudo.

Métodos

A pesquisa foi desenvolvida no município de São José de Ribamar-Maranhão, situado a 30 km da capital do Estado, com uma população de 115.000 habitantes e que possui em sua rede de serviços o Hospital Amigo da criança- Unidade Mista São José de Ribamar que nos serviu de campo para realização desta investigação

Foi realizado um estudo descritivo e analítico com um grupo de mulheres que pariram no período de abril de 2002 a abril de 2003 que realizaram seis ou mais consultas de pré-natal nesta unidade e que foram acompanhadas pelos agentes comunitários de

saúde (ACS).

A escolha da Unidade Mista São José de Ribamar se deu por essa ser portadora do título "Hospital Amigo da Criança" o que representa uma estratégia de incentivo ao aleitamento materno.

A amostra foi definida mediante a participação dos ACS considerando as localidades onde eles atuam. Esse procedimento facilitou o contato com as mulheres entrevistadas, porque as crianças por elas amamentadas eram também acompanhadas mensalmente por estes profissionais.

Para definição de nosso público alvo, foi

realizada uma reunião com os instrutores supervisores do PACS/PSF (Programa de Agentes Comunitários de Saúde / Programa de Saúde da Família) e ACS (Agentes Comunitários de Saúde) do município, onde foi possível, através do cartão da criança, identificar os menores de um ano nascidos na já referida Unidade.

Em seguida os agentes de saúde visitaram as mães dessas crianças e solicitaram o cartão da gestante, verificando quais dessas mães tinham recebido seis ou mais consultas. Esse procedimento determinou a nossa amostra de 46 mulheres.

A técnica empregada para a coleta de dados foi à entrevista estruturada, tendo como instrumento a utilização de questionários contendo pergun-

tas abertas e fechadas, que foram elaboradas pelas pesquisadoras. O questionário continha dados sócio-econômicos, culturais e de saúde, bem como dados acerca de pré-natal realizado na referida Unidade e das dificuldades encontradas para amamentar exclusivamente até o sexto mês de vida. Todas as mulheres entrevistadas responderam o questionário, após serem convenientemente esclarecidas através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Presidente Dutra de São Luís – Maranhão.

A coleta de dados foi realizada no período de 02 a 30 de junho de 2003, pelas pesquisadoras.

Resultados

Em um total de 46 mulheres entrevistadas 42,9% tem idade entre 20 e 25 anos, 32,1% entre 26 e 37 anos e 25,0% de 16 a 19 anos.

Quanto à escolaridade 63% tinham o ensino fundamental completo ou incompleto e 37% possuíam o ensino médio incompleto. Em relação ao trabalho da mãe fora de casa, apenas 4,3% declararam trabalhar, enquanto 95,7% informaram não trabalhar. No tocante a escolha da Unidade Mista para fazer o pré-natal, 60,9% preferiram-na por ser mais próxima da residência delas e, apenas 4,3% escolheram a Unidade por ser um Hospital Amigo da Criança.

Das mulheres entrevistadas, 84,1% iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre da gravidez e 15,9% no 2º trimestre. Em relação à orientação sobre o aleitamento materno no pré-natal 95,7% disseram que foram orientadas, sendo que apenas 4,3% afirmaram

não ter recebido orientação. Quanto ao tempo de amamentação exclusiva 32,6% disseram ter amamentado até o 6º mês e 45,7% disseram de 3 a 4 meses. Quanto às vantagens do aleitamento materno 56,5% das mulheres mencionaram conhece-las e apenas 2,2% não souberam informar. Das entrevistadas 91,3% receberam orientações sobre como colocar o bebê no peito e 8,7% não foram orientadas.

Em relação aos profissionais que as orientaram, 68,6% são enfermeiras, 23,5% e Agentes Comunitários de Saúde – ACS. Quanto à proteção conferida pelo leite materno 100% das mulheres entrevistadas mencionaram conhecê-la. Em relação à participação das mulheres em palestras 89,1% delas referiram ter participado e 10,9% não assistiram nenhuma palestra.

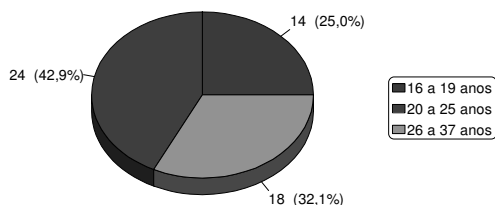


Figura 1 - Distribuição das mulheres segundo faixa etária

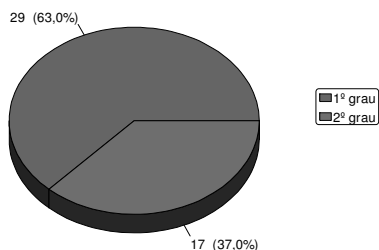


Figura 2 - Distribuição das mulheres segundo a escolaridade

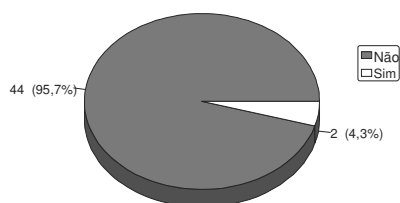


Figura 3 - Distribuição das mulheres que trabalham fora.

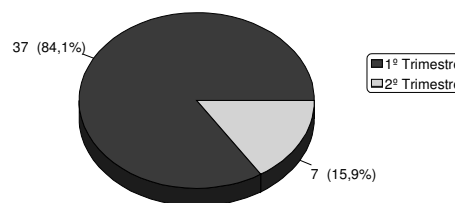


Figura 4 - Distribuição das mulheres segundo o início do pré-natal.

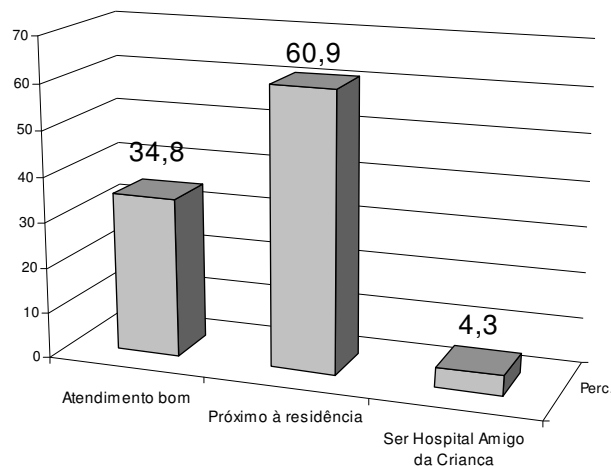


Figura 5. Distribuição segundo a escolha da unidade para fazer o pré-natal.

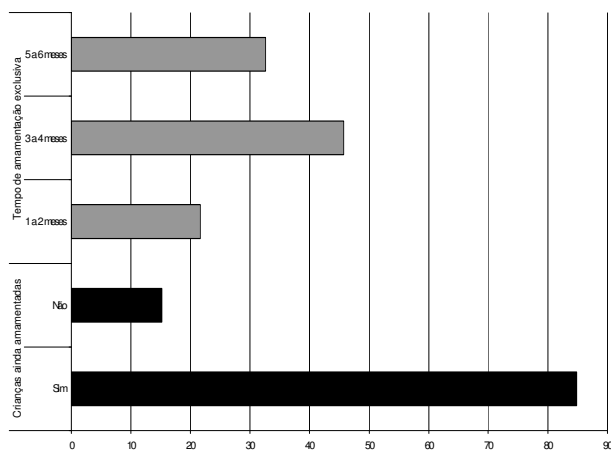


Figura 6. Distribuição das mulheres segundo o tempo de amamentação.

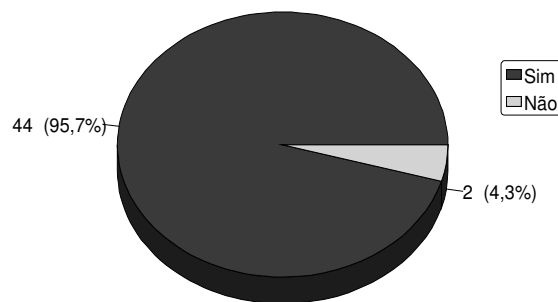


Figura 7. Distribuição das mulheres que receberam orientação sobre o aleitamento materno durante o pré-natal

Discussão

Das 46 mulheres entrevistadas, (42,9%) estavam na faixa etária entre 20 e 25 anos (Figura 1), idade recomendada para a reprodução.

Analisando a escolaridade destas mulheres observou-se que não existia nenhuma analfabeta e 63% (Figura 2) tinham o ensino fundamental completo, seguida de 37,0% com o ensino médio completo ou incompleto. A escolaridade destas mulheres, portanto, sugere que as mesmas possam ser mais informadas quanto à importância do pré-natal, já que foram as mulheres no universo pesquisado que fizeram seis ou mais consultas.

Foram também investigados os fatores que mais influenciaram na escolha da Unidade Mista São José de Ribamar para a realização do pré-natal e o aspecto preponderante foi a proximidade da residência (60,9%) (Figura 3), em seguida 34% relacionaram à qualidade da assistência prestada e apenas 4,3% mencionaram a escolha da referida Unidade por esta ser um Hospital Amigo da Criança, este fato indica que a população ainda desconhece os objetivos desta iniciativa de proteção ao aleitamento materno bem sucedido.

Observa-se, portanto, a necessidade de uma política de informação mais incisiva por parte dos órgãos competentes, cuja finalidade seja a conscientização da mulher neste importante processo. Desta forma, pode-se contribuir para mudanças significativas de hábitos e atitudes da população, bem como o fortalecimento dos compromissos assumidos pelas autoridades municipais.¹²

Quanto à realização do pré-natal, 15,9% iniciaram somente no segundo semestre, isso demonstra um baixo índice de captação precoce da gestante para a referida Unidade sendo necessário, portanto, implementar esforços no sentido de estimular as mulheres a iniciar o pré-natal no período recomendado, tendo em vista a elevação da cobertura deste importante procedimento (Figura 4).

Do universo de mulheres entrevistadas para o exame da mama, 60,9% foram examinadas. Dessas, 42,9%, segundo análise do profissional de

saúde, tinham mamas em estado normal. E 2,8% foram orientadas a não dispensar o colostro (Figura 5).

A preparação da gestante é muito importante para uma amamentação saudável, portanto a mãe necessita ser orientada quanto a fazer exercícios em suas mamas a fim de evitar problemas como bicos invertidos, feridos, com rachaduras, que muito contribuem para o desmame precoce. Portanto a preparação da gestante é muito importante, pois nem todas as mulheres estão informadas e preparadas para enfrentar esses problemas.

Como sabemos não é somente dizer que o leite materno é o melhor alimento, é importante a combinação de uma série de ações no sentido desta futura mãe apreender que o aleitamento materno é fundamental para o desenvolvimento físico e emocional do seu filho e por isso ela precisa estar consciente de todos os possíveis problemas que poderá enfrentar.

Avaliando o indicador aleitamento materno exclusivo até o sexto mês constata-se que 32,6% (Figura 6) amamentaram seus filhos exclusivamente o que é favorável comparando com a pesquisa Nacional de saúde e Nutrição realizada pelo INAN em 1996.¹⁴

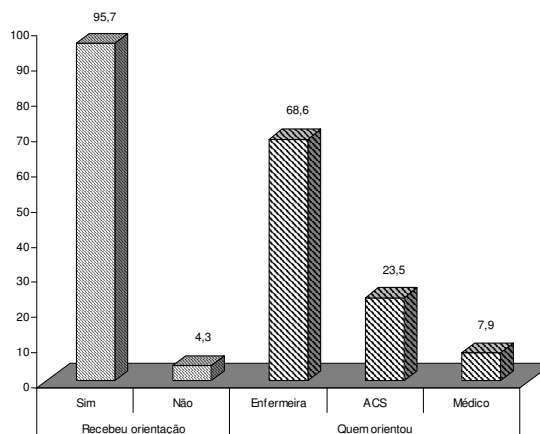


Figura 8. Distribuição das mulheres que receberam orientação sobre as vantagens e o manejo adequado para o aleitamento materno durante o pré-natal.

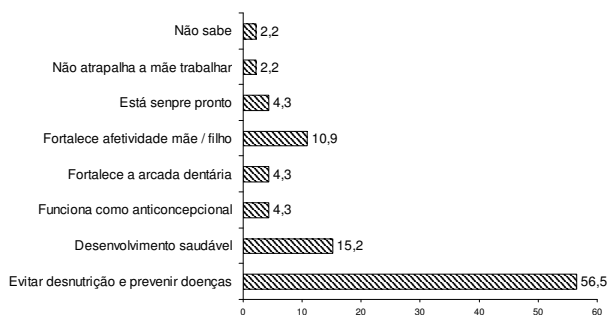


Figura 9. Vantagens do aleitamento materno referidas pelas entrevistadas.

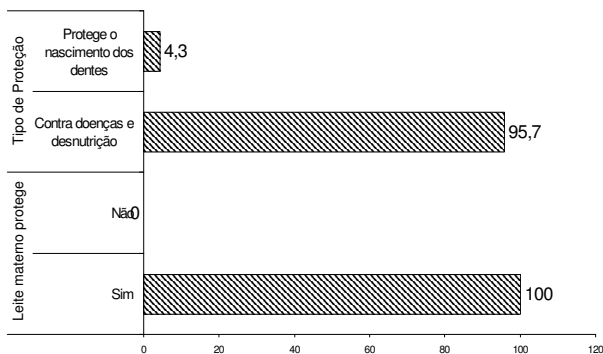


Figura 10. Distribuição das mulheres que disseram que o leite materno protege a criança

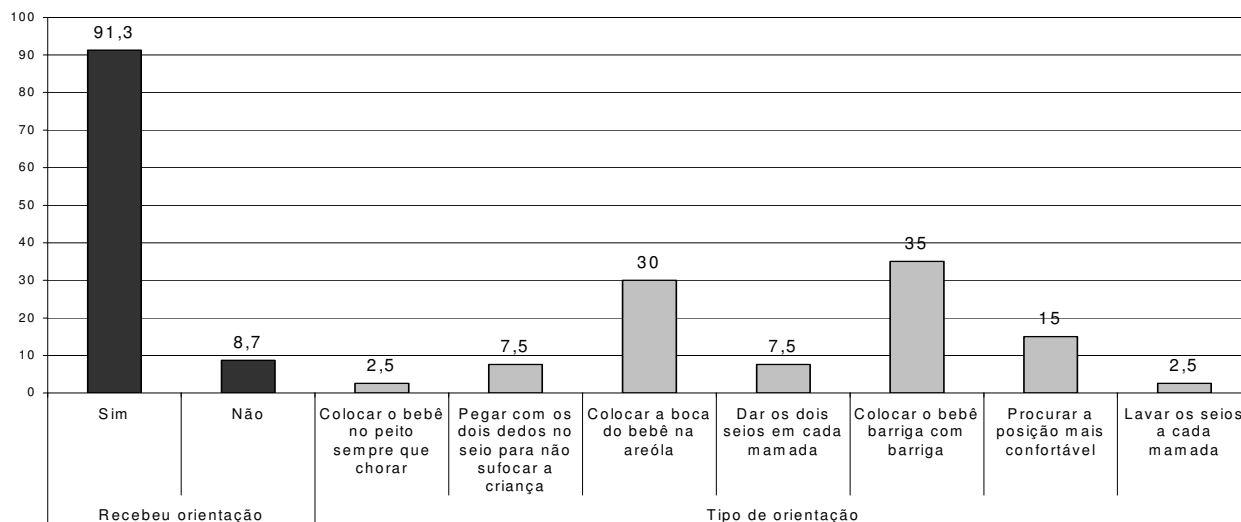


Figura 11. Distribuição das mulheres que receberam orientações sobre como colocar o bebê no peito.

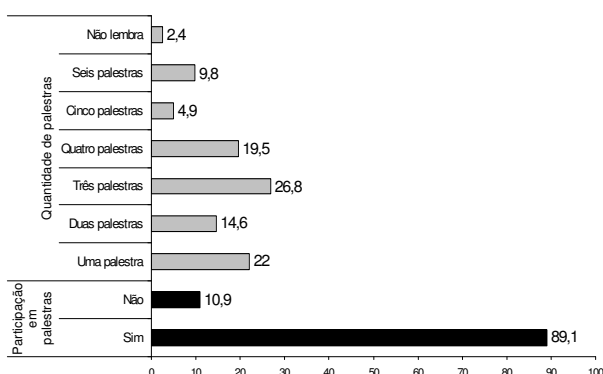


Figura 12. Distribuição das mulheres que participaram de palestras

No que se refere às orientações dadas às gestantes durante o pré-natal 95,7% (Figura 7) foram orientadas sobre o aleitamento materno. Este dado apresenta-se favorável, comparando com os dados da Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição¹⁵ onde 62% das gestantes brasileiras tinham acesso ao serviço pré-natal e deste total 70,8% tiveram 6 consultas das quais 66,0% não receberam qualquer orientação sobre a amamentação. Quanto às orientações sobre aleitamento materno recebidas pelas mulheres entrevistadas, 95,7% souberam relatar duas das vantagens e do manejo do aleitamento materno cumprindo deste modo o 3º Passo da IHAC.¹⁰

Dentre as vantagens do aleitamento materno, 56,5% relataram que a principal vantagem e a de evitar desnutrição, crescer saudável e 10,9% das mulheres entrevistadas lembraram a vantagem de transmitir carinho para a criança (Figura 9).

Quanto ao manejo do aleitamento materno, 91,3% receberam orientações de como colocar o bebê no peito, sendo a orientação mais lembrada pela mãe a de colocar o bebê barriga com barriga (35%) seguida a de colocar a boca do bebê para abocanhar a aréola (30%) (Figura 11).

É interessante constatar que 100% das mulheres entrevistadas sabem que o leite materno pro-

tege a criança de doenças, no entanto nem todas praticam o aleitamento materno principalmente o exclusivo até o sexto mês, verifica-se que 4,3% delas trabalham fora do lar, portanto pouco representativo se analisarmos do ponto de vista das dificuldades no cumprimento das leis que protegem a mulher trabalhadora que amamenta, pois pelo menos este grupo de mulheres não deixaram de amamentar exclusivamente seus filhos pelas restrições causadas a quem exerce uma atividade econômica. (Figura 10)

Decerto não basta somente saber, é importante também querer, vencer as barreiras, quebrar tabus. Neste contexto reside fundamentalmente a importância de ações de incentivo, promoção, proteção

e apoio a esta prática no sentido de possibilitar a sensibilização das mães para fazer do aleitamento uma prática cotidiana.¹⁰

Para que as gestantes sejam informadas sobre as vantagens e o manejo do aleitamento materno tendo em vista cumprir adequadamente o 3º passo da Iniciativa Hospital Amigo da Criança são necessárias seções de orientações no pré-natal abordando temas essenciais como: vantagens de aleitamento, iní-

cio precoce, importância do alojamento conjunto, importância do aleitamento à demanda, como ter leite suficiente, posicionamento e pega, aleitamento materno exclusivo até o sexto mês, posicionamento e pega, e os perigos do aleitamento artificial, além de não poder perder de vista algumas estratégias como: incentivar as mães a participarem das seções, bem como oferecer horário compatível com as necessidades das

Referências

- 1 Organização Mundial de Saúde / UNICEF. Ministério da Saúde. *Crítérios globais da iniciativa Hospital Amigo da Criança*. Brasil: MS; 1992.
- 3 Organização Mundial de Saúde / UNICEF. 45ª Assembléia Mundial de Saúde. Ministério da Saúde. Declaração Innocenti: resolução MAS 45.34. Brasil: MS; 1992.
- 5 Ferreira MR, Touras TS. *Promoção do aleitamento materno nas instituições de saúde: curso intensivo para planejadores e gestores de saúde*. OMS / Instituto de Saúde. São Paulo: SES; 1999.
- 11 Silva AAMS. *Características ambientais das famílias*. In: Tonial SR, AAM. Saúde, nutrição e mortalidade infantil no Maranhão. São Luís: UFMA / UNICEF; 1997. p.39.
- 12 Ministério da Saúde - MS. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição - INAN. *Aleitamento Materno e o município*. Brasília: PNIAM / INAN; 1995.
- 13 Vinha VHP. *Projeto Aleitamento Materno: auto cuidado com a mama puerperal*. São Paulo: SARVIER: FAPESP; 1994.
- 13 Monte MCG (tradutora). *Evidências clínicas dos dez passos para o sucesso no aleitamento materno*. Organização mundial de saúde; Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2001.
- 14 Silva MFAG, Marques RFSV. *Manual de Normas para o incentivo ao aleitamento materno exclusivo*. 2. ed. Pará: Sociedade Paraense de Pediatria 1998.

Normalização e funcionamento dos conselhos municipais de saúde da regional de São Luís

Normalization and performance of the municipal health councils in the são luis area.

Ana Amélia Silva Braga¹, Jercenilde Cunha Silva², Luzia Ilka Oliveira Nakashima³
Maria das Mercês Cunha da Silva Soeiro⁴

Resumo: O presente trabalho “Normalização e Funcionamento dos Conselhos Municipais de Saúde da Regional de São Luís”, apresenta um breve histórico do sistema descentralizado e participativo da saúde com enfoque no controle social, na construção da política municipal de saúde. Expressa o resultado de uma pesquisa, cujo objetivo era identificar a compatibilidade dos Conselhos Municipais de Saúde e as disposições legais e normativas elaboradas ao longo da construção do Sistema Único de Saúde e perceber aspectos facilitadores e dificultadores do controle social, intrínsecos na participação dos conselhos enquanto instrumento de democratização das decisões coletivas. Para tanto, foram trabalhadas variáveis pré-definidas que foram analisadas a partir de bibliografias já produzidas e sob o olhar crítico das pesquisadoras.

Descritores: Controle social, participação social, Sistema Único de Saúde.

Abstract: The study presents a brief history of the participative and decentralized health system highlighting the social control in the structuring of the municipal health policies. A research was undertaken aiming at identifying the Municipal Health Councils' compatibilities along with the legal and normative dispositions elaborated during the establishment of the National Health System (SUS), and to recognize the facilitators and difficulty aspects of the social control, intrinsic in the partaking of the Councils as democratizing tools for collective decisions. For that effect, several pre-defined variables were analyzed from already produced bibliographies and under the critical view of the researchers.

Keywords: social control, social partaking, National Health System (SUS)

Introdução

No Brasil até 1967, não estava reconhecido na Constituição o direito à saúde, no máximo era garantido o acesso a assistência médica ao trabalhador.

Em 1978, na Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde, realizada pela Organização Mundial de Saúde/OMS, na cidade de Alma-ta foi firmada uma declaração que estabelece em seu artigo 1º: “A Conferência reafirma enfaticamente que a saúde (estado completo de bem estar físico, mental e social e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade), é um direito humano, fundamental e em sendo a concepção do mais alto nível possível de saúde, é a mais importante meta social mundial cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos além do setor saúde” (BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva, 2000).

Esta concepção de saúde, unificou os Movimentos Sociais no Brasil em torno da Democratização da Saúde com a bandeira “Saúde, direito de todos e dever do Estado”. Com a abertura do processo democrático em 1980 somando-se à insatisfação da população com os serviços de saúde, a descentralização desses serviços passa a ser o enfoque central nas discussões e nas decisões sobre a política nacional de saúde, resultando desse processo a VIII

Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que destaca a descentralização como estratégia e alcance dos princípios de universalização, equidade e controle social privilegiando-se os Conselhos de Saúde nas três esferas de gestão, reafirmados na Constituição Federal de 1988.

Para o funcionamento desses conselhos conta-se com os pressupostos legais estabelecidos após a Constituição de 1988, que foram as Leis nº 8.080/90 – dita “Lei Orgânica da Saúde” e a nº 8.142/90 que “dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde/SUS”, estabelecendo em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do poder legislativo, as instâncias colegiadas: I – A Conferência de Saúde e II – O Conselho de Saúde. O Conselho Nacional de Saúde/CNS, criado em 1937, foi também alvo de reformulação a partir do Decreto nº 99.438/90, específico para reorganização do Conselho.

Os Conselhos de Saúde integram a estrutura legal do Poder Executivo (Gestão do SUS). Suas atribuições encontram-se limitadas ao espaço privilegiado e bem definido na atuação para formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde, sendo também o papel dos conselhos de saúde reconhecer e estar qualificado para entender e atuar conforme as competências típicas do processo de

¹ Assistente Social. Técnica da Secretaria Extraordinária de Saúde Preventiva/SESP/MA

² Assistente Social. Técnica da Secretaria Municipal de Assistência Social de Araguaianã/MA

³ Médica Veterinária. Técnica do Dpto. Assistência à Rede Serviços de Saúde/GEQV/MA

⁴ Advogada e Assistente Social. Chefe da Ouvidoria/ GEQV/MA

Gestão, que são: planejamento, orçamentação, programação, normatização, direção/gerência, operacionalização/execução, controle e avaliação.

Em termos de organização e implementação do Sistema Único de Saúde/SUS, tem-se observado consideráveis avanços no tocante à participação popular, que vivencia no atual momento um importante aprendizado que caminha para uma atuação mais qualificada decorrente das capacitações dos Conselhos Municipais de Saúde, ocorridas mais freqüentemente no ano de 2003, bem como as Conferências Municipais e Estadual de Saúde que fortalecem o entendimento dos conselheiros para a efetiva participação nas discussões para formulação e deliberação da política de saúde.

Existe compatibilidade entre as atividades dos Conselhos Municipais de Saúde e as disposições normativas que disciplinam a criação, formação e funcionamento desses colegiados? Estes conselhos representam de fato instrumentos de participação e controle da sociedade civil? Estão sendo utilizadas estratégias na divulgação das ações dos conselhos, para o contexto da sociedade?

Objetivando responder a tais questionamentos a equipe trabalhou o tema: Normatização e funcionamento dos Conselhos Municipais de Saúde da Regional de São Luís/MA – Alcântara, Paço do Lumiar, Raposa, São José de Ribamar e São Luís – no sentido de perceber e registrar os avanços, limites e desafios na construção e implementação do SUS na Gestão Municipal.

O estudo contou com a realização de visitas, reuniões para observações e análise de documentos, conversa informal e aplicação de questionário (apêndice) junto aos conselheiros, em que buscou-se avaliar os conselhos destes municípios como estratégia efetiva de controle social da política de saúde, através de identificação nos conselhos: da existência de compatibilidade entre as atividades e as disposições normativas que disciplinam a criação, formação e funcionamento dos colegiados; de elementos facilitadores

Métodos

Este trabalho foi realizado na Regional de São Luís que compreende, além da capital do Estado, o município de São Luís, com população 889.129 habitantes, banhada pelas Baías de São José e São Marcos, também os municípios de : São José de Ribamar com 107.333 habitantes, distante 32 quilômetros da capital; Paço do Lumiar, 76.161 habitantes, aproximadamente 22 quilômetros de São Luís, e constitui-se uma das mais antigas cidades maranhense; Raposa a 32 quilômetros da capital, com 18.600 habitantes, cidade de pescadores, artesãos e artesãos e Alcântara com população 21.224 habitantes, conhecida pelas ruínas históricas e separada da capital pela Baía de São Marcos.

Esta regional tem suas principais atividades econômicas baseadas tanto no setor primário quanto no terciário, em que são desenvolvidos, a pesca, o artesanato, a agricultura de subsistência,

e dificultadores do controle social; da efetiva participação dos conselheiros nas definições sobre a política de saúde dos municípios e do processo de comunicação entre o conselheiro e a entidade representada⁵.

Quanto à escolha do universo da pesquisa, inicialmente, pensou-se em todas as Gerências Regionais tomando-se por base a sede e alguns municípios próximos da mesma. Porém, diante de algumas considerações em face à complexidade do objeto a ser pesquisado, e, após várias discussões, foram considerados alguns elementos que favoreceram a Regional de São Luís: a situação geográfica favorável pela proximidade; o número de municípios que compõem a regional; a metodologia a ser empregada que consistia na realização de visitas, consultas à documentação dos conselhos (Regimento, Legislação de Criação e Ata), presença nas reuniões tendo em vista a observação, conversa informal e aplicação de questionário (apêndice) junto aos conselheiros municipais de saúde; a resistência que poderia haver por parte dos presidentes e conselheiros em participar da pesquisa o que exigiria da equipe um acompanhamento mais amigável e a exiguidade do tempo, para apresentação do resultado final da pesquisa.

A equipe diante dessa análise, vislumbrou uma perspectiva para melhor administrar e/ou superar os prováveis problemas que pudessem surgir e trabalhá-los de forma efetiva, optando assim pela Regional de São Luís.

A importância desta pesquisa consistiu sobretudo, na observação dos preceitos legais que normatizam e orientam a criação dos conselhos comparando-os à realidade dos conselhos municipais estudados, procurando identificar a contribuição destas instâncias de articulação e poder na construção e fortalecimento do SUS, no interior dos municípios em questão.

Ao mesmo tempo, perceber os limites e dificuldades vivenciadas no âmbito destes espaços de controle e apontar sugestões às instâncias competentes com vistas à melhoria do controle social.

beneficiamento de arroz e madeira, o comércio, a prestação de serviços, a indústria e o turismo⁴.

Quanto à habilitação dos municípios, sede dos conselhos pesquisados, apenas um encontra-se em Gestão Plena do Sistema e os demais em Gestão Plena da Atenção Básica.

Dos Conselhos Municipais de Saúde/CMS apresentados neste trabalho, em apenas um deles ficou constatado possuir sede (espaço físico) e equipamentos próprios, e, em todos os outros ficou evidenciado que encontram-se instalados em sedes provisórias e/ ou anexos, com equipamentos cedidos pela Secretaria Municipal de Saúde.

A pesquisa desenvolveu-se no período de 04.07 à 30.08.03, em que participaram 26 (vinte e seis) conselheiros, dentre estes, 50% de representante do poder público nas categorias de gestores, trabalhadores da saúde e prestadores de serviços e 50% de usu-

ários.

Para realização desta pesquisa, a equipe fez a exposição do projeto aos presidentes dos conselhos, anteriormente contactados, que após conhecimento e apreciação, assinaram o Termo de Autorização que permitiu às pesquisadoras o acesso ao conjunto dos demais conselheiros.

Nos conselhos onde existia um calendário previamente estabelecido, foi possível um contato imediato. Nos demais foi agendado um encontro com os conselheiros, cujo objetivo seria a aplicação do questionário (apêndice) desta pesquisa, obedecendo-se o critério da paridade, sendo o sorteio o mecanismo de escolha dos entrevistados em número de 06 (seis) para o segmento dos usuários e 06 (seis) para as demais representações dos conselhos.

Tal instrumento foi elaborado com questões abertas e fechadas, utilizando-se as seguintes variáveis: normatização, participação, funcionamento, informação, divulgação, contribuições e desafios vivenciados no interior dos conselhos.

Para que os conselheiros participassem da pesquisa, foi-lhes apresentado o questionário e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, onde consta que, o conselheiro era livre para participar ou não da pesquisa, que a sua identidade seria preservada bem como do município e que o mesmo poderia desistir em qualquer fase da pesquisa sem nenhum prejuízo.

Desta forma, os conselheiros assinaram o Termo consentindo e comprometendo-se a colaborar com a realização da pesquisa.

A coleta de dados foi complementada com as conversas informais e leitura de documentos.

Dos 05(cinco) conselhos relacionados 02 (dois) não participaram da pesquisa. A princípio foi demonstrado interesse quando o Termo de Autorização foram assinados pelos presidentes dos conselhos, porém em momento posterior constatou-se a total desarticulação destes conselhos expressa pela ausência dos conselheiros nas reuniões e pelas dificuldades de

contato com os respectivos presidentes para agendar as visitas aos municípios.

Ainda assim, em um destes, a equipe compareceu 02(duas) vezes, sendo que na última utilizou como alternativa deixar os questionários com o presidente do conselho para serem distribuídos aos conselheiros, entretanto sem retorno.

Na ocasião destas visitas, em conversas informais, foram obtidas algumas informações: este conselho encontra-se instalado em uma das dependências da Unidade de Saúde de outro município (área de litígio); os conselheiros só comparecem às reuniões se houver transporte para conduzi-los e somando-se a isto, as questões políticas vivenciadas no município.

No outro município, a equipe foi comunicada após várias tentativas de contato com o presidente, da inviabilidade da pesquisa, face a grave crise política interna que impossibilitou a visita ao município.

Em um dos conselhos que participaram da pesquisa, logo nos primeiros contatos com o presidente, tornou-se difícil encontrá-lo, já não atendia os telefonemas, até que a equipe conseguiu autorização para contactar com a vice-presidente do conselho e após um trabalho de conquista, foi possível extrair-lhe algumas informações e marcar uma reunião em que foi realizada a pesquisa. Em momento posterior, planejado para realização da análise documental foi disponibilizado apenas o livro de Ata das reuniões do Conselho.

Os dados coletados nestes conselhos, foram analisados a partir de uma perspectiva construtiva do modelo de acompanhamento e controle da política de saúde e apresentados em forma de texto.

Quanto aos aspectos éticos, este projeto para ser realizado, foi submetido ao Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa/CEP do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão/ HUUFMA, anexado o Termo de Autorização (devidamente assinado) e cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados e Discussões

Na abordagem inicial dirigida aos presidentes dos Conselhos Municipais de Saúde, com os quais a equipe pesquisadora se propôs a investigar, deparou-se com níveis diferentes de aceitação visto que, a princípio necessitou-se em alguns casos argumentar sobre a importância do trabalho junto aos presidentes visando a autorização para a realização da pesquisa. Verificou-se ainda, em alguns conselhos a dificuldade quanto ao acesso à documentação previstas em lei para funcionamento e normatização dos mesmos. Isto, vem demonstrar a necessidade de fortalecimento no desempenho dos papéis e atribuições legais dos conselheiros nos seus respectivos conselhos e da concepção do conselho enquanto instrumento de democratização das relações estabelecidas entre o Estado e a Sociedade.

A desarticulação destes espaços de discussão e deliberação foi observada quando, em um dos conselhos o calendário de reuniões foi descumprido

mais de uma vez, pela ausência dos conselheiros ou por razões outras.

Uma postura antidemocrática ainda remanescente em alguns conselhos, foi constatada em um dos pesquisados, conforme observado na documentação analisada. No caso em epígrafe, coube unicamente ao poder público determinar o número de representações do Conselho Municipal de Saúde, gerando insatisfação e reivindicação dos usuários para ampliar o número das mesmas, sem nenhuma resposta, prevalecendo a posição do poder público sob o argumento de se tratar de um processo urgente. Entretanto, o Conselho Municipal de Saúde em referência já existe há 06 (seis) anos, sem nenhuma alteração na sua constituição.

Destaca-se ainda, que neste mesmo conselho no segmento dos usuários, em número de 04 (quatro) representações, uma delas é assumida por agente do poder público – um secretário –

descaracterizando assim a paridade como um princípio estabelecido na Lei 8.142/90.

Isto sugere dois entendimentos: desconhecimento das normas disciplinadoras da matéria, por parte dos gestores e/ou, falha do órgão competente para acompanhamento e fiscalização dos Conselhos Municipais de Saúde

No tocante à participação da comunidade, vale destacar que na busca das normas disciplinadoras dos Conselhos de Saúde, é oportuna a análise da Resolução nº 33, de 23.12.92, do Conselho Nacional de Saúde, que aprovou o documento “Recomendações para a Constituição e Estruturação de Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde”. Consta-se, a partir de discussões e pronunciamentos de conselheiros de saúde e inclusive a partir da leitura de algumas publicações, que após a homologação da Resolução em epígrafe, as “Recomendações” foram repassadas aos conselheiros e por estes acolhidas, como algo definitivo, inquestionável e com força de lei.

Esse entendimento é claramente observado no que se refere à constituição dos Conselhos de Saúde, onde, segundo tais Recomendações, “A representação total dos Conselhos deve ser distribuída da seguinte forma: 50% de usuário, 25% de trabalhadores de saúde e 25% de prestadores de serviços público e privado.”⁷

Essa é uma idéia completamente equivocada pois, a mesma matéria – Participação da Comunidade na Gestão do Sistema Único de Saúde, está disciplinada pela Lei nº 8142, de 28.12.90 que nos parágrafos segundo e quarto do art.1º, assim dispõe, respectivamente”:

Art. 1º § 2º Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, Órgão colegiado composto por representante do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

§ 4º A representação do usuário nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.

A lei em comento é de fácil entendimento e sua interpretação não deveria causar nenhum comprometimento à vontade do legislador que declara nos seus precisos termos que a paridade exigida na constituição dos Conselhos de Saúde é entre o segmento dos usuários em relação aos demais segmentos. Por via de consequência, a “Recomendação” da representação do Conselho, aprovado pela Resolução nº 33, não se coaduna com o disposto na Lei 8.142/90 e portanto, não deve prevalecer sobre esta.

Vale lembrar que a Resolução em tela, apenas “Recomenda,” enquanto a lei, pelo seu caráter imperativo, e que a todos obriga, impõe, determinada conduta.

É bem oportuno trazer à colação, a lição de Maximiliano Fuhrer e Edis Milaré sobre Cessação

da Obrigatoriedade da Lei: “Frise-se, todavia, que a revogação de uma lei só é possível através de outra de igual ou superior hierarquia”⁸.

Apenas com a menção dos fundamentos jurídicos e doutrinários, vê-se a impossibilidade de uma resolução revogar uma lei. Assim, a despeito do entendimento de que as leis existem (ou deveriam existir) para atender aos interesses da sociedade que é dinâmica na sua essência, ainda está em vigência a Lei 8.124/90 e a formação dos Conselhos de Saúde deve se subordinar aos seus ditames até que nova lei disponha sobre o mesmo assunto, de formas diferentes.

Quanto ao funcionamento de alguns conselhos vinculados à estruturas físicas, administrativas, financeiras e técnica das Secretarias Municipais de Saúde, pode caracterizar a ausência de suporte necessário para o funcionamento dos mesmos de forma mais independente.

No tocante a análise dos dados coletados no questionário, observou-se que a maioria dos conselheiros concluíram o ensino médio seguido do ensino de terceiro grau. Este dado é importante, muito embora o nível de escolaridade não seja determinante para o exercício do papel de conselheiro, mas possibilita na esfera das decisões, um debate mais qualificado, melhor manuseio e interpretação das informações.

O processo de escolha dos conselheiros, representantes da sociedade civil se dá em eleição e no poder público por indicação.

Quanto ao caráter deliberativo atribuído ao Conselho, 84,6% afirmam que o Conselho Municipal de Saúde é um fórum de decisão com alguns argumentos: “porque temos capacidade”; “porque decidimos sobre a saúde no município”; “aprovamos projetos”; “o Conselho é independente, formado pela maioria dos usuários”; “é autônomo e representa a sociedade”. Sabe-se entretanto, que o conselho é um espaço onde diferentes interesses se colocam em cena, pondo à prova o poder de articulação e organização dos segmentos ali representados.

Por outro lado, o caráter deliberativo dos Conselhos pressupõe a democratização das relações entre o Estado e a Sociedade civil na sua amplitude, ou seja, remete à ampliação dos fóruns de decisão política.

Neste aspecto, percebe-se que o poder de decisão fica comprometido, quando 61,5% dos entrevistados não dão respostas, quanto à participação na elaboração dos Planos Municipais de Saúde/PMS – instrumento norteador da política de saúde que agrega ações, estratégias e recursos disponíveis.

A Lei nº 8.080/90, no seu Art. 36, traz a seguinte redação: “O processo de planejamento e orçamento do SUS, será ascendente do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em Planos de Saúde dos Municípios, Estados, Distrito Federal e da União”. Ainda no Parágrafo Primeiro deste mesmo artigo, têm-se a seguinte redação: “Os planos de saúde serão base das atividades e programações de cada

nível de direção do SUS e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária”.

A questão do acompanhamento do financiamento da saúde no âmbito municipal é outro ponto que merece destaque: 77% dos conselheiros não informaram o percentual do orçamento municipal destinado ao Fundo, observando-se ainda que 23% indicaram o prefeito como gestor do FMS. Estes dados sugerem, uma frágil participação ou pouca compatibilidade dos discursos e ações no interior dos conselhos.

A discussão sobre recursos ainda se constitui um limite para o exercício do controle social no interior dos vários conselhos e nas diferentes esferas governamentais.

O alvo preponderante destes colegiados ainda são as ações desenvolvidas ou não, que parecem “acontecer desvinculadas” de uma programação orçamentária visto que, o debate sobre valores, fontes de arrecadação e destinos dos recursos ficam quase sempre em segundo plano nas pautas de reuniões.

Soma-se a isto, a falta de domínio de parte dos conselheiros sobre a complexidade dos mecanismos legais e institucionais da administração de recursos públicos, recentemente aprimorados pela Lei de Responsabilidade Fiscal/LRF, que precisa ser “compreendida como um instrumento para tornar as finanças públicas mais saudáveis e com isso liberar mais recursos para a área social, na qual a saúde tem papel central” (BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva, 2001).

No bojo das legislações que regulamentam o financiamento da política de saúde, está a Emenda Constitucional nº 29, que estabelece os percentuais mínimos a serem aplicados no desenvolvimento do ensino e nas ações e serviços públicos de saúde, permite a intervenção da União sobre os Estados, e, destes sobre os Municípios que não aplicarem o percentual mínimo, exigido constitucionalmente para a saúde; autoriza a vinculação dos recursos provenientes de impostos para a saúde e valoriza o Fundo, como instrumento de aplicação dos recursos sob o acompanhamento e fiscalização dos conselhos.⁹

Na análise dos dados observou-se que somente 15,4% dos conselheiros sabe da existência desta Emenda e referenciam-na como mecanismo de regulamentação da aplicação dos recursos na saúde.

O baixo percentual de conhecimento relacionado a esta questão pode interferir no processo de

democratização das informações capazes de articular acordos e orientar decisões coletivas.

O repasse das discussões e deliberações do conselho ao conjunto da sociedade, conforme afirmam 65,4% dos conselheiros é realizado através das reuniões com as entidades ou repasse de documentos. Mas há outros canais de divulgação, como as audiências públicas desconhecidas por 30,8% dos conselheiros, o que vem reafirmar o caráter limitado no retorno das ações do CMS ao conjunto da sociedade.

Complementam o cenário dos conselhos o limite para o exercício do controle social, conforme o relato dos conselheiros: “falta de informação/capacitação”, “decisões não acatadas pelo gestor”, “falta de apoio para realizar as ações do conselho/itinerância”, “afastar-se do trabalho em dias de reuniões”, “falta de tempo”, “ausência de ajuda de custo/dificuldade financeira”, “falta de remuneração”, “compreensão da complexidade da política de saúde”, “interferência política e dificuldades corriqueiras”.

Entretanto na vigência dos limites e o descompasso entre a legislação que normatiza a criação dos conselhos e sua efetivação na prática, há um esforço desses colegiados em se constituírem instrumentos de formulação, acompanhamento e controle da política de saúde.

Embora este processo se efetive de forma ainda desordenada, constatou-se ações que vão nesta perspectiva: a visita *in loco* e o fornecimento de denúncias a órgãos fiscalizadores da saúde pública e outros, tem se constituído estratégias de enfretamento dos conselhos - em particular dos usuários - na busca da garantia dos direitos a serviços de qualidade. Do mesmo modo, notam-se experiências onde destacam-se contribuições dos conselhos, à medida em que no exercício do seu *múnus* público, os conselheiros ressaltam nas suas falas, que: “suscitam o controle social”, “questionam pontos polêmicos”, “discutem a política e lutam pelos princípios e diretrizes do SUS”, “aprovam a realização de ações”, e “realizam visitas itinerantes informando a população sobre os programas de saúde”.

Mesmo que os canais de divulgação dos conselhos se coloquem de forma inadequada à amplitude exigida pela divulgação das ações e discursos, explicitados na tomada de decisões sobre as ações de direitos coletivos, tais experiências expressam ações de controle social.

Conclusão

Os conselhos de saúde, se constituem ou deveriam se constituir instâncias onde se materializam as parcerias com a sociedade civil, espaço em que todos os segmentos se responsabilizam e se comprometem com o melhoramento das condições de saúde.

Para os representantes da sociedade civil, os conselhos representam uma conquista que prevê a participação mais efetiva da sociedade resultando no aprimoramento do Sistema Único de Saúde.

Observa-se que a consciência do compro-

misso pelo papel exercido pelo conselheiro já se faz perceber principalmente, nas discussões envolvendo alguns temas que vão desde questões administrativas, passando pela correta utilização dos recursos, denúncias e participação comunitária; cabendo neste ponto ressaltar a realização sistemática de reuniões itinerantes realizadas em um dos municípios.

No que pertine à competência e limites do conselho no exercício do controle social, constata-se, pela análise dos questionários aplicados que os conselheiros ainda carecem de mais informações e de

continuidade de capacitação; o que os instrumentalizaria melhor nas suas atividades específicas.

Já é patente, em dos conselhos trabalhados um esforço por parte dos conselheiros no sentido de exercitar as praticas do controle social da parte dos gestores desses municípios há uma abertura, uma disponibilização para esse caminhar juntos, reforçando a necessidade de mais investimento em capacitação para todos os conselheiros e de forma permanente.

Essa valorização da capacitação justifica-se pela constatação, a partir da análise dos questionários aplicados nos conselhos já referidos, que as noções básicas que norteiam o atuar do conselho, os conselheiros na sua maioria já possuem, porém, a apropriação do instrumento legais que dão suporte às ações dos conselhos ainda não faz parte da realidade de todos os conselheiros, e deveriam fazer, senão como participar da definição das políticas de saúde do municípios, acompanhar a execução dos recursos financeiros, compatibilizando-o com o plano municipal de saú-

de, se não compreenderem suficientemente, a movimentação do fundo municipal de saúde, não sabem de que forma podem contribuir efetivamente, com a elaboração desse plano?

É esse respaldo que precisa ser dado aos conselheiros, e se já foi disponibilizado, como no caso dos municípios pesquisados, deve ser continuado, com capacitações e suporte técnico – jurídico, que pode ser buscado junto ao Conselho Estadual de Saúde, Gerência de Qualidade de Vida, Secretária Extraordinário de Saúde Preventiva e as Secretárias Municipais de Saúde e outras instituições com igual capacidade de contribuir para o fortalecimento desses Conselhos Municipais.

Outra conclusão a que chegou a equipe, é da necessidade de os conselheiros dialogarem mais com seus representados no sentido de estarem se fortalecendo para exercerem com mais propriedade a sua representatividade, que pelas respostas aos questionários aplicados, são legítimas.

Referências

- 1 Brasil. *A luta em defesa da saúde no Brasil: do início da institucionalização ao SUS*. São Luís: 1999.
- 2 Brasil. *Avaliação do funcionamento dos conselhos estaduais e municipais de saúde*. São Luís: 1999.
- 3 Brasil. *Constituição Federal*. 1988.
- 4 Brasil. Ministério do Interior. *Monumentos históricos do Maranhão*. 1979.
- 5 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva, 2000.
- 6 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva, 2001.
- 7 Brasil. Ministério da Saúde. O SUS e o controle social: guia de referência para conselheiros municipais. Brasília: MS; 1997.
- 8 Coletânea de Leis. CRESS 10ª Região.
- 9 Dias, RS. *Os conselheiros de saúde e a questão da participação: o poder no SUS*. In.: Cadernos de exercícios. Estudos sobre os movimentos sociais. Org. Terezinha Moreira Lima. São Luís: UFMA; 1998.
- 10 Lacerda, E. *O SUS e o Controle social*. Guia de Referência para Conselheiros Municipais, Brasil: MS; 1997.
- 11 Ferreira, M. O Sistema Único de Saúde e a participação da população nos conselhos de saúde. In.: Cadernos de textos. V Conferência estadual de saúde e I Conferência estadual de saneamento ambiental do Maranhão. São Luís: 1998.
- 12 Maranhão. Governo do Estado. *Guia turístico do Maranhão*. Gerência de Planejamento. Subgerência de Turismo. 2001.
- 13 Silva IG. *Conselho municipal de São Luís: um mecanismo de democratização ou cooptação?* São Luís: 1996.
- 14 Souza, MI. *Controle social na saúde: uma demanda ao serviço social*. In.: Caderno de comunicação, 1 Encontro de serviço social na esfera da seguridade social no Brasil. CFESS; 1997.
- 15 Vanderlei, MIG. *Municipalização das ações e serviços de saúde e controle social: experiência do município de São Luís, Caxias e Mata Roma*. São Luís, 1996.

Importância do exame clínico no tratamento odontológico em paciente geriátrico

Importance of the medical exam in the odontological treatment of geriatric patients

Maria Inez Rodrigues Neves¹, Maria Áurea Lira Feitosa²
Maria da Vitória Caldas de Túlio Augusto³

Resumo: O objetivo desse estudo é informar aos cirurgiões-dentistas a relevância do exame clínico, da avaliação e da adoção de simples medidas preventivas para aumentarem a segurança clínica no atendimento de pacientes que requerem cuidados especiais, diminuindo de forma significativa a incidência das situações de emergências. Enfocam-se os cuidados a serem tomados durante o tratamento odontológico de pacientes hipertensos, cardiopatas, diabéticos e portadores de osteoartrite e osteoporose.

Descritores: odontogeriatrics, atendimento odontogeriátrico, paciente geriátrico.

Abstract: The aim of the study was to inform Odontological surgeons on the bearing of the medical exam, the evaluation and adoption of simple preventive measures to increase the clinical safety when attending patients who require special care, markedly decreasing the incidence of emergency calls. Cares to be taken during the management of odontological, cardiac, diabetic, and carriers of osteoarthritis and osteoporosis patients are highlighted.

Keywords: odontogeriatrics, odontogeriatric management, geriatric patient

Introdução

Nos dias de hoje ainda se constata que um grande número de Cirurgiões-dentistas (CDs) brasileiros dá início ao tratamento odontológico sem ao menos conhecer o perfil do seu paciente. Na anamnese é que se obtém muitas informações úteis, não somente para o diagnóstico, mas também para identificar experiências desagradáveis ocorridas em tratamentos anteriores, que deverão ser cuidadosamente analisadas para se prevenir sua recorrência¹.

Genovese², comenta que, ultimamente, com a tecnologia e a sofisticação dos exames complementares diminuíram significativamente a prática do exame clínico minucioso. A conversa com o paciente diminuiu, e o exame físico ficou por conta dos exames complementares. NEVES³, acrescenta ainda que alguns profissionais preocupados apenas em resolver o motivo que levou o paciente a procurá-los, descuidam-se da anamnese por achar que a mesma toma-lhe tempo. Entretanto, não percebem que com ela lucrarão em tempo e confiança, pois evitará intercorrências e obterá êxito no tratamento. Observa ainda a autora, que a exigência por maior produtividade, solicitada nos serviços odontológicos públicos, nos serviços de empresas e nos consultórios particulares conveniados ou não, aumentaram significativamente o descaso pelo exame clínico médico e odontológico.

A fim de se extrair o maior potencial possível da anamnese, é necessário ter habilidade para provocar um relato completo e franco do paciente – se o mesmo for independente – nos casos de pacientes dependentes o responsável poderá relatar os fatos. Para

isso o examinador deverá considerar alguns fatores importantes: interesse de compreender e auxiliar o doente (ajudar a rememorar fatos relativos à doença); boa acolhida (ser tolerante, compreensivo e objetivo ao avaliar a história do paciente, fazendo-o sentir-se acreditado em seu relato); calor humano e simpatia (combinar discernimento sensível e compreensão com uma aproximação objetiva dos problemas de seu paciente, conquistando rapidamente a amizade e confiança)².

Storch e Bellagamba⁴, acrescentam ainda determinadas técnicas na relação paciente idoso/profissional: o profissional deve adaptar-se ao ritmo lento do ancião (que tem percepção lenta); adaptar-se a voz ao limiar auditivo (pela audição diminuída); dispor de tempo suficiente, pois eles têm tendência a relatos detalhados e repetitivos; se possível, fazer entrevistas com algum familiar para completar o relato do paciente (às vezes, o que o idoso traz não é exatamente aquilo do que padece).

Dentro da anamnese é de suma importância a história médica do paciente, pois nela contém informações acerca do estado geral do paciente, presente e passado. Considerando o homem como uma unidade biológica, as alterações e complicações dos diversos órgãos e sistemas podem estar direta ou indiretamente relacionadas com o processo patológico que o paciente apresenta por ocasião da visita como já foi mencionado por Genco et al⁵.

O exame clínico no paciente geriátrico deve ser bem mais rigoroso. É preciso que os cirurgiões-dentistas tenham amplo conhecimento sobre a

¹ Mestre em Ciências da Saúde. Docente da UFMA.

² Mestre em Prótese Total. Docente da UFMA.

³ Coordenadora do curso de Odontologia do UNICEUMA.

odontogeriatría, desde as doenças que podem lhes afetar, suas repercussões na cavidade bucal e na cabeça e pescoço, e as importantes interações destas doenças com os fármacos ingeridos – indicados por médicos ou por automedicação⁶

Vale ressaltar que o cirurgião-dentista irá eventualmente tratar de cardiopatas e não de cardiopatia, de diabéticos e não da diabete, portanto, em caso de dúvidas quanto ao procedimento a ser seguido, encaminhá-los ao médico solicitando seu parecer quanto ao tratamento a ser executado.

Neste trabalho serão salientadas algumas doenças sistêmicas mais freqüentes no idoso encontradas em levantamento feito nas fichas clínicas dos

pacientes da terceira idade – alunos da Universidade Integrada da Terceira Idade (UNITI) – atendidos na Clínica de Semiologia do Curso de Odontologia da Universidade Federal do Maranhão (UFMA) no primeiro semestre de 2003. Tais doenças podem chegar a mais de 150 variações, o que torna quase impossível estudá-las de modo específico.

Verificou-se que dos pacientes atendidos 32% apresentavam hipertensão, 20,3% osteoartrite, 17% osteoporose, 10,2% cardiopatias, 6,8% diabete, 5% hipotireoidismo e 1,7% Acidente vascular cerebral (AVC). Convém ressaltar que alguns pacientes apresentavam mais de uma doença simultaneamente.

Métodos

Segundo Bernard e Hagan⁷, em se tratando de paciente idoso, o qual mostra, no consultório, certas idiosincrasias deve-se levar em conta seis pontos principais para o seu tratamento:

1º. Empregar mínima dosagem de drogas (anestésicos, analgésicos, antiinflamatórios e antibióticos) e em especial de barbitúricos e narcóticos para anestesia;

2º. Devem ser evitados procedimentos demorados devido a sua tonicidade muscular, as articulações dolorosas e de uma reserva cardiovascular diminuída;

3º. Os procedimentos cirúrgicos, no consultório, devem ser limitados apenas aos menores, haja vista a reparação e a cicatrização serem lentas e uma hemorragia pode ser crítica nesses pacientes considerando a sua alta fragilidade capilar;

4º. Devem-se dar instruções por escrito para garantir o entendimento, uma vez que certa confusão mental pode ser comum nessa faixa etária, evitando, assim consultas telefônicas repetidas do paciente e/ou familiares/cuidadores.

5º. É fundamental a presença de acompanhante, pois todas as instruções dadas, além das escritas, devem ser intermediadas por essa pessoa, para que sejam efetivamente cumpridas, visando o bem estar do paciente; essa pessoa será, também, o canal de comunicação no pós-operatório;

6º. Ter tempo para atendê-los, a realidade dos convênios e dos serviços públicos não é adequada para um atendimento odontológico de bom padrão.

O idoso é vagaroso no andar, exige mais tempo na anamnese, tem mais dificuldades para relatar seus sintomas, reage mais às instrumentações, e precisa de tempo após as intervenções para se recompor, tanto física quanto psicologicamente, até mesmo para levantar da cadeira odontológica. Esta realidade tornaria o tratamento mais dispendioso pela ótica da economia⁶.

Pacientes hipertensos

Nos pacientes idosos cuja pressão arterial é normal, a tomada de PA deve ser registrada na sua ficha clínica a cada sessão, assim o Cirurgião-dentista poderá detectar se o mesmo tornou-se hipertenso ou

não, já que a hipertensão pode ser assintomática. Consideram-se como hipertensos os pacientes com pressão arterial sistólica, em repouso, acima de 140 mmHg e a diastólica acima de 90mmHg⁸.

Para o paciente com história de hipertensão, deve-se registrar a PA a cada consulta, para determinar-se se a leitura, na ocasião, é compatível com a tensão emocional de antecipação a um procedimento dentário. Uma vez confirmada a hipertensão, o paciente deve ser informado e indicado a procurar um médico, mesmo que já esteja fazendo tratamento, o qual pode não estar sendo eficaz para baixar a pressão⁹. Em pacientes não controlados, os procedimentos dentários eletivos devem ser postergados até que os mesmos apresentem seu quadro clínico estabilizado. Tratamentos de emergências deverão ser os mais conservadores possíveis. Não há contra-indicação de tratamento para pacientes controlados¹⁰.

Conforme as afirmações de Elias¹¹, em pacientes que apresentam quadro de hipertensão, a boa anamnese se torna sempre fundamental, pois tais pacientes por vezes utilizam medicamentos como diuréticos (clortalidona, furosemida) e também anti-hipertensivos (metildopa, propanolol, reserpina), tornando-se fundamental o conhecimento por causa de suas interações e efeitos colaterais.

Pacientes portadores de osteoartrite

A osteoartrite ou osteoartrose é uma doença crônica que acomete as articulações sinoviais, caracterizando-se basicamente por alterações degenerativas de cartilagem articular e reação óssea hipertrófica secundária¹².

Os paciente que apresentam história dessas enfermidades devem ser interrogados sobre a natureza, a extensão e duração da doença. Os medicamentos que estão sendo usados devem ser anotados, e feitas perguntas específicas sobre o uso prévio de corticosteróide (podem apresentar certo grau de supressão adrenal necessitando de maiores cuidados), de sais de ouro e D-penicilamina (podem afetar a função da medula óssea, visto que a anemia, leucopenia e trombocitopenia alteram o tratamento dentário), de as-

pirina ou antiinflamatórios não-esteóides (afetam a função e adesividade plaquetária respectivamente sendo necessário o adiamento do tratamento até que o coagulograma mostre-se normal)⁹.

Pacientes com osteoartrite ou artrite reumatóide ingerem quantidades maiores de analgésicos, antiinflamatórios ou outros tipos de drogas para amenizar a sintomatologia. Entretanto, anti-reumáticos/antinflamatórios podem apresentar efeitos como xerostomia, aftas, ulcerações e irritação da mucosa bucal, glossite entre outros efeitos, além de que podem interagir com as medicações prescritas pelo cirurgião-dentista medicação, assim a observância de tais efeitos se faz necessária para a suspensão ou substituição do medicamento solicitado pelo medico que o assiste⁶.

Pacientes portadores de osteoporose

A osteoporose é a diminuição da massa óssea. O osso tornando-se poroso é menos apto para suportar o peso do corpo e sua movimentação. O risco de ocorrerem fraturas é uma realidade que passa a fazer parte do dia-a-dia do paciente portador de osteoporose.

Nos ossos maxilares essa diminuição não é diferente. Na mandíbula há uma diminuição de 20% da densidade óssea entre 45 a 90 anos, especialmente nas mulheres pós-menopausa, quando ocorre a diminuição do estrógeno. São observados adelgaçamento das tábuas corticais e perda do trabeculado ósseo. Foi sugerido que pacientes com osteoporose são mais sujeitos à reabsorção óssea sob próteses. Outras considerações clínicas incluem risco maior de fratura durante exodontia, cicatrização retardada no local da extração e aumento da dor reflexa nos dentes proveniente dos seios maxilares adelgaçados. Tal fato deve levar o cirurgião-dentista a estudar bem essa condição óssea⁸.

Para Cohen e Rose, 2000, a perda de dente causada pela doença periodontal pode ser um fator de risco para a osteoporose, devido à diminuição da função mastigatória que pode influenciar a digestão de alimentos.

Pacientes cardiopatas

Em geral os cardiopatas têm conhecimento de sua patologia e relatam na ocasião da primeira consulta. Desta forma os cuidados deverão ser redobrados. Existem certos cuidados que devem ser seguidos ao atender pacientes cardiopatas. A não observância destes cuidados poderá acarretar conseqüências, às vezes irreversíveis ao paciente, portanto é essencial:

a) Autorização prévia do cardiologista, informando sobre a gravidade da patologia do paciente;
b) Mensuração da P.A. a cada consulta; Pressão arterial até 12 X 8 é considerada boa pressão. Pressão arterial 16 X 9 é aceitável, desde que se tenha o aval do médico do paciente;

c) Não realizar nenhuma intervenção em paciente com P.A. acima dos níveis mencionados, pois poderá haver sangramento ou mesmo um AVC;

d) Administração de anestésias sem a presença de vasoconstritores. Administrá-la lenta e gradativamente, observando-se a face do paciente, seus gestos, sua pupila e sua coloração;

e) As consultas devem ser pela manhã (o mais cedo possível), porque as reservas dos pacientes são maiores, nessa parte do dia;

f) Os pacientes cardíacos não deveriam ser reclinados.(de acordo com preceitos ergonômicos), pois são mais propensos à hipotensão ortostática e síncope, e acham essa posição desconfortável;

g) Antes de serem dispensados, os pacientes cardíacos devem permanecer cerca de dois minutos na posição sentada, para que possam restabelecer seu equilíbrio homeostático;

h) Para pacientes muito ansiosos, parece ser adequada pré-medicação com um sedativo suave, antes de realizar um tratamento extenso;

i) Estar preparado e apto a atender emergências, possuindo no consultório os fármacos e equipamentos reanimadores necessários;

j) Não intervir nos seis primeiros meses após um infarto do miocárdio ou de uma cirurgia cardíaca.

Brunetti et al⁶, informa que devido o risco de endocardite bacteriana, a Associação Americana do Coração aconselha analisar as condições cardíacas do paciente para se optar ou não por uma profilaxia adequada, prévia aos procedimentos odontológicos. Entretanto, indica uma profilaxia para todas as intervenções odontológicas que possam gerar sangramento.

Pacientes diabéticos

O Diabetes Mellitus é um distúrbio no metabolismo de carboidratos caracterizado por hiperglicemia e glicosúria resultante da síntese inadequada de insulina¹⁴.

Os pacientes acometidos por este tipo de enfermidade podem ser classificados em duas categorias:

a) pacientes que não se sabe serem diabéticos:

Existem pacientes que não possuem a doença diagnosticada. O cirurgião-dentista deve, portanto, estar atento para detectar previamente um diabético não-diagnosticado, para tanto, a anamnese deve incluir perguntas relativas à poliúria (aumento de corpos cetônicos circulantes e conseqüentemente o paciente apresenta-se com um forte odor facilmente reconhecido pelo profissional), polidipsia (paciente sente muita sede, toma muito liquido e conseqüentemente, urina bastante), polifagia (aumento da fome), perda de peso, perturbações visuais (vista turva e alterações na qualidade visual). Diante da positividade das perguntas, o paciente deve ser encaminhado a um médico para uma avaliação e tratamento^{8,13}.

b) pacientes que se sabe serem diabéticos:

Devem-se obter informações sobre a tera-

pia que está sendo empregada, a adequação do controle e a presença de complicações neurológicas, vasculares, renais ou infecciosas^{8,13}.

Aqueles que tomam agentes hipoglicêmicos por via oral devem tomá-los da maneira usual antes da sessão¹⁴. Evitar traumas excessivos e sangramento, pois esses pacientes são altamente susceptíveis a hemorragias.

Deve-se ter atenção à conduta sempre que esta for de forma invasiva. Neste caso, é indispensável lançar mão de todos os recursos de semiotécnica (exa-

mes laboratoriais; hemograma completo; coagulograma, glicemia capilar, que deverá ser feita a cada início de procedimento; exames radiológicos (panorâmica e periapical sempre que houver suspeita de foco isolado, necrose pulpar abscesso crônico, cisto e granuloma). Enfim, deve-se estar alerta, pois dependendo do grau de comprometimento orgânico, os pacientes acometidos com esta enfermidade estão sujeitos, no consultório, a diversos acidentes, como lipotímias, desmaio, hipertensão, angina pectóris, infarto, tromboembolias, além de comas hiperglicêmico e hipoglicêmico⁹.

Referências

1. Cohen DW, Rose, LF. Relação de risco Médico-periodontal. Simpósio Internacional de Medicina Bucal, 2000, p.18-19.
2. Genovese WJ. Metodologia do exame clínico em odontologia. São Paulo: Pancast editorial; 1992. 391 p.
3. Brunetti RF, Montenegro, FLB. Odontogeriatrics: noções de interesse clínico. São Paulo: Artes Médicas; 2002, p. 48.
3. Neves MIRI. Importância da anamnese para o diagnóstico, prognóstico e tratamento das enfermidades da cavidade bucal. [capturado em 2001, jun 21] Disponível em: <http://www.odontologia.com.br/artigos/estomatologia.html>
4. Storch B. e Bellagaba HP. *A terceira idade na Odontologia*. RGO, 1982, out/dez, 30(4): 311-315.
5. Genco RJ, Cohen DW, Goldman HM. Periodontia contemporânea, São Paulo, Editora Santos, 1996, 726 p.
6. Brunetti RF, Montenegro FLB, Manetta, CE. Interações entre a Medicina e a Odontologia. In: BRUNETTI, R.F.; MONTENEGRO, F. L. B.; Odontogeriatrics – Noções de Interesse Clínico, São Paulo: Artes Médicas, 2002, cap. 7, p. 101-113.
7. Bernard M, Hogan WJ. *The geriatric patient in surgery*. In: Brunetti, RF, Montenegro, FLB, Odontogeriatrics: cirurgia bucal para o Idoso, São Paulo: Artes Médicas, cap. 13, 2002, p. 191-215.
8. Sonis, ST. Fazio, RC. Fang, L. Princípios e prática de medicina oral. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1996. 491 p.
9. Sing, G. *Fisiologia para Odontologia*: atendimento de pacientes especiais e primeiros socorros médicos. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998.
10. Maia, AF. Melgaço, C.A.; Santos, D.F.M.; Vasconcelos, M. *Hipertensão arterial*: Nível de conhecimentos dos estudantes da Faculdade de Odontologia da UFMG. Arquivo em Odontologia, Belo Horizonte: v.35, n.1 e 2, p.85-94, jan/jun e jul/dez, 1999.
11. Elias, CLLF. Elias, R. *Hipertensão*. In: Elias, R. Odontologia de alto risco. Rio de Janeiro: Revinter, 1995, p. 66-68.
12. Goldemberg, J. e Ferrari, A.J.L. Osteoartrose. In: Prado, FC. Ramos, J. DO Valle, JR. Atualização terapêutica, 18ª edição, São Paulo: Artes médicas, 1997, p. 584-585.
13. Haidamus IM, S. *Como tratar pacientes com doenças orgânicas na odontologia*. São Paulo: Pancast; 1996, p.28-37.
14. Coleman GC, Nelson JE. *Princípios de diagnóstico bucal*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1996. 329 p.

Lúpus Eritematoso Sistêmico

Systemic Erythematosus Lupus

Rosilda Silva Dias¹, Francidalma Soares Sousa Carvalho Filha², Cristiane Luciana de Araújo²

RESUMO: O Lúpus Eritematoso Sistêmico é uma colagenase auto-imune inflamatória crônica que atinge vários órgãos; sendo uma consequência da regulação imune conturbada que provoca uma produção exagerada de auto-anticorpos. Apresentamos um caso de Lúpus Eritematoso Sistêmico em uma jovem de vinte anos. O tratamento começa com um levantamento preciso da história da paciente e com um exame físico completo. Os sinais e sintomas são avaliados; além de atentar para o esquema medicamentoso utilizado. A assistência de enfermagem foi baseada na Teoria das Necessidades Humanas Básicas visando ajudar a paciente a desenvolver seu autocuidado. Concluímos que a assistência prestada foi satisfatória e o prognóstico de alta vantajoso para a paciente.

Descritores: Lúpus Eritematoso Sistêmico, assistência integral, autocuidado.

Abstract: Systemic erythematosus lupus a self-immune inflammatory chronic collagenase affecting several target organs; being a consequence of disturbed immune regulation which sets off excessive antibody production. We presented a case of systemic erythematosus lupus in a 20 year old woman. The treatment starts with an accurate patient history and a thorough check up of the patient. Signs and symptoms are evaluated, attempting also to the medication regime used. The nursing assistance was based on the Basic Human Necessity Theory –II, seeking to aid the patient in developing self-care. It is concluded that the assistance rendered was satisfactory and the prognosis at hospital discharge was advantageous to the patient.

Keywords: Systemic Lupus Erythematosus, integral assistance, auto-care

Introdução

O Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) é uma doença reumática caracterizada pelo comprometimento de vários órgãos. Todo o tecido colágeno do organismo é afetado, gerando um amplo quadro de manifestações que variam de lesões cutâneas e mucosas até o comprometimento cardíaco e insuficiência renal¹.

O paciente lúpico geralmente é jovem e está em idade fértil no momento do início da doença. O tratamento deve incluir corticosteróides e imunossupressores. Pode haver necessidade de diálise em caso de insuficiência renal. A patologia ou o seu tratamento pode produzir alterações dramáticas na aparência e um considerável estresse para a paciente¹.

As alterações e a evolução imprevisível do LES exigem avaliação especializada, um cuidado de enfermagem experiente e sensibilidade para as reações psicológicas do cliente². Diante das particularidades

apresentadas pelo paciente lúpico e das necessidades humanas básicas alteradas, a enfermagem se faz participante no desenvolvimento da terapêutica, encontra sua área de atuação, desempenha suas funções e desenvolve o processo visando assistir ao indivíduo na busca da assistência integral frente às necessidades afetadas³.

De acordo com a Teoria de Wanda Horta³, o processo de enfermagem compõe-se de seis passos que são: Histórico de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem, Plano Assistencial, Plano de Cuidados ou Prescrição de Enfermagem, Evolução de Enfermagem e Prognóstico de Enfermagem.

Este trabalho tem por objetivo apresentar um caso de Lúpus Eritematoso Sistêmico em uma jovem de vinte anos, a terapêutica implementada e o prognóstico de alta; dando ênfase à assistência de enfermagem prestada.

Métodos

O Processo de Enfermagem caracteriza-se pelo inter-relacionamento e dinamismo de suas fases ou passos que segundo Wanda Horta são em número de seis e com igual importância para a perfeita dinamização das ações de Enfermagem. O cumprimento e aplicação desses passos no Processo de Enfermagem oferecem ao ser humano um cuidado de enfermagem sistematizado e uma assistência de enfermagem satisfatória e de qualidade³.

Primeiro Passo: Histórico de Enfermagem

É o roteiro sistematizado para o levantamento de dados do ser humano que torna possível a identificação de seus problemas³, como se descreve a seguir:

Paciente do sexo feminino, vinte anos, morena, solteira, evangélica, estudante, ensino médio incompleto, natural e residente em São Luís (MA). In-

¹ Mestre. Enfermeira. Docente da UFMA.

² Acadêmicas do sexto período do curso de Enfermagem da UFMA.

ternada na Clínica Médica do Hospital Universitário Unidade Presidente Dutra (HUUPD) – UFMA, referindo “inchaço, febre, queda de cabelo e não fazia xixi”

Paciente relata que há aproximadamente três anos iniciou um quadro de anasarca, hipertermia, queda capilar, lesões em todo o corpo e anúria; diante da situação procurou um serviço de saúde, sendo solicitados alguns exames através dos quais se diagnosticou LES; na ocasião a paciente iniciou tratamento, obtendo sugestiva melhora. Em seguida se instalou um quadro de insuficiência renal e posteriormente hipertensão. Após algumas recidivas, internou-se nesta unidade para realizar tratamento especializado.

Refere sarampo e varicela na infância; menarca aos 15 anos; nega coitarca. Desconhece casos de doenças infecto contagiosas e outras etiologias na família. Nega etilismo e tabagismo. Participa com freqüência de atividades religiosas, estando temporariamente interrompidas, devido à doença.

Ao exame físico apresentava freqüência respiratória de 21 irpm, pulso de 90 bpm, temperatura axilar de 36,5 °C e pressão arterial de 160X110 mmHg. A ectoscopia encontrava-se dispnéica, afebril, orientada, pele e mucosas hipocoradas (++/4+); presença de edemas na face e membros superiores e inferiores; lesões em couro cabeludo, orelhas, axilas, mãos, tórax, abdome e MMII sugestivas de escabiose; pele com turgor e elasticidade prejudicada. Ao exame do sistema cardiovascular com bulhas hiperfonéticas, íctus cordis perceptível e presença de sopros. Aceitando bem dieta hospitalar; eliminações vesicais diminuídas (350 ml/dia) e intestinais preservadas.

Segundo Passo: Diagnóstico de Enfermagem

Prescrição	Horário	Avaliação
• Ingerir 50 ml de água a cada 30 min.	Atenção	Não atingiu meta estabelecida, ingesta prescrita.
• Realizar controle da diurese das 24 horas.	Atenção	Diurese de 350 ml
• Ajudar a realizar exercícios com MMII.	Atenção	Realizados apenas duas horas diárias.
• Estimular o uso de membros em mãos e pés.	Atenção	Realizado com sucesso.
• Manter ingestão oral adequada.	Atenção	Atingiu meta estabelecida.
• Continuar realizando controle da diurese das 24 horas.	Atenção	Diurese de 800 ml por dia. Evoluindo satisfatoriamente.
• Realizar troco térmico em articulações de MMII 3 vezes/dia.	Atenção	Procedimento realizado com sucesso, referidas melhoras das dores articulares.
• Orientação pós-alta quanto a continuidade do tratamento medicamentoso e não medicamentoso.	Atenção	Receptiva quanto as orientações e animada em retornar à sua casa. Família orientada quanto a importância do apoio emocional.
<ul style="list-style-type: none"> • Turgor e elasticidade da pele alterados; • Restrição de líquidos; • Dieta hipossódica; • Eliminação urinária diminuída; • Ansiedade e dificuldade para dormir; • Falta de atividade Física; • Higiene corporal deficiente; • Unhas mal aparadas; • Pele e mucosas hipocoradas; • Depressão; • Atividades recreativas e religiosas afetadas. 		<ul style="list-style-type: none"> Exercício e atividade física A₁ O₁ S₁ Sexualidade O₁ Cuidado corporal O₁ S₁ Integridade cutâneo mucosa A₁ O₁ S₁ Terapêutica F Segurança A₂ Recreação O₁ Religiosa O₁ E₁

Terceiro Passo: Plano Assistencial

É a determinação global da assistência de enfermagem que o ser humano deve receber diante do diagnóstico estabelecido³; consistindo em Fazer; Ajudar; Orientar; Supervisionar e Encaminhar.

Fazer e Ajudar: Monitorar sinais vitais. Troco térmico em regiões articulares comprometidas. Exercícios em MMII. Apoio emocional, dar atenção e escutar. Peso diário.

Orientar: Ingesta hídrica restrita. Dieta hipossódica. Controle da diurese. Importância do sono e repouso. Riscos na gravidez. Corte das unhas. Uso de corticosteróides tópicos nas lesões cutâneas, segundo prescrição. Importância de conversas e distrações, bem como participação em atividades recreativas e religiosas.

Supervisionar e Controlar: Ingesta hídrica e eliminação urinária. Uso da terapêutica prescrita. Alimentação e sono. Cuidados com o corpo. Comportamento e estado emocional. Avaliar resultado das orientações dadas.

Encaminhar: à Igreja e ao grupo religioso.

Quarto Passo: Plano de Cuidados ou Prescrição de Enfermagem

É o roteiro diário que coordena a ação da equipe de enfermagem nos cuidados adequados ao atendimento das necessidades básicas e específicas do ser humano. Nele se prescreve, observam-se os horários de execução e avaliam-se os resultados³.

O Plano de cuidados será exposto resumidamente, apenas com as principais implementações de Enfermagem e buscando-se comparar os primeiros com os últimos dias de atendimento; conforme exibido no Quadro 2.

Quadro 2 - Plano de cuidados ou prescrição de enfermagem²

Quinto Passo: Evolução de Enfermagem

É o relato diário das mudanças sucessivas que ocorrem no ser humano enquanto estiver sob assistência profissional. A evolução é, em síntese, uma avaliação global do Plano de Cuidados³. A ectoscopia, o exame físico e as condutas de enfermagem diárias fazem parte da Evolução.

Paciente evoluiu de um quadro de edemas, lesões múltiplas em todo o corpo, prurido intenso, dificuldade de deambular, dores intensas em articulações de MMII; ingesta hídrica insatisfatória, diurese de 350 ml/dia. Ansiosa, sono e repouso prejudicados (dormindo cerca de 5 horas/dia), auto-estima diminuída, vergonha do próprio corpo; sofrimento pela distância dos amigos, dos familiares e das atividades religiosas, além de inúmeras dúvidas quanto a patologia e tratamento. Para um quadro de melhora dos edemas, das lesões, do prurido, da deambulação, e das dores em articulações de MMII; passou a realizar ingesta hídrica confor-

me prescrição; diurese de 350 ml/dia para 800 ml/dia. Tornou-se menos ansiedade, passando a dormir de 8 a 9 horas por dia. Recuperou a auto-estima e a vontade de viver; passou a fazer planos de retornar à igreja e mostrou-se cada vez mais interessada em seu tratamento e reabilitação. As Condutas de Enfermagem foram direcionadas a orientação e supervisão, além de apoio emocional contínuo.

Sexto Passo: Prognóstico de Enfermagem

É a estimativa da capacidade do ser humano em atender às suas necessidades básicas após a implementação do Plano Assistencial e à luz dos dados fornecidos pela Evolução de Enfermagem³. A paciente em questão obteve, na alta, dependência parcial para: Orientação (O1) – quanto a Hidratação; Eliminações; Integridade cutâneo-mucosa; Terapêutica; Exercício e atividade física; Segurança. Encaminhar (E1) – à Atividade Religiosa.

Discussão

O LES é uma desordem imunológica do sistema defensivo do organismo, perdendo sua habilidade de diferenciar entre substâncias de corpos estranhos (antígenos) e de suas próprias células e tecidos. O sistema imunológico passa então a direcionar anticorpos contra tecidos do próprio organismo; estes anticorpos, chamados, auto-anticorpos, reagem com Antígenos próprios para formar complexos imunológicos, estes complexos depositam-se nos tecidos causando inflamação como evento final.^{1,2,4}

Apresentou-se o caso de uma paciente de vinte anos de idade com Lúpus Eritematoso Sistêmico e percebe-se que o LES incide, preferencialmente, em pacientes jovens do sexo feminino, em idade gestacional, sem diminuir a fertilidade, por isso, estas não devem ser desencorajadas a engravidar; uma vez que a evolução do lúpus na gravidez depende da existência ou não do comprometimento renal, da atividade da doença, à época da concepção e do tratamento recebido durante a gestação.^{6,7}

A etiologia exata do LES permanece desconhecida, entretanto, as causas de exacerbação da doença já foram identificadas. Estas incluem fatores

ambientais, viroses, fatores genéticos e substâncias químicas, bem como estresse físico, emocional e gestação.⁵

O diagnóstico baseou-se na história clínica completa e na análise da bioquímica do sangue. Observaram-se os clássicos sintomas de febre, fadiga e perda de peso, avaliando-se a presença de artrite, pleurisia e pericardite. Não há um único teste laboratorial definitivo para o diagnóstico de LES. O hemograma revela anemia, trombocitopenia e leucocitose ou leucopenia. Outros testes imunológicos apoiam, mas geralmente não confirmam, o diagnóstico¹.

O tratamento do LES inclui o controle da doença aguda e crônica. A forma aguda requer prescrições direcionadas para o controle da atividade patológica ou de exacerbações, que podem afetar qualquer sistema orgânico. O tratamento da condição crônica envolve a monitorização periódica e o reconhecimento das alterações clínicas significativas, as quais exigem ajuste na terapia. A terapêutica não medicamentosa é de grande valia para a melhora do quadro clínico e do estado de ansiedade no qual se encontra o paciente perante o ambiente hospitalar e o tratamento clínico^{1,4}.

Conclusão

Diante disso, a enfermagem deve seguir metas, incluindo a prevenção das recidivas e complicações do LES, reconhecendo precocemente os sintomas patológicos e preparando respostas para sintomas que possam causar prejuízos à vida do mesmo.

Partindo da Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta², teve-se o roteiro para coletar dados, identificar problemas, analisar minuciosamente a evolução do paciente e por fim, pressupor suas necessidades pós-alta para que a enfermagem

pudesse orientá-lo a respeito das mesmas.

Após uma avaliação da equipe de saúde constatou-se que a paciente encontrava-se com um quadro clínico estável, viabilizando a alta da mesma. Sabe-se que o LES é uma doença crônica e o seu tratamento apenas paliativo^{2,4}, e que por isso, a paciente após um período de internação superior a dois meses (21 de outubro a 22 de dezembro de 2003), seria inviável a sua permanência no hospital, sendo melhor o retorno ao convívio familiar.

Referências

1. Smeltzer SC, Bare BG et al: Tratado de clínica médico cirúrgica. 9. ed. (III) Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
2. Nettina SM: *Prática de Enfermagem*. 6. ed. (1) Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998.
3. Horta VA: *Processo de Enfermagem*. São Paulo: Ed. da Universidade de São Paulo, EPU; 1979.
4. Prado FC do; Ramos JA, Valle JR. *Atualização terapêutica: manual prático de diagnóstico e tratamento*. 17. São Paulo: Artes médicas, 1995.
5. Black JM, Matassarín EJ et al: *Enfermagem médico cirúrgica: uma abordagem psicofisiológica*. 4. ed. (1) Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1996.
6. Viegas RJL. Lúpus eritematoso sistêmico e suas possíveis complicações no período gestacional. São Luís, 1998.
7. Zugaib et al. Influências recíprocas entre o lúpus eritematoso sistêmico e o ciclo gravítico puerperal. *Jornal Brasileiro de Ginecologia*. Abr 1986; 96(4): 137-140.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA:

Endereço: Rua Isaac Martins, nº. 35. Centro. CEP: 65010-690 São Luís – MA

E-mails: dalmafilha@bol.com.br; crikaenf@bol.com.br.

Fones: (098) 211-0112 / 232 -0031 - (098) 248-1764/ 8119-6951

Instruções aos colaboradores

A Revista do Hospital Universitário/UFMA, órgão oficial do Hospital Universitário é publicada quadrimensalmente, e se propõe à divulgação de artigos concernentes à área da saúde que contribuam para o seu ensino e desenvolvimento.

A Revista do Hospital Universitário/UFMA passa a seguir o "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Bio Medical Periodical Journals" elaborado pelo "International Committee of Medical Journal Editors" (ICMJE), conhecido como "Convenção de Vancouver". É utilizada a 5ª Edição de 1997 publicada no *New Engl J Med*, 1997, 336(4): 309-315.

Os originais dos artigos deverão ser entregues na Diretoria de Ensino - 4º andar HUUPD - Rua Barão de Itapary, 227 - Centro. CEP. 65.020-070, São Luís-MA. Brasil / Tel.: (98) 3219.1242, e-mail: revista@huufma.br

Informações gerais

Os artigos apresentados para publicação devem ser inéditos, impressos em computador, espaço duplo, papel branco nos formatos de 210 mm x 297 mm ou A4, em páginas separadas, devidamente numeradas e com margens de 2,5 cm acompanhadas de disquete contendo o respectivo material, digitados no programa Word for Windows 6.0 ou o mais recente, letra arial, tamanho 12. O(s) autor(es) deverá(ao) enviar duas cópias do trabalho (inclusive das ilustrações) ao editor chefe da revista acompanhadas de carta assinada pelo autor e todos os co-autores autorizando a publicação. Se houver dúvida, o autor deverá consultar diretamente o editor chefe.

Forma e estilo

Os artigos devem ser concisos e redigidos em português no máximo em 15 páginas. As abreviações devem ser limitadas aos termos mencionados repetitivamente, desde que não alterem o entendimento do texto, e devem ser definidas a partir da sua primeira utilização. Cada parte do artigo deve ser impressa em páginas separadas na seguinte ordem: 1) Página de Títulos; 2) Resumo e Descritores; 3) Texto; 4) Abstract e Key words; 5) Referências; 6) Endereço completo do autor e e-mail, para a correspondência; 7) Ilustrações e legendas; 8) Tabelas; 9) Outras informações.

Categoria dos artigos

Artigo Original: Deve ser constituído de Resumo, Abstract, Introdução, Método, Resultados, Discussão e Referências. Recomenda-se cuidadosa seleção das referências, limitando-se em cerca de vinte permitindo-se um máximo de seis autores.

Artigo de Atualização e Revisão: Deve ser publicação de matéria de grande interesse da comunidade científica. O formato é semelhante ao artigo original (Resumo, Abstract, Introdução, Conclusão). Número de autor: dois.

Relato de Caso: Deve ser restrito a casos relevantes que necessitem de divulgação científica.

Nota Prévia: Observação clínica original, ou

descrição de inovações técnicas, apresentadas de maneira breve, não excedendo a quinhentas palavras, cinco referências e duas ilustrações.

Organização dos artigos

A) Página de Título: O título deve ser redigido em português e em inglês. Deve conter o máximo de informação e o mínimo de palavras. Não deve conter fórmulas, abreviações e interrogações. Deve ser acompanhado do(s) nome(s) completo(s) do autor(es) seguido de seus títulos profissionais e do nome da Instituição onde o trabalho foi realizado. Para Artigos Originais admite-se até seis autores e, nos Relatos de Casos e Notas Prévias, apenas três.

B) Resumo: Deve conter no máximo duzentos e cinquenta palavras, em caso de Artigo Original e de Atualização e, cem para Relato de Caso e Nota Prévia. Deve ser informativo, contendo o objetivo, os procedimentos, os resultados com sua significância estatística e as conclusões.

Deve ser compreensível, evitando-se informações vagas e que não estejam no texto, para poderem ser utilizadas amplamente deve conter:

1. **Objetivo:** com o propósito do trabalho
2. **Método:** descrição do material dos pacientes e do método.
3. **Resultados:** descrição dos achados dos principais com dados estatísticos, se possível com significado.
4. **Conclusões.**

C) Descritores: De acordo com a lista do Index Medicus. Podendo ser citados até 3 (Três).

D) Abstract: Deverá ser estruturado da seguinte maneira:

1. **Background:** O propósito do trabalho ou investigação.
2. **Methods:** Descrição do material e método.
3. **Results:** Descrição dos achados principais com dados estatísticos, se possível seu significado.
4. **Conclusions:**
5. **Key Words:** De acordo com o Index Medicus.

E) Introdução: Deve indicar o objetivo do trabalho e a hipótese formulada. Informações que situem o problema na literatura e suscitem o interesse do leitor podem ser mencionadas. Devem-se evitar extensas revisões bibliográficas, histórico, bases anatômicas e excesso de nomes de autores.

F) Ética: Toda pesquisa que envolve seres humanos e animais deve ter aprovação prévia da Comissão de Ética em Pesquisa, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsinki e as Normas Internacionais de Proteção aos Animais e a resolução nº 196/96 do Ministério da Saúde sobre pesquisa envolvendo seres humanos. O artigo deve ser encaminhado juntamente com o parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

G) Métodos: (inclui o item antes denominado pacientes ou material e método). O texto deve ser pre-

ciso, mas breve, evitando-se extensas descrições de procedimentos usuais. É necessário identificar precisamente todas as drogas, aparelhos, fios, substâncias químicas, métodos de dosagem, etc., mas não se deve utilizar nomes comerciais, nomes ou iniciais de pacientes, nem seus números de registro no Hospital. A descrição do método deve possibilitar a reprodução dos mesmos por outros autores.

H) Resultados: Devem ser apresentados em seqüência lógica no texto, e exclusivamente neste item, de maneira concisa, fazendo, quando necessário, referências apropriadas a tabelas que sintetizem achados experimentais ou figuras que ilustrem pontos importantes. Não fazer comentários nesta sessão reservando-os para o capítulo Discussão.

I) Discussão: Deve incluir os principais achados, a validade e o significado do trabalho, correlacionando-o com outras publicações sobre o assunto. Deve ser clara e sucinta evitando-se extensa revisão da literatura, bem como hipóteses e generalizações sem suporte nos dados obtidos no trabalho. Neste item devem ser incluídas as conclusões do trabalho.

J) Referências: Devem ser no máximo de 20 e predominantemente de trabalhos publicados nos cinco últimos anos, restringindo-se aos trabalhos referidos no texto, em ordem de citação, numeradas consecutivamente e apresentadas conforme as Normas do Index Medicus. As citações devem ser referidas no texto pelos respectivos números, acima da palavra correspondente sem vírgula e sem parêntese. Observações não publicadas ou referências a "Summaries" de Congressos e comunicações pessoais devem ser citadas no texto, entre parênteses. Ex.: (Attie AD, et al: Hepatology, 1981, 1:492, Summary). Mencionar todos os autores, quando até três, citando apenas os três primeiros, seguidas de et al., quando existirem mais de três autores. Exemplos de formas de referências:

1. em Revista: Autor. Título do artigo. Título da Revista. Ano mês dia; volume (número): páginas. Jordan PH, Thonrby J. Twenty years after parietal cell vagotomy antrectomy for treatment of duodenal ulcer. *Ann Surg*, 1994; 220(3): 283-296.

2. em Livro: Autor. Título. Edição. Local de Publicação: Editora; data da publicação. Bogossian L. *Choque séptico: recentes avanços de fisiopatologia e do tratamento*. Rio de Janeiro: Atheneu; 1992.

3. em Capítulo de Livro: Autor do capítulo. Título do capítulo. In: Autor do livro. Título do livro. Edição. Local de publicação: Editora; data de publicação. páginas. Barroso FL, Souza JAG. *Perfurações pépticas gástricas e duodenais*. In Barroso FL, Vieira OM, editores. *Abdome agudo não traumático: Novas propostas*. 2.ed. Rio de Janeiro: Robe; 1995. p. 201-220.

4. em Monografia/Dissertação/Tese. Autor. Título [Dissertação]. Local (Estado): Universidade; Ano. páginas. Chinelli A. *Colecistectomia laparoscópica: estudo de 35 casos*. [Dissertação]. Niterói(RJ): Univer-

sidade Federal Fluminense; 1992. 71 p.

5. em Material eletrônico:

A) Artigo: Autor. Título do artigo. Título do periódico [Tipo de material] Ano Mês [capturado ano mês dia]; volume (número); [número de telas] Disponível em: endereço eletrônico. Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg infect diseases* [serial online] 1995 Jan/mar [capturado 1996 jun 5]; 2 (2): [24 telas] Disponível em: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>.

B) Arquivo de Computador: Título [tipo de arquivo]. Versão. Local (Estado) Editora; ano. Descrição física. Hemodynamics III: The ups and downs of hemodynamics [c o m p u t e r program]. Version 2.2 Orlando (F L) : Computereid Educational Systems; 1993.

C) Monografia em formato eletrônico: Título [tipo de material], Responsável. Editor. Edição. Versão. Local: Editora; ano: CDI, *Clinical dermatology illustrated* [monograph on CD-ROM]. Reeves JTR, Mailbach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2nd ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1965.

Notas: Todas as notas do título, dos autores ou do texto devem ser indicadas por algarismos arábicos, e ser impressas em páginas separadas.

Tabelas

Devem ser numeradas com algarismos arábicos encabeçadas por suas legendas e explicações dos símbolos no rodapé e digitadas separadamente, uma por página. Cite as tabelas no texto em ordem numérica incluindo apenas dados necessários à compreensão de pontos importantes do texto. Os dados apresentados em tabelas não devem ser repetidos em gráficos. A montagem das tabelas deve seguir as Normas de Apresentação Tabular, estabelecidas pelo Conselho Nacional de Estatísticas (Rev. Bras. Est., 24: 42-60, 1963. As tabelas deverão ser elaboradas no programa Microsoft Word.

Ilustrações

São fotografias, gráficos, desenhos, etc., que não devem ser escaneadas e de preferência em preto e branco, medindo 127 mmx178mm. As ilustrações, em branco e preto serão reproduzidas sem ônus para o(s) autor(es), mas lembramos que devido o seu alto custo para a Revista, devem ser limitadas a seis (6) para artigos originais e três (3) para relatos de casos, e utilizadas quando estritamente necessárias. Todas as figuras devem ser referidas no texto, sendo numeradas consecutivamente por algarismo arábico. Cada figura deve ser acompanhada de uma legenda que a torne inteligível sem referencia ao texto. Deve ser identificada no verso, através de uma etiqueta, com o nome do autor, número e orientação da mesma. Os desenhos e gráficos podem ser feitos em papel vegetal com tinta nanquim, sendo as letras desenhadas com normógrafo ou sob forma de letra "set" montadas, ou ainda, utilizando impressora jato de tinta ou laser, com boa qualidade, e nunca manuscritas.