

Nursing

edição brasileira



www.revistanursing.com.br

ANO 20 • EDIÇÃO 226
MARÇO 2017

ARTIGOS:

Avaliação da atenção básica pelos portadores de úlceras crônicas

Acolhimento no processo de trabalho do enfermeiro da atenção básica: estudo qualitativo

Práticas e saberes do cuidador familiar de portadores de Alzheimer à luz de Strauss

Análise da Morbimortalidade por Tuberculose no Estado da Paraíba



Assistência e acompanhamento de enfermagem a mulheres com diabetes gestacional

O CÂNCER DE MAMA DA MOR



ENTREVISTA
com a Enfermeira e Diretora dos Serviços Assistenciais do Instituto Brasileiro de Controle do Câncer-IBCC
Débora Montezello

Tudo o que você espera dos curativos de espuma, com a exclusiva tecnologia AQUACEL™

11224



NOVO
AQUACEL™ Ag.
Foam

- Borda de silicone projetada para aderir à pele adjacente, não ao leito da ferida
- Disponível em vários tamanhos, adesivos e não adesivos
- O único curativo que oferece o conforto e a simplicidade da espuma aliados aos benefícios da tecnologia Aquacel™.

NOVO
AQUACEL™
Foam



Serviço de Atendimento ao Cliente

0800-7276-115
sac.brasil@convatec.com

Para mais informações visite www.convatec.com.br

AQUACEL, o logo Aquacel, ConvaTec, o logo ConvaTec, Hydrofiber e o logo da Hydrofiber são marcas registradas da ConvaTec Inc. e são marcas registradas nos E.U.A.
© 2012 ConvaTec Inc.

AP-011757-MM



AQUACEL Dressings
TRIED. TRUE. TRUSTED.™

ConvaTec

Revista Científica de Enfermagem

EDITORA MPM COMUNICAÇÃO

DIRETORA CIENTÍFICA

Profª Drª Grazia Maria Guerra

JORNALISTA RESPONSÁVEL

Leticia Leivas - MTB 064181 (jornalista@mpmcomunicacao.com.br)

PUBLISHER

Maria Aparecida dos Santos (maria.aparecida@mpmcomunicacao.com.br)

DIAGRAMAÇÃO

Andressa Lima

WEBMASTER

Leonardo Faganello

EVENTOS

Camila R. S. Monteiro

ATENDIMENTO GERAL

atendimento@mpmcomunicacao.com.br

ATENDIMENTO AO ASSINANTE

atendimento@mpmcomunicacao.com.br

ASSINATURAS

assinaturas@mpmcomunicacao.com.br | (11) 4152-1879

IMPRESSÃO

Brasilform Ltda

A edição brasileira da **Revista Nursing**, criada em Julho de 1998 e atualmente publicada pela editora MPM Comunicação Ltda., é uma publicação mensal destinada à divulgação de conhecimento científico na área da Enfermagem. Tem como finalidade contribuir com a construção do saber dos profissionais deste campo por meio de divulgação de conteúdos científicos.

www.revistanursing.com.br

INDEXAÇÃO: Banco de Dados de Enfermagem:

Lilacs, Bdenf, Cuiden, Cabi e Global Health

ENDEREÇOS

Editora MPM Comunicação

Av. Dr. Yojiro Takaoka, 4384, Sala 705, Conjunto 5209 - Alphaville - Santana do Parnaíba - CEP: 06541-038

Periodicidade: Mensal | **Tiragem:** 20.0000 exemplares

Impresso no Brasil por: Brasilform Ltda / Ano 19 / R\$680,00

O número no qual se inicia a assinatura corresponde ao mês seguinte ao do recebimento do pedido de assinatura em nossos escritórios.



www.facebook.com/revistanursingbrasil



Conselho Científico da Edição Brasileira

Profª. Drª Ana Lúcia Queiroz Bezerra

Professora associada da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul/UFMS. Pós-doutorado em Enfermagem

Profª. Drª Ana Claudia Puggina

Universidade de Guarulhos

Profª. Drª David Lopes Neto

Professor Associado da Escola de Enfermagem de Manaus (UFAM). Doutor em Enfermagem pela UFC. Pós-Doutor em Enfermagem pela UFS.

Profª. Drª Dorisdaia Carvalho de Humerez

Profª Adjunta Doutora da UNIFESP (1986-2000). Conselheira Federal do Conselho Federal de Enfermagem (2015-2018). Doutorado em Enfermagem pela USP. Atuação na área de Saúde Mental e Educação Superior

Profª. Drª Grazia Maria Guerra

Diretora científica da revista Nursing. Doutora em Ciências pelo Programa da Fisiopatologia Experimental pela Faculdade de Medicina USP. Coordenadora do Programa de Mestrado Profissional em Enfermagem no Processo de Cuidar da Saúde do Centro Universitário São Camilo. Pesquisadora do Centro de Pesquisa Translacional do Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da FMUSP

Profª. Drª. Isabel Cristina Kowal Olm Cunha

Professora Livre Docente Associada do Departamento de Administração e Saúde Coletiva da Escola Paulista de Enfermagem da Unifesp. Graduação pela Faculdade Adventista de Enfermagem. Especialização em Administração Hospitalar. Mestrado em Enfermagem e Doutorado em Saúde Pública pela USP

Profª. Drª Luciane Lúcio Pereira

Enfermeira especializada em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde pela Fundação Getúlio Vargas de São Paulo, Mestrado em Enfermagem pela Universidade de São Paulo e Doutorado em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Pró Reitora de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão da Universidade de Santo Amaro, docente do Programa de Mestrado em Ciências da Saúde da Universidade de Santo Amaro, docente colaboradora da Universidade Católica Portuguesa.

Profª. Drª Margarida Maria da Silva Vieira

Professora associada e diretora regional do Instituto de Ciências da Saúde (Porto) da Universidade Católica Portuguesa. Especialista em Enfermagem Pediátrica. Mestre em Ciências de Enfermagem. Doutora em Filosofia

Profª. Drª. Maria Aparecida Munhoz Gaiva

Professora do Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Mato Grosso. Doutora em Enfermagem em Saúde Pública pela EERP e pós-doutorado pela escola de Enfermagem da USP

Profª. Drª. Maria Auxiliadora de Souza Gerck

Professora associada e docente permanente do Mestrado Acadêmico em Enfermagem da UFMS. Doutorado em Ciências pela UNIFESP/EPM

Profª. Marluce Maria Araújo Assis

Professora Titular do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana. Doutorado em Enfermagem. Pós-doutorado em Saúde Pública na Escuela Andaluza de Salud Pública em Granada, Espanha

Profª. Drª Mirna Frota

Doutora em enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Pós-doutorado no Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Professora titular na Universidade de Fortaleza na graduação em Enfermagem e Pós-graduação em Saúde Coletiva

Profª. Drª. Sandra Cristine da Silva

Gerente de Qualidade do Hospital Sírio Libanês

Profª Sandra Arantes

Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Prof Dr. Sergio Luis Alves de Moraes Junior

Enfermeiro, doutor em biotecnologia e docente adjunto da Universidade Anhanguera. O conselho da revista Nursing é independente, não apresentando, desta forma, conflitos de interesse de nenhuma espécie com o conhecimento científico veiculado.

Propriedades e direitos

Direitos de autor: todos os artigos, desenhos e fotografias estão sob a proteção do Código de Direitos de Autor e não podem ser total ou parcialmente reproduzidos sem permissão prévia, por escrito, da empresa editora da revista. A Nursing envidará todos os esforços para que o material mantenha total fidelidade ao original, pelo que não pode ser responsabilizada por erros gráficos surgidos. As opiniões expressas em artigos assinados não correspondem necessariamente à opinião dos editores.

Editorial	1607
Agenda	1610
Notícias	1610
Entrevista	1612

Artigos Científicos

Avaliação da atenção básica pelos portadores de úlceras crônicas

Evaluation of primary care by patients with chronic ulcers

Evaluación de la atención primaria por los pacientes com úlceras crônicas

Lúcia de Medeiros Taveira; Matheus Santos de Almeida **1616**

Acolhimento no processo de trabalho do enfermeiro da atenção básica: estudo qualitativo

In the work process of the host male nurse of basic care: qualitative study.

En el proceso de trabajo de la enfermera hombre de host de la atención básica: estudio cualitativo.

Maria de Lourdes da Silva Marques Ferreira, Rosana Maria do Vale Barreira Penques, Silmara Meneguim, Maria José Sanches Marin, Adriana Adriana Avanzi Marques Pinto, Fernanda Moerbeck Cardoso Mazetto **1623**

Práticas e saberes do cuidador familiar de portadores de Alzheimer à luz de Strauss

Practices and knowledge of the family caregiver of Alzheimer's patients in the light of Strauss.

Prácticas y conocimientos del cuidador familiar de los pacientes de Alzheimer a la luz de Strauss.

Francisco Jadson Silva Bandeira, Hilma Solange Lopes Souza, Marucia Fernandes Verçosa, Ana Claudia Portal Vávra, Gisele Brasil Ramos, Márcio Wilson Castro da Silva, Mônica Cústodia do Couto Abreu Pamplona, Ivonete Vieira Pereira Peixoto, Osvaldo da Silva Peixoto **1628**

Assistência e acompanhamento de enfermagem a mulheres com diabetes gestacional

Nursing assistance and follow-up of women with gestational diabetes

Ayuda y seguimiento lactantes las mujeres con embarazos diabetes.

Joelma Vasconcelos da Silva-Enfermeira, Elias de Almeida Silva, Maria Hayne Cordeiro Vasconcelos, Maria Cleene Pereira de Sousa Lira **1632**

Análise da Morbimortalidade por Tuberculose no Estado da Paraíba

Analysis of Tuberculosis in Morbimortality as of Paraíba

El análisis de la morbilidad y mortalidad por tuberculosis en el estado de Paraíba

Clarissa Emanuelle Gonzaga, Mirelly da Silva Barros, Luzibênia Leal de Oliveira, Taciana da Costa Farias Almeida, Xênia Sheila Barbosa Aguiar **1636**

Ética e Cuidado

O cuidado na Enfermagem é muito mais do que tratar os pacientes em suas doenças. Ele deve ser construído na intersecção entre a filosofia, ciência e tecnologia. A Enfermagem como ciência, por cuidar da vida, tem difícil aproximação à prática, exatidão e previsibilidade exigida pela ciência cartesiana, em função da imprevisibilidade na assistência à pessoa, que nunca se repete em sua totalidade na prática cotidiana.

Apesar dos conflitos, a profissão foi se fortalecendo em torno de competências, habilidades e atitudes definidas para sua atuação e formação na educação superior atual. Hoje, relacionada ao processo de cuidar, assumida como categoria paradigmática vai determinando a identidade profissional que está sendo revelada e reconstruída, na medida em que sistematiza o cuidado à pessoa não apenas o biológico mas, mental, social, como sentimentos, angústias, temores, que influenciam nas doenças físicas. O ser humano no processo de cuidar tem personalidade, dignidade, honra, pudor, aspectos significativos para estabelecer a relação de confiança, respeito, tolerância, solidariedade com o enfermeiro para transmitir segurança e apoio à pessoa doente.

O avanço tecnológico, científico e terapêutico tem facilitado o trabalho da Enfermagem, mas exigido atuação diferenciada e complexa, o que implica constante reflexão acerca dos aspectos científicos, éticos e legais acerca de tomadas de decisões relativas ao cuidado.

O Enfermeiro tem compromisso com a vida da pessoa e adotará os princípios orientados pela Lei e Código de ética da profissão.

É impossível delimitar, no cuidado onde se inicia a qualidade ética ou a eficiência técnica, pois estão imbricadas, às vezes, a decisão da iniciativa é

ética, mas a estratégia é técnica, e, em outros casos, a decisão técnica fundamentada é traduzida em uma postura ética de respeito à vontade soberana do paciente.

Espera-se que os profissionais estejam atentos às implicações das questões legais e éticas, incluindo o respeito pela vida, pela autonomia individual, privacidade e, em particular, pelas decisões das políticas da saúde.

A Enfermagem não pode dimensionar somente a doença, mas deve considerar a pessoa como uma totalidade considerando a doença como um episódio em sua vida e que pode precisar de cuidado. Cuidar do outro é relacional e implica valorização entre seres humanos. O cuidado humano permeia o processo de viver da pessoa, permitindo que esta, como ser finito tenha uma morte digna, dentro de princípios éticos e morais.

Temos a convicção de que cuidar é entrar em sintonia e compartilhar a vida, o sofrimento do outro. Para garantir que o cuidado seja ético, temos de cultivar internamente um profundo amor e acreditar nele: amor para consigo mesmo, ao outro ser humano, ao mundo, a qualquer ser vivo, enfim, a todos nossos semelhantes. 🐦



Profa. Dra. Dorisdaia Carvalho de Humerez

Enfermeira, Mestrado e Doutorado pela Universidade São Paulo - USP. Professor Adjunto Doutor aposentado da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP. Conselheira Federal do Conselho Federal de Enfermagem na gestão 2015/2018.

“O avanço tecnológico, científico e terapêutico tem facilitado o trabalho da Enfermagem, mas exigido atuação diferenciada e complexa, o que implica constante reflexão acerca dos aspectos científicos, éticos e legais acerca de tomadas de decisões relativas ao cuidado.”

13 A 16
MAR | 2017
SÃO PAULO | BRASIL
CENTRO DE EVENTOS
PRO MAGNO
11H - 19H

Venha visitar a SAHE de 13 a 16 de março

A **South America Health Exhibition**, a mais nova feira de produtos e serviços médico-hospitalares é agora, de **13 a 16 de março**, no **Centro de Eventos Pro Magno - São Paulo**. Uma feira que já nasceu grande no setor de saúde. Uma feira que vai reunir o melhor dos lançamentos e inovações, das marcas mais importantes da indústria, a preços especiais. Uma feira pra fazer negócios e networking.

Mais de **100 horas** de programação de conteúdo de atualização profissional com foco em Segurança do Paciente, em parceria com importantes entidades do setor como **ABECLin, ABDEH, ONA, CBEXs**, entre outras. E o 1º Hospital Summit Anahp, criado para gestores e dirigentes de hospitais.

Transfer gratuito do metrô Barra Funda ao pavilhão • Estacionamento coberto • Wifi • Praça de alimentação

Peça já sua credencial gratuita! sahe.com.br

Parceria Estratégica e Conteúdo



Parceiros de Conteúdo



Realização

Normas para Publicação

A Revista Nursing, edição brasileira, tem por objetivo a divulgação de assuntos de Enfermagem colaborando, assim, com o desenvolvimento técnico-científico dos profissionais. Para a publicação na Nursing, o trabalho deverá atender às seguintes normas:

01 Devem ser enviados para artigo@mpmcomunicacao.com.br, acompanhados de solicitação para publicação e de termo de cessão de direitos autorais assinados pelos autores.

02 Um dos autores deve ser profissional de enfermagem. Ao menos dois autores devem ser assinantes da revista.

03 Os autores devem checar se descritores utilizados no artigo constam no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde).

04 Não ter sido publicado em nenhuma outra publicação nacional.

05 05 Ter, no máximo, 10 páginas de texto, incluindo resumo (português, inglês e espanhol – inclusive título do artigo) com até 19 mil caracteres com espaço, ilustrações, diagramas, gráficos, esquemas, referências bibliográficas e anexos, com espaço entrelinhas de 1,5, margem superior de 3 cm, margem inferior de 2 cm, margens laterais de 2 cm e letra arial tamanho 12. Os originais deverão ser encaminhados em formato Word para o e-mail artigo@mpmcomunicacao.com.br

06 Caberá à redação julgar o excesso de ilustrações, suprimindo as redundantes. A ela caberá também a adaptação dos títulos e subtítulos dos trabalhos, bem como o copidesque do texto, com a finalidade de uniformizar a produção editorial.

07 As referências bibliográficas deverão estar de acordo com os requisitos uniformes para manuscritos apresentados a revistas médicas elaborado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (Estilo Vancouver).

08 Evitar siglas e abreviaturas. Caso necessário, deverão ser precedidas, na primeira vez, do nome por extenso. Solicitamos destacar frases ou pontos-chave. Explicitar os unitermos.

09 Conter, no fim, o endereço completo do(s) autor(es), email e telefone(s) e, no rodapé, a função que exerce(m), a instituição a que pertence(m), títulos e formação profissional.

10 Não será permitida a inclusão no texto de nomes comerciais de quaisquer produtos. Quando necessário, citar apenas a denominação química ou a designação científica.

11 O Conselho Científico pode efetuar eventuais correções que julgar necessárias, sem, no entanto, alterar o conteúdo do artigo.

12 O original do artigo não aceito para publicação será devolvido ao autor indicado, acompanhado de justificativa do Conselho Científico.

13 O conteúdo dos artigos é de exclusiva responsabilidade do(s) autor(es). Os trabalhos publicados terão seus direitos autorais resguardados pela Editora MPM Comunicação LTDA. e só poderão ser reproduzidos com autorização desta.

14 Os trabalhos deverão preservar a confidencialidade, respeitar os princípios éticos da Enfermagem e trazer a aceitação do Comitê de Ética em Pesquisa (Resolução CNS – 466/12).

15 Ao primeiro autor do artigo serão enviados dois exemplares desta revista.

16 Caso os autores possuam fotos que possam ilustrar o artigo, a Nursing agradece a colaboração, esclarecendo que as mesmas serão devolvidas após a publicação.

17 Os trabalhos, bem como qualquer correspondência, deverão ser enviados para: NURSING – A/C DO CONSELHO CIENTÍFICO, Av. Dr. Yojiro Takaoka, 4384, Sala 705, Conjunto 5209 - Alphaville - Santana do Parnaíba - CEP: 06541-038.

calçado profissional antiderrapante



Cores
- Branco
- Preto
- Marinho



Soft Works

PROFESSIONAL SHOES



WEDGE SOFT WORKS EPI CALÇADOS



(16) 3703 3240

www.softworksepi.com.br

EVENTO	DATA	LOCAL	INFORMAÇÕES
1º Fórum sobre Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente na South American Health Exhibition (SAHE)	13/03/2017	São Paulo - SP	Site: www.ona.org.br
Congresso Internacional de Qualidade em Serviços e Sistemas de Saúde	20 a 22/03/2017	São Paulo - SP	Site: site.qualihosp.com.br Telefone: (11) 3799-3222
VIII Congresso Internacional de Uro-Oncologia	23 a 25/03/2017	São Paulo - SP	Site: www.congressourooncologia.com.br Telefone: (11) 3888-2236
V Encontro de Prevenção e Tratamento de Feridas do Hospital	24/03/2017	Itu - SP	Site: www.sobende.org.br/vi_serres_itu.asp
III Simpósio Internacional de Estomaterapia do Noroeste Paulista	06 a 08/04/2017	São José do Rio Preto - SP	Site: sienp.educative.com.br/

notícias

Escala criada por enfermeira brasileira avalia risco de lesões decorrentes da posição do paciente na cirurgia

A Escala de Avaliação de Risco para o Desenvolvimento de Lesões Decorrentes do Posicionamento Cirúrgico do Paciente (ELPO) foi desenvolvida durante o doutorado da enfermeira Camilla Mendonça de Moraes Lopes, na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), concluído em 2014.

O principal objetivo é fornecer subsídios para a melhoria da assistência de enfermagem, bem como incentivar o

desenvolvimento de protocolos de cuidados direcionados para o posicionamento cirúrgico do paciente

A professora adjunta na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ – Campus Macaé), do núcleo de Enfermagem Médico-Cirúrgica, especialista em Engenharia Biomédica, se tornou autora da inédita da ELPO com o propósito de nortear a prática clínica do enfermeiro perioperatória.

Fonte: IBSP

Morre Edson de Godoy Bueno, fundador da Amil

O empresário Edson de Godoy Bueno, fundador do Grupo Amil, morreu na manhã do dia 14 de fevereiro, em Armação dos Búzios, na Região dos Lagos do Rio. A informação foi confirmada pelo secretário municipal de Saúde, Fábio Waknin. O sócio da rede de planos de saúde, de 73 anos, teve um infarto fulminante e chegou morto ao Hospital Municipal Rodolpho Perissé.

Segundo funcionários de Edson, ele passou mal quan-

do jogava tênis na quadra da casa, em Baía Formosa. Edson desmaiou e a equipe médica que o acompanhava começou imediatamente um processo de reanimação, que durou cerca de 40 minutos, informou Waknin. Depois, o empresário foi levado de helicóptero para o hospital.

De acordo com o secretário de saúde, Edson era cardiopata e já havia passado por uma angioplastia. Por isso, sua rotina era acompanhada por médicos.

Fonte: Coren

Novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem: benefícios aos pacientes



O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE) está passando por uma atualização, para adequá-lo às necessidades do cotidiano dos enfermeiros, técnicos, auxiliares de enfermagem e obstetras e também para oferecer uma assistência cada vez mais segura e de qualidade à população.

O CEPE prevê direitos, responsabilidades, deveres, princípios e proibições referentes à conduta ética dos profissionais de enfermagem, categoria que está presente em todos os níveis da atenção à saúde e que está mais próxima do paciente, acompanhando todas as etapas do cuidado e protagonizando ações determinantes para a qualidade e segurança da assistência. Portanto, a reformulação do CEPE diz respeito não apenas à categoria, mas a toda a sociedade.

O processo de adaptação do código está sendo conduzido por uma comissão nacional instituída pelo Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), da qual o vice-presidente do Coren-SP, Mauro Antônio Dias da Silva faz parte. O cronograma prevê que a minuta da Resolução contendo o novo CEPE seja aprovada em junho de 2017. "O Código de Ética não é estático. Ele deve sofrer atualizações periódicas para acompanhar a realidade da profissão", explica Mauro.

O Coren-SP criou uma comissão estadual, responsável por elaborar propostas e incentivar a participação dos profissionais.

Fonte: Coren

duan
tecnologia a serviço do bem-estar



VENOSCOPIO IV **Plus** e VENOS **Baby**

Aparelhos localizadores de veias periféricas, com precisão, através da luz.

certificados



www.duaninternacional.com.br

Concorra a um Venos Baby

(aparelho localizador de veias periféricas, com precisão, através da luz, em crianças de zero a sete anos),
ao final do 67º CEBn - Congresso Brasileiro de Enfermagem /
4º CLAE n - Colóquio Latino-Americano de História da Enfermagem.



duan
tecnologia a serviço do bem-estar



Preencha o cupom, destaque-o do folheto e deposite na urna do stand da Duan.

EVENTO:
CURSO:

INSPIREN LABORADÓRIO
(NOME DO SERVIÇO)

NOME:

TELEFONE:

FONE:

Câncer de Mama no Alvo da Moda

Enfermeira Débora Montezello, atualmente Diretora dos Serviços Assistenciais do Instituto Brasileiro de Controle do Câncer –IBCC, explica o sucesso da campanha “Câncer de Mama no Alvo da Moda” durante anos, e ainda fala sobre cuidados com a mama e a visão do enfermeiro neste assunto

Por Letícia Leivas Munir



Débora Montezello

Diretora dos Serviços Assistenciais do Instituto Brasileiro de Controle do Câncer (IBCC); Enfermeira (Curso Superior); Pedagoga (Curso Superior); Especialista em Administração Hospitalar (Pós Graduação); Mestrado em Bioética.

Débora Montezello, Enfermeira e Diretora dos Serviços Assistenciais do Instituto Brasileiro de Controle do Câncer (IBCC), fala um pouco do seu trabalho no IBCC, dá dicas de prevenção contra o câncer de mama, além de falar da famosa campanha “câncer de mama no alvo da moda”

Revista Nursing: Como foi o seu contato na enfermagem oncológica? Atualmente a senhora é Coordenadora do Serviço de Enfermagem do Instituto Brasileiro no Controle de Câncer- IBCC, como é o seu trabalho?

Débora Montezello: O meu contato com a Enfermagem Oncológica aconteceu há 14 anos quando recebi um convite para gerenciar a Área Assistencial no Instituto Brasileiro de Controle de Câncer - IBCC. Naquela época conhecia muito pouco sobre Câncer e confesso que foi um momento bastante desafiador por gerenciar uma equipe multidisciplinar ampliando meu universo grandiosamente e pela especialidade em si, já que não havia uma formação específica da mesma, quase não

falávamos sobre câncer nas escolas, não discutíamos sobre o assunto abertamente, era algo limitador na sociedade e na formação. Mas encarei esse grande desafio e sou muito feliz pela oportunidade de “ter sido escolhida”.

Identifiquei-me com a área, me aproximei de profissionais incríveis, extremamente competentes que somam seus conhecimentos, suas habilidades, agregando valores e então passei a entender “o tamanho” da complexidade do trabalho multidisciplinar da assistência, que no IBCC hoje envolve, além da enfermagem, psicólogos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, assistentes sociais, fonoaudiólogos, técnicos de radiologia, radioterapia e em hemoterapia, além de biólogos e biomédicos na assistência ao paciente. O que representa 49% dos profissionais ativos na instituição.

O fato de coordenar o serviço me propiciou essa visão abrangente que considera todos da equipe. Porque a Oncologia demanda várias áreas da enfermagem, sendo cada uma com a sua devida impor-

tância e espaço, não tem o mais ou menos importante. Aprendemos a respeitar as áreas de atuação e trabalharmos juntos, sendo verdadeiramente uma equipe.

Aprofundi então, na especialidade oncológica para aprender mais e entender sobre os tratamentos utilizados para os diferentes tipos de câncer, suas características e abordagens, sempre com o foco do IBCC, o de valorizar a vida, respeitando a sensibilidade e fragilidade humana, estudando sobre a vulnerabilidade, respeito e finitude. Fui aprofundar meus conhecimentos e buscar ajuda na Bioética.

Tecnicamente falando, os profissionais que escolhem trabalhar na oncologia precisam de fato aceitar alguns desafios que vejo com destaque: a autonomia com competência e autocontrole. A autonomia de assumir alguns eventos de alta complexidade, onde o profissional presencia e age prontamente, replica as informações aos envolvidos, com visão e determinação. A competência é indiscutível, pois o paciente precisa dessa resposta, às vezes, imediata e que envolve o atendimento técnico e humanizado; o autocontrole, pois buscamos em nós profissionais a segurança e apoio com qualidade, às vezes num simples olhar e gesto.

Ser gestora da assistência do IBCC é perceber uma equipe sempre disponível, firme e atenta aos sinais, respeitando também as áreas de atuação dos profissionais. É ainda adequá-los e perceber quando há aqueles que não se adaptam a essa realidade para orientar a seguir outros caminhos na assistência.

Quando iniciei na Área da Enfermagem, há 25 anos, tudo era muito mais



SÃO CAMILO

FORMANDO PESSOAS QUE
CUIDAM DE PESSOAS

PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

LATO SENSU

- Auditoria em Enfermagem
- Enfermagem do Trabalho
- Enfermagem em Ambientes Disbáricos
- Enfermagem em Centro Cirúrgico, Centro de Material e Esterilização e Recuperação Anestésica
- Enfermagem em Emergência Adulto e Pediátrica
- Enfermagem em Estomaterapia
- Enfermagem em Terapia Intensiva Adulto
- Enfermagem Obstétrica
- Enfermagem Pediátrica em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e Centro Cirúrgico (CC)
- Gerenciamento e Liderança em Enfermagem

STRICTO SENSU

- Mestrado Profissional em Enfermagem

saocamilo-sp.br | 0300 017 8585



Ipiranga + Pompeia



CENTRO UNIVERSITÁRIO
SÃO CAMILO

simples e precário, hoje com o avanço das pesquisas científicas e tecnologia, evoluímos muito e é claro, sempre com o cuidado de não perder a essência humana, é o grande desafio nosso. Perceber o outro, o cuidado com o outro, respeitando suas escolhas e limites, a clareza e objetividade de comunicar e informar o que é necessário, permitindo assim um bom entrosamento. Isso é tão importante quanto obter um novo equipamento de última geração para tratá-lo. Entendo que as pessoas precisam de informações, e que essas informações cheguem até elas de maneira apropriada.

Revista Nursing: Diante de tanta tecnologia o primeiro passo para o diagnóstico do câncer de mama, ainda é o autoexame?

Débora Montezello: O melhor método para se diagnosticar precocemente o câncer de mama é realizando, anualmente, o exame de mamografia. Por meio dele, podemos identificar a doença antes mesmo dela se tornar um nódulo. Já o autoexame pode indicar alterações na mama e muitas vezes, é o alerta para as pacientes procurarem pelo atendimento médico, mas o autoexame não substitui a mamografia e nem a consulta regular ao médico. Podemos dizer que o autoexame é importante para que a mulher conheça o seu corpo. O autoexame associado à mamografia melhora as chances diagnósticas pré-terapêuticas.

Revista Nursing: Desde 1995, o IBCC trabalha com diversas campanhas de Prevenção do Câncer no “Alvo da Moda”. Como a senhora vê esse sucesso, durante tanto tempo?

Débora Montezello: A campanha do Câncer de Mama no Alvo da Moda foi uma das pioneiras na conscientização da população com relação à doença e ao seu combate. É uma campanha que atrai muita simpatia por parte da população em geral e nos ajuda muito nessa questão de trazer o assunto do câncer à tona, desmistificando informações e aproximando a

sociedade para a prevenção e detecção precoce.

Revista Nursing: A campanha traz visibilidade para o tema? A senhora acredita que com a chegada da campanha o assunto foi mais abordado para o público em geral?

Débora Montezello: Acredito que a campanha O Câncer de Mama no Alvo da Moda trouxe um ar renovador sobre o tema quebrando tabus, superando barreiras e mostrando que o câncer de mama pode ser vencido. Pacientes, acompanhantes e o público em geral valorizam a campanha e a associam rapidamente à causa. A nossa Campanha “O câncer de mama no alvo da moda” tem a finalidade de conscientizar sobre a prevenção, detecção precoce e tratamento do “câncer de mama”, que pode chegar de mansinho e ter grandes consequências. Estar atento aos sinais, conhecer seu corpo, ter informações a respeito é fundamental, por isso usamos a campanha como um dos recursos para orientação ao autoexame e sempre o cuidado em procurar por um especialista caso perceba que algo esteja fora da normalidade. A Campanha nos auxilia porque mostra que o câncer pode acometer qualquer pessoa, de qualquer idade, sexo, classe social ou raça. E quanto mais informações tivermos, maiores as chances de descoberta precoce e de um tratamento menos invasivo.

Revista Nursing: E na enfermagem se nota o interesse pelo profissional?

Débora Montezello: O interesse sempre foi positivo e receptivo. Buscamos, por meio de campanhas, não apenas a do alvo da moda, contribuir para o colaborador ter informações referentes à conscientização e prevenção do câncer, além dele estar ciente dos métodos e importância dos temas, ele ajuda a disseminar a ideia entre os pacientes e visitantes. Campanhas de alerta sempre são positivas. Como o Outubro Rosa, o Novembro azul ... com certeza refletem resultados positivos já constatados, sensibilizam e alertam a po-

pulação a cuidar e zelar pela saúde, porém, precisamos lembrar disso o ano todo, os caminhos ajudam, não tenho dúvida, mas precisamos mesmo é cuidar da nossa população!

Revista Nursing: Existe algum estudo interno que mostra a transformação do IBCC com a chegada da campanha Alvo da Moda?

Débora Montezello: Em 21 anos, a campanha conseguiu arrecadar valores que contribuíram para os avanços do IBCC, como nas obras de ampliação do hospital e também na evolução dos métodos de diagnósticos e tratamentos para os pacientes. Além disso, o IBCC pôde realizar seu papel de disseminar mais a conscientização do câncer de mama. Resumindo, a Campanha “O Câncer de Mama no Alvo da Moda” ganha a atenção da sociedade para a causa da prevenção e detecção precoce da doença, que pode ser curada em mais de 90% dos casos se diagnosticada em fase inicial.

Revista Nursing: Todos os anos existem corridas, caminhadas e grandes eventos com o tema Alvo da Moda, e para 2017, teremos alguma novidade?

Débora Montezello: O Instituto Brasileiro de Controle do Câncer passa, nesse momento, por uma renovação da Campanha com o objetivo de dar mais força à causa e atingir o maior número de pessoas possíveis alertando sobre a conscientização de que o câncer de mama tem cura. O IBCC irá desenvolver a Campanha no Brasil de forma interna em 2017, por meio de equipe própria preparada para isto, e já conta com algumas ações programadas que serão divulgadas ao longo do ano. Além da corrida, muita coisa bacana está por vir, e acredito muito que irão contribuir para desmistificar essa doença que tanto assola as mulheres do Brasil pelo próprio medo da descoberta. O lançamento da nova Campanha está previsto para Abril, na época em que iremos divulgar o conceito abordado e vocês terão total acesso!!! 🐦


CADA CLIQUE PODE SALVAR UMA VIDA.

Previna infecções adquiridas em procedimentos cirúrgicos ou clínicos com o ONESOURCE

Se sua instalação não tem procedimentos de esterilização estritamente de acordo com Instruções de Uso dos fabricantes, estará sujeita a apresentar taxas mais elevadas de risco de infecções adquiridas em ambientes de cuidado de saúde, ou ainda gerar críticas negativas, danos à reputação e consideráveis prejuízos.

O ONESOURCE facilita com custo acessível um serviço para que sua instituição possa seguir as Instruções de Uso (IUFs) dos fabricantes recomendadas pela ANVISA. Nosso banco de dados on-line coloca os IUFs dos fabricantes atualizados ao seu alcance, melhorando a eficiência de processamento, segurança do paciente e conformidade com os regulamentos, além de ajudar na obtenção de acreditação.

Economize tempo, espaço e dinheiro enquanto salva vidas!



Assista a uma demonstração da forma mais acessível, simples e eficaz de eliminar erros em processamento estéril e em reduzir infecções.

oneSOURCE]
—document site—

Para informações sobre preços, ligue para **0800 887 0903**
Cadastre-se para assistir a um webinar gratuito no oneSOURCEdocs.com

Avaliação da atenção básica pelos portadores de úlceras crônicas

RESUMO | Investigar a satisfação do usuário da Atenção Básica em relação ao atendimento prestado na terapia de úlceras crônicas. Metodologia: Com natureza exploratória, e abordagem quanti-qualitativa. Coletou-se dados de 15 usuários, incluindo: quem portou ou era portador de feridas crônicas apresentando integridade da pele prejudicada, que são ou foram assistidas pelos profissionais do Programa Saúde da Família e da equipe que atua nas Unidades Básicas de Saúde em algum momento da patologia. Foi aplicado um questionário ao público alvo, como entrevista. Resultados e discussão: Foram fragmentados nos seguintes tópicos: acesso à equipe, comunicação e interação profissional-usuário, disponibilidade de insumos, resultados esperados na terapia, recidivas, classificação da satisfação, e expectativas. Conclusão: Ficou claro a importância da atenção básica na vida dos indivíduos portadores de úlceras crônicas, assistência esta que é empregado confiança e expectativas, compreendendo e apontando onde pode se melhorar, para a excelência na abordagem terapêutica ser alcançada.

Palavras chave: Feridas, Atenção Básica, Satisfação do Usuário.

ABSTRACT | Objective: Performing Basic Attention in care provided in chronic therapy. Methodology: With exploratory nature, and quantitative-qualitative approach. Data from 15 users were collected, including: who carried or had chronic wounds presenting impaired skin integrity, who are or have been assisted by professionals from the Family Health Program and the team that works at the Basic Health Units at some point in the Pathology. A questionnaire was applied to the target audience, as an interview. Results and discussion: The following topics were found: Team access, expected results in therapy, relapses, satisfaction classification, and expectations. Conclusion: It was clear the importance of basic care in the life of individuals with chronic ulcers, which is a reliable employee and expectations, understanding and pointing out where it can be improved, for an excellence in the therapeutic approach to be achieved.

Keywords: Wounds, Basic Attention, User Satisfaction.

RESUMEN | Realización Atención Atención primaria previsto en el tratamiento crónico. Metodología: Con el enfoque exploratorio y cuantitativo y cualitativo. Los datos fueron recolectados por 15 usuarios, entre ellos: ¿quién ha portado o se lleva las heridas crónicas que presentan deterioro de la integridad de la piel, que son o fueron atendidos por profesionales de la Salud de la Familia y el equipo que opera en las Unidades Básicas de Salud en algún momento de patología. Se aplicó un cuestionario a la audiencia objetivo, tales como la entrevista. Resultados y discusión: Se identificaron los siguientes temas: el acceso al equipo, espera que los resultados de la terapia, la recaída, el índice de satisfacción y expectativas. Conclusión: Es evidente la importancia de la atención primaria en la vida de las personas con úlceras crónicas, que es fiable y expectativas de los empleados, la comprensión y señalando donde se puede mejorar, por su excelencia en el enfoque terapéutico a conseguir.

Palabras clave: llagas, la atención primaria, la satisfacción del usuario.

Lúcia de Medeiros Taveira

Enfermeira. Professora da Universidade Paulista, Brasília-DF, Brasil

Matheus Santos de Almeida

Enfermeiro. Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Paulista, Brasília-DF, Brasil.

Introdução

O cenário da saúde pública no Brasil teve várias transformações benéficas, dentre estas, a Atenção Básica passou por diversas revisões e adequações de normas conferidas pela portaria Nº 2488 de 21 de outubro de 2011. Não obstante a demanda por estes serviços ainda é crescente, haja vista o elevado nível de pessoas em processo de envelhecimento, o que na maioria das vezes ocasiona o surgimento de doenças crônicas decorrentes da fragilidade acometida pela idade¹. As úlceras crônicas estão entre essas, atingindo prevalentemente pessoas com idade

superior a 65 anos².

Consoante dados epidemiológicos que salientam a importância do controle de tais patologias, pode-se observar que nos Estados Unidos cerca de 6 milhões de pessoas apresentaram feridas crônicas em membros inferiores, incidindo em 15% da população idosa, com projeções de aumento de 10% em 2050. No Brasil embora não exista estudos com dados mais concretos, é esperado que cerca de 570 mil brasileiros apresentem úlceras nos membros inferiores a cada ano, como expresso pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) em 2013³.

Recebido em: 03/08/2016
Aprovado em: 10/02/2016

Diante do contexto agravante de casos registrados de pacientes com ulcerações crônicas, tem-se exigido atenção e preparo profissional cada vez mais apurado para que o êxito terapêutico seja alcançado. Tais enfermidades têm causado impactos negativos tanto na qualidade de vida dos portadores, quanto na economia local, ao elevarem as receitas administrativas por resultarem em invalidez precoce, necessitando constantemente de cuidados da equipe de saúde⁴.

A saúde é um direito de todos e deve ser prestada da melhor forma possível. Avaliar o cuidado de saúde na terapia de ulcerações crônicas pelos usuários é indispensável, assim o processo de julgamento da qualidade torna-se mais apurado⁵.

A satisfação do usuário é objeto de preocupação e investigação há muito tempo. As primeiras pesquisas foram surgindo na década de 1970⁶. O usuário compreende suas necessidades básicas de saúde, o nível da qualidade do bem-estar que vivencia e deseja presenciar, portanto, está totalmente apto a julgar e avaliar o cuidado recebido⁷.

Uma das causas que justificam a ineficiência da cicatrização, é o tratamento impróprio da etiologia específica. Há pesquisas que apontam inadequações dos serviços prestados, apresentando pouca participação da assistência do Programa Saúde da Família (PSF) e técnicas incorretas no tratamento por parte dos profissionais responsáveis. Perante uma série de dificuldades encontradas, constitui-se como consequência, a ausência de: diagnóstico, terapias tópicas adequadas, materiais, treinamentos e exames^{8,9}.

O tratamento de úlceras crônicas é reavaliado com finalidades de aprimoramentos constantemente, várias técnicas são usadas distintamente para cada caso, refletindo em melhorias na qualidade da assistência e na qualidade de vida do portador.

Tabela 1: Distribuição dos resultados acerca do acesso à equipe da Atenção Básica. Segundo os usuários entrevistados. DF, 2016

	Sim (%)	Não (%)	Algumas vezes
Unidade bem localizada	12 (80%)	3 (20%)	Não se aplica
Demora por atendimento	7 (46,6%)	5 (33,3%)	3 (20%)
Visitas terapêuticas regulares	4 (26,6%)	11 (73,33%)	Não se aplica

Dados inéditos coletados pela Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2013, apontaram que 40% dos Brasileiros

“Uma das causas que justificam a ineficiência da cicatrização, é o tratamento impróprio da etiologia específica. Há pesquisas que apontam inadequações dos serviços prestados, apresentando pouca participação da assistência do Programa Saúde da Família (PSF) e técnicas incorretas no tratamento por parte dos profissionais responsáveis.”

equivalente a 57,4 milhões de pessoas, possuem pelo menos uma doença crônica¹⁰. No entanto, nenhuma pesquisa em âmbito nacional com uma amostra

gem grande, de escala na população total de brasileiros, enfatizou os valores e dados epidemiológicos dos problemas das ulcerações crônicas. Com essa carência de dados, pesquisadores sempre são sujeitados a usarem dados internacionais para fazerem comparações, restando apenas estimativas relacionadas ao Brasil, nada muito concreto. Logo, como se encontra a atual satisfação dos usuários portadores de úlceras crônicas atendidos e assistidos pela Atenção Básica do SUS na capital do Brasil?

Contudo, o estudo contribuirá para que seja dado maior visualidade ao público com esse perfil patológico, investigando a satisfação do usuário da Atenção Básica, em relação ao atendimento prestado com a terapia de úlceras crônicas no Distrito Federal, pois infelizmente as informações a respeito são escassas.

Método

O estudo realizado dentre o período agosto de 2015 à Junho de 2016, procura proporcionar maior familiaridade com a problematização, portanto, o método utilizado foi de natureza exploratória, através de pesquisa de campo, com uma abordagem quanti-qualitativa. Desta forma, o estudo priorizou a percepção da comunidade através de avaliações feitas pelos usuários, com intuito de compreender a satisfação do usuário da Atenção Básica do SUS no Distrito Federal, em relação ao atendimento recebido no tratamento de feridas crônicas.

A coleta de dados foi realizada através de questionários, onde abordou-se

Tabela 2: Profissionais da Atenção Básica de Saúde, que fazem recomendações de condutas para uma boa recuperação dos usuários. Segundo os entrevistados (N). DF, 2016

Os profissionais da Atenção Básica de Saúde que realizam o atendimento terapêutico, fazem recomendações de condutas que favoreçam sua recuperação?	N	Sim	Não
Médicos	15	100%	0%
Equipe de Enfermagem	15	100%	0%

15 usuários, das Unidades Básicas de Saúde do Distrito Federal nas cidades satélites do Núcleo Bandeirante, Candangolândia, Riacho Fundo I e Riacho Fundo II, dentre o período de Março de 2016 a Junho de 2016. Para inclusão no estudo, os critérios definidos incluíram: indivíduos que portam ou já portaram feridas crônicas apresentando integridade da pele prejudicada, que são ou tenham sido assistidas pelos profissionais do Programa Saúde da Família e da equipe que atua nas Unidades Básicas de Saúde em algum momento da patologia, pois esse tipo de ulceração necessita de continuidade da assistência para não terem recidivas. Foram excluídos os indivíduos que nunca buscaram pelos serviços da Atenção Básica, com úlceras crônicas que não comprometam o sistema tegumentar, e que não concordaram com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os participantes da pesquisa foram selecionados de acordo com indicações pelos profissionais da equipe de saúde local e por observações do interesse do pesquisador. Cada participante devia se enquadrar nos critérios do tema proposto e estar disposto a participar.

Foi realizado um questionário como ferramenta para coletar os dados do público alvo. A aplicação consistiu em forma de entrevista, contendo 6 perguntas fechadas e 4 perguntas abertas para posterior análise. Os dados coletados foram transcritos e representados das seguintes formas: As avaliações quantitativas em forma de gráficos e tabelas, organizados com auxílio da ferramenta Excel, integrante do pacote Microsoft Office 2013, as avaliações qualitativas, com análises temáticas de acordo com os relatos dos participantes.

Este trabalho, seguiu as orientações éticas conforme as Diretrizes e Normas de Pesquisa em Seres Humanos, através da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Aprovado pelo Conselho de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, pelo Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE), de número: 51721715.9.0000.5512. A pesquisa foi realizada com participantes adeptos ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – anexo).

Resultado e discussão

A coleta dos dados contou com a colaboração e disponibilidade de 15 parti-

cipantes, que levaram em média, cerca de 8 minutos para um responderem os questionamentos. Foram coletados dados de 6 usuários em seus domicílios. Alguns participantes tiveram que ser entrevistados com a presença de algum profissional de saúde dos postos de atendimento, correspondendo 46,6% da amostragem total. Para uma melhor organização e compreensão dos dados, o instrumento de coleta foi fragmentado em subdivisões, com os seguintes tópicos: acesso à equipe, comunicação e interação profissional-usuário, disponibilidade de insumos, resultados esperados na terapia, recidivas, classificação da satisfação, e expectativas.

Acesso à equipe:

Para compreender como tem sido viabilizado o acesso à equipe da Atenção Básica aos usuários portadores de úlceras crônicas, dentre os questionamentos norteadores, foi realizado três perguntas quantitativas relacionadas ao acesso dos usuários à equipe. Primeiramente os participantes foram interrogados sobre a localização dos postos de atendimento, se consideravam a Unidade Básica de Saúde responsável pela comunidade, bem posicionada, em um bom local para atender suas necessidades. Da amostragem 12 (80%) consideram a localização da unidade boa e 3 (20%) ruim. Em seguida, foi questionado se havia constrangimento com filas e longos períodos de espera para conseguir atendimento. Alegaram demora 7 (46,6%) dos entrevistados, enquanto 5 (33,3%) não se sentem incomodados. Na terceira questão norteadora, foi interrogado se há visitas terapêuticas em domicílio com regularidade. Logo, 4 (26,6%) afirmaram receber visitas regulares, enquanto 11 (73,3%) diziam não receber.

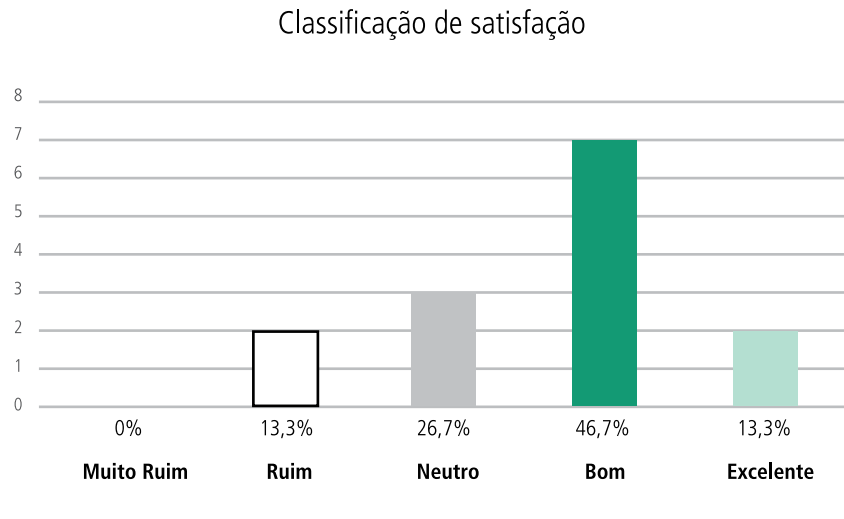
Comunicação e interação profissional-usuário:

A quarta questão norteadora do questionário, indagou qualitativamente o usuário sobre a relação com os

Tabela 3: Resultados esperados pelos usuários com úlceras crônicas, atendidos pela atenção primária do SUS. DF, 2016.

O atendimento oferecido pela equipe de saúde da Atenção Básica tem suprido as necessidades terapêuticas?	Sim	Não
Sim	4	26,67%
Não	6	40%
Parcialmente	5	33,33%

Gráfico 1: Classificação geral do programa de Atenção Básica do SUS pelos pacientes com úlceras crônicas. DF, 2016.



profissionais da atenção primária, para compreender se as dúvidas acerca da terapia de úlceras crônicas eram esclarecidas pelos profissionais, com a atenção desejada.

Sim, (...) o pessoal do posto me trata bem, quando tenho dúvidas, eles me explicam direitinho. (U3)

Sim, são bem atenciosos. (U5)

(...)Eles me atendem bem, mas às vezes procuro informações no posto sobre os dias que a enfermeira que me atende estará presente, e os funcionários não sabem me dizer. (U9)

(...)Às vezes eu faço ligações por telefone e me atendem (...). As informações sobre os dias de marcar consulta com o médico clínico são incertas. (U15)

Disponibilidade de insumos:

Quando questionado se os medicamentos prescritos pelo médico para controlar as etiologias patológicas, juntamente com o material necessário para tratar a ferida era disponibilizado pelos centros de saúde. Os entrevistados foram bem pertinentes em suas falas, diante das dificuldades atuais de suprimentos enfrentados pela Secretaria de Saúde.

(...)aqui no posto tem faltado

gase(...) (U3)

(...)consigo alguns medicamentos(...)o posto não me fornece materiais para fazer curativo em casa, então eu mesmo compro(...) (U11)

(...)há tempos tenho essas feridas nas pernas (...)na farmácia do posto só consigo os meus medicamentos de pressão e o AAS, o de circulação, o Venovaz® tenho que comprar(...) (U15)

Resultados esperados:

Ao considerar o julgamento dos entrevistados a respeito de suas satisfações, de acordo com as necessidades proveniente de suas feridas, foi possível observar que menos da metade dos usuários, apenas 6 (40%) consideraram suas necessidades terapêuticas integralmente sanadas. Já uma parcela significativa, apontou insatisfações neste ponto, com 4 (26,6%) considerando receberem o auxílio incompleto, enquanto uma margem preocupante de 5 (33,3%) apontou completo descontentamento com o atendimento.

Recidiva:

Dentre os usuários entrevistados, (73,3%) relataram que já houve períodos de cicatrização da ferida crônica, porém com queixas sobre a continuidade do acompanhamento pela equipe

da Atenção Primária.

(...)sim, já cicatrizou (...) nunca me procuraram para saber como eu estava. (u15)

(...) depois que cicatrizou, voltaram cuidar de mim quando a ferida abriu novamente. (u7)

(...) quando a ferida fechou, ainda fui atendido. (...) (u1)

Classificação da satisfação:

Os usuários entrevistados também foram conduzidos à avaliarem, de modo geral, a abordagem do programa de Atenção Básica do SUS, com tratamento de suas úlceras crônicas. Foram questionados sobre a classificação da satisfação em: muito bom, ruim, neutro, bom ou excelente. No resultado, ninguém classificou em muito ruim, 2(13,3%) usuários classificaram como ruim, 4 (26,7%) se mantiveram imparciais, classificando como neutro, 7(46,7%) classificaram como bom, e apenas 2(13,3%) como excelente.

Expectativas:

Para compreender as expectativas dos usuários, para que haja um atendimento ideal, foi aberto uma questão final, qualitativa, indagando quais seriam as principais críticas, sugestões e observações, que poderiam contribuir com o aprimoramento destes serviços.

Ainda faltam medicamentos, materiais importantes e acompanhamento suficiente (...) seria interessante investirem mais nisso. (u4)

Deveriam fazer exames laboratoriais regularmente no posto. (...) costuma faltar reagentes, e quando tem, os resultados são demorados. (...) (u13)

Falta comunicação entre a equipe quando as enfermeiras responsáveis revezam.

Os profissionais do posto poderiam ser mais bem informados sobre o funcionamento da unidade, (...)precisam de mais organização. (u15)

Discussão

Acesso à equipe:

Os indivíduos portadores de úlceras

crônicas, em quadros graves, acabam tendo sua capacidade de locomoção afetada. Seguindo uma sistematização de enfermagem padronizada, de acordo com a ferramenta de diagnósticos Nanda Internacional 2015-2017¹¹, estes portadores são classificados com o diagnóstico de enfermagem: Deambulação prejudicada (00088), consequentemente torna-se necessário que o atendimento esteja ao alcance do usuário da forma mais funcional possível.

A dimensão política que orienta o acesso dos usuários à rede de atenção básica de saúde, deve ser garantida pelos administradores com uma distribuição bem planejada, considerando a localização geográfica da unidade, possibilitando assim, uma boa articulação entre os serviços, conforme a demanda populacional¹². Em diversas regiões a localização e o número das UBS instaladas, frente ao número populacional, ainda é insuficiente^{12,13,14}. Já nas respectivas regiões do Distrito Federal onde as informações foram coletadas, houve satisfação da maioria dos entrevistados quanto a localização dos centros de atendimento, com insatisfações pela minoria que apontou incapacidade em se locomover ao centro de saúde caminhando, por conta da distância e suas respectivas patologias. É importante observar que geralmente as condições socioeconômicas desses usuários nem sempre são favoráveis a estarem custeando despesas com transporte, podendo acabar desestimulando o deslocamento¹⁴. Algo que poderia ser contornado com a intensificação de atendimentos domiciliares nestes casos.

A procura também acaba sendo desmotivada, quando as quantias de vagas para atendimento com o médico clínico são muito limitadas. Isso reflete em problemas com filas e longas esperas, para conseguirem garantir as disputadas vagas de primeiras consultas.

Comunicação e interação profissional-usuário:

Uma das capacidades que o profissional de saúde deve ter, é a de saber se colocar no lugar do usuário, assim é possível compreender suas necessidades, para então atendê-las e direcioná-las da forma mais adequada¹⁵.

A qualidade do serviço de saúde prestado não é mensurada somente por

“É importante observar que geralmente as condições socioeconômicas desses usuários nem sempre são favoráveis a estarem custeando despesas com transporte, podendo acabar desestimulando o deslocamento. Algo que poderia ser contornado com a intensificação de atendimentos domiciliares nestes casos.”

aplicações técnico-científicas, pois esta qualidade está ligada também as relações estabelecidas pela equipe de saúde com o usuário, que derivam da interação e da comunicação¹⁶.

Como podemos observar nas falas dos usuários entrevistados, é notória a importância que a comunicação tem na interação profissional-usuário, afe-

tando de forma eficaz a qualidade da assistência. O processo de comunicação está inserido no cotidiano do profissional de saúde e seu trabalho está baseado nas relações humanas que são estabelecidas¹⁷.

No que diz respeito à interação envolvendo recomendações e condutas terapêuticas de profissionais para usuários, os participantes foram questionados como mostra a tabela 2. A forma de abordagem dos médicos e da equipe de enfermagem neste questionamento, , foi muito bem mencionada pelos entrevistados, o modo como o cliente é tratado no decorrer da terapia, reflete o interesse do profissional em sua atuação. Há diversos critérios que definem um bom profissional, no qual é dado ênfase às qualidades no relacionamento profissional-usuário¹⁸.

Disponibilidade de insumos:

O tratamento das ulcerações crônicas envolve todo um cuidado holístico. Segundo a teoria holística de enfermagem de Levine, o homem é caracterizado como um todo dinâmico, em constante interação com o ambiente; devendo haver preocupação com o paciente que procura assistência. O método terapêutico para tratar de uma ulcera crônica abrange todo um conjunto de sistemas, que deve ser equilibrado com os insumos necessários que envolva intercorrências relacionadas ao processo cicatricial, seja medicamentos, coberturas apropriadas, e demais materiais que integram o tratamento.

A falta de recursos na rede pública tem sido uma realidade que tem afetado bastante as pessoas que necessitam deste serviço, até mesmo profissionais acabam precisando recorrer a adaptações que interferem na eficácia terapêutica. Citações relacionadas com a de coordenadores de equipes do PSF, apontam estas dificuldades no SUS^{19, 20, 21, 22}.

Tendo em vista que usuários em pleno condicionamento mental podem

compreender o nível de bem-estar que vivenciam, estão aptos a avaliarem os cuidados recebidos de acordo com suas necessidades. A tabela 3 representou o julgamento dos entrevistados.

Os usuários que procuram pelos serviços de saúde, inicialmente acabam estabelecendo uma relação de confiança com os profissionais de saúde. Com o acompanhamento é gerado expectativas quanto à sua melhora²³. Faz-se necessário que a equipe da atenção primária esteja sempre a unir esforços para atender estas necessidades que surgem, emparelhadas com as debilitações ocorridas nestes casos. A prática do acolhimento busca transformar o processo de trabalho em saúde, de modo a favorecer o bem-estar do paciente²⁴.

Recidiva:

Embora as ulcerações crônicas tenham alta prevalência, a continuidade terapêutica após a cicatrização que compõe o tratamento é constantemente negligenciada⁴. Algo que se confirmou nas falas da maioria dos participantes.

Assim como todo paciente portador de patologias crônicas, os portadores de feridas crônicas devem ter um acompanhamento periódico. Mesmo após a cicatrização, o risco de recidivas é alto. Os pacientes devem ser estimulados a adotarem hábitos saudáveis, como evitar o tabagismo, manterem o peso adequado, repousarem adequadamente e utilizarem os métodos preventivos⁴.

Os portadores de úlceras de estase venosa, precisam continuar usando métodos de compressão, como as meias compressivas, e manterem os membros inferiores elevados acima do nível do coração, numa frequência de três a quatro vezes por dia, durante 30 minutos.^{4,25, 26, 27, 28}. Nos pacientes com lesão por pressão, é importante mensurar o grau de risco do paciente com escalas de predição, como por exem-

plo a escala de Braden, um instrumento que possibilita a avaliação do paciente, viabilizando maior resolutividade nas ações de prevenção²⁹, em pacientes acamados deve ser realizado a mudança de decúbito regularmente

“Assim como todo paciente portador de patologias crônicas, os portadores de feridas crônicas devem ter um acompanhamento periódico. Mesmo após a cicatrização, o risco de recidivas é alto. Os pacientes devem ser estimulados a adotarem hábitos saudáveis, como evitar o tabagismo, manterem o peso adequado, repousarem adequadamente e utilizarem os métodos preventivos.”

e cadeirantes reduzirem exposições de fricção e cisalhamento localmente prolongados. Portadores de úlceras do pé diabético sofrem com altas pressões em pontos ósseos na região plantar, portanto, para implementar atividades de prevenção e controle, é necessário especificar os locais da hiperpressão para adotar meios de reduzir a pressão.

Para evitar recidivas em pessoas com diabetes devem ser aconselhados a utilizarem calçados ou palmilhas apropriados, que sejam ajustáveis à anatomia dos seus pés, e terem os índices glicêmicos, pressão sanguínea e colesterol rigorosamente controlados³⁰.

O acompanhamento do enfermeiro no tratamento, implantando medidas promocionais e educativas, tem grande importância na prevenção das recidivas, pois auxiliam os usuários, sensibilizando-os e motivando-os a terem boas condutas, incorporando padrões que reduzam os riscos ulcerativos.

Classificação da satisfação e expectativas:

Os usuários entrevistados também foram conduzidos à avaliarem, de modo geral, a abordagem do programa de Atenção Básica do SUS.

Como é possível observar nas falas dos entrevistados e na avaliação geral, há muito o que ser melhorado na atenção primária de saúde do DF, a falta de recursos foi bastante mencionada, embora exista algumas exceções, como as unidades de referência. A qualidade de vida do paciente deve ser valorizada, refletindo em uma maior preocupação, pois em muitos casos, quando a cura deixa de ser objetivo principal, a reintegração do paciente para ter uma vida normal, deve ser almejada, proporcionando o máximo de condições possíveis²⁹.

Conclusão

Diante dos resultados obtidos, é notório que a carência de dados epidemiológicos de portadores de úlceras crônicas, reflete em imperfeições na assistência fornecida pelo Sistema de Único de Saúde (SUS). O objetivo do trabalho do trabalho foi alcançado, ao ter contato com os usuários e seus desafios em ter uma úlcera crônica dependendo do auxílio público.

Concluiu-se que uma expressiva parcela dos usuários entrevistados

classificou como boa sua experiência com a atenção primária, embora um número considerável classificou como ruim e neutro. Essa divisão de opiniões pode se dar pelos esforços em parte de profissionais, que embora enfrente di-

ficuldades com ausência de recursos, há aqueles que são comprometidos com suas atribuições.

O presente trabalho poderá contribuir para que administradores responsáveis e profissionais da saúde,

tenham um direcionamento de atendimento humanizado aos portadores de úlceras crônicas, em virtude das necessidades, das perspectivas e expectativas dos usuários que necessitam destes serviços. 🐦

Referências

- Gandolpho MA. O cuidar do idoso hospitalizado: representações dos profissionais de enfermagem [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2002.
- Callam MJ, Ruckley CV, Harper DR, Dale JJ. Chronic ulceration of the leg: extent of the problem and provision of care. *Br Med J (Clin Res Ed)*. 1985;290:1855-6.
- Fundamentação Teórica: Feridas [Internet]. UNA-SUS: UNIFESP. 2013 [2015]. Disponível em: (http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/casos_complexos/Ilha_das_Flores/Complexo_03_Ilha_das_Flores_Feridas.pdf).
- Abbate LPF, Lastória S. Abordagem de pacientes com úlcera da perna de etiologia venosa. *Anais Bras Dermatol* 2006; 81(6): 509-22
- André-Pierre C. Avaliando a institucionalização da avaliação. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006; 11(3):705-11
- Donabedian A. La calidad de la atención médica: definición y métodos de evolución. México: La Prensa Médica Mexicana; 1984.
- Kantorski LP, Jardim VR, Wetzel C, Olschowsky A, Schneider JF, Heck RM, et al. Satisfação dos usuários dos centros de atenção psicossocial da região Sul do Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2009;43 Supl 1:29-35.
- Nunes JP. Avaliação da assistência à saúde dos portadores de úlceras venosas atendidos no programa saúde da família do município de Natal/RN. Natal. Dissertação [Mestrado em Enfermagem]- Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2006.
- Deodato O.O.N. Avaliação da qualidade da assistência aos portadores de úlceras venosas atendidos no ambulatório de um hospital universitário em Natal/RN. 2007, 104f. Tese de mestrado apresentado na Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal-RN.
- PNS. "In": IBGE. Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação. Rio de Janeiro: IBGE; 2014. 20-53.
- NANDA. Tradução: R. M. Garcez. Diagnósticos de enfermagem da NANDA [recurso impresso]: definições e classificação. Editora: Artmed. 2015-2017.
- Assis MMA, Villa TCS, Nascimento MAA. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade de ser construída na prática. *Rev C S Col* 2003; 8:815-23.
- Filippi GF, et al. "Estudo sobre a localização de unidades básicas de saúde na cidade de Sorocaba." (2012).
- Faquinello P, Ligia C, Marcon SS. "A unidade básica de saúde e sua função na rede de apoio social ao hipertenso." *Texto and Contexto Enfermagem* (2010)19(4): 736-44.
- Ramos, DD, Lima MADS. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil *Health care access and receptivity to users in a unit in Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brazil*. *Cad. saúde pública* (2003)19.(1): 27-34.
- Cyrino EG, Pereira MTP. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas." *Cad Saúde Pública* (2004)20.(3): 780-8.
- Silva MJP. O papel da comunicação na humanização da atenção à saúde. *Bioética, Brasília (DF)* 2002;10(2): 73-88.
- Oliveira FA. Serviços de saúde e seus usuários: comunicação entre culturas em uma unidade de saúde comunitária. Diss. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, 1998.
- Ribeiro EM, Pires D. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família *Theoretical review of the work process in health care used to analyze work*." *Cad. Saúde Pública*(2004): 20.(2): 438-446.
- Viegas APB, Carmo RF, Luz ZMP. Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência. *Saúde Soc*. 2015;24(1):100-12.
- Chiesa AM, Veríssimo M. L. O. R. . A educação em saúde na prática do PSF. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde/Universidade de São Paulo/ Ministério da Saúde, organizadores. Manual de enfermagem. Brasília: Ministério da Saúde (2001): 34-42.
- Cotta, Rosângela Minardi Mitre, et al. "c: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde." *Epidemiologia e serviços de saúde* 2006)15.(3) 7-18.
- Coelho MO, Jorge MSB, Araújo ME. O acesso por meio do acolhimento na atenção básica à saúde. *Rev Baiana de Saúde Pública*. 2009 jul-set; 33(3):440-52.
- Costa, MAR, Cambirita MS. Acolhimento em enfermagem: a visão do profissional e a expectativa do usuário-*doi: 10.4025/cienccuidsaude.v9i3.9545*. *Ciência, Cuidado e Saúde*9.3 (2011): 494-502.
- Dantas, DV, Torres GV, e Dantas RAN "Assistência aos portadores de feridas: caracterização dos protocolos existentes no Brasil-*doi: 10.4025/cienccuidsaude.v10i2.8572*." *Ciência, cuidado e saúde* 2012 10(2): 366-372.
- Partsch H. Compression therapy of the legs. A review. *J Dermatol Surg Oncol*. 1991;17:799-805.
- Choucair M, Phillips TJ. Compression therapy. *Dermatol Surg*. 1998;24:141-8.
- Browse NL, Burnand KG, Irvine AT, Wilson NM. Úlcera venosa: história natural e tratamento. In: Browse NL, Burnand KG, Irvine AT, Wilson NM, editors. *Doenças Venosas*. Rio de Janeiro: Di-Livros; 2001. p. 521-51.
- Medeiros ABF, Lopes CHAF, Jorge MSB. Análise da prevenção e tratamento das úlceras por pressão propostas por enfermeiros. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(1):223-8
- Ochoa-Vigo K, Pace AE. Pé diabético: estratégias para prevenção. *Acta Paul Enferm* 2005; 18(1):100-9.

Acolhimento no processo de trabalho do enfermeiro da atenção básica: estudo qualitativo

RESUMO | Objetivos: analisar a percepção de enfermeiros da atenção básica de saúde sobre acolhimento no processo de trabalho. Métodos: pesquisa qualitativa, realizada com 21 enfermeiras de município do interior paulista. A análise dos dados pautou-se na vertente fenomenológica, modalidade estrutura do fenômeno. Resultados: o acolhimento no processo de trabalho revelou-se como sistematização do trabalho, escuta das necessidades do usuário e estabelecimento de vínculo, organização da demanda para que o usuário consiga agendamento à consulta médica, como demonstração de interesse pelas necessidades do usuário, além de atribuir valor ao mesmo por se tratar do cenário de atenção básica. Considerações Finais: observa-se esforços dos diferentes atores para incorporar o acolhimento na mudança do modelo assistencial.

Palavras-chave: Acolhimento, Atenção Primária a Saúde, Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT | Objective: To analyze the perception of nurses in primary health care at the reception in the work process. Methods: Qualitative research, conducted with 21 nurses São Paulo. Data analysis was oriented phenomenological structure, the way the phenomenon. Results: The host in the work process proved to be a systematic work, listen to user needs, establish a relationship, organize the search so that the user can schedule medical appointments, as a demonstration of interest by the user needs, and assign value to it because it is the context of primary care. Final Thoughts: It was observed that there are efforts to incorporate the host as a proposal to help change the model of care.

Keywords: User Embrace, Primary Health Care, Unified Health System.

RESUMEN | Objetivo: Analizar la percepción de enfermeras en la atención primaria de salud en el cuidado mientras que el proceso de trabajo. Métodos: La investigación cualitativa, realizada con 21 enfermeras Sao Paulo. El análisis de datos se basa en la estructura fenomenológica, así fenómeno localizado. Resultados: El cuidado en el proceso de trabajo ha demostrado ser un trabajo sistemático, le permite escuchar las necesidades del usuario y establecer una relación, organizar la demanda de manera que el usuario puede programar citas, como una muestra de interés en las necesidades del usuario, y asigna el valor que, como es el área de la atención primaria. Consideraciones finales: Se observa a partir de diferentes actores esfuerzos para incorporar un cambio en la forma de atención en el modelo de atención de la salud.

Palabras clave: Cuidado, El atención primaria de salud, Sistema Unico del Salud.

María de Lourdes da Silva M. Ferreira

Enfermeira, Professora Ass Dra - Departamento de Enfermagem - Faculdade de Medicina de Botucatu -UNESP

Rosana Maria do Vale B. P. Ferreira

Enfermeira, Mestre em Enfermagem pelo Programa Mestrado Profissional do Departamento de Enfermagem - Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP

Maria José Sanches Marin

Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Docente do Curso de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Marília e do Programa de Pós-Graduação da Universidade Estadual Paulista - Campus de Botucatu.

Adriana Avanzi Marques Pinto

Doutoranda do Programa de Mestrado Acadêmico e Doutorado do Departamento de Enfermagem - Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP.

Fernanda Moerbeck Cardoso Mazetto

Doutoranda do Programa de Mestrado Acadêmico e Doutorado do Departamento de Enfermagem - Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP. Docente do Curso de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Marília

Silmara Meneguim

Enfermeira, Professora Ass Dra - Departamento de Enfermagem - Faculdade de Medicina de Botucatu -UNESP.

Recebido em: 29/10/2016

Aprovado em: 10/02/2016

Introdução

A atenção básica, enquanto um dos eixos estruturantes do Sistema Único de Saúde (SUS) vive na atualidade um momento especial ao ser assumida como uma das prioridades do Ministério da Saúde. Nesse sentido, a Política Nacional de Humanização deixa de ser apenas um programa a ser aplicado aos serviços de saúde, mas uma política que opera de forma transversal em toda a rede. Para isso, o acesso e o acolhimento, são concebidos como princípios do SUS e favorece a obtenção de melhores resultados nas intervenções em saúde, possibilitando a continuidade do cuidado em qualquer nível de atenção por serem elementos essenciais à assistência, uma vez que visam à qualificação do cuidado prestado.¹

O acolhimento adotado como pos-

tura e prática nas ações de atenção e gestão em unidades de saúde favorece a construção de uma relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e serviços, o que contribui para a promoção da cultura de solidariedade e legitimação do sistema público de saúde. Favorece, ainda, a possibilidade de avanços no vínculo entre usuários, trabalhadores e gestores da saúde em defesa do SUS como uma política pública essencial “da” e “para” a população brasileira.²

Ainda que, a necessidade de estabelecer vínculos com a clientela assistida seja condição fundamental para concretizar o acolhimento observa-se que o mesmo tem assumido diferentes formatos e vieses, que dificultam sua efetivação no âmbito da atenção primária à saúde. Nessa perspectiva, considera-se que o acolhimento tem que avançar no sentido de sair das relações rotineiras de trabalho (assistencialismo) meramente burocrático para incorporar-se no sistema de atendimento como forma facilitadora na promoção do bem-estar físico, mental e social do usuário do sistema público de saúde³.

Segundo a Portaria n. 2488, de 21 de outubro de 2011 da Política Nacional de Atenção Básica, esta é o primeiro Ponto de Atenção à Saúde e a Principal Porta de Entrada do SUS. Caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo por meio da promoção e a proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades⁴.

Em um contexto de mudanças em que novas propostas de cuidado são necessárias, profundas e desafiadoras, pois implica em uma mudança de postura dos profissionais da equipe de saúde, tem-se como destaque o papel do enfermeiro enquanto um profissional que ao mesmo tempo tem sob sua responsabilidade outros integrantes da equipe de enfer-

magem, além de muitas vezes assumir a gestão do serviço.

Dada a relevância do papel do enfermeiro na atenção primária, as instituições formadoras têm se preocupado em desenvolver as competências inerentes a esse trabalho. Em análise da percepção do enfermeiro sobre o trabalho na Estratégia Saúde da Família, mostrou que a forma de conceber o trabalho é perme-

“O acolhimento adotado como postura e prática nas ações de atenção e gestão em unidades de saúde favorece a construção de uma relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e serviços, o que contribui para a promoção da cultura de solidariedade e legitimação do sistema público de saúde.”

ada por avanços, limites e contradições inerentes ao momento de transição, sendo considerado que há necessidade de aproximação reflexiva entre o trabalho como concebido e o cotidiano, com vistas à constante reconstrução das práticas⁵.

Visando novas propostas para que ocorra o acolhimento, na linha de frente estão os profissionais de enfermagem, que devem ser alocados em espaço próximo à recepção, para “acolher” em

período integral as pessoas que buscam assistência. Esta ação prevê uma “capacidade ampliada de escuta e análise das necessidades de saúde da população”⁶.

Método

Trata-se de estudo qualitativo, na qual se utilizou o método fenomenológico, modalidade estrutura do fenômeno situado, baseado em Edmund Husserl.⁷ A coleta de dados foi no período de fevereiro a julho de 2013 com enfermeiras da atenção primária à saúde de oito municípios localizados na região noroeste do estado de São Paulo. A rede básica de saúde, para os municípios em estudo, compõe-se de 30 unidades de Atenção Primária à Saúde, sendo sete na modalidade da Estratégia de Saúde da Família (ESF), 23 tradicionais, e destas, 10 incorporam o Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS).

Fizeram parte do universo do estudo todas as enfermeiras atuantes nessas unidades, sendo que a amostra se constituiu por 21 enfermeiras, definida pelo critério da saturação teórica, que leva à suspensão da inclusão de participantes quando os dados passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, certa redundância ou repetição⁸.

O instrumento de coleta de dados contou com dados pessoais e relativos à função exercida, especialização na área e características da unidade e, a outra com a questão norteadora: Como você percebe o acolhimento como processo de trabalho?

Para a análise dos dados, inicialmente foram realizadas repetidas leituras atenta dos discursos e, na sequência, identificaram-se as unidades de significado, para caminhar em direção à intersubjetividade destacar os dados significativos da experiência vivida para a compreensão do fenômeno pesquisado. A extração da essencialidade da percepção sobre acolhimento enquanto processo de trabalho em saúde e a identificação das unidades de significados levou a uma redução na busca da “percepção de

acolhimento para os enfermeiros". Após, estabeleceu-se a redução fenomenológica, cujas expressões cotidianas dos sujeitos da pesquisa foram transformadas na linguagem do pesquisador⁸.

Em seguida, foi realizada a etapa de compreensão ou interpretação, que se iniciou pela análise ideográfica, de forma a evidenciar a estrutura do fenômeno situado: ser enfermeiro e sua percepção sobre acolhimento dos pacientes atendidos. Na busca das unidades de significados, os discursos foram agrupados de acordo com categoria comum, conforme as várias significações sobre acolhimento. Após, procedeu-se a análise nomotética, que se constitui na busca de generalidade para apreender os aspectos mais comuns dos depoimentos e a essencialidade do fenômeno para desvelá-lo⁹.

O estudo foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Medicina de Marília, Parecer 283/10 e as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

A totalidade dos participantes do estudo foi do sexo feminino, a maioria casada e com idade entre 20 e 45 anos. Prevalceu a função de responsável técnica de serviços de enfermagem, além da coordenação do PACS. Os participantes atuavam em unidades básicas tradicionais com ou sem o PACS, bem como na ESF.

Em relação à formação complementar, a maioria dos entrevistados possuía especialização nas áreas de cuidados a pacientes críticos, urgência e emergência, enfermagem do trabalho e obstetrícia.

Na percepção dos enfermeiros, o acolhimento revelou-se em distintos sentidos, sendo ele inerente à sistematização do trabalho, como escuta das necessidades do usuário e estabelecimento de vínculo, organização da demanda para que o usuário consiga agendamento à consulta médica, demonstração de interesse pelas necessidades do usuário,

além de atribuir valor ao mesmo por se tratar do cenário de atenção básica.

Acolhimento como forma sistematizada de atender ao paciente

Os enfermeiros revelaram que o acolhimento é forma de sistematizar a assistência, fornecendo o suporte necessário ao usuário e sendo resolutive, o que inclui se responsabilizar pelo usuário desde o momento que ele entra na unidade.

Acolhimento seria, para mim, a forma sistematizada de você atender o paciente fornecendo suporte necessário (Dep 7).

Se o enfermeiro sistematiza a assistência de enfermagem na unidade, o acolhimento passa a ser uma etapa importante e resolutive (Dep 10).

O enfermeiro tem que ser responsável pelo plano de cuidado, de tratamento, enfim desde a hora que entra na unidade, isso pra mim é acolhimento (Dep 5).

Acolhimento como escuta das necessidades do usuário, vínculo e demonstração de interesse.

Os enfermeiros percebem o acolhimento como forma de escuta e vínculo do usuário que procura a unidade de saúde, sendo esta uma condição fundamental no atendimento das necessidades do usuário. Para tanto, além de desenvolver as ações possíveis dentro da atenção básica, deve contar com uma rede de atenção para dar vazão às condições específicas, por meio do encaminhamento.

[...] Acolhimento é acolher, ouvir, procurar resolver ou encaminhar para que tenha as suas necessidades satisfeitas, objetivo este que procurou a unidade de saúde [...] (Dep18).

Por exemplo, o grupo de gestante [...], ela é acolhida, porém se ela apresentar alteração que foge do pré natal normal, ela deve ser encaminhada, não deixa a gestante vulnerável a alterações que possam comprometer a saúde (Dep 20).

Para o acolhimento é preciso ter vínculo com o paciente... (Dep 19)

Os participantes também colocam que o acolhimento depende do interesse demonstrado para o outro, da comunica-

ção, da tomada de providências e orientações. O enfermeiro também acredita que o acolhimento ocorre pela demonstração de interesse pelas necessidades do usuário, sendo que para isso, deve contar com é preciso contar com profissionais com perfil adequado, conforme se observa nas falas que seguem:

Acolher? É ser receptivo, é proteger, é se interessar pelo outro. Para trabalhar na saúde tem que ter o perfil de acolher, receber, agendar, se interessar[...] (Dep 15)

Se você tiver uma linguagem autoritária, como vai fazer acolhimento... (DEP 8).

[...] tudo depende do perfil do funcionário que eu tenho lá na frente [...] (Dep 16).

Acolhimento como organização do acesso para a consulta médica

O enfermeiro desvelou ainda que o acolhimento se relaciona à organização do acesso à consulta médica, em conformidade com o desejo da pessoa.

A gente aqui tem um acolhimento bom. Aqui é assim, a pessoa chega à consulta é agendada na janela. Não tem nada de senha, a pessoa chega aqui no fichário. A gente encaixa com o médico que o paciente deseja (Dep 12).

Acolhimento para mim é agendamento correto, ter horários para agendar, ter médicos para atender, acolher é oferecer condições para atendimento do paciente, incluindo espaço físico e profissionais (Dep 14).

Valorizando a atenção básica na porta de entrada e acolhendo

Os enfermeiros quando questionados, reconhecem a importância do acolhimento na atenção básica, por ser a porta de entrada do sistema saúde, ou seja, é dela que depende todo o fluxo do atendimento necessário ao usuário.

Se é porta de entrada ao sistema de saúde, o acolhimento é importantíssimo, o usuário vai entrar neste sistema para dar início a resolução de seus problemas (Dep 4).

Os enfermeiros também compreendem como ação pontual que deve ocorrer na recepção dos serviços básicos de

saúde. A seguir apresentam-se os depoimentos:

Acolhimento para mim é a pessoa chegar a recepção, ser bem acolhida. As pessoas sabem questionar, perguntar porque ela está ali (Dep 1).

Acolher? É ser receptivo, é proteger, é se interessar pelo outro. Para trabalhar na saúde tem que ter o perfil de acolher, receber, agendar, se interessar[...] (Dep 15)

Discussão

Partindo da análise das entrevistas com os enfermeiros que atuam na atenção básica, pode-se compreender que os mesmos compreendem em grande parte o sentido do acolhimento, uma vez que associam o mesmo à sistematização do cuidado como forma de melhorar o atendimento à população, referem que o acolhimento é essencial na atenção básica, pois a mesma se constitui na porta de entrada do sistema, além de considerar que o acolhimento inclui a escuta, o vínculo e a demonstração de interesse pelas necessidades das pessoas. No entanto também existem aqueles que consideram o acolhimento como a organização do acesso à consulta médica, o que revela que há valorização do modelo médico centrado.

A proposta do acolhimento, articulada com outras propostas de mudança no processo de trabalho e gestão dos serviços (co-gestão, ambi-ência, clínica ampliada, programa de formação em saúde do trabalhador, direitos dos usuários e ações coletivas) é um dos recursos importantes para a humanização dos serviços de saúde. Contudo, ainda é preciso maior comprometimento dos gestores em saúde, de um sistema público mais organizado, de uma rede assistencial mais organizada que garanta uma assistência que contemple o acolhimento no processo de trabalho em saúde⁹.

Assim como citado pelos enfermeiros entrevistados, o acolhimento é uma intervenção que objetiva a escuta do universo do paciente. Trata-se de uma escuta qualificada com potencial terapêutico, e contribui para a melhoria da atenção centrada na pessoa. Neste contexto, a

escuta ativa e comprometida é fundamental para a concretização da política do acolhimento nos serviços de saúde, assim como, eliminar a atitude de muitos profissionais de "coisificar" as pessoas¹⁰.

A sinalização do acolhimento como espaço de escuta indica que esse, como um conceito-ferramenta, tem potência de produzir efeitos terapêuticos em sujeitos que se encontram em sofrimento psíquico e que o ato de acolher torna-se um ato de cuidado. Configura-se, ainda, em saber quem vai receber o usuário que chega; como avaliar o risco e a vulnerabilidade desse usuário; o que fazer de imediato; quando encaminhar/agendar uma consulta médica; como organizar a agenda dos profissionais; que outras ofertas de cuidado (além da consulta) podem ser necessárias¹¹.

No entanto, ainda permanece, entre os entrevistados, a visão medicalizada do sistema de saúde, a qual é considerada como um processo sociocultural que transforma em necessidades médicas as vivências que eram administradas no próprio ambiente familiar. Ela acentua a realização de procedimentos profissionalizados, diagnósticos e terapêuticos, que são muitas vezes desnecessários¹².

O acolhimento, não se trata de ação isolada, como uma entrevista individual e privativa de determinado profissional, mas sim como um processo coordenado e organizado. E que, deva ser capaz de incluir os usuários nos serviços e, ao mesmo tempo, potencializar os profissionais de saúde e gestores na construção de espaços democráticos, éticos e reflexivos para a construção de um novo modelo assistencial¹³.

É importante ressaltar que o acolhimento da demanda espontânea "pede" e provoca mudanças nos modos de organização das equipes, nas relações entre os trabalhadores e nos modos de cuidar. Para acolher a demanda espontânea com equidade e qualidade, não basta distribuir senhas em número limitado (fazendo com que os usuários formem filas na madrugada), não é possível (nem necessário) encaminhar todas as pessoas ao médico

(o acolhimento não deve se restringir a uma triagem para atendimento médico).

Acolher implica em algumas considerações a serem pensadas, como, a ambi-ência do local e a garantia de atendimento, acesso aos serviços e escuta às necessidades. A ambi-ência é o tipo de tratamento ofertado com relação ao espaço físico, social, profissional e às relações que proporcionam atenção acolhedora, resolutive e humana. A garantia de atendimento é um direito do usuário para que receba todas as ações prescritas, e que estas estejam acessíveis. Nesse sentido, é necessário que cada profissional escute o usuário e leve em consideração sua queixa ou seu pedido, já que eles têm significado diante da realidade enfrentada, como desvelado neste estudo.

A prática do acolhimento vem se integrando às diferentes formas de cuidado prestadas ao usuário e ao cuidador, o que contribui para que singularidades sejam compreendidas. Uma assistência integral contribui para a divisão de saberes e responsabilidades, estabelecendo que práticas de atenção à saúde sejam criativas e singulares contribuindo para a integralidade e resolubilidade do cuidado¹⁴.

Para além de uma concepção do acolhimento como ação técnico-assistencial, acolher necessita de ações mais diversificadas e pouco ritualizadas com profissionais mais flexíveis e versáteis. Neste sentido, quanto mais as pessoas trabalharem juntas, mais aberto e acessível o serviço estará a todos os tipos de demanda, aumentando a possibilidade de imersão da equipe no mundo sociocultural de sua área de abrangência, de troca saberes pessoais e profissionais¹⁵.

No entanto, "acolher" não significa a completa resolução das demandas apresentadas pelos usuários, mas compete aos trabalhadores de saúde, conhecer a história de vida dos usuários, a fim de favorecer escolhas e caminhos com comprometimento, segurança e esperança de uma resposta positiva ao seu perfil atual¹⁶.

Assim como manifestado pelos enfermeiros entrevistados, as ações realizadas

na porta de entrada só ganha sentido se o acolhimento for entendido como uma passagem para os processos de produção de saúde⁸. Entretanto, observam-se fragilidades neste processo, quando há o distanciamento entre o significado do acolhimento e os modos de acolher existentes na prática. Em seu significado, o acolhimento é compreendido como método de escuta atenta e qualificada, e o modo de acolher são as estratégias para que o acolhimento se efetive¹⁷.

O acolhimento altera o processo de trabalho e, conseqüentemente, a gestão dos serviços de saúde, na qual os profissionais assumem compromissos com as práticas transformadoras. É por meio do acolhimento que ocorre a troca de conhecimentos, valores e crenças, e principalmente proporciona a equipe de enfermagem o interagir com a comunidade, e viabiliza a saúde e a qualidade de vida

do usuário¹⁸.

Enquanto postura e prática nas ações de atenção e gestão nas unidades de saúde favorece a construção de uma relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e os serviços, contribui para a promoção da cultura de solidariedade e para a legitimação do sistema público de saúde. Favorece ainda, a possibilidade de avanços na aliança entre usuários, trabalhadores e gestores da saúde em defesa do SUS como uma política pública essencial para a população brasileira².

Conclusão

Este estudo mostrou que, em parte, os enfermeiros compreendem o significado do acolhimento e procuram inserir os princípios do SUS no processo de trabalho, algumas vezes compreendendo o mesmo como o próprio processo de trabalho.

Por outro lado, ainda existe visão restrita do significado do acolhimento, o que por certo dificulta a sua implementação. Frente a isso, depreende-se que há necessidade da inserção de abordagens teóricas e práticas sobre o acolhimento no cotidiano da formação dos enfermeiros, bem como de capacitação dos profissionais, por meio da educação permanente, para que corroborem com a realização de um acolhimento enquanto processo coordenado e organizado para uma assistência humanizada.

A proposta do acolhimento surge para auxiliar a mudança do modelo assistencial médico centrado com ações curativas estabelecendo-se relações efetivas e desenvolvimento da autonomia do usuário, reafirmando a busca do cuidado integral, fazendo da Atenção Básica à Saúde um caminho para uma melhor assistência à saúde. 🐦

Referências

1. Corrêa ACP, Ferreira F, Cruz GSP, Pedrosa ICF. Acesso a serviços de saúde: olhar de usuários de uma unidade de saúde da família. *Rev Gaúcha Enferm.* 2011; 32 (3):451-7.
2. Brasil. Ministério da Saúde, Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Acolhimento nas práticas de produção de saúde (Série B. Textos Básicos de Saúde)*, 2. ed., 5. reimpr. Brasília; 2010.
3. Mitre SM, Andrade EIG, Cotta RMM. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* 2012; 17(8): 2071-85.
4. Coordenadoria da Atenção Básica – CAB, Secretaria Municipal da Saúde. São Paulo. [citado 2016 fev 3] Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/index.php?p=1936.
5. Souza MG, Mandu ENT, Elias AN. Percepções de enfermeiros sobre seu trabalho na Estratégia de Saúde da Família. *Texto Contexto Enferm* 2013 Jul-Set; 22(3): 772-9.
6. Brasil. Ministério da Saúde. *Acolhimento à demanda espontânea. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica.* Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
7. Holloway I, Wheller S. *Phenomenology*. In: Holloway I, Wheller S. Organizadores. *Qualitative research in Nursing and Healthcare*. Third Edition. Oxford: John & Son, 2013. p 213-31.
8. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Acolhimento à demanda espontânea*. 2011. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.
9. Oliveira DA, Guimarães JP. A importância do acolhimento com classificação de risco nos serviços de emergência *Caderno Saúde e Desenvolvimento* 2013; 2 (2):25-44.
10. Maynard WHC, Albuquerque MCS, Brêda MZ, Jorge JS. A escuta qualificada e o acolhimento na atenção psicossocial *Acta Paul Enferm.* 2014; 27(4): 300-3.
11. Scheibel A, Ferreira LH. Acolhimento no caps: reflexões acerca da assistência em saúde mental. *Revista Baiana de Saúde Pública.* 2011; 35(4): 966-83.
12. Garuzi M, Achitti MCO, Sato CA, Rocha SA, Spagnuolo RS. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. *Rev Panam Salud Publica* 2014; 35(2): 144-9.
13. Mitre SM, Andrade EIG, Cotta RMM. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* 2012; 17(8): 2071-85.
14. Velasco K, Rivas LAF, Guazina FMN. Acolhimento e escuta como prática de trabalho do psicólogo no contexto hospitalar *Disciplinarum Scientia. Série: Ciências Humanas* 2012; 13(2): 243-55.
15. Scholze A S. Acolhimento com classificação de risco para a Estratégia Saúde da Família: a prática em uma unidade docente-assistencial. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2014; 9(31): 219-26.
16. Oliveira JR de, Albuquerque MCS de, Brêda MZ, Barros LA, Lisbôa GLP. Concepções e práticas de acolhimento apresentadas pela enfermagem no contexto da atenção básica à saúde. *Rev enferm UFPE on line.* 2015; 9(Supl. 10): 1545-55.
17. Souza APR, Crestani AH, Vieira CR, Machado FCM, Pereira LL. O grupo na fonoaudiologia: origens clínicas e na saúde coletiva. *Rev CEFAC* 2011, 13(1): 140-51.
18. Fonseca GGP, Lima SBS de, Parcianello MK, Bisogno SBC, Francisco Ritter F, Badke MR. Acolhimento e vínculo no processo de fazer dos agentes comunitários de saúde: Revisão Integrativa. *Saúde* 2013; 39(2): 0922.

Práticas e saberes do cuidador familiar de portadores de Alzheimer à luz de stratuss

RESUMO | Objetivo: Analisar práticas e saberes do cuidador familiar de portadores de Alzheimer à luz da teoria de Strauss". Método: Estudo do tipo descritivo com abordagem qualitativa e análise a luz da Teoria Fundamentada nos Dados desenvolvida por Anselm Strauss. Resultados: Emergiram três categorias analíticas com as respectivas subcategorias. "A dimensão do cuidar" e subcategorias: I Rotina Geral; II Rotina/ Relação do Grau de dependência; III Interferência do uso de medicação na rotina. "Enfrentamento das dificuldades no cuidado ao paciente" e subcategorias: IV Enfrentamento das Dificuldades; V Alimentação higiene corporal e medicação; VI Comportamento do paciente humor e agressividade; VII Impactos na descoberta da doença. "Possibilidades de aquisição do conhecimento" e subcategoria. VIII Busca pelo conhecimento através da mídia, equipes de saúde e Associação Brasileira de Alzheimer. Conclusão: As várias fases da doença influenciam no processo de cuidar havendo a necessidade de entender a doença em todos os aspectos.

Palavras-chave: Doença de Alzheimer, Cuidadores, Práticas de Família.

ABSTRACT | Objective: To analyze practices and knowledge of the family caregiver of Alzheimer's patients in the light of Strauss. Method: a descriptive study with qualitative approach and analyzing based on the Grounded Theory data developed by Anselm Strauss. Results: three analytic categories with subcategories emerged. "The dimension of care" with three subcategories: I. General Routine; II Routine / degree dependence of relationship; III Interference routine on medication. "Confronting the difficulties in patient care" with three subcategories: IV Confronting Difficulties; V Power body care and medication; VI patient behavior mood and his aggression; VII Impacts on the discovery of the disease. Category "acquisition possibilities of knowledge" with a subcategory. VIII Search for knowledge through the mídia, health teams and Alzheimer's Brazilian Association. Conclusion: The various stages of the disease influence the process of care with the need to understand the disease in all aspects, thus the patient will become increasingly dependent on a caregiver.

Keywords: Alzheimer's disease, Caregivers, Family Practices

RESUMEN | Objetivo: Analizar las prácticas de las madres de familia y conocimiento en el manejo de los pacientes con la enfermedad de Alzheimer. Método: Estudio descriptivo con enfoque cualitativo y el análisis de la luz de los datos de Teoría Fundamentada de Anselm Strauss desarrollados. Resultados: surgen tres categorías analíticas con subcategorías. "La dimensión de la atención" con tres subcategorías: I. rutina general; Rutina de grado II / dependencia de la relación; Interferencia rutina III en la medicación. "Frente a las dificultades en la atención al paciente" con tres subcategorías: I V Frente a las dificultades; V Potencia el cuidado del cuerpo y la medicación; VI paciente estado de ánimo y el comportamiento de agresión; Impactos VII en el descubrimiento de la enfermedad. Categoría "posibilidades de adquisición de conocimiento" con una subcategoría. VIII búsqueda del conocimiento a través de los medios de comunicación, los equipos de salud y la Asociación Brasileña de Alzheimer. Conclusión: Las diferentes etapas de la enfermedad influyen en el proceso de atención a la necesidad de comprender la enfermedad en todos los sentidos.

Palabras clave: Alzheimer de la enfermedad, cuidadores, Prácticas familiares.

Francisco Jadson Silva Bandeira

Enfermeiro Docente de Graduação em Enfermagem do CESUPA, Mestrando do Programa de Pós-graduação em Enfermagem – PPGENF/UFPA. Especialista em Urgência e Emergência pela UFPA e Especialista em Gestão da Atenção Primária pela UEPA.

Hilma Solange Lopes Souza

Enfermeira Docente CESUPA / UFPA Mestre em Doenças Tropicais pelo NMT-UFPA Especialista em Administração da Assistência em Enfermagem, MBA em Auditoria em serviços de Saúde

Gisele Brasil Ramos

Discente do 8º período do Curso de Enfermagem do CESUPA, Belém/PA

Marucia Fernandes Verçosa

Coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem no CESUPA. Graduada em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade Federal do Pará. Mestre em Gestão de Empresas pela Universidade Lusófona de Portugal. Especialista em Sistematização da Assistência em Enfermagem em Doenças Tropicais pela Universidade Federal do Pará.

Ana Claudia Portal Vávra

Discente do 8º período do Curso de Enfermagem do CESUPA, Belém/PA

Márcio Wilson Castro da Silva

Discente do 8º período do Curso de Enfermagem do CESUPA, Belém/PA

Mônica Custódia do Couto A. Pamplona

Docente do Curso de Graduação em Enfermagem do CESUPA/ professora adjunta do Curso de Enfermagem na UEPA. Enfermeira Assistente na Unidade de Saúde de Ananindeua. Doutora em Biologia Molecular e Parasitária pela Universidade Federal do Pará.

Ivone Pereira Peixoto

Docente adjunta III do Departamento de Enfermagem Comunitária da UEPA. Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ. Membro do grupo de pesquisa de intervenções de enfermagem no processo saúde-doença.

Oswaldo da Silva Peixoto

Mestre em Biologia Parasitária pela UEPA. Graduado em Medicina pela Universidade Federal do Pará. Docente do curso de medicina, no módulo de Estratégia Saúde da Família na FAMA.

Recebido em: 28/11/2016

Aprovado em: 10/02/2016

Introdução

O envelhecimento é um processo fisiológico e inevitável de todo ser humano, onde durante este processo ocorrem mudanças cotidianas que estão ligadas ao tempo. É um fenômeno de caráter mundial, evidente tanto nos países desenvolvidos quanto naqueles subdesenvolvidos, na perspectiva de desenvolvimento diante da globalização¹

Muitos são os problemas que afetam o processo de envelhecimento, e dentre ele destacamos a demência reconhecida como síndrome caracterizada por deterioração intelectual que ocorre em adultos, e é tão severa que interfere no desenvolvimento social da pessoa¹⁻². Dentre as demências senis, a do tipo Alzheimer pode ser entendida como uma doença neurológica, progressiva e irreversível com início insidioso, caracterizada por perdas gradativas da função cognitiva e distúrbios do comportamento, mudanças de humor e do afeto. Esta demência interfere nas atividades diárias e sociais do idoso enfermo, conferindo-lhe dependência e consequentemente necessidade de cuidados/ações direcionadas².

As graduais perdas cognitivas, mudanças comportamentais, emocionais e até de personalidade do paciente são quadros característicos da patologia exigindo assim grande capacidade de adaptação para o convívio satisfatório³. Devido à dependência do paciente com Alzheimer exigem-se cuidados especiais, em que, o cuidador tem função importante, exercendo inúmeras atividades que visam proporcionar melhor qualidade de vida, cuidados esses que auxiliam nas agilidades domésticas e nos cuidados

personais, sobretudo dando apoio emocional e psicológico⁴.

As diversas dificuldades e impossibilidades do paciente da doença de Alzheimer em se cuidar, gera dependência e necessidade no auxílio das atividades diárias. Tornando-se o custo oneroso principalmente devido ao tratamento e a contratação de um profissional cuidador de idoso, por isso muitos familiares que não possuem condições financeiras para custear os cuidados e o tratamento, assumem este papel de forma desassistida sem apoios de programas governamentais efetivos, os quais deveriam fornecer subsídios e orientações para a prática deste cuidador.⁴

A importância desse estudo caracteriza-se pelo fato de que a prevalência de demência em idosos esteja aumentando com o passar dos anos, tendo em vista o crescimento dessa população. Buscando assim se perguntar: Quais as práticas e saberes de cuidadores de Alzheimer?

E assim, diante deste contexto pretende-se qualificar cada vez mais os cuidadores, conforme as suas demandas, sejam eles formais ou familiares para o melhor manejo a esta clientela, buscando minimizar as dificuldades e auxiliá-los no processo de cuidar. Nessa priori o objetivo foi analisar práticas e saberes do cuidador familiar de portadores de Alzheimer à luz da teoria de Strauss⁵.

Método

O tipo de estudo que delineou a presente pesquisa foi o descritivo com abordagem qualitativa, sendo realizada na Associação Brasileira de Alzheimer regional (ABRAZ/PA), em Belém do Pará.

Participaram da pesquisa 15 (quinze) cuidadores informais maiores de 18 anos, cadastrados na Associação Brasileira de Alzheimer, independente do sexo e parentesco constituído. A pesquisa teve aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do CESUPA com o número: 1.471.694, resolução 466/12. As falas de todo o corpus do trabalho foram analisadas a luz da Teoria Fundamentada nos dados desenvolvida por Strauss e Juliet Corbin, em 2008⁵. Essa

estratégia propõe a organização de dados em um esquema classificatório, por categoria ou por classificação⁶. No processo de codificação dos dados, as entrevistas foram transcritas e examinadas, recortando as unidades de análises e feita a codificação substantiva dos dados, através das codificações aberta e axial. Na primeira fase, codificação aberta, os dados foram examinados, comparados e feitos os questionamentos sobre o fenômeno que procede, a fim de se extrair as ideias principais gerando códigos.

Na segunda fase, codificação axial, os códigos construídos na fase anterior foram relacionados e agrupados de tal forma a permitir conexões que identificassem subcategorias, mais abstratas e abrangentes para o estudo. Nessa fase as subcategorias foram integradas e definidas de tal modo que permitissem descobrir a categoria central. Emergiram no corpus da pesquisa 03 categorias com suas respectivas subcategorias.

Resultados

Participaram do estudo quinze cuidadores familiar, sendo apenas 01 do sexo masculino. As faixas etárias dos entrevistados estão entre 27 a 73 anos com nível de escolaridade superior completo e renda em média 15 salários mínimos vigente que compartilham os cuidados com outras pessoas da família.

Após a transcrição literal dos dados resultaram três categorias analíticas, "A dimensão do cuidar"; "Enfrentamento das dificuldades no cuidado ao paciente de DA" e "Possibilidades de aquisição do conhecimento".

"Dimensão do cuidar" Subcategorias 1- Rotina Geral; 2- Rotina / Relação do Grau de dependência; 3- Interferência do uso de medicação na rotina.

Na categoria "Enfrentamento das Dificuldades", surgiram três subcategorias, Alimentação; higiene corporal e medicação; Comportamento do paciente (humor e agressividade). Impactos na descoberta da doença.

Na categoria "Possibilidades de aqui-

sição do conhecimento” surgiram três subcategorias, busca pelo conhecimento através da mídia, equipes de saúde e Associação Brasileira de Alzheimer.

Discussão

Observa-se a predominância da mulher no desempenho de atividades de cuidadoras, e mulheres bem-sucedidas que por ter curso superior conseguiu acesso no mercado de trabalho com bons salários e no atual contexto disponibilizam o cuidado junto a seus familiares. O estudo converge em aspectos de gênero e diferem nos aspectos econômicos comparado a um estudo transversal com 29 cuidadores de pacientes com DA que demonstram que o perfil do cuidador foi maioria feminina (89,7%), média etária de 58,48 anos e em relação à situação socioeconômica dos pacientes, 62,1% referiram uma renda mensal de até três salários mínimos.⁷

Na análise dos relatos descritas a seguir serão demonstradas as fases de análise como exemplo na primeira categoria.

Categoria I- Dimensão do Cuidar: ‘Subcategoria Rotina Geral.

Transcrição na literal

...é assim a rotinaé acordar, ver se está disposta a levantar, porque tudo tem que ter consentimento né? Então mamãe vamos para o banheiro sempre convidando tudo como se fosse vamos, vamos juntas, não que ela fosse fazer sozinha. [...] vamos ao banheiro tem toda a parte da higiene, toma banho de manhã porque normalmente já fez xixi e a fralda as vezes saiu. Depois tem algumas atividades [...] física ou oficina de espanhol. Bom daí depois de algumas atividades coloco músicas para ela ouvir e cantar [...] (Pérola)

Unidade de análise

Vamos ao banheiro tem toda a parte da higiene, toma banho de manhã porque normalmente já fez xixi e a fralda as vezes saiu. Então já estava na rotina o banho. (Pérola)

Bom daí depois de algumas atividades coloco músicas para ela ouvir e cantar. (Pérola).

Código

Descrevendo as atividades rotineiras do dia- a- dia dando ênfase ao banho matinal e aos cuidados higiênicos realizados como um cuidado principal em sua rotina.

Explicando quais atividades utiliza com estratégias para mantê-la ativa e ocupar o tempo livre.

Relatando a diversidade de cuidado com o paciente de D.A.

Categoria Central

A dimensão das ações que são executadas diariamente, que requer na realidade várias sequências em ordens bem definidas.

-As ações que são executadas no dia a dia requerem conhecimento e paciência para serem feitas rotineiramente com segurança.

Na fala a seguir o cuidador expõem os diversos cuidados executados na rotina diária e a intensidade com que são desenvolvidas no cotidiano.

A minha rotina é todas as manhãs dedicada a ela [...], mas eu diariamente estou do lado dela porque administro todas as atividades dela né, acompanho ao médico, alimentação, divertimento, vida social, eu de onze sobrinhos coube a mim está tarefa, esse cuidar. [Diamante]

A evolução da doença de Alzheimer à medida que progride limita as atividades da vida diária dos pacientes, gerando perda de independência e autonomia modificando gradativamente ou bruscamente a rotina, tornando-se dependente de um cuidador. A rotina doméstica é conservada por muito tempo as primeiras habilidades que são comprometidas são as que apresentam certa complexidade, depois as mais elementares. O quadro se agrava quando o paciente desenvolve sintomas psicóticos ou alterações comportamentais, por vezes destrutivas, impondo grande desgaste ao paciente⁷

Silveira, Caldas e Carneiro concordam que cuidar de um idoso com doença crônica mobiliza sentimentos diversos e opostos num espaço de tempo curto, tais como: amor e raiva, paciência e intolerância, carinho e tristeza, irritação, desânimo, pena, revolta, medo, insegurança, solidão,

dúvida, medo da morte do idoso. Ou seja, dilemas e conflitos interpessoais⁸.

Em relação a dimensão das ações de cuidar os cuidadores demonstram que: As atividades realizadas diariamente requerem planejamento com sequências em ordens bem definidas.

Manso e Biffi ressaltam que as rotinas devem ser escritas, ações planejadas e executadas de acordo com as necessidades da pessoa a ser cuidada e dos conhecimentos e disponibilidades do cuidador, privilegiando sempre a promoção da saúde, prevenção de incapacidades e manutenção da capacidade funcional da pessoa cuidada e do cuidador, evitando assim hospitalização, asilamentos e outras formas de segregação e isolamento⁹.

Na categoria “Enfrentamento das Dificuldades”, surgiram três subcategorias, Alimentação; higiene corporal e medicação; Comportamento do paciente (humor e agressividade). Impactos na descoberta da doença.

O enfrentamento do cuidador frente as alterações comportamentais do paciente.

Ressalta-se que os distúrbios comportamentais do idoso são agravos da própria doença e são fatores determinantes e condicionantes para o grau de relacionamento entre o idoso e o cuidador familiar, bem como o desgaste físico e emocional deste.

Rapidamente se perceberá que conviver com alguém com a doença de Alzheimer nem sempre é um “belo mar de rosas”. A vida é pontuada de “crises” ele está agitado não para quieto, opõe – se aos cuidados, torna-se agressivo, vê ou ouvi coisas que não existem (são alucinações) têm ideia de roubo, de ciúme, está convencido de que você quer se livrar dele (são ideias delirantes) ele ameaça suicídio¹⁰.

Ao analisarmos as falas dos cuidadores está evidente o enfrentamento durante as crises apresentadas pelos pacientes de Alzheimer, causados pela evolução da doença.

...quando eu comecei a retirar algumas coisas que tirava a independência dela [...] nessa época o que foi mais difícil foi a

parte emocional. Ela começou a ter crise de raiva, era uma raiva assim que tu não conheces a pessoa sabe? [...] (Safira)

Logo nos primeiros dias era um negócio tenebroso, a pessoa tava dormindo assim ela chegava dizendo: Tu és ladra, tu és safada, tu táis botando homem aqui dentro acordava a pessoa dessa maneira. Às vezes dava na menina fazia miséria [...] então tudo foi dificultando para mim, uma dificuldade tremenda, foi evoluindo muito rápido à doença [...] e pior a mamãe foi uma paciente muito agressiva [...] (Topázio)

Compreende-se com base nos estudos de Borges que cuidar de um idoso com demência requer trabalho e paciência. É um trabalho especial, de um doente especial, feito por uma pessoa mais especial ainda, que é o cuidador!¹¹

Em relação ao sentimento de tensão constatado nas entrevistas aos cuidadores informais, a investigação refere-o como uma resultante da prestação direta de cuidados à pessoa idosa¹², dado que não raras vezes, a mesma é acompanhada de perturbações emocionais e comportamentais do prestador de cuidados.

Na categoria “Possibilidades de aquisição do conhecimento” As falas dos cuidadores referentes ao conhecimento da

doença para promover o cuidado comprovam que outrora o acesso a busca pelo conhecimento era muito complicado.

O ensinamento é que eu tenho a prática é eu trabalhei 03 anos na enfermagem, e para mim não foi muito difícil, até porque na enfermagem tudo é programado, tudo a gente programa e para mim foi fácil. [...] (Jade)

Ao saber o diagnóstico imediatamente me foi sugerido ir para a Associação Brasileira de Alzheimer aprender [...] (Pérola)

Para sentir-se seguro para lidar com as diversas manifestações no curso da D.A., o cuidador precisa conhecer a enfermidade. Quando informado sobre a doença, ele possivelmente consegue construir uma convivência facilitada, porque pode se planejar e se reorganizar com mais segurança e melhor manejo diante da enfermidade¹³.

Conclusão

Nas principais dificuldades enfrentadas nas atividades ditas básicas e complexas do cotidiano a aceitação pelos pacientes esta principalmente na higiene corporal/alimentação, higiene oral que são cuidados repetitivo, havendo necessidade de entender a doença em todos seus aspectos pois de um modo geral o enfrentamento

parti da necessidade de um planejamento e orçamento financeiro.

A interferência do uso de medicação na rotina do paciente requer na realidade várias sequencias em ordem bem definida e são apontadas como as principais alterações nas necessidades humanas básicas pertinentes ao sono e repouso.

No enfrentamento diante das mudanças comportamentais do paciente (alterações de humor e agressividade), a evolução da doença tende a aumentar as dificuldades para a realização dos cuidados, levando os pacientes a perda da independência e da autonomia, que são impactantes podendo afetar a segurança do idoso. Como não consegue expressar suas emoções com os outros pode recorrer a comportamentos estranhos, cabe ao cuidador compreender que essas reações não são intencionais.

O idoso com Alzheimer possui sua individualidade, é um ser humano e merece respeito, carinho e consideração como qualquer outro. O cuidador necessita, pois de técnicas de manejo, paciência e controle frente aos distúrbios de comportamento e assim adquirir domínio sobre a situação e condição de saúde do paciente. Não é fácil, mas é possível. 🐦

Referências

1. Santos SSC, Pelzer MT, Rodrigues MCT. Condições de enfrentamento dos familiares cuidadores de idosos portadores de doença de Alzheimer. RBCEH. Passo Fundo, v. 4, n. 2, p. 114-126, jul. Dez. 2007.
2. Fonseca AM, Soares E. O processo saúde-doença e o cuidado domiciliário ao portador de Doença de Alzheimer. Fam. Saúde Desenvolvimento. Curitiba, v.8, n.2, p.163-167, maio-ago. 2006.
3. Santana RF, Almeida KS, SAVOL DI NAM. Indicativos de aplicabilidade das orientações de enfermagem no cotidiano de cuidadores de portadores de Alzheimer. Rev. Escola de Enfermagem USP. vol. 43, n.2, p.459-64, 2009.
4. Inouye K, Silva EP, Iost SC, Yoshie CT. Percepção de qualidade de vida do idoso com demência e seu cuidador familiar: avaliação e correlação. Revista Latino-Americana de Enfermagem, [Internet] 2009.
5. Gil AC. Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.
6. Strauss AL, Corbin JM. Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. 2ª ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2008.
7. Lemos ND, Gazzola JM, Ramos LR. Cuidando do paciente com Alzheimer: o impacto da doença no cuidador. Saúde e Sociedade, 2006 - repositório.unifesp.br. Capturado da internet em 30 de setembro, 2016. <http://www.repositorio.unifesp.br/bitstream/handle/11600/3388/S0104-12902006000300014.pdf?sequence=1>
8. Silveira TM, Caldas CP, Carneiro TF. Cuidando de idosos altamente dependentes na comunidade: um estudo sobre cuidadores familiares principais. Cad. Saúde Pública, 8, 1629-1638. Acesso em 16 de maio de 2016.
9. Manso MEG, Biffi ECA, (Org). Geriatria: Manual da LEPE – Liga de Estudos do Processo. São Paulo (SP) : Martinari, 2015.
10. Elmès J, Derouesné C. Guias Práticas do Cuidador: A Doença de Alzheimer: o guia para o cuidador. Editora- Andrei-São Paulo (SP) (2008).
11. Borges MF. Convivendo com o Alzheimer. Manual do Cuidador. Médico Geriatra e Coordenador da sub-regional da Abraz; Juiz de Fora. MG: 2012.
12. Loureiro HAM, Avaliação em Domicílio da Sobrecarga e da Qualidade de Vida de Cuidadores Informais de Idosos Evaluation at Homestead overload and Quality of Life Informal Caregivers of the Elderly. Ver Nursing. Edição portuguesa. Capturado em fev de 2017. <http://www.Nursing.pt/avaliacao-em-domicilio-da-sobrecarga-e-da-Qualidade-de-Vida-de-Cuidadores-Informais-de-Idosos>
13. Freitas ICC, Paula KCC, Soares JL, Parente ACM. Convivendo com o portador de Alzheimer: perspectivas do familiar cuidador. Rev Bras Enferm [online]. 2008; 61(4): 508-13

Assistência e acompanhamento de enfermagem a mulheres com diabetes gestacional

RESUMO | Introdução: O diabetes gestacional é definido como qualquer grau de redução da tolerância à glicose, cujo início ou detecção ocorre durante a gravidez. O controle inadequado do DMG aumenta os riscos, as complicações e os efeitos adversos para o binômio mãe-filho no período pré-natal e neonatal. Objetivos: Identificar a ocorrência de rastreamento positivo para diabetes entre gestantes e destacar a assistência de enfermagem prestada a essas mulheres. Método: Uma revisão integrativa de modo descritivo, com abordagem qualitativa. Resultados: Selecionou-se 06 artigos que foram submetidos à análise de conteúdo. Discussão: Foi verificado que valorizar a interação entre profissional e paciente é um aspecto primordial do cuidado de enfermagem configurando-se como um passo importante para o sucesso da relação entre os dois. Considerações finais: Identificamos que a ocorrência do diabetes gestacional é um fator cada vez mais inserido na realidade da atuação da enfermagem, seja em âmbito primário, secundário ou terciário.

Palavras-chave: diabetes gestacional, saúde da mulher, enfermagem.

ABSTRACT | Introduction: Gestational diabetes is defined as any degree of reduced glucose tolerance, whose onset or detection occurs during pregnancy. Inadequate control of DMG increases the risks, complications and adverse effects to the mother-child binomial in the prenatal and neonatal period. Objectives: To identify the occurrence of positive screening for diabetes among pregnant women and to highlight the nursing care provided to these women. Method: An integrative review in a descriptive way, with a qualitative approach. Results: We selected 06 articles that were submitted to content analysis. Discussion: It was verified that valuing the interaction between professional and patient is a primordial aspect of nursing care being configured as an important step for the success of the relationship between the two. Conclusion: We identified that the occurrence of gestational diabetes is an increasingly important factor in the reality of nursing performance, whether primary, secondary or tertiary.

Keywords: gestational diabetes, women's health, nursing.

RESUMEN | Introducción: Gestational diabetes se define como cualquier grado de reducción de tolerancia a la glucosa, cuya aparición o detección se produce durante el embarazo. El control inadecuado de DMG aumenta los riesgos, complicaciones y efectos adversos para la madre y el niño en el período prenatal y neonatal. Objetivos: Identificar la ocurrencia de detección positiva para la diabetes entre las mujeres embarazadas y destacan la asistencia de enfermería a estas mujeres. Método: una revisión integradora de forma descriptiva con enfoque cualitativo. Resultados: Se seleccionaron 06 artículos que fueron sometidos a análisis de contenido. Discusión: Se encontró para mejorar la interacción entre el profesional y el paciente es un aspecto clave de la atención de enfermería perfila como un paso importante para el éxito de la relación entre los dos. Conclusión: Encontramos que la aparición de la diabetes gestacional es un factor cada vez insertada en la realidad de la práctica de enfermería, ya sea a nivel primario, secundario o terciario.

Palabras clave: diabetes gestacional, la salud de las mujeres, de ancianos.

Joelma Vasconcelos da Silva

Enfermeira. Pós graduanda em Saúde da Família pela Faculdade Terra Nordeste e Professora do site Questões e Questões de Concursos.

Elias de Almeida Silva

Acadêmico de enfermagem da Faculdade Terra Nordeste e componente do grupo de pesquisa na linha de métodos fitoterápicos (FATENE).

Maria Hayne Cordeiro Vasconcelos

Acadêmica de enfermagem da Faculdade Terra Nordeste e técnica de enfermagem da empresa Petrobrás.

Maria Cleene Pereira de Sousa Lira

Enfermeira. Especialista em obstetrícia e saúde da família pela Universidade Federal do Ceará.

Recebido em: 01/11/2016

Aprovado em: 10/02/2016

Introdução

O diabetes gestacional é uma intolerância aos carboidratos diagnosticada pela primeira vez na gestação apresentando-se como um problema metabólico mais comum durante esse período e sua prevalência depende do grupo étnico, da população e critérios de diagnósticos utilizados^{1,2}.

A princípio, a redução da atividade da insulina durante a gravidez resulta em um estado metabólico que proporciona ao feto uma grande quantidade de nutrientes para o seu desenvolvimento, porém esse aumen-

to poderá levar a anormalidades associada à antogênese fetal ou mesmo ao desenvolvimento pós-natal, dessa forma, é importante o acompanhamento dos profissionais para essa regulação hormonal².

No Brasil, em 2010, a prevalência de (Diabetes Mellitus Gestacional) DMG em mulheres com mais de 20 anos de idade atendidas no Sistema Único de Saúde (SUS) foi de 7,6%³.

Como ainda não existe um consenso internacional definido para o diagnóstico de DMG, as diversas associações como, por exemplo, a AMERICAN DIABETES ASSOCIATION (ADA) e o The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) preconizam a utilização de diferentes métodos diagnósticos (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION 2012). Por isso a ADA preconiza que o rastreio para DMG seja realizado em gestantes com fatores de risco e entre a 24^a e 28^a semana, por meio do TOTG com 75g⁴.

O resultado das amostras de jejum, 1 e 2 horas, deve ser, respectivamente, inferior a 92, 180 e 153 mg/dL. A presença de pelo menos 1 critério alterado firma o diagnóstico de DMG. O Comitê Americano de Ginecologia e Obstetrícia (ACOG) realiza um rastreio com TOTG (Teste Oral de Tolerância a Glicose) de 50g em todas as gestantes entre 24 e 28 semanas.⁵ Se o rastreio for positivo, ou seja, superior a 140 mg/dL após 1 hora, esta paciente deverá realizar o teste diagnóstico com 100g. Os resultados de corte para GJ e após a 1^a, 2^a e a 3^a hora são respectivamente: 95, 180, 155 e 140 mg/dL. Para firmar o diagnóstico de DMG são necessários 2 valores alterados¹⁰.

Diante esses parâmetros, no Brasil estima-se que 2,4% a 7,2% de todas as gestantes desenvolvem (Diabetes Mellitus Gestacional) DMG, o que significa mais de 200.000 casos novos por ano. Vários autores mostraram a necessidade de se identificar as mulheres com potencial para desenvolver DMG devido ao maior risco de complicações maternas e fetais¹¹. Existe uma clara evidência de que a exposição fetal ao ambiente intrauterino adverso aumenta a suscetibilidade de desenvolvimen-

to de doenças crônicas na vida futura.

Mulheres com (Diabetes Mellitus Gestacional) DMG e seus descendentes são mais propensos a desenvolver síndrome metabólica ou diabetes melito tipo 2 (DM2) na vida futura. O DMG está também associado com altos níveis de incontinência urinária (IU) e disfunção muscular do assoalho pélvico, entretanto, ainda não estão bem definidos os mecanismos pelos quais o DMG contribui para a (incontinência urinária) IU⁶.

“O DMG (Diabetes Mellitus Gestacional) está também associado com altos níveis de incontinência urinária (IU) e disfunção muscular do assoalho pélvico, entretanto, ainda não estão bem definidos os mecanismos pelos quais o DMG contribui para a (incontinência urinária) IU6.”

Nessa perspectiva, a atuação da equipe de enfermagem em todo o acompanhamento de gestantes com (Diabetes Mellitus Gestacional) DMG é de fundamental importância para um maior controle e orientação das mesmas quanto a uma maior qualidade de vida uma vez que são os profissionais que podem fazer o acompanhamento dos padrões glicêmicos e possíveis sinais clínicos.

Diante do exposto o enfermeiro tem como fonte de pesquisa, o autorrelato feito pela própria gestante, por isso a validade do autorrelato é de suma importância no pré-natal, pois através dele podemos dar início no diagnóstico, diminuindo os custos e nos

levando a fazer uma comparação entre a validade do padrão-ouro no cartão das gestantes e o autorrelato destas. Assim, torna-se maior o benefício da validade dessas informações sem precisar a confirmação através do padrão-ouro. Uma alteração no rastreamento pode revelar indícios de uma mudança de comportamento durante a gestação⁷.

Dessa forma, o rastreamento da DMG feito pelo enfermeiro na unidade básica de saúde é de imensa importância para detectar aquelas em risco de desenvolvimento de diabetes gestacional¹². A fim de contribuir para a melhoria da assistência no pré-natal, e dos cuidados prestados às mulheres com (Diabetes Mellitus Gestacional) DMG, o objetivo deste trabalho foi identificar a ocorrência de rastreamento positivo para diabetes entre gestantes e destacar a assistência de enfermagem prestada a essas mulheres.

Método

Trata-se de uma revisão integrativa de modo descritivo, com abordagem qualitativa. A pesquisa bibliográfica é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos. A principal vantagem da pesquisa bibliográfica reside no fato de permitir ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente. As pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis⁸.

Realizada através de pesquisa por material através da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Scientific Electronic library Online (SCIELO), LilacS e Medline, foram usados os seguintes descritores: diabetes gestacional and saúde da mulher and enfermagem. Foram encontrados 83 artigos científicos, e após incluir os critérios de exclusão estabelecidos restaram 09 e utilizados apenas 06, pois os demais não se encontravam disponíveis em seu endereço eletrônico. Essa pesquisa foi realizada entre março e dezembro de 2015.

Realizou-se as seguintes etapas na ela-

Tabela 1: Dados bibliográficos dos artigos selecionados para revisão integrativa

Tipo/Ano	Título	Objetivos	Resultados
Artigo-2010	Estudo retrospectivo das implicações maternas, fetais e perinatais em mulheres portadoras de diabetes, em 20 anos de acompanhamento no hospital escola da universidade federal do triângulo mineiro.	Avaliar, do ponto de vista clínico e metabólico, gestantes assistidas pelos serviços de Endocrinologia e de Ginecologia e Obstetrícia (GO) do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) durante o período pré, peri e pós-gestacional.	Em geral, gestantes que desenvolvem DG são diagnosticadas nos serviços de GO quando rastreadas no segundo trimestre e o tratamento transcorre sem a participação dos serviços de Endocrinologia.
Artigo-2011	Diabetes gestacional: um algoritmo de tratamento multidisciplinar.	Este artigo tem como objetivo descrever as diferentes modalidades de tratamento que podem ser empregadas no diabetes gestacional e a rotina para acompanhamento.	Em síntese, o tratamento multidisciplinar estruturado do diabetes gestacional pode proporcionar desfechos maternos e fetais semelhantes aos de populações de baixo risco; a reavaliação e a orientação pós-parto identificam precocemente mulheres com alteração metabólica possibilitando a adoção de ações de prevenção.
Artigo-2013	Pesquisa translacional em diabetes melito gestacional e hiperglicemia gestacional leve: conhecimento atual e nossa experiência.	Analisar a pesquisa translacional visto que é uma das principais causas de morbidade e mortalidade perinatal, bem como da repercussão a longo prazo na vida da mulher.	O DMG é uma condição que pode ser efetivamente controlada, diminuindo os riscos associados, e levar ao nascimento de crianças saudáveis.
Artigo-2013	Diabetes gestacional na perspectiva de mulheres grávidas hospitalizadas.	O objetivo da presente pesquisa foi compreender o significado das experiências vivenciadas por mulheres com DMG.	As doze participantes tinham entre 19 e 44 anos; onze eram casadas, quatro haviam cursado o Ensino Médio e três, o Fundamental. Quatro eram empregadas domésticas e três, do lar. Quatro estavam na primeira gestação; três, na segunda e outras três, na terceira.
Artigo-2013	Diabetes nos partos hospitalares em sistemas de saúde público e privado.	O objetivo do presente estudo foi analisar as tendências do Diagnóstico de diabetes mellitus em partos hospitalares.	No período de 1998 a 2007, por faixa etária, tipo de assistência, média de permanência e tipo de parto, observase tendência de diminuição no número total de partos ao longo dos biênios, proporcionalmente mais acentuada nas faixas etárias mais baixas.

boração da revisão integrativa: estabelecimento da hipótese e objetivo, estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão de artigos (seleção da amostra); definição de informações a serem extraídas dos artigos selecionados, análise dos objetivos e resultados mostrando-se como tópicos chaves para o processo de seleção dos artigos.

A questão norteadora foi: Como está sendo a atuação do enfermeiro no rastreamento e assistência de mulheres com diabetes gestacional e qual a sua importância nesse quadro clínico?

Os critérios de inclusão foram os artigos publicados a partir de 2010 a 2015 que apresentavam os objetivos do estudo, foram excluídos os artigos com língua estrangeiro inglês, espanhol e francês e os publicados até 2009 que não contemplassem o objetivo do estudo.

Com a finalidade de delimitar o objeto do estudo optou-se pela elaboração de uma tabela contendo dados sobre título, ano, tipo de produção, objetivos e resultados. A tabela aborda o quantitativo da seleção dos artigos de pesquisa de acordo

com os critérios de inclusão estabelecidos.

Resultado

A partir da organização das informações a serem extraídas, iniciaram-se então, as etapas da revisão integrativa que correspondem à análise e interpretação dos resultados.

A tabela abaixo demonstra o levantamento bibliográfico com os descritores: diabetes gestacional, saúde da mulher e enfermagem: com dados sobre título, ano, tipo de produção, objetivos e resultados. A tabela aborda o quantitativo da seleção dos

artigos de pesquisa de acordo com os critérios de inclusão estabelecidos.

Discussão

Silva¹⁰, nos mostra que valorizar a interação entre profissional e paciente é um aspecto primordial do cuidado de enfermagem e configura-se como um passo importante para o sucesso da relação entre os dois, pois é instrumento fundamental para estabelecer uma relação de cuidado e de ajuda condizente com as necessidades de cada gestante.

Araujo², concorda que essa interação é importante, pois a gestante necessita de um grau de confiança no profissional que está cuidando não só de sua vida, mas também da vida do filho que ainda nem nasceu. O mesmo afirma em seu trabalho que “O desejo de ser mãe sobrepôs-se à gestação de risco, apesar do potencial ameaçador da gravidez com DMG. A vontade de ter um filho muitas vezes supera o medo de enfrentar complicações no desenrolar da gravidez”.

Rudge⁹, afirma que “apesar da revolução recente no conhecimento científico e infinidade de novas terapias do DMG, há grande lacuna entre o que foi encontrado nas pesquisas e o que é feito na prática da saúde pública, clínica e comunitária”.

Fica evidente que nossa saúde pública está percorrendo um caminho bem estranho, uma vez que temos conhecimento científico avançado, mas nem sempre usamos o mesmo na prática das unidades de saúde, é triste ver tais ações serem cada vez mais comuns.

Sabemos que às vezes é necessário adaptar uma ou outra forma de tratamento para a realidade da unidade, paciente ou comunidade. Weinert¹⁴ nos evidencia isso quando fala sobre o fato do tratamento padrão para o diabetes gestacional ser a insulino-terapia subcutânea, mas que, entretanto, o uso de insulina é complexo e de maior custo. E assim como alternativa terapêutica, medicações orais mostraram-se, recentemente, de efetividade comparável à da insulina no tratamento do diabetes gestacional.

Landim⁸, vai além da assistência de enfermagem à gestante e o rastreamento. Ele afirma que deve haver também uma relação de confiança entre a gestante e o profissional de saúde de forma que, além de desempenhar importante papel nos cuidados de enfermagem prestados à mulher com DMG, o enfermeiro também atua como mediador frente ao sucesso do tratamento da gestante que possui esta patologia, sendo um dos responsáveis pelo

sucesso do desfecho gestacional.

Conclusão

Identificamos que a ocorrência do diabetes gestacional é um fato cada vez mais inserido na realidade da atuação da enfermagem, seja em âmbito primário, secundário ou terciário. Assim, cabe a nós como profissionais de enfermagem preocupados com o bem estar cada vez maior da população estamos preparados para atender essa demanda crescente e ao mesmo tempo conscientizar sobre os riscos da má alimentação e os riscos que os mesmo trazem, orientar também quando os casos já são confirmados tudo que deve ser feito durante essa gestação para que não se tenha prejuízos para mãe e nem para o bebê.

Após a realização do estudo pode-se concluir como o papel do enfermeiro é importante uma vez que deve ser referência na assistência, mantendo-se sempre atualizado e preparado para todas as situações em que se faça necessária sua atuação. Preocupar-se com o próximo vai além da administração de medicamentos, abrangendo assim o cuidado holístico e a humanização em todo e qualquer atendimento, tornando assim nossa profissão cada vez mais consciente e eficiente. 🐦

Referências

1. Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes. *Diabetes Care*. V-35; n1, p 11-64, 2012.
2. Araújo MFM, Pessoa SMF, Damasceno MMC, Zanetti ML. Diabetes gestacional na perspectiva de mulheres grávidas hospitalizadas. *Rev. Bras. Enferm*, Brasília 2013 mar-abr; 66(2):222-7.
3. Baggenstos R, Petzhol SV, Willemann IKM, Pabis FS, Gimenes P, Souza BV, França PHC, Silva JC. Estudo do polimorfismo g54d do gene mlb2 no diabetes melito gestacional. *Arq. Bras. Endocrinol Metab*. 2014; 58(9):900-5.
4. Chaves EGS, Francison PM, Nascentes GNN, Paschoini MC, Silva AP, Borges MF. Estudo retrospectivo das implicações maternas, fetais e perinatais em mulheres portadoras de diabetes, em 20 anos de acompanhamento no hospital escola da universidade federal do triângulo mineiro. *Arq. Bras. Endocrinol Metab*. 2010; 54(7):620-9.
5. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. 3ª Edição. São Paulo. V- 30; n6, p 60-49, 2010.
6. Gil, A.C. Como elaborar projetos de pesquisa, 5ª ed. São Paulo: Atlas, 2010.
7. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes. *Diabetes Care*. V-35; n1, p 11-64, 2012.
8. Ministério da Saúde (BR). Gestação de alto risco: manual técnico. 5ª ed. Brasília (DF): Editora do Ministério da Saúde; 2010.
9. Rudge MVC, Piculo F, Marini G, Damasceno DC, Calderon IMP, Barbosa AP, et al. Pesquisa translacional em diabetes melito gestacional e hiperglicemia gestacional leve: conhecimento atual e nossa experiência. *Arq. Bras. Endocrinol Metab*. 2013; 57(7):497-508.
10. Silva KL, Cruz DSM, Oliveira ICC, Nóbrega MML. Interação: instrumentos básicos do processo de cuidar em enfermagem. In: Nóbrega MML, Silva KL. Fundamentos do cuidar em enfermagem. 2ª ed. Belo Horizonte: ABEn; p. 97-115. 2009/2010.
11. Standards of Medical Care in Diabetes. American Diabetes Association. Position Statement. *Diabetes Care*. V-2; n.34, p 11-61-61, 2011.
12. Teixeira CRS, Franco LJ, Monteiro RA, Granado F. Diabetes nos partos hospitalares em sistemas de saúde público e privado. *Rev. Saúde Pública* 2013; 47(3):460-9.
13. The American College of Obstetricians and Gynecologists Screening and Diagnosis of Gestational Diabetes Mellitus. *Rev. Obstet e Gynecol*: V- 118; n.3, p 251-3, 2011.
14. Weiner LS, Silveiro SP, Oppermann ML, Salazar CC, Simionato BM, Siebeneichler A, Reichelt AJ. Diabetes gestacional: um algoritmo de tratamento multidisciplinar. *Arq. Bras. Endocrinol Metab*. 2011; 55(7):435-45.

Análise da morbimortalidade por tuberculose no estado da Paraíba

RESUMO | O objetivo desse estudo é analisar a morbimortalidade por tuberculose no estado da Paraíba. Trata-se de um estudo de abordagem exploratória, transversal, documental e com abordagem quantitativa. A coleta de dados foi realizada pelo banco de dados on-line do DATASUS. Os resultados demonstraram que o número de usuários cadastrados foi superior ao de acompanhados durante toda a série histórica estudada; as cidades que receberam maior destaque em relação a internação e consequente morbidade por tuberculose estão as cidades de João Pessoa e Campina Grande. Concluímos que existe fragilidade no atendimento prestado pelas equipes de saúde, haja vista a divergência entre pacientes cadastrados e acompanhados.

Palavras-chave: Tuberculose, Saúde Pública, Indicadores de Morbimortalidade.

ABSTRACT | The aim of this study is to analyze the tuberculosis morbidity and mortality in the state of Paraíba. It is an exploratory, cross-sectional, documentary and quantitative approach. Data collection was performed by on-line database of DATASUS. The results showed that the number of registered users is higher than the monitored throughout the studied time series; the cities that received greater prominence in relation to hospitalization and consequent morbidity due to tuberculosis are the cities of João Pessoa and Campina Grande. We conclude that there is weakness in the care provided by health teams, given the difference between registered and monitored patients.

Keywords: Tuberculosis, Public Health, Indicators of Morbidity and Mortality.

RESUMEN | El objetivo de este estudio es analizar la morbilidad y la mortalidad por tuberculosis en el estado de Paraíba. Se trata de un estudio de aproximación exploratoria, transversal, de documentos y enfoque cuantitativo. La recolección de datos se llevó a cabo la transmisión en línea de bases de datos DATASUS. Os resultados mostraron que el número de usuarios registrados era mayor que acompañó a lo largo de la serie temporal estudiada; las ciudades que recibieron una mayor importancia en relación con la hospitalización y la consiguiente morbilidad por tuberculosis son las ciudades de João Pessoa y Campina Grande. Llegamos a la conclusión de que existe debilidad en la atención recibida por los equipos de salud, dada la diferencia entre los pacientes registrados y supervisados.

Palabras clave: Tuberculosis, Salud Pública, Indicadores de Morbimortalidad.

Clarissa Emanuelle Gonzaga

Acadêmicas de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande. UFCG- CCBS.

Mirelly da Silva Barros

Acadêmicas de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande. UFCG- CCBS.

Luzibênia Leal de Oliveira

Enfermeira. Docente do curso de Bacharelado em de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande- UFCG.

Taciana da Costa Farias Almeida

Enfermeira. Docente do curso de Bacharelado em de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande- UFCG.

Xênia Sheila Barbosa Aguiar

Enfermeira. Docente do curso de Bacharelado em de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande- UFCG.

Recebido em: 28/11/2016

Aprovado em: 10/02/2016

Introdução

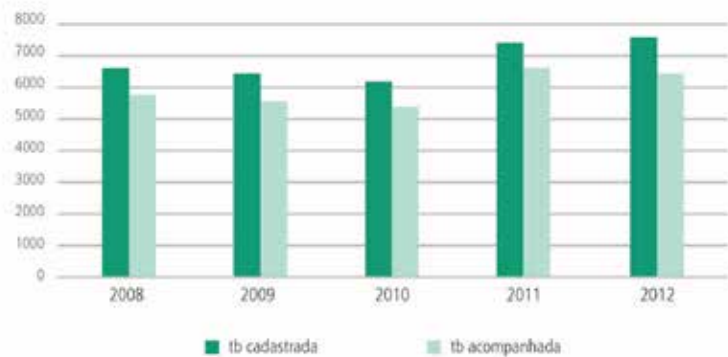
O A tuberculose é uma doença transmissível e infecciosa causada pelo agente *Mycobacterium tuberculosis*, que acomete principalmente os pulmões. São notificados anualmente cerca de 10 milhões de novos casos no mundo, gerando mais de 1 milhão de óbi-

tos. No Brasil, são notificados cerca de 70 mil casos novos, ocorrendo 4,5 mil mortes em decorrência da doença¹.

O Brasil foi o país precursor em um programa de saúde pública proporcionando um tratamento da tuberculose com um esquema menos duradouro, antecipando-se à recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS)². Em 1980 foi colocado em prática no estado de São Paulo esse esquema terapêutico com duração de seis meses, promovido de maneira gratuita e grande eficácia pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose³.

A detecção precoce diminui a probabilidade de lesões pulmonares irreversíveis e extensas, que podem prejudicar a qualidade de vida por causar invalidez permanente ao indivíduo, devido à insuficiência respiratória secundária decorrente da destruição tecidual, e aumento da predispo-

Gráfico 1: Distribuição do número de pessoas acompanhadas e cadastradas com tuberculose no estado da Paraíba na série histórica de 2008 a 2012.



sição a infecções oportunistas. A extensão da doença pode causar, além desses prejuízos, a morte do paciente⁴.

A tuberculose é uma doença de fácil diagnóstico, com tratamento gratuito e de fácil acesso disponibilizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), mas a despeito disso, ainda convivemos com grande quantidade de internações, sequelas e óbitos. Dessa forma, surgiu a seguinte inquietação: Como a tuberculose tem se apresentado no estado da Paraíba, no tocante ao número de internações hospitalares e óbitos?

Portanto, em resposta a esse questionamento, o presente estudo tem por objetivo analisar a morbimortalidade por tuberculose no Estado da Paraíba durante o recorte temporal entre 2002 a 2012.

Método

Trata-se de um estudo de abordagem ex-

ploratória, transversal, documental e com abordagem quantitativa.

O universo do estudo foi constituído a partir de dados consultados no DATASUS, referentes às morbidades hospitalares por tuberculose, quantidade de pacientes cadastrados e acompanhados diagnosticados com tuberculose; e óbitos ocasionados pela tuberculose, no estado da Paraíba.

A amostra foi composta pelos casos de morbidade hospitalar por tuberculose no Estado da Paraíba no período de 2008 a 2012; quantidade de pacientes cadastrados e acompanhados no Estado da Paraíba diagnosticados com tuberculose no período de 2008 a 2012; e óbitos ocasionados pela tuberculose na série histórica de 2002 a 2011 no Estado da Paraíba.

Os períodos escolhidos foram os mais recentes que estavam disponíveis no banco de dados do DATASUS, por este moti-

vo escolhemos os cinco últimos anos de registro de pacientes acompanhados e cadastrados com tuberculose e pacientes internados por morbidade hospitalar. E os últimos dez anos (2002 a 2011) de mortalidade por tuberculose.

Os dados foram coletados através da captação direta de informações no espaço virtual da web no site do Departamento de Informática do SUS – o DATASUS. Mediante utilização do programa TAB para Windows – TabWin. Dessa forma, o TabWin nos proporcionou a segregação e sistematização em tabelas, permitindo a seleção dos dados mais importantes para este estudo, para posterior processamento e análise.

Assim, foram considerados como critérios de inclusão:

Dados sobre tuberculose disponíveis no banco de dados on-line do DATASUS;

Dados pertencentes ao período escolhido para compor a amostra deste estudo.

Desta forma, vale ressaltar que durante a realização deste estudo, os pesquisadores levaram em consideração as diretrizes éticas contidas na resolução COFEN nº 311/2007 que dispõe sobre o ensino, a pesquisa, e a produção técnico científica, principalmente, no que concerne ao capítulo III.

Resultados e discussão

Tendo em vista que a tuberculose está inserida em questões que envolvem a saúde pública brasileira, partimos para

Gráfico 2: Distribuição dos casos de internação hospitalar por tuberculose no Estado da Paraíba no ano de 2008.

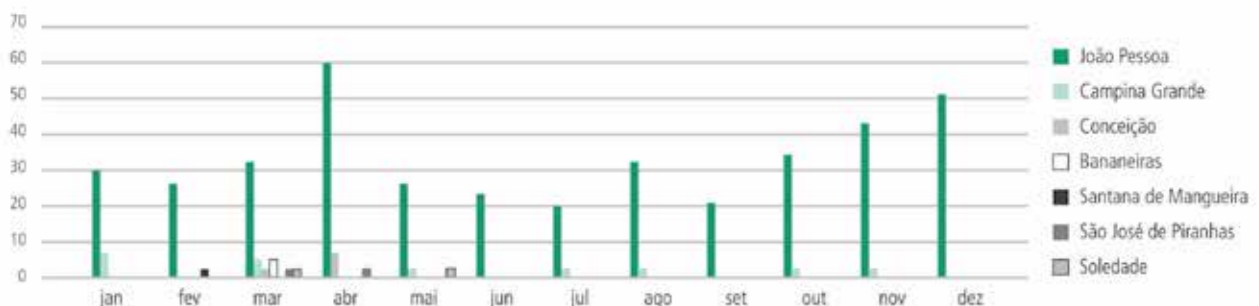


Gráfico 3: Distribuição dos casos de internação hospitalar por tuberculose no Estado da Paraíba no ano de 2009.

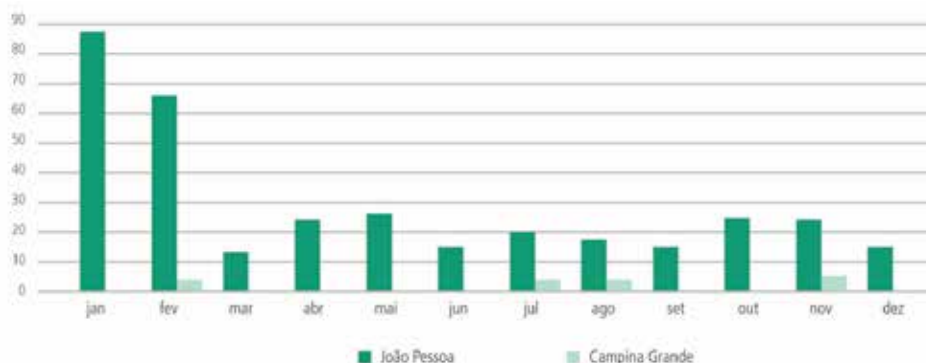


Gráfico 4: Distribuição dos casos de internação hospitalar por tuberculose no Estado da Paraíba no ano de 2010.

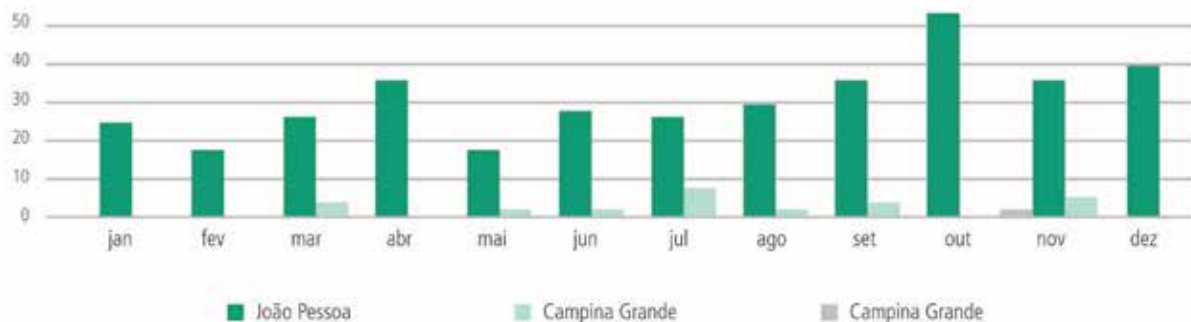


Gráfico 5: Distribuição dos casos de internação hospitalar por tuberculose no Estado da Paraíba no ano de 2011.



evidenciar os resultados encontrados por este estudo, os mesmos estão dispostos em gráficos e foram discutidos à luz da literatura científica.

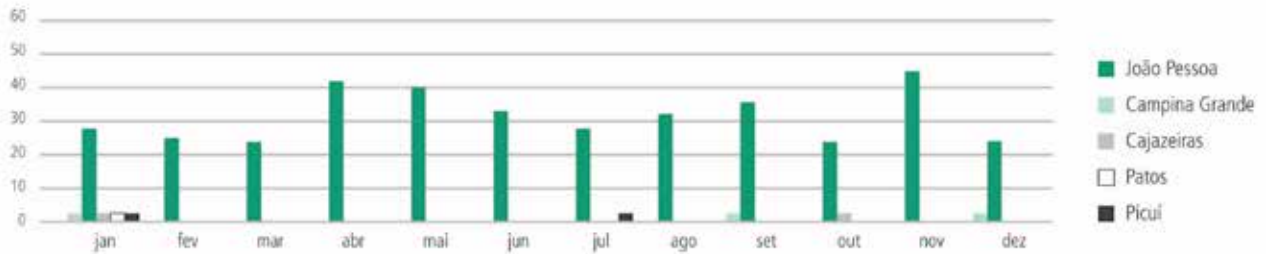
A seguir, o gráfico 1 evidencia a distribuição do número de casos de internação hospitalar por tuberculose no estado da Pa-

raíba no período de 2008 a 2012:

O gráfico acima nos permite inferir que entre os anos de 2008 a 2012 o número de portadores de tuberculose cadastrados é sempre maior do que os acompanhados, isto revela uma ineficiência no trabalho das Equipes de Saúde da Família (ESF) em

questão e/ou desconhecimento da gravidade da doença por parte deste grupo de usuários.

Nesta mesma linha de raciocínio, um estudo evidencia que as Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSFs) tem como responsabilidade e dever estabelecer vínculos

Gráfico 6: Distribuição dos casos de internação hospitalar por tuberculose no Estado da Paraíba no ano de 2012.

com a comunidade que assiste, tendo conhecimento dos indivíduos e recursos da área, devem realizar busca ativa de todos os usuários para fazer acompanhamento contínuo na prevenção e promoção dos processos de saúde-doença⁵.

Outro problema que possivelmente contribui para esses dados está associado ao Sistema de Informação (SI), no qual os dados coletados nem sempre condizem com a realidade, visto que ocorre, frequentemente, subnotificação e preenchimento incorreto das fichas de notificação e acompanhamento. Corroborando com este pensamento, em estudo afirma-se que alguns Agentes Comunitários de Saúde (ACS) justificam o não preenchimento de todas as fichas de notificação por não receberem todo material necessário para tal processo, especificamente as fichas do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), e por acreditarem que nem todos os dados são utilizados e inseridos no banco de dados

do SIAB, sendo assim, pouco importantes e desnecessários⁶.

Ademais, a subnotificação de doenças de notificação, como a tuberculose, no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), dificulta a identificação real do número de casos e prejudica a busca por medidas preventivas mais eficazes e redução dos problemas⁷.

O SI é um mecanismo composto por um subsistema social (pessoas, documentos e informações) e um subsistema automatizado (computadores, software, redes de comunicação), assim, esses dois subsistemas são de grande importância e se complementam para gerar informações corretas⁸.

O acompanhamento da evolução clínica do usuário, o cadastramento, a notificação correta e a alimentação dos dados no SI, são procedimentos de extrema importância para facilitar o processo de trabalho de todos os profissionais da Estratégia de

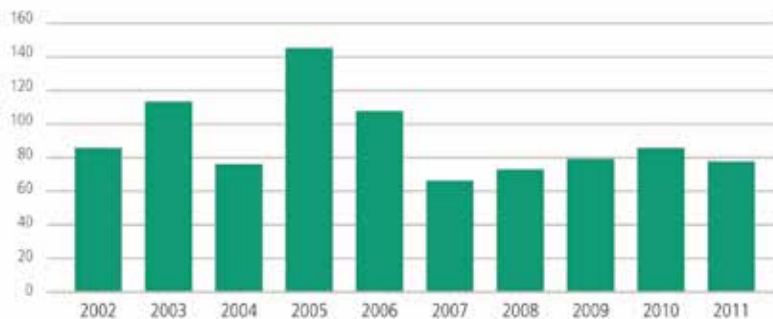
Saúde da Família (ESF) e consequentemente promover saúde e qualidade de vida em uma determinada comunidade.

Cabe destacar também que na saúde pública tem-se conhecimento que a finalidade de coleta de dados muitas vezes extrapola os interesses científicos, que seria o principal objetivo, sendo utilizadas para realização do controle de repasse de recursos e associadas ao monitoramento e ações desenvolvidas pelos profissionais da saúde⁹.

Em seguida, apresentaremos uma série de gráficos (2;3;4;5;6) com a distribuição do número de casos de internação hospitalar por tuberculose no estado da Paraíba no período de 2008 a 2012.

Dessa forma, infere-se que a significativa redução nos óbitos por tuberculose demonstrada no gráfico 7 pode ser explicada pela adoção da estratégia DOTS, implantada na Paraíba no ano de 1999, porém a mesma só foi expandida para 73,54% dos municípios no ano de 2005. Com a implantação dessa estratégia, obteve-se então melhoria nos indicadores epidemiológicos da tuberculose¹².

Embora a estratégia DOTS tenha seu valor reconhecido no combate à tuberculose, existem fatores negativos na adesão ao tratamento e possível evolução para complicações e óbito por tuberculose que estão associados à falta de incentivos para utilização do DOTS nas Unidades Básicas de Saúde (UBSFs), dificuldades nos acessos e realizações de exames, estigma e preconceito referentes ao portador da doença. Outras dificuldades quanto ao DOTS, estão relacionadas aos horários de trabalho

Gráfico 7: Distribuição dos óbitos por tuberculose no Estado da Paraíba, na série histórica de 2002 a 2011

do paciente e funcionamento da UBSF, horário de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), falta e indisponibilidade de veículos de locomoção, e número inadequado de profissionais para exercer essa função^{2,10}.

Existe uma divergência de informações quanto ao controle da tuberculose, pois o índice de tuberculose vem diminuindo ano após ano, proveniente de um esforço nacional, o que pode representar uma esperança de que esta doença seja controlada nos próximos anos, deixando assim, de ser um problema para saúde pública^{13,14}. Entretanto, por outro lado, apesar dos recursos tecnológicos atuais, se não houver a criação de novas vacinas ou medicamentos não haverá um controle efetivo da tuberculose em um futuro próximo¹¹.

Mesmo com todas as dificuldades encontradas na realização de um tratamento correto e eficaz contra a tuberculose, observa-se no Estado da Paraíba uma di-

minuição no número de óbitos, embora ainda não se tenha alcançado os índices desejados; visto que a tuberculose é uma doença tratável e curável, com acesso gratuito a terapia medicamentosa.

Conclusão

A tuberculose é uma doença com bom prognóstico quando detectada precocemente, entretanto, precisa ser tratada e erradicada, nesse sentido, estudar sua apresentação no estado da Paraíba proporciona esclarecimentos à comunidade científica no que refere a morbimortalidade dessa doença, e conseqüentemente, contribuindo para a promoção da saúde na sociedade em geral. As evidências desta pesquisa contribuem para o entendimento de que o número de usuários cadastrados foi superior ao de acompanhados durante toda a série histórica estudada, isso denota fragilidade no atendimento prestado pelas equipes de saúde, pois certamente as mes-

mas não estão implementando ou desenvolvendo com eficiência a busca ativa.

As cidades paraibanas que tiveram os maiores registros de internação por tuberculose em toda a série histórica escolhida são João Pessoa e Campina Grande, fato este que se justifica por as mesmas serem as maiores do Estado e servirem de referência no tratamento de saúde. A pesquisa não evidenciou correlação entre o aumento do número de casos de internação por tuberculose e a sazonalidade.

Ao analisarmos a morbimortalidade paraibana por tuberculose e confrontarmos com a literatura, percebemos que existem similitudes em relação aos demais estados brasileiros. Tal inferência demonstra o quanto esta enfermidade é negligenciada, denotando a necessidade de investimentos públicos e políticas governamentais realmente efetivas e maior assiduidade por parte das equipes de saúde no rastreamento precoce de novos casos. 🐦

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Tuberculose. [Acesso em 14 fev 2017]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/oministerio/principal/secretarias/svs/tuberculose>
2. Maciel ELN, Silva AP, Meireles W, Fiorotti K, Hadad DJ, Dietze RT. Tratamento supervisionado em pacientes portadores de tuberculose utilizando supervisores domiciliares em vitória, brasil. *Jornal brasileiro de pneumologia*. 2008,34(7):506-513. [Acesso em 04 fev. 2014]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v34n7/v34n7a11.pdf>
3. Perrechi MCT, Ribeiro SA. Tratamento de tuberculose: integração entre assistência hospitalar e rede básica na cidade de São Paulo. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. 2009,35(11):1100-1106. [Acesso em 05 fev. 2014]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v35n11/v35n11a07.pdf>
4. Santa Cruz RC, Albuquerque MFP, Campelo ARL, Costa e Silva EJC, Mazza E, Menezes RC et al. Tuberculose pulmonar: Associação Entre Extensão de Lesão pulmonar residual e Alteração da Função Pulmonar. *Rev. Assoc. Med. Brasileira*. 2008; 54(5):406-410. [Acesso em 05 fev. 2014]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v54n5/a12v54n5.pdf>
5. Nascimento CD, Fonseca ISS, Moura SB, Estrela TC, Nascimento MA. Perfil epidemiológico de usuários da área de abrangência de uma unidade de saúde da família. *Rev. Saúde e Pesquisa*. 2008, 1(3). [Acesso em 10 fev. 2014]. Disponível em: <http://www.unicesumar.edu.br/pesquisa/periodicos/index.php/saudpesq/article/view/840/686>
6. Oliveira QC. Sistema de informação da atenção básica: análise do processo de produção de dados e informações em equipes de saúde da família de Cuiabá/MT. [Dissertação]. Cuiabá: Universidade Federal do Mato Grosso. 2010. 165 p.
7. Pinheiro RS, Andrade VL, Oliveira GP. Subnotificação da tuberculose no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN): abandono primário de bacilíferos e captação de casos em outras fontes de informação usando linkage probabilístico. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 2012,28(8): 1559-1568. [Acesso em 04 fev. 2014]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n8/14.pdf>
8. Laudon K. *Sistemas de Informação Gerenciais*. 5 ed. São Paulo: Editora Pearson, 2004.
9. Rodrigues CG, Rodrigues FG, Wong LR, Perpétuo IHO. Os sistemas de informação em saúde: do processo de trabalho à geração dos dados em Minas Gerais. CEDEPLAR/Dpto. de Demografia /UFMG. 2008; [Acesso em 04 fev. 2014]. Disponível em: http://web.face.ufmg.br/cedepplar/site/seminarios/seminario_diamantina/2008/D08A140.pdf
10. Silva ACO, Sousa MCM, Nogueira JA, Motta MCS. Tratamento supervisionado no controle da tuberculose: potencialidades e fragilidades na percepção do enfermeiro. *Rev. Eletr. Enfermagem*. 2007,9(2):402-416. [Acesso em 05 fev. 2014]. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a09.htm>
11. Brasil. Ministério da Saúde. As Redes De Atenção À Saúde- 2011- Organização Pan-Americana da Saúde – Representação Brasil. [Acesso em 05 fev. 2014]. Disponível em: <http://www.conass.org.br/biblioteca/pdfs/redesAtencao.pdf>
12. SáLD, AndradeMN, NogueiraJÁ, VillaTCS, FigueiredoTMRM; Queiroga RPF et al. Implantação da estratégia DOTs no controle da Tuberculose na Paraíba: entre o compromisso político e o envolvimento das equipes do programa saúde da família (1999-2004). *Ciência & Saúde Coletiva*, 2011,; 16(9):3917-3924. [Acesso em 25 fev. 2014]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n9/a28v16n9.pdf>
13. Brasil. Ministério da Saúde. Portal da saúde SUS. Programa nacional de controle da tuberculose. [Acesso em 13 jul. 2013b]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=31101
14. Brasil. Ministério da Saúde. Portal da saúde SUS. Plano integrado de ações estratégicas. 2010. [Acesso em 14 jul. 2013] Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=30800&janela=1

NAS FERIDAS, um produto desenvolvido para atuar nas 3 fases da cicatrização¹: age na **fase inflamatória**, acelerando o processo cicatricial; atua na **fase proliferativa**, estimulando a formação de tecido de granulação e diferenciação de fibroblastos em miofibroblastos; age na **fase remodeladora** prevenindo a formação de quelóide, acelerando o processo de reparação tecidual em feridas complexas.

Não é antimicrobiano.

Não é desbridante.

Não é AGE.



Acelerando a cicatrização

HYALUDERMIN® - ácido hialurônico - *Creme*. **INDICAÇÕES:** Hyaludermin® é um creme cicatrizante. É indicado para situações em que é necessário acelerar o processo de recuperação da pele, como acontece em casos de feridas de várias causas, como cortes, arranhões, queimaduras, esfolamentos e outros tipos de ferimentos. Nesse caso, também é útil no tratamento de feridas de solução mais complexa, tais como: úlceras de decúbito (escaras), úlceras de origem vascular (associada a varizes ou insuficiência arterial) e úlceras crônicas em pacientes diabéticos. **CONTRAINDICAÇÕES:** o produto é contraindicado em pacientes com história de hipersensibilidade a qualquer um dos seus componentes. **POSOLOGIA:** realizar 1 a 3 aplicações tópicas ao dia, até que se obtenha a resolução total da lesão. **REAÇÕES ADVERSAS:** é possível a ocorrência de fenômenos de sensibilização. Todavia sua frequência ainda não está bem estabelecida. **ADVERTÊNCIAS E PRECAUÇÕES:** aconselha-se assepsia rigorosa antes de cada aplicação tópica. O uso do produto, quando prolongado, pode dar origem a fenômenos de sensibilização. Na ocorrência de qualquer reação desagradável, é necessário interromper o tratamento e procurar orientação médica. Categoria de risco "B" na gravidez; ou seja, os estudos em animais não demonstraram risco fetal, mas não há estudos controlados em mulheres grávidas. **APRESENTAÇÕES:** creme contendo 2 mg de ácido hialurônico (sal sódico) por grama. Embalagens contendo: bisnaga com 10 g ou bisnaga com 30 g. **Reg. MS nº 1.0341.0053 - VENDA SEMPRESCRIÇÃO MÉDICA**

SE PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO.

HYALUDERMIN® É UM MEDICAMENTO. SEU USO PODE TRAZER RISCOS. PROCURE O MÉDICO E O FARMACÊUTICO. LEIA A BULA.



trb pharma
Ciência e Saúde como Princípio

Referência Bibliográfica: 1. Frenkel JS. The role of hyaluronan in wound healing. *Int Wound J*, 11(2): 159-163, 2012.

TRB PHARMA INDÚSTRIA QUÍMICA E FARMACÊUTICA LTDA.

Av. Giuseppina Vianelli Di Napoli, 1100 - Barão Geraldo - Polo II de Alta Tecnologia - Campinas - SP - CEP 13086-903
Tel: (19) 3787.3000 - Fax: (19) 3249.0102 - trb@trbpharma.com.br - www.trbpharma.com.br - CNPJ: 61.455.192/0001-15

SAC SERVIÇO DE
ATENDIMENTO
AO CONSUMIDOR
0800-105588
SAC@TRBPHARMA.COM.BR

 Negócios

 Networking

 Conhecimento

 Inovação

Aproveite a plataforma de marketing 360º

Top 5 razões para expor



Integre ações digitais e impressas e gere um maior número de contatos em apenas 4 dias. Mais de **90.000 visitas profissionais**



Destaque-se da concorrência, aumente a visibilidade da sua empresa



Torne assertivas suas estratégias de marketing e vendas
Seja o **primeiro a ser lembrado**



Lance suas soluções, tecnologias, produtos, serviços e equipamentos na **mais importante vitrine da cadeia da saúde nas Américas**



Encontre os **principais players nacionais e internacionais**

Saia na frente da concorrência
Reserve seu espaço hoje!