



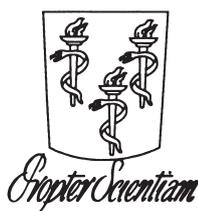
ISSN 1806-5031

CADERNOS DA  
**ABEM**

---

Saúde da Família

VOLUME 8  
DEZEMBRO / 2012



Copyright Associação Brasileira de Educação Médica  
Nenhuma parte desta publicação pode ser reproduzida  
por qualquer meio, sem a prévia autorização deste órgão.

## CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

### Conselho Diretor

- DIRETORA PRESIDENTE** – Profa. Jadete Barbosa Lampert (UFSM) (UNISC)
- DIRETOR VICE-PRESIDENTE** – Prof. Francisco Barbosa Neto (Unigranrio)
- DIRETOR TESOUREIRO** – Prof. Vardeli Alves de Moraes (UFG)
- DIRETOR SECRETÁRIO** – Prof<sup>a</sup> Sigisfredo Luis Brenelli (UNICAMP)
- DIRETORA EXECUTIVA** – Derly Silva Streit (FMP)

### Diretores Regionais

- Regional Centro-Oeste**  
Antonio José de Amorim (UFMT)
- Regional Norte**  
Neila Falcone da Silva Bomfim (UFAM)
- Regional Nordeste**  
Maria Goretti Frota Ribeiro (UFC)
- Regional Minas Gerais**  
Sigisfredo Luis Brenelli (UFMG)
- Regional Rio de Janeiro e Espírito Santo**  
Julio César Soares Aragão (UNIFOA)
- Regional São Paulo**  
Lucia Christina Iochida (UNIFESP – EPM)
- Regional Sul I**  
Sandro Schreiber de Oliveira (FURG / UCPEL)
- Regional Sul II**  
Maria Cristina Mazzetti Subtil (UNIPLAC)

### Representantes dos Coordenadores Regionais

- Discente Titular do curso graduação**  
Gabriel Martins Cruz Campos (FCMMG)
- Discente Suplente do curso graduação**  
Pauline Elias Josende (UFCSPA)
- Médico Residente Titular**  
Pedro Tadao Hamamoto Filho (UNESP)
- Médico Residente Suplente**  
Túlio Cícero Franco Farret (PUC – RS)

### Apoio



Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação  
MINISTÉRIO DA SAÚDE



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
GOVERNO DO ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL

SESAU  
Secretaria Municipal  
de Saúde Pública



### EDITOR

Derly Silva Streit

### EDITOR CONVIDADO

Vera Lúcia Kodjaoglianian

### Secretaria

Rozane Gonçalves Landskron

### Normatização e indexação

Angélica Sodrê dos Santos  
Danielle Torres de Souza

### Revisão gramatical

Fani Knoploch

### CAPA

Foto: “Pantanal do Mato Grosso do Sul”, autoria de Elis Regina Nogueira

### Arte Final

Rafael Lima da Silva

### Diagramação e formatação

Abreus's System

### Arte gráfica e impressão

FlashGraf. Gráfica Ltda.

### SECRETARIA EXECUTIVA

Toda correspondência e submissão de trabalhos deverão ser encaminhados à Secretaria Executiva, no endereço abaixo:  
Av. Brasil, 4036 – sala 1008 – Manguinhos | CEP. 21040-361  
Rio e Janeiro – RJ | Telefone: (21) 2260-6161 / 2260-6662  
E-mail: secretaria@abem-educmed.org.br

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)  
Biblioteca da Associação Brasileira de Educação Médica

Cadernos da ABEM

Associação Brasileira de Educação Médica. – Vol. I (maio 2004)- . – Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, 2004- .

Anual  
ISSN 1806-5031

I. Educação Médica. II. Associação Brasileira de Educação Médica.

Tiragem 500 exemplares

Indexada em:

Sumários de Revistas Brasileiras: Sumários.org <http://www.sumarios.org>

---

---

# EDITORIAL

---

Completamos 18 anos de existência da Estratégia de Saúde da Família no Brasil, compondo, juntamente com outras estratégias, a Política Pública do Sistema Único de Saúde.

Um dos grandes desafios que enfrentamos é a formação dos trabalhadores em saúde para o pleno desenvolvimento de áreas consideradas fundamentais no setor.

A constituição da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde, a UNA-SUS, em 2008, vinculada à Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde (SGTES/MS), representou importante decisão no fortalecimento do processo de educação permanente dos profissionais do SUS.

A institucionalização da UNA-SUS se deu por meio da Portaria Ministerial nº 1.325, de 28 de maio de 2010, que criou uma Secretaria Executiva, assegurando, assim, seu processo de fortalecimento e consolidação em todos os Estados da Federação brasileira. Em Mato Grosso do Sul, este processo se vinculou à UNA-SUS a partir de 2009.

A Fiocruz Mato Grosso do Sul organizou um amplo trabalho de parceria com a Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Cosems/MS) e Associação Sul-Mato-Grossense de Medicina de Família e Comunidade (Asmefac) e deflagrou um processo de formação dos trabalhadores vinculados à Estratégia de Saúde da Família de todos os municípios do Estado, à distância, pela UNA-SUS.

Neste sentido, foram ofertadas duas turmas de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, totalizando mil vagas para Mato Grosso do Sul, já concluídas.

Em março de 2013, o curso será oferecido a mais 500 trabalhadores de saúde do Estado.

Esta iniciativa apoia também o Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica, o Provab, coordenado pela SGTES/MS.

Nosso Estado oferece também a Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família a todos os profissionais de saúde vinculados ao Provab de Alagoas, Bahia, Rondônia, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul. Este curso terá seu encerramento em junho próximo. No momento, existe a possibilidade de oferecer novas turmas aos profissionais que irão aderir ao Provab II já no próximo mês.

A experiência relatada fez com que a Universidade Federal de Mato Grosso do Sul e a Fiocruz Mato Grosso do Sul, em conjunto, desenvolvessem também um projeto de Mestrado Profissional em Saúde da Família, uma oportunidade oferecida a muitos profissionais dos serviços de saúde e que antes era tida como inatingível para alguns. A primeira turma terá início em março próximo.

Aproveitamos esta situação para agradecer a todos os que colaboraram e continuam apoiando este projeto, como gestores nacionais, estadual e locais de saúde, colegiado interinstitucional, autores de material pedagógico, orientadores de aprendizagem, tutores, equipe técnica, profissionais da área de tecnologia e informação e estu-

---

dantes – trabalhadores de todos os municípios do Estado, sem os quais não teríamos obtido o mesmo êxito.

Neste número especial trazemos para o leitor alguns trabalhos selecionados, desenvolvidos por especialistas em saúde da família, que contêm informações e análises úteis aos profissionais que militam nesta área de conhecimento.

Alguns artigos aliam uma rica análise empírica de dados, sendo que cada um enfoca aspectos de suas realidades vividas nas temáticas de trabalho local e que foram considerados problemas de maior relevância no âmbito do SUS municipal.

É importante ressaltar que um dos objetivos do compartilhamento dos trabalhos busca a visão de produção de bem-estar e equidade entre os cidadãos. Para isto, é

necessária nossa constante luta em um processo de educação permanente em saúde, com foco na integralidade das ações.

Convido o leitor a percorrer todas as páginas aqui escritas e também a acessar o nosso *site* ([www.portalsau-de.ufms.br](http://www.portalsau-de.ufms.br)), em que trazemos todos os demais trabalhos desenvolvidos pelos estudantes-trabalhadores, bem como a produção de material pedagógico elaborado especialmente para estes programas de formação.

Muito obrigada.

*Vera Lúcia Kodjaoglanian*

**Coordenadora do Curso de Especialização  
em Atenção Básica em Saúde da Família/Fiocruz  
Mato Grosso do Sul**

---

---

# SUMÁRIO

---

Acompanhamento e Atendimento Odontológico de Gestantes Cadastradas na Estratégia de Saúde da Família da Vila Donária em Bonito (MS).....	7
<i>Denize Cristina de Souza Ramos / Íris Bárbara Laudicena Tulux Rocha</i>	
A Interação entre ESF e Escola na Saúde do Adolescente .....	13
<i>Lyvia Maria Torres Moura Donato / Sílvia Helena Mendonça de Moraes / Cristina Brandt Nunes / Maria Auxiliadora de Souza Gerk</i>	
A Importância da Avaliação e Manejo do Pé Diabético na Prevenção de Incapacidades .....	20
<i>Jumara Espindola dos Santos / Luiza Helena de Oliveira Cazola</i>	
Estratégia para coleta do Exame Citopatológico do Colo do Útero: adesão das mulheres vinculadas à estratégia de Saúde da Família Itapoã de Ivinhema, 2011 .....	25
<i>Ana Cristina Bortolasse / João Luiz Caliane Moscateli / Taiana Gonzales Minielo / Marisa Dias Rolan Loureiro</i>	
Implantação de Agenda Integrada em uma USF de Campo Grande (MS) – Relato de Experiência.....	31
<i>Mônica Abreu Gonzalez Marques / Luiza Helena de Oliveira Cazola</i>	
Ação Educativa em relação à Violência contra a Mulher: Capacitação de Agentes Comunitários de Saúde .....	37
<i>Márcia Regina Casarin Geremonte / Alessandro Diogo De-Carli / Mara Lisiane Moraes Santos / Vera Lúcia Kodjaoglanian / Leika Aparecida Ishiyama Geniole</i>	
O Princípio da Similitude no Tratamento de Queimaduras: Relato de Caso da Estratégia da Saúde da Família.....	43
<i>Indonésio Calegari / Elizandra de Queiroz Venâncio</i>	



---

# Acompanhamento e Atendimento Odontológico de Gestantes Cadastradas na Estratégia de Saúde da Família da Vila Donária em Bonito (MS)

Denize Cristina de Souza Ramos<sup>I</sup> / Íris Bárbara Laudicena Tulux Rocha<sup>II</sup>

**Palavras-Chave:** Gestantes. Saúde Bucal. Protocolo.

---

## RESUMO

A gestação é um momento oportuno para que os profissionais de saúde de uma equipe multidisciplinar ofereçam uma abordagem voltada à promoção da saúde desde o início da vida, pois mulheres conscientizadas e adequadamente preparadas podem assumir o papel de principal agente de saúde na família. Para gestação e parto tranquilos, a mulher deve ter acompanhamento médico mensal, conferindo seu estado de saúde. Também é extremamente importante o acompanhamento de sua saúde bucal, para prevenir partos prematuros, crianças com baixo peso ao nascerem e sintomatologia dolorosa durante este período especial. A fim de melhorar o acesso ao tratamento odontológico e às orientações em saúde bucal, este trabalho teve por objetivo desenvolver um protocolo de acompanhamento e atendimento odontológico das gestantes cadastradas na Unidade de Saúde da Família Donária, no município de Bonito (MS), com envolvimento de toda a equipe e a colaboração de profissionais de diferentes áreas. No período do projeto, que compreendeu os meses de março a agosto de 2011, 32 gestantes participaram dos grupos. Foram realizadas palestras na recepção, grupos e rodas de conversa e

atendimento clínico. Ao término do projeto, foram concluídos 25 tratamentos odontológicos de gestantes cadastradas na unidade. Conclui-se que a implementação do protocolo de atendimento à gestante facilita o acesso da paciente ao tratamento odontológico, melhorando sua saúde sistêmica.

## INTRODUÇÃO

A atenção à saúde bucal da gestante tem grande importância para a saúde bucal de toda a família, principalmente para o filho que está para nascer. Os programas desenvolvidos nas Unidades de Saúde da Família para pacientes que estão passando por este momento especial, cheio de novidades e mudanças, visam promover sua saúde de forma integral.

## OBJETIVOS

### Objetivo geral

Elaborar um protocolo de atendimento e acompanhamento odontológico para gestantes da Unidade de Saúde da Família da Vila Donária, em Bonito (MS).

---

<sup>I</sup> Enfermeira Especialista em Saúde da Família; Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Anhanguera-Uniderp; Tutora Formadora do Curso de Pós-Graduação em Atenção Básica em Saúde da Família – UFMS/Fiocruz Mato Grosso do Sul.

<sup>II</sup> Cirurgiã-Dentista da equipe de Saúde Bucal na estratégia de Saúde da Família no município de Bonito (MS); Especialista em Atenção Básica em Saúde da Família – UFMS/Fiocruz Mato Grosso do Sul.

## Objetivos específicos

- Criar vagas específicas na agenda odontológica da Unidade de Saúde da Família para o público gestante;
- Sensibilizar a equipe a respeito da saúde bucal das gestantes e de encaminhamento à cirurgiã-dentista;
- Aumentar o número de primeira consulta odontológica programática para gestantes.

## MÉTODO

O projeto teve início em março de 2011 com a realização de um treinamento prévio da equipe em reuniões quinzenais em que se abordou a importância do tratamento odontológico durante a gestação, alterações bucais que ocorrem na gravidez, o processo saúde-doença da cárie, higiene da mãe e do bebê, uso de chupetas e mamadeiras, doença periodontal, dieta adequada e aleitamento materno. Durante estas reuniões foi elaborado o Protocolo de Acompanhamento e Atendimento Odontológico de Gestantes (Apêndice).

Na primeira consulta com a enfermeira na Unidade de Saúde, era solicitado o teste de gravidez ou exames de rotina no momento do agendamento. Os retornos eram marcados preferencialmente para o dia de pré-natal, favorecendo as atividades em grupo prévias à consulta (sala de espera). O preenchimento do cartão de pré-natal era obrigatório, visando garantir a qualidade das informações a respeito do atendimento à gestante. Nessa oportunidade, as gestantes recebiam orientações da enfermeira a respeito do tratamento odontológico, e era agendada a primeira consulta odontológica programática.

Foram realizadas palestras na recepção da unidade, para todos os pacientes que aguardavam atendimento, a respeito dos temas abordados na capacitação da equipe, para que toda a comunidade pudesse ajudar na orientação às gestantes. Durante as visitas domiciliares, os agentes comunitários de saúde entregaram o convite para que as gestantes que ainda não haviam iniciado o acompanhamento buscassem a Unidade de Saúde para o pré-natal médico e odontológico.

O dia do pré-natal ocorre na unidade todas as quintas-feiras no período matutino, sendo um dia propício para o atendimento clínico odontológico, facilitando o acesso de tais pacientes. As gestantes preencheram uma ficha de cadastro, respondendo às perguntas do prontuário odon-

tológico, além da avaliação odontológica e preenchimento do odontograma pela cirurgiã-dentista. No primeiro dia do atendimento odontológico, após anamnese e procedimento de urgência, as gestantes eram convidadas a participar do Grupo de Gestantes, marcado em horário diferente daquele do atendimento clínico. As gestantes foram divididas em grupos de acordo com o período gestacional. Cada encontro teve duração média de 2 horas.

Utilizando o método de Roda de Conversa, o grupo abordou temas diversos, com perguntas, dúvidas e opiniões das próprias gestantes, além de questões básicas de prevenção e promoção de saúde bucal durante as reuniões na Unidade Básica. É interessante formular questões pelas participantes para posteriores oficinas. Em cada encontro foram recordados temas abordados na reunião anterior, além de novos assuntos. Entre eles estavam: a importância do tratamento odontológico durante a gestação, alterações bucais que ocorrem na gravidez e o processo saúde-doença da cárie e doença periodontal, dieta adequada, higiene da mãe e do bebê, uso de chupetas e mamadeiras, aleitamento materno, transmissibilidade da cárie dentária, importância dos dentes decíduos e má oclusão.

O atendimento clínico odontológico foi proposto a todas as gestantes cadastradas na unidade e no mesmo dia do pré-natal. Foram realizadas triagens, determinação de prioridades e ordem de tratamento, observando o período de gestação para realizar o tratamento. As gestantes que estavam com a saúde bucal em dia recebiam orientações de higiene e acompanhamento a cada três meses. Para as gestantes que necessitavam de atendimento clínico, eram agendadas consultas todas as quintas-feiras no período matutino.

Para a implantação do protocolo necessitou-se de recursos para treinamento da equipe e divulgação das ações. Todos os procedimentos clínicos e anamnese foram realizados nas dependências da Unidade de Saúde, com material e instrumental próprios. As palestras foram realizadas na sala de espera e recepção com o material didático disponível na unidade.

As 56 gestantes cadastradas em acompanhamento pré-natal durante o período do projeto foram convidadas a participar dos grupos, das palestras e do acompanhamento clínico odontológico até a conclusão de seu tratamento por meio de consultas agendadas. Das 56 gestantes, 25 concluíram o tratamento, e para 19 pacientes o

tratamento foi adiado por alguma dificuldade da gestante em permanecer na cadeira odontológica ou devido ao período gestacional. O período de duração do projeto foi de seis meses, com término em agosto de 2011.

## DISCUSSÃO

O cuidado pré-natal não deve se restringir apenas às consultas realizadas pelos profissionais no consultório, mas também deve incluir palestras e grupos de sala de espera para a realização das orientações<sup>1</sup>. As atividades educativas em saúde bucal poderão ser desempenhadas pelos diferentes trabalhadores da unidade, potencializando a interdisciplinaridade e a corresponsabilização dos demais membros da equipe de Saúde da Família com o processo de adoecimento relacionado à boca<sup>2</sup>. Estes profissionais, no entanto, precisam ser capacitados sobre o tema, de forma a garantir que o pré-natal seja capaz de promover a saúde integral destas pacientes<sup>3</sup>.

Este trabalho propiciou a observação de carência de projetos específicos para o grupo de pacientes gestantes em relação ao tratamento odontológico em nossa Unidade de Saúde, devido, principalmente, a dúvidas dos diferentes profissionais da equipe quanto a esta questão. Assim, sugeriu-se uma capacitação em saúde bucal para a equipe a respeito do tratamento odontológico para a gestante e seus benefícios, a fim de aumentar a integralidade na saúde destas pacientes.

Capucho *et al.*<sup>4</sup> concluíram que os cirurgiões-dentistas ainda possuem incertezas em relação a consultas de pacientes grávidas. Navarro *et al.*<sup>5</sup> observaram a necessidade de capacitações profissionais para subsidiar uma reorganização da atenção odontológica pré-natal, para que o profissional de Odontologia, integrado aos demais membros da equipe de saúde, possa intervir de forma positiva nos processos educativo, preventivo e curativo, minimizando os efeitos negativos que as doenças de origem bucal possam causar nas gestantes e em seus filhos, além de amenizar possíveis efeitos colaterais dos medicamentos para a saúde da mãe e do feto.

Segundo propõem Codato *et al.*<sup>6</sup>, na unidade em questão foram desenvolvidas estratégias para esclarecer a população a respeito da saúde bucal e tratamento odontológico na gestação por meio de palestras nas salas de espera e em grupos de idosos hipertensos e diabéticos. Catarin *et al.*<sup>7</sup> também concordam em que é neces-

sário esclarecer a população sobre o processo saúde-doença bucal.

Durante o projeto, foram preconizadas atividades educativo-preventivas, sem excluir ações curativas necessárias para eliminar focos de infecção e sintomatologia dolorosa. Todas as gestantes cadastradas eram convidadas a receber tratamento odontológico, com a recomendação dos autores de que as filas deveriam ser substituídas pelo pré-agendamento, facilitando o acesso a estas pacientes<sup>8,2</sup>.

A saúde bucal da gestante é imprescindível para uma gestação tranquila, sem problemas dolorosos e maiores preocupações. As futuras mães procuram tratamento apenas quando estão sentindo muita dor, o que afeta a gestação, o que pode ser evitado com um acompanhamento desde o início<sup>9</sup>.

Capucho *et al.*<sup>4</sup> afirmam que o período de tratamento mais indicado é o segundo trimestre, entretanto pode ser realizada qualquer intervenção odontológica na gravidez, desde que seja feita uma anamnese completa da paciente. Em caso de dúvidas, devem ser trocadas informações com o médico sobre o estado geral da gestante.

Scavuzzi *et al.*<sup>10</sup> não encontraram evidência de que o período gestacional tivesse influenciado na prevalência de cárie e doença periodontal, porém fica clara a necessidade de implantar um serviço de atenção em saúde bucal para esse grupo, melhorando sua condição de saúde bucal e, conseqüentemente, do filho que está para nascer. Nesse mesmo estudo, os autores observaram que o índice CPO-D médio encontrado (10,42) foi considerado alto, e quase a totalidade das gestantes apresentou alterações periodontais, caracterizando grande comprometimento da saúde bucal. Na pesquisa desenvolvida por Cruz *et al.*<sup>11</sup>, observou-se que 57,8% das mães que tiveram filhos com baixo peso ao nascerem apresentaram doença periodontal, sugerindo que tal doença seja fator de risco para essa condição.

Protocolos odontológicos para os grupos prioritários da Estratégia de Saúde da Família podem e devem ser desenvolvidos e implementados pelo cirurgião-dentista no âmbito de sua atuação na equipe multidisciplinar<sup>12</sup>. Os programas de atenção odontológica a gestantes devem focar a prevenção e o tratamento da doença periodontal e da cárie<sup>13</sup>.

No presente projeto foi concluído o tratamento em 25 pacientes, e em 19 delas o tratamento foi adiado por

alguma dificuldade da gestante em permanecer na cadeira odontológica ou devido ao período gestacional. Nas gestantes que tiveram o tratamento adiado, foram realizados procedimentos preventivos com orientações em higiene bucal, raspagens, remoção de focos infecciosos e adequação do meio pela técnica do Tratamento Restaurador Atraumático (ART), com utilização do cimento de ionômero de vidro para restaurações. Oliveira<sup>14</sup> concluiu em seu estudo que a técnica do ART é uma alternativa de tratamento viável para cáries em gestantes inseridas em um programa educativo-preventivo.

É importante realizar ações educativas que tentem melhorar as condições de saúde bucal das gestantes e o que elas pensam a respeito do tratamento, pois com a educação em saúde é possível abordar estes conceitos e melhorar a gestação e a saúde de toda a família por meio do conhecimento<sup>15</sup>. Ao participarem das reuniões didático-pedagógicas e receberem atendimento clínico com orientações sobre higiene oral e controle de placa bacteriana, tais gestantes terão condições de influenciar na higiene oral de sua família<sup>16</sup>.

No estudo de Batistela *et al.*<sup>17</sup>, 97,5% das gestantes tinham interesse em receber orientações, confirmando que nesse período a mulher está ávida por mais informações. Além de orientações sobre saúde bucal e higiene, este projeto abordou o tema de aleitamento materno, uma vez que o período pré-natal é um momento importante para orientar as mulheres sobre este assunto<sup>1</sup>, esclarecendo que o leite materno não é apenas alimento completo e digestivo, mas também tem ação imunizante, protegendo a criança de diversas doenças<sup>16</sup>.

A comunidade informada sobre os benefícios que o pré-natal odontológico pode trazer para cada família facilitará o trabalho da equipe. Seria interessante que, além das palestras, estas informações chegassem à população por meio de *banners*, com as ações desenvolvidas nas unidades e material informativo para ser distribuído nas visitas, nas Unidades de Saúde e em campanhas.

## CONCLUSÃO

Com a implantação do Protocolo de Acompanhamento e Atendimento Odontológico para gestantes, proposto neste trabalho, concluiu-se que ocorreu a facilitação no acesso para estas pacientes, observado no número de

procedimentos de primeira consulta. Durante o projeto, foram realizados 44 procedimentos de primeira consulta odontológica para gestantes e orientações em grupo para 32 mulheres.

Este sucesso no projeto provavelmente se deve à capacitação prévia da equipe e à melhoria na integração para solucionar os problemas de saúde da comunidade. As orientações para a comunidade ajudaram a desmistificar a situação e a esclarecer dúvidas. Outro fator favorável foi a criação de vagas específicas e de tempo reservado para educação em saúde.

## REFERÊNCIAS

1. Belez ACS, Nakano AMS, Ferreira CHJ, Pintagui ACR. Orientações sobre o Aleitamento Materno Inseridas na Prática do Cuidado Pré-Natal no Brasil. *Revista Fafibe On Line*. 2006; (2).
2. Santos AM. Organização das ações em saúde bucal na estratégia de saúde da família: ações individuais e coletivas baseadas em dispositivos relacionais e instituintes. *Revista APS*. 2006; 9(2):190-200.
3. Feldens EG, Feldens CA, Kramer PF, Claas BM, Marcon CC. A percepção dos médicos obstetras a respeito da saúde bucal da gestante. *Pesquisa Brasileira de Odontopediatria e Clínica Integrada*. 2005; 5(1):41-46.
4. Capucho SN, Marino ASS, Cortez LR, Cardoso MG. Principais dúvidas dos cirurgiões-dentistas em relação a pacientes gestantes. *Revista Bio-ciência*. 2003; 9(3):61-65.
5. Navarro PSL, Dezan CC, Mello FJ, Alves-Souza RA, Sturion L, Fernandes KBP. Prescrição de medicamentos e anestesia local para gestantes: conduta de cirurgiões-dentistas de Londrina, PR, Brasil. *Revista da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre*. 2008; 49(2): 22-27.
6. Codato LAB, Nakama L, Cordoni Júnior L, Higasi MS. Atenção odontológica à gestante: papel dos profissionais de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2011; 16(4): 2297-2301.
7. Catarin RFZ, Andrade SMA, Iwakura MLH. Conhecimentos, práticas e acesso à saúde bucal durante a gravidez. *Revista Espaço para a Saúde*. 2008; 10(1):16-24.
8. Albuquerque OMR, Abegg C, Rodrigues CS. Percepção de gestantes do programa saúde da família em relação a barreiras no atendimento odontológico em Pernambuco, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*. 2004; 20(3):789-796.
9. Unfer B, Saliba O. Avaliação do conhecimento popular e práticas cotidianas em saúde bucal. *Revista Saúde Pública*. 2000; 34(2):190-195.
10. Scavuzzi AIF, D'Agostino ES, Cunha YMS, Guimaraes ARD. Contribuição ao estudo da cárie dentária e da doença periodontal durante a gestação na cidade de Feira de Santana, Bahia, Brasil. *Pesquisa Brasileira de Odontopediatria e Clínica Integrada*. 2010;10(3):351-356.
11. Cruz SS, Costa MCN, Gomes Filho IS, Vianna MIP, Santos CT. Doença periodontal materna como fator associado ao baixo peso ao nascer. *Revista Saúde Pública*. 2005 v. 39, n. 5, p. 782-787. 2005.
12. Maia FR, Silva AAR, Carvalho QRM et al. Proposta de um protocolo para o atendimento odontológico do paciente diabético na atenção básica. *Revista Espaço para a Saúde*. 2005; 7(1):16-29.

13. Jeremias F, Silva SRC, Valsecki Junior A, Tagliaferro EPS, Rosell FL. Autopercepção e condições de saúde bucal em gestantes. *Odontologia Clínica-Científica*. 2010; 9(4): 359-363.
14. Oliveira RNL. Tratamento restaurador atraumático (ART): avaliação de um protocolo de atendimento em gestantes da rede pública do município de Feira de Santana – BA. Feira de Santana; 2007. Mestrado [Dissertação] – Universidade Estadual de Feira de Santana.
15. Rodrigues HB, Baldim AA, Pereira MSS, Carvalho LCF, Silva JBOR. Conhecimento das gestantes sobre alguns aspectos da saúde bucal de seus filhos. *UFES Revista de Odontologia*. 2008; 10(2): 52-57.
16. Moimaz SAS, Garbin CAS, Rocha NB, Santos SMG, Saliba NA. Resultados de dez anos do programa de atenção odontológica à gestante. *Revista Ciência em Extensão*. 2011; 7(1):42-56.
17. Batistela FID, Imperato JCP, Raggio DP e Carvalho AS. Conhecimento das gestantes sobre saúde bucal: na rede pública e em consultórios particulares. *RGO*. 2006; 54(1):67-73.

## ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Denize Cristina de Souza Ramos  
 Rua Palestina, 861  
 Jardim Panamá – Campo Grande  
 CEP 79113-330 MS  
 E-mail: enfdenize@hotmail.com

## APÊNDICE

### Protocolo Odontológico para Gestantes

1. Capacitação de toda a equipe a respeito do encaminhamento e agendamento das gestantes para a cirurgia-dentista, durante as reuniões semanais com a equipe.

2. Incluir no sistema o código do procedimento de Primeira Consulta Odontológica Programática para Gestantes (0301010153-31).

3. Palestras, com diferentes funcionários a cada dia, na sala de espera, nos grupos de idosos, hipertensos e diabéticos, a respeito do atendimento odontológico para gestantes e puérperas, benefícios, mitos e verdades, com o objetivo de orientar e esclarecer a comunidade e convidar as pacientes a participar dos encontros.

4. Publicação no mural da unidade dos horários de atendimento, dos horários dos grupos, número de vagas, atendimento de urgências.

5. Busca ativa das gestantes por intermédio dos agentes comunitários de saúde, nas visitas com médico, enfermeira e dentista, e explicação sobre o assunto.

6. Agendamento para atendimento clínico odontológico das gestantes todas as quintas-feiras no período matutino. Serão agendadas cinco pacientes para tratamento por período e mais duas vagas para primeira consulta.

7. Ordem dos procedimentos realizados:

- Anamnese;
- Exame clínico bucal;

- Preenchimento do odontograma e planejamento;
- Procedimentos de urgência para eliminação de sintomatologia dolorosa;

- Raspagem supragengival e subgengival;
- Orientações de técnica de escovação e uso do fio dental;

- Profilaxia e aplicação tópica de flúor;
- Adequação do meio bucal: ART (tratamento restaurador atraumático), restaurações, exodontia, abertura coronária e selamento, verificando o período gestacional, com preferência para o segundo trimestre.

8. Anotar no cartão da gestante o dia da consulta odontológica e o procedimento realizado, no mesmo espaço onde é anotado o procedimento médico. Marcar também faltas e tratamento concluído (TC).

9. Encaminhamentos para o centro de especialidades, quando necessário.

10. Os grupos com as gestantes e seus acompanhantes serão realizados a cada trimestre da gestação e marcados na sexta-feira no período vespertino ou em data combinada com o grupo no primeiro encontro. Os grupos deverão ser compostos por 12 gestantes no máximo. Em um mesmo encontro serão abordados temas de diferentes áreas, com a participação de vários membros da equipe.

11. Agendamento de retorno a cada três meses após o término do atendimento clínico, para realização de procedimentos de profilaxia e avaliação da técnica de escovação.

12. Busca ativa das pacientes faltosas, em visitas domiciliares, e novo agendamento.

13. Visitas domiciliares para puérperas e orientações sobre a saúde bucal do bebê, higiene, aleitamento materno, vacinas e agendamento para a primeira consulta da criança no consultório.

14. Avaliação do número de procedimentos de Primeira Consulta Odontológica Programática para Gestantes (0301010153-31), para avaliar o número de gestantes que estão sendo atendidas.

---

# A Interação entre ESF e Escola na Saúde do Adolescente

Lyvia Maria Torres Moura Donato<sup>I</sup> / Sílvia Helena Mendonça de Moraes<sup>II</sup> /  
Cristina Brandt Nunes<sup>III</sup> / Maria Auxiliadora de Souza Gerke<sup>IV</sup>

**Palavras-chave:** Estratégia Saúde da Família. Saúde do Adolescente. Promoção da Saúde.

---

## RESUMO

No Brasil, somente após a promulgação da Constituição Federal é que foram envidados esforços no sentido de formular e implantar políticas de saúde voltadas aos adolescentes. Este estudo consiste em um relato da interação entre a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e a escola na promoção e prevenção de agravos à saúde dos adolescentes. Trata-se de um projeto realizado em 2010, na ESF Mário Covas, com adolescentes da Escola Municipal Professora Arlene Marques de Almeida, em Campo Grande (MS). O atual Programa Saúde na Escola mostrou ser uma evolução na história de políticas públicas de promoção à saúde de crianças e adolescentes ao abrir uma brecha para alcançar os adolescentes que frequentam as escolas e, assim, fornecer atenção primária à saúde.

## INTRODUÇÃO

Ao longo de décadas, o adolescente foi “esquecido” pelas políticas públicas de saúde, que estavam voltadas apenas para o interesse do Estado: os trabalhadores adultos. A partir de 1920, o governo começou a considerar a necessidade de preservar a força produtiva, que, em um futuro próximo, seria constituída pelas crianças e adoles-

centes da época. Tendo em vista essa preocupação, em 1927, surge o Código de Menores, que regulamentou o trabalho do menor, sendo tal legislação revista e substituída em 1932. Mas só em 1940 a proteção aos jovens foi definida como uma proposta política, criando-se o Departamento Nacional da Criança, que teve sua ação voltada para a área médica e higienista<sup>1</sup>.

Contudo, o adolescente ganhou presença real ante tais políticas somente após 1988, com a Constituição Federal, em que a saúde se torna “direito de todos”, em especial no artigo 277, que ressalta que família, Estado e sociedade devem assegurar à criança e ao adolescente o direito à vida, à saúde e à educação<sup>2</sup>.

Assim, surge, em 1989, o Programa de Saúde do Adolescente (Prosad)<sup>3</sup>, que deveria ganhar ainda mais efetividade com o estabelecimento dos direitos dos adolescentes por intermédio do Estatuto da Criança e do Adolescente em 1990.

Em 1997, porém, é que houve um marco conceitual de desenvolvimento e de promoção à saúde dos adolescentes, com a recomendação do XL Conselho Diretor da Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) e da Organização Mundial de Saúde (OMS), a seus países membros, que incluíssem em suas agendas políticas de

---

<sup>I</sup> Enfermeira Especialista em Atenção Básica em Saúde da Família- UFMS/Fiocruz Mato Grosso do Sul.

<sup>II</sup> Mestre em Saúde Pública; Tutora do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família – UFMS/Fiocruz Mato Grosso do Sul.

<sup>III</sup> Doutora em Ciências; Professora Adjunta da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS).

<sup>IV</sup> Doutora em Ciências; Professora Associada da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS).

atenção à saúde ações destinadas ao desenvolvimento dos adolescentes e jovens<sup>4</sup>.

Atualmente, em muitos países, a atenção à saúde do adolescente vem se tornando uma prioridade<sup>5</sup>, como, por exemplo, em Portugal, que desde 2002 mantém a tutela da saúde escolar sob a responsabilidade do Ministério da Saúde<sup>6</sup>.

Contudo, as políticas públicas brasileiras para este grupo etário continuam fragmentadas e desarticuladas, segundo Rua (*apud* Ferrari *et al.*<sup>7</sup>).

Em 2007, o governo brasileiro institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes, que, segundo Marques<sup>4</sup>, foi motivada pela retomada dos programas voltados à saúde dos jovens e pelas discussões do pacto pela vida junto aos gestores brasileiros. Essa política tinha por objetivo incorporar a atenção à saúde a este grupo populacional à estrutura e mecanismo de gestão em todos os níveis.

Assim, com o surgimento do Programa Saúde na Escola (PSE), instituído pelo Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, resultante do trabalho integrado entre os ministérios da Saúde e da Educação, e a publicação em 2009 do Caderno de Atenção Básica “Saúde na Escola”, do Ministério da Saúde, o adolescente passa a ganhar espaço privilegiado na atenção à saúde, tendo em vista que grande parte dos adolescentes se encontra nas escolas<sup>8,9</sup>.

*Para compreender a importância e a possibilidade do impacto das ações e serviços em saúde destinados aos adolescentes é fundamental considerar as demandas de saúde, de maneira que as ações oferecidas se adequem à realidade local – individual e coletiva – dos principais interessados. Assim, todas essas ações programadas pelo governo brasileiro devem estar pautadas nas reais necessidades dos adolescentes<sup>4</sup>. (p.30)*

O PSE traz, além de ações de promoção e prevenção da saúde com base na educação em saúde, ações como avaliação de medidas antropométricas, acompanhamento do calendário vacinal, detecção de deficiências visual e auditiva, e cuidados de promoção à saúde bucal, o que possibilita a intervenção precoce na saúde das crianças e dos adolescentes em risco.

Neste artigo, relatamos a interação entre Estratégia Saúde da Família (ESF) e escola na promoção da saúde e prevenção de agravos à saúde dos adolescentes.

Esperamos que este relato suscite reflexões críticas a respeito da situação de saúde dos adolescentes, se podemos e até onde podemos intervir nessa situação, ao vermos o PSE como uma oportunidade mais concreta de interação com esse público.

## DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

Este estudo consiste em um Relato de Experiência vivenciada no âmbito da ESF Mário Covas, por meio do projeto “Atenção à Saúde do Escolar”, que desenvolvi juntamente com as professoras doutoras enfermeiras Cristina Brandt Nunes e Maria Auxiliadora de Souza Gerke.

O projeto foi realizado em concordância com o PSE e vinculado à ESF, alcançando escolares adolescentes entre 10 e 19 anos da Escola Municipal Professora Arlene Marques de Almeida, em Campo Grande (MS). Buscávamos atender às necessidades do curso de graduação em Enfermagem da UFMS, que não tinha atividades práticas de estágio com adolescentes; às necessidades da ESF Mário Covas relacionadas à saúde do adolescente; e, consequentemente, às metas pactuadas pelo município de Campo Grande; além da possibilidade de colocar em prática os cuidados propostos no PSE do Ministério da Saúde<sup>9</sup>.

## Caracterização da área atendida

A ESF Mário Covas foi inaugurada em 9 de fevereiro de 2004. Está localizada no bairro Mário Covas, região do Anhanduizinho, distrito sul de Campo Grande, abrangendo, além do próprio Mário Covas, os bairros de Jardim Bálsamo e Jardim Canguru, totalizando uma área de 29.154 m<sup>2</sup>.

A área de abrangência da ESF é composta, em sua maioria, por pessoas do sexo masculino (52%), concentradas principalmente na faixa de 20 a 39 anos. Das 2.416 famílias cadastradas, 1.532 pessoas têm entre 7 e 14 anos, sendo que 1.451 destas estão na escola.

A ESF oferece a essa população atendimento por meio dos seguintes programas: Pré-Natal, Atenção Integral de Saúde da Mulher (PAISM), Hipertensão, Diabetes, Saúde do Adolescente, Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), Saúde do Idoso, Mãe Morena,

Climatério, Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama – Viva Mulher, Programa Saúde de Ferro, Aleitamento Materno, Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan), Saúde do Homem, Planejamento Familiar, Núcleo de Atenção Integral à Saúde da Criança (Naisc) e tratamento do tabagismo no SUS.

Além desses programas oferecidos pelo Ministério da Saúde e município, por se tratar de campo de estágio, a área ganha suporte para os atendimentos realizados por acadêmicos e projetos desenvolvidos por universidades, abrangendo em especial a saúde da criança, do adolescente e da mulher.

### Relato da experiência

O público-alvo era composto por crianças, adolescentes e famílias dos escolares do primeiro ao nono ano. A equipe realizadora do projeto foi constituída por professoras enfermeiras da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) (Enfermagem Pediátrica e Enfermagem Ginecológica e Obstétrica), estudantes do curso de graduação em Enfermagem da UFMS (Departamento de Enfermagem) e equipe multiprofissional da ESF Mário Covas.

Os objetivos do projeto eram:

- Levantar dados com professores, coordenadores, inspetores, diretores, equipe multiprofissional de saúde, adolescentes e familiares sobre situações e problemas que necessitassem de abordagem na área de saúde do escolar;
- Propor ações de saúde (educativas e cuidados) para as situações levantadas de acordo com a permissão dos pais e/ou responsáveis;
- Realizar antropometria e verificação dos sinais vitais;
- Avaliar o crescimento e o desenvolvimento infantojuvenil;
- Realizar educação em saúde;
- Realizar consulta de enfermagem pediátrica à criança e ao adolescente;
- Realizar consulta de enfermagem ginecológica e obstétrica à adolescente;
- Acompanhar o esquema vacinal;
- Preencher a caderneta de saúde do adolescente (menina e menino);

- Realizar encaminhamento de situações e problemas levantados para a equipe multiprofissional de saúde e para as redes de apoio.

Sendo assim, na prática, de segunda a quinta-feira, os acadêmicos faziam atividades de educação em saúde, verificação de calendário vacinal, avaliação de sinais vitais e dados antropométricos.

Nas atividades de educação em saúde, os temas eram propostos com base nas necessidades identificadas pelos acadêmicos e/ou funcionários da escola ou por escolha dos próprios escolares, a partir dos temas contidos no Caderno de Atenção Básica Saúde na Escola<sup>9</sup>. Essas atividades eram elaboradas pelos acadêmicos de Enfermagem, que utilizavam diversas metodologias, como palestra, dinâmicas, roda de conversa, dramatizações, paródias, fantoches, etc. Assim, adequávamos a linguagem à clientela (crianças ou adolescentes), sempre de forma dinâmica, lúdica e buscando a coparticipação dos alunos.

Essas atividades eram desenvolvidas semanalmente, nos horários de aula, com duas turmas de uma mesma série separadamente, conforme a disponibilidade na agenda escolar, e tinham duração média de 50 minutos. Participavam das atividades os alunos da escola e professores e coordenadores, quando desejassem, sendo que um professor e/ou coordenador sempre assistia a toda a atividade.

É importante destacar que as atividades tinham como foco promover e fortalecer o processo de educação em saúde com base na realidade local, com ideias propostas pelos próprios estudantes e desenvolvidas pelos acadêmicos, possibilitando, assim, a criação de vínculo entre os alunos e a equipe de saúde, que se apresentava como um ponto de apoio para as necessidades sociais e de saúde dos escolares.

Preferencialmente ao término da atividade educativa, era feita a avaliação de sinais vitais e dados antropométricos pelos acadêmicos de Enfermagem, acompanhados por mim, em uma sala exclusiva disponibilizada pela direção da escola. O objetivo era detectar precocemente qualquer alteração apresentada pelas crianças e/ou adolescentes, intervir imediatamente com métodos não farmacológicos e, quando necessário, encaminhar à equipe de Saúde da Família.

A equipe da ESF abria agenda a cada duas semanas, na sexta-feira, somente para atender aos adolescentes. Além disso, estes eram acompanhados quinzenalmente,

até a melhora da alteração, com auxílio da Ficha de Avaliação Individual, que atualizava os dados de saúde colhidos na atividade.

A verificação do calendário vacinal também era outra atividade realizada, com o objetivo de identificar e indicar a atualização vacinal das crianças e/ou adolescentes em atraso. Para isto, as turmas eram avisadas na semana anterior e lembradas no dia anterior à atividade para trazerem a Caderneta de Vacinação. No caso das turmas de crianças menores, eram enviados bilhetes aos pais para que estes mandassem as Cadernetas de Vacinação.

Um dos itens avaliados na escola foi o valor da pressão arterial, e, quando constatada alguma alteração, eram feitas intervenções não medicamentosas, como orientações quanto a alimentação saudável, prática de atividades físicas, redução/abandono do tabagismo e redução do estresse. Além disso, os escolares com alteração dos níveis pressóricos eram encaminhados para avaliação da equipe da ESF.

No procedimento de aferição da pressão arterial, foram utilizados manguitos adequados à medida da circunferência braquial de cada adolescente. Isso era importante para mensurar o valor fidedigno da pressão arterial, pois manguitos maiores do que o indicado poderiam apresentar um valor mais baixo do que o real, e manguitos menores, um valor acima do real, falseando o valor real que a pessoa apresenta de pressão arterial<sup>10</sup>.

Para analisar os dados antropométricos e de sinais vitais (SSVV), os valores verificados na Ficha de Avaliação Individual dos adolescentes foram avaliados da seguinte forma: IMC de acordo com os valores de referência obtidos nos gráficos da Caderneta do Adolescente, do Ministério da Saúde<sup>11</sup>; circunferência abdominal de acordo com os valores de referência obtidos no Caderno de Atenção Básica Saúde na Escola<sup>9</sup>; e pressão arterial de acordo com os valores obtidos nas referências do Ministério da Saúde<sup>12</sup>.

### **Análise e discussão dos resultados da ação**

A princípio, as atividades deveriam alcançar principalmente adolescentes de 10 a 19 anos, conforme a OMS<sup>13</sup>. Contudo, devido aos problemas com agenda escolar, em semanas de prova e de outras atividades destinadas aos alunos do quinto ao nono ano, nossas atividades se estenderam às “séries menores”, ou seja, aos escolares do primeiro ao quarto ano.

Apesar de sair um pouco do foco com relação às metas de indicadores e ao objetivo do estágio acadêmico, podemos notar a importância de iniciar a educação em saúde o quanto antes na vida dos cidadãos.

Analisaremos, a seguir, os resultados obtidos em cada atividade realizada.

### **Atividades de Educação em Saúde**

As atividades de Educação em Saúde eram ansiadas pelos escolares mais do que qualquer outra atividade.

Foram realizadas 22 atividades educativas do primeiro ao nono ano do ensino fundamental, com os seguintes temas: pediculose; *bullying*; sexualidade e alterações no corpo do adolescente; gravidez na adolescência; drogas e álcool na adolescência; alimentação saudável; atividade física; hipertensão arterial; primeiros socorros.

A princípio, foi oferecida à turma a opção de votar no assunto que gostaria que fosse abordado. Porém, como a maioria dos alunos sempre escolhia sexualidade, e às vezes o “problema gritante” era outro, mudamos essa metodologia. Então, procurávamos ouvir a opinião dos funcionários da escola sobre o que seria importante trabalhar em determinada turma e, a partir daí, ouvir também o que os alunos queriam, mas dávamos sempre um poder de fala maior aos funcionários.

O tema “sexualidade” também nos trouxe certa dificuldade com relação aos pais dos alunos, em especial os do sexto ano, que corresponde em geral aos adolescentes de 10 a 11 anos, pois seus pais consideravam que os filhos ainda eram crianças e não deveriam “ouvir sobre essas coisas”. A partir de então, nessas turmas, passamos a trabalhar a sexualidade como “alterações do corpo do adolescente”, tendo em vista que essas mudanças também fazem parte da sexualidade, e, na hora da interação/tira-dúvidas, as costumeiras perguntas específicas sobre sexualidade “apareciam”.

### **Avaliação de sinais vitais e dados antropométricos**

Foram avaliados 495 alunos do primeiro ao nono ano do ensino fundamental, sendo 347 adolescentes, com relação a peso, altura, IMC, circunferência abdominal e aferição da pressão arterial.

Para cada item alterado eram oferecidas orientações baseadas em tratamentos não medicamentosos, partindo da mudança no estilo de vida, como alimentação balanceada, prática regular de atividades físicas, diminuição do estresse, eliminação do tabagismo e alcoolismo e/ou uso de drogas.

O uso da Ficha de Avaliação Individual nos ajudou a monitorar a situação de saúde do adolescente e a avaliar a efetividade das condutas adotadas em cada situação.

Dos 347 adolescentes avaliados, 67 (19,3%) apresentaram algum tipo de alteração. Destes, 63 (94%) foram encaminhados para consulta médica e apenas um adolescente para consulta de enfermagem (1,49%). As alterações mais frequentes estão apresentadas na Tabela I.

**Tabela I**  
**Percentual das alterações apresentadas pelos adolescentes envolvidos no projeto. Campo Grande (MS), 2010 (n = 347)**

Alteração	Frequência	Percentual*
IMC aumentado para a idade	31	8,9
PA elevada	25	7,2
CA aumentada	14	4,0
IMC baixo para a idade	5	1,4
Baixa estatura para a idade	9	2,5
Outras alterações clínicas	4	1,1

Fonte: *Fichas Coletivas (2010)*.

Os alunos que apresentavam alterações foram acompanhados na escola até o final do semestre. Quanto à pressão arterial, por exemplo, apenas um adolescente continuou com os valores acima do desejável para a idade e sexo, o que mostra a efetividade das condutas adotadas tanto na escola como na ação em conjunto com a ESF.

### **Verificação do calendário vacinal**

No que se refere à verificação do calendário vacinal dos escolares, obtivemos bastante êxito em comparação aos escolares menores, com relação tanto ao fato de sempre levarem as Cadernetas de Vacinação quando solicitávamos, como a poucos atrasos vacinais.

No caso dos adolescentes foi mais complicado, pois estes, em sua maioria, haviam perdido as Cadernetas de

Vacinação e não as levavam. Quando conseguiam levá-las, a taxa de atraso vacinal era alta.

Acreditamos que esta situação esteja relacionada à diminuição do cuidado dos pais e/ou responsáveis nesse quesito, pois, enquanto os alunos são menores, as cadernetas costumam ser impecáveis, mas depois há esse descaso com a imunização. Talvez isto ocorra por falta de informação sobre o calendário vacinal do adolescente, mas é preciso realizar estudos mais amplos e aprofundados para formar concepções sobre esse fato.

### **Encaminhamentos: elo da escola com a equipe de saúde**

Podemos dizer que os encaminhamentos foram nossos grandes aliados para integrar a escola e a equipe de saúde, fazendo-as interagir.

Sendo assim, nosso trabalho na escola tinha continuidade na ESF, e, em geral, os adolescentes voltavam entusiasmados com o resultado da “ida ao posto”.

Por ser nosso elo, essa parte do nosso trabalho não podia apresentar fragilidade. Dessa forma, buscamos resolver qualquer lacuna que aparecesse. E é claro que apareceu, como, por exemplo:

- A escola pertencia à área de abrangência da ESF Mário Covas, porém alguns alunos não moravam na área. Então, atendemos normalmente na ESF Mário Covas, como se os alunos fossem da área. E depois da ESF Mário Covas, a equipe de saúde os encaminhava à ESF responsável pela cobertura da área onde esses escolares moravam;
- De acordo com a legislação vigente de proteção à criança e ao adolescente, para que os escolares recebessem atendimento na unidade, era necessário o acompanhamento de pais e/ou responsáveis; entretanto, no caso dos adolescentes, como a maioria ficava sozinha em casa, pois os “pais trabalhavam e não podiam faltar”, os jovens eram atendidos na unidade sem acompanhamento do responsável. Quando possível a presença dos pais e/ou responsáveis, estes também participavam de todas as atividades desenvolvidas na unidade;
- Outro entrave foi relacionado à aferição da pressão arterial dos adolescentes. Como sabemos, a largura do manguito influencia de forma inversamente proporcional o valor obtido na aferição. Dessa forma, se

for usado um manguito de adulto para adolescentes pequenos, vamos verificar um valor falso, menor do que aquele que realmente o adolescente está apresentando. E era exatamente isso o que acontecia. Os adolescentes encaminhados voltavam dizendo que estava “tudo normal”, mas, em todas as mensurações na escola (com o manguito adequado ao tamanho da circunferência braquial do adolescente), obtínhamos alteração nos valores da pressão arterial. A solução foi conseguir manguitos adequados para a ESF e sensibilizar os profissionais de saúde para utilizarem o manguito adequado. Porém, estes ofereceram grande resistência e afirmavam “nunca terem ouvido isso”. Sendo assim, entramos num acordo “paternal”, pelo qual enviávamos os adolescentes com a Ficha de Encaminhamento, com todos os dados, e acima escrevíamos qual manguito deveria ser utilizado para aquele adolescente.

Sendo assim, em todo esse processo de trabalho, podíamos conseguir grande produtividade para a unidade, tanto nas atividades desenvolvidas na escola, como na unidade de saúde. E, para isso, na escola, precisávamos do número do prontuário de cada aluno para lançar no Sistema Hygia, mas sem a caderneta de vacinação não tínhamos acesso a esses dados. Conseguimos resolver esse problema com a equipe de saúde da seguinte forma: antecipadamente, a equipe pesquisava o número dos prontuários no sistema, a partir de uma listagem dos nomes dos alunos, por turma, que participariam das atividades naquele dia. Assim, quando terminávamos uma atividade, fornecíamos a cópia dos registros à unidade para que pudessem lançar como produtividade para a ESF.

É claro que a ESF estourou em produtividade, mas, com toda a certeza, esse trabalho não seria possível sem a colaboração e o trabalho conjunto, árduo e de qualidade dos acadêmicos, que se revelou de grande efetividade no alcance dos adolescentes, tanto pela empatia, por serem mais jovens e “aparentemente mais acessíveis a esses escolares”, como pela determinação e força de trabalho produtiva.

A conexão de projetos acadêmicos ao trabalho das equipes de Saúde da Família se mostrou bastante efetiva e vantajosa, especialmente quando relacionada à saúde dos adolescentes.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde dos adolescentes tem se tornado prioridade na história atual de saúde em nosso país e no mundo. Porém, as dificuldades de atenção a essa clientela são muitas, em especial “a de alcançá-la”. Entretanto, podemos considerar que parte dessa dificuldade é ultrapassada quando mudamos nosso lócus de atendimento para a escola, onde encontramos os adolescentes, no ambiente a que estão habituados e onde passam grande parte de seu tempo.

O PSE mostrou ser uma evolução na história de políticas públicas de promoção à saúde de crianças e adolescentes, ao abrir uma brecha especial para alcançar os adolescentes que frequentam as escolas e, então, fornecer atenção primária à saúde. Porém, ao estudar e ao desenvolver este trabalho, pude concluir que se torna inviável seguir as recomendações do PSE à risca, tendo em vista a sobrecarga de trabalho da equipe de Saúde da Família.

O excesso de atribuições das ESF é tão notório em Campo Grande (MS) que, quando desenvolvemos esse trabalho em 2010, a meta pactuada era uma atividade de educação em saúde por mês para os adolescentes da área. Em 2011, a meta mudou para uma atividade por semestre, indo contra tudo o que tem sido estudado e publicado sobre a carência de atenção à saúde dos adolescentes.

Essa interação entre ESF e escola foi bastante efetiva e vantajosa para todos, em especial para os adolescentes, que agora recebem atenção na promoção e prevenção de agravos à saúde. Mas todo esse processo só se mostrou eficaz porque tínhamos como colaboradores, uma mão de obra capacitada e em grande número para desenvolver as ações: os acadêmicos.

Acredito que seria de grande valia para a atenção à saúde dos adolescentes e dos escolares em geral se pudessemos dispor de uma equipe especializada para PSE, que fosse contínuo nas escolas e integrasse estas às ESF, assim como foi realizado nesta experiência.

## REFERÊNCIAS

1. Correa ACP, Ferriani MGC. A produção científica da enfermagem e as políticas de proteção à adolescência. *Rev. Brasileira de Enfermagem*. 2005; 58 (4): 449-53. [capturado em 28 set. 2011]. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/ireben/v58n4/a13v58n4.pdf>>.

2. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado; 1988.
3. Brasil. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil. Programa de Saúde do Adolescente: bases programáticas. Brasília; 1989.
4. Marques JF. Produção do Cuidado ao Adolescente na Atenção Básica: Subsídios para prática clínica. Fortaleza; 2010. Mestrado [Dissertação] – Universidade Estadual do Ceará. [capturado em 14 mai 2011]. Disponível em: [http://www.uece.br/cmaccclis/dmdocuments/juliana\\_marques.pdf](http://www.uece.br/cmaccclis/dmdocuments/juliana_marques.pdf)
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde do adolescente: competências e habilidades. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2008.
6. Portugal. Divisão de Saúde Escolar. Programa Nacional de Saúde Escolar. Publicado no Diário da República nº 110 de 7 de Junho. Despacho nº 12.045/2006 (2ª série)
7. Ferrari RAP, Thompson Z, Melchior R. Adolescência: ações e percepção dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família. Interface – Comunic, Saúde, Educ. 2008; 12(25):387-400.
8. Brasil. Presidência da República. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola – PSE, e dá outras providências. Diário Oficial da União. Poder Executivo. Brasília, DF; 2007.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica: Programa Saúde na escola. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
10. Santos aac, Zanetta DMT, Cipullo JP, Burdmann ea. O diagnóstico da hipertensão arterial na criança e no Adolescente. *Pediatria*. 2003;25(4):174-83
11. Brasil. Ministério da Saúde. Caderneta do Adolescente. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. A saúde de adolescentes e jovens: uma metodologia de auto-aprendizagem para equipes de atenção básica de saúde: módulo básico. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2007.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação da Saúde da Criança e do Adolescente. Programa Saúde do Adolescente PROSAD. Bases Programáticas. 2ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 1996.

## ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Lyvia Maria Torres Moura Donato  
Rua Palmeirais, 990  
Parque dos Novos Estados – Campo Grande – MS  
E-mail: [lyviadonato@gmail.com](mailto:lyviadonato@gmail.com)

---

# A Importância da Avaliação e Manejo do Pé Diabético na Prevenção de Incapacidades

Jumara Espindola dos Santos<sup>I</sup> / Luiza Helena de Oliveira Cazola<sup>II</sup>

**Palavras-chave:** Diabetes Mellitus. Pé Diabético. Visita Domiciliar.

---

## RESUMO

A avaliação dos pés é um procedimento que deveria ser realizado periodicamente em todos os pacientes diabéticos, porém essa conduta aparentemente simples é executada de maneira insuficiente por muitas equipes de saúde, seja pela dificuldade de captação dos usuários ou por condições de trabalho inapropriadas. Este artigo relata a experiência da avaliação e manejo do pé diabético em uma unidade de Estratégia Saúde da Família (ESF) no município de Campo Grande (MS) por meio de visitas domiciliares. A pesquisa foi realizada em uma unidade de saúde que apresenta estrutura física inadequada: uma casa alugada, improvisada inadequadamente, composta por duas equipes de Saúde da Família e uma população de aproximadamente 8.200 pessoas. Em virtude do espaço físico inadequado, a visita domiciliar para avaliação dos pés de portadores de diabetes *mellitus* pareceu a melhor maneira de acompanhar esse público. O trabalho foi desenvolvido em apenas uma microárea em razão da vulnerabilidade observada e para avaliar se as visitas seriam efetivas e se a equipe teria condições de fazer essa intervenção de modo eficaz em âmbito residencial. Com base neste estudo, buscou-se implementar uma

avaliação regular de todos os pacientes diabéticos moradores na área de abrangência. A experiência mostrou que se pode realizar a avaliação dos pés dos portadores de diabetes em âmbito domiciliar com qualidade. Planeja-se estender a ação às demais microáreas, para tornar possível a melhoria da assistência ao paciente diabético. As dificuldades encontradas levaram à criação de alternativas que atendam à comunidade e possibilitem mudanças e melhorias na assistência à saúde.

## INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde define o diabetes como um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia e associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. Pode resultar de defeitos de secreção e/ou ação da insulina envolvendo processos patogênicos específicos, como destruição das células beta do pâncreas (produtoras de insulina), resistência à ação da insulina e distúrbios da secreção da insulina, entre outros<sup>I</sup>.

Existem diferentes tipos de diabetes *mellitus*, que podem diferir quanto a causa, evolução clínica e tratamen-

---

<sup>I</sup> Enfermeira da Prefeitura do município de Campo Grande (MS); Especialista em Atenção Básica em Saúde da Família pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul/Fiocruz Mato Grosso do Sul.

<sup>II</sup> Mestre em Saúde Coletiva; Doutora em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul; Tutora do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul/Fiocruz Mato Grosso do Sul.

to. As principais classificações do diabetes são: tipo 1 (originalmente referido como diabetes *mellitus* insulino-dependente); tipo 2 (originalmente referido como diabetes *mellitus* não insulino-dependente; diabetes gestacional (ADA, Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus, 2003); diabetes *mellitus* associado a outras condições ou síndromes<sup>2</sup>.

Na prevenção das ulcerações nos pés que precedem 85% das amputações em membros inferiores de pessoas diabéticas, a educação terapêutica é a parte essencial dos programas que abordam cuidados primários. Higiene dos pés, tratamento de calos, infecções fúngicas e lesões cutâneas são elementos fundamentais desses programas educativos<sup>3</sup>.

O diabetes *mellitus* ocupa papel de destaque no que se refere a amputações e incapacidades. Sendo assim, trabalhar formas de prevenir problemas de saúde relacionados a essa doença caracteriza-se como uma importante intervenção. Essa doença configura-se hoje como uma epidemia mundial, traduzindo-se em grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo. O envelhecimento da população, a urbanização crescente e a adoção de estilos de vida pouco saudáveis, como sedentarismo, dieta inadequada e obesidade, são os grandes responsáveis pelo aumento da incidência e prevalência do diabetes em todo o mundo<sup>1</sup>.

Mais de 120 milhões de pessoas no mundo sofrem de diabetes *mellitus*, e muitos destes indivíduos apresentam úlceras nos pés, o que pode eventualmente incorrer em amputação. Devido ao elevado custo associado à ulceração nos pés, o impacto deste problema não se restringe ao paciente, mas também atinge todo o sistema de saúde. Embora as vias de ulceração e amputação não difiram em todo o mundo, a prevalência de úlceras e amputações varia de forma considerável nos diferentes países<sup>4</sup>.

No Brasil, o diabetes, junto com a hipertensão arterial, é responsável pela primeira causa de mortalidade, de hospitalizações e de amputações de membros inferiores, e representa ainda 62,1% dos diagnósticos primários em pacientes com insuficiência renal crônica submetidos à diálise. É importante observar que já existem informações e evidências científicas suficientes para prevenir e/ou retardar o aparecimento do diabetes e de suas complicações e que pessoas e comunidades progressivamente vêm tendo acesso a esses cuidados<sup>1</sup>.

Na tentativa de proporcionar melhoria na qualidade de vida do diabético e prevenir as complicações, é necessário elaborar um plano assistencial que vise assistir e educar o cliente<sup>5</sup>. As ações educativas são fundamentais, considerando-se que pouco menos da metade (45%) das pessoas diabéticas e um terço das pessoas com mais de 20 anos de doença desenvolverão doença vascular periférica e, provavelmente, evoluirão para gangrenas e amputações, traumas que poderiam ser evitados se fossem tomados os cuidados apropriados com os pés<sup>6</sup>.

O pé diabético é uma “infecção, ulceração e/ou destruição de tecidos profundos, associadas com anormalidades neurológicas e vários graus de doença vascular periférica nos membros inferiores”<sup>4</sup> (p. 16).

O pé diabético é resultante de duas complicações crônicas do diabetes: neuropatia diabética e doença vascular periférica. Estas podem ocorrer tanto de forma isolada como concomitantemente num mesmo indivíduo, sendo que nos casos onde ocorre a concomitância observamos piora da complexidade e da gravidade. É pela complicação encontrada no pé diabético que o classificamos em pé diabético neuropático, pé diabético vascular ou pé diabético misto ou neurovascular<sup>7</sup>.

O pé diabético é uma das complicações mais devastadoras do diabetes *mellitus*, sendo responsável por 50% a 70% das amputações não traumáticas, 15 vezes mais frequentes entre indivíduos diabéticos, além de concorrer com 50% das internações hospitalares. Em geral, a neuropatia diabética (ND) atua como fator permissivo para o desenvolvimento de úlceras nos pés por meio da insensibilidade e, principalmente, quando associada a deformidades. As úlceras se complicam quando associadas a doença vascular periférica (DVP) e infecção, geralmente presentes em torno de 20% das lesões, as quais colocam o paciente em risco de amputação e até de vida<sup>6</sup>.

Como fatores de risco para o pé diabético podemos citar: antecedente de úlcera nos pés; amputação não traumática; educação terapêutica deficiente; inacessibilidade ao sistema de saúde; neuropatia – insensibilidade; deformidades, calos, uso de calçados inadequados. Já os fatores que contribuem para a DVP são: tabagismo, hipertensão arterial, dislipidemia, nefropatia diabética, lesões não ulcerativas (micoses, bolhas, rachaduras, fissuras, unhas encravadas) e baixa acuidade visual<sup>4</sup>.

As dificuldades dos pacientes reforçam a importância da articulação e da integração das redes de saúde locais,

intermunicipais e estaduais. Os serviços de referência precisam estar vinculados à rede básica, que está em melhor posição para esclarecer e sensibilizar famílias e vizinhos, com visitas domiciliares e orientação para a busca de suporte<sup>8</sup>.

A rede de atenção básica exerce papel fundamental, pois o diagnóstico precoce, o tratamento oportuno e os autocuidados evitam a maioria das complicações e garantem a qualidade de vida aos portadores de diabetes *mellitus*. Não menos importante é sua interligação com a média e a alta complexidade, garantindo a linha de cuidado com a adequação de calçados, próteses, cirurgias emergenciais e de reabilitação, quando indicadas<sup>8</sup>.

Este trabalho relata a experiência da visita domiciliar na avaliação e manejo do pé diabético na prevenção de incapacidades na unidade de Estratégia Saúde da Família Nossa Senhora das Graças, em Campo Grande (MS), visando à melhoria na assistência, à criação de vínculo entre a equipe de saúde e o usuário e à prevenção de ulcerações e amputações.

## DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

O trabalho foi desenvolvido na Unidade de Saúde da Família Nossa Senhora das Graças, localizada no distrito Norte. Trata-se de uma unidade instalada em uma casa alugada, improvisada inadequadamente. É composta por duas equipes de Saúde da Família que prestam atendimento aos seguintes bairros: Equipe 35: Nossa Senhora das Graças, Jardim Paradiso, Bosque da Saúde, Jardim Paquetá, Vila Nilza, Jardim Fluminense e Jardim Veneza; Equipe 48: Cophasul, Azaleia, Alto São Francisco e Jardim das Acácias.

Essa unidade iniciou seu funcionamento em fevereiro de 2004 com apenas uma equipe de Saúde da Família. A inauguração oficial ocorreu no dia 15 de dezembro de 2004 e, devido ao aumento da população da área de abrangência, foi preciso contar com duas equipes em 2006. Atualmente, a unidade atende a uma população de cerca de 8.200 pessoas.

A UBSF Nossa Senhora das Graças dispõe somente de um consultório médico, um de enfermagem e uma cadeira odontológica, necessitando de revezamento de consultórios pelos profissionais e atendimento externo. Outras questões que influem nos atendimentos são a vulnerabilidade da população e o nível socioeconômico e cultural da comunidade.

Vivenciando diariamente a realidade dessa unidade, podem-se observar as potencialidades da área e os problemas na execução dos programas e nas intervenções de saúde. Uma situação que chama a atenção é a dificuldade de realizar a avaliação dos pés dos portadores de diabetes. Essa dificuldade decorria basicamente de: ausência de espaço físico adequado (privativo, com boa luminosidade e com uma maca); os pacientes compareciam ao grupo somente para troca de receita e consulta médica e, quando convidados a realizar a avaliação, não aceitavam, alegando demora; alguns pacientes também relataram já terem realizado a avaliação, mas nunca receberam a palmilha, o que causava desmotivação.

A partir daí, verificou-se a necessidade de organizar a rotina da equipe a fim de conseguir realizar a avaliação dos diabéticos da área. Com isso, seria possível quantificar quem necessitaria de palmilha preventiva ou corretiva, assim como aqueles que precisariam ser encaminhados à referência (Serviço de Referência em Diabetes – Seredi) e então realizar o manejo adequado a cada caso.

É necessário também conscientizar os diabéticos sobre a importância da avaliação, visto que muitos deles não percebem a relevância de ter os pés avaliados. Muitos até se recusam a ser examinados por acharem que essa avaliação só é necessária quando os pés apresentam feridas. E sabemos que o objetivo é justamente o contrário. Em algumas rodas de conversa com o grupo de diabéticos, eles foram questionados sobre as alterações que a doença causa. Vários responderam, porém falaram somente dos níveis altos ou baixos de “açúcar no sangue” (hiperglicemia e hipoglicemia) e dos riscos dessa descompensação. Nenhum deles soube relacionar a doença com alterações nos pés, ou seja, não compreendem a fisiopatologia da doença. É necessário, então, fazê-los entender que os pés são afetados pelo diabetes e que a avaliação regular é necessária para prevenir as incapacidades.

Para que os pacientes avaliados tenham o seguimento adequado às suas necessidades, contamos com dois serviços de apoio, o Serviço de Referência em Diabetes (Seredi) e a Sapataria do Pé Diabético.

O Seredi, atualmente, é a referência para tratamento de feridas do pé diabético dos pacientes usuários do Sistema Único de Saúde no município de Campo Grande. Localiza-se no Centro Especializado Municipal (CEM) e

está diretamente vinculado ao programa de ostromizados da prefeitura. Este serviço teve seus trabalhos iniciados em 2001 no CEM de Campo Grande.

Tem como principais finalidades: atender a pacientes diabéticos com complicações crônicas; desenvolver ações diagnósticas, terapêuticas e educativas; capacitar recursos humanos e realizar pesquisas; reduzir o impacto das complicações crônicas na qualidade de vida dos pacientes diabéticos; prolongar sua vida de forma mais saudável e participativa na sociedade; e minorar os altos custos gerados pelas condições crônicas em suas fases avançadas.

Os pacientes podem ser encaminhados por médicos ou enfermeiros após a avaliação e verificação da necessidade. Tanto nas Unidades Básicas de Saúde, quanto nos hospitais, deve ser preenchido o impresso de referência e contrarreferência.

A Sapataria do Pé Diabético começou como uma proposta para a diminuição dos casos de amputações de membros inferiores associadas às deformidades do pé diabético.

Os ortesistas trabalham da seguinte maneira: eles planejam um cronograma anual, no qual as unidades são divididas por distrito; cada unidade é visitada por eles três vezes ao ano (primeiro, segundo e terceiro trimestres). As datas são previamente repassadas às unidades para que as enfermeiras se programem para as avaliações dos pés dos pacientes. Todos os pacientes que irão receber as palmilhas devem ter sido avaliados previamente pela enfermeira. A média de pacientes que comparece a cada visita dos ortesistas é de 15. Há um ano, todos os pacientes avaliados recebiam a palmilha preventiva. Porém, como o repasse de recursos foi diminuído, eles orientam as enfermeiras a encaminharem para a confecção das palmilhas apenas os pacientes que apresentem classificação de grau de risco igual a dois ou maior.

Depois de entregues as palmilhas, os pacientes são orientados a trocá-las por novas a cada quatro meses, visto que elas perdem sua função de proteção e correção de deformidades.

Inicialmente, a proposta era avaliar todos os pacientes diabéticos da área de abrangência da equipe 35 (88 pacientes). Foram realizadas diversas ações para a avaliação dos pés, tanto na unidade quanto em pontos estratégicos da comunidade, mas os pacientes não estavam

comparecendo. A partir daí, lançamos mão das visitas domiciliares.

A princípio, trabalhamos em apenas uma microárea. Fizemos um levantamento de quantas pessoas necessitavam de avaliação e realizamos as visitas domiciliares a fim de convencer o paciente a se submeter à avaliação dos pés. Quando ele aceitava, a avaliação era feita no mesmo momento, na casa do paciente, com o objetivo de aproveitar a oportunidade e garantir que o exame fosse realizado.

A microárea escolhida foi a MA 05, com um total de 12 pacientes diabéticos. Essa área foi selecionada por ser extremamente vulnerável e porque a maioria dos pacientes (nove) nunca havia realizado o exame dos pés, ao contrário das outras áreas, nas quais grande parte dos diabéticos já tinha feito o exame ao menos uma vez.

As visitas contavam com a profissional enfermeira, a agente comunitária de saúde (ACS) e uma técnica de enfermagem da equipe. A ACS era importante para a confiança dos moradores, visto que alguns deles pouco frequentavam a unidade de saúde e por vezes não conheciam os funcionários. Eles veem na agente uma referência, já que a recebem em suas casas todos os meses. A técnica de enfermagem ajudava aferindo a pressão arterial, realizando o teste de glicemia capilar e preenchendo a ficha de avaliação.

Foram realizadas dez visitas domiciliares na microárea 05, com dez avaliações do pé diabético. Dois pacientes já haviam realizado o exame havia menos de três meses. Os resultados se resumem basicamente em: risco 0: 5 pacientes; risco 1: 3 pacientes; risco 2: 2 pacientes; risco 3: nenhum paciente.

Em relação ao manejo dos casos, apenas um paciente precisou ser encaminhado tanto ao Seredi (por apresentar calosidades significativas), quanto ao ortesista (por apresentar deformidades). Outro paciente foi encaminhado somente ao ortesista, por apresentar pontos de pressão nos dedos e dedos em garra. Os demais pacientes não apresentavam deformidades nem alterações de sensibilidade e foram orientados sobre os cuidados com os pés e a importância da avaliação regular dos pés a fim de prevenir as incapacidades.

Dois pacientes apresentaram apenas alterações de sensibilidade sem deformidades físicas, sendo classificados como grau I. Tais pacientes foram encaminhados ao ortesista para a confecção da palmilha. Nesses casos, a

palmilha tem função preventiva e desempenha papel importante na prevenção de deformidades e pequenos acidentes nos pés, como ferimentos ocasionados pelo uso de chinelos e ferimentos não percebidos, muito comuns em pacientes com alterações de sensibilidade.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência mostrou ser possível realizar a avaliação dos pés dos portadores de diabetes em âmbito domiciliar com qualidade e resolutividade. Essa experiência representou apenas o início da melhoria da assistência dos pacientes diabéticos e, conseqüentemente, a melhoria das metas pactuadas pelo município em relação à avaliação do pé diabético.

A prevenção de incapacidades está diretamente relacionada ao manejo adequado. Então, confeccionar uma palmilha preventiva, encaminhar ao especialista quando detectadas alterações ou fornecer uma simples orientação sobre como cuidar dos pés são cuidados essenciais quando objetivamos ampliar a qualidade de vida do paciente com diabetes e prevenir incapacidades e amputações.

Ao finalizar o trabalho, observou-se, além da parte técnica e gerencial dos casos, um grande aprendizado de toda a equipe, desde as agentes comunitárias de saúde, que se envolveram ativamente na proposta, até a equipe de enfermagem, que auxiliou diretamente nos exames e participou do estudo das estratégias.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Diabetes Mellitus: Cadernos de Atenção Básica, nº 16. Brasília; 2006.
2. Brunner LS, Suddarth DS. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
3. Cisneros LL, Gonçalves LAO. Educação terapêutica para diabéticos: os cuidados com os pés na realidade de pacientes e familiares. *Ciência e saúde coletiva*. 2011; 16(1):1505-1514.
4. Brasil. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Consenso Internacional sobre Pé Diabético. Brasília; 2001.
5. Gamba MA. A importância da assistência de enfermagem na prevenção, controle e avaliação a pacientes portadores de diabetes com neuropatia diabética e vasculopatia. *Acta Paul Enf*. 1991; 4(n.2/4):7-19.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão arterial e ao Diabetes mellitus: Manual de Hipertensão arterial e Diabetes mellitus. Brasília; 2002.
7. Jorge AS, Dantas SRPE. Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas. São Paulo: Atheneu; 2003.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de condutas para tratamento de úlceras em hanseníase e diabetes. Brasília; 2008.

## ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Jumara Espíndola dos Santos  
Rua Do Vale, n.84  
Flamboyant – Campo Grande  
CEP. 79041-072 MS  
E-mail: jumaespindola@yahoo.com.br>

---

# Estratégia para coleta do Exame Citopatológico do Colo do Útero: adesão das mulheres vinculadas à estratégia de Saúde da Família Itapoã de Ivinhema, 2011

Ana Cristina Bortolasse<sup>I</sup> / João Luiz Caliane Moscateli<sup>I</sup> / Taiana Gonzales Miniello<sup>I</sup> / Marisa Dias Rolan Loureiro<sup>II</sup>

**Palavras-chave:** Câncer do Colo Uterino. Educação em Saúde. Trabalho em Equipe Multidisciplinar.

---

## RESUMO

O câncer de colo de útero é considerado hoje um problema de saúde pública, sendo o tumor mais frequente na população feminina. Seu rastreamento abrangente e constante está associado a uma redução de óbitos em mais de 70% em relação às populações não assistidas. Este trabalho foi elaborado com o objetivo de proporcionar a adesão das mulheres com vida sexualmente ativa ao exame citopatológico do colo de útero. O planejamento de ações estratégicas possibilitou o envolvimento da equipe multidisciplinar da Unidade de Saúde da Família Itapoã. Dentre essas ações se destacam: busca de parcerias, atividades educativas, campanha municipal para coleta do exame, com ampla divulgação por meio da mídia local. As atividades ocorreram de maio a outubro de 2011. Os resultados mostram que de janeiro a setembro de 2010 houve uma adesão ao exame de 242 mulheres com vida sexualmente ativa. Já em 2011, no mesmo período, o número passou para 383 mulheres, correspondendo a um aumento de 58% de coleta em relação ao ano anterior. Quanto ao tempo em que as mulheres não realizavam o exame, em uma amostra de 229 mulheres entrevistadas, 24,9% delas haviam feito o exame citopatológico do colo do útero havia menos de um ano; 47,5% tinham realizado o exame

entre um e dois anos; 18,3% não realizavam o exame havia um período de três a quatro anos; e 9,3% havia mais de cinco anos não se submetiam ao exame. Dentre os resultados, duas das mulheres se encontravam com alteração de alto grau e foram encaminhadas para seguimento clínico. Com base no resultado deste trabalho, conclui-se que as ações de intervenção na atenção primária à saúde são de suma importância, ressaltando mais uma vez a estimulação dos trabalhos de promoção à saúde.

## INTRODUÇÃO

Câncer é o nome dado a um conjunto de mais de cem doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células que invadem tecidos e órgãos, podendo se espalhar para outras regiões do corpo. Segundo a mesma instituição, o câncer do colo do útero demora vários anos para se desenvolver, e as alterações celulares que podem desencadear essa doença são descobertas no exame citopatológico do colo uterino<sup>I</sup>.

O câncer de colo de útero é considerado um problema de saúde pública, atingindo todas as camadas sociais e regiões do País. É a terceira causa de morte em mulheres em países do Terceiro Mundo, entre eles o Brasil<sup>2</sup>.

---

<sup>I</sup> Especialista em Atenção Básica em Saúde da Família pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul/Fiocruz Mato Grosso do Sul.

<sup>II</sup> Doutora; Docente do Curso de Enfermagem (UFMS); Tutora do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul/Fiocruz Mato Grosso do Sul.

Confirmando a evolução desses dados, o Instituto Nacional de Câncer (Inca)<sup>1</sup> afirma que o câncer do colo do útero é o segundo tumor mais frequente na população feminina (ficando atrás apenas do câncer de mama) e a quarta causa de morte de mulheres por câncer no Brasil. A cada ano, essa patologia faz 4.800 vítimas fatais e apresentou 18.430 novos casos em 2010.

O rastreamento abrangente e constante junto às mulheres está associado a uma redução de óbitos em mais de 70% em relação às populações não assistidas. Há dois motivos para este efeito: em grande número de mulheres, esse tipo de câncer é detectado ainda como doença pré-invasora, e, quando é detectado na sua forma invasora, esta tende a ocorrer em estádios mais precoces, em que as chances de cura são maiores<sup>3</sup>.

O exame utilizado no rastreamento é um método simples, rápido, indolor, de baixo custo e de fácil execução, tendo se mostrado efetivo e eficiente na prevenção do câncer cervicouterino, na detecção precoce de lesões pré-invasivas e instrumento essencial para a diminuição da mortalidade por esta patologia<sup>4</sup>.

Os profissionais de saúde que atendem à clientela feminina devem cuidar para que haja a maior efetividade possível. Os serviços precisam adotar estratégias que evitem as oportunidades perdidas de atenção às mulheres, isto é, evitar ocasiões em que estas procuram a unidade e não recebem orientações ou ações de promoção, prevenção ou recuperação de acordo com o perfil epidemiológico deste grupo populacional<sup>5</sup>.

O trabalho em equipe multidisciplinar tem sido proposto, na área da saúde, como possibilidade de alcance da eficiência, eficácia e efetividade das práticas de cuidado, que só serão obtidas por meio de uma produção coletiva<sup>6</sup>.

Para isto, é necessário formular estratégias de trabalho que possibilitem o vínculo entre equipe e comunidade, fortaleçam a confiança, promovam maior aproximação e, em consequência disso, garantam a adesão ao exame citopatológico do colo do útero.

Ainda assim, uma estimativa do Inca aponta que, este ano, o País terá aproximadamente 18,5 mil novos casos de câncer de colo do útero e 49,2 mil de câncer de mama. Só no Mato Grosso do Sul, a previsão é de 310 e 550 casos, respectivamente, perdendo somente para o Amazonas, Tocantins e Rio de Janeiro<sup>7</sup>.

No município de Ivinhema, no Estado do Mato Grosso do Sul (MS), local de realização deste trabalho, a rede

de atenção primária é composta por cinco unidades de Estratégias de Saúde da Família (ESF), sendo quatro urbanas e uma rural, representando uma cobertura de 84,66% da população total do município. Além dessas unidades, há duas Unidades Básicas de Saúde (UBS), que abrigam as áreas não cobertas pela ESF.

Nestes locais se concentra a maior parte da coleta do exame citopatológico do colo do útero, e foi constatado que o índice de realização do exame vem decrescendo anualmente, apesar do aumento da população feminina. De acordo com o Pacto pela Saúde – Sispacto<sup>8</sup>, até o ano de 2007, o município atingia a meta de 38% de cobertura desse exame nas mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos. Em 2008, esse índice se reduziu para 37%; em 2009, caiu para 36%; e, em análise de 2010, observa-se que apenas 26% das mulheres realizaram o exame.

Frente a esse declínio na coleta do exame citopatológico do colo do útero, desenvolvemos um trabalho junto a uma das ESF do município estudado, a ESF Itapoã, que possui uma população de 3.183 habitantes, com 981 famílias atendidas. A equipe multidisciplinar de saúde lotada na unidade de saúde é composta por 11 profissionais, conforme determinado pela Portaria nº 648/2006<sup>9</sup>.

De acordo com informações da equipe da ESF Itapoã a realização do exame citopatológico do colo do útero ocorre por demanda espontânea das mulheres a partir de ações de educação em saúde coletiva realizada pela equipe, por sensibilização do agente comunitário de saúde e/ou por conhecimento e decisão própria da mulher. Porém, acreditamos ser relevante buscar outros suportes na ESF, tendo um olhar ampliado para as mulheres que procuram a unidade, independentemente do motivo que as levou até ali. A integralidade pode ser um caminho.

Com o objetivo de agir preventivamente para a melhoria da qualidade de vida e saúde das mulheres do município estudado, este trabalho descreve uma série de ações realizadas para garantir que as mulheres da ESF Itapoã realizem o exame citopatológico do colo do útero.

Este trabalho tem como objetivo geral intensificar a adesão das mulheres vinculadas à Estratégia de Saúde da Família Itapoã, de Ivinhema (MS), ao exame citopatológico do colo do útero e como objetivo específico capacitar a equipe de Saúde da Família para atuar efetivamente na prevenção do câncer de colo uterino com a realização do exame citopatológico do colo do útero. Os objetivos específicos são: intensificar ações de promoção e pre-

venção à saúde da mulher; sensibilizar as mulheres quanto à importância do exame; diagnosticar precocemente o câncer de colo uterino; propor ações de trabalho em equipe multidisciplinar, monitorar a coleta e os resultados do exame.

## DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

Quanto aos procedimentos metodológicos, trata-se de estudo transversal, para subsidiar um projeto de intervenção, realizado junto à ESF Itapoã, no município de Ivinhema (MS), com planejamento, programação e execução de ações preventivas por equipe multidisciplinar e intersetorial, objetivando a adesão das mulheres com vida sexualmente ativa ao exame citopatológico do colo de útero. O estudo foi desenvolvido de março a outubro de 2011.

### Etapas do projeto de intervenção

**Etapa 1: Sensibilização da equipe multidisciplinar** – convocação da equipe da ESF para discussão do tema, apresentação do diagnóstico situacional, promoção de discussões sobre o tema, busca do comprometimento da equipe com a proposta de intervenção. Para isso, foram realizados três encontros com duração de seis horas;

**Etapa 2: Capacitação da equipe multidisciplinar em relação ao tema** – realizado com 13 trabalhadores em saúde: enfermeiro, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde e psicólogos. Foi utilizada a metodologia de exposição dialogada e roda de conversa. Foram abordados os seguintes temas: câncer de colo uterino: epidemiologia e fatores de risco; prevenção e tratamento; importância da intensificação de ações estratégicas para adesão das mulheres ao exame. Duração: 4 horas;

**Etapa 3: A) Divulgação na mídia** – elaboração de material científico sobre o tema, a ser utilizado na sensibilização do público-alvo, por meio de diferentes meios de comunicação:

- **Rádio local AM/FM:** diariamente, cinco vezes ao dia, durante os meses de maio a setembro do corrente ano;
- **Som ambulante:** por meio de motocicleta e alto-falante, que circulava três vezes por semana durante os meses de maio, agosto e setembro;

- Sites: oficial da Prefeitura Municipal de Ivinhema e Ivinotícias.

**B) Ações de educação em saúde** – realizadas pela equipe multidisciplinar por meio de roda de conversas em sala de espera, consultórios (médico, enfermagem e odontologia), sala de imunização, com a população dos programas específicos de saúde e nas visitas domiciliares. Realizadas diariamente durante os meses de maio, agosto e setembro;

**Etapa 4: Fortalecimento do acolhimento e da assistência integral à saúde da mulher** – foram realizadas ações de educação em saúde diretamente relacionadas ao tema câncer de colo de útero e à importância da realização do exame, data da última coleta e agendamento do exame. As ações foram realizadas pela equipe multidisciplinar diariamente, durante os meses de maio, agosto e setembro;

**Etapa 5: Busca da intersetorialidade, com solicitação de parcerias** – foram proporcionadas atividades educativas sobre o tema câncer de colo de útero, realizadas em pontos estratégicos, como Centro de Referência da Assistência Social, Centro de Convivência de Idosos e universidade estadual, abrangendo as famílias cadastradas em programas assistenciais, como Bolsa-Família, Vale Renda, Pró-Jovem e grupos de artesanatos, entre outros;

**Etapa 6: Promoção do monitoramento e avaliação das ações** – monitoramento das coletas dos exames mensalmente a partir de março até outubro de 2011, com observação dos dados relacionados à adesão das mulheres ao exame e intervalo entre a realização dos mesmos;

**Etapa 7: Campanha em massa** – durante todo o mês de setembro, houve maior intensificação da campanha para coleta do preventivo, culminando com um Dia D;

**Etapa 8: Avaliação dos resultados** – consolidação dos dados para apresentação e avaliação;

**Etapa 9: Retroalimentação da equipe da ESF Itapoã** – realizada por meio de uma reunião.

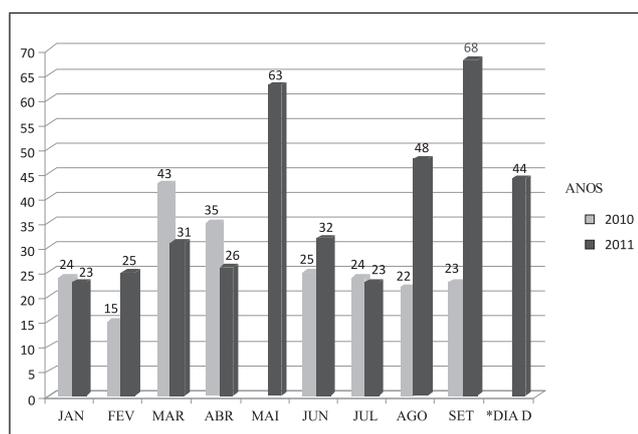
## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Estima-se que o rastreamento de mulheres com o exame citopatológico do colo do útero reduz em média 80% da mortalidade por esta patologia. Contudo, para isso, a equipe de saúde deve buscar estratégias, garantir qualidade, organização e integralidade do rastreio. Além disso, é importante alcançar níveis elevados de qualidade, cobertura e acompanhamento de mulheres com lesões identificadas<sup>10</sup>.

Um dos objetivos deste projeto de intervenção foi aumentar a adesão das mulheres à coleta do exame citopatológico do colo de útero em Ivinhema (MS). O Gráfico 1 mostra os resultados comparativos entre 2010 e 2011. Ela indica o aumento significativo de realização do exame em estudo na ESF Itapoã, local onde foi executado o projeto de intervenção, por meio do planejamento de ações de intensificação da comunicação entre a equipe multidisciplinar e ações de educação em saúde por intermédio de ampla divulgação nos diferentes meios de comunicação local.

**Gráfico 1**

**Distribuição do número de exames citopatológicos de colo de útero realizados de janeiro a setembro de 2010 e janeiro a outubro de 2011, culminando com o Dia D, na Estratégia Saúde da Família Itapoã, no município de Ivinhema (MS)**



\* Dia D – Campanha municipal para coleta de exame citopatológico do colo do útero.

O mesmo gráfico nos mostra que de janeiro a setembro de 2010 houve uma adesão ao exame de 242 mulheres com vida sexualmente ativa. Já em 2011, no mesmo

período, observa-se um aumento para 383, correspondendo a 58% de coleta a mais que no ano anterior. Este resultado demonstra que as ações que compõem este plano de intervenção (sensibilização dos profissionais, ações de educação em saúde, divulgação na mídia, etc.) vêm atingindo os objetivos propostos, ressaltando mais uma vez a importância dos trabalhos de promoção à saúde.

Considerando que o câncer de colo de útero ocupa uma respeitável posição como causa de mortalidade em mulheres, especialmente nos países menos desenvolvidos, e que vários estudos vêm demonstrando que esta patologia é passível de detecção precoce por meio da realização do exame citopatológico do colo do útero, bem como de cura, dependendo do estágio em que é detectado, observa-se que este plano de intervenção foi de suma importância para a saúde pública municipal e para a promoção de saúde das mulheres submetidas ao exame<sup>11</sup>.

Acredita-se que a mídia é uma respeitável ferramenta de informação à população e uma importante parceira nos processos de intervenções, visto que permite uma rápida e abrangente penetração social. Isto na área de saúde é considerado de extremo crédito<sup>12</sup>.

Assim, para ampliar o acesso ao serviço e garantir a cobertura das ações, é necessário organizar a rede de forma articulada com outros serviços. Além disso, necessita-se de uma equipe acolhedora e resolutiva, que tenha um olhar ampliado, possibilitando ações integrais baseadas nas necessidades e demandas da população<sup>13</sup>.

O Gráfico 2 apresenta o número de anos durante os quais as mulheres investigadas no período de 1º de maio a 1º de outubro de 2011 não realizavam o exame citopatológico do colo do útero.

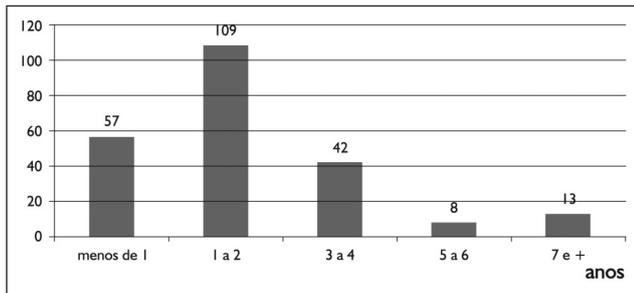
No período estudado, foram investigadas 229 mulheres, das quais somente 24,9% haviam realizado o exame citopatológico do colo do útero havia menos de um ano; 47,5% haviam realizado o exame entre um e dois anos; 18,3% das mulheres não realizavam o exame por um período de três a quatro anos; e, por fim, 9,3% havia mais de cinco anos não se submetiam ao exame.

Diversos fatores interferem na adesão das mulheres ao exame citopatológico do colo do útero, contribuindo para a persistência desse tipo de câncer como um sério problema de saúde pública. Segundo o autor, o controle dessa doença é dificultado, principalmente, por fatores socioeconômicos e culturais, fazendo com que mais de

70% das pacientes diagnosticadas com a patologia apresentem a doença em estágio avançado, o que limita consideravelmente a possibilidade de cura<sup>14</sup>.

**Gráfico 2**

**Período em que as mulheres não realizavam o exame citopatológico do câncer de colo uterino, de 1º de maio a 1º de outubro de 2011, ESF Itapoã**



O sucesso do rastreamento do câncer cérvico uterino depende da organização da equipe e do serviço de saúde, que deve ser voltado a uma assistência de qualidade às mulheres, o que exige capacitação dos profissionais, qualidade, condição e continuidade das ações de forma humanizada e equânime, respeitando as diferenças culturais e eliminando as barreiras e iniquidades de acesso<sup>15</sup>.

É importante destacar ainda que, dentre os resultados recebidos do laboratório de patologia, duas das mulheres que colheram o exame citopatológico se encontram com alteração de alto grau e foram encaminhadas para o seguimento clínico.

A implantação do Sistema Único de Saúde tem constituído um grande desafio para todos os gestores, profissionais de saúde e a sociedade. A descentralização dos serviços tem possibilitado melhor visualização dos problemas e facilitado a resolução dos mesmos, e isto nos foi mostrado neste projeto<sup>16</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O plano de intervenção aqui descrito mostrou a importância da análise de resultados, do monitoramento das ações desenvolvidas em equipe e da possibilidade de perceber as necessidades prioritárias da comunidade, a fim de pleitear intervenções.

Verificou-se que o trabalho em equipe multidisciplinar, o planejamento das ações, a educação permanente dos

profissionais, a busca por parcerias, comunicação, divulgação na mídia, somados à participação, à sensibilização e à vontade popular, fazem com que a saúde pública, em especial a atenção primária à saúde, invista na promoção, prevenção e proteção à saúde da comunidade.

Neste sentido, acredita-se que, para atingir o melhor na atenção à saúde, é fundamental incrementar novas práticas e concepções, e que sejamos capazes de problematizá-las não em abstrato, mas no concreto do trabalho de cada equipe, e de construir novos pactos de convivência e práticas que aproximem os serviços de saúde dos conceitos da atenção integral, humanizada e de qualidade, da equidade e dos demais marcos dos processos de reforma do sistema brasileiro de saúde.

Cresce a cada dia na saúde pública a importância da organização de ações em rede e a necessidade de integração entre diversas formações e de práticas educativas que respeitem o olhar do outro e suas experiências, além da efetivação e fortalecimento da participação popular.

A Estratégia de Saúde da Família tem como objetivo principal a promoção e a prevenção da saúde da população no âmbito individual e coletivo, tendo como principal meta a reorganização da atenção básica no Sistema Único de Saúde.

É importante enfatizar que, no desenrolar das ações, ficou nítida a dificuldade estrutural da equipe de saúde de perceber o sujeito de forma integral, no momento em que este procura a unidade. Este fato foi comprovado pelo número de oportunidades perdidas, pois nos prontuários e entrevistas de mulheres que estavam em atraso na realização do exame preventivo foi detectado que elas haviam comparecido diversas vezes na unidade de saúde para atendimentos diversos e não foram sensibilizadas sobre a importância do exame citopatológico e/ou de outros procedimentos.

Estudos mostram que vários profissionais de saúde são apegados ao modelo hegemônico, centrado na doença, no procedimento em que o usuário vem buscar o serviço de saúde por demanda espontânea, enquanto outros serviços que visem à promoção e prevenção na saúde deveriam ser oferecidos. Assim, é preciso investir em campanhas de massa para obter resultados que atendam às necessidades locais.

A atenção primária está caracterizada como a porta de entrada do serviço de saúde, sendo orientada pelos

princípios de universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização do cuidado, humanização, equidade e participação social.

Assim, por intermédio da governabilidade tripartite, é necessário concretizar a efetivação da educação permanente no serviço, que deve ser encarada como uma importante estratégia de gestão, com grande potencialidade para provocar mudanças no cotidiano dos serviços, como preconiza o Ministério da Saúde.

Por fim, sugere-se que profissionais de saúde da atenção primária programem, planejem, façam efetivamente a comunicação em saúde e reconheçam a forma de pensar e o modo de viver da comunidade de seu território de trabalho, a fim de desenvolver estratégias que possam intensificar as ações de saúde junto à população adscrita, partindo de suas condições reais, estimulando-as a refletir sobre suas realidades, tendo como objetivo final melhorar sua qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. O que é câncer? [capturado em: 21 de out. 2011]. Disponível em: [http://www.inca.gov.br/conteudo\\_view.asp?id=322](http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=322).
2. Davim RMB, Torres VG, Silva RAR, Silva RAD. Conhecimento de mulheres de uma Unidade Básica de Saúde da cidade de Natal/RN sobre o exame de Papanicolaou. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2005; 39(3).
3. Calazan C, Luiz RR, Ferreira I. O diagnóstico do câncer de colo uterino invasor em um centro de referencia brasileiro: tendência temporal e potenciais fatores relacionados. [capturado em 1 ago. 2011]. Disponível em: [http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_54/v04/pdf/325\\_332\\_O\\_Diagnostico\\_do\\_Cancer\\_do\\_Colo\\_Uterino.pdf](http://www.inca.gov.br/rbc/n_54/v04/pdf/325_332_O_Diagnostico_do_Cancer_do_Colo_Uterino.pdf).
4. Ferreira MSLM. Motivos que influenciam a não-realização do exame de papanicolaou segundo a percepção de mulheres. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2009; 13(2) [capturado em: 20 de ago 2011]; 378-84. Disponível em: [http://www.eean.ufrj.br/revista\\_enf/20092/artigo%2018.pdf](http://www.eean.ufrj.br/revista_enf/20092/artigo%2018.pdf).
5. Brasil. Departamento de Atenção Básica. PSF – Saúde da Família – Atenção Primária. 2008. [capturado em: 02 de ago 2011]. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/atencaobasica.php>.
6. Soares MC, Mishima SM, Meincke SMK, Simino GPR. Câncer de Colo Uterino: caracterização das mulheres em um município do sul do Brasil. *Esc. Anna Nery*. 2010; 14(1) [capturado em: 23 jul 2011]. Disponível em: [http://www.eean.ufrj.br/revista\\_enf/20101/artigo%2012.pdf](http://www.eean.ufrj.br/revista_enf/20101/artigo%2012.pdf).
7. Conselho de Secretários Municipais de Saúde de Mato Grosso do Sul. Rede Oncológica de Mato Grosso do Sul. [capturado em out. 2011]. Disponível em [www.cosemsms.org](http://www.cosemsms.org).
8. Brasil. Ministério da Saúde. SISPACTO. Aplicativo do Pacto pela Saúde. [capturado em: 12 ago 2010]. Disponível em <http://portalweb04.saude.gov.br/sispacto/>.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Anexo I. 2006. [capturado em 14 de nov 2011]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/PNPS2.pdf>.
10. Brasil. Instituto Nacional de Câncer/Ministério da Saúde. Estimativa 2006: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro; 2005.
11. Amorim VM, Barros ABM, Cesar GLC, Carandina L, Goldbaum M. Fatores associados a não realização do exame de Papanicolaou: um estudo de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. [capturado em: 23 set. 2011]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n11/07.pdf>.
12. Coll NVC, Amorim CT, Hallal CP. Percepção de adolescentes e adultos referente à influência da mídia sobre o estilo de vida. [capturado 20 jul 2011]. Disponível em: [http://www.sbafs.org.br/\\_artigos/389.pdf](http://www.sbafs.org.br/_artigos/389.pdf).
13. Fórum da Reforma Sanitária Brasileira. O SUS Pra valer: Universal, Humanizado e de qualidade. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2006.
14. Cavalcante MMB. A atuação do Enfermeiro da Equipe de Saúde da Família na Prevenção e Detecção Precoce do câncer cérvico-uterino. Sobral; 2004. Graduação [Monografia] – Universidade Estadual Vale do Acaraú.
15. Pinho AA. Cobertura e motivos para a realização do teste de Papanicolaou no município de São Paulo. *Caderno de Saúde Pública*. 2003; n.19.
16. Silva IZQJ, Trad LAB. O trabalho em equipe no PSF: Investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. *Interface – Comunic Saúde Educ*. 2004/2005; 9(16):25-38.

## ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Ana Cristina Bortolasse  
Rua Egas Bonilha de Toledo, 538  
Guiray – Ivinhema  
CEP. 79740-000 MS

---

# Implantação de Agenda Integrada em uma USF de Campo Grande (MS) – Relato de Experiência

Mônica Abreu Gonzalez Marques<sup>I</sup> / Luiza Helena de Oliveira Cazola<sup>II</sup>

**Palavras-chave:** Relações Interprofissionais. Acesso aos Serviços de Saúde. Saúde da Família.

---

## RESUMO

Os serviços de saúde no Brasil sofreram diversas mudanças ao longo das últimas décadas, culminando na adoção da Estratégia Saúde da Família, que teve como finalidade reorganizar a Atenção Básica por intermédio de equipes multiprofissionais. Suas diretrizes, no entanto, delimitam os objetivos de promoção, prevenção e tratamento dos agravos à saúde sem relatar *como* deve ser o processo de trabalho para atingi-los, havendo uma lacuna a respeito dos modos de organização das equipes e da demanda de atendimento. Este artigo relata uma proposta de organização do processo de trabalho por meio da integração das ações dos profissionais de uma equipe de saúde da família no município de Campo Grande (MS), mediante a implantação de uma agenda de trabalho. Foi implantada uma agenda de trabalho que definiu a prioridade de atendimento de todos os profissionais da equipe em cada dia da semana. A demanda foi dividida entre atendimento programado, ao qual foram destinadas de 50% a 60% das vagas, e demanda espontânea, que correspondeu aos outros 40% a 50%. A demanda espontânea consistiu na população que procurou a unidade livremente para o agendamento de consulta, realizado por meio da distribuição de senhas, e a demanda programa-

da foi composta por pacientes pertencentes a grupos de gestantes, hipertensos e diabéticos, que foram agendados previamente pelos profissionais da unidade por meio dos cartões dos programas, utilizados como documentos de registro e acompanhamento da história médica e odontológica desses pacientes. Para a equipe, a utilização dessa agenda representou um avanço em direção ao trabalho interdisciplinar e à lógica de atendimento por ordem de chegada, ampliando o acesso mediante outros critérios. A agenda também possibilitou maior aproximação com os pacientes e entre os membros da equipe.

## INTRODUÇÃO

A organização dos serviços de saúde no Brasil sofreu diversas mudanças ao longo das últimas décadas, com a institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, que enfrentou diversos entraves para sua operacionalização, decorrentes da resistência do modelo de assistência até então hegemônico – centrado na doença, hospitalocêntrico, individualista, com utilização irracional dos recursos tecnológicos disponíveis e baixa resolubilidade<sup>I</sup>.

Em 1991, o Ministério da Saúde formulou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), instituindo alguns elementos centrais, como o enfoque na família e a

---

<sup>I</sup> Cirurgiã-Dentista da Prefeitura do Município de Campo Grande (MS); Especialista em Atenção Básica em Saúde da Família pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul/Fiocruz Mato Grosso do Sul.

<sup>II</sup> Mestre em Saúde Coletiva; Doutora em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul; Tutora do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul/Fiocruz Mato Grosso do Sul.

noção de área de cobertura, e introduziu uma visão ativa da intervenção em saúde, agindo preventivamente sobre a demanda. A experiência possibilitou adotar uma prática centrada não apenas na intervenção médica, com maior integração com a comunidade<sup>1</sup>.

Dessa forma, o PACS é considerado o precursor do Programa Saúde da Família (PSF), implantado em 1994 pelo Ministério da Saúde como estratégia para reorientar o modelo assistencial vigente, revertendo a forma da prestação de assistência ao romper com o comportamento passivo dos serviços de saúde, estendendo suas ações à comunidade<sup>2</sup> e priorizando as ações de proteção e promoção à saúde dos indivíduos e da família de forma integral e contínua<sup>3</sup>.

Esse programa se estrutura por intermédio da Unidade Saúde da Família (USF), na qual atua uma equipe multiprofissional, e é fundamentado por diretrizes básicas, como substituição das práticas tradicionais por um novo processo de trabalho, compromisso com a integralidade e a intersetorialidade, territorialização, responsabilização e vínculo das equipes com a população adscrita, e estímulo à participação popular e ao controle social<sup>2</sup>.

No entanto, a organização do processo de trabalho das equipes, a relação com os usuários nessa construção e, principalmente, o desafio de trabalhar com equilíbrio entre autonomia e responsabilidade não eram pautados no processo de implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF), seja pelos gestores, seja pelos trabalhadores<sup>4</sup>.

As normas que orientam os serviços da ESF indicam como *deve ser* este novo modelo, mas apresentam uma lacuna do *como fazer*, como operacionalizá-lo. Dentre as diretrizes do ESF, está a atuação em equipes multiprofissionais, cujo objetivo seria possibilitar o conhecimento mais amplo nas intervenções de saúde, com a finalidade de superar a fragmentação gerada pelo excesso de especialização, conferindo maior eficiência aos serviços de saúde. São descritas as atribuições gerais da equipe e também especificadas as atribuições de cada um de seus componentes. Contudo, não são encontradas orientações acerca de como se processaria a articulação das diferentes atribuições de cada profissional da equipe a fim de atingir seus objetivos<sup>5</sup>.

A interdisciplinaridade no campo da saúde pública é de fundamental importância diante de problemas complexos que a saúde impõe. Entretanto, sua prática é limitada devido à tradição positivista e à rigidez disciplinar. As várias categorias profissionais trabalham paralelamente, de for-

ma isolada, havendo pouca ou até mesmo nenhuma discussão entre elas, o que gera uma atenção fragmentada<sup>6</sup>.

O profissional de saúde se vê diante de muitos desafios, sentindo-se inseguro em exercer suas atividades devido à sua formação voltada a questões biológicas e ações curativas e técnicas, com pouca ênfase nos fatores socioeconômicos e psicológicos do processo saúde-doença<sup>7</sup>. Essa formação baseada no paradigma flexneriano constitui um desafio para esses profissionais, gerando dificuldade em transcender o espaço do consultório médico e em propor diagnósticos e intervenções em nível coletivo, numa abordagem holística. Assim, a proposta de um trabalho interdisciplinar está presente mais na filosofia da ESF que no fazer cotidiano das equipes<sup>6</sup>.

Além de haver pouca discussão entre a equipe sobre o planejamento terapêutico, os usuários sobrevalorizam as consultas médicas, sendo perceptível sua busca por medicamentos e exames, de forma que, para muitos, a solicitação de vários exames é sinônimo de boa conduta médica<sup>8</sup>.

A proposta da ESF de não se centralizar no médico visa enfatizar a ideia de equipe interdisciplinar, com o objetivo de cumprir o princípio da integralidade na saúde, concebendo cada indivíduo como uma totalidade, valorizando a “soma de olhares” de diferentes profissionais. O trabalho em equipe tem ocupado posição de destaque como um importante recurso de trabalho e se apresenta de modo complexo no interior de uma prática que, historicamente, é constituída com base na fragmentação do conhecimento<sup>6</sup>.

Outro aspecto é o conhecimento da realidade local da área de abrangência das equipes, incluindo suas características socioeconômicas, culturais, geográficas e epidemiológicas. Com base nessas informações é que se deve realizar a programação de atividades e a reestruturação do processo de trabalho, de acordo com a população cadastrada. Com esse planejamento, poderão ser acompanhadas as situações de exposição a agravos, as condições de vida, as ações programáticas desenvolvidas e a situação de saúde das famílias e da comunidade, melhorando a capacidade de identificação das desigualdades entre os grupos, para melhor planejar as ações de saúde<sup>5</sup>.

A reorganização dos serviços tem como finalidade garantir acesso universal, resolubilidade e atendimento humanizado, isto é, inverter a lógica do atendimento de quem chega primeiro para quem precisa mais. Nesse sentido, todos têm de ser ouvidos e ter seus problemas de saúde atendidos. Até mesmo a dificuldade de acesso

à consulta clínica por falta de profissionais médicos pode ser resolvida mediante maior oferta de consultas, com o aproveitamento de outros profissionais da unidade, entre eles o enfermeiro<sup>9</sup>.

Na prática, o que se observa é a forma excludente de atendimento, em que a prioridade é de quem chega primeiro<sup>4</sup>, gerando restrição ao acesso, com filas para o atendimento, sem avaliação de risco. Os serviços são organizados com base na oferta limitada de ações de saúde, sem levar em conta as reais necessidades da demanda, o que compromete sua resolutividade<sup>10</sup>, sendo vigente o modelo de pronto-atendimento baseado na demanda espontânea e com enfoque na doença<sup>11</sup>.

O agendamento prévio de consultas é um instrumento que humaniza a assistência, facilita o acesso efetivamente e permite priorizar casos de risco ou grupos específicos que devem ser atendidos por determinados programas, possibilitando alterar o modelo exclusivo do pronto-atendimento<sup>9</sup>. A forma de organização da demanda poderá ser diferente de uma unidade para outra, mas em todas as situações é necessário avaliar os riscos e a queixa do usuário<sup>10</sup>.

A necessidade de articulação entre uma demanda programada e uma demanda espontânea aproveita as oportunidades geradas por esta para a aplicação de protocolos de diagnóstico e identificação de situações de risco à saúde, assim como o desenvolvimento em conjunto de atividades coletivas com a comunidade<sup>3</sup>.

O trabalho das equipes depende de profissionais de diferentes formações (médicos, enfermeiros e outros) e da interação interdisciplinar entre essas diversas ações, de forma que a organização do trabalho de uma equipe de Saúde da Família requer a elaboração conjunta da agenda de seus profissionais, ou seja, a equipe precisa combinar suas atividades: o que fazer, como fazer e com que frequência fazer<sup>12</sup>. É importante, assim, que todos os profissionais da unidade compartilhem a responsabilidade sanitária, garantindo a integração da equipe no processo de trabalho, para um ganho potencial das intervenções das diferentes categorias profissionais<sup>10</sup>.

Para organizar a demanda, é necessário prever espaço e tempo tanto para a demanda programada, quanto para a demanda espontânea, de forma que elas se complementem. Caso contrário, as unidades de saúde correm o risco de se tornarem instituições burocratizadas, de portas fechadas ou apenas entreabertas. Além disso, é essencial uma ampla discussão que envolva todos os traba-

lhadores da unidade e a participação da comunidade no processo de decisão, pactuando de forma consciente com os usuários que a forma de organização visa facilitar a identificação de prioridades e dar resposta a todos os que procuram a unidade, e não transformar o serviço em uma unidade de pronto-atendimento, em que tudo será traduzido como prioridade<sup>10</sup>.

Este artigo relata uma proposta de organização do processo de trabalho a partir da integração das ações dos diferentes profissionais de uma equipe de Saúde da Família, mediante a implantação de uma agenda de trabalho que prevê atenção à demanda espontânea e às atividades programadas, na USF Aquino Dias Bezerra, do município de Campo Grande (MS).

## RELATO DE EXPERIÊNCIA

A Unidade Saúde da Família Aquino Dias Bezerra está localizada no município de Campo Grande, em Mato Grosso do Sul, no bairro Vida Nova III. Sua inauguração ocorreu no dia 9 de agosto de 2010, com três equipes de Saúde da Família. Cada equipe é constituída por médico, enfermeiro, dois técnicos de enfermagem, seis agentes comunitários de saúde, cirurgião-dentista e auxiliar em saúde bucal. A unidade conta também com uma assistente social, que trabalha em conjunto com as três equipes, e três recepcionistas.

A equipe 67, cuja agenda de trabalho será descrita, é responsável por uma área localizada nos bairros Jardim Anache e Vida Nova III. Segundo os dados consolidados do SIAB, há na área 3.198 famílias cadastradas. A população é composta predominantemente por adultos jovens, com renda média de 1 a 4 salários mínimos, e o índice de alfabetização dos indivíduos a partir de 15 anos de idade é de 96,39%. Os homens são os principais provedores da família, e suas ocupações denotam baixa escolaridade. Muitas mulheres relatam ser do lar, de forma que não contribuem com a renda familiar.

As condições de saneamento não são satisfatórias na área, pois, embora 99,06% das casas possuam abastecimento público de água, 85,46% não tratam a água para beber, e apenas 1,44% são beneficiadas com o sistema de esgoto. Quanto ao manejo do lixo, 99,50% se destinam à coleta pública. As habitações são, em sua maioria, de alvenaria, totalizando 97,47% das residências, e 99,12% têm fornecimento de energia elétrica.

**Quadro I**  
**Agenda da USF Aquino Dias Bezerra – Equipe 67**

Período	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
Médico 7h 13h	Saúde da Mulher DE Saúde Homem DE	VD DE	Hiperdia & Idoso DE DE Reunião externa (Ceinf)	Gestante & Puérpera Hipertenso & Idoso DE	Saúde Criança & Adolescente DE 13h – Reunião equipe 15h – Reunião geral
Enfermeiro 7h 13h	Saúde da Mulher DE ACS Saúde Homem DE	Preventivo ACS Saúde Criança & Adolescente DE	Hiperdia & Idoso DE ACS Última semana Exame Pé Diabético	Gestantes ACS 14h – VD Supervisão	VD com assistente social + dentista ACS 13h – Reunião equipe 15h – Reunião geral
Odontólogo 7h 13h	Saúde da Mulher DE Saúde da Mulher DE	Idoso Criança & Adolescente	Hiperdia & Idoso DE DE	Gestante & Puérpera Criança & Adolescente	Visita domiciliar ou Saúde Criança & Adolescente DE 13h – Reunião equipe 15h – Reunião geral
Téc. Enfermagem 7h 13h	Pré-consulta DE Pré-consulta DE	Visita domiciliar com médico Pré-consulta DE	Pré-consulta DE VD (Kimbelly)	Pré-consulta DE VD (Angela)	Pré-consulta DE 13h – Reunião equipe 15h – Reunião geral
ACS 7h 13h	VD Reunião com enfermeira Itinerário	VD com médico Reunião com enfermeira Itinerário	VD com enfermeira Reunião com enfermeira Itinerário	VD Reunião com enfermeira Itinerário	VD 13h – Reunião equipe 15h – Reunião geral

Legenda: DE = demanda espontânea; VD = visita domiciliar.

Quanto à atenção à saúde, apenas 19,85% relatam possuir algum plano de saúde, de modo que a grande maioria depende exclusivamente do SUS.

Diante da inauguração da USF Aquino Dias Bezerra, foi instituído na unidade um modelo organizacional cuja finalidade seria integrar as ações dos diferentes profissionais da equipe de saúde. Esse modelo foi projetado pela Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande e consistiu na implantação de uma agenda de trabalho que define de maneira conjunta o enfoque de todos os profissionais da equipe, em cada dia da semana.

Esse enfoque consiste na priorização da assistência a um grupo populacional determinado, em um período da semana estabelecido, como explicitado no Quadro I. Todos os dias há também o atendimento de outros grupos populacionais, possibilitado pela disponibilidade de vagas destinadas à livre demanda.

As três equipes atuantes possuem um esboço organizacional semelhante, mas com diferenças na agenda e na forma de trabalho, em decorrência das características da população atendida e dos profissionais atuantes. A agenda apresentada no Quadro I demonstra o modelo utilizado por uma das equipes da unidade, a equipe 67, e serve como exemplo para as demais.

A demanda é organizada por meio da divisão entre demanda programada, à qual se destinam de 50% a 60% das vagas, e demanda espontânea, que corresponde aos outros 40% a 50%. A demanda programada é composta por pacientes pertencentes aos grupos prioritários, como gestantes, hipertensos e diabéticos, e a demanda espontânea, por sua vez, consiste na população que procura a unidade livremente para o agendamento de consulta.

A demanda programada, por seu caráter prioritário, é agendada previamente, o que pode ocorrer de diferen-

tes formas. O paciente pode ser encaminhado dentro da própria unidade, de um profissional para outro: ao constatar a necessidade de tratamento odontológico, por exemplo, o enfermeiro pode encaminhar o paciente ao dentista; ao perceber que um paciente apresenta pressão arterial elevada, o dentista pode encaminhá-lo ao médico; até mesmo o agente comunitário de saúde pode orientar o agendamento quando constatada a necessidade de consulta, durante a visita domiciliar.

Alguns programas têm um fluxo de atendimento pre-determinado. A gestante, por exemplo, ao iniciar o acompanhamento pré-natal, é agendada para a consulta médica durante a consulta de enfermagem e é encaminhada para o agendamento de consulta odontológica. O mesmo ocorre com os bebês, que, após consulta de enfermagem, são encaminhados para a odontologia.

Durante as reuniões do Hiperdia, também são oferecidas algumas vagas para consultas médica e odontológica, de forma que alguns pacientes já são agendados no momento da reunião. Além disso, os pacientes de grupos prioritários podem buscar a unidade espontaneamente e só depois de atendidos e percebidos como tal poderão ter o retorno previamente agendado.

Os pacientes da demanda espontânea são agendados por meio da entrega de senhas. As consultas médicas são marcadas diariamente, no início da manhã, para atendimento no mesmo dia, enquanto as consultas odontológicas são agendadas uma vez por semana, durante as sextas-feiras, no período vespertino, para atendimento na semana seguinte. As urgências e emergências são atendidas mesmo que as vagas previstas para a demanda já estejam preenchidas.

Em princípio, a proposta da agenda seria integrar as ações dos diversos profissionais da unidade em um enfoque comum e ao mesmo tempo potencializar cada ida do paciente à unidade, oferecendo a ele atendimento das diversas especialidades em um único período.

Na prática, a agenda integrada facilita o fluxo de atendimento de alguns grupos, como o das gestantes, pois todos os profissionais estão preparados para recebê-las naquele período. O mesmo ocorre com o Hiperdia, em que os pacientes são agendados para comparecer à reunião – na qual são aferidas a pressão arterial e a glicemia, e são realizadas as orientações e dinâmicas de grupo – para depois serem atendidos pelo médico, pela enfermeira e pela dentista.

Sempre que há consulta médica, odontológica ou de enfermagem anteriormente marcada no momento em que será agendada a consulta de outro profissional, procura-se conciliar os atendimentos, isto é, agendar a consulta no mesmo período daquela previamente marcada.

Os agendamentos são verificados por meio dos cartões dos programas, como o cartão da gestante, do hipertenso, do diabético e da mulher, e das cadernetas do idoso e da criança. Todos os profissionais utilizam esses cartões, que servem como documento de registro e acompanhamento da história médica e odontológica desses pacientes. Assim, todos os profissionais agendam a consulta nesses documentos e podem verificar diretamente as datas de outros agendamentos, sem a necessidade de acessar a agenda do outro profissional. Ao mesmo tempo, há maior controle sobre a frequência do paciente, pois há o registro das consultas marcadas em períodos anteriores.

Por outro lado, nem sempre é possível conciliar esses atendimentos. Uma gestante de baixo risco deverá, nos primeiros meses de gestação, ser acompanhada pelo médico mensalmente. No entanto, se após a consulta odontológica for constatada a necessidade de atenção, essa gestante deverá retornar até concluir seu tratamento, de forma que a frequência desses retornos será determinada por suas necessidades. Nesse caso, o tratamento deve ser concluído o mais rápido possível, pois o agravamento de sua saúde bucal pode gerar alterações em sua saúde geral e na saúde do bebê, não sendo indicado um tratamento mensal. Dessa forma, não seria possível conciliar os atendimentos médico e odontológico nos mesmos períodos, pois as necessidades de atenção são diferentes em cada área, embora sejam complementares.

Há também limitações quanto à disponibilidade dos pacientes. Alguns frequentam o trabalho ou a escola no período destinado ao seu atendimento. Alguns pacientes hipertensos, por exemplo, têm atividades na quarta-feira de manhã, período reservado ao Hiperdia, de forma que eles deverão ser agendados em outro período para possibilitar seu retorno até o fim do tratamento.

Assim, a agenda deve permitir flexibilidade para garantir a todos o acesso à assistência. Portanto, o agendamento deve ser mais que um processo mecânico de relacionar a demanda à disponibilidade de vagas, devendo ser um momento de escuta das necessidades e possibilidades do paciente, somada à percepção do profissional e à ado-

ção de critérios estabelecidos. Ela consiste em um roteiro para orientar o atendimento da demanda, com adequações aos pacientes e aos próprios profissionais.

Para a equipe, a utilização dessa agenda consistiu em mais um passo em direção ao trabalho interdisciplinar, permitindo maior controle do acompanhamento dos pacientes, aumentando o vínculo com a equipe. Além disso, ela rompe com a prática de atendimento somente à quem chega primeiro, para ampliar o acesso através de outros critérios.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para uma efetiva organização da demanda, é necessária uma ampla discussão que envolva todos os trabalhadores da unidade de saúde e a participação da comunidade. Dessa forma, o modelo de agenda não deve ser imposto pelos gestores, mas construído na rotina das práticas de saúde, de acordo com o conhecimento dos aspectos socioeconômicos e das necessidades de saúde percebidas pela população.

A implantação desse modelo de trabalho repercutiu de forma positiva na unidade de saúde e na comunidade, aumentando o vínculo entre os profissionais da equipe, já que suas ações passaram a ter o mesmo enfoque, e ampliando a ligação também entre eles e a população adscrita, devido à proximidade do acompanhamento por toda a equipe, que passou a conhecer esses pacientes, e à continuidade do cuidado, por meio do agendamento dos retornos periódicos.

A agenda integrada visa a um melhor aproveitamento da equipe multiprofissional que compõe a ESF. Entretanto, ainda é necessária maior interação entre as diversas categorias profissionais, para se alcançar um trabalho mais resolutivo. Ainda que o olhar de cada profissional tenha se ampliado ao perceber as necessidades do paciente além daquelas de sua área de concentração, o enfoque continua sendo o atendimento clínico, dentro do consultório, de modo que é preciso maior diálogo entre os profissionais, a fim de compartilhar opiniões para maior resolubilidade dos serviços de saúde.

Para superar a prática centrada no atendimento clínico individual, é necessário que os gestores apoiem as ações preventivas, permitindo maior autonomia na construção da agenda de trabalho e diminuindo a ênfase na quantidade de procedimentos clínicos, que traduzem a produção, mas não a resolutividade dos serviços.

Além disso, deve haver maior comprometimento dos profissionais da equipe na busca por respostas aos problemas da comunidade mediante a discussão de casos dos pacientes entre toda a equipe. Essa prática também deve ser incentivada pelos gestores, que podem promovê-la por meio de capacitação profissional. As instituições formadoras também precisam se adequar ao novo modelo de Atenção à Saúde, rompendo com o paradigma flexneriano que se mantém nas grades curriculares, ampliando o diálogo entre as diferentes disciplinas.

## REFERÊNCIAS

1. Viana ALD, Dal Poz MR. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis*. 1998;8(2):11-48.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de atenção básica. *Rev bras saúde matern infant*. 2003;3(1):113-25.
3. Gomes MCPA, Pinheiro R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. *Interface – Comunic, Saude, Educ*. 2005;9(17):287-301.
4. Schimith MD, Lima MADS. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. *Cad Saude Publica*. 2004;20(6):1487-94.
5. Silva ACB, Athayde M. O Programa de Saúde da Família sob o ponto de vista da atividade: uma análise das relações entre os processos de trabalho, saúde e subjetivação. *Rev bras saúde ocup*. 2008;33(117):23-35.
6. Leite RFB, Veloso TMG. Trabalho em equipe: representações sociais de profissionais do PSF. *Psicol ciênc prof*. 2008;28(2):374-89.
7. Araújo YP, Dimenstein M. Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte. *Cien Saude Colet*. 2006;11(1):219-27.
8. Reis MAS, Fortuna CM, Oliveira CT, Durante MC. A organização do processo de trabalho em uma unidade de saúde da família: desafios para a mudança das práticas. *Interface – Comunic, Saude, Educ*. 2007;11(23):655-66.
9. Ramos DD, Lima MADS. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2003;19(1):27-34.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção à demanda espontânea na atenção primária à saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
11. Santos AM, Assis MMA. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. *Cien Saude Colet*. 2006;11(1):53-61.
12. Campos GWS, Guerrero AVP. *Manual de práticas em atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: Hucitec; 2008.

## ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Mônica Abreu Gonzalez Marques  
Rua Bonito, 78  
Monte Carlo – Campo Grande  
CEP. 79022-410 MS  
E-mail: monicabreug@gmail.com

---

# Ação Educativa em relação à Violência contra a Mulher: Capacitação de Agentes Comunitários de Saúde

Márcia Regina Casarin Geremonte<sup>I</sup> / Alessandro Diogo De-Carli<sup>II</sup> / Mara Lisiane Moraes Santos<sup>III</sup> / Vera Lúcia Kodjaoglanian<sup>IV</sup> / Leika Aparecida Ishiyama Geniole<sup>V</sup>

**Palavras-chave:** Violência Doméstica. Educação em Saúde. Agentes Comunitários de Saúde.

---

## RESUMO

Considerando a frequência e o impacto que a violência contra a mulher inflige às vítimas e as suas famílias, verificou-se a necessidade de atuar sobre o processo de educação, mobilização e sensibilização dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para melhor enfrentamento deste agravo, principalmente no que se refere ao diagnóstico de situação de risco e à importância da prevenção e limitação dos danos causados nesses casos. O objetivo deste estudo foi elaborar um vídeo para ser utilizado como metodologia de ações de educação em saúde direcionadas aos ACS da ESF Dr. Arcely de Castro Paulino (Cassilândia, MS), que estavam envolvidos na atenção à saúde de mulheres vítimas de violência. Na elaboração do vídeo, foram utilizadas imagens provenientes da internet e o programa Edius 6.0; dados obtidos da Organização Mundial da Saúde, Organização Pan-Americana de Saúde, Vigilância de Violência e Acidentes, Sistema de Atenção Básica e do Departamento de Vigilância e Estatística Municipal de Cassilândia (MS); fotografias e vídeos produzidos pelos

membros da equipe de saúde, com a permissão destes. O vídeo se revelou uma ferramenta estratégica de educação em saúde e de prevenção da violência, caracterizando-se por ser produtivo, dinâmico e prático, capaz de levar os ACS a compreender os fatores de risco e os fatores potencializadores de violência contra a mulher, desenvolvendo principalmente o senso de responsabilidade social, o compromisso e a solidariedade que devem ser inerentes ao desempenho dessa função. Paulatinamente, percebemos uma melhora significativa no trabalho de abordagem das famílias/indivíduos, no reconhecimento dos determinantes das condições de violência e, principalmente, na busca da cidadania para as mulheres vítimas de violência, por meio da preocupação dos ACS de que todas as pessoas entendam a violência e ajudem a denunciá-la.

## INTRODUÇÃO

A violência contra as mulheres constitui um dos principais agravos em saúde pública. Na América Latina e Caribe, de 25% a 50% das mulheres foram vítimas de violência do-

---

<sup>I</sup> Especialista em Atenção Básica em Saúde da Família – UFMS/Fiocruz Mato Grosso do Sul; Enfermeira da Estratégia Saúde da Família da Prefeitura Municipal de Cassilândia (MS).

<sup>II</sup> Docente da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul; Tutor do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família – UFMS/Fiocruz Mato Grosso do Sul.

<sup>III</sup> Docente da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul; Orientadora de Aprendizagem do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família – UFMS/Fiocruz Mato Grosso do Sul.

<sup>IV</sup> Colegiado Gestor do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família – UFMS/Fiocruz Mato Grosso do Sul.

<sup>V</sup> Colegiado Gestor do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família – UFMS/Fiocruz Mato Grosso do Sul; Médica da Estratégia Saúde da Família da Prefeitura Municipal de Campo Grande (MS).

méstica; 33% sofreram abuso sexual entre 16 e 49 anos; pelo menos 45% delas foram objeto de ameaças, insultos e destruição de bens pessoais. Ou seja, em algum momento de suas vidas, metade das mulheres latino-americanas foi vítima de alguma modalidade de violência<sup>1</sup>.

No Brasil, a cada quatro minutos uma mulher é violentada. Os crimes mais denunciados nas delegacias de mulheres foram lesões corporais (26,2%) e ameaças (16,4%). Ainda no Brasil, um terço das internações em unidades de emergência é consequência da violência doméstica<sup>1</sup>. A Organização Mundial de Saúde adverte que a violência contra a mulher, incluindo o estupro, constitui um sério problema de saúde e causa de doenças e de mortes femininas.

Nesses casos, o agressor geralmente é o parceiro da vítima. As condições socioeconômicas frequentemente relatadas por mulheres vítimas do parceiro são baixa escolaridade e menor *status* econômico, como, por exemplo, baixo rendimento salarial da mulher, desemprego, trabalho de baixa qualificação e menor rendimento familiar<sup>2</sup>. Além disso, pesquisas apontam que a baixa escolaridade do homem e a ausência de trabalho remunerado são fatores associados ao aumento da violência doméstica<sup>3</sup>.

Dentre os fatores individuais relacionados ao risco de um homem cometer violência contra a parceira destacam-se o uso de álcool e drogas<sup>3</sup>.

Em Cassilândia (MS), a equipe de Estratégia Saúde da Família Dr. Arcely de Castro Paulino tem se defrontado com muitos casos de dependência de álcool e drogas que implicam violência, principalmente contra mulheres. Entre os dias 06/09/2010 e 20/09/2010 ocorreram dez casos de violência contra a mulher, todos envolvendo o uso de álcool e/ou drogas.

A casuística acerca da violência contra a mulher no município de Cassilândia evidenciou que, em 2007, houve 105 registros policiais por agressões, dos quais 78% foram praticados contra o sexo feminino (dados fornecidos pela Delegacia de Polícia Civil do município).

Em uma pesquisa realizada nesse mesmo município em 2007, com 25% da população feminina ( $n = 1.978$  mulheres), constatou-se que 59% das mulheres tinham conhecimento da existência de violência física; 27% destas disseram que já tinham sido vítimas de violência doméstica; e, o que é mais preocupante, este grupo representava 49% da população entrevistada, o equivalente a 970 mulheres. Portanto, 271 mulheres desse grupo afirmaram ter sido vítimas de violência doméstica. Entre estas, apenas 21% denunciaram a violência ocorrida<sup>4</sup>.

Pela análise das fichas de notificação de violência em 2010 disponibilizadas pelo setor de estatística da Secretaria Municipal de Cassilândia, cerca de 22% dos casos de violência doméstica relatados em nível municipal foram oriundos da área de abrangência da ESF Dr. Arcely de Castro Paulino, sendo que os principais agressores encontrados foram cônjuge, ex-cônjuge, namorado, filhos, desconhecidos, ex-namorados. Foi observado que, de 58 casos, 36 (11 destes na referida ESF) estavam relacionados ao uso de bebida alcoólica.

Além disso, cabe salientar que a terceira causa de morte no município de Cassilândia é relacionada a fatores externos (dentre estes, a violência contra a mulher), ficando aquém apenas das doenças cardiocirculatórias e neoplasias. Tal fato coloca a problemática da violência contra a mulher como foco de intervenções de saúde que possam minimizá-la.

Considerando-se sua frequência e o impacto que esse tipo de violência inflige às vítimas e as suas famílias, nota-se que pouco se faz em termos de prevenção, educação e promoção de saúde relativas a esse agravo.

Uma das maneiras de iniciar um trabalho de educação em saúde que contemple essa demanda seria estimular a capacitação dos profissionais da ESF Dr. Arcely de Castro Paulino para o diagnóstico de alguns fatores de risco relacionados à violência contra a mulher (presentes na área de abrangência) e para o rastreamento de possíveis vítimas.

O objetivo deste estudo foi elaborar um vídeo a ser utilizado como metodologia de ações de educação em saúde direcionadas aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) da ESF Dr. Arcely de Castro Paulino (Cassilândia, MS), que estão envolvidos na atenção à saúde de mulheres vítimas de violência.

## DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

### Caracterização da área atendida pela ESF

A ESF Dr. Arcely de Castro Paulino se localiza à Rua Valdivino de Freitas, s/n<sup>o</sup>, Vila Izanópolis, Cassilândia (MS). Abrange os bairros Bom Jesus, Boa Vista, Jardim Eduardo, Jardim Moreninha e Vila Izanópolis. Possui 707 famílias cadastradas.

A Quadro I apresenta os determinantes sociais relativos ao processo saúde-doença presentes nessa área de abrangência que influenciam o problema da violência.

**Quadro I**  
**Determinantes sociais da ESF Dr. Arcely de Castro Paulino, Cassilândia (MS)**

Determinantes	Quantidade	Descrição	Reflexos sobre os casos de violência
Caracterização da população (com mais de dez anos)	859 mulheres	Donas de casa (367) ou secretárias do lar (89); renda média de um salário mínimo (SM).	Dependência econômica, carência de recursos familiares, superioridade masculina e responsabilidade pelo cuidado familiar.
	877 homens	Funcionários públicos (99), trabalhadores do frigorífico (66), lavradores (75), autônomos (66), prestadores de serviços diversos, como diaristas e carpinteiros (213); renda média de 1 a 2 SM.	“Machismo” (modelo cultural de masculinidade), dominação masculina; relação de poder (submissão) aceita pelas mulheres.
Taxa de analfabetismo	142 indivíduos	Gênero feminino: 87 Gênero masculino: 55	Essas situações são acentuadas pelo analfabetismo.
Alcoólatras	61	Gênero feminino: 11 Gênero masculino: 50	Estudos experimentais mostram que o abuso de álcool pode ser responsável pelo aumento da agressividade entre os usuários. Há evidências de que cocaína, barbitúricos, anfetaminas e esteroides têm propriedades que motivam comportamentos e ações violentos.
Usuários de drogas	31	Gênero feminino: 3 Gênero masculino: 28	
Pontos de venda de drogas	13	8 bares 5 residências	
Comércio de bebida alcoólica	20	4 supermercados 16 bares	
Associação de bairro	1	Estão desativados; existem só formalmente, mas não exercem atividades práticas, não realizam trabalhos em prol da comunidade.	As associações e igrejas deveriam ser formadores de opinião, oferecendo apoio social e resgatando membros da comunidade em situação de risco.
Núcleo de desenvolvimento comunitário	1		
Igrejas	9		
Falta de infraestrutura	Não se aplica	Ausência de asfalto, iluminação, saneamento básico.	A falta de infraestrutura e o pequeno contingente policial implicam dificuldades de atuação no combate à criminalidade e facilidades aos agressores e usuários de álcool e drogas.
Polícia Militar	1 Batalhão	Pouco contingente de pessoal, demora no atendimento à população.	
Polícia Civil	1 Delegacia		

### Caracterização dos sujeitos participantes

O vídeo produzido corresponde a apenas uma das etapas de um amplo projeto de intervenção realizado junto à equipe da ESF Dr. Arcely de Castro Paulino entre agosto de 2010 e setembro de 2011.

Desse modo, ele servirá como instrumento de educação, mobilização e sensibilização dos cinco Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para a problemática relativa à violência presente na área de abrangência atendida por eles, que representam o elo entre a comunidade e a equipe de saúde.

Verificou-se a necessidade de uma atuação inicial sobre o processo de educação em saúde dos ACS, enfatizando os fatores envolvidos com a violência na área de abrangência de nossa ESF, para que fossem capacitados

para um melhor enfrentamento desse agravo, principalmente quanto ao diagnóstico de situações de risco e à importância da prevenção e limitação dos danos causados nesses casos.

Nesse sentido, o vídeo serviu para que os ACS refletissem sobre a importância de seu papel como membros da equipe de ESF para o controle desse importante problema de saúde (a violência), tão comum na população adscrita à área de abrangência dessa equipe de ESF.

### Elaboração do vídeo

As imagens utilizadas foram provenientes da internet, e os dados foram obtidos da OMS, OPAS, Viva e a partir do Siab e do Departamento de Vigilância e Estatística Municipal de Cassilândia (MS). Foram utilizados também

fotografias e vídeos produzidos pelos membros da equipe de saúde, com a permissão destes.

Inicialmente, montou-se a parte escrita no programa *Power-Point*® (Microsoft Corporation, EUA), e a seguir imagens alusivas ao texto foram capturadas na internet e inseridas na apresentação. Paralelamente, as atividades realizadas na ESF (reuniões da equipe, visitas domiciliares, capacitação da equipe, encontros com parceiros, fotos dos parceiros) e com os parceiros locais (Cras, Polícia Civil e Militar, Conselho Tutelar, Promotoria, Nasf, Caps) contra a violência foram fotografadas e/ou filmadas para serem utilizadas na produção do vídeo.

O vídeo foi produzido com a ajuda de um técnico de informática, com o programa Edius, no qual, de acordo com o *Power-Point*® montado, realizou-se a montagem das fotos e legendas, animando-as em determinado tempo (5 segundos) e inserindo-se o áudio posteriormente.

### Resultado da ação

O resultado desse trabalho é um vídeo de educação em saúde que foi utilizado junto aos ACS da ESF Dr. Arcely de Castro Paulino (Cassilândia, MS), o qual está disponível em <http://www.youtube.com/watch?v=HdlyRaDyYng>.

Esse vídeo faz parte de um projeto de intervenção maior desenvolvido pela ESF Dr. Arcely de Castro Paulino, em parceria com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) para minimizar a violência na área de abrangência dessa unidade de ESF.

O objetivo primordial do vídeo foi facilitar o processo de educação em saúde dos profissionais dessa equipe de ESF, procurando sensibilizá-los e fazer com que sejam agentes transformadores da violência em sua área adscrita.

Além disso, tal instrumento serviu como ferramenta educativa para que atingíssemos uma das metas do pacto pela saúde, a de ampliar a cobertura da ficha de notificação/investigação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências, influenciando as ações de promoção de saúde veiculadas a essa população. Tal ação concorda com o estudo de Candeias (1997)<sup>5</sup>, que evidenciou que, por se tratar de um conceito amplo, a promoção da saúde engloba a educação em saúde, a qual compreende as experiências de aprendizagem orientadas para a facilitação de ações voluntárias conducentes à saúde.

Com a utilização desse método educativo, procuramos estabelecer uma estratégia de educação em saúde e

de prevenção da violência que fosse mais produtiva, dinâmica, prática e capaz de fazer com que os profissionais de saúde – em sua maioria os ACS – compreendessem os fatores de risco e os fatores potencializadores de violência contra a mulher.

Percebemos que, sendo mais realistas e até certo ponto mais apelativos no que se refere ao agravo da violência contra a mulher em nossa área de abrangência, seríamos mais eficazes na sensibilização desses profissionais quanto à importância de seu trabalho e de suas funções enquanto agentes sociais que também devem estar atentos para identificar situações de risco e propor ações em relação à violência contra a mulher.

O vídeo contempla o conceito da atenção universal, equânime e integral à saúde, que tem como uma de suas ideias norteadoras a melhoria qualitativa dos serviços ofertados, a democratização do conhecimento, a utilização dos recursos humanos não especializados e de tecnologia simplificada, o que concorda com Brasil<sup>6,7</sup>.

Após a profissionalização dos ACS, notamos a necessidade de formas mais abrangentes e organizadas de aprendizagem, adotando uma ação educativa crítica, baseada na realidade prática e que acompanhe a evolução tecnológica e das ciências relacionadas à saúde, possibilitando a esses profissionais que consigam desenvolver o conceito de competência, articulando conceitos, habilidades e atitudes relacionados à situação de violência contra a mulher (Brasil)<sup>7</sup>.

Assim, a finalidade da ação educativa proposta foi desenvolver no indivíduo e no grupo a capacidade de analisar criticamente a sua realidade, de decidir ações conjuntas para resolver problemas e modificar situações, de organizar e realizar a ação, e de avaliá-la com espírito crítico.

O vídeo ilustrou a mensagem de maneira eficiente, satisfazendo o nível de aspiração do público a que se dirigiu, estando alicerçado em bases epidemiológicas sólidas, esclarecendo sobre os riscos, as condições e as formas de lidar relacionados ao agravo.

O vídeo abordou também o reconhecimento dos órgãos públicos e privados envolvidos, bem como as ações e atribuições que estão em curso para o controle da violência contra a mulher em nosso município. Tais características imprimiram um forte alicerce e um tom fidedigno e apelativo à realidade problematizada.

Nas reuniões realizadas na unidade de saúde para capacitação e educação dos ACS, uma reclamação cons-

tante e pertinente destes dizia respeito à maneira como a capacitação se realizava: sempre muito “falada”, difícil de “guardar na mente, na cabeça”.

Com a metodologia do vídeo, essa questão foi transposta, pois “o que se fala se esquece, mas o que se vê se lembra, se guarda”.

Outro ponto a sublinhar é a violência como “situação muito estressante”, “delicada de se lidar”, segundo a opinião dos ACS, pois, quando não se vive essa realidade, fica difícil abstrair a respeito do assunto, o que denota a importância do vídeo como agente ilustrador do problema, o que concorda com Gazinelli et al.<sup>8</sup>, os quais destacaram que:

*Hoje sabe-se que há um trabalho educativo a ser feito, que extrapola o campo da informação, ao integrar as considerações de valores, costumes, modelos e símbolos sociais que levam a formas específicas de condutas e práticas (p.5).*

Em roda de conversa realizada com os ACS após assistirem ao vídeo e discutirmos o assunto, eles afirmaram que:

*“Esse vídeo foi uma coisa rápida, mas que vai ficar em nossa mente por muito tempo. A gente já sabia muita coisa, mas esquece, agora acho que nos lembraremos das imagens e sofrimentos vistos no vídeo.” (ACS 1)*

*“O vídeo esclarece bem o que temos que fazer e como podemos reconhecer as mulheres que sofrem violência sem ficar com lenga-lenga[...]” (ACS 2)*

*“Esse método prende a atenção, nos deixa preocupados em querer ajudar, diminuir o sofrimento dessas mulheres[...] Deveria ser passado para todos os ACS e para os outros profissionais.” (ACS 3)*

*“Acho que agora vou conseguir trazer mais casos para a unidade[...] O vídeo me esclareceu dúvidas principalmente quando mostrou os sinais de alerta e como agir com a família e com as mulheres, quais orientações poderei oferecer[...] Acho que os outros profissionais da equipe precisariam também ser capacitados para dar continuidade ao nosso serviço.” (ACS 3)*

*“Acho que agora consigo enxergar quem são essas mulheres em risco e a quais as famílias deverei ficar mais atento para a ocorrência da violência. Achei o vídeo muito bom, pois é rápido, fácil de entender e, quando paramos para discutir, as coisas ficam muito mais claras e objetivas para o nosso dia a dia. Por que você não faz uma adaptação e passa para os pacientes na sala de espera?” (ACS 4)*

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao utilizarmos o vídeo como estratégia de educação em saúde, notamos que atingimos nosso principal objetivo, que era desenvolver nos ACS o senso de responsabilidade social, compromisso e solidariedade, que deve ser inerente ao desempenho de sua função, enfocando, nesse caso, a violência contra a mulher, tão prevalente na área de abrangência da ESF à qual pertencemos.

O vídeo se mostrou motivador, segundo opiniões dos próprios ACS, contribuindo para diminuir a tensão e ansiedade desses profissionais tanto com a equipe, quanto com a comunidade. Nesse sentido, esse instrumento facilitou a apropriação, pelos ACS, das ferramentas adequadas e necessárias para lidar com os problemas de violência contra a mulher.

Em decorrência disso, paulatinamente percebemos uma melhora significativa no trabalho de abordagem das famílias/pessoas, no reconhecimento dos determinantes das condições de violência e, principalmente, na busca da cidadania para as mulheres vítimas de violência, por meio da preocupação desses profissionais de que todas as pessoas entendam a violência e ajudem a denunciá-la.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Projeto Amparo. Porto Velho, Brasil; 2003 [capturado em 05 de out 2010]. Disponível em: <http://www.ipas.org.br/amparo.html>
2. Mota JC. Violência contra a mulher praticada pelo parceiro íntimo: estudo de um serviço de atenção especializada. Rio de Janeiro; 2004. Mestrado [Dissertação] – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. [capturado em 10 de nov. 2010]. Disponível em: <http://thesis.iciet.fiocruz.br/lildbi/docsonline/pdf/motajcm.pdf>
3. Mota JC, Vasconcelos AGG, Asis SG. Análise de correspondência como estratégia para descrição do perfil da mulher vítima do parceiro atendida em serviço especializado. Ciênc Saúde Col. 2007;12(3).
4. Calças AQP. Relatório de Análise da Pesquisa sobre Violência Doméstica em Cassilândia; 2008.

5. Candeias NMF. Conceitos de Educação e de Promoção Em Saúde: Mudanças Individuais e Mudanças Organizacionais. Rev Saúde Pública. 1997;31(2):209-13.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Comunidade Solidária. Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Brasília; 1997. [Descrição da experiência; 1997].
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Manual para a Organização da Atenção Básica. Brasília; 1999<sup>a</sup>. [Descrição da experiência; 1999].
8. Gazzinelli MF, Gazzinelli A, Reis DC, Penna CMM. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. Cad Saúde Pública. 2005; 21(1):200-06.

## **ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA**

Márcia Regina Casarin Geremonte  
Rua José Barbosa de Oliveira, 681  
Centro – Cassilândia  
CEP: 79540-970 MS  
E-mail: marciacasarini@hotmail.com

# O Princípio da Similitude no Tratamento de Queimaduras: Relato de Caso da Estratégia da Saúde da Família

Indonésio Calegari<sup>I</sup> / Elizandra de Queiroz Venâncio<sup>II</sup>

**Palavras-chave:** Homeopatia. Terapêutica Homeopática. Queimadura.

## RESUMO

Este artigo descreve o atendimento, em uma Unidade Básica de Saúde da Família, a vítimas de queimaduras, à luz do enfoque da similitude, princípio fundamental da Homeopatia. Apresentam-se dois casos, cujas evoluções dos quadros foram registradas em prontuários e por meio de material fotográfico. O tratamento constituiu-se de um único curativo com uma solução de água morna (temperatura entre 38° e 40°C) e álcool, aplicado uma única vez em forma de compressa sobre a queimadura. Os cuidados pós-curativo homeopático consistiram em banhos com água morna (temperatura agradável) e manutenção da ferida limpa e seca. O procedimento apresentou resultados de cura rápida, com pouca queixa de dor pelos pacientes e excelente cicatrização.

## INTRODUÇÃO

A Homeopatia efetivou-se, inicialmente, com o médico alemão Samuel Hahnemann, que sustentava o conceito da lei das semelhanças de Hipócrates, ou seja, “a doença é produzida pelos semelhantes, e através dos semelhantes o paciente retorna à saúde”. Assim se explica que aquilo que produz estrangúria onde esta não existe cura

a estrangúria que existe, sendo a tosse, tal como a estrangúria, causada e curada pelas mesmas coisas. Preconiza-se o procedimento pelos semelhantes também na dependência da origem e natureza da doença. Entende-se que, para combater uma doença, deve-se utilizar uma doença artificial semelhante à primeira, sendo aquela designada como *contradoença*<sup>1-2</sup>.

A medicação homeopática se baseia no princípio da dinamização, isto é, consiste em diluir ou dividir substâncias elementares em matérias inertes, sendo, assim, possível graduar as potências contra a doença, não sendo isto prejudicial ao organismo devido à sua intensidade<sup>3</sup>.

A evolução de qualquer ramo da ciência jamais ocorreu por meio de atos isolados de um único cientista. Assim, mesmo que seja atribuída a uma única pessoa, uma descoberta, certamente, está embasada em conhecimentos anteriores. Assim aconteceu com a Homeopatia, construída sobre concepções como o princípio dos semelhantes, as doses infinitesimais, o medicamento único, dentre outras<sup>4</sup>.

Ao objetivar descobrir a cura com o semelhante, Hahnemann idealizou uma nova forma de tratamento, embasada na cura pelos semelhantes. Assim, foram criados os alicerces da medicina homeopática, que divergem dos conceitos terapêuticos alopáticos da medicina tradi-

<sup>I</sup> Médico, Especialista em Homeopatia pela Associação Médica Homeopática Brasileira (AMHB); Especialista em Atenção Básica em Saúde da Família pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul/Fiocruz Mato Grosso do Sul.

<sup>II</sup> Cirurgiã Dentista; Mestre em Ciências da Saúde; Tutora do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul/Fiocruz Mato Grosso do Sul; Especialista em Saúde Pública; Membro da Estratégia de Saúde da Família de Dourados (MS).

cional. As concepções hahnemannianas surgiram da tradição hipocrática, que leva em conta a atenção ao regime alimentar, a importância de fatores climáticos, ecológicos, psicológicos e a existência da energia vital<sup>5</sup>.

A utilização da Homeopatia ainda não é generalizada, mas a curiosidade e o interesse por ela são crescentes da parte tanto de futuros pacientes quanto de profissionais da saúde. Esse interesse decorre do seu objetivo, que é o da cura pelo semelhante, ou seja, o semelhante é curado por seu próprio semelhante, o que é denominado princípio da *similia*<sup>1</sup>.

Sendo assim, a Homeopatia se baseia no princípio da similitude, apoiando-se na observação experimental de que toda substância que provoca determinados sintomas em indivíduos saudáveis, quando proporcionada em doses adequadas, é capaz de curar um doente que apresenta sintomas semelhantes. Isto porque a Homeopatia tem seu alicerce baseado na premissa de que a doença é produzida pelos semelhantes, e pelos semelhantes o paciente retorna à saúde<sup>6</sup>.

Desde o seu surgimento, a Homeopatia vem se destacando por seu potencial de cura de doenças, confirmado por estudos científicos que sugerem sua eficácia. No Brasil, em 1840, a Homeopatia sofreu inúmeras críticas da medicina oficial, que, por receio de perder seu poderio, a marginalizava por meio de seu racionalismo científico, enfatizando um caráter obscuro e místico na medicina de Hahnemann<sup>7</sup>.

A queimadura é uma lesão dos tecidos orgânicos produzida por alterações de origem térmica, oriundas da exposição ou contato com fogo, frio, superfícies quentes, líquidos quentes, substâncias químicas, ou ainda radiação, eletricidade, atrito ou fricção. Consequentemente, há uma grande quantidade de exsudato como resultado do impacto do calor na pele e nos tecidos subjacentes, produzindo destruição tissular<sup>8</sup>.

Diante de uma nova realidade do Sistema Único de Saúde (SUS), os coordenadores do sistema viram a necessidade de estabelecer políticas para garantir a integridade na atenção à saúde. Dessa forma, surge a ideia de implantar a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. Essa implementação envolve justificativas de natureza política, técnica, econômica, social e cultural. Tal política atende, sobretudo, à necessidade de conhecer, apoiar, incorporar e implementar as experiências que vêm sendo desenvolvidas na rede pú-

blica de muitos municípios e Estados. Dentre elas, destacam-se as do âmbito da Medicina Tradicional Chinesa-Acupuntura, da Homeopatia, da Fitoterapia, da Medicina Antroposófica e do Termalismo-Crenoterapia<sup>9</sup>.

Na década de 1980, alguns Estados e municípios brasileiros começaram a oferecer atendimento homeopático como especialidade médica aos usuários dos serviços públicos de saúde, porém como iniciativas isoladas e, às vezes, descontinuadas, por falta de uma política nacional. Diante dessas necessidades, foram fixadas normas para o atendimento em Homeopatia nos serviços públicos de saúde. Em 1999, o Ministério da Saúde inseriu na tabela SIA/SUS a consulta médica em Homeopatia<sup>9</sup>.

A implantação da Homeopatia no SUS representa uma importante estratégia para a construção de um modelo de atenção centrado na saúde, uma vez que recoloca o sujeito no centro do paradigma da atenção. Do mesmo modo, compreende o indivíduo nas dimensões física, psicológica, social e cultural, e fortalece a relação médico-paciente como um dos elementos fundamentais da terapêutica. Isto promove a humanização na atenção, estimula o autocuidado e a autonomia, além de contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos usuários e para o uso racional de medicamentos, colaborando para a redução da farmacodependência<sup>9</sup>.

Este trabalho relata casos ocorridos de junho de 2010 a julho de 2011, quando se atenderam vítimas de queimaduras, que foram tratadas à luz do enfoque da similitude, princípio fundamental da Homeopatia. Nesse período, buscou-se retratar a evolução do processo de cicatrização no intuito de divulgar essa prática, que é um dos eixos da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS, como possível e necessária nas Estratégias de Saúde da Família.

## MÉTODOS

O protocolo usado para o tratamento de queimaduras foi proposto de forma mais intensa nos anos de 1995 e 1996, com pacientes queimados. Atualmente, o método vem sendo utilizado e aprimorado. Os estudos realizados com esta metodologia demonstraram como importantes para o bom êxito do tratamento as seguintes variáveis: extensão da área corporal queimada e grau de acometimento dos tecidos; o início do curativo deve ser de aproximação e afastamento da compressa, para des-

sensibilizar a dor aos poucos; tempo de duração do curativo; temperatura da água; tecido utilizado para o curativo; local adequado à realização do curativo; evolução da cicatrização; estratégia medicamentosa homeopática; orientação ao paciente.

De janeiro a março de 2011, realizaram-se tratamentos de queimaduras em pacientes da rede pública de saúde por meio do método homeopático com solução formada por água morna e álcool aplicado sobre a queimadura com compressa local até o alívio total da dor. Entre esses tratamentos, foram selecionados dois casos para serem relatados neste trabalho.

A metodologia adotada nos tratamentos de queimaduras consistiu em procedimentos simples, nos quais o princípio da similitude foi empregado. Esses procedimentos se dividiram em duas fases:

**1ª Fase** – realizada no início dos estudos, constou do tratamento de pacientes com queimaduras pequenas, recentes, de 1º grau, por meio do método homeopático de um único curativo com solução constituída por água morna (temperatura entre 38° e 40°C) e álcool na proporção de 2 litros de água para 200 ml de álcool aplicado sobre a queimadura com compressa local, por cerca de 40 minutos a 2 horas, até o alívio total da dor;

**2ª Fase** – com base na experiência adquirida na primeira fase, passou-se a tratar pacientes com queimaduras de 2º e 3º graus com até 15 dias após a queimadura. Utilizou-se o mesmo método homeopático da primeira fase, dependendo da extensão e profundidade da queimadura, até o alívio total da dor. Além disso, foram prestados cuidados higiênicos, como banhos em chuveiro a cada 3 ou 4 horas.

Para a execução dos procedimentos, os pacientes e os responsáveis foram orientados minuciosamente sobre a técnica utilizada e o registro por imagem. No final, concordaram em assinar o documento de ciência e autorização do uso de imagem.

Em conformidade com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que trata dos aspectos éticos de pesquisa com seres humanos, solicitou-se aos participantes assinaturas no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e no Termo de Ciência e Uso da Imagem (TCUI). Também foi necessário ler e explicar minuciosamente esses termos para autorização das imagens, que demonstram a evolução da ferida causada devido a queimaduras. Dessa forma, garantiu-se a preser-

vação da ética e da confidencialidade das imagens dos sujeitos. O TCLE e o TCUI do caso I foram assinados pelo pai do menor, e os do caso II pela própria paciente.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os casos apresentados a seguir ocorreram em uma UBS da Estratégia de Saúde da Família na cidade de Dourados (MS). Os pacientes atendidos foram uma criança de sete anos de idade (caso I), que apresentava queimaduras de 1º e 2º graus, e recebeu o curativo homeopático no terceiro dia após a queimadura; o outro paciente era uma senhora com 42 anos (caso II), que apresentava queimadura de 1º e 2º graus, e teve o curativo homeopático aplicado no segundo dia após a queimadura.

### Caso I

Paciente L.S.T., sete anos, sexo masculino, com queimaduras de 1º e 2º graus que atingiram face, lobo da orelha, ombro, tórax, axila e região proximal do braço do lado direito. A queimadura foi provocada por álcool, no dia 30 de janeiro de 2011. O primeiro dia do curativo homeopático foi 2 de fevereiro de 2011, ou seja, no terceiro dia após a queimadura.

A Foto 1 mostra o paciente, recebido na Unidade Básica de Saúde, com o curativo alopático. Após explicações aos familiares sobre o procedimento do curativo homeopático, foram tiradas todas as dúvidas possíveis sobre o procedimento e esclareceu-se como este seria feito, assim como seria fundamental a colaboração da família durante a evolução do caso. Em seguida, foi retirado o curativo alopático conforme Fotos 2 e 3. O procedimento iniciou-se com a aplicação de vaselina sobre as gazes na região da queimadura, que foram mantidas por 30 minutos para que se soltassem da ferida. Logo se seguiu com o curativo homeopático, com uma hora de duração.

Ao se retirar a gaze, verificou-se a presença de pontos pequenos e isolados de sangramento. Nesse momento, o paciente foi colocado em decúbito dorsal e deu-se início ao curativo com compressas embebidas com solução de álcool e água morna sobre a ferida por uma hora ininterruptamente, como descrito na metodologia. Ao final do curativo, observou-se nítida redução da área hiperemiada próxima à queimadura.

A orientação fornecida aos responsáveis pelo paciente consistiu em dar de três a quatro banhos diários de chuveiro com a temperatura morna e agradável ao paciente e, após o banho, secar com delicadeza a ferida com toalha limpa. Foi receitada a medicação dipirona gotas em caso de muita dor, bem como o retorno para controle médico da ferida no dia seguinte, no mesmo horário. Após o curativo, o paciente relatou que não sentia mais dor no local da queimadura, sendo tal afirmação perceptível à inspeção do semblante do enfermo.

**Foto 1**

**Recebimento do paciente na UBS**



**Foto 2**

**Recebimento do paciente na UBS**



**Foto 3**

**Remoção do curativo alopático**



No dia seguinte, após a realização do curativo homeopático, foi possível verificar a delimitação da área queimada de acordo com as Fotos 4 e 5. Na Foto 6, é possível observar que feridas e bolhas se apresentava com bom aspecto, limpo e com serosidade. O paciente relatou não ter sentido dor nos locais da ferida.

**Foto 4**

**Dia seguinte após o curativo homeopático**



Nas fotos 7 e 8, referente ao sexto dia após o curativo homeopático, as feridas se apresentavam secas e com bom aspecto. Foi a partir desse momento que se iniciou o processo de cicatrização, de forma rápida e centrípeta, com descamação das crostas do tecido necrosado mais na região da periferia.

**Foto 5**

**Aspecto da área queimada**



**Foto 6**

**Área queimada com bolhas**



**Fotos 7 e 8**

**Área queimada se apresenta seca e com bom aspecto**



A bolha em região tênar não se rompeu, e o tecido da bolha não pode ser removido, pois é utilizado como proteção do local das queimaduras.

No oitavo dia do curativo, Foto 9, a ferida está limpa, seca e com bom aspecto nas áreas de cicatrização. Há início de formação de áreas de tecido cicatricial despigmentado de cor branca, Foto 10.

**Foto 9**

**Ferida seca, limpa, com bom aspecto**



**Foto 10**

**Início de tecido cicatricial**



No 13º dia de curativo homeopático, Fotos 11 e 12, observa-se que a ferida está seca, limpa e com bom as-

pecto. Verifica-se que quase toda a área cicatrizada se apresenta despigmentada, sem retração ou queuloide. O responsável e a criança foram orientados para que o local não sofresse exposição ao sol sem protetor solar, a fim de evitar manchas na pele devido a esta apresentar melanócitos novos.

**Foto 11**  
**Área cicatrizada**



**Foto 12**  
**Ferida sem retração ou queloides**



No atendimento seguinte, Foto 13, o paciente mostrou completo restabelecimento e cicatrização com bom aspecto, apresentando pequena área de queuloide apenas na região proximal do braço direito. A Foto 14 referente a lado direito da face, região cervical e lobo da orelha direita mostra que não houve retrações e queloides.

Apesar da orientação sobre o uso do protetor solar, a criança não utilizou este produto.

**Foto 13**

**Queuloide na região proximal do braço direito**



**Foto 14**  
**Cicatrização da face**



## Caso 2

Paciente E. C. L. S., 42 anos, sexo feminino, com queimadura de 1º e 2º graus na região anterior da perna direita, Fotos 15 e 16. Queimadura foi provocada por óleo de fritura fervente no dia 13 de março de 2011. O primeiro dia do curativo homeopático foi 14 de março de 2011, ou seja, no segundo dia após a queimadura. Quando deu entrada na Unidade Básica de Saúde, a paciente se queixava principalmente de dor intensa e ardência no local da ferida, quando foi proposto e esclarecido o curativo homeopático. Explicou-se à paciente como seria o tratamento e qual deveria ser sua conduta e participação ao longo do mesmo. A paciente prontamente aceitou e se iniciou o procedimento.

A paciente foi colocada em decúbito dorsal e iniciou-se o curativo com compressa sobre a ferida por uma hora, com a mesma solução descrita na metodologia.

Orientou-se a paciente a tomar seis banhos diários de chuveiro com água morna, sendo dois banhos pela manhã, dois à tarde e dois à noite, bem como retornar à Unidade Básica de Saúde para controle médico no dia seguinte.

#### Fotos 15 e 16

#### Queimadura de 1º e 2º graus em região anterior da perna direita



A paciente retornou no dia seguinte ao curativo homeopático para reavaliação da ferida e de seu estado geral. As feridas apresentavam bom aspecto, com redução da área queimada. A paciente não sentia dor e deambulava normalmente. Assim, fica claro, neste caso, que a área mais acometida está localizada nas regiões que apresentam as bolhas, conforme mostra as Fotos 17 e 18.

#### Fotos 17 e 18

#### Área mais acometida, com bolhas



No quarto dia do curativo homeopático, Fotos 19, 20 e 21, a ferida está com bom aspecto, limpa, com bolhas e sem secreção, e não há dor local à deambulação.

#### Fotos 19, 20 e 21

#### Área queimada com bom aspecto, com bolhas, sem secreção



No oitavo dia do curativo homeopático, a ferida está com bom aspecto, limpa, seca e com as bolhas rompidas, e a paciente não apresenta queixa de dor local conforme Fotos 22 e 23.

#### Fotos 22 e 23

#### Área queimada com bom aspecto, sem bolhas



As Fotos 24 e 25 mostram o 12º dia do curativo homeopático, cuja ferida apresenta-se totalmente seca, com crostas e cicatrização de forma centrípeta.

No 16º dia do curativo homeopático, percebe-se evolução plenamente favorável, considerando-se o tempo decorrido após o ferimento e por se tratar de um membro inferior com varizes, fator importante pelo tamanho das mesmas, e também cicatrização de forma centrípeta de acordo com as Fotos 26 e 27.

**Fotos 24 e 25**

**Ferida totalmente seca, com crostas e cicatrização de forma centrípeta**



**Fotos 26 e 27**

**Evolução plenamente favorável, levando-se em conta o tempo decorrido após o ferimento**



Após 60 dias do início do curativo homeopático, o tecido se apresenta restabelecido, sem retração ou quelóide conforme as Fotos 28, 29 e 30. A paciente relata que sentiu melhora rápida, sem dor e sem limitação do membro em momento algum.

**Fotos 28, 29 e 30**

**60 dias após o curativo homeopático**



## CONCLUSÃO

Este relato demonstrou a utilização da Homeopatia na atenção primária como instrumento eficiente para o tratamento tanto de pequenos como de grandes queimados. No caso de grandes queimados, é recomendável efetuar o procedimento em nível hospitalar e com acompanhamento da evolução diária pelo médico. Em ambos os casos, a cicatrização das feridas foi mais rápida, e as imagens demonstram a eficácia do tratamento homeopático proposto aos pacientes queimados atendidos nas Unidades Básicas de Saúde.

A aceitação dos pacientes foi imediata quando eles e seus responsáveis foram esclarecidos sobre o método e como seria a participação de cada um durante o tratamento. Além disso, destacam-se a fácil execução e o baixo custo, que tornam o procedimento acessível a todas as camadas sociais.

Diante do exposto e por acreditar na contribuição da terapêutica homeopática para a saúde e a vida das pessoas, este trabalho, consciente da limitação de sua abrangência, traz uma contribuição importante para a difusão do método, quer pelos bons resultados obtidos, quer pela escassez da bibliografia existente sobre o assunto. Além disso, os casos aqui relatados podem auxiliar outros profissionais no uso da Homeopatia na atenção básica, assim como estimular estratégias e políticas públicas que visem à melhoria da saúde da população.

No mesmo sentido, o relato desses casos pode incentivar novas pesquisas que venham a embasar estratégias, políticas e práticas integrativas que visem à melhoria da saúde da população.

## REFERÊNCIAS

1. Lockie A. Enciclopédia de homeopatia. Lisboa: Editora Civilização; 2000.
2. Calegari I. As queimaduras sob o enfoque da similitude. 54<sup>o</sup> Congresso da Liga Internacional de Homeopatia. Salvador; 1999.
3. Prista LN. Tecnologia farmacêutica. 6 ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; 2002.
4. Hahnemann SF. Exposição da Doutrina Homeopática ou Organon da Arte de Curar. 2<sup>a</sup> Reimpressão Brasileira da Tradução da 6<sup>a</sup> Ed. Alemã. Publicado Pelo Grupo de Estudos Homeopáticos "Benoit Mure", São Paulo, 1984.
5. Corrêa AD, Quintas LEM. Princípios e conceitos atuais da medicina homeopática. Revista Brasileira de Medicina. 1994; 51:914-20.
6. Fontes OL. Farmácia homeopática: teoria e prática. São Paulo: Editora Manole Ltda; 2005.

7. Míkola N. A inserção da homeopatia no Brasil e o espiritismo como estratégia de legitimação. 1860-1890. Anais do III Encontro Nacional do GT História das Religiões e das Religiosidades – ANPUH – Questões teórico-metodológicas no estudo das religiões e religiosidades. Maringá (PR); jan.2011. Disponível em <http://www.dhi.uem.br/gtreli-giao/pub.htm>.
8. Novaes FN. Primeiro atendimento ao paciente queimado. Bras. med. 2003; 84:56-62.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de atenção básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS – PNPIC-SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

## **ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA**

Indonésio Calegari

Rua Albino Torraca, 915, Aptº 51

Jardim América – Dourados

CEP: 79803-020 MS

E-mail: [indonesiocalegari@hotmail.com](mailto:indonesiocalegari@hotmail.com)