

UNINGÁ review



Qualis
CAPES B4

ISSN *online* 2178-2571



Nº **7(1)** Julho / Setembro July / September

2011

Título / Title:

UNINGÁ Review

Periodicidade / Periodicity:

Trimestral / *Quarterly*

Diretor Geral / Main Director:

Ricardo Benedito de Oliveira

Diretor de Ensino / Educational Director:

Ney Stival

Diretor Acadêmico / Academic Director:

Gervásio Cardoso dos Santos

Diretora de Pós-Graduação / Post-Graduation Director:

Gisele Colombari Gomes

Editor-Chefe / Editor in Chief:

Mário dos Anjos Neto Filho

Corpo Editorial / Editorial Board

Aissar Eduardo Nassif
Andrey Rogério Campos Golias
Ângela Maria Ruffo
Antonio Machado Felisberto Junior
Cleusa Maria Alves de Matos
Daiane Pereira Camacho
Edson Roberto Arpini Miguel
Eliane Aparecida Santos Carraro
Emilia Maria Barbosa Carvalho Kempinski
Fabiano Carlos Marson
Fábio Branches Xavier
Luciana Fracalossi Vieira
Lucília Amaral Fontanari
Marcos Maestri
Maria do Rosário Martins
Nelly Lopes de Moraes Gil
Ney Stival
Rogério Tiyo
Vagner Marques de Moura
Washington Rodrigues Camargo

A Revista UNINGÁ Review é um Projeto Especial para divulgação científica apenas em mídia eletrônica, estando inscrito na Coordenação do Núcleo Pesquisa da Faculdade INGÁ sob o número (171/2-2009), com gestão do Prof. Ms. Ney Stival, Diretor de Ensino da Faculdade INGÁ.

Todos os artigos publicados foram formalmente autorizados por seus autores e são de sua exclusiva responsabilidade.

As opiniões emitidas nos trabalhos aqui apresentados não correspondem, necessariamente, às opiniões da Revista UNINGÁ Review e de seu Corpo Editorial.

The UNINGÁ Review Journal is a special project to scientific dissemination only in electronic media, registered in the Coordination of the Research Center - Faculty INGÁ (171/2-2009), with management of the Master Professor Ney Stival.

All published articles were formally authorized by their authors and are your sole responsibility.

The opinions expressed in the studies published do not necessarily correspond to the views of UNINGÁ Review Journal and its Editorial Board.

Prezado leitor, temos a satisfação de divulgar a sétima edição da Revista “UNINGÁ Review”. Aproveitamos a oportunidade para agradecer aos autores dos trabalhos que abrilhantam esta edição e para convidar os autores de trabalhos científicos que se enquadram em nosso escopo editorial para o envio de seus artigos para análise editorial, para quem sabe, compor a nossa oitava edição, no mês de outubro de 2011.

Boa leitura!

Mário dos Anjos Neto Filho
Editor-Chefe

Dear reader, we are pleased to release the seventh edition of the Journal "UNINGÁ Review." We take this opportunity to thank the authors of the works that brightens this issue and to invite the authors of scientific papers that fit with our editorial scope to send your articles to editorial review, to maybe make our eighth edition in October 2011.

Happy reading!

*Mario dos Anjos Neto Filho
Editor in Chief*

- 1- **Nível de abrangência de insegurança alimentar da população atendida pelo NIS-OLÍ.** Camila CALDEIRA; Flávia grazielle JARDIM; Rúbia Stephanie Fernandes SILVA; Maria Cecília MEREGE.....05
- 2- **O uso da solução tópica de PVP-I na prevenção da bacteremia em cirurgias bucais.** Bruno Hilser PAGLIA; Rafael Lopes PILOTO; Tiago Augusto GRÍGIO; Fernanda Otobone JACQUES; Geysse Freitas FERRARI.....11
- 3- **Vigilância sanitária e seus papéis: uma revisão de literatura.** Renan Luiz FERNANDES; Solange FRANZÓI; Fernanda Chagas BUENO.....17
- 4- **O câncer de mama na rede pública do Rio Grande do Sul: mortalidade e morbidade hospitalar no triênio 2005-2007.** Danielle Cerqueira LEITE; Ronaldo BORDIN.....25
- 5- **Sistema informatizado da SAE: um facilitador da assistência.** Mariel Adamek ASSIS; Nanci Verginia Küster de PAULA.....34
- 6- **Programa Segundo Tempo: uma opção para o contraturno escolar.** Thais da Silva MELO; Angela Maria RUFFO.....42
- 7- **Educação Física e psicomotricidade: relação com o desenvolvimento da lateralidade em crianças.** Gleicy Regina PIRES; Angela Maria RUFFO.....49
- 8- **Perfil de atuação dos gestores municipais de saúde da 14ª Regional de Saúde do Paraná.** Maria Carolina Gobbi dos Santos LOLLI; Luiz Fernando LOLLI; Mário dos Anjos NETO Filho; Rafael Crivelaro.....59
- 9- **A estratégia Saúde da Família no cuidado ao paciente com transtorno mental: um olhar para a esquizofrenia.** Camilla Delavalentina Cavalini MARQUES; Janaína MARCOLINO.....70
- 10- **Sistematização da assistência de enfermagem: por que é tão importante?** Suleni Elizário BARBOSA; Kelly Cristina INOUE.....78
- 11- **Prevalência de indivíduos com hérnia de disco e padrão farmacoterápico em Pimenta Bueno-RO.** Simone Delanne Campos de OLIVEIRA; Mário dos Anjos NETO Filho.....88
- 12- **Auditoria em enfermagem.** Vinícius Vital LÚCIO; Nanci Verginia Küster de PAULA.....100
- 13- **Assistência de enfermagem no tratamento e prevenção de úlcera de pressão.** Samira Naime HAURANI; André Estevam JAQUES.....109
- 14- **Estudo sobre o projeto carbono neutro a partir da responsabilidade social: o caso da empresa Natura Cosméticos.** Rafael FOGANHOLO; Diego Tadeu Pizaia COVINO; Valter Laurindo da SILVA.....120

**NÍVEL DE ABRANGÊNCIA DE INSEGURANÇA ALIMENTAR DA
POPULAÇÃO ATENDIDA PELO NIS-OLÍMPICO****LEVEL OF COVERAGE FOOD INSECURITY POPULATION SERVED BY THE
NIS-OLÍMPICO**

CAMILA CALDEIRA. Discente do curso de Nutrição da Faculdade INGÁ.

FLÁVIA GRAZIELE JARDIM. Discente do curso de Nutrição da Faculdade INGÁ.

RÚBIA STEPHANIE FERNANDES SILVA. Discente do curso de Nutrição da Faculdade
INGÁ.

MARIA CECÍLIA MEREGE. Mestre em Nutrição Materno Infantil, docente do curso de
Nutrição da Faculdade INGÁ.

Endereço para correspondência: Av. Colombo, 9727 CEP: 87070-000. Maringá, Paraná,
Brasil. e-mail: cecilianutri@hotmail.com

RESUMO

Este estudo procurou reunir as informações concernentes ao nível de abrangência de insegurança alimentar da população atendida pelo NIS- Olímpico. Com a utilização de um questionário elaborado e baseado pela Universidade de Cornell Estados Unidos, validado pelo IBGE. Sendo observado que, cerca de 60,5% da população possui o ensino fundamental incompleto, com uma média de salarial mínima de R\$510,00 seguido de um menor consumo alimentar com a presença de alguns episódios de fome, caracterizando Insegurança Alimentar.

PALAVRAS-CHAVE: Insegurança Alimentar, Segurança Alimentar e fome.

ABSTRACT

This article intended to gather the concerning information to the level of coverage of food insecurity of the population served by NIS-Olympic. With the use of an elaborated questionnaire based on USA's Cornell University's research, and validated by IBGE. We noticed that an average of 60,5% of population with a incomplete primary school and incomes until R\$ 510,00 and also lower food intake, with some episodes of hunger, and characterizing food insecurity.

KEYWORDS: Food Insecurity, Food Security and Hunger.

INTRODUÇÃO

Segundo Robinson (1999), desde a Declaração dos Direitos Universais da Pessoa Humana em 1948, o direito a uma alimentação adequada tem sido reconhecida como algo

necessário para a garantia de um padrão de vida satisfatório. Mesmo sendo observado, diminuição da desigualdade social no Brasil ainda é grande o número de pessoas que vivem em situação de pobreza e insegurança alimentar (IA) (CÔRREA & LEON, 2009).

A segurança alimentar (SA), tal como conceituada pelo Conselho Nacional de Segurança Alimentar (CONSEA) e pela organização das nações unidas para agricultura e alimentação (FAO), é alcançada quando todos os seus membros têm acesso, por meio socialmente aceitável, ao consumo de alimentos em quantidade suficiente e de qualidade adequada, podendo levar assim, cada um deles a uma vida produtiva, saudável assegurando o bem estar de cada indivíduo (USDA, 2000).

Pensando dessa maneira, a segurança alimentar impõe compreensão abrangente do que venha a ser uma dieta adequada. Suprindo as necessidades energéticas do indivíduo, ser nutricionalmente diversificada, respeitar a idade, as condições fisiológicas, a atividade física e por fim, os hábitos culturais de cada um deles (PANIGASSI *et al.*, 2008).

Nas economias mercantis, em geral e particularmente na economia brasileira, o acesso diário aos alimentos depende, essencialmente, de a pessoa ter poder aquisitivo, isto é, dispor de renda suficiente para comprar os alimentos e ter acesso aos mesmos, porém, uma parcela substancial da população brasileira tem rendimentos tão baixos que a coloca em risco de pobreza e obviamente em uma situação de insegurança alimentar (HOFFMANN, 1994).

Diversas estimativas apontam cerca de 46 milhões de brasileiros vivendo abaixo da linha da pobreza, ou seja, sobrevivem com menos de 1 dólar por dia e não conseguem atender suas necessidades básicas alimentares. Diante deste contexto, o atual governo colocou o problema de insegurança alimentar como uma das prioridades na agenda do Estado Brasileiro, criando projetos para combate a fome e um deles foi o Fome Zero, que propõe intervenções de melhor estruturação em relação à renda familiar e aumento da oferta de alimentos básicos por meio do estímulo à agricultura familiar (INSTITUTO CIDADANIA, 2001).

Para uma melhor acurácia sobre insegurança alimentar no mundo, foi criado na década de 90 instrumentos para esta avaliação, primeiramente testados nos Estados Unidos e posteriormente aplicados nos demais países. A aplicação destes questionários no Brasil tornou-se de extrema importância, pois, além de identificar a insegurança alimentar, delimita e avalia as políticas nacionais de combate a fome (PEREZ-ESCAMILLA *et al.*, 2000; RADIMER *et al.*, 2002).

Diante desta escala, a utilização destes recursos técnicos e científicos é de imprescindível importância para a avaliação de insegurança alimentar no território nacional, para uma melhor intervenção (RADIMER *et al.*, 1992; RADIMER *et al.*, 2002). Desta maneira, este trabalho tem como objetivo, propor e verificar o nível de abrangência da insegurança alimentar da população atendida pelo NIS- Olímpico.

MATERIAL E MÉTODOS

O presente artigo caracteriza um estudo de coorte, que engloba o nível de insegurança alimentar da população atendida pelo NIS- Olímpico unidade básica de saúde, que está localizado no Jardim Olímpico- Maringá, Paraná. Este estudo foi baseado em um questionário da Universidade de Cornell, Estados Unidos e validado pelo IBGE, onde verifica-se o perfil nutricional e alimentar de famílias da região do NIS- Olímpico, com abordagens de questões referentes à renda familiar, gasto com alimentação, números de moradores menores que 18 anos, se houve algum episódio de fome por não ter dinheiro suficiente para aquisição dos alimentos, escolaridade e participação do programa Bolsa Família, com o intuito de verificar o nível de Insegurança Alimentar desta população.

O questionário havia sido aplicado no primeiro trimestre de 2010, os indivíduos possuíam o livre arbítrio em respondê-lo ou não, foram coletadas 41 amostras e descartados 3, totalizando 38 amostras das quais 13 foram respondidos pelo sexo masculino e 25 pelo sexo feminino, o questionário foi aplicado em visitas domiciliares ou na própria unidade básica de

saúde. Estes questionários foram lançados no programa de banco de dados Epiinfo 6.0, e os resultados obtidos foram convertidos em tabelas e gráfico, para determinar o grau de insegurança alimentar desta população.

RESULTADOS

As características das amostras abrangidas pelo NIS-Olímpico estão dispostas na tabela 1.

Tabela 1: Média, desvio padrão e nível de escolaridade, analisadas no estudo de abrangência de insegurança alimentar da população atendida no NIS-Olímpico, Maringá-Pr em 2010.

AMOSTRA		
	(Média \pm DP)	
Renda Familiar média (R\$)	1.143,15 \pm 637,48	
Renda Familiar mínima (R\$)	510,00	
Renda Familiar máxima (R\$)	3.600,00	
Gasto com alimentação (R\$)	297,10 \pm 96,30	
ESCOLARIDADE	N	%
ENS. FUND. INC	23	60,5
ENS. FUND. COM	01	2,6
ENS. MÉDIO INC.	08	21,1
ENS. MÉDIO COM	06	15,8
ENS. SUP. INC	-	-
ENS. SUP. COM	-	-
ANALFABETO	-	-
TOTAL	38	100

Fonte: Dados coletados por acadêmicos nas abrangências do NIS-Olímpico.

Dentre os entrevistados aproximadamente 60,5% possuem o ensino fundamental incompleto e da totalidade a média de renda familiar é de R\$1.143,15, porém, a renda familiar mínima é de R\$ 510,00, a máxima R\$ 3.600,00 e o gasto com alimentação média é de R\$297,10, a média para menores de 18 anos nas residências é de 1,05 com desvio padrão de 0,804, porém, algumas residências não possuem menores de 18 anos.

Tabela 2: Episódios de fome, por falta de dinheiro para aquisição de gêneros alimentícios da população atendida pelo NIS-Olímpico, Maringá-Pr em 2010.

EPISÓDIOS DE FOME	N	%
SIM	05	13,2
NÃO	33	86,8
TOTAL	38	100

Fonte: Dados coletados por acadêmicos nas abrangências do NIS-Olímpico.

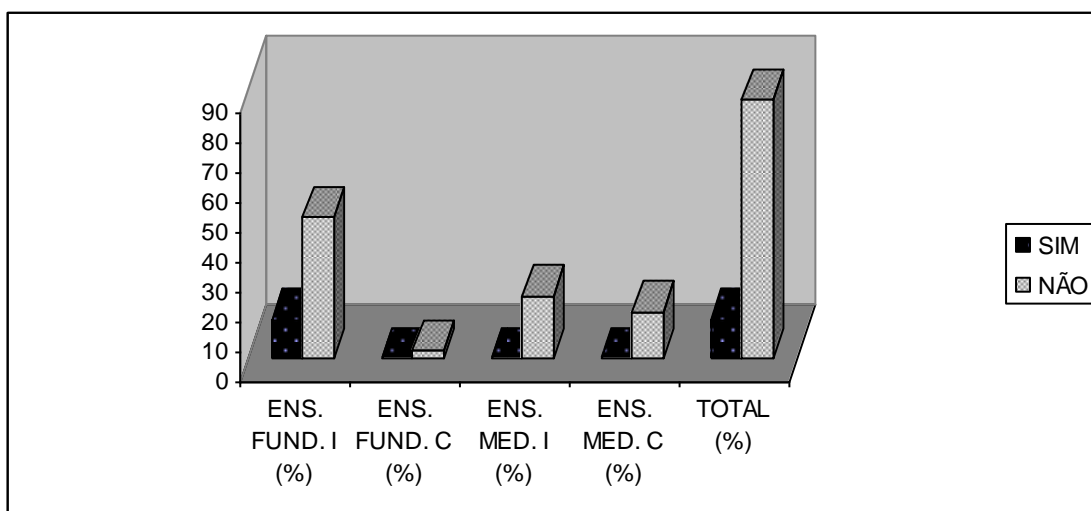


Gráfico 1: Episódios de fome e nível de escolaridade da população atendida pelo NIS-Olímpico, Maringá-Pr em 2010.

Já no gráfico 1 disposto abaixo, demonstra que os 13,2% da população que já passaram fome possuem o ensino fundamental incompleto. Através da análise da tabela 2, observa-se que, cerca de 13,2 % da população estudada, já passaram fome por falta de dinheiro para comprar alimentos no final do mês e priorizaram as crianças em alimentarem-se melhor.

Porém, na tabela 4, foi observado que, 5,3 % da população que apresentaram episódios de fome, realizam cerca de 4 refeições diárias e 2,6 % apenas 2 refeições diárias.

Tabela 4: Episódios de fome e número de refeições realizadas no dia da população atendida pelo NIS- Olímpico Maringá-Pr em 2010.

EPISÓDIOS DE FOME	NÚMERO DE REFEIÇÕES DIÁRIAS				
	2(%)	3(%)	4(%)	5(%)	TOTAL (%)
SIM	2,6	2,6	5,3	2,6	13,2
NÃO	2,6	21,2	47,3	15,7	86,3
TOTAL	5,2	23,8	52,6	18,3	100

Fonte: Dados coletados por acadêmicos nas abrangências do NIS-Olímpico.

Dentre os 13,2 % da população que já passaram fome, nenhum deles participavam do programa bolsa família (Fome Zero) para complementar a aquisição de gêneros alimentícios e apenas 5,3 % de um total de 86,8 % que não passaram fome e participavam do programa, sendo demonstrado pela tabela 5.

Tabela 5: Episódios de fome e participação do programa bolsa família como complemento da aquisição de gêneros alimentícios da população atendida pelo NIS- Olímpico Maringá- PR em 2010.

EPISÓDIOS DE FOME	BOLSA FAMÍLIA		
	SIM (%)	NÃO (%)	TOTAL (%)
SIM	-	13,2	13,2
NÃO	5,3	81,5	86,8
TOTAL	5,3	94,7	100

Fonte: Dados coletados por acadêmicos nas abrangências do NIS-Olímpico.

DISCUSSÃO

O questionário proporcionou uma análise geral da média de gasto com alimentação, aproximando-se de R\$297,00 e a renda familiar mínima em R\$510,00, aumentando assim as proporções de Insegurança Alimentar. Como é caracterizado no estudo realizado pelo Panigassi *et al.* (2008), que confirma que o menor nível de renda salarial, aumenta os níveis significativos de Insegurança Alimentar na população brasileira.

Vários estudos foram realizados com foco para Insegurança Alimentar, como demonstrado por Correa & Leon (2009), a fase qualitativa do estudo, é determinar a população a ser estudada e as variáveis a ser consideradas como influencia para uma possível IA, relacionando-se com a vulnerabilidade social por resultar de uma combinação de fatores predisponentes e que podem produzir uma deterioração do bem estar social conforme a exposição a determinados tipos de riscos, dentre estes o que pode ser considerado é a insuficiência da renda, a precarização da educação e por conseqüência limitam o acesso a alimentação. Onde o menor nível escolar influencia para uma menor renda salarial e por conseqüência um menor consumo alimentar. Dos resultados obtidos neste estudo, 13,2 % da população já passaram por episódios de fome, sendo maior caracterizado no final do mês, por insuficiência da renda. Como observado no estudo realizado por Correa & Leon (2009) e corroborado pela Fundação Seade (2005) podendo ser comparado com este estudo, 13,2% da população que já passaram por episódios de fome, tem o ensino fundamental incompleto, confirmando que a precarização da educação possui uma forte ligação com a IA.

Segundo Hoffmann (1995), a situação de IA é afetada pela presença de menores de 18 anos e conforme observado neste estudo, algumas casas possuem menores de 18 anos delegando maiores episódios de fome aos adultos, pois, preferiam deixar de alimentar-se de maneira adequada, para alimentar os seus filhos menores de 18 anos. Assim como demonstrado e confirmado no estudo realizado por Sampaio *et al.* (2006) no sertão brasileiro, onde, organizaram um grupo populacional de baixa escolaridade e renda familiar, a fim de realizar debates com intuito de diagnosticar IA, alguns relatos foram utilizados neste estudo, como o seguinte: *“As famílias fazem assim..., diminuem a alimentação, os pais comem menos pra deixar para os filhos e vão tentando manter o estoquinho pequeno.”*

Algumas destas famílias estudadas por Sampaio *et al.* (2006), tinham consumo alimentar entre 3 a 4 vezes por dia, porém, em quantidades pequenas e complementando sempre com farinhas para tentar “enganar a fome”, não sendo uma alimentação variada e rica nutricionalmente. Assim como observada no estudo da população atendida pelo NIS-Olímpico e caracterizada pela tabela 4, dos 13,2 % da população que apresentaram episódios de fome 5,3 % realizavam 4 refeições por dia, não significando que seja uma alimentação adequada qualitativamente e quantitativamente e 2,6% da população realizavam apenas 2 refeições por dia, porém, nas mesmas condições nutricionais, além de terem baixo nível

escolar e renda familiar, sendo corroborado por vários estudos brasileiros, que apontam baixa ingestão de frutas, verduras e legumes, especialmente entre adultos do sexo masculino com baixa escolaridade e renda, configurando-se como situação instigante para investigação de IA.

Mesmo através de políticas públicas adotadas pelo governo federal, como estratégias para combate a IA, como o programa Fome Zero, mais específico Bolsa Família, nota-se que, não conseguem de maneira uniforme acabar com este problema, pois, de acordo com a tabela 5, a mesma porcentagem da população que apresentaram episódios de fome não participa do programa Bolsa Família, para conseguir complementar o orçamento familiar e aumentar a aquisição dos gêneros alimentícios, visto que a renda familiar é um fator relevante na situação de IA, sendo considerada pelo Grupo de Trabalho de Indicadores de Segurança Alimentar do Programa Comunidade Solidária, citado por Sícoli (1998), como um dos sete indicadores-chave de IA (INSTITUTO CIDADANIA, 2001; BELIK, 2003).

REFLEXÕES

De acordo com a análise realizada dos resultados e levando em consideração as variáveis utilizadas para este estudo, pode-se chegar à conclusão que cerca de 13,2% da população estudada vivem ou já viveram situações de Insegurança Alimentar, levando em consideração a precarização escolar, a insuficiência da renda familiar e consumo alimentar dos mesmos.

BIBLIOGRAFIA

1. BELIK, W. Perspectivas para segurança alimentar e nutricional no Brasil. **Saúde e Sociedade**. v. 12. p. 12-20, 2003.
2. CONSEA. **Segurança Alimentar e Nutricional**. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/consea/exec/index.cfm>>. Acesso em 13 de julho de 2010.
3. CORREA, A.M.S; LEON, L.M. A segurança alimentar no Brasil: Proposição e usos da escalas Brasileira de medida da insegurança alimentar (EBIA) de 2003 a 2009. **Segurança Alimentar e Nutricional**. v. 16. n. 2. p. 1-19, 2009.
4. FAO. **1.020 milhões de pessoas passam fome**. Disponível em: <<http://www.fao.org/news/story/es/item/20568/icode/>>. Acesso em 13 de julho de 2010.
5. FUNDAÇÃO SEADE. **Espaços e Dimensões da Pobreza nos Municípios do Estado de São Paulo**. Disponível em: <<http://www.seade.gov.br/index.php>>. Acesso em 14 de julho de 2010.
6. HOFFMANN, R. Pobreza, insegurança alimentar e desnutrição no Brasil. **Estudos Avançados**. v. 9.n.24. p.159-172, 1995.
7. HOFFMANN, R. Determinantes da insegurança alimentar no Brasil: Análise dos dados da PNAD de 2004. **Segurança Alimentar e Nutricional** . v. 15. p. 49-61, 2008. INSTITUTO CIDADANIA. **Projeto Fome Zero: Uma política de segurança alimentar para o Brasil**. São Paulo, 2001.
8. PANIGNASSI, G. et al. Insegurança alimentar como indicador de iniquidade: análise de inquérito populacional. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 24.p. 2376-2384, 2008.
9. PEREZ-ESCAMILLA, R.; et al. M. Food stamps are associated with food security and dietary intake of inner-city preschoolers from Hartford, Connecticut. **J Nutr**. v.130.n.11.p. 2711-2717, 2000.
10. RADIMER, K.L. et al. Understanding hunger and developing indicators to assess it in women and children. **J. Nutr. Educ**. v. 24. p. 365-455, 1992.
11. RADIMER, K.L. et al. Measurement of household food security in the USA and other industrialized countries. **Public Health Nutr**. v. 5. n. 6. p.859- 864, 2002.
12. ROBINSON, M.. The Human Right To Food And Nutrition. United Nations High Commissioner For Human Rights. **Scn News N. Jul.**, 1999.
13. SAMPAIO, M.F.A. et al. (IN) Segurança Alimentar: Experiência de grupos focais com populações rurais do Estado de São Paulo. **Segurança Alimentar e Nutricional**. v. 13. n.1. p. 64-77, 2006.
14. SÍCOLI, J.L. **Pactuando conceitos fundamentais para a construção de um sistema de monitoramento da SAN**, 1998.
15. USDA, **Office of Analysis, Nutrition, and evaluation**, USA, 2000.

O USO DA SOLUÇÃO TÓPICA DE PVP-I NA PREVENÇÃO DA BACTEREMIA EM CIRURGIAS BUCAIS

THE USE OF TOPICAL SOLUTION OF PVP-I IN THE PREVENTION OF BACTEREMIA IN ORAL SURGERY

BRUNO HILSER PAGLIA. Discente do curso de graduação em Farmácia da Faculdade INGÁ

RAFAEL LOPES PILOTO. Discente do curso de graduação em Farmácia da Faculdade INGÁ

TIAGO AUGUSTO GRÍGIO. Discente do curso de graduação em Farmácia da Faculdade INGÁ

FERNANDA OTOBONE JACQUES. Farmacêutica, Ms em Ciências Farmacêuticas, Docente e Responsável Técnica da Farmácia Escola da Faculdade INGÁ

GEYSE FREITAS FERRARI. Farmacêutica, Especialista em Farmacologia, Docente Responsável Técnica da Farmácia Escola da Faculdade INGÁ e Coordenadora do Curso Técnico de Farmácia do Liceu UNINGÁ.

Endereço para correspondência: Av. XV de Novembro, 192. CEP: 87013-230. Maringá, Paraná, Brasil. e-mail: madofe@terra.com.br

RESUMO

O iodo é um potente agente químico anti-séptico de amplo espectro usado topicamente na prevenção da bacteremia. A bacteremia se torna importante principalmente em pacientes de alto risco, como aqueles que usam prótese cardíaca ou ortopédica. O objetivo deste trabalho foi Verificar tanto em literatura quanto na Clínica Odontológica da Faculdade Inga a importância das associações da solução de pvp-i e a antibioticoterapia pré-cirúrgica. De acordo como o que foi preconizada, a solução tópica de pvp-i a 10% foi apresentada como a melhor escolha, sendo desta forma utilizada em 100% dos procedimentos durante o ano de 2009 na Clínica da Uningá, porém, com relação ao uso de antibióticos, vários poderiam ser utilizados, no entanto os mais citados em literatura foram a amoxicilina e o metronidazol devido à sua baixa toxicidade e hipersensibilidade. No entanto, para que a prevenção seja efetiva a administração via oral deverá ocorrer pelo menos 2 horas antes da cirurgia para que se possa manter um nível bactericida no sangue no momento da incisão da pele e dessa forma garantir a segurança, a prevenção e o controle das infecções tanto pré quanto pós cirurgia.

PALAVRAS-CHAVE: pvp-i, bacteremia, antibioticoterapia

ABSTRACT

Iodine is a potent chemical antiseptic broad spectrum used topically in the prevention of bacteremia. Bacteremia becomes especially important in high-risk patients as those who use prosthetic heart or orthopedic surgery. The aim was to verify both literature and in the School Dental Clinic Inga the importance of associations of pvp-i solution of pre surgical and

antibiotic therapy. According to what was recommended, topical solution of polyvinylpyrrolidone 10% was introduced as the best choice, thereby being used in 100% of procedures during the year 2009 in Clinical Uningá, however, with respect to the use of antibiotics Several could be used, however the most cited in literature were amoxicillin and metronidazole due to its low toxicity and hypersensitivity. However, for prevention to be effective oral administration should occur at least 2 hours before surgery so that it can maintain a bactericidal level in blood at the time of skin incision, thus ensuring the safety, prevention and control of infection in both pre and post surgery.

KEYWORDS: pvp-i, bacteremia, antibiotic

INTRODUÇÃO

O iodo é um agente químico não metálico, pouco solúvel em água, porém solúvel em álcool, glicerol, óleo, benzeno e clorofórmio, descoberto em 1812 na França pelo cientista francês Courtois, que isolou este elemento não metálico enquanto fazia a extração das cinzas de algas marinhas com ácido sulfúrico para recuperar compostos como sódio e potássio (Gottardi, 2001; Rutala, 1996). O iodo então foi nomeado por seu típico vapor por Gay Lussac em 1814 devido à sua coloração violeta. Já em 1829 há relato de seu uso na área da saúde, mas o iodo foi reconhecido oficialmente em 1830 pela farmacopéia dos Estados Unidos. O primeiro artigo científico sobre a eficácia microbicida desse agente foi publicado em 1874, em que houve um experimento de compostos de iodo contra esporos de bacillus anthrax.

A cavidade bucal apresenta uma microbiota residente, procedimentos cirúrgicos, periodontia, endodontia e prótese provocam estado de bacteremia transitória, sendo assim, certos microrganismos podem tornar-se patogênicos. Há vários trabalhos que demonstram a eficácia do pvp-i (polivinilpirrolidona-iodo ou povidona iodo) na prevenção e diminuição da bacteremia pós operatória. O pvp-i é um microbicida de amplo espectro para bactérias gram-positivas e gram negativas, fungos, micobactérias, clamídias, vírus e protozoários.

Análogo ao uso do pvp-i tópico tem sido feitas associações de antibióticos como amoxicilina, metronidazol, eritromicina entre outros, porém atualmente os citados são os mais utilizados.

Levando-se em consideração a importância da contenção da bacteremia pré-cirúrgica promovida pelo efeito microbicida do pvp-i, este trabalho propõe uma investigação sobre o tema em literaturas pertinentes e um levantamento de prontuários dos pacientes submetidos à cirurgia bucal na clínica odontológica da Faculdade Ingá no ano de 2009, e finalmente servir de meio de comunicação e de intercambio de idéias entre cientistas, profissionais e acadêmicos dentro da sua área de atuação.

IODO POVIDINE (PVP-I)

O pvp-i foi introduzido para o mercado farmacêutico como um agente anti-séptico em 1950, e é tão eficaz como o iodo puro, pois, apresenta um amplo espectro de ação contra microorganismos causadores de várias doenças. O iodo, do grego ioeides, significa “de cor violeta” devido a esta intensa coloração presente em seus vapores. Inicialmente, a aplicação clínica de iodo era sob a forma de iodofórmio ou tintura de iodo etílico, mas sua utilização era limitada porque o antisséptico não possuía estabilidade, manchava, além de causar irritações na pele e mucosas. Foi após o desenvolvimento dos iodóforos, iodo ligado a macromoléculas, que começou seu uso em larga escala, em virtude da diminuição da sua toxicidade para os tecidos humanos. (FLEISCHER & REIMER, 1997). O pvp-i é um iodóforo, isto é, um composto formado pelo iodo molecular (I_2), na forma de (I_3^-), que está intercalado

fisicamente na hélice da macromolécula de polivinilpirrolidone (povidine) através de pontes de hidrogênio (GENNARO, 1990; SCHREIER *et al.*, 1997). De acordo com os autores Pedersen *et al.* (1993), Cawson *et al.* (1991), Rahn *et al.* (1995), Rajasuo *et al.* (2004), dentre as bactérias periodonto patogênicas as mais comuns e que possivelmente poderiam provocar a bacteremia, estão incluídas bactérias anaeróbias como as *Peptostreptococcus*, *Propionibacterium*, *Bacteroides*, *Prevotella* e *Fusobacterium spp.*, além destas, também as anaeróbias facultativas como os *Streptococcus*, *Actinomyces* e *Staphylococcus spp.* Além de atuar sobre bactérias a solução de iodo povidine também atua sobre fungos, vírus, protozoários e esporos demonstrando um amplo espectro de ação. A respeito da concentração as solução de pvp-i, Higashitsutsumi *et al.* (2007), avaliaram *in vitro* a ação de uma solução de iodo povidine a 10% diluída 10, 20, 50, 100, 200, 400, 800, 1600, 3200, 6400 e 12800 vezes, em diversos períodos de ação (15, 30 e 60 segundos) Os resultados mostraram que a diluição de 400 vezes, em contato por 15 segundos com o meio de cultura, obteve o melhor efeito bactericida. E ainda, reportando-se novamente à SALLUM *et al.* (2007) contribui dizendo que apenas as soluções comerciais concentradas de iodo polividine (pvp-i) a 10 e a 20% apresentam redução estatisticamente significativa na formação de colônias bacterianas, quando comparadas a grupo controle. A anti-sepsia do sítio cirúrgico consiste no preparo da pele do paciente, no local da incisão, e deverá ser realizada pelo médico cirurgião, fricção de povidine tópico partindo do ponto onde vai ser feita a incisão para a periferia. A solução deve secar espontaneamente. Aplicar o pvp-i tópico utilizando pinça e gaze esterilizada, deixar secar espontaneamente; Os movimentos devem ser uniformes partindo das áreas menos contaminadas para as áreas mais contaminadas e descartando as gazes antes de reforçar ao ponto inicial; Utilizar cada lado da gaze apenas uma vez; A aplicação do anti-séptico deve ser ampla (30 cm ao redor de toda futura infusão), incluindo áreas onde se pretende inserir drenos.

MECANISMO DE AÇÃO

Como já foi mencionado o pvp-i é um microbicida de amplo espectro para bactérias gram-positivas e gram negativas, fungos, micobactérias, clamídias, vírus e protozoários. Sua atividade microbicida é resultante dos fortes efeitos oxidantes sobre os grupos amino (NH-), tiol (SH-) e hidroxifenólico (OH-) em aminoácidos e nucleotídeos, reagindo também fortemente com as duplas ligações em ácidos graxos insaturados na parede celular e nas membranas das organelas (SANTOS *et al.*, 2003), desta forma ao penetrar na parede celular altera a síntese de ácido nucléico através da oxidação.

INDICAÇÕES E CONTRA-INDICAÇÕES

O polivinilpirrolidona 10% (pvp-i Tópico) é um produto destinado ao uso em hospitais, é um anti-séptico hospitalar indicado para curativos em geral, queimaduras, traumatismos, ferimentos superficiais da pele e na anti-sepsia complementar do campo operatório. Anti-sepsia de pele e mucosas peri-cateteres, peri-introductores e fixadores externos com a finalidade de prevenir a colonização. Está contra-indicado em pessoas sensíveis a compostos à base de iodo, feridas abertas e em curativos oclusivos.

VANTAGENS DO USO

Segundo Slot (2002), o pvp-i apresenta ação bactericida rápida, amplo espectro de ação, fácil utilização e não indução da resistência bacteriana. Muitos autores acrescentam ainda à ação do pvp-i baixa toxicidade, alta eficácia como agente germicida e apresenta uma

excelente aceitação por parte dos tecidos vivos, na prevenção e diminuição da bacteremia pós-operatória.

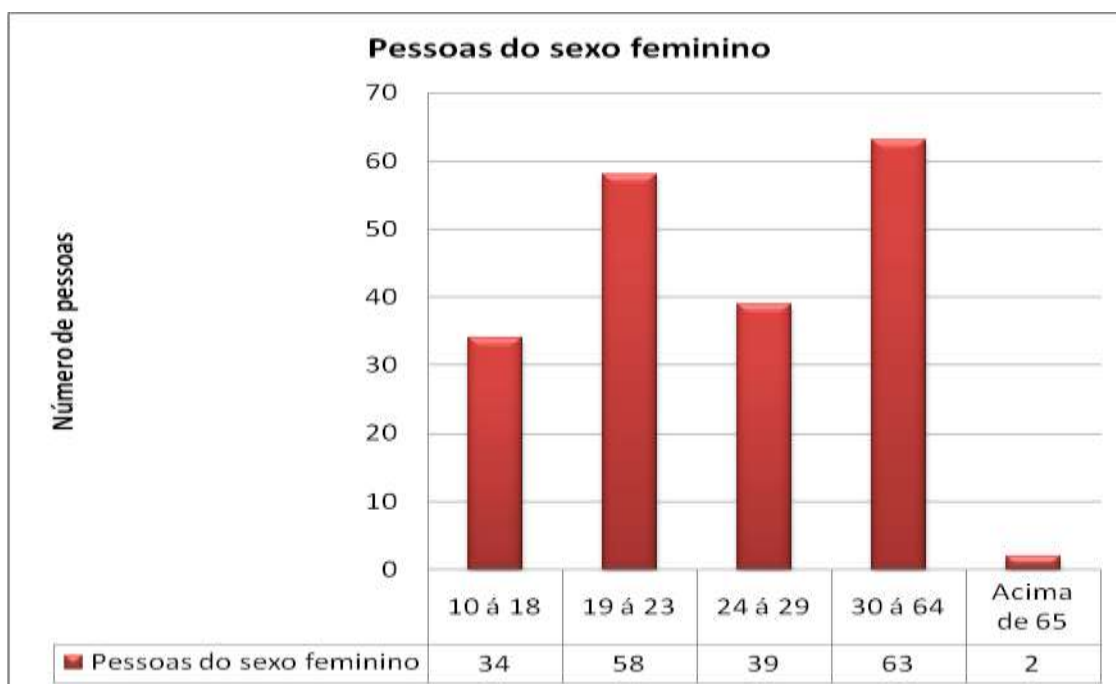


Figura 1. Frequência do uso do pvp-i tópico na clínica odontológica da Faculdade Ingá no ano de 2009. O gráfico mostra o número de pessoas do sexo feminino com diferentes faixas etárias que foram submetidas à procedimento cirúrgico precedidos do uso da solução tópica de pvp-i na Clínica Odontológica da Faculdade Ingá.

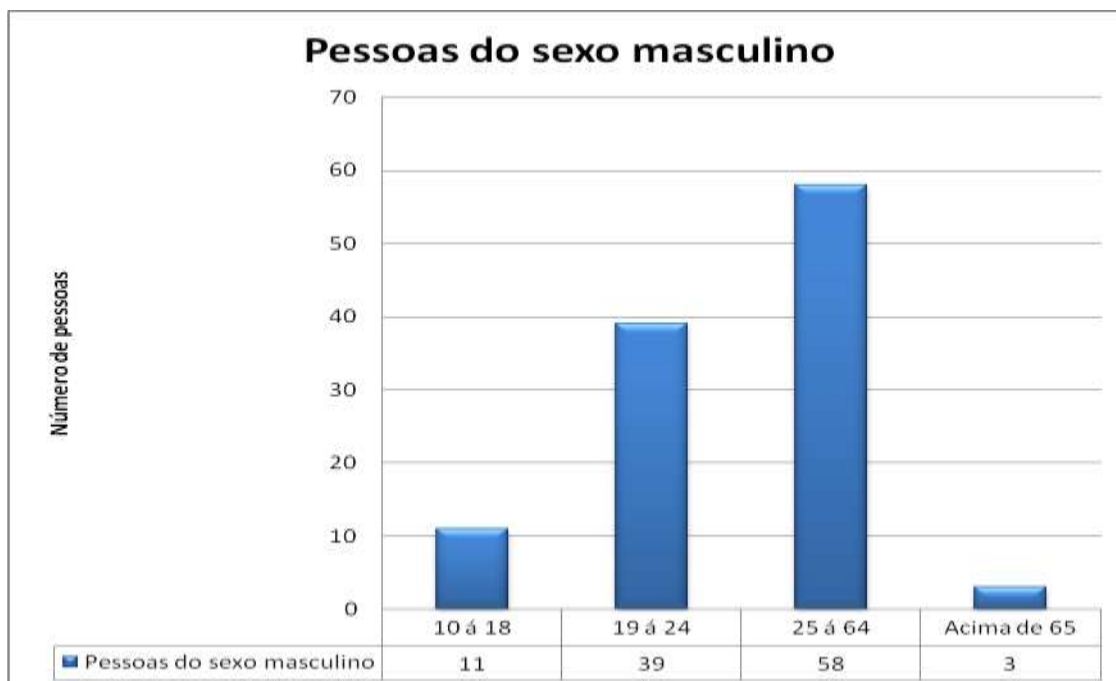


Figura 2. Frequência do uso do pvp-i tópico na clínica odontológica da Faculdade Ingá no ano de 2009. O gráfico mostra o número de pessoas do sexo masculino com faixas etárias diferentes que foram submetidas à procedimento cirúrgico precedidos do uso da solução tópica de pvp-i na Clínica Odontológica da Faculdade Ingá.

ANTIBIOTICOTERAPIA ASSOCIADA AO USO PRÉ-CIRÚRGICO DO PVP-I TÓPICO

Dentro de um protocolo de prevenção objetiva-se além do controle externo com o uso da solução do pvp-i, o interno, utilizando-se antibioticoterapia. O objetivo dessa associação é tornar nula a possibilidade de infecção, principalmente em pacientes de risco como os que utilizam próteses cardíacas e ortopédicas e reduzir ou extinguir os riscos em cirurgias potencialmente contaminadas (Anwar *et al.*, 1992) Neste contexto a combinação sinérgica de metronidazol com amoxicilina tem demonstrado resultados promissores como auxiliares da terapia periodontal mecânica. A amoxicilina é uma penicilina semi-sintética que inibe a síntese da parede celular bacteriana, provocando perda de sua integridade e levando à morte celular. Tem baixa atividade contra cocos Gram-positivos e alta atividade contra anaeróbios Gram-positivos e Gram-negativos. O metronidazol é um pró-fármaco que necessita da ativação redutora do grupo nitro por organismos suscetíveis. Sua toxicidade seletiva contra patógenos anaeróbicos e microaerófilos como os protozoários sem mitocôndrias, e várias bactérias anaeróbicas, deriva de seu metabolismo energético diferente daquele das células aeróbicas. Esses microorganismos, diferentemente de seus parceiros aeróbios, contêm componentes transportadores de elétrons como as ferredoxinas, pequenas proteínas de ligação Fé-S com um potencial de oxidação-redução suficientemente negativo para doar elétrons ao metronidazol. A transferência única de elétrons forma um anion do radical nitro altamente reativo que mata os microorganismos suscetíveis por mecanismos mediados pelos radicais que tem como alvo o DNA e possivelmente outras biomoléculas vitais.

Os antibióticos citados acima em função dos seus mecanismos de ação são provavelmente os menos tóxicos em uso. Entretanto, alguns pacientes podem apresentar diarreia ou algum tipo de reação de hipersensibilidade (Andrade, 1999). Van Winkelhoff *et al.* (1992) relataram que em 118 pacientes com periodontite associada ao *A. actinomycetemcomitans* (Aa) a administração sistêmica de metronidazol (250 mg) e amoxicilina (375 mg) combinada com a terapia mecânica foi capaz de eliminar esse patógeno em 96,6% dos pacientes. Apenas 4 pacientes apresentaram Aa após o tratamento e resistência ao metronidazol foi observada em 2 das 4 cepas destes pacientes. A avaliação por cultura mostrou que a *P. gingivalis* (Pg) foi também eliminada, após uma média de 4,9 meses, em 88% dos pacientes inicialmente positivos. Uma informação interessante é a de que pacientes ainda positivos para Aa ou Pg após o tratamento apresentaram maior sangramento à sondagem do que pacientes em que os microrganismos avaliados foram eliminados.

O emprego de antibiótico pré-operatório tem-se mostrado capaz de reduzir os índices de infecção (Anwar *et al.*, 1992). Para ser efetivo, o medicamento deve ser administrado pelo menos 2 horas antes da cirurgia, de maneira que permita níveis bactericidas presentes no sangue e nos tecidos no momento da incisão da pele. Alguns autores têm preconizado o uso de amoxicilina associado ao ácido clavulânico (Dent *et al.*, 1997), particularmente consideramos que viola os princípios da profilaxia já que pela sua característica importante de vencer os microorganismos resistentes produtores de beta-lactamases, este antibiótico deve ser reservado para ocasiões em que se precisa tratar uma infecção já estabelecida, que têm enormes chances de serem causadas por bactérias resistentes ao antibiótico usado na profilaxia quando esta foi feita .

REFLEXÕES

De acordo com o que foi levantado na literatura e em prontuários na Clínica Odontológica da Faculdade Ingá o pvp-i é um ótimo adjuvante devido a seu alto poder microbicida e baixa toxicidade, favorecendo dessa forma uma maior segurança nas intervenções buco-maxilo faciais. A solução de pvp-i com finalidade bactericida deve ser

concentrada, de 10 e 20%, sendo a solução a 10% mais utilizada. Na Clínica Odontológica da Faculdade Ingá no ano de 2009 foi feito uso da solução de pvp-i 10% em 100% dos procedimentos cirúrgicos convencionais. A clínica também associa a antibioticoterapia para os procedimentos. Atualmente, segundo o que foi pesquisado, os antibióticos mais utilizados foram amoxicilina e metronidazol, separados ou associados, devido às suas menores toxicidade e hipersensibilidade. Finalmente, conclui-se que, indubitavelmente, a antibioticoterapia tem fundamental importância na prevenção e controle da bacteremia e é de especial importância em cirurgias de pacientes que já apresentam risco em potencial, dentro deste contexto, a aplicação da solução tópica de pvp-i contribui com à prevenção e a desinfecção externa de todo o campo cirúrgico atuando deste modo, positivamente com o sucesso do procedimento.

BIBLIOGRAFIA

1. ANDRADE, E.D. et al. **Prevenção da endocardite infecciosa**. In: Andrade E.D. Terapêutica medicamentosa em odontologia. São Paulo: Artes Médicas, 1999. Cap.10, p.141-47.
2. ANWAR, H.; STRAP, J.L.; Costerton JW. Establishment of aging biofilmes: Possible mechanism of bacterial resistance to antimicrobial therapy. **Antimicrob Agents Chemother**, v.36, p.1947-51, 1992.
3. BRENNAN, H.S.; RANDALL, G. Local degerming with povidone-iodine. Prior to gingivectomy. **J. Periodontol**, v.45, n.12, p.870-72, 1974.
4. CAWSON, R.A. **Essentials of dental surgery and pathology**. 5th edition. Edinburgh, Churchill Livingstone, 1991.
5. CLARK, W. B. et al. Efficacy of Perimed antibacterial system on established gingivitis. I. Clinical results. **J Clin Periodontol**, v.16, n.10, p.630-5, 1989.
6. FLEISCHER, W.; REIMER, K. Povidone iodine antiseptics: state of the art. **Dermatology**, v.195, suppl.2, p.3-9, 1997.
7. GENNARO, A. **Remington's pharmaceutical sciences**. v.1, Easton, PA: Mack, 1990.
8. GOTTARDI, W. **Iodine and Iodine Compounds**. In: Block SS. Disinfection, sterilization and preservation. Philadelphia, Williams & Wilkins, 2001, p.159-83.
9. HIGASHITSUTSUMI, M. et al. Bactericidal effects of povidone-iodine solution to oral pathogenic bacteria in vitro. **Postgrad. Med. J.**, v.69, suppl s10-4, 1993.
10. KEOSIAN, J. et al. The effect of aqueous mouthwashes on the incidence of postextraction bacteremia. **Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.**, v.9, p.1.337-41, 1956.
11. PEDERSEN, L.M. et al. Septicaemia caused by an unusual *Neisseria meningitidis* sp. Following dental extraction. **Scand. J. Infect. Dis.**, v.25, p.137-9, 1993.
12. RAHN, R. et al. Preventing post-treatment bacteremia: comparing topical povidone-iodine and chlorhexidine. **J Am Dent Assoc**, v.126, n.8, p.1145-49, 1995.
13. RAJASUO, A. et al. Bacteraemia following surgical dental extraction with an emphasis on anaerobic strains. **J. Dent. Res.**, v.83, n.2, p.170-4, 2004.
14. RANDALL, E. & BRENNAN, H.S. Local degerming with povidone iodine. Part 1. Prior to prophylaxis. **J. Periodontol.**, v.45, p.866, 1974.
15. RUTALA, W.A. APIC Guideline for selection and use of disinfectants. **Am. J. Infect. Control.**, v.24, n.4, p.313-35, 1996.
16. SALLUM, E.A. et al. **Utilização Clínica de Soluções de Iodo na Terapia Periodontal**. Disponível em: http://www.revistasobrape.com.br/arquivos/edicao_anterior/ed_jan_03/file_D_2003_janeiro_util_cli_util_cli.pdf. Acesso em 08 de junho de 2010.
17. SANTOS, M.A.A. et al. O Uso de Iodo-Povidine em Periodontia. **Revista Odontológica de Araçatuba**, v.24, n.2, p.09-16, 2003.
18. SCHREIER, H. et al. Molecular effects of povidone-iodine on relevant microorganisms: an electron-microscopic and biochemical study. **Dermatology**, v.195, suppl.2, p.111-16, 1997.
19. SCOPP, I.W. & ORVIETO, L.D. Gingival degerming by povidone iodine irrigation bacteremia reduction in extraction procedures. **J. Am. Dent. Assoc.**, v.83, p.1.294, 1971.
20. SLOTS, J. Selection of antimicrobial agents in periodontal therapy. **J Periodont Res**, v.37, p.389-98, 2002.
21. VAN WINKELHOFF, A.J. Microbiological and clinical results of metronidazole plus amoxicilin therapy in *Actinobacillus actinomycetemcomitans* – associated periodontitis. **J Periodontol.**; v.63, n.1, p.52-57, 1992.

VIGILÂNCIA SANITÁRIA E SEUS PAPÉIS: UMA REVISÃO DE LITERATURA

HEALTH SURVEILLANCE AND THEIR ROLES: A LITERATURE REVIEW

RENAN LUIZ FERNANDES. Acadêmico do Curso de Graduação em Fisioterapia da Faculdade INGÁ.

SOLANGE FRANZÓI. Professora Doutora do Curso de Graduação em Educação Física da Universidade Estadual de Maringá (UEM).

FERNANDA CHAGAS BUENO. Professora Especialista do Curso de Graduação em Fisioterapia da Faculdade INGÁ.

Endereço para correspondência: Rua São João, 250, apartamento 1404, CEP 87030-200. Maringá, Paraná, Brasil. fernandachagasbueno@hotmail.com

RESUMO

A missão da Vigilância Sanitária é promover e proteger a saúde da população por meio de ações integradas e articuladas de coordenação, normalização, capacitação, educação, informação apoio técnico, fiscalização, supervisão e avaliação em Vigilância Sanitária, sendo sempre um centro de referência, garantindo a inclusão social e a construção da cidadania para a proteção da vida. Sua fiscalização é feita através do poder de polícia, exclusivo do estado, executado nas fiscalizações, aplicação de intimação e infração, interdição de estabelecimentos, apreensão de produtos e equipamentos etc. Este estudo teve como objetivo realizar um levantamento bibliográfico para estudar o processo de trabalho da Vigilância Sanitária. Foram efetuadas revisões de referências como livros e *sites* científicos, reunindo os materiais mais pertinentes para o desenvolvimento deste estudo, e posteriormente lidos, analisados e reescritos com o acompanhamento do orientador. Concluí-se que a atuação da Vigilância Sanitária é importante, pois garante à população um sistema de saúde que garante a promoção da saúde, prevenção de doenças e educação continuada para a população, intervindo no processo saúde-doença, melhorando assim, a qualidade de vida da população.

PALAVRAS-CHAVE: Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, Fiscalização.

ABSTRACT

The mission of the Health Surveillance is to promote and protect the health of the people through integrated and articulated shares of coordination, standardization, training, education, information, technical support, monitoring, supervision and evaluation in Health Surveillance, and always a center of reference, ensuring social inclusion and citizenship construction for the protection of life. His supervision is done through the power of police, exclusive of the state, run in audits, to enforce the subpoena and violations, prohibition of establishments, seizure of products and equipment etc. This study aimed to achieve a bibliographic survey to study the

process of work of the Health Surveillance. The study brings concerning the lifting of bibliographic Health Surveillance. At the end of the bibliographic study, we can see the importance of the work of Health Surveillance to the population because ensures quality of services and consumer goods offered, providing greater credibility and quality of life for the population. The role of the Health Surveillance is important because it ensures the people a system of health aimed at health promotion, disease prevention and continuing education for the people, intervened in the health-disease, thus improving the quality of life of the population.

KEYWORDS: Health Surveillance, Epidemiological Surveillance, Supervision.

INTRODUÇÃO

Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo: o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e o controle da prestação de serviços que se relacionem com a saúde (BRASIL, 2009; RIBEIRO, 2002).

Trata-se de uma revisão de literatura sobre os papéis da vigilância sanitária. Para tal, foram realizadas buscas em livros, *sites* de literatura científica tais como *Scielo*, *Lilacs*, Biblioteca Virtual em Saúde, *Scirus* e revistas científicas do campo da Saúde Pública, o que forneceu informações atualizadas e confiáveis, para que assim, o conteúdo se mantivesse de acordo com pesquisas publicadas. A busca dos artigos científicos foi realizada a partir dos seguintes descritores: vigilância sanitária, vigilância epidemiológica e fiscalização. Após a coleta nestas bases, as informações foram selecionadas de acordo com o objetivo do estudo, discutidas, interpretadas e descritas no texto.

Vigilância Sanitária

Segundo Paula & Miranda (*online*, 2007), as atividades ligadas à vigilância sanitária foram estruturas, nos séculos XVIII e XIX, para evitar a propagação de doenças nos agrupamentos urbanos que estavam surgindo. A execução desta atividade é exclusiva do Estado, por meio da polícia sanitária, tinha como finalidade observar o exercício de certas atividades profissionais, coibir o charlatanismo, fiscalizar embarcações, cemitérios e áreas de comércio de alimentos.

No final do século XIX houve uma reestruturação da vigilância sanitária impulsionada pelas descobertas no campo da biologia celular nos períodos que incluem a I e a II Grandes Guerras. Após a II Guerra Mundial, com o crescimento econômico, os movimentos de reorientação administrativa ampliaram as atribuições da vigilância sanitária no mesmo ritmo em que a base produtiva do país foi construída, bem como conferiram destaques ao planejamento centralizado e à participação intensiva da administração pública no esforço desenvolvimentista (BRASIL, 2009).

A partir da década de oitenta, a crescente participação popular e de entidades representativas de diversos segmentos da sociedade no processo político moldaram a concepção vigente de vigilância sanitária, integrando, conforme preceito constitucional, o complexo de atividades concebidas para que o Estado cumpra o papel de guardião dos direitos do consumidor e provedor das condições de saúde da população (PAULA & MIRANDA, 2007).

Eventos indicadores de risco

Segundo Rouquayrol & Almeida Filho (2003), muitos produtos naturais, vendidos livremente em farmácias, representam sérios riscos de danos à saúde. Foram constatadas que

de 74 das formulações indicadas para emagrecimento, por exemplo, 50% são compostas por fraudes, encontrando alterações perigosas nas fórmulas, como anorexígenos, cujo uso requer cuidados especiais, pois atuam no sistema nervoso central. Em vários outros medicamentos também foram encontradas inúmeras irregularidades como teor (substâncias em menor quantidade do que a indicada na composição), farmacotécnica (erros na técnica de laboratório), fórmula (erros na formulação), volume (frascos com quantidades irregulares), entre outros.

Aparelhos utilizados nos serviços de saúde também padecem de má qualidade, muitas vezes por estarem velhos ou mal esterilizados. No Instituto de Doenças Renais de Caruaru (PE), por exemplo, ocorreu uma tragédia devido à contaminação de pacientes no processo de hemodiálise; inicialmente foram 51 mortes, mas ao final resultaram 71 entre fevereiro e setembro de 1997. Em 1998 também houve outro caso de mortes no Rio de Janeiro, mas dessa vez foram 72 bebês vieram a óbito (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2010).

Em meados de 1998 explodiu a crise de medicamentos falsificados vendidos em vários pontos do país através de distribuidoras clandestinas que vendiam inclusive para hospitais públicos, fábricas de fundo de quintal falsificavam medicamentos, houve apreensão de caminhões com toneladas desses produtos, e até medicamentos para o tratamento de câncer estavam sendo falsificados (BRASIL, 2008).

Competências dos serviços de vigilância sanitária

Da abrangência do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SANTILLO, 2007) entende-se por vigilância sanitária o conjunto de ações capaz de:

I - eliminar, diminuir ou prevenir riscos e agravos à saúde do indivíduo e da coletividade;

II - intervir nos problemas sanitários decorrentes da produção, distribuição, comercialização e uso de bens de capital e consumo, e da prestação de serviços de interesse da saúde; e

III - exercer fiscalização e controle sobre o meio ambiente e os fatores que interferem na sua qualidade, abrangendo os processos e ambientes de trabalho, a habitação e o lazer.

As ações de vigilância sanitária enunciadas neste artigo incluem necessariamente as medidas de interação da política de saúde com as políticas econômicas e sociais cujos resultados constituem fatores determinantes e condicionantes do nível de saúde da população; as medidas de interação dos profissionais de saúde em exercício nas atividades de vigilância sanitária com os órgãos e entidades, governamentais e não-governamentais, de defesa do consumidor e da cidadania; o controle de todas as etapas e processos, da produção ao uso de bens de capital e de consumo e de prestação de serviços que, direta ou indiretamente, se relacionam com a saúde, com vista à garantia da sua qualidade; e as ações destinadas à promoção e proteção da saúde do trabalhador submetido aos riscos e agravos advindos dos processos e ambiente de trabalho (SANTILLO, 2007).

Legislação sanitária

A legislação sanitária de proteção da saúde contém normas de proteção coletiva e de proteção individual. Normas de proteção da saúde também constam do Código de Proteção do Consumidor; dos Códigos Civil e Penal, da legislação ambiental e trabalhista, entre outras (BRASIL, 2007).

O Código Penal define os crimes contra a saúde pública, entre os quais corromper, adulterar ou falsificar alimentos ou medicamentos destinados ao consumidor tornando-os nocivos à saúde; anunciar na embalagem substâncias inexistentes ou em quantidade menor que a incorporada e constitui crime o exercício ilegal das profissões de saúde, o anúncio de curas por meio secreto ou infalível e prática do curandeirismo (BRASIL, 2008).

A legislação vem se expandindo com a ampliação do papel da Saúde Pública e em virtude da natureza interventora da vigilância sanitária, a legislação constitui um instrumento imprescindível para a ação (CIANCIARULLO, 2002).

Fiscalização sanitária

A fiscalização sanitária é um dos momentos de concreção do exercício do poder que detém o Estado para aceitar ou recusar produtos ou serviços sob o controle da Saúde Pública e para intervir em situações de risco à saúde. A fiscalização verifica o cumprimento das normas estabelecidas para garantir a proteção da saúde. Além da verificação dos requisitos legais e técnicos para o exercício da atividade, a fiscalização, no caso de produtos visa a identificar, por meio da inspeção, falhas técnicas no processo de produção inclusive fraudes, que podem alterar a característica do produto e modificar os efeitos benéficos esperados (CHAMMÉ, 2004).

Conforme Rouquayrol & Almeida Filho (2003), a inspeção sanitária é uma prática de observação sistemática, orientada por conhecimento técnico-científico, e sua conformidade com padrões e requisitos da Saúde Pública visa à proteção da saúde individual e coletiva. Na inspeção, verifica-se o cumprimento das “Boas Práticas”, seja de fabricação, armazenamento ou prestação de um determinado serviço e, para orientar as inspeções e minimizar subjetividades dos agentes são estabelecidos os Roteiros de Inspeção.

Os profissionais e autoridades de vigilância sanitária dispõem de poder para aplicar as medidas necessárias, sejam preventivas ou repressivas, com imposição de sanções pela inobservância das normas de proteção à saúde (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2010).

Laboratório

Segundo Rouquayrol & Almeida Filho (2003), a fiscalização apóia-se no laboratório, as atividades analíticas exigem laboratório ágil, moderno e equipado com o desenvolvimento científico e tecnológico. Em decorrência das análises representarem significativos custos ao Sistema de Vigilância Sanitária, as demandas ao laboratório devem ser criteriosas.

O Laboratório de Saúde Pública não apenas atua no controle sanitário de produtos, mas também na avaliação de seus efeitos na saúde de indivíduos ou grupos da população. O laboratório central de referencia no país é o Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS), criado em 1981. O INCQS tem o papel de fornecer padrões de referência e métodos de análise de produtos (CARVALHO & SANTOS, 2005).

Vigilância epidemiológica

A vigilância epidemiológica é um instrumento de primordial importância nas ações do campo da vigilância sanitária, permitindo acompanhar doenças vinculadas por alimentos, pelo sangue e derivados, intoxicações, infecções hospitalares, efeitos adversos a medicamentos, agravos inusitados relacionados com tecnologias médicas, a exemplo de próteses e órteses, fornecendo informações valiosas para subsidiar ações de controle sanitário (COSTA NETO & MENEZES, 2000).

Estudos epidemiológicos

A atuação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária se faz integradamente com o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, e se orientará pelas seguintes diretrizes (SANTILLO, 2007):

I - identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde, em territórios definidos;

II - formulação de política de saúde que leve em conta os fatores econômicos e sociais, determinantes de doenças e outros agravos à saúde;

III - promoção e proteção da saúde mediante a realização integrada de ações educativas e de informação, da prevenção de danos e agravos à saúde individual e coletiva, do diagnóstico e da terapêutica;

IV - a coleta sistemática, consolidação, análise e interpretação de dados e informações sobre produção, armazenagem, distribuição e consumo de produtos e serviços, condições de vida e de ambiente de trabalho com vistas a formulação de políticas, planos e programas;

V - estímulo e fortalecimento da participação da comunidade nas ações preventivas e corretivas de iniciativa do Poder Público, que dizem respeito à saúde coletiva;

VI - garantia de condições adequadas para o exercício de profissões relacionadas diretamente com a saúde, e para a prestação dos serviços de saúde de qualidade com acesso universalizado; e

VII - avaliação da tecnologia em saúde, com ênfase na identificação de inadequações na produção e no uso de equipamentos, medicamentos, imunobiológicos e outros insumos para a saúde.

Monitorização

A monitorização é muito usada na área industrial e na rotina dos serviços de abastecimento público de água para acompanhar a garantia da qualidade da água fornecida à população. Monitorizando o ambiente, há o exemplo da cidade de São Paulo, que acompanha a qualidade do ar em várias áreas (BADUY & OLIVEIRA, 2001).

Sistema Nacional de Vigilância Sanitária

A noção de sistema nacional de vigilância sanitária vem sendo referida em normas jurídicas no Brasil desde a década de 70. Projetos de Lei elaborados separadamente, seriam aprovados em leis que, juntamente com o modelo assistencial, viriam a contribuir de forma decisiva na conformação de uma noção equivocada da existência de “duas vigilâncias”: a epidemiológica e a sanitária (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2009). De acordo com Turrini (2000), a Lei 6.259, de 1975, dispôs sobre a organização das ações de vigilância epidemiológica e do Programa Nacional de Imunizações. O foco da vigilância epidemiológica institucionalizada vem-se mantendo nas doenças transmissíveis, sem atentar para a importância de variados agravos relacionados a produtos, medicamentos, tecnologias médicas e serviços de saúde.

Por sua vez, a legislação de vigilância sanitária estabelecida com o Decreto-Lei 986 (normas de alimentos) e as Leis 5.991, de 1973, e 6.360 de 1976 (normas de medicamentos, produtos farmacêuticos e correlatos), não incorporou claramente, a determinação de vigilância dos agravos relacionados aos seus objetos (CORRÊA *et al.*, 2005).

Em 1976, a organização institucional das ações de vigilância sanitária no plano federal foi contemplada com uma secretaria ministerial. Naquele momento emergia uma nova concepção organizacional de controle sanitário no setor saúde, unificando no mesmo espaço institucional, vários campos de práticas relacionadas ao controle de risco (BADUY & OLIVEIRA, 2001).

Arcabouço Jurídico-Político do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária hoje

Nos Artigos 196 e 200 da Constituição Federal, a vigilância sanitária é definida como obrigação do Estado, integrando as ações de saúde de competência do SUS, visualizando-se claramente a posição que desfruta como componente do atual conceito de saúde (JOUCLAS & EGRY, 2006). A legislação vigente confere um destaque às ações de vigilância sanitária, que integram, em grande parte, o conteúdo do atual conceito jurídico de saúde (ROUQUAYROL & ALMEIDA FILHO, 2003).

Segundo Santillo (2007), são os seguintes os campos onde se exercerá, nas três esferas de governo do Sistema Único de Saúde e segundo a respectiva competência legal, a ação da vigilância sanitária consiste em proteção do ambiente e defesa do desenvolvimento

sustentado; saneamento básico; alimentos, água e bebidas para consumo humano; medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde; ambiente e processos de trabalho, e saúde do trabalhador; serviços de assistência à saúde; produção, transporte, guarda e utilização de outros bens, substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radiativos; sangue e hemoderivados; radiações de qualquer natureza e portos, aeroportos e fronteiras.

Estrutura Político-Institucional

A Lei Orgânica da Saúde 8.080/90 determina como uma das competências da direção nacional do Sistema Único de Saúde definir e coordenar o Sistema de Vigilância Sanitária (PAIN, 2008). Segundo Rouquayrol & Almeida Filho (2003), a ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária surgiu no contexto da Reforma do Estado nos anos 90 e da mais profunda crise no âmbito da vigilância sanitária. Foi criada com a Lei 9.782, de 26 de janeiro de 1999, tendo por finalidade institucional: promover a proteção da saúde da população, por intermédio do controle sanitário, da produção e da comercialização de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária, inclusive dos ambientes, dos processos, dos insumos e das tecnologias a eles relacionados, bem como o controle de portos, aeroportos e fronteiras.

A ANVISA é caracterizada como uma entidade administrativa independente, administrada mediante um contrato de gestão. É caracterizada pela independência administrativa, autonomia financeira e estabilidade de seus dirigentes. É dirigida por uma diretoria colegiada, composta por cinco membros, um dos quais é o diretor presidente. Esses membros são indicados e nomeados pelo presidente da República, após a aprovação do Senado federal, para cumprimento de mandato de três anos, admitindo-se uma recondução (LACERDA, 2006). A ANVISA conta, no seu corpo administrativo, com um Ouvidor, para receber e responder às queixas, denúncias e interações da população, e um Conselho Consultivo do qual participam entidades representativas dos interesses de diversos grupos sociais, setor produtivo, comunidade científica, Conselho Nacional de Saúde, entidades de defesa do consumidor etc. (ROUQUAYROL & ALMEIDA FILHO, 2003).

Monitoramento de produtos e outras situações de riscos

Ação programática desenvolvida de forma sistemática, com o objetivo de proceder ao acompanhamento, avaliação e controle da qualidade, bem como, dimensionar riscos e resultados, em relação a produtos e quaisquer situações de risco, de interesse da Vigilância Sanitária. Exemplos: monitoramento da qualidade da água para consumo humano, monitoramento da qualidade da água utilizada para o preparo soluções hemodialíticas, monitoramento de alimentos (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2009).

Monitoramento de clínica ou consultório de fisioterapia

O monitoramento de clínica ou consultório de fisioterapia consiste na identificação do estabelecimento – responsável legal e técnico, registro, horário de funcionamento, especialidade(s) e em vistoriar a estrutura físico-funcional quanto à: localização e dimensionamento de todas as áreas – recepção; registro e arquivo de pacientes; salas de consultas/avaliação físico-terapêutico (com pia, lixeira, sabão líquido e papel toalha para higiene das mãos); salas de procedimentos fisioterapêuticos, depósito de equipamentos, materiais e produtos utilizados, sanitários separados para pacientes e funcionários (KATO *et al.*, 2004).

Além disso, verificar a compatibilidade das dimensões das áreas com as atividades desenvolvidas; avaliar o tipo de revestimento das paredes, piso e teto; condições de iluminação, ventilação, climatização, instalações elétricas, hidráulicas e de combate a incêndios; verificar os sistemas de abastecimento de água (origem, reservatórios e procedimentos de limpeza) e a facilidade de acesso à ingestão – por pacientes e funcionários;

tipo de esgotamento sanitário (ligado à rede pública ou outro) e o tratamento e destino final dos resíduos sólidos; verificar, quando for o caso, a facilidade de acesso a rampas, escadas e elevadores; condições adequadas de acondicionamento e funcionamento dos equipamentos, aparelhos, materiais e mobiliários (LACERDA, 2001).

Por fim, observar os procedimentos de manutenção sistemática - preventiva e corretiva dos equipamentos; verificar as técnicas e rotinas de descontaminação e limpeza de superfícies e ambientes, de assepsia e desinfecção dos equipamentos, bem como, da obrigatoriedade de uso de lençóis/campos descartáveis ou de utilização individual/pessoal; observar a identificação, e a concentração dos produtos usados na limpeza e desinfecção; comprovar o registro dos profissionais nos respectivos Conselhos de Classe, as ações de controle da saúde e de vacinação dos servidores; conferir a documentação – licenças (Alvará Sanitário) (BITTENCOURT, 2007; COSTA, 2006).

Perspectivas para a Vigilância Sanitária

Segundo Schraiber & Nemes (2008) atualmente o desenvolvimento sanitário vem se evoluindo consideravelmente por processos por natureza social e econômico. A participação de um país no comércio internacional de bens relacionados com a saúde é cada vez mais atrelada à competência técnicas das instituições. O país exportador deve comprovar seus regulamentos de controle sanitário são adequadas às exigências do país importador.

A experiência histórica vem demonstrando que nenhum país está imune as tragédia sanitárias, pois são incapazes de se alto regularem para garantirem a segurança sanitária (CARVALHO & SANTOS, 2005). Com a estruturação da ANVISA, criaram-se mecanismos de financiamento das ações de vigilância sanitária mediante repasse de recursos financeiros para esfera federal para os Estados e apoio técnico aos serviços (MENDES, 2004).

O SUS vem sendo acompanhado de um debate a respeito da necessidade de redefinição e reorganização das práticas de saúde visando à mudança para melhor do modelo de atendimento. A Vigilância da Saúde poderá trazer para os municípios práticas sanitárias conferindo devido importância, proteção e promoção da saúde (SÃO PAULO, 2000).

Devido à vigilância sanitária constituir-se uma ação de saúde complexa e com permanentes conflitos, deve-se sempre interrogar sobre a fiscalização dos fiscais. As atuações da vigilância sanitária transcenderam os espaços do sistema de saúde envolvendo diferentes órgãos governamentais e organismos internacionais multilaterais e da comunidade científica (MACHADO, 2000).

REFLEXÕES

O serviço de Vigilância Sanitária está ligado ao serviço de saúde de um país. No caso do Brasil, é o SUS – Sistema Único de Saúde. O SUS foi criado pela lei federal 8.080. No artigo 7 dessa lei estão descritos os princípios e as diretrizes do SUS, que são os mesmos que regem o trabalho da Vigilância Sanitária. Cabe aos municípios a execução de todas as Vigilâncias Sanitárias, desde que assegurados nas leis federais e estaduais. Esse é o processo chamado de municipalização das ações de VISA. O Estado e a União podem atuar em caráter complementar quando houver risco epidemiológico, necessidade profissional e tecnológica.

BIBLIOGRAFIA

1. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Resolução de Diretoria Colegiada - RDC n. 48, de 02 de junho de 2009. Dispõe sobre o roteiro de inspeção dos programas de controle de infecção hospitalar. Brasília, 2009.
2. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Resolução de Diretoria Colegiada. RDC 50, de 21 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Brasília, 2010.

3. BADUY, R. S.; OLIVEIRA, M. S. M. Pólos de formação, capacitação e educação permanente para os profissionais das equipes de Saúde da Família: reflexos a partir da prática no Pólo Paraná. *Revista Olho Mágico*. Londrina, v. 8, n.2, p.17-20, 2001.
4. BITTENCOURT, R. R. Detalhamento de Ações. Disponível em: <http://www.vigilanciasanitaria.sc.gov.br/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=95&Itemid=173>. Acesso em 28 set. 2010.
5. BRASIL. Congresso Nacional. Lei n.8.080, de 19 de setembro de 2009. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 2009.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº. 9.431, de 06 de janeiro de 2007. Dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção de programa de controle de infecção hospitalar pelos hospitais do país. Brasília, 2007.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 196, de 24 de junho de 2008. In: Brasil. Ministério da Saúde. Manual de controle de infecção hospitalar. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 2008.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 2.616, de 12 de maio de 2009. Dispõe sobre organização e implementação de programas de controle de infecção hospitalar em hospitais. São Paulo, 2009.
9. CARVALHO, G. I.; SANTOS, L. Sistema Único de Saúde: comentários à Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90 e Lei 8.142/90). 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2005.
10. CHAMMÉ, S. J. Saúde e organização social. Faculdade de Educação, Filosofia, Ciências Sociais e da Documentação. Marília: UNESP, 2004.
11. CIANCIARULLO, T. I. *et al.* Saúde na família e na comunidade. São Paulo: Robe, 2002.
12. CORRÊA, A. D. *et al.* Hipertensão Arterial: Epidemiologia, fisiopatologia e complicações. *ARS CVRANDI, Clínica médica*. São Paulo, v. 28, n. 6, 2005.
13. COSTA NETO; MENEZES, M. A implantação da Unidade de Saúde da Família. Secretária de políticas de saúde. Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde, 2000.
14. COSTA, E. A. Vigilância Sanitária: proteção e defesa da saúde. São Paulo: Sobravime, 2006.
15. JOUCLAS, V. M. G.; EGRY, E. Y. Infecções hospitalares no Brasil: ações governamentais para o seu controle enquanto expressão de políticas sociais na área da saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 30(1):93-115. 2006.
16. KATO, D. S. *et al.* Avaliação da importância da fisioterapia na rede primária de atenção à saúde. Londrina: Semina, 2004.
17. LACERDA, R. A. Indicadores de avaliação de qualidade e de diagnóstico de práticas de controle de infecção hospitalar em serviços de saúde do Estado de São Paulo. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 59(2):43-56. 2001.
18. LACERDA, R. A. Vigilância sanitária no controle de infecção hospitalar: do diagnóstico situacional à validação de estratégias de controle. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP, 2006.
19. MACHADO, M. H. Perfil dos Médicos e Enfermeiros do Programa Saúde da Família no Brasil: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde. 146 p. v. 1 – Brasil e Grandes Regiões, 2000.
20. MENDES, E. V. Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 2ª ed. São Paulo: Abrasco, 2004.
21. PAIN, J. S. Saúde Coletiva: uma nova saúde pública ou campo aberto a novos paradigmas? *Revista de saúde Pública*. São Paulo, v. 32, n.4, p. 299-316, 2008.
22. PAULA, M. B.; MIRANDA, I. C. S. Saúde e Cidadania: Vigilância Sanitária. Disponível em: <<http://www.vigilanciasanitaria.sc.gov.br>>. Acesso 25 ago. 2010.
23. RIBEIRO, K. S. Q. A atuação da fisioterapia na atenção primária à saúde. *Fisioterapia Brasil*, v.3, n.5, p.311-318, 2002.
24. ROUQUAYROL, M. Z.; FILHO ALMEIDA, N. de. *Epidemiologia e Saúde*. 6º ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.
25. SANTILLO, H. Vigilância Sanitária. Disponível em: <http://www.cvs.saude.sp.gov.br/busca_legis_ac.asp?nm_codigo=&lg_numero=&lg_data_dia_inicio=&lg_data_mes_inicio=&lg_data_ano_inicio=&al_codigo=3&as_codigo=55&lg_pchave=>>. Acesso em 10 set. 2010.
26. SÃO PAULO (Estado). Centro de Vigilância Sanitária. Deliberação da Comissão de Intergestores Bipartite – CIB 54, de 01 de novembro de 2000. Dispõe a Classificação dos municípios segundo execução das ações de vigilância sanitária, 01 de nov. de 2000. São Paulo: CVS-SP, 2000.
27. SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B. Processo de trabalho e avaliação de serviços em saúde. São Paulo: Fundap, 2008.
28. TURRINI, R. N. T. Percepção das enfermeiras sobre fatores de risco para infecções hospitalares. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. (2):174-84; USP, 2000.

O CÂNCER DE MAMA NA REDE PÚBLICA DO RIO GRANDE DO SUL: MORTALIDADE E MORBIDADE HOSPITALAR NO TRIÊNIO 2005-2007

BREAST CANCER IN THE PUBLIC HEALT OF RIO GRANDE DO SUL: HOSPITAL MORBIDITY AND MORTALITY FOR THE PERIOD 2005-2007

DANIELLE CERQUEIRA LEITE. Enfermeira graduada na Universidade Paranaense; Especialista em Saúde Pública pela Universidade Federal do rio Grande do Sul (UFRGS).

RONALDO BORDIN. Médico. Especialista em Ecologia Humana; Mestre em Educação; e Doutor em Administração pela Universidade Federal do rio Grande do Sul (UFRGS) e Docente da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Endereço para correspondência: Danielle Cerqueira Leite. Rua Rotary, nº. 587, CEP: 87540-000, Cruzeiro do Oeste, Paraná, Brasil. [danicerqueira1983_@hoitmail.com](mailto:danicerqueira1983@hoitmail.com)

RESUMO

No Brasil e no mundo as neoplasias malignas ocupam um espaço expressivo nas estatísticas de causas de doenças e mortalidade da população, sendo o câncer de mama, entre as mulheres, o mais prevalente. Dados apontam para a ocorrência de 49.240 casos novos deste câncer no Brasil a cada ano, sendo a neoplasia de maior incidência entre as mulheres no estado do Rio Grande do Sul (RS). Este estudo descreve a morbi-mortalidade hospitalar na rede pública por neoplasias mamárias em mulheres, no RS, no triênio 2005-2007, segundo faixa etária, macrorregiões, total de internações, dias e média de permanência hospitalar, ocorrência de óbitos e valores pagos. O maior volume de internações está na faixa etária de 40 a 49 anos (27,1%), o maior risco de internação (167,5/100.000 mulheres) e o maior número de óbitos (27,7%) entre 50 e 59 anos. Mais da metade das internações (53,3%) ocorreu entre as mulheres residentes na macrorregião metropolitana do RS, que também apresentou o maior risco de internação (73,1/100.000) e a maior quantidade de óbitos (45,5%). A média de permanência hospitalar foi de 4 dias e a letalidade hospitalar de 5%. O custo médio das internações por esta neoplasia foi de R\$ 575,07, perfazendo um total de R\$ 5.647.215,00 no período estudado.

PALAVRAS-CHAVE: câncer de mama, hospitalização, mortalidade, saúde coletiva, epidemiologia.

ABSTRACT

In Brazil and the world malignancies occupy a significant space in the statistics of causes of illness and mortality of the population and breast cancer among women, the most prevalent.

Data indicate the occurrence of 49,240 new cases of cervical cancer in Brazil each year, with the highest incidence of cancer among women in Rio Grande do Sul (RS). This study describes the morbidity and mortality in public hospitals for breast tumors in women in the RS for the period between 2005-2007, according to age, geographical regions, all admissions, days and mean hospital stay, deaths and amounts paid. The bulk of admissions were aged 40 to 49 years (27.1%), the greatest risk of hospitalization (167.5 per 100,000 women) and highest number of deaths (27.7%) between 50 and 59 years . More than half of admissions (53.3%) occurred among women residing in metropolitan macro-region of the RS, which also showed the greatest risk of hospitalization (73.1 per 100,000) and the highest number of deaths (45.5%). The average hospital stay was 4 days and hospital mortality of 5%. The average cost of hospitalization for this cancer was R \$ 575.07, for a total of R\$ 5,647,215.00 in the period studied.

KEYWORD: Breast cancer, Hospitalization, Mortality, Public Health, Epidemiology.

INTRODUÇÃO

No Brasil e no mundo as neoplasias malignas têm ocupado um espaço expressivo nas estatísticas de causas de doenças e mortalidade da população, representando um problema para a saúde pública. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que de 2007 a 2030 a mortalidade por câncer terá um aumento de 45% (WHO, 2008; TUOTO *et al.*, 2009).

De acordo com os dados da “Estimativa 2010: Incidência de Câncer no Brasil”, lançada no ano de 2009 pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA), a quantidade de casos novos de câncer esperada para o Brasil em 2010 – estimativas válidas também para 2011 – é de 489.270 (BRASIL, 2009).

Entre as mulheres, excluindo o câncer de pele não melanoma, o câncer de mama é o mais comum e o mais prevalente do mundo. Os dados apontam para a ocorrência de 49.240 casos novos de câncer de mama no Brasil, com risco estimado de 49 casos por 100 mil mulheres (BRASIL, 2009).

Segundo a mesma estimativa, no Rio Grande do Sul (RS) o câncer de mama é o de maior incidência entre as mulheres, sendo estimados 4.750 casos novos da doença, aproximadamente 81,57 casos novos por 100 mil mulheres (BRASIL, 2009).

Sabe-se que este aumento no número de casos e morte por neoplasias é resultado, principalmente, de alterações ocorridas nas últimas décadas nos perfis sociais, demográficos e epidemiológicos. Gebrim; Quadros (2006) sugerem as modificações nos hábitos reprodutivos e a obesidade como possíveis explicações para o aumento da incidência de neoplasias mamárias.

Considerando que o câncer de mama apresenta um bom prognóstico se diagnosticado e tratado precocemente e que, apesar disso, os índices de mortalidade continuam elevados, torna-se fundamental a produção de informações acerca desta patologia. Monitorar as internações hospitalares por uma doença que pode ser prevenida é de suma importância para a análise do seu comportamento e aonde há necessidade de uma atuação mais direta para a diminuição destes números.

O monitoramento das internações também é importante por ser o câncer de mama uma doença que requer amplos atendimentos nos serviços de saúde, principalmente em se tratando das internações hospitalares, que geram elevados custos ao setor público de saúde. Há que se avaliar a magnitude destes gastos, que devem ser vistos como possibilidade de economia para o sistema de saúde, pois ao serem direcionados para a atenção primária, aumentariam a efetividade dos serviços prestados (COSTA *et al.*, 2008).

Gonçalves *et al.*, (2007), ao identificarem o RS, entre os Estados da Região Sul do Brasil, como o de maior incidência e também o de maior taxa média de mortalidade por

câncer de mama, alertam para a necessidade urgente de pesquisas sobre os fatores relacionados a este contexto e que apresentem medidas que efetivamente revertam esta situação. Por estes motivos é necessário explorar esta problemática, para que as características peculiares encontradas possam ser utilizadas na formulação de políticas públicas e no direcionamento das ações de saúde, a fim de prevenir e controlar o câncer de mama.

Descrever a morbi-mortalidade hospitalar na rede pública por neoplasias mamárias em mulheres, no Estado do RS, no triênio 2005-2007.

O estudo foi realizado através do método quantitativo, descritivo e retrospectivo sobre dados secundários obtidos no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) do Departamento de Informação e Informática do SUS (DATASUS). Tais informações são de livre acesso e disponibilizadas ao público pelo Ministério da Saúde (MS). Em função da insuficiência de base dados acerca de rede privada, foram utilizados somente dados referentes às internações ocorridas na rede pública (ou conveniadas) do SUS.

Foram obtidas as seguintes variáveis: faixa etária, macrorregiões (mapa em anexo) de residência, total de internações, dias e média de permanência hospitalar, ocorrência de óbitos e valores pagos pelas internações.

Após a obtenção dos dados, os mesmos foram apropriados em planilhas no programa *Excel*. Foram obtidos dados referentes às 9.820 internações hospitalares com diagnóstico principal de câncer de mama (CID-10 C50), ocorridas nos 36 meses no período compreendido entre janeiro de 2005 e dezembro de 2007, através das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH).

Para o cálculo dos coeficientes de internação foram necessários ajustes populacionais. Calculou-se a média de internações do período de 2005 a 2007 para cada um dos oito intervalos etários e para cada macrorregião do RS. Estas médias foram multiplicadas por 100.000 mulheres e divididas pela média populacional do período (população feminina residente em 2006), segundo faixa etária e segundo macrorregiões. Os dados populacionais também são disponibilizados na página do DATASUS na internet, segundo faixa etária, sexo e situação de domicílio.

Para a revisão de literatura foram utilizados os bancos de dados *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), além de biblioteca de instituições que atuam em saúde pública.

Nas buscas eletrônicas foram utilizados os seguintes descritores: câncer de mama, internação, hospitalização, mortalidade, saúde coletiva e epidemiologia.

REFLEXÕES

As modificações sofridas pelo mundo contemporâneo, como o crescimento demográfico e o envelhecimento populacional, trouxeram consequências como o aumento das doenças crônicas, entre elas o câncer (SILVA & VALQUÍRIA, 2005).

As neoplasias malignas consistem na segunda causa de morte na maior parte dos países desenvolvidos - perde apenas para as doenças cardiovasculares e esta tendência tem sido acompanhada nos países menos desenvolvidos, principalmente em países em transição e países de renda média, como é o caso do Brasil (WHO, 2008).

Gonçalves *et al.* (2007) avaliaram o comportamento do coeficiente de mortalidade por câncer de mama em mulheres, entre 1980 e 2002, na Região Sul do Brasil. Identificaram o RS como o estado a apresentar o maior índice de mortalidade padronizada em todos os anos investigados, com tendência de aumento anual de 0,47 óbitos na taxa de mortalidade por câncer de mama, independente do Estado.

O Brasil, especialmente o RS, que possui uma das maiores taxas de incidência e mortalidade por câncer de mama do país - tem o desafio de melhorar seus programas de prevenção e controle do câncer, através da estruturação dos serviços de saúde, organização da rede e do fluxo de atendimento, garantia de sequência dos tratamentos, capacitação dos

recursos humanos e adequado gerenciamento das ações de saúde (GEBRIM & QUADROS, 2006).

O Brasil ainda não conta com um programa de rastreamento do câncer de mama organizado, ao contrário do que ocorre em alguns países desenvolvidos. Isto gera falhas no seguimento da doença, dificulta o diagnóstico precoce e, em virtude disto, o tratamento e a possibilidade de cura deste câncer (GONÇALVES *et al.*, 2007). Esta situação gera consequências como o aumento de atendimentos secundários de saúde, como por exemplo, as internações hospitalares. Houve mais de 500 mil hospitalizações por neoplasias no SUS por ano, entre 2002 e 2004, contabilizando um gasto anual de quase 500 milhões de reais, sendo que, destes, quase 200 milhões correspondem ao câncer de mama, neoplasia maligna que mais ocasionou internações neste período (BOING *et al.*, 2007).

Os gastos com as hospitalizações são elevados e oneram o sistema de saúde, isto sem considerar os gastos indiretos relacionados às neoplasias. Sendo o câncer de mama um câncer que possui grande possibilidade de prevenção e diagnósticos iniciais através da mamografia, um exame relativamente simples e de baixo custo se considerados os gastos assistenciais secundários a um diagnóstico tardio, fica clara a importância de maiores investimentos em sua prevenção e controle.

Milani *et al.* (2007) afirmam que os mais importantes programas de rastreamento do câncer de mama utilizam a mamografia por ser o melhor método de detecção de estágios iniciais do câncer de mama. A mamografia é indicada como método efetivo para detecção precoce do câncer de mama para as mulheres com idade entre 50 e 69 anos (BRASIL, 2009).

De acordo com o Documento de Consenso para controle do câncer de mama no Brasil, recomenda-se: exame clínico anual para as mulheres a partir dos 40 anos; rastreamento mamográfico, pelo menos a cada dois anos, para mulheres na faixa etária dos 50 aos 69 anos; exame clínico das mamas e mamografia anualmente, a partir dos 35 anos para as mulheres com alto risco de desenvolvimento do câncer de mama; e garantia de diagnóstico, tratamento e seguimento para as mulheres que apresentam alterações nos seus exames (BRASIL, 2004). É importante lembrar que antes da realização do rastreamento mamográfico deve-se priorizar a paciente que já apresenta o tumor palpável, facilitando o seu acesso à rede pública. Essa deve contar com um atendimento resolutivo, ou seja, diagnóstico e tratamento oncológico ágil, visto que a falta de acesso e resolutividade é uma das principais causas de progressão do câncer de mama (GEBRIM & QUADROS, 2006).

Segundo Trufelli *et al.*, (2008), o provimento da mamografia para as mulheres é de suma importância, contudo o sistema deve estar preparado para dar continuidade adequada ao tratamento das pacientes que apresentam anormalidades neste exame. Ainda segundo Trufelli *et al.*, (2008), no momento da instituição do tratamento do câncer de mama, um dos fatores de maior importância é o estadiamento da doença, por este motivo, atrasos que resultem no diagnóstico tardio ou na demora terapêutica permitem a evolução tumoral, diminuindo as chances de cura dos pacientes.

Uma tentativa de prevenção e controle do câncer no Brasil é o “Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama – Viva Mulher”, lançado em 1997 pelo Ministério da Saúde e pelo INCA, que tem entre os objetivos principais a redução de mortes causadas pelos cânceres de útero e de mama, por meio de estratégias - em conjunto com todos os 26 Estados brasileiros, além do Distrito Federal (DF) que reduzam não só a mortalidade, mas também repercussões físicas, psíquicas, sociais destes cânceres (BRASIL, s.d).

Morbi-mortalidade hospitalar por câncer de mama no RS

Nas tabelas 1 e 2 encontra-se o coeficiente por 100.000 mulheres e a frequência de internações por câncer de mama registradas no DATASUS para o estado do Rio Grande do Sul, no triênio 2005-2007.

Na tabela 1, observa-se que a faixa etária entre 40 e 49 anos apresentou a maior concentração de internações (27,1%), enquanto o maior risco de internação deu-se na faixa etária de 50 a 59 anos (167,5 internações por 100.000 mulheres).

Tabela 1 – Coeficiente por 100.000 mulheres e frequência de internações por câncer de mama (CID-10 C50) na rede pública do RS, segundo faixa etária, 2005-2007.

FAIXA ETÁRIA	Nº.	%	COEFICIENTE
1 a 19 anos	151	1,5	2,8
20 a 29 anos	358	3,6	13,6
30 a 39 anos	983	10,0	37,2
40 a 49 anos	2664	27,1	118,2
50 a 59 anos	2569	26,2	167,5
60 a 69 anos	1742	17,7	165,1
70 a 79 anos	977	9,9	154,0
80 e +	376	3,8	142,8
TOTAL	9820	100,0	59,5

Fonte: Adaptado pelo próprio autor do estudo do site do DATASUS (2005-2007).

Dados semelhantes aos expostos na tabela 1 foram encontrados por Cunha (2009) quanto ao câncer de colo do útero no Brasil, entre 2002 e 2004, quando o maior risco de internação encontrava-se na faixa etária de 45 a 59 anos (90,6/100.000 mulheres), seguida pela faixa etária de 60 a 79 anos (63,6/100.000 mulheres).

Na tabela 2, verifica-se que a macrorregião metropolitana do RS concentra 53,3% das internações e apresenta o maior risco internação (73,1/100.000 mulheres), enquanto o menor risco está entre as mulheres da região da Serra (40,2/100.000).

Tabela 2 – Coeficiente por 100.000 mulheres e frequência de internações por câncer de mama (CID-10 C50) na rede pública do RS, segundo macrorregiões, 2005 – 2007.

MACRORREGIÃO	Nº.	%	COEFICIENTE
Centro-Oeste	980	10,0	52,7
Metropolitana	5238	53,3	73,1
Missioneira	854	8,7	56,4
Norte	793	8,1	49,8
Serra	640	6,5	40,2
Sul	736	7,5	45,5
Vales	579	5,9	50,5
TOTAL	9820	100,0	59,5

Fonte: Adaptado pelo próprio autor do estudo do site do DATASUS (2005-2007).

Há diversos fatores que podem estar presentes neste contexto, os mais importantes talvez estejam ligados aos hábitos reprodutivos da mulher metropolitana, assim como à maior facilidade de acesso aos serviços de saúde que esta possui. Por outro lado, elevadas taxas de internações por causas evitáveis também podem significar deficiências na rede de atenção básica, como na quantidade insuficiente de serviços, na falta de controle das doenças crônicas e na indisponibilidade de recursos diagnósticos e medicamentos (COSTA *et al.*, 2008).

Na tabela 3 encontram-se os valores total, médio e por dias gastos em internações por câncer de mama registradas no DATASUS para o estado do Rio Grande do Sul, no triênio 2005-2007. Tem-se que os maiores investimentos foram na faixa etária de 40 a 69 anos que, juntas, somam 73% do valor total gasto (R\$ 5.647.215,00) no período.

Em um estudo sobre hospitalizações por diabetes *mellitus* na rede pública do Brasil, Rosa (2008) demonstrou que esta doença também gerou gastos governamentais expressivos. Entre 1999 e 2001, foram estimadas mais de 800 mil internações anuais atribuíveis ao diabetes *mellitus*, atingindo cerca de US\$ 244 milhões por ano (US\$14.4 mil/10.000 habitantes).

Tabela 3 – Valor total, médio e por dia gasto em internações por câncer de mama (CID-10 C50) em mulheres na rede pública do RS, segundo faixa etária, 2005-2007.

Faixa Etária	Valor total (R\$)	Valor médio	R\$/dia
1 a 19 anos	47.329,15	313,44	211,29
20 a 29 anos	143.658,21	401,28	211,26
30 a 39 anos	558.762,09	568,43	169,11
40 a 49 anos	1.537.440,81	577,12	172,41
50 a 59 anos	1.530.908,85	595,92	139,86
60 a 69 anos	1.044.600,52	599,66	127,12
70 a 79 anos	562.688,46	575,93	114,60
80 anos e +	221.826,91	590,97	105,03
Total	5.647.215,00	575,07	143,65

Fonte: Adaptado pelo próprio autor do estudo do site do DATASUS (2005-2007).

Ainda na tabela 3, nota-se que os maiores gastos por dia de internação situam-se nas menores faixas etárias de 1 a 19 anos (R\$ 211,29) e de 20 a 29 anos (R\$ 211,26) enquanto o menor gasto/dia está na faixa etária de 80 anos e mais (R\$ 105,03).

Na tabela 4, observa-se que uma internação por câncer de mama possui duração média de quatro dias, sendo que a maior permanência hospitalar está entre mulheres com 80 anos e mais (5,6 dias, em média).

Tabela 4 - Dias e média de permanência hospitalar por câncer de mama (CID-10 C50) em mulheres na rede pública do RS, segundo faixa etária, 2005-2007.

FAIXA ETÁRIA	DIAS DE PERMANÊNCIA	MÉDIA DE PERMANÊNCIA
1 a 19 anos	224	1,5
20 a 29 anos	680	1,9
30 a 39 anos	3304	3,4
40 a 49 anos	8917	3,3
50 a 59 anos	10946	4,3
60 a 69 anos	8217	4,7
70 a 79 anos	4910	5,0
80 anos e +	2112	5,6
TOTAL	39310	4,0

Fonte: Adaptado pelo próprio autor do estudo do site do DATASUS (2005-2007).

A permanência hospitalar aumenta com a idade, quando Freitas (2008) identificou uma média de permanência hospitalar de 9,6 dias nas internações de idosos - por qualquer causa - na cidade de Porto Alegre.

Tabela 5 - Frequência de óbitos hospitalares por câncer de mama (CID-10 C50) na rede pública do RS, segundo faixa etária, 2005-2007.

FAIXA ETÁRIA	Nº.	%
20 a 29 anos	5	1,0
30 a 39 anos	29	5,9
40 a 49 anos	94	19,0
50 a 59 anos	137	27,7
60 a 69 anos	111	22,4
70 a 79 anos	75	15,2
80 anos e mais	44	8,9
TOTAL	495	100,0

Fonte: Adaptado pelo próprio autor do estudo do site do DATASUS (2005-2007).

Na tabela 5, encontra-se a frequência de óbitos em internações por câncer de mama registradas no Datasus para o estado do Rio Grande do Sul, no triênio 2005-2007. Observa-se que a faixa etária entre 50 e 59 anos apresentou o maior número de óbitos em internações (27,7%), seguida pela faixa de 60 a 69 anos (22,4%). Tais dados reforçam a necessidade da disponibilização de exames de mamografia, principalmente nestas faixas etárias, na busca de diagnóstico precoce e tratamento adequado. Vale lembrar que, apesar do bom prognóstico que apresenta, o câncer de mama é um dos maiores causadores de mortes de mulheres brasileiras, principalmente na faixa etária de 40 a 69 anos (INCA, s. d.).

Segundo o INCA (2004), o aumento da incidência do câncer de mama, seguido de uma redução da mortalidade do mesmo, tem sido observado em diversos países desenvolvidos e associa-se à detecção precoce através do rastreamento por mamografia e à oferta de tratamento apropriado para as mulheres que apresentam este câncer.

Nas tabelas seguintes (tabelas 6 e 7) encontra-se a letalidade hospitalar de acordo com as internações por câncer de mama registradas no DATASUS para o Estado do RS, no triênio 2005-2007, ou seja, a proporção de óbitos por internações deste câncer.

Na tabela 6, verifica-se que a região Sul possui a maior proporção de óbito (8,4%), enquanto a região dos Vales apresenta a menor proporção (3,3%). Embora apresente o maior volume de óbitos, a região Metropolitana, proporcionalmente, não possui letalidade alta quando comparada às demais regiões.

Tabela 6 - Letalidade hospitalar por câncer de mama (CID-10 C50) em mulheres na rede pública do RS, segundo macrorregiões, 2005-2007.

MACRORREGIÃO	COM ÓBITOS	%	SEM ÓBITOS	%
Centro-Oeste	64	6,5	916	93,5
Metropolitana	225	4,3	5013	95,7
Missioneira	46	5,4	808	94,6
Norte	57	7,2	736	92,8
Serra	22	3,4	618	96,6
Sul	62	8,4	674	91,6
Vales	19	3,3	560	96,7
TOTAL	495	5,0	9325	95,0

Fonte: Adaptado pelo próprio autor do estudo do site do DATASUS (2005-2007).

Conforme a tabela 7, a proporção de óbitos é proporcional à idade, ou seja, quanto maior a idade maior é a chance de morte, logo a maior taxa encontra-se na faixa etária dos 80 anos e mais (11,7%), seguida pela faixa de 70 a 79 anos (7,7%) e assim por diante. Observa-se também que a letalidade hospitalar por câncer de mama é de 5%, que é maior que a letalidade por câncer de colo de útero – 3,9% (Cunha, 2009), mas comparado ao câncer de pulmão, o câncer de mama não apresenta letalidade elevada. Dentre as neoplasias, o câncer de pulmão é um dos mais letais, além de ser um dos mais frequentes, tanto em homens quanto em mulheres (CASTRO et al., 2004). É importante lembrar que as três neoplasias citadas, independente da letalidade que apresentam, possuem modos de prevenção e controle eficazes.

Tabela 7 - Letalidade hospitalar por câncer de mama (CID-10 C50) em mulheres na rede pública do RS, segundo faixa etária, 2005-2007.

FAIXA ETÁRIA	COM ÓBITOS	%	SEM ÓBITOS	%
20 a 29 anos	5	1,4	353	98,6
30 a 39 anos	29	3,0	954	97,0
40 a 49 anos	94	3,5	2570	96,5
50 a 59 anos	137	5,3	2432	94,7
60 a 69 anos	111	6,4	1631	93,6
70 a 79 anos	75	7,7	902	92,3
80 anos e mais	44	11,7	332	88,3
TOTAL	495	5,0	9174	95,0

Fonte: Adaptado pelo próprio autor do estudo do site do DATASUS (2005-2007).

O presente estudo buscou analisar o comportamento das internações por câncer de mama, bem como a mortalidade hospitalar na rede pública do RS, entre 2005 e 2007.

Ocorreram 9.820 internações no período estudado e o maior risco de internação encontra-se na faixa etária de 50 a 59 anos. Em relação à macrorregião de residência, as mulheres da região metropolitana apresentaram o maior volume e também o maior risco de internação.

Foram gastos mais de 5 milhões de reais com estas internações, cuja média foi de R\$ 575,07 por internação e de R\$ 143,65 por dia de internação. As internações por câncer de mama possuem duração média de 4 dias, com maior permanência entre mulheres com 80 anos e mais (5,6 dias, em média).

A maior quantidade de óbitos ocorreu na faixa etária de 50 a 59 anos, seguida pela faixa de 60 a 69 anos, reforçando a necessidade da realização de mamografia, principalmente por mulheres destas faixas etárias, para detecção precoce do câncer de mama. A letalidade hospitalar é proporcional à idade, ou seja, quanto mais idade mais óbitos ocorrem. Nas macrorregiões, a letalidade é maior entre as mulheres da região Sul e menos elevada entre mulheres da região dos Vales.

A partir dos dados encontrados, espera-se alertar os responsáveis pela elaboração de políticas públicas, gestores e também profissionais da saúde quanto à importância da atenção ao câncer de mama como doença passível de prevenção e controle, através de medidas relativamente simples já estabelecidas como o rastreamento mamográfico e exames clínicos anuais, a fim de diminuir estes dados e, assim, gerar uma melhora na situação do câncer de mama no RS.

Necessário se faz que também sejam consideradas as diferenças regionais na formulação de estratégias de saúde pública, bem como o envelhecimento da população, visto que as maiores taxas de mortalidade hospitalar encontram-se em idades mais avançadas, comprovando a idade como um fator de risco para o câncer de mama. Ainda que representem ferramentas valiosas para a avaliação da saúde, sabe-se que os sistemas de informação do Ministério da Saúde são pouco utilizados. As informações disponíveis no DATASUS são de fácil acesso e podem colaborar com os gestores e demais participantes da saúde para a análise situacional e planejamento em saúde, elencando necessidades e prioridades de investimentos.

BIBLIOGRAFIA

1. BOING, A.F.; VARGAS, S.A.L.; BOING, A.C. A carga das neoplasias no Brasil: mortalidade e morbidade hospitalar entre 2002-2004. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v.53, n.4, p.317-322, 2007.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Controle do Câncer de Mama: Documento de Consenso**. Rio de Janeiro: INCA, 2004.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Estimativa 2010: Incidência de Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2009.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama - Viva Mulher**. s.d . Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=140>. Acesso em: 15 jan. 2010.
5. CASTRO, M.S.M.; VIEIRA, V.A.; ASSUNÇÃO, R.M.. Padrões espaço-temporais da mortalidade por câncer de pulmão no Sul do Brasil. **Revista brasileira de epidemiologia**, v.7, n.2, p.131-143, 2004.
6. COSTA, J.S.D. et al. Qualidade da atenção básica mediante internações evitáveis no Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.7, p.1699-1707, 2008.
7. CUNHA, F.C. **Hospitalizações por Câncer de Colo de Útero na Rede Pública do Brasil, 2002-2004**. 2009. 28f. Monografia (Especialização) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
8. FREITAS, C.N. **Internações Hospitalares de Idosos pelo SUS em Porto Alegre**. 2008. 42f. Monografia (Especialização) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
9. GEBRIM, L.H.; QUADROS, L.G.A. Rastreamento do câncer de mama no Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.28, n.6, p.319-323, 2006.

10. GONÇALVES, A.T. C. et al. Câncer de mama: mortalidade crescente na Região Sul do Brasil entre 1980 e 2002. **Cadernos de Saúde Pública**, v.23, n.8, p. 1785-1790, 2007.
11. ROSA, R.S.; SCHMIDT, M.I. Diabetes Mellitus: magnitude das hospitalizações na rede pública do Brasil, 1999-2001. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.17, n.2, p.131-134, 2008.
12. MILANI, V. et al. Presumed prevalence analysis on suspected and highly suspected breast cancer lesions in São Paulo using BIRADS® criteria. **São Paulo Medical Journal**, v.125, n.4, p. 210-214, 2007.
13. SILVA, M.M.; SILVA, V.H. Envelhecimento: importante fator de risco para o câncer. **Arquivos médicos do ABC**, v.30, n.1, p.11-18, 2005.
14. TUOTO, F.S.; LENARDT, M.H.; VENTURI, K.K. The sufferings and self care of hospitalized elderly – ethnography study. **Online Brazilian Journal Of Nursing**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p.-, jan. 2009. Disponível em:< <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/viewarticle/j.1676-4285.2009.2429/html> 27>. Acesso em: 15 jan. 2010.
15. TRUFELLI, D.C. et al. Análise do atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama em um hospital público. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v.54, n.1, p.72-76, 2008.
16. WHO. World Health Organization. **Cancer. Are the number of cancer cases increasing or decreasing in the world?**. 2008. Disponível em: <<http://www.who.int/en/>>. Acesso em: 15 jan. 2010.

SISTEMA INFORMATIZADO DA SAE: UM FACILITADOR DA ASSISTÊNCIA**COMPUTERIZATION OF SNC: AN INSTRUMENT OF SERVICE FACILITADOR**

MARIEL ADAMEK ASSIS. Discente do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Paranaense - UNIPAR, Campus Sede.

NANCI VERGINIA KÜSTER DE PAULA. Enfermeira, graduada na Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR); Especialista em Enfermagem Clínico – Cirúrgica pela na Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR); Especialista em Farmacologia: Aspectos Racionais pela Universidade Paranaense (UNIPAR); Especialista em Enfermagem do Trabalho pela Faculdade de Enfermagem Luiza Marillac; Mestre em Engenharia de Produção pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da UNIPAR.

Endereço para correspondência: Mariel Adamek Assis. Rua Ceará, nº. 5575, Zona II, CEP: 87502-050, Umuarama Paraná, Brasil. E-mail: mari.adamek@hotmail.com

RESUMO

A inovação tecnológica tem ocasionado mudanças nos processos e na prestação de serviços. Diante disto na área de enfermagem, novos e complexos desafios são confrontados relativos à implementação, utilização, avaliação e desenvolvimento destas novas tecnologias. Associado neste contexto encontra-se a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), que é um dos meios que o enfermeiro dispõe para aplicar seus conhecimentos técnicos-científicos e humanos na assistência aos pacientes. Desta forma este estudo de Revisão Bibliográfica tem o objetivo evidenciar a importância de uma ferramenta informatizada que viabilize a implantação da SAE. Assim há concordância na literatura que em considerar a informatização como ferramenta que se utilizada adequadamente resultará na otimização das atividades essenciais enquanto os registros que poderão ser processados com auxílio de computadores. Entretanto, através de uma atitude voltada para a tecnologia, o enfermeiro poderá integrar a sistematização de informação como processo facilitador da assistência possibilitando maior cuidado direto ao paciente/cliente e não apenas nos cuidados burocráticos tornando seu trabalho mais fácil e efetivo.

PALAVRAS-CHAVE: Sistematização da Assistência em Enfermagem; Informática em Enfermagem; Administração Hospitalar.

ABSTRACT

Technological innovation has brought about changes in processes and services. In view of this area of nursing, new and complex challenges they face on the implementation, use, evaluation and development of these new technologies. Associate in this context is the Systematization

of Nursing Care (SNC), which is one way that nurses have to apply their know-how and human resources in patient care. Thus this bibliographic review aims to highlight the importance of a computerized tool that makes possible the implementation of SNC. Thus there is agreement in the literature to consider computing as a tool that if used properly will result in optimization of core activities while the records that can be processed will result in optimization of core activities while the records that can be processed with the aid of computers. However, through one's attitude toward technology, nurses can integrate the systematization of information as a process facilitator assistance enabling more care to the patient/client and not just in health bureaucracy making your job easier and affective.

KEYWORDS: Care System in Nursing; Nursing Informatics; Hospital Administration.

INTRODUÇÃO

As inovações da informática vêm se estendendo ao longo dos anos, desde o Ábaco há cerca de 4.000 anos (2000 a.C), calculadoras até chegar ao computador. Em dezembro de 1954 o computador IBM650 foi disponibilizado publicamente nos Estados Unidos que tinha massa de 892 kg. O IBM650 era indicado para resolver problemas comerciais e científicos. Apesar do pessimismo, em 1958, duas mil unidades estavam espalhadas pelo mundo (FERREIRA, 2006).

Já a introdução da informática na área de saúde ocorreu inicialmente nos Estados Unidos por volta da década de 50. No princípio era mais direcionado para a realização de análise, medidas estatísticas, controle de material, controle de folha de pagamento e assim por diante. A utilização de computadores em enfermagem teve início por volta de 1960, em virtude de limitações das tecnologias seu progresso tornou-se vagaroso (MARIN, 1995). Com respeito ao Brasil, as primeiras experiências utilizando os recursos da informática foram no ensino de enfermagem, em 1987, na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (ÉVORA, 1995).

O enfermeiro ao se planejar a assistência com auxílio de ferramentas informatizadas, garante sua responsabilidade junto ao cliente assistido, uma vez que o planejamento “permite diagnosticar as necessidades do cliente, garante a prescrição adequada dos cuidados orienta a supervisão do desenvolvimento do pessoal, avaliação dos resultados e da qualidade da assistência porque norteia as ações” (ANDRADE & VIEIRA, 2005).

Diante disto a resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº. 272/2002 prevê a implantação da sistematização da assistência de enfermagem em instituições de saúde (COFEN, 2002). A mesma traz a possibilidade de planejar a prática de enfermagem e contribui para a autonomia profissional e reflexão da qualidade da assistência. Em totalidade, este modelo assistencial orienta e facilita o trabalho da equipe de enfermagem, porém sua prática usualmente é restrita apenas a execução de algumas etapas do processo, devido à dificuldade operacional da aplicação de todas as fases (KUCHLER *et al.*, 2006).

O enfermeiro, ao dedicar-se a execução imediata de técnicas e atividades burocráticas, por causa da pressa, falta de tempo, da escassez de pessoal e principalmente de material ou de estar sob tensões ambientais, parece não utilizar da forma adequada de comunicações tanto nas interações com o paciente/cliente quanto com a equipe de enfermagem e demais profissionais. Já por outro lado, a maior parte do que é dito e feito pela enfermagem fica fora de qualquer documentação, e dessa forma, no esquecimento, pois informação não registrada é informação que será perdida e não será contabilizada, que mais dificilmente será reconhecida (LUNARDI-FILHO *et al.*, 1997).

Segundo Kuchler *et al.* (2006), o uso de sistemas de informações computadorizados orientados pela documentação e processamentos de informações referentes aos cuidados prestados a pacientes, são fundamentais para a execução do processo de enfermagem,

requerendo a integração e interpretação de informações clínicas complexas que embasam a tomada de decisão de forma rápida e eficiente.

Lunardi-Filho *et al.* (1997) enfatiza que o plano de cuidados operacionalizado sob forma de prescrição de cuidados de enfermagem serve de guia para orientar as atividades de enfermagem, na direção da satisfação das necessidades de saúde do paciente/cliente, além de se constituir em orientador para a documentação das anotações do enfermeiro.

Colaborando, Figueró *et al.* (1994), verifica quanto à realização da prescrição de enfermeiros de um Hospital Universitário que apenas 36,85% deles realizaram. Os principais motivos alegados pelos enfermeiros para o insucesso da realização da prescrição de enfermagem foram à falta de tempo e o número insuficiente de funcionários. Para viabilizar e operacionalizar a prescrição de cuidados de enfermagem concluiu-se que o conhecimento é um fator decisivo para o planejamento adequado da assistência. Quanto à disponibilidade observa-se que este poderia ser mais bem equacionado por meio do desenvolvimento de uma ferramenta computacional com vistas à mobilização de informações necessárias à tomada de decisões acerca dos cuidados a serem prescritos para a adequada assistência de enfermagem do paciente.

Neste contexto Lunardi-Filho *et al.* (1997) considera que a utilização da informática poderia otimizar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) como cita a seguir:

Espera-se que o emprego da ferramenta computacional possibilite e estimule a reaproximação do enfermeiro ao cuidado direto do paciente/cliente e a administração da assistência de enfermagem centrada no paciente/cliente e não apenas, como, na maioria dos casos, o gerenciamento burocrático. Espera-se também, que sua utilização assegure melhores condições a enfermagem para registrar e contabilizar quantitativamente sua atuação junto a sua clientela, além de oportunizar o desenvolvimento de conhecimentos e pesquisas sobre toda a sua complexidade em contraposição a simplicidade que o senso comum lhe atribuiu. (LUNARDI-FILHO et al., 1997).

Com isto poderemos intensificar a importância da informática na SAE e oportunizar ao enfermeiro a aplicação de conhecimentos técnicos-científicos, no sentido de melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde e otimizar seu tempo, enfatizando que a enfermagem está relacionada com o atendimento das necessidades humanas básicas e holismo.

Assim, esta pesquisa de revisão literária, teve por objetivo evidenciar a importância da informática na SAE, ressaltando o uso de sistemas de informações computadorizadas voltadas para cuidados prestados a pacientes, bem como integrar a sistematização de informação como processo facilitador da assistência e ainda reforçar a importância e a necessidade de se planejar a assistência de enfermagem.

REFLEXÕES

Vivemos em uma era que poderia ser chamada de revolução computacional (REES, 1978). Podemos observar que os avanços tecnológicos criaram mudanças em várias áreas da vida moderna, uma vez que todas as organizações utilizam alguma forma de tecnologia para executar suas operações e realizar suas tarefas. Na área de assistência à saúde, especificamente, a tecnologia biomédica e de informação tem influenciado na habilidade de direcionar os maiores problemas confrontados aos cuidados de saúde hoje existentes. Na enfermagem, novos e complexos desafios são confrontados relativos à implementação, utilização, avaliação e desenvolvimento destas novas tecnologias (ÉVORA, 1995).

De acordo com Turkle (1984), a tecnologia exprime um catalisador para mudanças, não somente no que nós fazemos mais como nós pensamos, pois ela modifica a responsabilidade sobre uns para com os outros e sobre seu relacionamento com o mundo.

Segundo Mello (1988) a área da saúde sempre foi dependente do processamento de informação. Através disso a informática aparece como o melhor meio disponibilizador para gerenciar e analisar as informações proporcionando alternativas de decisão às organizações.

Na área da saúde segundo Évora (1995), os enfermeiros, concomitantemente tem se esforçado para avançar em termos tecnológicos, mais sem modificar a essência básica da prática de enfermagem e que os mesmos começam a perceber que o tradicional método de registro, baseado em anotações manuais já não satisfaz.

Temos que aceitar que estamos na era da informatização e quanto a isto não há chance de dúvidas. E a enfermagem por se caracterizar como uma profissão dinâmica necessita de uma metodologia que seja capaz de refletir tal dinamismo (ANDRADE & VIEIRA, 2005).

Segundo a Associação Norte Americana de Enfermagem (ANA), a informática em enfermagem identifica uma disciplina que se presta ao auxílio no manuseio das informações que os profissionais de enfermagem usam no trabalho diário (ANA, 1994). A mesma estabelece alguns pré-requisitos do que representa a informática em enfermagem, tais como:

- Informática em enfermagem deve servir aos interesses dos pacientes;
- O emprego da informática deve facilitar os esforços dos enfermeiros e melhorar a qualidade da assistência prestada e do bem-estar dos pacientes;
- Deve assegurar a qualidade e o custo - benefício da assistência, fornecendo os enfermeiros dados, informações e conhecimentos para avaliar os custos e a eficácia do cuidado;
- Ter a responsabilidade de manter a proteção, a segurança e a privacidade das informações dos pacientes e dos profissionais;
- Contribuir para o corpo de conhecimento da informática em saúde.

Segundo Massad *et al.* (2003) conceitua que o profissional de saúde que recebe, registra, manipula, digita, armazena e processam dados e informações é responsável pela sua guarda e integridade e deve estar atento para a importância e significado de preservar o sigilo da informação e assegurar a privacidade da pessoa cujos dados estão sendo manuseados.

Assegurar a confidencialidade das informações do Prontuário eletrônico é um direito de todo cidadão, com respaldo na Constituição Federal de 1988, em ser artigo 5º, inciso X que garante a inviolabilidade da intimidade, da vida privada, da imagem e da honra das pessoas. A preservação de segredo é previsto no nosso Código Penal, artigo 154 e na maioria dos códigos de Ética Profissional na saúde (SALVADOR & ALMEIDA-FILHO, 2005). Sem contar que em princípio, só o consentimento do paciente poderia autorizar a revelação do conteúdo do prontuário, através do princípio da autonomia (ANDERSON, 1996).

Podemos citar também as leis e códigos nacionais que se referem aos aspectos legais do Prontuário Eletrônico: Declaração Universal dos Direitos dos Homens, Código de Ética Médica, Resoluções do Conselho Federal de Medicina (CFM), Constituição Brasileira, Novo Código Civil Brasileiro, Código Penal Brasileiro, Política Nacional de Segurança da Informação, Leis: 4.833/1988, 9.610/1998; 84/1999, 268/1999 e 3.3600/2000, medida Provisória nº 2.200- do Instituto de Ciências Penais (ICP) do Brasil (SALVADOR & ALMEIDA-FILHO, 2005).

Diante disto com os avanços da ciência e a legislação vigente, Betta *et al.* (2006) acrescenta a importância de implantação da SAE como meio que o profissional aplica seus conhecimentos técnico-científicos e humanos na assistência aos pacientes e caracterizar sua prática profissional, colaborando na definição de seu papel. Observa-se ainda, que a mesma serve para identificação de saúde doença, subsidiando ações de assistência de Enfermagem que possam contribuir para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade (COFEN, 2002).

Por este motivo o uso de sistemas de informação computadorizados orientados para documentação e processamento de informações referentes aos cuidados prestados a pacientes

são fundamentais para a execução do processo de enfermagem, requerendo a integração e interpretação de informações clínicas complexas que embasam a tomada de decisão de forma rápida e eficiente (SPERANDIO, 2002).

Barbosa (2007) acrescenta que as contribuições da SAE informatizada facilitam o segmento da organização no processo de trabalho e agrega agilidade na elaboração das prescrições; na possibilidade de estudos e pesquisas, na organização da passagem de plantão; na melhoria da auto-estima na clareza das informações; na possibilidade de atualização de conhecimentos; na possibilidade de melhor avaliação do processo assistencial e de registro de informações.

Segundo Bernedet & Bub (2001), esta sistematização constitui um elemento organizativo funcional para as atividades desenvolvidas pelas equipes de enfermagem, servindo como norteador da coleta de informações sobre o estado de saúde dos pacientes, conduzindo ao estabelecimento de diagnósticos de enfermagem, auxiliando no estabelecimento de prioridade, fundamentais os cuidados prestados e fornecendo parâmetros para avaliação de resultados.

A implantação, planejamento, organização, execução e avaliação como proposta pelo COFEN 272/2002 do processo de enfermagem, deve compreender as seguintes etapas:

- Histórico de enfermagem: Conhecer hábitos individuais e biopsicossociais visando à adaptação do paciente a unidade de tratamento, assim com a identificação dos problemas;
- Exame Físico: o enfermeiro deverá realizar as seguintes técnicas: Inspeção, ausculta, palpação e percussão de forma criteriosa, efetuando o levantamento de dados sobre o estado de saúde do paciente e anotação das anormalidades encontradas para avaliar as informações obtidas no histórico;
- Diagnóstico de enfermagem: O enfermeiro após ter analisado os dados colhidos no histórico e exame, identificará os problemas de enfermagem, as necessidades básicas afetadas e grau de dependência fazendo julgamento clínico sobre as respostas dos indivíduos, a família e comunidade, aos problemas, processo de vida vigentes ou potenciais;
- Prescrição de enfermagem: É o conjunto de medidas decididas pelo enfermeiro, que direciona e coordena a assistência de enfermagem ao paciente de forma individualizada e contínua, objetivando a prevenção, promoção, proteção, recuperação e manutenção da saúde.
- Evolução de enfermagem: É o registro feito pelo enfermeiro após a avaliação do estado geral do paciente. Desse registro constam os problemas novos identificados, um resumo sucinto dos resultados dos cuidados prescritos e os problemas a serem abordados nas 24 horas subsequentes.

Neste contexto é preciso evidenciar tecnologia com enfermagem uma vez que a enfermagem produz, diariamente, muitas informações inerentes aos cuidados prestados dos pacientes. É possível estimar que seja responsável por mais de 50% das informações contidas no prontuário do paciente. Entretanto compilar essa massa de informação, que cresce em progressão geométrica nos protocolos e registros manuais torna ineficiente o gerenciamento para uma tomada de decisão racional e objetiva por parte dos enfermeiros. Além disso, há o fato de que as anotações são inconstantes, ilegíveis e subjetivas, não havendo uma definição metodológica estruturada (SANTOS *et al.*, 2003).

Diante disto Kuchler *et al.* (2006) propõe o uso de ferramentas informatizadas, pois defende o uso de embasamento literário quando cita que “o uso de ferramentas informatizadas permite que conceitos literários estejam disponíveis de forma objetiva rápida e inteligente, facilitando e orientando o pensamento crítico necessário para a definição científica de diagnósticos em tempo real”.

Não podemos esquecer ainda que a otimização do tempo pelo uso da informática também se torna relevante no contexto atual de implantação da SAE e neste sentido Peres & Leite (2005) afirma que este tipo de sistema proporciona a permanência do tempo de cuidado direto ao paciente pelo fato de reduzir o tempo de registro de informações.

Aplicação da informática nos recursos (pessoal, material e financeiro) dá produtividade e a satisfação, tanto das pessoas assistidas quanto dos profissionais que atuam na prestação dos serviços de saúde. Sabendo que a preocupação com a qualidade já deixou de ser um diferencial para tornar-se um pré-requisito básico a sobrevivência e competitividade das organizações do mundo moderno. Um fenômeno que está modificando e vai modificar ainda mais a forma como os negócios são realizados (de modo a buscar competitividade e, ainda proporcionar um serviço mais rentável e seguro) e é a tecnologia, que irá impulsionar tanto sob o aspecto de automação de serviços como de tratamento especial de informações (ALTER, 1996).

É sabido que para os enfermeiros prestarem cuidados aos pacientes buscando a melhoria na qualidade e maior produtividade deve considerar a informatização como ferramenta que se utilizada adequadamente resultará na melhoria das atividades essenciais, enquanto os registros poderão ser processados com o auxílio dos computadores. O avanço da informática em todos os setores e na enfermagem e as vantagens que podem ser agregadas com seu uso tornaram viável o uso da tecnologia computacional para a elaboração da Sistematização da Assistência de Enfermagem por meio de um software (BETTA *et al.*, 2006).

Dentro das ferramentas para o uso na SAE de apoio tecnológico Lunardi-Filho *et al.* (1997) citam que o sistema de Apoio à Decisão no Planejamento e Prescrição de Cuidados de Enfermagem (SAD-PPCE) trata-se de um software que é uma ferramenta computacional que possibilita o rápido e fácil acesso aos protocolos de assistência de enfermagem orientados para solução de problemas.

A metodologia proposta consiste na utilização da classe mais simples de um Sistema de Apoio à Decisão (SAD), que se caracteriza pelo tratamento de grande volume de dados, realizando recuperações, combinações, tabulações, cálculos e estatísticas simples, sendo essencial o emprego de gerenciadores de banco de dados e técnicas estatísticas. Portanto, o SAD-PPCE, software desenvolvido para o planejamento e prescrição de cuidados de enfermagem, é um sistema capaz de gerenciar um volume muito grande de dados e apresentar uma grande capacidade de combinação de informações, podendo ser classificado como um sistema assistencial de apoio ao atendimento do paciente/cliente.

O SAD-PPCE oportuniza elementos para o desenvolvimento de conhecimentos e pesquisas sobre a atuação da enfermagem, pondo a sua complexidade à mostra, em contraposição à simplicidade que lhe é atribuída pelo senso comum. A pretensão do sistema é fazer com que o enfermeiro desempenhe o seu trabalho de forma mais fácil e efetiva, em que possa prescrever e aprender ao mesmo tempo (PRESSMAN, 1995).

Além disto, o emprego de computadores nas práticas de enfermagem pode nos auxiliar ainda, se considerarmos que tal instrumento poderá nos trazer as mãos em tempo real toda e qualquer informação que necessitamos para o cumprimento da assistência (MARIN, 1995).

Happ (1983) em um de seus artigos apresentou as vantagens e desvantagens da aplicação dos computadores observando que são precisos, economiza tempo, dinheiro, energia e também pode ajudar na diminuição de envolvimento do enfermeiro em atividades indiretas. E não há dúvidas que a tecnologia tenha se mostrado um fator correspondente pela redução significativa de alguns tipos de oportunidades de trabalho. Porém, na área da saúde, isso não é evidente. Até hoje, ainda não foi inventada uma máquina capaz de diagnosticar, acompanhar, cuidar e tratar do paciente ao mesmo tempo. Os trabalhos do enfermeiro, dos profissionais de saúde em geral não podem ser substituídos pelas máquinas, porém podem auxiliar, melhorar e ainda facilitar o planejamento e execução das tarefas (LUNARDI *et al.*, 2000).

Já as desvantagens levantadas por Happ (1983), são aquelas levantadas por muitos daqueles que vêm as ramificações negativas da tecnologia como desumanização e despersonalização da assistência, esse é o foco principal do autor para o desencorajamento da introdução da tecnologia computacional no cuidado.

Mais longe de desumanizar ou despersonalizar, o computador libera o enfermeiro das atividades burocráticas, oferecendo-lhe a disponibilidade necessária para planejar os cuidados personalizados e estar mais presentes junto ao paciente (ÉVORA *et al.*, 1990).

Além do que vale ressaltar que muito que se conseguiu atingir em qualidade na prestação da assistência foi obtido com o emprego dos computadores que por certo possuem maior capacidade para registrar, armazenar e organizar os dados manuseados em uma instituição qualquer de saúde (MARIN, 1995).

Cada vez mais esse posicionamento deve ser assumido pelos enfermeiros como forma de agregar e analisar as informações relevantes para a tomada de decisão e para o desempenho eficiente para todas as funções (SPERANDIO & ÉVORA, 2005).

O sistema de informação manual, tendo as observações anotadas pela enfermagem nos prontuários e outros papéis, é visto como um veículo de comunicação limitado e ultrapassado diante da moderna tecnologia digital.

Atualmente se faz necessária uma mudança de paradigma no desenvolvimento de sistemas de informação para uma abordagem participativa, na interação dos profissionais envolvidos na experiência vivenciada pela prática do trabalho, pois a revolução da informatização na enfermagem e na assistência à saúde é necessária e oferecerá uma oportunidade para melhorar e controlar a prática e as atividades de uma maneira anteriormente desconhecida. Os enfermeiros poderão ver o advento de microcomputadores como grande oportunidade para a enfermagem avançar sua base de conhecimentos e ter o seu reconhecimento a um passo mais rápido.

Através da sistematização da assistência que o enfermeiro poderá identificar clara e objetivamente o que deve ser realizado, como e quando, só assim ele poderá planejar sua assistência e com o auxílio de tecnologia, através do emprego de uma ferramenta computacional, com a capacidade de elaborar e utilizar protocolos assistenciais, agilizar as prescrições, apoiar decisões e planejar cuidados de enfermagem, favorecerá a qualidade do serviço prestado pelo enfermeiro e pela equipe de enfermagem.

Certamente os resultados apresentados pela utilização de softwares como o de sistema de apoio à decisão SAD-PPCE, conduzirá na prática assistencial de enfermagem, com percussões nas formas de administrar a assistência e de cuidar dos indivíduos.

O propósito desse esforço é, portanto, o de aperfeiçoar a assistência de enfermagem, por meio de implementação de um melhor sistema de controle de informação do paciente/cliente. Onde poderemos reaproximar o enfermeiro ao cuidado direto ao paciente/cliente, e não apenas centralizar a assistência apenas nos cuidados burocráticos. Para que isto torne realidade devemos ampliar os conhecimentos do enfermeiro para que valorize a importância da informática junto com a SAE como um instrumento facilitador da assistência viabilizando e proporcionando a mesma mais prática com agilidade e eficácia.

BIBLIOGRAFIA

1. ALTER, S. L. Information Systems: A management perspective. 2. ed. California: Menlo Park, Benjamin & Cummings, 1996.
2. ANA. American Nurses Association. The scope of practice for Nursing Informatics. Washington: American Nurse Publishing, 1994.
3. ANDERSON, R. J. A. Security policy model for clinical information systems. Oakland: Cambridge University, 1996.
4. ANDRADE, J. S.; VIEIRA, M. J. Prática assistencial de enfermagem: problemas perspectivas e necessidades de sistematização. Revista Brasileira de Enfermagem, v.58, n.3, p. 261-265, 2005.
5. BARBOSA, P. M. K. Sistematização da Assistência de Enfermagem Informatizada (SAE). Revista Nursing, v.108, p. 212-213, 2007.

6. BERNEDET, S. A.; BUB, M. B. C. Manual de diagnóstico de enfermagem: uma abordagem baseada na teoria das necessidades humanas básicas e na classificação Diagnóstica da NANDA. 2.ed. Florianópolis: Bernúncia, 2001.
7. BETTA, C. A. et al. Implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem Através de Instrumento Informatizado. Anais do XVIII Congresso Brasileiro de Engenharia Biomédica. Santa Catarina: UniVap, p.-. 2006. CD- ROM
8. COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº272/2002 – Dispõe sobre Sistematização da Assistência de Enfermagem. 2002. Disponível em:<http://www.coren-df.org.br/portal/index.php?view=article&catid=36%3Aresolucoes&id=98%3Aresolucao-cofen-2722002&format=pdf&option=com_content&Itemid=43>. Acesso em: 02 abr. 2009.
9. ÈVORA, Y. D. M. et al. O computador nas Unidades de Internação de um Hospital Escola: Expectativas do Enfermeiro. Revista Hospital Administração e Saúde, v.14, n.2, p.83-87, 1990.
10. ÈVORA, Y.D.M. Processo de informatização em enfermagem: orientações básicas. São Paulo: EPU, 1995.
11. FERNANDES. S. M. et al. A conduta gerencial da Enfermeira: um estudo fundamentado nas teorias gerais da administração. Revista Latino Americana de Enfermagem, v.11, n. 2, p.161-167, 2003.
12. FERREIRA, P. História do Computador. 2006. Disponível em:<<http://www.dei.isep.ipp.pt/~paf/orgcdocs/historia-notas.pdf>>. Acesso em: 14 abr. 2008.
13. FIGUEIRÓ, F. et al. Prescrição de enfermagem: uma realidade ou utopia?. Rio Grande: FURG- mimeo, 1994.
14. HAPP, B. Should computers be used in the nursing care of patients?. Nursing Management, v.14, n.7, p.31-34, 1983.
15. KUCHLER, F. F.; ALVAREZ, A. G.; HAERTEL, L. A. Impacto sobre o tempo de Execução do processo de enfermagem auxiliando por ferramenta informatizada. 2006. Disponível em: <<http://www.sbis.org.br/cbis/arquivos/940.pdf>>. Acesso em: 27 nov. 2009.
16. LUNARDI, G. L.; LUNARDI-FILHO, W. D. ; MAÇADA, A. C. G. O uso de uma ferramenta de apoio à decisão na busca da qualidade no processo de trabalho da enfermagem. 2000. Disponível em: <http://www.ea.ufrgs.br/professores/acgmacada/PUBS/sad-enegep.pdf>>. Acesso em: 27 nov. 2009.
17. LUNARDI-FILHO, W. D.; LUNARDI, G. L.; PAULITSCH, F. S. A Prescrição de enfermagem computadorizada como um instrumento de comunicação nas relações multiprofissionais e intra-equipe de enfermagem relato de experiência. Revista Latino Americana de Enfermagem, v.5 n.3, p.63-69, 1997.
18. MARIN, H. F. Informática em Enfermagem. São Paulo: EPU, 1995.
19. MASSAD, E.; MARIN, H. F.; AZEVEDO, R. S. O Prontuário do Paciente na Assistência, Informação e conhecimento Médico. São Paulo; FMUSP/UNIFESP/OPAS; 2003.
20. MELLO, C. P. Uma experiência de 10 anos de Desenvolvimento de Software na Área Médica. Anais do Congresso Nacional de Informática. Rio de Janeiro: SUCESU, v. 2, 1988, p. 937-942.
21. PERES, H. H. C.; LEITE, M. M. J. Sistemas de Informação em Saúde. In: KURCGANT, P. Gerenciamento em Enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p.67-73.
22. PRESSMAN, R. Engenharia de Software. São Paulo: Markron Books do Brasil, 1995.
23. REES, R. L. Understanding Computers. Journal of Nursing Administration, v.8, n.3, p.4-7, 1978.
24. SALVADOR, M. F. V.; ALMEIDA-FILHO, V. G. Aspectos Éticos de Segurança do Prontuário Eletrônico do Paciente. In: Jornada do conhecimento e da tecnologia, 2., 2005, Marília. Trabalhos apresentados... Marília, SP: UNIVEM, 2005. Disponível em: <http://galileu.fundanet.br/jornada/artigos/computacao/Valeria_Farinazzo.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2008.
25. SANTOS, S. R.; PAULA, A. F. A.; LIMA, J. P. O enfermeiro e sua percepção sobre o sistema manual de registro no prontuário. Revista Latino Americana de Enfermagem, v.11, n.1, p. 80-87, 2003.
26. SPERANDIO, D. J. Sistematização da Assistência de Enfermagem: Proposta de um Software – protótipo. 2002. 12f. Tese (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. SPERANDIO, D. J.; ÈVORA, Y. D. M. Planejamento da Assistência de Enfermagem: proposta de um software-protótipo. Revista Latina Americana de Enfermagem, v.13, n.6, p.937-943, 2005.
27. TURKLE, S. The second self: computers and the human spirit. New York: Simon and Schuster, 1984. 362p.

**PROGRAMA SEGUNDO TEMPO: UMA OPÇÃO PARA O
CONTRATURNO ESCOLAR****PROGRAMA SEGUNDO TEMPO: AN OPTION FOR THE OVER-TIMETABLE AT
SCHOOL**

THAIS DA SILVA MELO. Discente do Curso de Licenciatura em Educação Física da
Faculdade INGÁ.

ANGELA MARIA RUFFO. Docente do Curso de Licenciatura em Educação Física da
Faculdade INGÁ.

Endereço para correspondência: Thais da Silva Melo. Rua José Toral Querubim, 80, CEP: 87047-438, Moradia dos Ipês, Maringá, Paraná, Brasil. thaismelo86@yahoo.com.br

RESUMO

O Programa Segundo Tempo é um programa do Governo Federal que tem como principal objetivo, a democratização do acesso à prática e à cultura do Esporte, prioritariamente em áreas de vulnerabilidade social. Desta forma, esta pesquisa bibliográfica busca compreender os benefícios oferecidos pelo Programa Segundo Tempo, discutindo sua aplicação e aceitação. Foi possível constatar por meio de livros, artigos científicos e sites de internet que o Programa Segundo Tempo mesmo possuindo muitos benefícios, como redução da exposição dos alunos aos riscos sociais e a promoção da saúde através da atividade física, apresenta-se com grande dificuldade na implementação e manutenção do Programa nas escolas. No entanto, observa-se que mesmo com a presença de diversos obstáculos, faltam ações governamentais que garantam o bom funcionamento das atividades desenvolvidas. Sendo assim, conclui-se que o Programa contribui de forma positiva na vida dos alunos, visto que a prática cotidiana de atividade física pode levar a criança ou adolescente a uma melhor qualidade de vida. Diante disto, salientamos que o contraturno escolar pode ser uma opção na promoção da saúde, qualidade de vida, lazer, afastamento dos perigos das ruas, bem como, na melhoria do processo ensino-aprendizagem.

PALAVRAS-CHAVE: Escola. Programa Segundo Tempo. Contraturno.

ABSTRACT

The Programa Segundo Tempo (Second Time Program in portuguese) is a federal program that has as main role to democratize the access to the practice and culture of sports, primarily in areas of social vulnerability. Thus, this bibliographic research seeks to understand the benefits provided by Programa Segundo Tempo, discussing their application and acceptance. It was possible to see by books, articles and websites the Programa Segundo Tempo, even bearing numerous benefits such as reducing students' exposure to social risks and promoting health through physical activity, is presented with worser difficulty in implementing and

maintenance program in schools. However, it is observed that even with the presence of several obstacles, e.g. the lack of government action to ensure the smooth running of activities. Thus, we conclude that the program contributes positively to the lives of students, whereas the daily physical activity can lead to child or adolescent to better welfare. Because this, we note that over School timetable may be an option in health promotion, welfare, leisure, removal of the dangers of the streets, as well as in improving the teaching-learning process.

KEYWORDS: School. Second Time Program. Over-School Timetable.

INTRODUÇÃO

A criança e o adolescente têm o direito de oportunidades para que os mesmos se distanciem dos riscos sociais que a sociedade oferece. Segundo ECA (1990) o Art. 3º do Estatuto da Criança e do Adolescente dispõe sobre a proteção destes da seguinte forma:

A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta lei, assegurando-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade.

Considerando os direitos expostos acima, o Ministério do Esporte em 2003, criou o Programa Segundo Tempo, que através de suas diretrizes busca oferecer no contraturno escolar, acesso a cultura e prática de esportes como fator de formação da cidadania e melhoria na qualidade de vida, popularizando o acesso à prática de atividades de cunho educacional e esportivo, promovendo maior desenvolvimento das crianças provenientes de escola pública, principalmente aquelas que estão expostas a exclusão, vulnerabilidade e riscos sociais.

De acordo com Guareschi *et al.* (2007), entende-se vulnerabilidade social como sendo uma posição de desvantagem frente ao acesso às condições de promoção e garantia dos direitos de cidadania de determinadas populações.

O Programa Segundo Tempo é caracterizado por atividades no contraturno escolar. Pode-se considerar o contraturno como sendo uma alternativa para atendimento de crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social, fazendo com que estas se distanciem dos perigos das ruas, e fiquem o maior tempo possível em contato com o aprendizado constante.

As atividades do Programa Segundo Tempo acontecem com grupos de 100 alunos, crianças ou jovens, que são orientados por um coordenador (geralmente um professor de Educação Física) e um monitor (estagiário de Educação Física), em espaços físicos específicos, podendo ser no ambiente da escola ou espaços comunitários públicos ou privados. Estes espaços necessariamente devem ter condições mínimas para o atendimento dos jovens, como por exemplo, banheiros, bebedouros, locais adequados para realização das atividades complementares oferecidas, bem como, para a distribuição do reforço alimentar (PROGRAMA SEGUNDO TEMPO PADRÃO, 2009).

As atividades são realizadas 03 vezes na semana, e de 02 a 04 horas diárias. São ofertadas no mínimo 03 modalidades esportivas, as quais englobam: Modalidades coletivas (oferta de no mínimo duas atividades), individuais (oferta mínima de uma modalidade) e atividades complementares caracterizadas por atividades educacionais, atividades culturais, ambientais, entre outras. Dentre as modalidades esportivas coletivas, destacam-se, basquetebol, futebol de campo, futsal, handebol, voleibol, entre outras. Com relação às modalidades individuais pode-se mencionar: ginásticas (rítmica/artística/olímpica), atletismo,

capoeira, lutas, natação, tênis de mesa, entre outras. Segundo as diretrizes do Programa, está prevista a oferta de reforço alimentar, sob a forma de lanches, bem como o recebimento de materiais esportivos, educacionais e de primeiros socorros, necessários para a continuidade do Projeto (PROGRAMA SEGUNDO TEMPO PADRÃO, 2009).

Apesar dos benefícios que o Programa Segundo Tempo proporciona há grande dificuldade na implantação e manutenção do mesmo, visto a falta de infra-estrutura, pessoas qualificadas para administrar o Programa e principalmente ausência de merenda escolar.

Desta forma, esta pesquisa bibliográfica busca compreender os benefícios oferecidos pelo Programa Segundo Tempo, discutindo sua aplicação e aceitação.

PROGRAMA SEGUNDO TEMPO: BENEFÍCIOS E OBSTÁCULOS

O Programa Segundo Tempo é destinado a crianças e adolescentes provenientes de escola pública, principalmente aqueles que estão expostos à vulnerabilidade, exclusão e riscos sociais.

Autores apontam como principais características, o acesso a diferentes modalidades esportivas, sendo elas coletivas ou através de Programas Educacionais, os quais podem ser realizados em espaços físicos escolares ou não (SILVA & ROCHA, 2007).

As diretrizes do Programa Segundo Tempo Padrão (2009) estabelecem que:

O Segundo Tempo é um programa do Ministério do Esporte, destinado a democratizar o acesso à prática e à cultura do Esporte de forma a promover o desenvolvimento integral de crianças, adolescentes e jovens, como fator de formação da cidadania e melhoria da qualidade de vida, prioritariamente em áreas de vulnerabilidade social.

Em relação aos objetivos específicos destacam-se: redução da exposição dos alunos a riscos sociais; melhoria no rendimento escolar; redução da evasão escolar; novos empregos na área da educação física e esporte nos locais onde há a implantação do Programa; melhoria da infra-estrutura esportiva no ensino público nas comunidades (PROGRAMA SEGUNDO TEMPO PADRÃO, 2009).

Mesmo apresentando vários benefícios, sabe-se das grandes dificuldades que existem na implantação e manutenção do programa. Silva e Rocha (*online*, 2007) descrevem como as principais dificuldades: falta de infra-estrutura e ausência da merenda escolar, elementos essenciais para o bom desenvolvimento das atividades e conseqüentemente para a melhor proporção de benfeitorias ao público do Programa.

Sá & Jeremias (2009) complementam que nem todas as escolas possuem instalações físicas adequadas para atender os participantes do Programa. Diante disto Marques & Krug (2008) lembram sobre o descomprometimento do Governo através dos Programas sem continuidade, quando se referem ao descontentamento dos alunos quando o Programa se finaliza.

Ao falarem sobre os pontos negativos do Programa, Marques & Krug (2008) enfatizam que se mal implementado, apenas desperdiça tempo e prejudica a formação dos alunos de determinadas instituições.

Contudo, apesar de todas as dificuldades existentes, grande é a importância da manutenção deste projeto nas instituições de ensino, visto as inúmeras contribuições que o mesmo proporciona aos alunos, além da satisfação e motivação que obtém no momento em que estão reunidos na escola. Desta forma, Marques & Krug (2008) destacam os seus mais importantes benefícios, os quais são de suma importância para a formação aluno:

O aluno tendo gosto e estando envolvido com uma prática esportiva irá ter reflexos, positivos ou negativos, em toda a sua vida. Sendo assim, um programa de cunho esportivo

pode contribuir muito na formação de um ser melhor e mais completo, fixando valores e qualidades valiosíssimos para a sua existência [...].

CONTRATURNO ESCOLAR NA REDUÇÃO DA EXPOSIÇÃO AOS RISCOS SOCIAIS

Muitas crianças e jovens, principalmente aquelas que se encontram na periferia das grandes cidades encontram-se expostas a riscos sociais, vivendo em situação de vulnerabilidade social. Segundo a concepção do Ministério do Esporte (ME) e da Secretaria Nacional de Esporte Educacional (SNEE) (2005 apud ATHAYDE, 2009): Entende-se risco social todas as situações que expõe a vida das crianças, adolescentes e jovens a perigo constante.

Para Silva (2007) a vulnerabilidade diz respeito à falta de ativos materiais e imateriais a que determinado indivíduo ou grupo está exposto a sofrer futuramente alterações bruscas e significativas em seus níveis de vida. Assim, podemos dizer que essa vulnerabilidade social é fruto do crescimento das grandes cidades, haja visto que esse crescimento se dá pelo fato de indivíduos com condições sociais e financeiras inferiores, principalmente os quais se encontram nas zonas rurais, procuraram melhoria de suas condições, migrando para as zonas urbanas.

Silva (2007) defende que a cidade sempre foi palco do crescimento e da inovação tecnológica e atraente para aqueles que buscam melhorar sua condição social, já que neste espaço os serviços estão em maior quantidade e a lei da oferta e procura cresce nas cidades. Este palco expõe o indivíduo a condições precárias, visto que as melhores oportunidades sempre são dadas às pessoas com maior nível de escolaridade, condição esta que geralmente esses indivíduos não possuem. Neste sentido, o autor supracitado defende que quanto maior o nível de escolaridade da pessoa, maior será o seu valor como capital humano, facilitando assim a melhoria do seu patamar e conseqüentemente um melhor nível de vida.

Diante disto, quanto menor o nível escolar maior será a exclusão desses indivíduos da sociedade, devido à falta de condições favoráveis para que os mesmos possam viver com o mínimo de dignidade. Segundo Abramovay (apud GUARESCHI *et al.*, 2007) a vulnerabilidade é definida como situação em que os recursos e habilidades de um dado grupo social são insuficientes e inadequados para lidar com as oportunidades oferecidas pela sociedade. É esse conceito que determina a desigualdade social e a pobreza.

Considerando esta situação, as instituições governamentais perceberam a necessidade da elaboração de políticas sociais e educacionais para o distanciamento de jovens que se encontram em situação de risco social. Devido ao crescimento das desigualdades sociais, os problemas existentes nas diversas comunidades do Brasil foram revelados o que torna-se uma grande oportunidade para o surgimento de programas sociais (CORREIA, 2008).

Pode-se ainda relacionar os fatores de risco social e vulnerabilidade de jovens com o baixo nível escolar, sendo que estes se devem ao fato de que os jovens ao entrarem no mercado de trabalho, interrompem bruscamente seus estudos. Sabendo da importância que a escolarização tem para os jovens, alguns programas sociais e educacionais visam redução da exposição de jovens aos riscos sociais, diminuição da evasão escolar e da vulnerabilidade social, oportunizando-os às práticas que oportunizam a uma situação de igualdade perante os outros (SILVA, 2007). O contra-turno escolar, têm sido utilizado para que esse objetivo possa ser alcançado.

O objetivo do contraturno escolar é subsidiar o processo de aquisição do ensino-aprendizagem, possibilitando o acesso a programas de informática, artesanato, musicalização, capoeira, recreação, oficinas de trabalho educativo nas panificadoras e marcenarias, em sistema de rotatividade. No entanto, ocorre o assistencialismo, que é voltado para um problema da área social, visando à prevenção da marginalidade, oferecendo as crianças e

adolescentes o que a família não consegue proporcionar. Desta maneira, a escola pública deveria contemplar a educação formal com o contraturno escolar, através de atividades diversificadas, ocasionado uma ação global, onde os docentes envolvidos estariam em constante troca de experiências no qual poderiam elaborar um planejamento conforme as necessidades de aprendizado (ANGER, 2010).

Assim, é possível entender a grande importância que é atribuída ao contraturno escolar na vida dos educandos, principalmente os que estão suscetíveis à vulnerabilidade social e à marginalidade. A inserção dos mesmos em atividades de contraturno escolar, proporciona o afastamento dos perigos das ruas, melhora o processo ensino-aprendizagem, sendo que este relacionado a uma proposta curricular que integre as ações da atividade do contra turno às atividades escolares, e dependendo da atividade a ser executada, permite que o aluno tenha ingresso aos benefícios inclusos na referida modalidade, sendo que esta pode trazer acesso à promoção da saúde, integração social com os colegas, desenvolvimento motor e melhoria no rendimento escolar, entre outros.

BENEFÍCIOS DO CONTRATURNO ESCOLAR NA EDUCAÇÃO FÍSICA

A atividade física é de grande importância no cotidiano de todos os indivíduos, tanto no âmbito da saúde e qualidade de vida, como também no âmbito do lazer. Sabemos que quando uma pessoa possui como rotina a prática de atividades físicas regulares, é possível reduzir as chances de desenvolver vários tipos de doenças crônicas, como diabetes, doenças cardíacas, hipertensão, obesidade, bem como reduz os riscos de desenvolver depressão, aumentando a auto-estima. Borba (2006) reflete sobre o assunto: [...] ser fisicamente ativo desde a infância apresenta muitos benefícios, não só na área física, mas também nas esferas sócio e emocional, e pode levar a um melhor controle das doenças crônicas da vida adulta.

Segundo Nahas (2001) entende-se por atividade física qualquer movimento corporal com gastos energéticos acima dos níveis de repouso. Rose Junior (2002) complementa, as atividades físicas fazem parte do desenvolvimento humano, e muitos benefícios começam com sua prática na infância e na adolescência. Cezário (2008) também descreve: [...] o movimento é essencial no desenvolvimento psicológico e é a representação das relações entre o ser e o meio. Borba (2006) enfatiza: [...] a atividade física melhora o desenvolvimento motor da criança, ajuda no seu crescimento e estimula a participação futura em programas de atividade física. Finalizado Nieman (1999) afirma que o objetivo final da promoção da atividade física é a saúde.

Pensando em atividade física e qualidade de vida, é possível relatar um fator alarmante em relação às doenças crônicas entre crianças e adolescentes muito discutido na atualidade, a obesidade. Borba (2006) conceitua obesidade como sendo [...] um distúrbio complexo relacionado com numerosos fatores que desequilibram o balanço energético e é, em geral, doença. Para Rose Junior (2002) a obesidade entre crianças e adolescentes tem aumentado de forma alarmante em diversos países de renda média no mundo, e no Brasil não é diferente. Assim, Pimenta & Palma (2001) relatam que a escolha por um modo de vida mais sedentário possa estar colaborando para o aumento da obesidade infantil.

Os adolescentes têm optado por atividades onde não há gastos de energia, como por exemplo, assistir televisão. Diante disto, Pimenta & Palma (2001) relatam:

Com relação ao hábito de assistir à TV, tanto os meninos quanto as meninas relataram dedicar mais de duas horas por dia, em média, a este passatempo, caracterizando a tendência de se ocuparem com uma atividade que demande menos energia, inclusive porque o tempo semanal destinado a atividades físicas foi bem menor, e a correlação entre ambas as atividades foi forte e em sentidos opostos.

Atualmente, nas grandes cidades, as crianças não possuem quase espaço para atividades físicas, consomem dieta rica em alimentos altamente calóricos, ficam muito tempo de seu dia em frente a televisão, videogame e computador. Estas questões ambientais condutoras do sedentarismo são as principais causadoras de obesidade infantil (BORBA, 2006).

Diante do exposto, a atividade física regular pode ser considerada um forte instrumento na prevenção da obesidade e de outros tipos de doenças. Para Nieman (1999) a maioria dos especialistas acredita que as crianças e jovens necessitam de atividade física diária para se manterem treinados e saudáveis. Cezário (2008) complementa que as crianças necessitam da atividade física para melhor desenvolvimento, podendo a inatividade ser um perigo a saúde, visto num contexto de desenvolvimento das competências, seja social, intelectual e/ou cognitiva. Da mesma forma, Costa *et al.* (2003) enfatizam que a saúde possui forte relação com a prática de exercícios físicos.

Portanto, a atividade física regular pode ser aplicada por meio do contraturno escolar. O prazer pode ser considerado uma das principais razões pelas quais as crianças participam da atividade física (NIEMAN, 1999). No contraturno escolar, o professor/monitor, pode utilizar essa ferramenta (prazer) para atrair seus alunos, aplicando atividades que além de trabalhar o corpo, possa ao mesmo tempo diverti-los, promovendo, saúde e lazer. Assim, reforçamos que a atividade física pode fazer parte de uma brincadeira, de um jogo, de esportes, da recreação, das aulas de educação física ou de exercícios planejados com a família ou com a comunidade, o importante é que todos os jovens sejam fisicamente ativos quase que cotidianamente (NIEMAN, 1999).

Com relação às atividades lúdicas, é possível afirmar que esta é de grande importância para ajudar a reverter o processo de obesidade infantil auxiliando no envolvimento das crianças com a atividade física, já que a ludicidade traz essencialmente prazer (BORBA, 2006).

Outro aspecto relevante a ser salientado, é a tranquilidade que os pais adquirem ao saberem que ao invés de seus filhos estarem expostos aos riscos das ruas, estão participando do Programa Segundo Tempo. Mendes *et al.* (2007) afirmam [...] para os pais o Programa Segundo Tempo foi uma ação bastante significativa para os filhos, já que constituía ao mesmo tempo possibilidade de acesso a atividades de esporte e lazer e afastamento da rua. Ainda de acordo com o autor uma família que vê nas ações esportivas e de lazer elementos importantes de desenvolvimento social e cultural dos filhos, provavelmente influenciará positivamente a participação em atividades dessa natureza. Desta forma, verifica-se a grande importância atribuída pelos pais em relação à participação dos filhos em programas que utilizam o esporte como meio de inserção social.

Enfim, a prática cotidiana de atividade física, pode levar a criança ou adolescente a uma melhor qualidade de vida e o contraturno escolar através do Programa Segundo Tempo, administrado corretamente, pode promover saúde, qualidade de vida, lazer, afastamento dos perigos das ruas, melhora no processo ensino-aprendizagem.

REFLEXÕES

Ao término dessa pesquisa, podemos dizer que o Programa Segundo Tempo exerce influência positiva na vida dos alunos envolvidos, pois, de acordo com diretrizes do programa, a principal finalidade consiste em levar o aluno a uma melhor qualidade de vida, tendo em vista a exposição aos riscos sociais que as ruas oferecem, à falta de atividade física que pode ser nociva a saúde do adolescente, entre outros.

Deve-se enfatizar que é essencial para este Programa que sua proposta seja rigorosamente seguida, para que o mesmo possua uma infra-estrutura que atenda de forma ampla os alunos que dele participa, pois, sem as mínimas condições de segurança e atendimento, de nada adianta a sua implantação.

Torna-se necessário realizar outras pesquisas que busquem discutir a implantação, bem como, a existência de outros programas, analisando, aspectos como, infra-estrutura, seriedade/ação governamental, preparo profissional, incentivo e outros aspectos. Estas discussões podem acelerar o processo de reconhecimento da implantação de programas voltados ao esporte, e desta forma, contribuir na apresentação de novas possibilidades que possam atender na íntegra o aluno que dele participa, ou seja, oferecer diversos benefícios, tais como, redução e exposição aos riscos sociais, maior sociabilidade, melhoria na qualidade de vida, enfim, formação do cidadão.

BIBLIOGRAFIA

1. ANGER, V.A. **Contra turno escolar: uma reflexão na instituição CEMIC.** Disponível em < <http://cac.php.unioeste.br/projetos/gpps/midia/seminario1/trabalhos/Educacao/eixo7/08veraaparecidaagner.pdf>> Acesso em: 19 abr. 2010.
2. ATHAYDE, P.F.A. **Programa Segundo Tempo: conceito, gestão e efeitos.** Brasília, 2009. 183 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade de Brasília
3. BORBA, P.C.S. **A importância da atividade física lúdica no tratamento da obesidade infantil.** 2006. Disponível em <www.educacaofisica.com.br/download.asp?tp=biblioteca&id=1432>. Acesso em 30 ago. 2010.
4. CEZÁRIO, A.E.S. **Influência da atividade física no desenvolvimento motor e no rendimento escolar em crianças do Fundamental.** Caucaia, 2008. 28 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Licenciatura Plena em Educação Física) – Universidade Estadual Vale do Acaraú – Campus Universitário Caucaia.
5. CORREIA, M.M. Projetos Sociais em Educação Física, Esporte e Lazer: Reflexões e considerações para uma gestão socialmente comprometida. **Arquivos em Movimento**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 114-127, jan./jun., 2008.
6. COSTA, I.T. et al. Análise dos conceitos de saúde e qualidade de vida de professores, alunos e funcionários do curso de Educação Física da UFV: um estudo comparativo. **Revista Mineira de Educação Física**, v. 11, n. 1, p. 79-215, 2003.
7. ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE. Brasília, 1990.
8. GUARESCHI, N. et al. Intervenção na condição de vulnerabilidade social: um estudo sobre produção de sentidos com adolescentes do programa do trabalho educativo. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 1, n. 1 p. 17-27, jun., 2007.
9. MARQUES, M. N.; KRUG, H.N. **A contribuição do programa segundo tempo para os discentes de uma escola estadual de Santa Maria: um estudo de caso fenomenológico.** 2008. Disponível em <http://www.efdeportes.com/efd124/as-contribuicoes-do-programa-segundo-tempo.htm>. Acesso em 19 abr. 2010.
10. MENDES, V. et al. **Como os pais percebem a participação dos filhos no programa Segundo Tempo.** 2007. Disponível em: <<http://www.cbce.org.br/cd/resumos/265.pdf>> Acesso em 30 ago. 2010.
11. NAHAS, M.V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo.** 2. ed. Londrina: Midiograf, 2001.
12. NIEMAN, D.C. **Exercício e saúde: como se prevenir de doenças usando o exercício como seu medicamento.** 1. ed. São Paulo: Manole, 1999.
13. PIMENTA, A.P.A.A.; PALMA, A. Perfil epidemiológico da obesidade em crianças: relação entre televisão, atividade física e obesidade. **Rev. Bras. Ciên. e Mov**, v. 9, n. 4, p. 19-24, 2001.
14. PROGRAMA SEGUNDO TEMPO PADRÃO: Diretrizes e Orientações para Estabelecimento de Parcerias. Brasília, 2009.
15. ROSE, JR., D. **Esporte e atividade física na infância e na adolescência: uma abordagem multidisciplinar.** Porto Alegre: Artmed Editora, 2002.
16. SÁ, I.D.; JEREMIAS, I. **Programa Segundo Tempo afasta crianças dos perigos das ruas.** 2009. Disponível em: <<http://empautaufs.wordpress.com/2009/01/08/Programa-segundo-tempo-afasta-criancas-dos-perigos-das-ruas/>>. Acesso em: 30 de ago. de 2010.
17. SILVA, A.V. **Vulnerabilidade Social e suas consequências: o contexto educacional da Juventude na Região Metropolitana de Natal.** In: 13º ENCONTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS DO NORTE/NORDESTE/II ENCONTRO DE ANTROPOLOGIA VISUAL EM ALAGOAS. Maceió, 2007.
18. SILVA, S.M.O.; ROCHA, L.A.O. **Programa Segundo Tempo na cidade de Lauro Freitas – BA: a teoria e a prática.** 2007. Disponível em <<http://www.efdeportes.com/efd114/programa-segundo-tempo.htm>> Acesso em: 19 abr. 2010.

EDUCAÇÃO FÍSICA E PSICOMOTRICIDADE: RELAÇÃO COM O DESENVOLVIMENTO DA LATERALIDADE EM CRIANÇAS

PHYSICAL EDUCATION AND PSYCHOMOTRICITY: RELATIONSHIP WITH THE DEVELOPMENT OF LATERALITY CHILDREN IN SIDES

GLEICY REGINA PIRES. Discente do Curso de Educação Física da Faculdade Ingá.

ANGELA MARIA RUFFO. Docente do curso de Educação Física da Faculdade Ingá.

Endereço para Correspondência: Gleicy Regina Pires. Rua Barão do Tietê Nº 105 CEP: 87040-060, Jardim Tupinambá Maringá, Paraná, Brasil. gleicyregina@hotmail.com

RESUMO

A psicomotricidade é uma ciência que estuda o ser humano em relação ao seu corpo em movimento no qual o movimento se relaciona com a parte fisiológica e a tomada de consciência, a este termo inclui a lateralidade que é considerada o conhecimento do lado do copo. O uso da lateralidade no trabalho com as crianças é de suma importância, pois é possível o educador usá-la como forma preventiva ou para amenizar danos psicomotores. O trabalho psicomotor é fundamental para o desenvolvimento do indivíduo. Portanto, este estudo bibliográfico teve como objetivo compreender por meio da análise de artigos científicos, livros e sites da internet, sobre a importância do professor de Educação Física no desenvolvimento psicomotor de crianças, em especial na lateralidade. Desta forma, pode-se concluir que a psicomotricidade se não vivenciada de maneira adequada pode ocasionar impactos na vida do ser humano. O professor deve ser instrumento no incentivo ao desenvolvimento do ritmo, coordenação, equilíbrio, expressão e imagem corporal, dando condições para o aprimoramento dos aspectos afetivo, mental, motor e social. Por fim, observou-se a escassez de estudos relacionados à psicomotricidade, principalmente no que se refere ao desenvolvimento da lateralidade.

PALAVRAS-CHAVE: Psicomotricidade. Lateralidade. Educação Física.

ABSTRACT

The psychomotor is a science that studies the human being in relation to your body in motion in which the motion relates to the physiological part and awareness, this term includes the laterality is considered that the knowledge side of the cup. The use of laterality in working with children is of paramount importance, because the teacher can use it as a preventive manner to minimize damage or psychomotor. The work is fundamental to the psychomotor development of the individual. Therefore, this study aimed to understand literature through the analysis of scientific articles, books and websites on the importance of physical education teacher in the psychomotor development of children, especially laterally. Thus, one can conclude that the psychomotor if not experienced properly can cause impacts on human life.

The teacher should be instrumental in encouraging the development of rhythm, coordination, balance, speech and body image, giving conditions for the improvement of aspects of emotional, mental, motor and social development. Finally, there is a scarcity of studies related to psychomotor, especially as regards the development of laterality.

KEYWORDS: Psychomotor. Laterality. Physical Education.

INTRODUÇÃO

Atualmente é possível encontrar muitos problemas na educação escolar, sendo a falta de atenção, desenvolvimento e aprendizagem dos alunos alguns dos maiores problemas encontrados pelos educadores. Esse fator eventualmente está relacionado ao desenvolvimento psicomotor, atuando junto com a motricidade, psiquismo e inteligência, bem como, pela relação professor e aluno. (THIERS, 1998; OLIVEIRA, 2004).

O trabalho psicomotor é fundamental para o desenvolvimento do indivíduo. Através dele o educador consegue entender o comportamento da criança, percebendo suas necessidades, possibilitando auxiliá-la da melhor forma. No entanto, a convivência entre aluno e professor deve ser amigável, sendo o professor uma peça relevante para entrar na realidade da criança e facilitar a confiança, seja nela mesma, como também na relação com o próprio professor, isso favorecerá uma evolução na aprendizagem. (OLIVEIRA, 2004). Nesse contexto, é notória a presença do professor de Educação Física, pois muitas vezes esse apresenta um bom convívio com os alunos. Contudo, é necessário que o profissional possua informações suficientes para participar de maneira ativa na expansão de conhecimento pelas crianças; até porque a infância é uma fase primordial para o desenvolvimento. (MARCO, 2008).

Aguiar *et al.* (2007) reforçam que a primeira infância é um período crucial no desenvolvimento mental, emocional e na socialização do indivíduo. Até os seis anos de idade as estruturas físicas e intelectuais de crescimento e aprendizagem emergem e começam a estabelecer suas fundações para o resto da vida. Complementando, podemos considerar a primeira infância até os seis anos de idade (PICQ & VAYER, 1988) ou abaixo dos oito anos, que vai da transição da pré-escola ao ensino fundamental. (AGUIAR *et al.*, 2007).

Nesse período é importante que a criança apresente um bom desempenho psicomotor para que tenha subsídios fundamentais para seu desenvolvimento na segunda infância. Assim, faz-se necessário que as etapas do desenvolvimento sejam respeitadas, a fim de que possa atingir todos seus potenciais, bem como, autonomia, conhecimento de seu próprio corpo e afirmação de domínio lateral. (PICQ & VAYER, 1988; MELLO, 1989).

Caso não sejam respeitadas as etapas de desenvolvimento da criança, é possível que esta sofra com problemas na aprendizagem, ocasionando problemas futuros. (DOMINGUES, 2007; MELLO, 1989). Contudo, o educador pode utilizar a psicomotricidade como um método preventivo aos desajustes motores, promovendo melhor desempenho do aluno (OLIVEIRA, 2004; MONTESSORI, 2004), ou seja, a educação psicomotora pode ser vista como preventiva, uma vez que oferece condições para a criança se desenvolver melhor em seu ambiente. (OLIVEIRA, 2004).

Nesse sentido, o professor de Educação Física poderá auxiliar por meio de diversas atividades no reforço da psicomotricidade; em especial na lateralidade. Dentre as atividades destacam-se os jogos e expressão livre, exercícios de coordenação, dinâmica geral, exercícios de manipulação, coordenação viso manual e diferentes tipos de lançar. No entanto, no que se refere ao desenvolvimento da lateralidade, o educador não deve impor ao aluno o domínio lateral a ser utilizado, mas sim, deixá-lo livre para fazer escolhas, facilitando sua ação. (LE BOULCH, 1992). Portanto, no que se refere à lateralidade, Coste (1981) Sabóia (1984) e Fonseca (1983 apud MELLO, 1989) afirmam que:

a lateralidade é a capacidade de se vivenciar as noções de direita esquerda sobre o mundo exterior, independentemente da sua própria situação física. Difere, portanto do conceito de dominância lateral, que significa o predomínio ocular, auditivo e sensorio-motor de um dos membros superiores ou inferiores, que deve ocorrer em todas as pessoas, e é determinada, segundo por uma carga inata e por influência de ordem social.

Quando se trata de uma pessoa que tenha dominância na mão, olho e pé em apenas um lado do corpo é chamada de destra homogênea ou canhota homogênea, isso dependerá do lado das três dominâncias, e se caso haja dominância em ambos os lados será denominada lateralidade cruzada. (OLIVEIRA, 2004), ou ambidestro, devido ao fato de se usar não apenas um lado do corpo como predominante. Um exemplo é o uso da mão direita dominante e também ter o olho esquerdo dominante. Em determinada fase da vida é considerado normal às crianças não terem a lateralidade definida, mas quando isso continua até a fase adulta acarreta problemas ao indivíduo como cansaço durante um exercício físico, falta de coordenação para realizá-los, possíveis quedas, sono inadequado, além de não conseguirem prestar atenção na aula ou nas atividades diárias, fazendo com que se sintam diferente perante aos outros. (ALVES, 2007; FERREIRA, 2001).

Diante do exposto, esta pesquisa bibliográfica busca compreender por meio da análise de artigos científicos, livros e sites da internet, a importância do professor de Educação Física no desenvolvimento psicomotor de crianças, em especial na lateralidade.

Lateralidade

A lateralização tem origem no latim e quer dizer lado (CARDOSO & ALMEIDA, 2007) e é a tradução de uma assimetria funcional. Considera também que ambos os lados do corpo não são iguais e conforme o desenvolvimento da pessoa isto poderá ser mais visível, principalmente durante as realizações de atividades práticas que queira realizar. Ainda complementa que a lateralidade é função da dominância, tendo um dos hemisférios e iniciativa da organização do ato motor, que incidirá no aprendizado e na consolidação das praxias que é o movimento coordenado voluntariamente a fim de chegar a um resultado. (LE BOULCH, 1992; ANDRADE, 1984).

Meur & Staes (1991) relataram que a lateralidade não é homogênea: a criança escolhe bem a mão ou pé dominante, mas nunca está segura de saber qual é o lado direito e qual é o lado esquerdo. Descrevem ainda que a lateralidade corresponde a dados neurológicos, mas também é influenciada por certos hábitos sociais.

Complementando, a lateralidade é a propensão que o ser humano possui de utilizar preferencialmente mais um lado do corpo do que outro em três níveis: mão, olho e pé. Em síntese há uma predominância em um dos lados do corpo, por consequência este lado preferido terá maior desenvoltura quando levado em consideração a força muscular, a precisão e rapidez do membro, sendo usado para desempenhar ações principais, entretanto, o lado com menos habilidade auxiliará na execução da ação para melhor desempenho. (OLIVEIRA, 2004). Assim, Coste (1992) afirma que a dominância lateral é só a partir do momento em que os movimentos se combinam e organizam numa intenção motora é que se impõe e justifica a presença de um lado predominante que irá ajustar a motricidade.

Não apenas existem as definições, como também há vários tipos de lateralização. Na destralidade verdadeira a qual se refere o hemisfério esquerdo que é dominante, as ações motrizes serão feitas do lado direito Na sinistralidade verdadeira, acontece uma dominância do hemisfério direito. Existe ainda a falsa sinistralidade, que se refere a uma pessoa que tinha sua dominância definida como esquerda, porém foi impedida de usá-la. Similar a isto acontece com a falsa destralidade, porém com o lado direito. (COSTE, 1992). Esses dois últimos casos de falsa destralidade ou sinistralidade podem levar o indivíduo ao desvio de

lateralidade, ocasionado pelo fato de um acidente que tenha consequência da perda de membro dominante, levando o corpo a usar o outro lado. (OLIVEIRA, 2004).

O cérebro possui dois hemisférios que funcionam juntos e associados ao sistema nervoso, que conseguem realizar desejos e necessidades dos seres humanos através do corpo. (JUNIOR, 2005; BORDERIE *et al.*, 2007). Cada hemisfério possui uma desenvoltura para realizar determinadas situações, ocorrendo uma especialização chamada de “lateralidade”. (BARON-COHEN, 2004). Além disso, cada hemisfério possui suas próprias sensações, percepções, pensamento e idéias particulares, todos excluídos das experiências correspondentes nos hemisférios oposto. Cada hemisfério (esquerdo e direito) tem sua própria cadeia de memórias e experiências de aprendizagem, impossíveis de serem lembradas pelo outro hemisfério. Em muitos aspectos, cada hemisfério separado parece ter “mente própria”. (SPERRY, s/d apud SPRINGER & DEUTSCH, 1998).

O hemisfério esquerdo está envolvido com os assuntos concretos e objetivos, enquanto o direito se envolve com o simbolismo e o abstrato. Uma exemplificação para os dois casos é quando usamos a fala, para se referir a uma determinada pessoa é utilizado o hemisfério esquerdo, porém, ao imaginar o que está sendo falado usa-se o hemisfério direito. (OLIVEIRA, 1999).

O funcionamento do hemisfério cerebral é contrário da execução feita pelo corpo, portanto, a lateralização é importante para o funcionamento e integração dos hemisférios (MIRANDA, 2000), por este motivo deve-se estimular tanto o lado direito quanto o esquerdo, a fim de que se complementem os conhecimentos adquiridos. (OLIVEIRA, 1999).

A infância é um período onde as ações das crianças realizadas por ela ou com ela, podem lhe trazer benefícios como também problemas futuros como os causados pela insuficiente noção da lateralidade (MARCO, 2008) seja ela ocular, auditiva, manual ou pedal, e talvez possa causar desde a falta de habilidades para a prática de um determinado exercício físico, ou até mesmo na escrita e leitura, por estas razões é necessário que durante o período escolar seja proporcionado atividades motoras que possibilitem educar as habilidades e promover sentimento de realização e expressão (FREIRE, 1995), até porque o meio em que a criança convive tem grande responsabilidade para o desenvolvimento, principalmente o meio escolar. (MARCO, 2008).

Preferências: manual, ocular, auditiva e pedal

Aos quatro meses de vida é possível perceber a prevalência manual da criança, pois quando esta olha para qualquer uma de suas mãos e realiza movimentos, enquanto para outra não expressa nenhuma reação, isto indicará que a mão que se move provavelmente será a dominante. (LE BOULCH, 1992).

A grande maioria das pessoas utilizam a mão direita para executar as ações que necessitem de habilidades e a hipótese para isto está relacionada à pré-história, quando pelas descobertas das figuras desenhadas em paredes e suas ferramentas. (SPRINGER & DEUTSCH, 1998).

Quando se fala em pessoas sinistras, os autores concordam que a sociedade possuía certo preconceito. Os destros eram estimulados, enquanto os canhotos eram repreendidos com palmadas para correção do uso da mão. Este tipo de atitude desencadeava um desenvolvimento inadequado das habilidades. (THEML *et al.*, 2003; KING, 2007; OLIVEIRA 1999).

A relação da palavra canhota geralmente estava relacionada a algo desagradável. Os indivíduos que escreviam com a mão esquerda eram vistos como desastrados, sem jeito para as coisas que realizam, e por fim, eram considerados com enganadores. (SPRINGER & DEUTSCH, 1998). Porém, a definição para a mão direita para a maioria das pessoas significa algo bom. Ferreira (2001) afirma que em inglês mão direita é denominada *right hand*, mas

right também pode ser traduzido com correto e bom, assim, como no nosso idioma, direito pode ser considerada uma pessoa desceite.

A dominância pode estar relacionada à herança genética, bem como, a estimulação motora. (SPRINGER & DEUTSCH, 1998). Esta pode muitas vezes ser observadas durante uma ação motora como, por exemplo, na utilização de abridores de lata, caderno espiral, relógio de pulso, carteiras escolares, maçanetas de portas, tesouras, saca-rolhas, instrumentos musicais, acessórios de computador. (THEML *et al.*, 2003), que em sua maioria não são apropriados para pessoas que tem dominância lateral esquerda.

No que se refere à preferência ocular, o ser humano sem deficiência utiliza-se dos dois olhos para realizar a maior parte de suas ações, no entanto, a maioria possui uma dominância em um dos olhos. Para que aconteça a visualização de algo é necessário ser mandado informações para os dois hemisférios e dependendo a necessidade da pessoa o hemisfério direito ou esquerdo terá maior desempenho. Em determinadas situações é possível verificar a preferência da pessoa, usando objetos ou ações que necessite verificar com apenas um olho. (DEUTSCH & SPRINGER, 1998). Le Boulch (1992) afirma que é fácil afirmar a dominância lateral direita no plano motor ao contrário, no plano da dominância visual, a margem de indeterminações é muito grande na criança pequena.

Mesmo as pessoas tendo suas preferências visuais, a realização de atividades em sua maioria não necessita da afirmação por uma dominância, seja ela direita ou esquerda. Contudo, quando falamos em pessoas que queiram realizar estudos sobre a lateralidade é imprescindível à preferência visual. (NETO, 2010).

Quanto à verificação da preferência auditiva (ouvidos) e pedal (pés), é necessário que se façam atividades que exijam somente um lado do corpo, ou seja, a pessoa usará a audição ou o pé que tenha maior desenvoltura na ação. No entanto, sobre as partes do corpo usadas como preferência poucos são os estudos desenvolvidos. (DEUTSCH & SPRINGER, 1998).

A psicomotricidade e o professor de Educação Física

O distúrbio psicomotor pode ser considerado como perturbações ou transtornos que afetam tanto a inteligência quanto a afetividade e motricidade. (ANDRADE, 1984 apud ALVES, 2007). Os tipos de distúrbios psicomotores envolvem comprometimento nos fatores psicomotor sendo eles: noção de corpo, lateralidade, tonicidade, estrutura espaço temporal, equilíbrio, coordenação global, coordenação fina (FERREIRA, 2001), estes distúrbios podem ocasionar problemas no desenvolvimento da criança, como exemplo a instabilidade psicomotora, onde a criança não consegue manter a atenção e concentração nas atividades que lhe é proposta dificultando sua participação nas aulas além de sua socialização. Muitas vezes as atividades apresentadas às crianças, que possuem dificuldade motora, devido à falta de coordenação, podem provocar ações inesperadas como agressividade, além da frustração por não conseguir acompanhar os demais. Isto pode gerar instabilidade afetiva e cognitiva, interferindo diretamente em seu comportamento social. (ALVES, 2007; FERREIRA, 2001).

Na debilidade psicomotora, as crianças possuem constantemente alguns movimentos repetitivos, não conseguem se expressar como gostariam, manter a atenção no que é necessário, nem lidar com determinadas situações. Os movimentos são rústicos e quando necessário usar movimentos delicados, encontram dificuldade. A inibição psicomotora é parecida com a debilidade, porém neste caso a ansiedade é permanente, tratando-se da coordenação motora e no comportamento, podendo prejudicar seu desenvolvimento. (ALVES, 2007; FERREIRA, 2001).

A psicomotricidade tem grande importância quando falamos em desenvolvimento das crianças, pois através dela é possível conhecer melhor a educação e reeducação. Tratando destes dois assuntos é preciso entender as diferenças existentes entre elas, pois a educação psicomotora faz parte da educação escolar para a maioria da população enquanto que a reeducação psicomotora visa atender indivíduos em diferentes idades (individualmente ou

coletivamente) com sintomas de distúrbio psicomotor geralmente se relacionado a problemas psiquiátricos, de nível mental e neurológico. Estes problemas podem causar outros distúrbios secundários como, por exemplo, dificuldade no relacionamento com outras pessoas (aspecto afetivo). (MELLO, 1989). Complementando, podemos dizer que é necessário a utilização de métodos adequados no trabalho com a psicomotricidade, a fim de que sejam prevenidos maiores danos. Desta forma, a ação psicológica e pedagógica pode ser utilizada como recurso nas aulas de Educação Física. (PICQ & VAYER, 1988).

Muitos são os autores que apresentam opiniões sobre a mesma. Contudo, esta está diretamente ligada ao corpo, espaço e tempo. Estes três componentes, quando se fala em crianças, funcionam como um só, portanto, faz-se necessário levar em consideração os conhecimentos corporais apresentados, bem como, o ritmo próprio, isso facilitará o desenvolvimento. (MEUR & STAES, 1991). Neste sentido Damasceno (1997) afirma que a psicomotricidade

é o movimento encarado na sua realização como atividade do organismo total, expressando a personalidade no seu todo. Ação é vivida no seu desenvolvimento para uma meta. O desenvolvimento do ato implica num fisiológico, mas não se limita à soma de contrações musculares, pois constitui também a tomada de consciência.

Quando se fala em psicomotricidade vale lembrar que esta vem de influências francesas, surgindo com o intuito de entender as crianças com dificuldades escolares (LOUREIRO, 2002a). Dupré em 1920 fez com que o termo psicomotricidade fosse conhecido pelas pessoas. Ele chegou a esse termo através de estudos provenientes de anomalias psicológicas e motrizes, foi então que fez a união entre o pensar e o movimentar-se, chegando ao termo psicomotricidade. (OLIVEIRA, 2004).

A psicomotricidade tem como objetivo o estudo do ser humano em relação ao seu corpo em movimento e suas necessidades, assim como a Educação Física (MARCO, 1995), assim, o movimento é considerado a base para o conhecimento do aluno, através dele é possível descobrir as coisas ao redor, tocar, manipular objetos, fazer movimentos básicos, facilitando a adaptação ao meio em que vive.

Durante o desenvolvimento dos movimentos das crianças é possível perceber a passagem pelo estágio de dependência para um ser independente, por essa razão, podemos dizer que há uma evolução psicomotora. (FONSECA, 2008).

De acordo com o autor primeiro ocorre à fase emocional, em que os movimentos são intuitivos. Nessa fase há o desenvolvimento da percepção auditiva e visual, passando para movimentos desorganizados. Através da exploração visual e dos movimentos aprendidos os indivíduos se tornam mais ativos. Além disso, após passar por algumas expressões opostas como choro e sorriso, a criança vai suprimindo e superando gradualmente seus comportamentos inatos, para então libertar-se dos reflexos, começando sua evolução proprioceptiva; andar sem auxílio, aprendendo e se apropriando da cultura. (FONSECA, 2008).

Os movimentos podem ser executados voluntariamente, ou seja, cumprido pela vontade ou pela necessidade da pessoa, todavia há envolvimento mental. Se há uma ação involuntária, esta é chamada de movimento reflexo. Para que a aprendizagem aconteça por meio do movimento, é necessário sentido no que se faz, para então haver a vontade de realizá-lo, isto ocorrerá por meio de maior incremento mental. (OLIVEIRA, 2004). Por esta razão, hoje os professores utilizam bastante a psicomotricidade ou o próprio corpo dos alunos para o ensino aprendizagem até porque o corpo é referencial para a aprendizagem. (MOREIRA & SIMÕES, 2008; SANSEVERINO, 2002).

O profissional quando utiliza métodos de ensino condizente com a fase de desenvolvimento, consegue manter a motivação e o interesse da criança. Os meios mais importantes para que isso ocorra estão pautados na aplicação de atividades lúdicas, exercícios e jogos que geralmente são proporcionadas pelo professor de Educação Física.

(SANSEVERINO, 2002; MELLO, 1989). É necessário também que o profissional perceba as dificuldades e necessidades que os alunos possuem e propor experiências que os ajudem. (MUTSCHELE, 1996). Assim, podemos citar Loureiro (2002b) quando este afirma que a psicomotricidade é vista hoje, no currículo de formação profissional, como disciplina imprescindível na capacitação do professor de pré-escola e das iniciais do ensino fundamental.

O educador proporciona aos alunos subsídios para sua formação, seja individual ou coletiva. (SANSEVERINO, 2002). Assim como os professores são responsáveis pelo desenvolvimento das crianças, os pais também possuem seus deveres. Quando são proporcionadas às crianças experiências que a faça desenvolver, bem como, carinho e atenção das pessoas que as rodeiam, principalmente da família, há um melhor desenvolvimento da lateralidade, entretanto, a falta desses componentes podem acarretar perturbações psicomotoras. (CASTROGIOVANNI & COSTELLA, 2006). Ao encontro a esta afirmação, podemos dizer que a família interfere no desenvolvimento psicomotor, principalmente no que se refere à resposta do controle do próprio corpo, ou seja, o que faz um indivíduo ser capaz de executar a ação e expressão desejada envolvendo aspectos motores e psíquicos (BORBA, 2004). No entanto, há uma interferência neste desenvolvimento quando a família com intenção de proteger os filhos de possíveis acidentes como quedas e colisões (situações normais durante a infância), os impede desta vivência podendo causar limitação aos seus movimentos como também resultar em um desenvolvimento comprometido tanto no emocional, quanto social e psicomotor. (CARDOSO & ALMEIDA, 2007).

A ação educativa dentro da escola necessita que o aluno esteja adaptado ao ambiente e que consiga desenvolver de forma espontânea, além de proporcionar condições para seu progresso (PICQ & VAYER, 1988), pois é possível que aconteça um atraso no desenvolvimento da criança devido à inadaptação. Para que isso não aconteça o profissional deve estar sempre atento ao comportamento infantil. (LE BOULCH, 1992).

No ambiente escolar, uns dos benefícios oferecidos à criança é convívio social com outras crianças da mesma faixa etária, isto ajudará entender melhor o funcionamento do próprio corpo para então saber realizar os movimentos, como também, compreender o corpo do colega e perceber que há diferenças entre os seres humanos. (THIERS, 1998). Esta descoberta fará com que a criança aprenda a respeitar regras e ter cooperação durante as atividades, além de favorecer no conhecimento de seus limites, no relacionamento com outras pessoas, no envolvimento afetivo, bem como, na maturação da imagem do corpo, modificando sua personalidade. (MARCO, 2008; PICQ & VAYER, 1988). Oferecendo à opção para a criança realizar suas experiências corporais aprendidas anteriormente ou atualmente, favoreceremos o desenvolvimento mental e social, e conseqüentemente o aumento da confiança em si, reafirmando sua autonomia. (MARCO, 2008; MONTESSORI, 2004).

A iniciação da Educação Física no ambiente escolar não era vista como algo necessário, que não acrescentaria em nada na formação do aluno, porém com o tempo esta disciplina começa a conquistar espaço na escola, inicialmente como um meio para cuidar da preparação física dos alunos. (FILHO, 2008). Esta visão errônea foi difundida para a sociedade e a Educação Física Escolar sofre com a desvalorização, pois não é entendida como uma disciplina com caráter educacional, que auxilia na formação do ser humano. (CAPARROZ, 2005). Atualmente, é notável a ascensão da Educação Física Escolar. O profissional dessa área vem conquistando espaço, e aos poucos é valorizado e reconhecido como um facilitador de aprendizagem para aluno. (MARCO, 2008).

O professor de Educação física é um profissional indispensável dentro da escola. Ele busca promover a qualidade de vida e o gosto pela prática de atividade física (COSTA, 1987), através das diversas vivências aplicadas na ginástica, no jogo, nas lutas, nas danças, nos esportes, na recreação. (GAMBOA, 2007).

Durante as aulas de Educação física os atos motores são mais evidentes durante os exercícios, observados quando as crianças correm, chutam, arremessam, mas para ocorrer isto é necessária a utilização da parte intelectual, provando que o ato motor não é um processo isolado. Estas ações podem ser conduzidas pelo profissional para melhor aproveitamento das habilidades dos alunos. (LE BOULCH, 1995; MARCO, 2004).

Quanto ao desenvolvimento intelectual, este é responsável pela capacidade de um indivíduo ser capaz de produzir e reproduzir movimentos que deseja favorecendo seu desenvolvimento, no entanto, para que isso aconteça é necessário que o indivíduo tenha experiências que faça com que ele pense e tire suas próprias conclusões, crie sua opinião; saiba ouvir e entender o que lhe é dito. O desenvolvimento intelectual tem como função a linguagem, percepção e discriminação auditiva, percepção e discriminação visual, esquema corporal, lateralidade, orientação espacial, ordenação temporal. (ARANHA, 2002).

Nas realizações dos movimentos durante as aulas de Educação Física o professor deve valorizar as experiências motoras e não fazer comparações entre os alunos, ou seja, quem faz melhor ou pior. Este tipo de comparação pode causar baixa de auto-estima, bem como, promover problemas psicológicos. (MARCO, 2008). Por este motivo é importante que o profissional tenha conhecimento sobre como lidar com determinadas situações, e assim, saber a importância da psicomotricidade principalmente no trabalho com a Educação Física Escolar.

Portanto, o professor de educação física tem grande importância no desenvolvimento psicomotor das crianças, auxiliando os alunos na identificação do lado direito e esquerdo, seja em relação ao seu próprio corpo, ao corpo de outra pessoa, bem como, em relação aos objetos. Através das atividades psicomotoras, a criança irá aprendendo diariamente os gestos motores, facilitando o estabelecimento da lateralidade, geralmente determinada entre os seis e sete anos. (PELLEGRINI *et al*; *s/d*; BRETÃS, 2005). Com a percepção da lateralidade o aluno compreenderá que os dois lados do corpo não são os mesmos, que há diferença entre o uso dos lados para determinadas ações. (BRETÃS, 2005).

REFLEXÕES

Constatou-se por meio desta investigação que o desenvolvimento motor das crianças, ocorre principalmente na fase escolar, visto a infinidade de experiências motoras oferecidas.

Durante a fase escolar o educador, principalmente o professor de Educação Física, possui muita facilidade em observar dificuldades motoras, e assim interferir de maneira positiva a fim de que estas sejam superadas e não promovam retardo na aprendizagem.

A psicomotricidade engloba diversos fatores, porém este artigo abordou em especial a lateralidade. Constatou-se que muitos são os problemas acarretados pela falta de conhecimento sobre a mesma, por esta razão é preciso que a educação básica utilize a psicomotricidade como meio de ensino aprendizagem, sendo o educador um elo para atingir este objetivo.

Verificou-se que a aula de Educação Física valoriza o uso do corpo e as expressões das crianças. O professor deve ser instrumento no incentivo ao desenvolvimento do ritmo, coordenação, equilíbrio, expressão e imagem corporal, dando condições para o aprimoramento dos aspectos afetivo, mental, motor e social.

Por fim, observou-se a escassez de estudos relacionados à psicomotricidade, principalmente no que se refere ao desenvolvimento da lateralidade. Sendo assim, sugere-se a realização de novas investigações que possam esclarecer e justificar a importância do professor de Educação Física no desenvolvimento psicomotor.

BIBLIOGRAFIA

1. ANDRADE, M. L de. A. **Distúrbios psicomotores**: uma visão crítica. São Paulo: EPU, 1984.

2. ALVES, R. C. S. **Psicomotricidade II**. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <<http://www.psicomotricialves.com/PSICOMOTRICIDADEII.pdf>>. Acesso em: 05 de setembro de 2010.
3. AGUIAR, G. A. DE; NASCIMENTO, M; BARKER, G. **Breve Panorama sobre a Primeira Infância no Brasil**, 2007. Disponível em: <<http://www.promundo.org.br/wp-content/uploads/2010/05/Panorama-PI-Introducao.pdf>>. Acesso em: 05 de setembro de 2010.
4. ARANHA, M. L. A. R. **Desenvolvimento infantil na creche**. São Paulo. Loyola, 2002.
5. BARON-COHEN, S. **Diferença essencial: a verdade sobre o cérebro de homens e mulheres**. Tradução Neuza Capelo. Rio de Janeiro: Objetiva, 2004.
6. BORBA, F. S (org). **Dicionário UNESP do português contemporâneo**. São Paulo: UNESP, 2004.
7. BORDERIE, R. L.; PATY, J; SEMBEL, N. **As ciências cognitivas: em educação**. São Paulo: Loyola, 2007.
8. BRETÃS, J. R. DA. S. **Avaliação de funções psicomotoras de crianças entre 6 e 10 anos de idade**. São Paulo, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n4/a09v18n4.pdf>>. Acesso em: 19 de setembro de 2010.
9. CASTROGIOVANNI, A. C.; COSTELLA, R. Z. **Brincar e cartografar: com os diferentes mundos geográficos - A Alfabetização Espacial**. Porto Alegre. EDIPUCRS, 2006.
10. CAPARROZ, F. E. **Entre a Educação da Escola e a Educação Física na Escola: A educação física como componente curricular**. 2ª ed. Campinas São Paulo: Autores Associados, 2005.
11. CARDOSO. S. S; ALMEIDA, M. DE C. R. Efeitos de um programa de reeducação psicomotora desenvolvido para uma criança cega com relação aos fatores psicomotores: noção de corpo e lateralidade. **Revista Digital de Educação Física**. v. 2, n.2, p. 1-13, 2007.
12. COSTE, J. C. **A psicomotricidade**. Tradução. CABRAL, A. 4ª.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1992.
13. COSTA, V. L. M. **Prática da Educação Física no 1º Grau: Modelo de Reprodução ou Perspectiva de Transformação?** .2ª ed. São Paulo: IBRASA, 1987.
14. DOMINGUES, M. A. **Desenvolvimento e Aprendizagem: o que o cérebro tem a ver com isso?** Canoas: ULBRA, 2007.
15. DAMASCENO, L. G. **Natação, psicomotricidade e desenvolvimento**. São Paulo: Autores Associados, 1997.
16. FONSECA, V da. **Desenvolvimento psicomotor e aprendizagem**. Porto Alegre: Artmed, 2008.
17. FREIRE, J. B. Antes de falar de Educação Motora. In: De Marco, A (org) **Pensando a Educação Motora**. 4ª ed., São Paulo: Papyrus, 1995, p. 37-68.
18. FILHO, J. M. **Lidando com crianças, conversando com os pais: Mais de 700 perguntas que você faria ao Pediatra**. 2ª ed., São Paulo: Papyrus, 2004.
19. FERREIRA, H. S. **Testes psicomotores na educação infantil – bateria psicomotora (bpm): um estudo de caso em crianças de uma escola particular**. Ceará, 2001. 100f. Monografia (especialização) - Universidade Estadual do Ceará.
20. GAMBOA, S. A. S. **Epistemologia da educação física: as inter-relações necessárias**. Maceió: EDUFAL, 2007.
21. JUNIOR, R. M. **A Religião do Cérebro: As novas descobertas da neurociência a respeito da fé humana**. 4ª Ed., São Paulo: Gente, 2005.
22. KING, S. **Dança macabra: o fenômeno do horror no cinema, na literatura e na televisão dissecado pelo mestre do gênero**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2007.
23. LE BOULCH, J. O conceito de educação motora. In: De Marco, A (org). **Pensando a Educação Motora**. 4ª ed., São Paulo: Papyrus, 1995, p. 11-24.
24. LE BOULCH, J. **O desenvolvimento psicomotor: do nascimento aos 6 anos**. Tradução Ana Guardiola Brizolara. 7ª ed. Porto alegre: Artes Médicas, 1992.
25. LOUREIRO, M.B. A influência da escola francesa de psicomotricidade no Brasil. In: COSTALLAT, D. M. M. et al. **A psicomotricidade otimizando as relações humanas**. 2ª ed, São Paulo: Arte e Ciência, 2002 a, p. 13-20.
26. LOUREIRO, M.B. Tônus, base de todo processo de aprendizagem formal. In: COSTALLAT, D. M. M. et al. **A psicomotricidade otimizando as relações humanas**. 2ª ed, São Paulo: Arte e Ciência, 2002 b, p. 39-42.
27. MARCO, A de. Educação física ou educação motora? . In: De Marco, A (org). **Pensando a Educação Motora**. 4ª ed., São Paulo: Papyrus, 1995, p. 27-36.
28. MARCO, A de. Educação física e desenvolvimento humano. In: De Marco, A (org). **Educação física: cultura e sociedade**. 2ª ed., São Paulo: Papyrus, 2008, p. 129-156.
29. MEUR, A de; STAES, L. **Psicomotricidade: Educação e reeducação**. Tradução Ana Maria Izique Gluban, Setsuko Ono. São Paulo: Manole, 1991.
30. MIRANDA, E. E de. **Corpo: território do sagrado**. São Paulo: Loyola, 2000.
31. MELLO, A.M de. **Psicomotricidade, educação física, jogos infantis**. São Paulo: Ibrasa, 1989.
32. MUTSCHELE, M. S. **Como desenvolver a psicomotricidade?** 2ª ed., São Paulo: Loyola, 1996.

33. MOREIRA, W. W; SIMÕES, R. Educação física, corporeidade e motricidade: criação de hábitos para a educação e para a pesquisa. In: De Marco, A (org) **Educação física: cultura e sociedade**. 2ª ed., São Paulo: Papirus, 2008, p. 71-86.
34. MONTESSORI, M. **Educação Para a Paz**. São Paulo: Papirus, 2004.
35. NEGRINE, A da S. **Aprendizagem e desenvolvimento infantil - Psicomotricidade**: alternativas pedagógicas. 3ª ed. Porto Alegre: Prodil, 1995.
36. NETO, R. B da S. **Preferência pedal e visual no desempenho de crianças e jovens futebolistas portugueses**. Porto, 2010. 101f. Dissertação (Mestrado) – Universidade do Porto.
37. OLIVEIRA, M. A de. **Neurofisiologia do comportamento**: uma relação entre o funcionamento cerebral e as manifestações comportamentais. 3ª ed. Canoas: Ulbra, 1999.
38. OLIVEIRA, G de C. **Psicomotricidade**: educação e reeducação num enfoque psicopedagógico. 9ª ed., Rio de Janeiro: Vozes, 2004.
39. PELEGRINI, A. M. et al. **O comportamento motor no processo de escolarização**: buscando soluções para a alfabetização no contexto escolar, s/d. Disponível em: <<http://www.unesp.br/prograd/PDFNE2002/ocomportamentomotor.pdf>>. Acesso em: 19 de setembro de 2010.
40. PCIQ, L; VAYER, P. **Educação Psicomotora e Retardo Mental**: aplicação aos diferentes tipos de inadaptção. Tradução. Antonio Francisco Maganhato Cardoso, virginia Teixeira Gazini Cardoso. 4ª . ed., São Paulo: Manole, 1988.
41. SANSEVERINO, M.M. O jogo e o brinquedo no desenvolvimento psicomotor da criança de zero a seis anos In: COSTALLAT, D. M. M. et al. **A psicomotricidade otimizando as relações humanas**. 2ª ed, São Paulo: Arte e Ciência, 2002, p. 93-124.
42. SPRINGER; S. P; DEUTSCH, G. **Cérebro Esquerdo, Cérebro Direito**. 3ª ed. São Paulo: Summus, 1998.
43. THEML, N; LESSA, F de S.; BUSTAMANTE, R. M. da C. **Olhares do Corpo**. Rio de Janeiro: Mauad/FAPERJ, 2003.
44. THIERS, S. **Sóciopsicomotricidade Raimon-Thiers**: Uma leitura emocional, corporal e social. 2ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.

**PERFIL DE ATUAÇÃO DOS GESTORES MUNICIPAIS DE SAÚDE DA
14ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ****MUNICIPAL HEALTH MANAGERS PROFILE FROM 14th REGIONAL HEALTH
OF PARANA**

MARIA CAROLINA GOBBI DOS SANTOS LOLLI. Professora Mestre em Ciências da Saúde e Doutoranda em Ciências Farmacêuticas da Universidade Estadual de Maringá.

LUIZ FERNANDO LOLLI. Professor Doutor em Odontologia Preventiva e Social Docente dos Cursos de Odontologia da Universidade Estadual de Maringá e da Faculdade Ingá

MÁRIO DOS ANJOS NETO FILHO. Professor Doutor em Farmacologia. Docente dos cursos de Graduação em Farmácia, Odontologia e Medicina da Faculdade Ingá. Docente permanente do Mestrado em Odontologia da Faculdade Ingá. Docente do curso de Especialização em Farmacologia Clínica da Faculdade Ingá.

RAFAEL CRIVELARO. Professor Mestre em Administração de Empresas Docente do Curso de MBA em Gestão de Negócios em Saúde da São Leopoldo Mandic

Endereço para correspondência: Luiz Fernando Loli. Departamento de Odontologia da Universidade Estadual de Maringá. Avenida Mandacaru, 1550 – bloco S08, CEP 87083-170. Maringá, Paraná, Brasil. proflui zodontologia@uol.com.br

RESUMO

Os gestores municipais de Saúde são os principais responsáveis pela gestão do sistema de saúde local. O objetivo deste trabalho foi avaliar o perfil de atuação dos gestores da região noroeste do Estado do Paraná na gestão do SUS e a percepção sobre legislação em saúde. Foi elaborado, validado e aplicado um questionário estruturado contendo 20 perguntas englobando dados pessoais, delineadores de perfil e arguições legislativas. O desenvolvimento do trabalho obedeceu aos preceitos éticos disciplinados pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Os resultados derivados dos 58,3% dos profissionais que aceitaram participação, demonstraram que os gestores detêm distintos perfis de atuação, abrangendo níveis de formação e capacitação variáveis, bem como influências diretas na condução das ações da secretaria. A avaliação sobre legislação em saúde evidenciou uma participação ainda menor nas respostas, que por sinal na maioria das vezes não estavam corretas. A idade e o nível de informação não representou diferencial para conhecimento das leis. Formulam-se indícios de que os gestores estejam despreparados para exercer as atividades de forma satisfatória. Porém, estudos adicionais com profissionais, ambiente de trabalho situações correlatas aos gestores podem ser necessárias no intuito de solidificar ou contrapor as evidências encontradas.

PALAVRAS-CHAVE: Secretários de Saúde, Legislação em Saúde Pública, Perfil de Atuação.

ABSTRACT

The health secretaries are the government's representatives that are answerable for the management of local health system approach. This work's purpose was to evaluate health secretaries' performance in the SUS management in Paraná northwest and their knowledge about health legislation. Was made validated and put into practice a questionnaire with 20 questions that embodied personal data, profile outliners and legislation questions. The work development complied with ethyl principles trained by "Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde". The results was came from 58% of professionals that consented with participation, demonstrated that municipal secretaries had distinct performance profiles, including formation levels and variable capacitating, directs influences in secretary ship actions. The evaluation about health legislation showed a smaller participation in answers, that in many times they were wrong. The age and the information levels weren't represented differential knowledge about those laws. The indications of the secretaries aren't prepared to do their activities well. Nevertheless, additional studies with professionals, work environment, accomplishments and other situations about secretaries can be necessary to consolidate or to put against the evidences that were fond.

KEYWORDS: Health Secretaries, Public health legislation, Profile outliners.

INTRODUÇÃO

Os gestores do SUS são os representantes de cada esfera de governo designados para o desenvolvimento das funções do poder executivo na saúde, a saber: no âmbito nacional, o Ministro da Saúde; no âmbito estadual, o Secretário de Estado da Saúde; e no municipal, o Secretário Municipal de Saúde. As funções gestoras no SUS podem ser definidas como "um conjunto articulado de saberes e práticas de gestão necessários para a implementação de políticas na área da saúde" (SOUZA, 2002).

A Sociedade brasileira detém um modelo de Saúde relativamente jovem, porém que tem passado por constantes mudanças, na tentativa de torná-lo mais resolutivo (RODRIGUES, 2007). Para tal finalidade, o papel dos gestores do SUS tem fundamental importância, uma vez que profissionais com bagagem teórico-conceitual, experiência e formação em saúde detém grandes condições de estabelecer a abordagem necessária para a boa condução das ações frente à Elaboração e Gestão das Políticas, Administração financeira e estrutural, Gestão de Pessoas e outras atribuições pertinentes ao cargo.

A necessidade de um Sistema mais resolutivo traz imbutida a ideologia de ações descentralizadas. No Brasil, o processo de descentralização, iniciado nos anos 80, tem uma estreita relação com os processos de democratização política (CARVALHO, 1999). Essa descentralização oferece perspectivas interessantes, sendo uma das vantagens o fato de que as políticas locais podem integrar os diferentes setores e articular os diversos atores. Outro aspecto refere-se ao papel desempenhado pelas autoridades locais, ou gestores sociais, que passam a ter uma importante função na definição de políticas e na execução de programas que beneficiam a população da cidade (MENDES, 2004). A descentralização das ações da saúde tem-se constituído em um dos principais componentes do processo de Reforma Sanitária brasileira, cujas diretrizes foram aprovadas na 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986. A descentralização das ações de saúde remonta à década de oitenta com as Ações Integradas de Saúde (AIS) e o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), institucionalizando-se e ganhando maior abrangência e densidade a partir da aprovação das suas bases legais

(VIEIRA-DA-SILVA, 2007). Assim, a descentralização Político-administrativa, desde os primórdios do SUS, tem sido encarada como ferramenta para o acompanhamento dos problemas da população de uma forma mais próxima, com maior e melhor resolutividade. Estando mais próximo da população, ninguém mais competente que os gestores municipais para programar as ações de Saúde compatíveis com as questões sanitárias na sua área de abrangência (GERSCHMAN, 2001). De fato, com a municipalização da Saúde, os gestores passaram a exercer um papel fundamental na gestão do Sistema local ao passo em que as responsabilidades aumentaram levando-os à obrigatoriedade direta no planejamento, execução e avaliação das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Atualmente fica difícil definir as competências e habilidades necessárias para o bom exercício da função de gestor do SUS, porém sabe-se que há necessidade de uma gama considerável de conhecimentos em razão das inúmeras situações e problemas aos quais os gestores são submetidos (MORAES, 2001). Exercer o cargo de secretário municipal de saúde de forma satisfatória, implica em ter conhecimentos mínimos sobre Histórico e Políticas de Saúde, Planejamento Estratégico, Noções de Contabilidade, Noções de Administração, Noções de Direito, aspectos da Ética e Responsabilidade Social além de Gestão de Recursos Humanos. Além do mais, os gestores devem ter competência para viver constantemente nos moldes; político-institucional, administrativo-gerencial e técnico-operacional (TANAKA, 1999). Contudo, não é estranho notar que pessoas de diferentes formações, ou até mesmo de pouca formação ocupem tais cargos de extrema relevância. Este fator pode ser explicado em razão dos referidos cargos serem comissionados da administração pública, popularmente conhecidos como “cargos de confiança”.

Um outro aspecto a se ressaltar é que o Sistema Único de Saúde possui na sua origem legislativa a previsão da necessidade de formação e capacitação permanente de recursos humanos englobando gestores e demais profissionais de saúde, reforçando a idéia de que o SUS está em constante crescimento e necessita de permanente atualização dos profissionais que dele fazem parte (CECCIN, 2002).

Constituição Federal 1988

“ Art. 200: Ao Sistema Único de Saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da Lei: III – ordenar a formação de Recursos Humanos na área da saúde;”

Lei 8080 de 19 de setembro de 1990

“Artigo 6º: Estão incluídas no campo de atuação do SUS: III – a ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde”

Dentro ao exposto e considerando a importância da boa execução do papel gestor, este trabalho objetivou avaliar o perfil de atuação de gestores públicos municipais de saúde.

METODOLOGIA

De acordo com os objetivos da pesquisa, optou-se pela realização de um estudo do tipo Survey descritivo, junto aos secretários municipais de saúde da 14ª Regional de Saúde do Paraná. Para tanto, foram distribuídos 24 questionários aos gestores presentes em uma reunião da Comissão Inter-gestores Bipartite a nível regional (CIB-Regional). O instrumento de análise tinha como características ser, auto-respondido anonimamente, contendo vinte perguntas fechadas abrangendo questões de caráter pessoal, questões com o intuito de traçar o perfil de atuação do gestor em relação a assuntos de sua competência no município e ainda questões sobre legislação em saúde pública. O **quadro 1** demonstra a relação temática de assuntos abordados.

O questionário teve sua validação por um pré-teste que visava atribuir-lhe a garantia de que ele realmente mediria o que se propunha. Observou-se, assim, que todas as questões foram respondidas corretamente, já que as respostas não indicaram dificuldade quanto ao entendimento da questão e quanto à forma de preenchimento do questionário. Segundo Freitas *et al.* (2000), devem ser considerados no pré-teste os seguintes aspectos: clareza e precisão dos termos, quantidade de perguntas, forma das perguntas, ordem das perguntas e introdução. Esta fase da elaboração do instrumento foi realizada junto a uma comissão formada por três professores, sendo um deles da área de saúde pública, um de metodologia e o último da área de epidemiologia, todos do Departamento de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Maringá.

A solicitação de autorização para a realização do estudo foi feita por meio de carta-ofício à Regional de Saúde acima referida, visando à aplicação do instrumento de análise em reunião da Comissão Inter-gestores Bipartite Regional (CIB – Regional) realizada no município de Paranaíba, no dia 20 de maio de 2008.

Quadro 1: Relação temática dos assuntos abordados no questionário aplicado aos gestores de Saúde da 14ª Regional do Paraná.

Questões	Características e temas abordados
Dados Pessoais	Idade
	Gênero
	Nível de Instrução
	Tempo de Ocupação no Cargo
Dados Perfil Atuação	Perfil de Liderança
	Influência no Sistema contratações / atualização
	Planejamento estratégico
	Conhecimento de Gestão
	Noção de Contabilidade
Percepção da Legislação	Noção de Direito Público
	Lei 8080/90 e 8142/90
	Resolução 333 do Conselho Nacional de Saúde
	Norma Operacional Básica 01 de 1993
	Emenda Constitucional 29
	Portaria GM 399 de 2006
Histórico de Saúde no Brasil	

A solicitação de participação dos gestores no estudo foi feita verbalmente. Nesta ocasião foi lido o termo de consentimento livre e esclarecido – TCLE e os informantes foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa, o tipo de participação desejada, a livre opção em participar do estudo e o direito em desistir do mesmo a qualquer momento, além da garantia de anonimato. Todos os informantes que aceitaram participar do estudo assinaram o TCLE em duas vias.

Os questionários foram recolhidos após a coleta das informações e os dados neles contidos foram ordenados em planilhas eletrônicas do Microsoft Excel for Windows para processamento e análise descritiva.

O desenvolvimento do trabalho obedeceu aos preceitos éticos disciplinados pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e o projeto foi apreciado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos – COPEP da UEM –

Universidade Estadual de Maringá. A coleta de dados só foi iniciada após a aprovação do projeto pelo COPEP.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 24 questionários aplicados, somente 14 foram respondidos, sendo apenas um (1) na íntegra. Na análise dos mesmos, foi possível verificar que a idade dos participantes variou entre 26 e 67 anos, sendo que 57,15% dos indivíduos estudados têm menos de 40 anos de idade (**Tabela 1**).

Tabela 1: Faixa etária dos gestores municipais de saúde da 14ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, 2008. (n=14)

Intervalo	Indivíduos	Porcentagem
20 – 30 anos	1	7,10%
30 – 40 anos	7	50,00%
40 – 50 anos	3	21,45%
50 – 60 anos	0	0%
60 – 70 anos	3	21,45%

Quanto ao gênero, percebeu-se equilíbrio na amostra, visto que 50% dos que responderam são do gênero feminino, e 50% masculino. Se nos referirmos ao nível de instrução, com base nas respostas obtidas, apenas 4 indivíduos não possuem ensino superior completo e 28,6% já completou algum curso de pós graduação (**Quadro 2**).

Quadro 2: Relação entre nível de instrução e gênero dos Gestores Municipais de Saúde da 14ª Regional de Saúde do Estado do Paraná.

	Homem	Mulher	Total
Ensino Médio Incompleto	-	-	-
Ensino Médio Completo	3	1	4
Ensino Superior Incompleto	2	1	3
Ensino Superior Completo	-	3	3
Pós-graduação	2	2	4

Considerando o tempo de ocupação no cargo, 43% da população em estudo, têm menos de 12 meses de experiência (**Tabela 2**). Adicionalmente verificou-se que 28,6% dos gestores e a mesma porcentagem de profissionais de Saúde participam anualmente de atualização, capacitação e/ou educação permanente (**Tabela 3**).

Os resultados referentes à análise do perfil de atuação gestor, considerando a análise do sistema de saúde estão demonstrados no **Quadro 3**. Além disso, os dados coletados revelam que 87,5% dos secretários possuem influência no delineamento do perfil de profissionais quando da contratação ou abertura de concurso público. Em termos de conduta, 71,4% dos entrevistados relataram adotar postura de um líder que costuma colher idéias e sugestões, 21,4% declaram opção de ser um líder que exige obediência e apenas 7,2% um líder como agente de informação. Contudo 78,6% responderam que adotam uma postura administrativa gerencial, contra 21,4% de conduta técnico-operacional. Em relação à tomada

de decisão, houve empate (35,7% para cada) entre os que preferem as decisões reversíveis de pouco impacto na organização e os que optam por ações irreversíveis de grande impacto.

Tabela 2: Relação entre tempo no cargo e gênero dos gestores municipais de saúde da 14ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, 2008. (n=14)

	Homem	Porcentagem	Mulher	Porcentagem	Total
Ensino Médio Incompleto	-	-	-	-	-
Ensino Médio Completo	3	42,8%	1	14,3%	4
Ensino Superior Incompleto	2	28,6%	1	14,3%	3
Ensino Superior Completo	-	-	3	42,8%	3
Pós graduação	2	28,6%	2	28,6%	4

Os gestores em 71,3% dos casos relataram haver um bom clima organizacional entre 50 a 90% dos funcionários com os quais trabalha. Adicionalmente 57,15% dos secretários declararam sempre existir na secretaria, planejamento prévio para a realização de alguma atividade. Tal planejamento considera a busca de informações em bases de dados (57,15% das situações) prioritária em comparação ao diálogo com outros gestores (35,7%) ou alternativas diversas (7,5%).

Tabela 3: Percentual de Periodicidade de participação em cursos de atualização, capacitação e/ou educação permanente dos gestores e profissionais de saúde da 14ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, 2008.

	<i>Mensal</i>	<i>Bimestral</i>	<i>Trimestral</i>	<i>Semestral</i>	<i>Anual</i>	Maior intervalo
Gestores Municipais de saúde	21,4%	14,3%	7,4%	14,3%	28,6%	7,4%
Profissionais municipais de saúde	14,3%	14,3%	14,3%	14,3%	28,6%	14,3%

Apenas 42,8% responderam a questão sobre planejamento estratégico e destes, ninguém conseguiu correlacionar corretamente todos os conceitos e respectivas definições sobre “Visão”, “Missão”, “Princípios”, “Valores” e “Negócios”. Porém cerca de 70% acertou 2/3 da questão.

Houve maior rejeição por parte dos gestores nas questões que versavam sobre Legislação. Para efeito de análise, e de acordo com a natureza de elaboração do inquérito, as respostas para essas questões foram consideradas: Totalmente corretas, parcialmente corretas ou incorretas, e a porcentagem de marcação bem como a aceitação de cada pergunta está demonstrada no **Quadro 4**.

Para garantir a reprodutibilidade do estudo evitando o vício de seleção, utilizou-se da aleatoriedade para selecionar a amostra. Desta forma, todos os membros da população de estudo tiveram a mesma probabilidade de serem “escolhidos”, ou seja, de ser incluído na amostra, para assim constituir uma amostragem representativa da população, descrevendo a amostra como probabilística. Isto possibilita tirar conclusões válidas sobre a população de estudo a partir dos resultados da amostragem. Além do mais, a escolha do estudo transversal

baseou-se na pretensão de colher os dados imediatamente, em um único momento, pretendendo descrever e analisar o estado das variáveis naquela situação, tentando reduzir desta forma, interferentes ou vies para a população em estudo (VASCONCELLOS, 2006).

Quadro 3: Dados gerais da atuação dos gestores e influência nas características das secretarias municipais de Saúde da 14ª Regional de Saúde do Estado do Paraná.

Dados	Sim		Não
	Sim Totalmente	Sim Parcialmente	
Usuários influenciam nas mudanças do sistema?	78,6%		21,4%
Funcionários conhecem e são conhecidos pelos usuários?	100%		-
Existe sistema próprio de avaliação das atividades da secretaria?	57,1%		42,9%
Existe sistema informatizado e integrado às unidades de atendimento?	14,3%	64,3%	21,4%
É dada publicidade aos resultados produzidos?	14,4%	42,8%	42,8%
Existe reciclagem de resíduos nas unidades de atendimento da secretaria?	21,5%	42,8%	35,7%
Existe na instituição clima que estimule a criatividade e inovação?	78,6%		21,4%
Existe grau de descentralização que auxilie na realização dos objetivos?	57,1%		42,9%

A validade e a confiabilidade ou fidedignidade (*reliability*) são requisitos essenciais para uma medição. Para que um estudo tenha validade, ele necessita ter confiabilidade; contudo, uma medida confiável poderá ou não ser válida. Segundo Martins (2004), a medição é formada por três elementos que devem ser considerados também para este trabalho: a medida verdadeira, o erro amostral e o erro não amostral ou sistemático. Os erros amostrais ocorrem em virtude do tamanho e do processo de seleção da amostra, enquanto os erros não amostrais são aqueles que ocorrem durante a realização da pesquisa e não são classificados como erros amostrais, como, por exemplo, não-respostas, entrevistados desonestos etc.

Quadro 4: Percentual de respostas fornecidas sobre Legislação em Saúde por parte dos gestores municipais de saúde da 14ª Regional do Paraná, 2008.

Questões da Legislação	Nº Profissionais que responderam	Correta		Incorretas
		Totalmente	Parcialmente	
Norma Operacional Básica 01 de 1993	10	0%	40%	60%
Resolução 333 do CNS	7	28,57%		71,43%
Portaria GM 399 de 2006	11	9%	0%	91%
Lei Orgânica (lei 8080 de 1990)	9	0%	33,4%	66,6%
Correlação Lei / Trecho da Lei	5	0%	40%	60%
Histórico da Saúde	7	0%	71,42%	28,58%

O inquérito aplicado aos profissionais foi elaborado no intuito de permitir uma percepção básica da atuação dos gestores frente às questões que são pertinentes e que ocorrem

sob influência deles na rotina de gestão do Sistema de Saúde local. A baixa aceitação em participar da pesquisa (58,3% dos gestores presentes) talvez possa ser explicada pela insegurança em questões conceituais, principalmente da Legislação. Tal afirmativa teve prosseguimento ao se observar nos gestores participantes, uma postura aversiva ao constatarem a presença de questionamentos relacionados à Legislação em Saúde, levando boa parte a abandonar o preenchimento do instrumento após tal descoberta. A Psicologia explica que as pessoas podem reagir aos questionamentos de diversas formas em função da sua capacidade de lidar com situações emocionais no processo adaptativo (PRIMI, 2002). O autor Minicucci (1995) destaca em seu livro que psicologicamente este fato pode ser considerado normal, pois as pessoas geram certa aflição em responder a questionamentos que possam levar à formação de valores a seu respeito. Quando indagados sobre situações que estão intimamente relacionadas ao seu “dia-a-dia”, bem como fatos que podem causar comprometimento de responsabilidades, pode haver uma rejeição momentânea para alguns e permanente para outros.

Os gestores de saúde possuem autonomia para a tomada de decisão frente aos assuntos mais complexos relacionados ao Sistema de Saúde do qual representam. Juntamente com o Conselho de Saúde da respectiva esfera detém o poder de elaborar, implantar e acompanhar a política do setor (BRITO, 2005). A tomada de decisão nem sempre é uma postura fácil de assumir. O trabalho demonstrou que entre os gestores existe divergência de opiniões acerca da segurança na tomada de decisões que versam sobre impacto e reversibilidade. De fato, segundo Angeloni (2003) no momento de tomada de decisão pesam três pontos; o dado, a informação e o conhecimento. Estes devem ser vistos como uma cadeia de agregação de valor e que os mesmos são elementos essenciais à tomada de decisão. Como diferentes pessoas possuem escalas diversas de valores, as decisões tendem a se diversificarem.

Os questionamentos sobre a existência de sistema próprio de avaliação, sistema informatizado e reciclagem de resíduos são considerações que devem ser acauteladas no momento da interpretação por fazerem referências a determinações prévias superiores, seja por meio de leis, portarias, decretos, dentre outros. Assim, para cada uma dessas questões, existe ao menos uma exigência mínima latente, o que acaba por rotular a verificação da postura profissional frente a essas questões como sendo a mera verificação do cumprimento de normas pré-existentes. A maior parcela dos questionados respondeu que existe um nível, mesmo que parcial, de implantação dessas estratégias. A Portaria 1886 de 18 de dezembro de 1997 disponibilizou o “Sistema de Informação da Atenção Básica” e várias outras surgiram subseqüentes a esta, reforçando tal mecanismo. Com isso, atualmente, é recomendação de que haja, no mínimo, recursos de informatização para alimentação de um banco de dados obrigatórios, o que revela haver pouco mérito na manutenção de informatização parcial do sistema.

A participação dos usuários na gestão das políticas de saúde foi assegurada pela Lei 8.142 de 21 de dezembro de 1990. Os resultados evidenciaram que em 78,6% dos gestores declararam a influência dos cidadãos nas mudanças do sistema. Tal alegação remete à crença de uma eficaz atuação dos conselhos de saúde nesses municípios. Para tanto, um estudo adicional pode ser conveniente. A autora Gerschman (2004) relata em seu estudo que a representação direta dos usuários dos serviços de saúde é difícil por conta de sua dispersão e falta de articulação interna. As Associações de Moradores nos últimos anos sofreram um esvaziamento importante do seu papel político de representação e articulação de demandas. O autor Cortês (2002) justifica a baixa participação de usuários nas decisões dos Conselhos em função da uma falha no processo de municipalização, que, segundo ele, não está ocorrendo de forma satisfatória:

“A demora no processo de municipalização dos serviços de saúde, em muitos estados, tem limitado as possibilidades de extensão da agenda de discussões dos conselhos municipais. Enquanto o gerenciamento dos

serviços de saúde nas cidades não estiver sob controle municipal, o poder de decisão política dos conselhos e das conferências municipais, dentro do processo decisório geral do setor, tenderá a ser limitado. Em outras palavras, sem a municipalização o aumento do controle dos usuários sobre esses fóruns não significará ampliação do controle sobre a gestão dos serviços de saúde da cidade.”

Os secretários em sua maioria (57,1%) alegaram existir grau de descentralização compatível com a melhor execução dos trabalhos. Porém a porcentagem é pouco expressiva se considerarmos que a lógica do sistema é descentralizado. Com base na análise, conclui-se que em 42,9% das situações existe centralização das ações e tarefas (trabalhos que demonstram centralização das ações). No campo dos estudos organizacionais, inclusive em treinamento e desenvolvimento vocacional, tem havido, em âmbito mundial, ênfase na necessidade de se aperfeiçoarem habilidades e capacidades que gerem reflexões sobre as práticas profissionais. A crítica mais comum para tal preocupação parece residir na necessidade de suporte para dirigentes e equipes enfrentarem, de forma efetiva, os desafios em delegar tarefas (PINTO, 2000).

A **tabela 4** demonstra que o nível de formação dos profissionais bem como o tempo de ocupação no cargo, detém relação com maior porcentagem de acertos nas questões da legislação.

Porém de um modo geral, os erros representaram maior proporção em relação aos acertos parciais ou totais, levando à necessidade de formação complementar principalmente aos recém chegados na função, já que a maioria relatou participar de cursos de atualização apenas uma vez ao ano. Apesar de a legislação mencionar extensivamente, tanto na lei magna quanto nas leis complementares de saúde, a necessidade de formação profissional, e isso obviamente inclui os gestores, a participação deles nesses eventos tem sido baixa. (CECCIN, 2002).

Tabela 4: Relação entre tempo de ocupação no cargo, porcentagem de acertos nas questões de legislação e nível de instrução dos gestores municipais de saúde da 14ª Regional do Paraná, 2008.

Tempo de ocupação no cargo	Porcentagem de acertos nas questões de conhecimento	Nível de instrução
24 meses	18,7%	Pós graduação
2 meses	9,37%	E. superior incompleto
1,6 meses	31,3%	E. superior completo
28 meses	34,4%	E. superior incompleto
2 meses	15,62%	E. superior completo
1 mês	31,25%	Pós graduação
2 meses	18,73%	Pós graduação
84 meses	6,25%	E. médio completo
192 meses	40,6%	Pós graduação

A função de gestor municipal de Saúde constitui-se de um cargo comissionado, popularmente conhecido como “Cargo de confiança”. Assim, apesar da necessidade de formação mínima (*nem tão mínima assim, haja vista a quantidade de situações e assuntos multidisciplinares que envolvem os gestores*) para o bom desempenho da função, não é estranho notar que pessoas de pouco ou nenhum conhecimento e experiência, ocupem tal posição. Isso ocorre, em grande parte, por conta dos chamados “favores políticos”, alicerçados a compromissos eleitoreiros e que por vezes condenam a população à falta de competência e qualidade nas ações. Trabalhos adicionais considerando os níveis de formação profissional na lógica do desenvolvimento municipal da saúde podem ser úteis para verificação de competências nas condutas de gestão.

REFLEXÕES

Os gestores municipais do Sistema Único de Saúde, participantes deste trabalho, exercem influências de diversas formas nas secretarias que representam, apresentando distintos perfis. Apesar do relativo domínio legislativo dos que ocupam o cargo por mais tempo e/ou possuem melhor formação, no geral, estes profissionais estão pouco embasados e atualizados para representarem convenientemente a população. Além dos próprios resultados aqui apresentados, tal constatação adicionalmente advém da aversão apresentada à pesquisa proposta e do medo de serem interrogados. Contudo, tais observações devem ser melhores detalhadas em trabalhos futuros. Além do mais, sendo a atuação gestora de extrema relevância para o desenvolvimento de ações em saúde pública, é de fundamental importância que estudos desta natureza ocorram no intuito de apresentar para a população, embasamento que lhes permita conhecer de fato quem são seus representantes, saber de suas qualificações e competências para a gestão do patrimônio e do interesse público.

BIBLIOGRAFIA

1. ANGELONI, M.T. Elementos intervenientes na tomada de decisão. **Ciência da Informação**, v. 32, n. 1, p.17-22, 2003.
2. BRASIL. Senado Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 1988.
3. BRASIL. **Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Diário Oficial da União, Brasília, v.78, n.182, p.18055, 20 set. 1990. Seção 1.
4. BRASIL. **Lei n. 8142, de 19 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Diário Oficial da União, Brasília, v.78, n.249, p.25694, 31 dez. 1990. Seção 1.
5. BRASIL. Portaria nº 1886/GM, de 18 de dezembro de 1997. Aprova as normas e diretrizes do Programa Saúde da Família. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1997.
6. BRITO, J.C. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, n.5, p.1612-1614, 2005.
7. CARVALHO, G. Saúde: avanços e entraves ao processo de descentralização. In: Centro de Estudos e Pesquisas de Administração Municipal (CEPAM). **O município no século XXI: cenários e perspectivas**. São Paulo, p.135- 148, 1999.
8. CECCIN, R.B.; ARMANI, T.B.; ROCHA, CF. O que dizem a legislação e o controle social em saúde sobre a formação de recursos humanos e o papel dos gestores públicos, no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 7, n. 2, p. 373-383, 2002
9. CORTES, SMV. Construindo a possibilidade da participação dos usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde. **Sociologias**, n. 7, p. 18-49, 2002. Freitas, H.; Oliveira, M.; Saccol, A. Z.; Moscarola, J. O método de pesquisa survey. **Revista de Administração da USP (RAUSP)**, São Paulo, v.35, n.3, p.105-112, 2000.
10. FREITAS, H.; OLIVEIRA, M.; SACCOL, A. Z.; MOSCAROLA, J. O método de pesquisa survey. **Revista de Administração da USP (RAUSP)**, v. 35, n. 3, p. 105-112, 2000.
11. GERSCHMAN, S. Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1670-1681, 2004.
12. GERSCHMAN, S. Municipalização e inovação gerencial: um balanço da década de 1990. **Ciênc. saúde coletiva**, v.6, n.2, p. 417-434, 2001.
13. MARTINS, H.H.T.S. Metodologia qualitativa de pesquisa. **Educ. Pesqui**, v. 30, n.2, p.289-300, 2004.
14. MENDES, R; BOGUS, C. M; AKERMAN, M. Agendas urbanas intersetoriais em quatro cidades de São Paulo. **Saude soc**, v. 13, n.1, p. 47-55, 2004.
15. MINICUCCI, A. **Psicologia aplicada à Administração**. Editora Atlas, 1995.
16. MORAES, I.H.S.; Santos, S.R.F.R. Informações para a gestão do SUS: necessidades e perspectivas. **Inf. Epidemiol. Sus**, v.10, n.1, p.49-56, 2001.
17. PINTO, L. F. S. O espírito empreendedor no processo estratégico. **Conjuntura Econômica**, v. 54 n. 12. p. 61-63, 2000.
18. PRIMI, R. Avanços na concepção psicométrica da inteligência. Em: F. C. Capovilla (Org.). **Neuropsicologia e aprendizagem: Uma abordagem multidisciplinar** (pp. 77-86). São Paulo: Scortecci, Sociedade Brasileira de Neuropsicologia, 2002.
19. RODRIGUES, P.H. Um balanço do SUS, próximo da maioria. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, v.14, n.2, p.645-649, 2007.

20. SOUZA, RR. O Sistema público de saúde brasileiro. **Seminário Internacional Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas**. São Paulo. 2002.
21. TANAKA O.Y.; NEMES M. I. B.; NOVAES H.M.D; BASTOS M.G.; CÉSAR C.L.G.; RIEDEL L.F. (in memoriam) et al. Formação de gestores locais de saúde: processos para identificar estratégias de atuação. **Rev. Saúde Pública**, v. 33, n. 3, p. 219-229, 1999.
22. VASCONCELLOS, M.T.L.; SILVA, E.P.C. The rise of public health research by sampling in Brazil. **Rev. Saúde Pública**, vl.40, n.5, p. 769-771, 2006.
23. VIEIRA-DA-SILVA, L.M; HARTZ, Z.M.A.; CHAVE, S.C.L.; SILVA, G.A.P.; PAIM, J.S. Análise da implantação da gestão descentralizada em saúde: estudo comparado de cinco casos na Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n.2, p.355-370, 2007.

A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO CUIDADO AO PACIENTE COM TRANSTORNO MENTAL: UM OLHAR PARA A ESQUIZOFRENIA.

FAMILY HEALTH STRATEGY IN PATIENT CARE WITH MENTAL DISORDER: A GLANCE TO SCHIZOPHRENIA.

CAMILLA DELA VALENTINA CAVALINI MARQUES. Acadêmica do curso de graduação em Enfermagem da Faculdade INGÁ.

JANAÍNA MARCOLINO. Enfermeira, Mestre em Enfermagem pela Universidade Estadual de Maringá – UEM, PR e Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade INGÁ.

Endereço para correspondência: Rua Pioneiro Salvador Ludovico Mazzer, 145, Jd. Dias I, CEP: 87025-752, Maringá, Paraná. delavalentina_cavalini@yahoo.com

RESUMO

A Saúde Mental vem ao longo dos anos passando por reconfigurações na sociedade brasileira. A construção de uma nova forma de cuidar do Portador de Transtorno Mental no contexto da Estratégia Saúde da Família tem um papel fundamental à medida que trabalha com a família e juntamente com o indivíduo. Trata-se de uma revisão de literatura que tem como objetivo descrever a importância do apoio familiar ao paciente e levantar as ações das equipes de saúde da família voltadas para o cuidado do paciente com transtorno mental, em especial a esquizofrenia. Foi evidenciado que existe aumento no número de pessoas que são portadoras de algum tipo de transtorno mental, e também do aumento de incidência da esquizofrenia entre a população. Estudos confirmam a importância da atuação da Equipe de Saúde da Família e do profissional Enfermeiro para a orientação de cuidados ao Portador de Transtorno Mental e sua Família.

PALAVRAS CHAVES: Transtorno Mental, Esquizofrenia, Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

The Mental Health is going through changes in the Brazilian society as time goes by. A new way of taking care of mental disordered patient at Family Health Strategies' context has become primordial and necessary. It is a bibliographic review which the objective is to describe the importance of the familiar support to the mental disordered patient and to pull up the family health strategies' actions directed to the way of taking care of this kind of patient, especially patients with Schizophrenia. It has been evidenced an increase of the schizophrenia incidence among the population. Studies has confirmed the importance of the Family Health's Team and the importance of the nurse as a professional enabled to give orientation about how to take care of this client and its family.

KEYWORDS: Mental Disease, schizophrenia, performance of family health care.

INTRODUÇÃO

A Saúde Mental (SM) vem ao longo dos anos passando por reconfigurações na sociedade brasileira, principalmente em decorrência do processo de Reforma Psiquiátrica que visa à construção de uma nova forma de cuidar do Portador de Transtorno Mental (PTM), com o desenvolvimento de práticas pautadas na integralidade da assistência, vindo ao encontro das diretrizes propostas pelo Sistema Único de Saúde – SUS (HORTA, 2008).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) desde o início da década de 70, já passa a reconhecer a magnitude dos problemas advindos da SM e admite a impossibilidade do seu cuidado ficar a cargo exclusivo de especialistas, preconizando, então a descentralização dos serviços com integração de serviços psiquiátricos em unidades de cuidados gerais e formação de cuidadores não especializados com aumento da participação da comunidade (NUNES *et al.*, 2007). De todos os transtornos mentais (TM's), não há dúvidas de que a Esquizofrenia está entre os mais graves atualmente. Segundo Townsend (2002), a esquizofrenia tem sua entidade clínica heterogênea, ou seja, ocorre por várias causas, sendo estas: combinações de variáveis genéticas, disfunção bioquímica, fatores fisiológicos e estresse psicossocial. O autor ainda ressalta que não há (e provavelmente nunca haverá) tratamento único para tal transtorno mental (TM) que favoreça o desaparecimento dos distúrbios, e, por ser a doença mental que mais causa hospitalizações demoradas, maior caos na vida familiar, maior custo para indivíduos e governo e maior medo que qualquer outra doença mental, passa a ser uma ameaça à vida e à felicidade, pois suas causas ainda constituem um enigma para a sociedade.

Para Stuart & Laraia (2001), a esquizofrenia resulta de um comportamento psicótico, ou seja, comportamento onde exista a presença de sintomas (delírios e/ou alucinações proeminentes) sendo que as alucinações ocorrem na ausência de *insight* para sua natureza patológica e ainda que reflita um prejuízo funcional, de modo que o resultado seja perda total/parcial na capacidade do indivíduo atender as exigências da vida. (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - APA, 2002).

No Brasil, atualmente, a reforma psiquiátrica tem como uma das bases legais, o Projeto de Lei que dispõe sobre a proteção e os direitos dos PTM e redireciona o modelo assistencial em saúde, o qual foi aprovado e sancionado pelo Presidente da República em 2001, na forma da Lei Federal 10.216 de 06 de abril de 2001. Esta lei relata que a pessoa em sofrimento mental deverá ser assistida por uma rede de atenção em SM, em vários níveis de complexidade, abrangendo desde os serviços especializados até a inclusão de ações em programas de saúde geral (BRASIL, 2001).

Inserida nesta nova perspectiva, a atenção básica, torna-se o principal apoio às famílias e ao PTM. Desta forma, as ações de SM na atenção básica devem obedecer ao modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas e que busquem o estabelecimento de vínculos e acolhimento. Essas ações devem estar fundamentadas nos princípios do SUS e nos princípios da Reforma Psiquiátrica. Pode-se sintetizar como princípios fundamentais desta articulação entre SM e atenção básica: noção de território; organização da atenção à saúde mental em rede; intersetorialidade; reabilitação psicossocial; multiprofissionalidade/interdisciplinaridade; desinstitucionalização; promoção da cidadania dos usuários e construção da autonomia possível de usuários e familiares (BRASIL, 2001).

Pode-se ressaltar que os serviços de atenção primária, como a Estratégia de Saúde da Família (ESF), constituem bases importantes dessa rede, tornando-se a porta de entrada para o sistema de saúde, fornecendo assim um elo mais próximo à Unidade de Saúde, à família e comunidade. Na perspectiva da ESF - o cuidado do PTM, deve servir como articulador, descentralizando assim os cuidados hospitalares, visando centrar o cuidado na família e não

apenas no indivíduo doente, de maneira a acrescentar também a vigilância à saúde, atividades de promoção e prevenção da saúde mental e trabalhar com determinantes sociais para a existência da SM com práticas intersetoriais e exercício de cidadania ao doente mental e seus familiares (PAIM, 2001). Nesse sentido, justifica-se voltar a atenção na atuação dos profissionais integrantes da ESF que estão em contato com o doente mental, uma vez que são eles os responsáveis pelo atendimento a este tipo de paciente no seu estado crônico da doença, também sendo responsáveis ao atendimento dos familiares do mesmo para orientações/suporte, tendo como base as mesmas diretrizes da Lei Orgânica do SUS nº 8.080 que dispõe da integralidade do paciente, universalidade ao atendimento de saúde e equidade nos serviços prestados. Assim, este estudo tem como objetivo descrever a importância do apoio familiar ao paciente e levantar as ações das equipes de saúde da família voltadas para o cuidado do paciente com TM, em especial a esquizofrenia. Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica no qual foi realizado um levantamento da literatura disponível em bases de dados da Bireme (Biblioteca virtual da saúde); LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde); Scielo e bibliotecas da área da saúde referentes aos últimos 10 anos. Por meio desta busca foi possível localizar artigos recentes a respeito do tema. O levantamento das referências para este estudo foram organizados de modo a permitir uma abordagem direcionada aos aspectos relacionados ao estudo e realizadas no período de abril a maio do ano de 2010.

Epidemiologia e aspectos sociais relacionados ao TM/Esquizofrenia.

Nas últimas décadas foi possível notar o aumento dos gastos relacionados com os TM's na saúde pública e associado a este fato está o aumento, tanto da morbimortalidade relacionada aos TM's, quanto da preocupação que este assunto acarreta (World Health Organization – WHO, 2001). De acordo com a World Health Organization – WHO (2000) a prevalência dos TM's a nível mundial, é variável conforme a população estudada e o método de estudo utilizado, ficando entre 12,2% e 48,6%, sendo que 10% da população acometida são Portadores de Transtornos Mentais Psicóticos (PTMP), onde se insere a esquizofrenia. Em um estudo elaborado por Stuart & Laraia (2001), foi analisado o impacto da esquizofrenia sobre o indivíduo e a sociedade. Neste, os dados evidenciados foram de extrema relevância: cerca de uma em cada 100 pessoas, na América do Norte são portadoras da doença, três em cada quatro casos de esquizofrenia tem início entre os 17 e os 25 anos, 95% das pessoas com esquizofrenia têm predisposição a apresentarem a doença pela vida toda e 20% a 50% dos pacientes com esquizofrenia tentam o suicídio. Os autores afirmam ainda que a esquizofrenia, sendo uma doença crônica, é cinco vezes mais comum que a esclerose múltipla, seis vezes mais comum que o diabete insulino dependente, 60 vezes mais comum que a distrofia muscular e 80 vezes mais comum que a doença de Huntington.

Segundo Teixeira (2005), a esquizofrenia tem sua causa ainda indeterminada e a doença independe de raça, nível sócio-econômico ou cultura, ocorrendo em aproximadamente 1% da população geral do Brasil. A autora coloca que quando um dos membros da família adoece, todos os outros são afetados, a loucura atinge toda a família e sua rede de relações sociais, de modo que após lidarem com a doença por tantos anos, o PTM e sua família se modificam radicalmente. Ocorre uma alteração nas atividades sociais normais, já que as tarefas desta família agora precisam ser executadas por outra pessoa, pois o foco da família esta todo voltado para o doente mental.

Lei antimanicomial e implicações familiares do PTM

Diante desde cenário, no Brasil, a partir de 1987, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental assume-se enquanto movimento social e, em 1991, com o Projeto de Lei nº. 8, que dispõe “sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros

recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória”, há continuidade da reforma psiquiátrica, que pretende se assentar em uma clínica antimanicomial, que opere no sentido contrário ao da exclusão (CARNEIRO & ROCHA, 2004).

O Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado, conhecido como Lei Antimanicomial, teve como objetivo redirecionar o modelo brasileiro de assistência psiquiátrica visando a garantir aos internos, em instituições de SM, melhores condições de saúde, além de direitos de cidadania. Essa Lei prevê a proteção dos indivíduos acometidos de TM. A lei relata que é direito do PTM: ter acesso ao melhor sistema de saúde, serem tratados com humanidade e respeito visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade (SANT`ANNA & BRITO, 2006). Em face da atual política pública brasileira de saúde mental, que prioriza a desospitalização e a desinstitucionalização da assistência, a importância da família para o tratamento do PTM é cada vez mais evidenciada (PEGARARO & CALDANA, 2006).

Estudos apontam que na maior parte dos casos, o portador de transtorno mental, em especial da esquizofrenia tem sua vida altamente comprometida, já que o cotidiano do doente é afetado nas esferas afetiva, familiar, produtiva e social, o que gera grande impacto na vida dos familiares, levando quase sempre a uma sobrecarga (PEGARARO & CALDANA, 2006) e (KRAUSS-SILVA *et al.*, 2008). Neste sentido as intervenções familiares por parte dos profissionais de saúde podem ter um efeito extremamente positivo no tratamento do portador e no alívio da sobrecarga familiar. Existe um consenso na literatura sobre a influência determinante de fatores familiares, valores sociais e sistema cultural no curso e prognóstico da esquizofrenia. Estudos afirmam que na esquizofrenia, já está determinado que as intervenções familiares são eficazes tanto na prevenção como no adiamento das recaídas dos episódios de surtos. Entretanto deve-se dar atenção especial aos cuidadores dos portadores de esquizofrenia, pois a não capacitação dos cuidadores primários dos pacientes internados, geralmente seus familiares, podem comprometer de forma importante o impacto e alcance das melhoras na intervenção (VILLARES *et al.*, 1999) e (ALMEIDA & FELÍCIO, 2008).

Novas práticas relacionadas ao PTM e a Estratégia Saúde da Família

O novo modelo psiquiátrico e a desinstitucionalização dos serviços psiquiátricos impulsionou a busca pela reorientação dos saberes e práticas psiquiátricas vigentes, que até então era centrada em um paradigma racionalista, o qual favorecia fortemente a exclusão social das pessoas que se encontram em sofrimento psíquico (ZERBETTO *et al.*, 1999).

Uma boa estratégia para o melhoramento das ações relacionadas ao diagnóstico precoce em SM é a atenção primária à saúde. Dentre os objetivos da atenção primária, inclui-se o de ter seu foco não apenas na enfermidade individual, mas também o de focar a saúde das pessoas no meio social e físico, no qual elas vivem e trabalham (STARFIELD, 2002). De modo a reorganizar a atenção primária em saúde, o Ministério da Saúde, em 1994, lançou mão da Estratégia Saúde Família (ESF). Segundo Franco & Merhy (1999), o novo modelo trouxe uma atenção centrada na saúde da família que deveria ser percebida em seu ambiente físico, mental e social. Dentre suas ações, Souza (2000) destaca a valorização dos princípios de territorialização, formação de vínculo com a população, garantia na integralidade de atenção, ênfase na promoção de saúde com fortalecimento das ações intersetoriais e estímulo à participação da comunidade.

A ESF configura-se hoje como o primeiro contato do indivíduo com o Sistema de Saúde o qual trabalha uma atenção voltada à família, incluindo aqueles indivíduos PTM's. Nesse sentido, a detecção precoce pela ESF de alterações de comportamentos e sinais crônicos da agudização do quadro de transtorno psíquico no PTM, o acompanhamento (inclusive medicamentoso) das pessoas com sofrimento mental e a discussão tanto no contexto familiar como na comunidade sobre inserção do PTM na sociedade devem estar

presentes no cotidiano de tais equipes. Assim, é possível facilitar o processo de reinserção e quebrar as barreiras existentes para se fazer cumprir os direitos dos PTM's (BRASIL, 2000).

É importante ressaltar que as equipes de saúde da família deveriam receber uma capacitação adequada para o atendimento a estes pacientes, qualificando assim os serviços oferecidos e evitando desta forma uma demanda para um atendimento terciário (internação psiquiátrica) – o que se apresenta totalmente contra a reforma psiquiátrica (ALMEIDA *et al.*, 2005).

Soares (2005), embasa o surgimento dos Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) através dos serviços abertos em SM, pois estes, levaram a projetos inovadores, que buscavam na prática cotidiana a ruptura com o modelo asilar. Assim, surgiu no final de 1980, o CAPS pelo Professor Luis da Rocha Cerqueira, em São Paulo, SP, os Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) em Santos, SP e o Centro Comercial de Saúde Mental “Nossa Casa” em São Lourenço do Sul, RS.

É ainda citado pela autora que, a partir destas experiências, vieram as discussões sobre os resultados destas ofertas terapêuticas, o que culminou com a aprovação legislativa no sentido de instituir serviços com as mesmas características a nível nacional, características estas de espaço de produção de novas práticas sociais, para lidar com a loucura, o sofrimento psíquico, a experiência diversa, para a construção de novos conceitos, de novas formas de vida, de invenção de vida e saúde. Sendo assim, os trabalhos desenvolvidos em instituições como o CAPS pressupõe mais competência, disponibilidade da equipe onde as ações terapêuticas são pré-determinadas e cristalizadas com o objetivo de criar no PTM um aumento da sua autonomia, da capacidade de gerenciamento de si e da escolha para garantir sua inserção na comunidade a sua volta.

Os municípios que possuem uma rede integrada de serviços com modalidades de recursos assistenciais e comunitários, vivem na ausência de manicômios. Para cada nove equipes de saúde da família em locais com até 200 mil habitantes, o Ministério da Saúde propõe a existência de uma equipe de suporte de saúde mental que teria composição mínima de um psiquiatra ou clínico geral capacitado, um psicólogo e um técnico em saúde mental (BRASIL, 2002). No entanto, Rio Grande do Sul (2001), propõe uma equipe multiprofissional com a mesma composição CAPS, com um médico de formação em SM, um enfermeiro e três profissionais de nível superior, podendo estes serem: psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, pedagogo ou outro profissional relacionado a SM. A proposta de tratamento é de não centralização na doença, e sim um olhar amplo, com envolvimento com profissionais de outras áreas para a abordagem do PTM como um todo no contexto sócio-econômico-cultural.

Os profissionais da ESF promovendo o cuidado aos familiares

O envolvimento da família na promoção/prevenção/recuperação do PTM faz parte das responsabilidades da ESF. Esta, por sua vez, deve planejar suas ações de modo que a família se sinta acolhida pela equipe e consiga sanar seus medos/receios/dúvidas quanto a doença. Ainda, é preciso trabalhar com orientações adequadas a cada caso e contar com outros profissionais para auxílio, dentro de uma equipe multiprofissional (ALMEIDA *et al.*, 2005).

Santos & Silva (2009) afirmam que a esquizofrenia, por ser uma doença crônica e incapacitante, afeta o indivíduo e toda a sua família e, tendo em vista o processo de desinstitucionalização em vigor, o cuidado a este tipo de doente recaiu sobre a responsabilidade da família, o que trouxe desespero a estes cuidadores que muitas vezes não se vêem amparados pela rede de saúde, ficando assim sobrecarregados. Estudo realizado por estes autores com a participação de 12 mães cuidadoras de portadores de esquizofrenia em tratamento no CAPS de Ribeirão Preto, demonstrou que, devido ao desconhecimento acerca da doença aliado ao estigma e aos preconceitos historicamente associados à loucura, a procura de um tratamento médico-científico foi dos últimos recursos utilizados por estas mães que, ao

invés disso, procuraram antes apoio da religião, no misticismo, em organizações comunitárias e ainda na medicina alternativa.

Ainda de acordo com os autores, com o aparecimento da doença no seio familiar, as transformações vivenciadas pela família foram amplas e variadas entre aspectos, tais como: padrão financeiro, diminuição do lazer, necessidade permanente de um cuidador, angústia pela própria vida, alterações nas relações familiares, e nos valores e crenças. É importante ressaltar que, de todas estas 12 mães, apenas uma teve uma postura de aceitação pelo filho tal como ele se mostrava. Arantes *et al.* (2000), após a realização de um estudo sobre: identificação da necessidade de orientação a familiares de portadores de esquizofrenia e implementação e avaliação de um plano de orientação as famílias, registraram que a atuação do enfermeiro é de suma importância nos programas de educação em saúde para este público, uma vez que foi percebido que a família do doente mental tem dificuldades para lidar com ele, com a doença mental e com o tratamento, principalmente pela falta de informação sobre a doença. Além disso, uma observação importante, foi de que estas famílias, no decorrer do estudo, demonstraram confiança pelas pesquisadoras-enfermeiras, quando da demonstração de conhecimento e do real interesse em ajudá-los.

Castro & Furegato (2008) apontam a reforma psiquiátrica junto as mudanças na perspectiva da esquizofrenia (não mais uma doença deteriorante e maligna), como principais causas da maior visualização do PTM pelos profissionais e pela sociedade que vem ocorrendo hoje em dia. Os autores colocam ainda que, é o enfermeiro e toda a sua equipe que têm o papel fundamental no cuidado e na luta contra o estigma da esquizofrenia, em todas as fases do tratamento e da recuperação das pessoas afetadas. Villares (2000) coloca a família como ponto central na vida dos portadores de Esquizofrenia, já que é a ela que recai responsabilidades como: administração das prescrições médicas, enfrentamento de agravamento do quadro sintomatológico e de situações de inatividade (depressão, agressividade, confusão, desorganização e inadequação) e ainda todos os outros inconvenientes que este transtorno acarreta juntamente com os já citados (demanda de cuidados que geram custos exorbitantes, perdas e empobrecimento na vida do portador e dos familiares, principalmente no que diz respeito à vida social, afetiva e profissional).

Perante todo este contexto e reconhecendo esta realidade, a autora enfatiza que os profissionais e os planejadores dos serviços de saúde exercem um papel importantíssimo quando oferecem um serviço de qualidade a estes familiares. Porém, se reconhece que existem alguns fatores que dificultam a execução destes serviços, já que se o processo de desinstitucionalização não for adequadamente acompanhado pelos profissionais de saúde, como consequência, este fato pode trazer uma sobrecarga familiar. Além disso, é preciso “quebrar barreira” entre o profissional de saúde e o familiar (principalmente a mãe do portador de esquizofrenia) quanto à construção teórica que atribuí a etiologia da esquizofrenia a aspecto relacionado entre pais e filho, pois esta mesma teoria contribui para o aumento do fardo familiar, gerando mais estigma e colocando os profissionais em uma posição crítica de confronto com os familiares.

REFLEXÕES

Diante dos aspectos discutidos neste estudo, percebe-se que é crescente a procura das Unidades Básicas de Saúde pelos pacientes e familiares de quem vive e convive com o Transtorno Mental. Esta proximidade parece estar relacionada ao vínculo entre os profissionais inseridos no contexto da Estratégia Saúde da Família e sua atuação vista como primeiro contato com o Sistema de Saúde. Entretanto, questiona-se até que ponto a Atenção Primária e os Profissionais das Equipes estão capacitados para oferecer escuta qualificada e promover a reinserção familiar e social do Portador de Transtorno Mental.

As políticas públicas de saúde são adequadas e podem oferecer acompanhamento e encaminhamento efetivo em um sistema de referência e contrareferência como aponta as

diretrizes vigentes? Se a desinstitucionalização permitiu diminuir os internamentos prolongados e desnecessários, ela também transferiu responsabilidades para o familiar-cuidador, e para serviços de saúde despreparados para oferecer cuidados a esta clientela. O familiar-cuidador sem um auxílio eficiente do profissional capacitado poderá sentir-se sobrecarregado, passando esta sobrecarga a toda família, inclusive ao portador de transtorno mental que, a curto ou longo prazo, pode ter seu quadro clínico agravado, o que consequentemente pode vir a representar o abandono familiar, a necessidade de internamento e mesmo ter sua qualidade de vida prejudicada. Reflete-se que não basta existir leis, programas e diretrizes se as pessoas envolvidas não estiverem respaldadas por um planejamento estratégico e uma capacitação eficaz. Acredita-se que é necessário um serviço de saúde articulado, que ofereça estrutura adequada, atendimento adequado e que avalie suas decisões e seus resultados.

Espera-se que desta forma possa ser de fato garantido e contemplado o direito de cidadania do Portador de Transtorno Mental e da sua família a fim de que o princípio de Equidade no Sistema Único de Saúde seja cumprido.

BIBLIOGRAFIA

1. ALMEIDA, D.V.; FELÍCIO, J. L. Abordagem terapêutica às famílias na reabilitação de pacientes internados em hospitais psiquiátricos: relato de experiência. **O mundo da Saúde**. v. 32, n. 2, p. 248-253, 2008.
2. ALMEIDA M. C. P. *et al.* A atenção em saúde mental na estratégia saúde família. **Revista Eletônica de Enfermagem**. v. 7, n. 1, p. 113-117, 2005.
3. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - APA. Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos. In. DSM – IV – TR Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Trad. Cláudia Dornelles. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2002, p. 303 – 325.
4. ARANTES E C; PAIVA, S M de A; STEFANELLI M C. Grupo familiar na convivência com o doente mental: programa de educação em saúde. **Fam Saúde Desenv**. v. 2, n. 1, p. 21-29, 2000.
5. BRASIL, Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica: Programa de Saúde da Família**. Caderno 3. Brasília, 2000.
6. BRASIL, Ministério da Saúde. **Guia Prático do Programa de Saúde da Família**. Brasília, 2001.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório de gestão: Departamento de Atenção Básica 1998- 2002**. Brasília, 2002.
8. CARNEIRO, N. G. de O.; ROCHA, L. C. O processo de desospitalização de pacientes asilares de uma instituição psiquiátrica da cidade de Curitiba. **Psicologia: Ciência e Profissão**. Brasília: set. 2004. v. 24. n. 3. p. 66-75.
9. CASTRO A. S.; FUREGATO A. R. F. Conhecimentos e atividades da enfermagem no cuidado do esquizofrênico. **Rev. Electr Enf**. v. 10, n. 4, p. 957-65, 2008.
10. FRANCO, T.; MERHY, E. E. **Programa de Saúde da Família: Contradições e novos desafios**. In: CONGRESSO PAULISTA DE SAÚDE PÚBLICA, 6., 1999, Águas de Lindóia. *Anais...*São Paulo: APSP, 1999. v.2, p.145-154.
11. HORTA, A. P. A. **Limites e Possibilidade de Afetivação do Cuidado ao Portador de Transtorno Mental na Atenção Básica**. Juiz de Fora, 2008. 228f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Juiz de Fora.
12. KRAUSS-SILVA, L.; MARTINS, A. C. M; RODRIGUES, M. G. A. Meta-análise de ensaios clínicos de intervenção familiar na condição esquizofrenia. **Cad saúde pública**. v. 24 n.10 p. 93-109, 2008.
13. MOLLER M. D.; MURPHY M. Respostas Neurobiológicas, Esquizofrenia e Transtornos Psicóticos. In: STUART, G. W., LARAIA, M. T. **Enfermagem Psiquiátrica: Princípios e práticas**. 6ª ed. São Paulo: Atheneu. Cap. 21. 438-71.
14. NUNES, M; JUCA, V. J.; VALENTIM, C. P. B. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. **Cad. Saúde Pública**. v. 23, n. 10, p. 2375-2384, 2007.
15. PAIM, J. S. Saúde da Família: espaço de reflexão e contra-hegemonia. **Interface Comun Saúde Educ**. v. 5, n. 9, p.143-6, 2001.
16. PEGORARO, R. F; CALDANA, R. H. de L. Sobrecarga de familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. **Psicologia em Estudo**. v.11, n.3. p. 569-77, 2006.
17. RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. **Guia de Saúde Mental**. Porto Alegre, 2001.
18. SANT'ANNA, T. de C.; BRITO, V. C. de A. A lei antimanicomial e o trabalho de psicólogos em instituições de saúde mental. **Psicologia: Ciência e Profissão**. v. 26, n.3. p. 368-83, 2006.

19. SANTOS M dos A.; SILVA, G. Esquizofrenia: dando voz a mãe cuidadora. **Estudos de Psicologia**. v. 26, n. 1, p. 85-92, 2009.
20. SOARES, S. R. R. **Centro de Atenção Psicossocial: Como o usuário vivencia o cotidiano do serviço**. Dissertação em graduação em Enfermagem Psiquiátrica. Ribeirão Preto, 2005. 146f. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.
21. SOUZA, H. M. Entrevista com a diretora do Departamento de Atenção Básica-SPS/MS. **Rev. Bras. Enfermagem**. v. 53, Número Especial, p 7-16, 2000.
22. STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Trad. Fidelity Translations. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. p.19, 27.
23. TEIXEIRA, M. B. Qualidade de vida de familiares cuidadores do doente esquizofrênico. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 58 n. 2 p.171-5, 2005.
24. TOWNSEND, M. C. Esquizofrenia e Outros Distúrbios Psicóticos. In: _____. **Enfermagem Psiquiátrica: Conceitos e Cuidados**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. Cap 25. 363-86.
25. VILLARES, C. C. Adaptação transcultural de intervenções psicossociais na esquizofrenia. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. p. 53-55. v. 22 (Supl I), 2000.
26. VILLARES, C. C.; REDKO, C. P.; MARI, J. J. Concepções de doenças por familiares de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. v. 21, n. 1, p. 36-47, 1999.
27. World Health Organization - WHO. **Mental Health: New understanding, new hope**. Geneva: WHO Library Cataloguing in Publication Data, 2001.
28. World Health Organization – WHO. The international consortium in Psychiatric Epidemiology Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. **Bull World Health Organ**. v. 78, n. 4, p.413-26, 2000.
29. ZERBETTO, S.R. *et al.* **Desinstitucionalização: A experiência do movimento de luta antimanicomial de Ribeirão Preto**. In: LABATE, R. C. (org). Caminhando para assistência integral. Ribeirão Preto: Scala, 1999. P. 85-91.

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: POR QUE É TÃO IMPORTANTE?

NURSING ASSISTANCE SYSTEMATIZATION: WHY IT IS SO IMPORTANT?

SULENI ELIZÁRIO BARBOSA. Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Ingá.

KELLY CRISTINA INOUE. Professora Mestra do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Ingá.

Endereço para correspondência: Kelly Cristina Inoue. Rua Quintino Bocaiúva, 1154, ap. 33, Zona 7, Maringá-PR, CEP 87020-160 kellyelais@hotmail.com

RESUMO

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) consiste numa metodologia que se pauta em pressupostos teóricos, dentre os quais se destaca o Processo de Enfermagem teorizado por Wanda Horta, que possibilita ao enfermeiro assistir sistematicamente ao cliente sob seus cuidados; conseqüentemente, há possibilidade de garantia da individualidade e da integralidade na assistência. Além disso, a implementação da SAE acarreta em registros formais que podem sustentar a avaliação de indicadores de qualidade da assistência, embasar processos ético-legais e a auditoria de custos, além de ser um importante sistema de comunicação. Devido à falta de conhecimento de alguns profissionais em relação à necessidade e obrigatoriedade da SAE, existem ainda dificuldades para sua implementação em muitas instituições de saúde. É necessário, portanto, que haja reorganização do modelo assistencial, por meio de maior investimento e treinamento profissional, para valoração dos benefícios que a SAE pode originar em decorrência da otimização/racionalização do processo de trabalho concomitante à manutenção da individualidade e da integralidade do cuidado ao cliente, e das condições favoráveis à saúde dos trabalhadores de enfermagem.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem; Processos de Enfermagem; Plano de Assistência de Enfermagem.

ABSTRACT

The Nursing Assistance Systematization (NAS) is a methodology that is aligned to the theoretical presupposed, among which highlights the Nursing process, theorized by Wanda Horta, which allows nurses to systematically assist the client in their care, consequently, there is possibility of guarantee of individuality and entire assistance. Furthermore, the implementation of NAS leads to formal records that they can sustain the evaluation of indicators of quality of the attendance, to base ethical-legal processes and the auditing of costs, besides being an important communication system. Due to the knowledge lack of some

professionals in relation to the need and obligation of SAE, there are still difficulties in its implementation in many health institutions. It is necessary therefore that there is reorganization of the assistance model, through increased investment and professional training for meaning of the benefits that NAS may result due to optimization / rationalization of the work process concomitant to the maintenance of individuality and the entire of client care, and favorable conditions to health of nursing staff.

KEYWORDS: Nursing; Nursing Process; Patient Care Planning.

INTRODUÇÃO

Para desempenhar as atividades legalmente previstas na profissão, tanto no que se refere à assistência de enfermagem quanto à sua administração e gerenciamento, o enfermeiro precisa aplicar habilidades e competências técnicas, científicas, relacionais/comunicacionais e de tomada de decisão. Diante a esta premissa, torna-se indispensável sistematizar as suas atividades e ações, com vistas à obtenção de melhores resultados no cuidado prestado.

No Brasil, o conjunto de ações de enfermagem sistematizadas e inter-relacionadas para assistir aos clientes, família e comunidade de forma individualizada, foi inicialmente teorizado por Horta (1979) e denominado como Processo de Enfermagem (PE).

O PE, atualmente referendado e aplicado para a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), se refere a uma forma de cuidar do paciente e segue alguns passos previamente estabelecidos (Histórico de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem, Plano Assistencial, Plano de Cuidados ou Prescrição de Enfermagem, Evolução e Prognóstico) que viabilizam a organização da assistência de enfermagem e representa uma abordagem de enfermagem ética e humanizada, dirigida à resolução de problemas, atendendo às necessidades de cuidados de saúde e de enfermagem de uma pessoa (CASTILHO & RIBEIRO; CHIRELLI, 2009; HERMIDA, 2004).

Gentil *et al.* (2010) lembram que a SAE requer do profissional interesse em conhecer o paciente como indivíduo, utilizando para isso seus conhecimentos, além de orientação e treinamento da equipe de enfermagem para implementação das ações sistematizadas.

Em consonância à Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, a SAE representa uma ferramenta de trabalho do enfermeiro de fundamental importância, visto que a enfermagem é uma profissão dinâmica e necessita de uma metodologia capaz de refletir tal dinamismo, com oportunidade de redefinição do espaço de atuação do enfermeiro e maior visibilidade de sua profissão (CASTILHO *et al.*, 2009; BRASIL, 1986; ANDRADE & VIEIRA, 2005).

Concomitante à implementação da SAE, são gerados registros/anotações de enfermagem, dentre os quais constam: Histórico de Enfermagem; Diagnóstico de Enfermagem; Prescrição da Assistência de Enfermagem; Evolução da Assistência de Enfermagem; Relatório de Enfermagem (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2002).

A prática cotidiana do profissional da área da saúde tem demonstrado que os registros de enfermagem de forma sistematizada constituem um dos meios mais eficazes para a melhoria da assistência de enfermagem. Isso porque, a comunicação oral, embora necessária, não é totalmente eficiente, em razão da dificuldade de memorização do trabalhador, principalmente quando este desenvolve suas atividades laborais em condições desfavoráveis à motivação e manutenção de sua saúde e integridade físico-psíquica. Acresça-se a isto que, as anotações de enfermagem no prontuário do cliente consistem em um sistema de informação para subsidiar a auditoria de custos e de qualidade dos serviços prestados pela instituição e pela equipe de enfermagem, além de serem consideradas como documentos legais em processos jurídicos e éticos.

Diante ao exposto, aqui, realizar-se-á uma revisão de literatura acerca da SAE com o

objetivo de discorrer sobre a importância de sua implementação e manutenção nas instituições que prestam atendimento à saúde.

DA TEORIA À PRÁTICA ASSISTENCIAL

A Enfermagem é considerada como ciência e arte, cuja essência é o cuidado ao ser humano, tanto no âmbito individual quanto coletivo. E, ao longo da história, os enfermeiros têm edificado o corpo de conhecimento da profissão com incorporação de saberes de outras áreas, o que possibilitou o desenvolvimento de modelos teóricos próprios reproduzíveis à prática assistencial.

Apesar de ser entendida em sua origem como uma atividade de benemerência e estabelecida como prática voluntária, a Enfermagem, ao se descentralizar do modelo biomédico a partir da década de 1950, iniciou o processo de superação de paradigmas e estigmas com a construção de um corpo de conhecimento próprio. Assim, nos anos 1970, houve uma preocupação das enfermeiras com o desenvolvimento de Teorias de Enfermagem, como um meio de estabelecer a Enfermagem como profissão (HERMIDA, 2006; SALOMÃO & AZEVEDO, 2009).

A formulação de Teorias em Enfermagem surgiu em face à agregação de maior conhecimento às técnicas e procedimentos. Para tanto, pesquisas foram realizadas e novos conceitos passaram a ser formulados para sustentar diferentes modelos conceituais, dentre os quais se destaca o PE que se remete ao método de trabalho de enfermagem mais aceito no âmbito individual/coletivo, ambulatorial/hospitalar, no ensino e na pesquisa (SALOMÃO & AZEVEDO, 2009).

Reconhece-se que, as Teorias de Enfermagem quando utilizadas como referencial para a SAE, proporcionam meios para a organização das informações sobre a clientela e isto facilita a análise e interpretação dos dados, além de possibilitar o acompanhamento e avaliação contínuos dos resultados obtidos com as intervenções de enfermagem. É possível, portanto, a prestação de cuidados qualificados em menor tempo e com maior eficiência (AMANTE *et al.*, 2009).

No Brasil, a SAE, quando implementada nas instituições de saúde como uma metodologia assistencial, encontra-se em geral sustentada pelo PE, o qual se baseia na solução de problemas mediante a tomada de decisão do enfermeiro para adoção de condutas e realização de cuidados pelos profissionais de enfermagem frente aos problemas de saúde e/ou para a manutenção dos processos vitais e integridade do indivíduo, família e comunidade.

Apesar de a SAE representar uma metodologia de se assistir todos os clientes que demandam cuidados de enfermagem, de acordo com o seu grau de dependência ou do tipo de cuidado requerido, as fases preconizadas são flexíveis e não precisam necessariamente ocorrer de forma cíclica. Portanto, o uso da SAE não representa generalizar os cuidados, mas sim, um modo de se cuidar de cada paciente.

*A SAE é um jeito de pensar a enfermagem de que as pessoas de quem cuidamos precisam; é um jeito de pensar de que os pacientes precisam. A documentação dos resultados dos julgamentos clínicos realizados é uma exigência legal e os conteúdos dessa documentação serão consequências do estilo dos conteúdos dos pensamentos e julgamentos clínicos que realizamos. O processo de enfermagem portanto, expande a abrangência da simples aplicação de uma sequência linear de atividades burocráticas a serem documentadas (QUILICI *et al.*, 2009).*

A elaboração da SAE é um dos meios que o enfermeiro dispõe para aplicar conhecimentos técnicos e científicos na assistência ao cliente e, desse modo caracterizar a prática profissional, colaborando na definição de seu papel enquanto integrante da equipe multiprofissional de saúde e responsável legal pela equipe de enfermagem. Para que isto

ocorra, este precisa conhecer as fases do PE que embasam a SAE sob o contexto de um referencial teórico e assim promover o cuidado e o restabelecimento daqueles que se encontram sob seus cuidados (MENEGÓCIO, 2008; BRASIL, 1986).

Como mencionado anteriormente, o PE é composto pelo Histórico de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem, Plano Assistencial, Plano de Cuidados ou Prescrição de Enfermagem, Evolução e Prognóstico (HORTA, 1979).

O Histórico de Enfermagem consiste na anamnese e no exame físico. Na anamnese segue-se um roteiro sistematizado, preenchido pelo enfermeiro junto ao paciente ou seu responsável, para o levantamento de dados subjetivos do paciente e; no exame físico são realizadas técnicas de inspeção, palpação, percussão e ausculta, para a averiguação de dados objetivos sobre o estado de saúde do indivíduo, com destaque à anotação das anormalidades encontradas para validar as informações obtidas (HORTA, 1979; MANZANO, 2008).

No que diz respeito ao Diagnóstico de Enfermagem, fase que sucede o Histórico de Enfermagem, este se refere à identificação das necessidades do ser humano que precisa de atendimento, bem como a determinação pelo enfermeiro do grau de dependência do atendimento em natureza e extensão. Assim, os problemas de enfermagem são identificados para que as necessidades básicas afetadas sejam supridas (MANZANO, 2008).

O atendimento às necessidades básicas – afetadas ou não – decorre, segundo Horta (1979), do Plano de Cuidados ou Prescrição de Enfermagem, que é o roteiro diário que norteia a equipe de enfermagem nos cuidados que devem ser realizados. Neste, há indicação da ação com o verbo no infinitivo, contemplando-se respostas para as questões como, onde e de que modo essa deve ser executada.

Já a Evolução de Enfermagem consiste no relato periódico do estado e das mudanças que ocorrem com o cliente enquanto este estiver sob assistência profissional. Neste tipo de registro constam os problemas novos identificados e os problemas a serem abordados nas 24 horas subsequentes (HORTA, 1979).

Por fim, denomina-se Prognóstico a estimativa do ser humano em atender a suas necessidades após a implementação do plano assistencial e à luz dos dados fornecidos pela Evolução de Enfermagem (MANZANO, 2008).

Cabe mencionar, entretanto, que, para a aplicação prática da SAE, foram propostas algumas adaptações às fases do PE, dentre as quais consta: Investigação, Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento, Implementação e Avaliação (HORTA, 1979; QUILICI *et al.*, 2009).

Independentemente da proposta adotada, as instituições de saúde devem optar por aquela que seja factível à sua realidade e que torne possível a organização das ações de enfermagem e, conseqüentemente, racionalização do processo de trabalho com resultados positivos tanto para o cliente quanto para os profissionais de enfermagem.

As fases que compõem a SAE consistem em atividades inerentes e indispensáveis à prática de enfermagem e, por isto, é urgente e necessário que façam parte da rotina de trabalho nas instituições de saúde, valorizadas por todos profissionais da equipe e devidamente documentadas. Afinal, a implementação da SAE, assim como o seu registro formal no prontuário do paciente em todas as organizações de atendimento à saúde, sejam elas públicas ou privadas, representam exigência conferida pela Resolução do COFEN n.º 272/2002 (CASTILHO *et al.*, 2009; CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2002).

Concorda-se, aqui, com Matsuda *et al.* (2006) ao afirmarem que as formas de registro ou anotação de enfermagem, em geral, são elementos indispensáveis ao processo de cuidado humano visto que, quando redigidos de maneira que retratam a realidade a ser documentada, possibilitam à comunicação permanente, podendo ser destinados às pesquisas, às auditorias, ao planejamento, aos processos jurídicos, à comunicação entre a equipe de trabalho, dentre outros.

REGISTROS FORMAIS DA SAE

As anotações de enfermagem são o registro de todos os cuidados prestados, dos sinais e sintomas observados ou referidos pelo cliente, das intercorrências e condutas adotadas, bem como da resposta apresentada pelo paciente frente às ações que foram realizadas (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO, 2009). Matsuda *et al.* (2006) enfatizam que a adequação das anotações, embora seja de difícil definição, pode ser entendida como o registro exato ou aquele que mais se aproxima da realidade em que o fato ocorreu e/ou foi percebido.

Recomenda-se, portanto, que toda anotação de enfermagem seja feita de modo objetivo, com informações e dados completos, sem julgamentos ou opinião pessoal. Acresce-se a isso que, este tipo de registro deve ser redigido com letra legível, gramatical e foneticamente correto, à caneta, sem rasuras e com uso somente das abreviações aprovadas pelo local de trabalho (OCHOA-VIGO *et al.*, 2001).

As recomendações anteriormente mencionadas visam garantir a legitimidade das anotações de enfermagem para que, de fato, essas possam ser utilizadas como fontes de informação para a avaliação da assistência de enfermagem, processos ético-legais, auditoria de custos, ensino e pesquisa e também como um sistema de comunicação em enfermagem.

SAE: Indicador de qualidade e avaliação da assistência de enfermagem

Os indicadores são instrumentos valiosos para a gestão e avaliação da situação de saúde em todos os níveis, inclusive da assistência de enfermagem e se destinam à produção de evidência sobre a situação sanitária e suas tendências. Constitui, assim, insumo para o estabelecimento de políticas e prioridades ajustadas às necessidades de uma população e facilita o monitoramento de objetivos e metas pré-estabelecidos (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE, 2008).

O uso de indicadores de qualidade para a avaliação da assistência à saúde e de enfermagem tem sido objeto da auditoria de cuidados que, de acordo com Rodrigues, Perroca & Jericó (2004) representa uma forma de avaliação sistemática pautada no prontuário do paciente ou das próprias condições em que este se encontra, com vistas à melhor qualidade do cuidado a partir de um serviço oferecido de maneira mais segura e eficaz.

A auditoria de cuidados é um sistema de revisão e controle utilizado para informar à administração sobre a eficiência e eficácia dos programas em desenvolvimento, cuja função tem caráter eminentemente educacional, já que devem ser idealizadas propostas que visem à melhoria do processo e dos resultados da assistência para a maior qualidade possível. Dessa maneira, essa – a auditoria de cuidados – não se restringe à indicação de falhas e problemas na atenção à saúde (SETZ & D'INNOCENZO, 2009).

É importante lembrar que a busca pela qualidade tem sido foco de preocupação de muitas organizações privadas, inclusive no setor saúde, que, diante às mudanças sociais, políticas e econômicas que ocorrem em nível mundial, se preocupam cada vez mais em se manterem competitivas, vencer a concorrência e garantir a sua sobrevivência.

No Brasil, também há a preocupação com a qualidade na prestação de serviços de saúde em instituições públicas e isto pode ser evidenciado pela existência de programas, políticas e legislação que norteiam as ações do Sistema Único de Saúde (SUS) e estimulam a participação popular e o exercício da cidadania.

Frente ao contexto apresentado, faz-se necessária a auditoria de cuidados e a presença do profissional auditor nas instituições de saúde, visto que a avaliação e a revisão de registros clínicos devem feitas por profissionais qualificados e exclusivos a essa atividade que na Enfermagem é regulamentada pela Resolução COFEN nº. 266/2001 (LUZ *et al.*, 2007; GODOI *et al.*, 2008; CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2001).

Reconhece-se que, dentre os registros clínicos, as anotações de enfermagem consistem

num dos mais importantes instrumentos de prova da qualidade da assistência à saúde, em razão de que cerca de 50% das informações inerentes ao cuidado do cliente são fornecidas pela equipe de enfermagem (SANTOS *et al.*, 2003; SETZ & D'INNOCENZO, 2009).

*As anotações de enfermagem são indispensáveis no prontuário do paciente, como parte da documentação do processo de saúde/doença, especialmente considerando que a equipe de enfermagem acompanha todo esse decorrer de forma mais integral, pela permanência na unidade hospitalar durante 24 horas, garantindo qualidade e fidedignidade em suas observações. Porém, estudos realizados a partir das anotações de enfermagem, nem sempre mostram resultados satisfatórios em relação à qualidade da assistência oferecida ao paciente. Relatam que as anotações expressam, principalmente, o cumprimento das prescrições médicas e a execução das atividades de rotina do serviço, com conteúdos simples, incompletos, fragmentados e repetitivos (OCHOA-VIGO *et al.*, 2001).*

Cabe, então, à enfermagem realizar o registro adequado e assíduo sobre todas as informações que lhes são inerentes.

SAE: Instrumento ético-legal

Os profissionais de enfermagem ao prestarem a assistência ao cliente estão sujeitos devem responder por suas ações que, por vezes, podem ocasionar implicações éticas, cíveis e/ou criminais. Ao considerar que os registros de enfermagem anotados no prontuário do paciente podem ser considerados meios legais de prova – já que são o único tipo de documento que relata todas as ações de enfermagem junto ao paciente – para se defender de possíveis acusações, é de fundamental importância que essas estejam documentadas adequadamente (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO, 2009; OCHOA-VIGO *et al.*, 2001).

Vale lembrar que, uma ação de enfermagem não registrada representa legalmente uma ação que não foi realizada.

Para que as anotações de enfermagem possam ser consideradas autênticas e válidas, fornecendo respaldo legal aos profissionais de enfermagem, deverão estar legalmente constituídas. Isso inclui a assinatura do autor do registro e inexistência de rasuras, entrelinhas, emenda, borrão ou cancelamento, características que poderão gerar a desconsideração jurídica do registro como prova documental (CONSELHO REGIONAL DE SÃO PAULO, 2009).

Infelizmente, Setz & D'Innocenzo (2009) lembram que, com muita frequência, as anotações da enfermagem não contêm informações adequadas e suficientes para apoiar a instituição e/ou os profissionais de enfermagem, quando ocorre algum processo judicial.

SAE: Subsídio para auditoria de custos

Segundo Scarparo *et al.* (2009) a auditoria de enfermagem incorporou-se à rotina das instituições de saúde com o intuito de avaliar os aspectos qualitativos da assistência requerida pelo paciente, os processos internos e as contas hospitalares; sendo concebida como o exame oficial dos registros de enfermagem com o objetivo de avaliar, verificar e melhorar a assistência, podendo concentrar-se nos registros e anotações de enfermagem.

A auditoria de custos tem como finalidade conferir e controlar o faturamento enviado para os planos de saúde, verificar exames e procedimentos realizados, efetuar visitas de rotina a pacientes internados cruzando as informações recebidas com as que constam no prontuário do paciente. Além disso, esta visa investigar a propriedade dos gastos e processos de pagamentos; analisar as estatísticas, indicadores hospitalares e específicos da organização; conferir os sistemas de faturamento das contas médicas; e, ainda, elaborar processos de glosas (RODRIGUES *et al.*, 2004).

A saber, Motta (2003) refere que glosa significa um ajuste de uma cobrança apresentada por um serviço prestado e pode ser positiva ou negativa, ou seja, pode ser cobrado um valor maior ou menor do que aquele que deveria ser cobrado.

Devido ao fato de grande parte das anotações de enfermagem ser inconsistente, ilegível e/ou subjetiva, glosas negativas para o faturamento das contas hospitalares – materiais, medicamentos, procedimentos e outros serviços – tem sido significativas para o orçamento das instituições. Diante a isto, o enfermeiro auditor pode solicitar esclarecimento sobre fato que interfira na clareza e objetividade dos registros, com o propósito de coibir interpretações equivocadas que possam gerar glosas infundadas (RODRIGUES *et al.*, 2004; CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2001).

Junqueira (2001) relata que uma forma de minimizar tal tipo de glosa se remete à checagem dos procedimentos de enfermagem no prontuário. Também é recomendável que seja descrita a realização exata de tal procedimento e justificativa de gastos adicionais em razão de perdas acidentais ou dificuldades inerentes à própria atividade que foi executada.

SAE: Fonte de ensino e pesquisa

O prontuário e os registros da SAE nele contidos são considerados fonte de ensino e pesquisa, porque neles constam informações que permitem a formulação de indicadores epidemiológicos sobre mortalidade, morbidade, prevalência e incidência de morbidades, além de dados estatísticos sobre riscos e associações de variáveis dos pacientes e de seu respectivo desfecho.

Os dados contidos nos registros de enfermagem têm sido utilizados em epidemiologia por trazerem conhecimentos úteis aplicáveis à população – difíceis de serem obtidos por outros meios – como vigilância sanitária, certificados de óbito, fârmaco vigilância, entre outros (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL, 2006).

A premissa anterior ocorre em razão de que a Portaria GM nº. 3947/1998 estabelece que todo documento referente ao paciente deve conter: nome completo, obtido de documento oficial, registrado em campo único; número de Cartão do SUS; número do Registro de Identidade Civil (RIC), uma vez regulamentado o seu uso; data de nascimento, indicando dia, mês e ano (quatro dígitos), em que ocorreu; sexo; nome completo da mãe, obtido de documento oficial, registrado num campo único; naturalidade, indicando o Município e o Estado de nascimento; endereço, indicando nome da via pública, número, complemento, bairro/distrito, Município, Estado e Código de Endereçamento Postal (CEP) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998).

Os registros de enfermagens e o prontuário do paciente na íntegra podem ser liberados para fins de pesquisa e investigação epidemiológicas, desde que sejam cumpridas as normas éticas vigentes e nas dependências do serviço de arquivo (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2003).

Destaca-se que, também para este fim, os registros de enfermagem insuficientes podem trazer prejuízos, visto que dados faltosos e/ou omissos podem impossibilitar a realização de análises estatísticas ou acarretar em inferências inconsistentes.

SAE: Sistema de comunicação

Devido ao fato de várias equipes estarem envolvidas com a assistência, a comunicação e as informações entre os profissionais de saúde são fundamentais para garantir a continuidade do cuidado (OCHOA-VIGO *et al.*, 2003).

Cabe mencionar que, Siqueira & Kurcgant (2005) consideram que a comunicação é uma competência necessária aos profissionais de enfermagem, os quais devem estar atentos aos conteúdos informativos e resultados do processo comunicativo.

Diante à importância do uso da comunicação em enfermagem, é preciso lembrar, contudo, que, a comunicação oral, embora necessária, pode ser influenciada pela dificuldade de memorização do trabalhador, principalmente quando este desenvolve suas atividades laborais em condições desfavoráveis à manutenção de sua saúde. Consequentemente, a existência de registros de enfermagem deve ser considerada como uma opção à garantia do acesso a informações sobre o cliente e a assistência que lhe foi prestada.

Reconhece-se que, os registros de enfermagem anotados adequadamente, além de representarem uma exigência legal, favorecem a organização do trabalho da enfermagem e possibilitam o atendimento às necessidades e realização de intervenções cabíveis com maior eficiência operacional (OCHOA-VIGO *et al.*, 2003; MATSUDA *et al.*, 2006).

DIFICULDADES PARA A IMPLEMENTAÇÃO E MANUTENÇÃO DA SAE NAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE

Considera-se a SAE como metodologia capaz de auxiliar no atendimento às necessidades do indivíduo, família e comunidade; devendo este modelo assistencial ser aplicado em todas as áreas de assistência à saúde pelo enfermeiro. Porém, muitas instituições de saúde encontram dificuldades para sua implementação, seja pela carência de pessoal de enfermagem para executar todas as atividades requeridas, as quais demandam tempo para registro e análise dos dados, ou mesmo pela falta de tempo decorrente do excesso de atribuições da enfermeira, deficiência da chefia para supervisão desta atividade, ausência de apoio administrativo e/ou de conhecimento sobre o método e suas vantagens (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2002; NEVES & SHIMIZU, 2010).

A falta de conhecimento do enfermeiro para a realização da SAE talvez seja o principal motivo que leva este profissional a não executá-la ou tentar implementá-la em sua unidade/local de trabalho. Este também é um impeditivo para a manutenção da SAE nos locais onde ela se encontra implementada, pois o enfermeiro ao executar suas fases sem reflexão crítica e apenas com o intuito de cumprir a obrigação que lhe foi imposta, certamente não alcançará a maior qualidade assistencial que poderia ser obtida ao se aplicar esta metodologia; e, provavelmente, não conseguirá melhorar a visibilidade da Enfermagem nem tampouco o reconhecimento desta prática perante a sociedade (TAKAHASHI, 2008).

Thomaz & Guidardello (2002) acreditam que o desenvolvimento da proposta da SAE ainda esbarra em muitas dificuldades, pois existe a necessidade de educação continuada dos enfermeiros da instituição, necessidade de ampliar os conhecimentos e o domínio do processo de julgamento clínico destes que, muitas vezes dão ênfase somente ao biológico, deixando de lado um olhar holístico. É preciso mudanças do processo de reflexão sobre aspectos clínicos dos pacientes e uso de terminologia própria da Enfermagem.

REFLEXÕES

Percebe-se que a finalidade de implantar a SAE nas instituições hospitalares é a de organizar o cuidado a partir de um método sistemático, que proporciona ao enfermeiro a definição do seu espaço de atuação, do seu desempenho no campo da gerência em saúde e da assistência em Enfermagem.

As fases do planejamento para a implantação da SAE revelam um processo bastante complexo e que demandam o reconhecimento da estrutura institucional, para adequações/adaptações acerca desta metodologia, com vistas a torná-la viável à execução e manutenção por toda a equipe de enfermagem da instituição. Nesse sentido, deve-se realizar um diagnóstico situacional e detectar fatores positivos e negativos à implementação e manutenção da SAE.

O alcance da qualidade/excelência da assistência de enfermagem por meio da SAE se remete, provavelmente, ao objetivo maior desta metodologia. Entretanto, existem outras

razões e benefícios que podem reforçar a necessidade de sua incorporação à prática assistencial em todas as instituições de saúde, sendo estes associados fundamentalmente aos registros originados a partir da SAE.

Conclui-se, portanto, que a implementação e manutenção da SAE, apesar de ainda não ser uma realidade universal no panorama nacional brasileiro, encontra-se amparada por legislação específica e, devido à otimização do processo e resultado do trabalho de enfermagem, é necessária mobilização por parte dos enfermeiros; e, sobretudo, maior investimento por parte das instituições, para qualificação da assistência ao cliente associada à racionalização de custos por meio de auditorias pautadas nos registros de enfermagem.

BIBLIOGRAFIA

1. AMANTE, L. N.; ROSSETTO, A. P.; SCHNEIDER, D. G. Sistematização da Assistência de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva sustentada pela teoria de Wanda Horta. **Rev Esc Enferm USP.**, v. 43, n. 1, p. 54-64, 2009.
2. ANDRADE, J. S.; VIEIRA, M. J. Prática assistencial de enfermagem: problemas, perspectivas e necessidade de sistematização. **Rev Bras Enferm.**, v. 58, n. 3, p. 261-265, 2005.
3. BRASIL. **Lei nº. 7498/1986**, de 26 de junho de 1986. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 1986.
4. CASTILHO, N. C.; RIBEIRO, P. C.; CHIRELLI, M. Q. A implementação da sistematização da assistência de enfermagem no serviço de saúde hospitalar do Brasil. **Texto Contexto Enferm.**, v. 18, n. 2, p. 280-289, 2009.
5. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN nº. 266**, de 05 de outubro de 2001. Rio de Janeiro: COFEN, 2001. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br>. Acesso em 03 de julho de 2010.
6. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº. 272**, de 27 de agosto de 2002. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br>. Acesso em 22 de maio de 2010.
7. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – CBHPM**. São Paulo: Associação Médica Brasileira, 2003.
8. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. **Anotações de enfermagem**. São Paulo: COREN/SP, 2009.
9. CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL. **Prontuário médico do paciente: guia para uso prático**. Brasília, DF: Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal, 2006.
10. GENTIL, A. C. *et al.* **Implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) no Centro de Terapia Intensiva do Hospital João XXIII**. Disponível em: www.ciape.org.br/matdidatico/enfermagem/anadias/implantacao_sae.doc. Acesso em 20 de maio de 2010
11. GODOI, A. P. *et al.* Auditoria de custo: análise comparativa das evidências de glosas em prontuário hospitalar. **Rev Inst Ciênc Saúde.**, v. 26, n. 4, p.403-408, 2008.
12. HERMIDA, P. M. V. Desvelando a implementação da sistematização da assistência de enfermagem. **Rev Bras Enferm.**, v. 57, n. 6, p. 733-737, 2004.
13. HERMIDA, P. M. V. Elaboração e validação do instrumento para coleta de dados na Assistência em Enfermagem. **Rev Bras Enferm.**, v. 59, n. 3, p. 314-320, 2006.
14. HORTA, W. A. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.
15. JUNQUEIRA, M. **Auditoria Médica e Perspectiva: Presente e Futuro de uma Nova especialidade**. 1. ed. Criciúma: Supergraf Indústria Gráfica Ltda., 2001.
16. LUZ, A.; MARTINS, A. P.; DYNEWICZ, A. M. Características de anotações de enfermagem encontradas em auditoria. **Rev Eletr Enf.**, v. 09, n. 02, p. 344 - 361, 2007. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/pdf/v9n2a05.pdf>. Acesso em 03 de julho de 2010.
17. MANZANO, A. P. F. **Assistência de Enfermagem no Pós-operatório de revascularização do miocárdio: proposta de um protocolo em unidade coronariana**. Biguaçu, 2008. 78f. Monografia (Graduação em Enfermagem)-Universidade do Vale do Itajaí.
18. MATSUDA, L. M. *et al.* Anotações/registros de enfermagem: instrumento de comunicação para a qualidade do cuidado? **Rev Eletr Enf.**, v. 8, n. 3, p. 415-421, 2006. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a12.htm. Acesso em: 03 jul. 2010.
19. MENEGÓCIO, A. M. **A implantação da Sistematização da Assistência de enfermagem em uma instituição de longa permanência para idosos**. São Paulo, 2008. 114f. Dissertação (Mestrado)- Pontifícia Universidade Católica.
20. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria GM nº. 3947**, de 25 de novembro de 1998. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 1998.
21. MOTTA, A. L. **Auditoria de enfermagem nos Hospitais e planos de Saúde**. 1. ed. São Paulo: Iátria, 2003.
22. NEVES, R. S.; SHIMIZU, H. E. Análise da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem em uma unidade de reabilitação. **Rev Bras Enferm.**, v. 63, n. 2, p. 222-229, 2010.
23. OCHOA-VIGO, K. *et al.* Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem embasadas no processo de

- enfermagem. **Rev Esc Enferm USP.**, v. 35, n. 4, p. 390-398, 2001.
24. OCHOA-VIGO, K.; PACE, A. E.; SANTOS, C. B. Análise retrospectiva dos registros de enfermagem de uma unidade especializada. **Rev Latino-am Enfermagem.**, v. 11, n. 2, p. 184-191, 2003.
25. QUILICI, A. P. *et al.* Sistematização da Assistência de enfermagem. In: CORRÊA, C. G.; SILVA, R. C. G.; CRUZ, D. A. L. M. **Enfermagem em Cardiologia.** São Paulo: Atheneu, 2009. cap 2.
26. REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações.** Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.
27. RODRIGUES, V. A.; PERROCA, M. G.; JERICÓ, C. M. Glosas hospitalares: importância das anotações de enfermagem. **Arq Ciênc Saúde.**, v. 11, n. 4, p. 210-214, 2004.
28. SALOMAO, G. S. M.; AZEVEDO, R. C. S. Produção bibliográfica sobre o processo de enfermagem. **Acta Paul Enferm.**, v. 22, n. 5, p. 691-695, 2009.
29. SANTOS, S. R.; PAULA, A. F. A.; LIMA, J. P. O enfermeiro e sua percepção sobre o sistema manual de registro no prontuário. **Rev Latino-am Enfermagem.**, v. 11, n. 1, p. 80-87, 2003.
30. SCARPARO, A. F. *et al.* Abordagem Conceitual de Métodos e Finalidade da Auditoria de Enfermagem. **Rev RENE.**, v. 10, n. 1, p. 124-130, 2009.
31. SETZ, V. G.; D'INNOCENZO, M. Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria. **Acta Paul Enferm.**, v. 22, n. 3, p. 313-317, 2009.
32. SIQUEIRA, I. L. C. P.; KURCGANT, P. Passagem de plantão: falando de paradigmas e estratégias. **Acta Paul Enferm.**, v. 18, n. 4, p. 446-51, 2005.
33. TAKAHASHI, A. A. *et al.* Dificuldades e facilidades apontadas por enfermeiras de um hospital de ensino na execução do processo de enfermagem. **Acta Paul Enferm.**, v. 21, n. 1, p. 32-38, 2008.
34. THOMAZ, V. A.; GUIDARDELLO, E. B. Sistematização da assistência de enfermagem: problemas identificados pelos enfermeiros. **Nursing**, v. 5, n. 54, p. 28-34, 2002.

**PREVALÊNCIA DE INDIVÍDUOS COM HÉRNIA DE DISCO E
PADRÃO FARMACOTERÁPICO EM PIMENTA BUENO-RO.****PREVALENCE OF INDIVIDUALS WITH DISC HERNIATION AND STANDARD
PHARMACOTHERAPY IN PIMENTA BUENO-RO.**

SIMONE DELANNE CAMPOS DE OLIVEIRA. Farmacêutica e Bioquímica, Especialista em Farmacologia Clínica pela Faculdade INGÁ, unidade de Cacoal – RO

MÁRIO DOS ANJOS NETO FILHO. Professor Doutor em Farmacologia. Docente dos cursos de Graduação em Farmácia, Odontologia e Medicina da Faculdade Ingá. Docente permanente do Mestrado em odontologia da Faculdade Ingá. Docente do curso de Especialização em Farmacologia Clínica da Faculdade Ingá.

Endereço para correspondência: Rua Dr. Ulisses Guimarães, 231, bairro Apediá, CEP: 76970-000. Pimenta Bueno – Rondônia, Brasil. simonekmpos@hotmail.com

RESUMO

A hérnia de disco é classificada como uma patologia extremamente comum, que causa séria incapacidade em seus portadores e por consequência, constitui um problema de saúde pública mundial. Sua etiologia decorre da ruptura do anel fibroso, ocasionando desgastes e deformidades dos discos intervertebrais. O presente estudo determinou a prevalência de hérnia discal no município de Pimenta Bueno, Rondônia. Foi realizado um estudo seccional de prevalência, utilizando os registros dos prontuários dos pacientes do ambulatorial de ortopedia do Hospital e Maternidade Ana Neta no período de 1º de janeiro a 30 de junho de 2010. Foram analisados 96 prontuários na unidade básica de saúde, sendo que desse total, 38 pacientes apresentaram hérnia de disco. Em razão disso e devido às desordens músculo-esqueléticas estarem entre as mais comuns condições em que o paciente necessita alívio, acredita-se que a identificação e o tratamento da doença se iniciados precocemente, reduzem a morbidade e a necessidade de tratamento cirúrgico, melhorando a qualidade e expectativa de vida dos portadores da doença.

PALAVRAS-CHAVE: Hérnia de disco. Disco intervertebral. Prevalência. Tratamentos.

ABSTRACT

A herniated disc is classified as an extremely common condition, which causes disability in their patients and consequently constitutes a public health problem worldwide. Its etiology stems from the rupture of the fibrous ring, leading to wear and deformity of the intervertebral discs. This study determined the prevalence of disc herniations in the municipality of Pimenta Bueno, Rondonia. We conducted a cross-sectional study of prevalence, using the medical records of patients in outpatient orthopedics in Maternity Hospital Ana Neta in period January

1 to June 30, 2010. We analyzed 96 medical records in primary care unit, and this total, 38 patients had disk herniation. For this reason and due to musculo skeletal disorders are among the most common conditions in which the patient needs relief, it is believed that identifying and treating the disease if started early, reduce morbidity and need for surgical treatment, improving quality and life expectancy of sufferers.

KEYWORDS: Disc herniation. Prevalence. Intervertebral disc. Treatments.

INTRODUÇÃO

Patologias relacionadas à coluna vertebral constituem grande desafio em diversos aspectos, devido sua alta prevalência, seus reflexos negativos sobre a habilidade laborativa e por comprometer a qualidade de vida dos pacientes acometidos (CECIN, 2010). “A Organização Mundial da Saúde estima que cerca de 80% dos adultos sofrerão pelo menos uma crise aguda de dor nas costas durante a vida e, desses, 90% terão mais de um episódio” (CAMARGO, 2010). A hérnia de disco está dentre esses problemas e afeta 5,4 milhões de brasileiros sendo os fatores causais variáveis, entretanto, é usualmente definida como um processo contínuo de degeneração discal que leva à migração do núcleo pulposo além dos limites fisiológicos da sua membrana externa, o ânulo fibroso, ocasionando desgastes e deformidades dos discos intervertebrais que promovem suporte e permitem flexibilidade da coluna, além de desempenhar função de amortecedores de impactos e lesões (RADU, 2004; CAMARGO, 2010; VIALLE *et al.*, 2010).

A hérnia discal é uma freqüente desordem músculo esquelética e causa comum de lombociatalgia, condição clínica observada nessa patologia, associada à dor intensa e alterações funcionais (ALMEIDA *et al.*, 2007; GOMEZ *et al.*, 2007; NEGRELLI, 2001). O quadro clínico da hérnia do disco intervertebral foi descrito por Mixter e Barr em 1934, que relacionaram dor lombar e hérnia discal, entretanto, os mecanismos fisiopatológicos da gênese da sintomatologia envolvidos nessa doença ainda não estão completamente elucidados (GRAVA *et al.*, 2008).

A coluna vertebral tem como base anatômica e funcional, a tríade articular formada por uma juntura fibroelástica intervertebral, duas juntas sinoviais e um corpo vertebral. Entre os corpos vertebrais apresenta um disco intervertebral, fibrocartilaginoso cuja função é de absorver impactos e conferir mobilidade entre vértebras adjacentes (CECIN, 1997; DANGELO; FATTINI, 2003). “Sua eficiência biomecânica diminui com o aumento da idade devido à sua desidratação, quando também ocorre aumento do estresse mecânico” (CECIN, 1997).

Estudos apontam que os sintomas da hérnia de disco lombar correlacionam-se com o fator mecânico da compressão da raiz nervosa pelo fragmento do disco intervertebral herniado, causando alterações fisiopatológicas dos nervos das regiões lombar e sacral, devido a atividade biológica e bioquímica dos componentes do disco que entram em contato com o tecido nervoso. A manifestação clínica está relacionada à congestão da raiz nervosa afetada e o edema causado por essa disfunção, sendo os sintomas predominantes a lombocruralgia, a lombociatalgia e a dor irradiada no trajeto nervoso acometido – dor ciática (CECIN, 2010; GRAVA *et al.*, 2008; RADU, 2004).

A dor pode situar-se na região lombar ou irradiar-se para membro inferior, nádega ou quadril; a manifestação de sinais e sintomas pode ser unilateral, entretanto pode ocorrer o comprometimento bilateral em grandes hérnias discais que comprimem várias raízes nervosas do canal vertebral (FAUCI *et al.*, 2008). Radu (2004) relata que além da dor, os pacientes, freqüentemente, queixam-se de diferentes graus de parestesias na região acometida. No entanto, Hennemann & Schumacher (1994) apontam que toda esta evolução poderá ocorrer de forma assintomática, relatando que indivíduos que foram submetidos a estudo tomográfico e à

ressonância magnética, demonstraram ter hérnia de disco, sem ter tido jamais dor lombar ou ciatalgia.

A localização da hérnia de disco lombar é geralmente entre L4-L5 e L5-S1; porém, os níveis lombares superiores podem ser acometidos (FAUCI *et al.*, 2008). Fatores atribuídos ao tabagismo, hábitos de carregar peso, além do processo natural de envelhecimento tem sido sugeridos como fatores de risco ambiental; entretanto, estudos demonstram que a predisposição genética é um importante componente na etiopatogênese da hérnia discal envolvendo genes como o receptor da vitamina D - VDR (NEGRELLI, 2001; VIALLE *et al.*, 2010).

Radu (2004) afirma que o diagnóstico da hérnia discal é essencialmente clínico, associando-se anamnese com exame físico e a propedêutica radiológica como instrumento auxiliar na confirmação da origem discal da radiculopatia. O sinal de Lasègue, conhecido como teste da perna estendida, é o teste mais utilizado para detectar a compressão mecânica e também inflamações das raízes lombares por hérnias discais, segundo Cecin (2010). De acordo com Radu (2004), a hérnia discal provoca dor aguda se houver fator desencadeante mecânico, como a manobra de Valsalva, piorando a lombalgia. Esse teste é realizado solicitando-se ao paciente que flexione a coluna lombar e em seguida espirre ou tussa, o sinal é considerado positivo se houver a manifestação e/ou aumento da dor na nádega e no curso do nervo ciático, ou seja, a dor manifesta-se com mais intensidade do que aquela sentida inicialmente com a simples flexão (CECIN, 2010).

Como exposto anteriormente, exames radiológicos como Tomografia Computadorizada (TC) e Ressonância Magnética (RM) têm como objetivo principal confirmar a origem discal de uma compressão radicular diagnosticada clinicamente. A radiografia, além de baixo custo, deve fazer parte da avaliação por imagem, todavia dentre os exames de imagem citados, a RM é a mais utilizada e recomendada pela alta qualidade e sensibilidade (VIALLE *et al.*, 2010), quando esta é acessível ao paciente.

A capacidade de obter imagens multiplanar e seqüências especiais de pulso utilizadas nos exames da coluna lombar, faz da RM o melhor método diagnóstico para avaliação da anatomia dos discos intervertebrais e outras estruturas da coluna vertebral (MINGUETTI *et al.*, 1999), tendo como princípio “um campo magnético que interage com os tecidos do corpo humano, produzindo imagens semelhantes, porém superiores e com maior sensibilidade do que a tomografia computadorizada” (HENNEMANN & SCHUMACHER, 1994). É um exame que melhor identifica as patologias que envolvem as partes moles extratecais e intratecais, sendo possível verificar os diversos graus de lesão do disco intervertebral, desde sua degeneração até os distintos graus de ruptura, protrusão, extrusão e de seqüestro, pois possui alta sensibilidade, afirmam Hennemann & Schumacher (1994).

O diagnóstico das hérnias discais deve ser clínico e não apenas fundamentado em resultados de exames de imagens. Os resultados encontrados devem ser correlacionados com a clínica (RADU, 2004).

Por se tratar de uma doença de caráter benigno, o tratamento consiste em aliviar as dores, estimular a recuperação neurológica, com regresso precoce das atividades diárias (VIALLE, *et al.*, 2010). A terapia conservadora é o tratamento de escolha no tratamento das hérnias discais sintomáticas, entretanto em casos de dor persistente ou quadros neurológicos importantes, o tratamento cirúrgico deve ser preconizado (ORTIZ & ABREU, 2000).

A cirurgia é indicada diante do fracasso do tratamento conservador na regressão do quadro algico, se houver persistência e/ou progressão do déficit neurológico e crises repetitivas de lombociatalgia. Nas raras situações de síndrome da cauda equina que se manifesta por dor súbita aguda, com perda do controle esfíncteriano, anestesia em sela e perda de força para os membros inferiores, ou na presença de um déficit motor maior, a cirurgia é uma indicação definitiva por serem consideradas emergências clínicas (HENNEMANN & SCHUMACHER, 1994; NEGRELLI, 2001; RADU, 2004). Para Novaes *et al.* (2009), a

cirurgia utilizada com frequência é a discectomia aberta com laminotomia ou uma laminectomia parcial, com afastamento das estruturas neurais e excisão do conteúdo herniado.

O tratamento da lombociatalgia originada pela hérnia de disco com a terapia conservadora proporciona ótimos resultados, em torno de 80-90% (HENNEMANN & SCHUMACHER, 1999; WAJCHEMBERG, 2002) sendo necessária uma terapia de, pelo menos, quatro a seis semanas, relacionando-se com diversos fatores, sobretudo a tolerância do paciente à dor e ao comprometimento neurológico. Caso o paciente apresente melhora significativa, mas progressiva, é imprescindível a persistência do tratamento conservador conforme Hennemann & Schumacher (1994).

Segundo Negrelli (2001), a imposição ao paciente de relativa à completa imobilização da região lombar, associada às distintas metodologias auxiliares, como o uso de cintos e coletes, a manipulação, o programa de atividade física, a tração, a crioterapia, a acupuntura e a prescrição de analgésicos e antiinflamatórios são os métodos utilizados no tratamento conservador. Tendo como escopo o aumento da capacidade funcional, o alívio da dor e o retardamento da progressão da doença.

Após o diagnóstico ser confirmado, o tratamento deve ser precoce. O repouso está indicado na fase inicial, todavia não deve ser encorajado ao extremo e não deve ultrapassar 10 dias. Nesse período, o papel da fisioterapia é fundamental limitando-se a medidas analgésicas e de relaxamento muscular, através de exercícios e alongamentos (RADU, 2004; VIALLE, *et al.*, 2010). O tratamento medicamentoso inclui analgésicos, antiinflamatórios, miorrelaxantes entre outros. Uma analgesia eficiente logo no início do tratamento é imprescindível e necessária, uma vez que o alívio da dor periférica pode prevenir a evolução para o estado crônico (RADU, 2004; NEGRELLI, 2001).

Várias classes de medicamentos são úteis para o tratamento da lombalgia e lombociatalgia, porém todas as drogas devem ser utilizadas por um curto período de tempo e com constante monitorização dos efeitos colaterais (PUERTAS, 2002).

Analgésicos Não-Opióides

O tratamento medicamentoso deve ser iniciado de forma gradativa, iniciando-se com drogas menos potentes, relata Puertas (2002). Os analgésicos são necessariamente prescritos, pois o alívio da dor periférica é capaz de prevenir a evolução para o estado crônico, sendo também um coadjuvante útil para manter o paciente em repouso (NEGRELLI, 2001).

- Paracetamol: é uma droga eficaz e segura, podendo ser utilizado na dosagem de 1 até 4g/dia. Todavia, o uso em excesso pode causar distúrbios gastrintestinais e hepatotoxicidade, que é uma manifestação tardia de intoxicação que ocorre 24-48 horas mais tarde (RANG *et al.*, 2007).
- Metamizol: antigamente chamado de Dipirona, pode ser utilizado na dosagem de 500mg, até 4 vezes ao dia (KOROLKOVAS & FRANÇA, 2008).

Analgésicos opióides

São utilizados em lombalgia aguda e lombociatalgia por hérnias discais resistentes a outros analgésicos (FREIRE, 2004), empregados apenas em casos em que a dor não é controlada pelos métodos convencionais. Os derivados de morfina são utilizados somente em casos de exceção. Entre os seus efeitos colaterais destacam-se: depressão respiratória, náusea, constipação, fadiga, alterações visuais, hipotensão ortostática, hepatotoxicidade, retenção urinária aguda, dificuldade para concentração, síndrome de abstinência entre outros (KOROLKOVAS & FRANÇA, 2008).

- Fosfato de Codeína: alívio da dor leve a moderada. A dose indicada é de 30 a 60mg 4 a 6 vezes por dia, conforme a necessidade.

- Cloridrato de Tramadol: alívio da dor de intensidade moderada ou grave. Pode ser usado de 100 a 400mg/dia.
- Oxidona: Promove analgesia moderada a intensa. A dose usual é de 5 a 10mg por 3 a 4 vezes ao dia.
- Sulfato de Morfina: indicação restrita a casos graves (FREIRE, 2004; KOROLKOVAS; FRANÇA, 2008).

Antidepressivos tricíclicos

Estas drogas fazem parte do arsenal terapêutico nas lombalgias crônicas com componente psicossomático e nas fibromialgias (FREIRE, 2004).

- Amitriptilina: de 25 a 75mg/dia.
- Nortriptilina: de 10 a 50mg/dia (PUERTAS, 2002).

Antiinflamatórios não-esteróides (AINEs)

Esta classe de medicamentos tem boa eficácia, pois proporcionam alívio sintomático da dor e edema em afecções inflamatórias agudas e lesões das partes moles devido ao seu efeito analgésico e antiinflamatório (RANG, *et al.*, 2007).

- Diclofenaco de sódio: deve ser utilizado na dosagem de 150mg/dia.
- Piroxicam: deve ser administrado na dosagem de 20mg/dia em dose única ou em administrações divididas (KOROLKOVAS & FRANÇA, 2008).

Estes medicamentos não devem ser utilizados por mais de 10 dias consecutivos. Após este período, é necessária a reavaliação do quadro clínico e a análise dos resultados obtidos. Os AINEs podem ser associados aos analgésicos e devem ser utilizados juntamente com protetores gástricos, devido a probabilidade de causar lesões do trato gastrointestinal (PUERTAS, 2002).

Existem alguns agentes seletivos que agem inibindo especificamente a COX-2, promovendo menos efeitos colaterais em relação ao trato gastrointestinal, porém são prescritos somente após uma avaliação do risco cardiovascular (RANG *et al.*, 2007).

- Celecoxibe: deve ser utilizado na dosagem de 200 a 400mg/dia.
- Etoricoxibe: deve ser utilizado na dosagem de 60 a 120mg/dia (KOROLKOVAS & FRANÇA, 2008).
- Valdecoxibe: 10mg/dia (FREIRE, 2004).

Corticosteróides

O tratamento pode incluir corticosteróides em doses regressivas por curto período. Se administrados por via intradural permite uma maior concentração local sem os efeitos sistêmicos indesejáveis. O uso de corticóides pode induzir um alívio sintomático rápido, ainda que não tenha papel na evolução final do quadro (RADU, 2004). Essa classe não é utilizada na crise aguda de lombalgia, mas pode ser indicada na compressão radicular para diminuição do processo inflamatório periradicular, bem como, por meio de infiltrações epidurais em alguns casos (PUERTAS, 2002).

- Betametasona: É um adrenocorticóide, antiinflamatório e imunossupressor. Deve ser utilizada, por via oral, uma dose inicialmente de 0,6 a 7,2mg/dia; fosfato sódico de betametasona, inicialmente até 9mg/dia.

- Dexametasona: As doses são variáveis e devem ser individualizadas na base da doença e da resposta do paciente. A dose inicial varia de 0,75 a 9mg/dia. Via intra-articular ou intralesional, 0,2 a 6mg inicialmente e repetidos a intervalos de 3 dias ou 3 semanas, se houver necessidade (KOROLKOVAS & FRANÇA, 2008).

Relaxantes musculares

Possuem eficácia comprovada nas crises de contratura muscular, sendo úteis em pacientes com severo espasmo muscular para-vertebral, porém devem ser utilizados por curto período (NEGRELLI, 2001). Podem ser associados aos AINEs demonstrando melhor resultado do que quando usados isoladamente.

- Ciclobenzaprina: é um relaxante muscular de ação central, estruturalmente relacionado com os antidepressivos tricíclicos. Pode ser administrado de 5 a 40mg/dia.
- Carisoprodol: 350mg quatro vezes por dia. Medicação de uso em curto prazo (FREIRE, 2004).

Classificada como uma patologia extremamente comum, a hérnia de disco causa séria incapacidade em seus portadores e por conseqüência, constitui um problema de saúde pública mundial, ainda que não fatal (NEGRELLI, 2001). Em razão disso e devido às desordens músculo-esqueléticas estarem entre as mais comuns condições em que o paciente necessita alívio, acredita-se que a identificação e o tratamento da doença se iniciados precocemente, reduzem a morbidade, melhorando a qualidade e expectativa de vida dos portadores da doença.

Por estar dentre as doenças que constitui problema de saúde pública, destacando-se pela alta prevalência, o objetivo desse trabalho é analisar a prevalência de indivíduos com hérnia de disco lombar e o tratamento utilizado em pacientes acompanhados pela rede pública de saúde do município de Pimenta Bueno-RO, assim como correlacionar o sexo dos acometidos.

Foi realizado um estudo seccional de prevalência onde se analisou 96 prontuários de pacientes da rede pública do município de Pimenta Bueno, Rondônia submetidos a exames de imagem, diagnosticados como portadores de hérnia discal.

A pesquisa e coleta de dados foram baseadas em fonte de dados documentais da rede pública de saúde de Pimenta Bueno-RO, registrados no Hospital e Maternidade Ana Neta, no período de janeiro de 2010 a junho de 2010. Foram selecionados todos os prontuários do ambulatorial de ortopedia no período pesquisado, sendo desconsiderados os pacientes com patologias não relacionadas ao objeto de estudo.

O diagnóstico da hérnia discal é essencialmente clínico, associando-se anamnese e a propedêutica radiológica como instrumento auxiliar na confirmação da origem discal da radiculopatia. O exame solicitado foi a Ressonância Magnética, por ser indispensável à correta avaliação do paciente. Para avaliação do padrão farmacoterápico dos pacientes, foram incluídos em um banco de dados todos os medicamentos industrializados prescritos e excluídos do banco os medicamentos homeopáticos, os florais de Bach e os medicamentos que não apresentam formulação clara: chás, dietas e tinturas.

A análise dos dados foi baseada na estatística descritiva e utilizou o cálculo de prevalência pontual para hérnia de disco lombar. O cálculo de prevalência foi obtido pela divisão do número de casos encontrados pelo total de prontuários analisados no período pesquisado (ROUQUAYROL & FILHO, 2003).

RESULTADOS

Neste estudo, foram analisados os dados obtidos com base nas informações coletadas, de acordo com a metodologia aplicada na pesquisa.

No período pesquisado, 1º de janeiro de 2010 a 30 de junho de 2010, foram assistidos na rede pública de saúde, 96 pacientes no ambulatorial de ortopedia em Pimenta Bueno-RO. Dentre os 96 prontuários analisados, 38 pacientes (39,58%) apresentaram hérnia discal. Desse total, 23 homens e 15 mulheres foram diagnosticados com hérnia discal. No homem a doença foi mais prevalente, apresentando um coeficiente de prevalência de 60,52%, enquanto que em mulheres o índice foi de 39,47%.

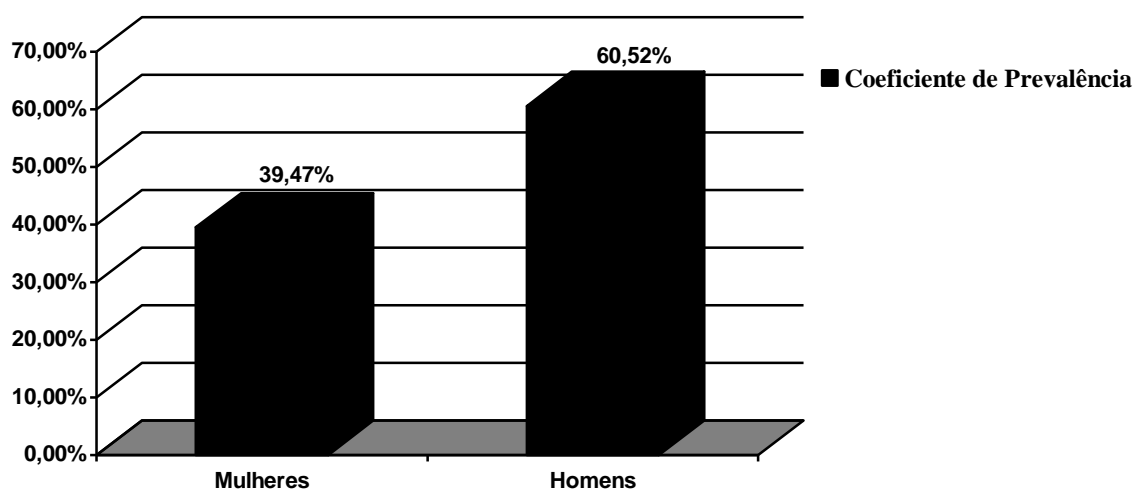


Figura 1 - Distribuição dos casos pesquisados segundo o sexo dos pacientes na rede básica de saúde do município de Pimenta Bueno - RO, janeiro a junho de 2010.

De acordo com Negrelli (2001), a hérnia de disco é considerada uma patologia extremamente comum, que gera séria incapacidade em seus portadores, constituindo assim um problema de saúde pública mundial. Presume-se que 2 a 3% da população sejam acometidos desse processo, sendo a prevalência maior em homens 4,8%, que em mulheres 2,5%. Em um estudo realizado por Molin e Puertas (1996) sobre o tratamento de hérnia discal, foram acompanhados 45 pacientes. Desses, 57,7% eram do sexo masculino e 42,3% eram do feminino. Com base nos estudos, constata-se uma discreta predominância em indivíduos do sexo masculino, relata Radu (2004). Assim, no presente estudo, o índice encontrado de homens com hérnia de disco (60,52%) e mulheres (39,47%) é compatível à prevalência do Brasil, onde homens são mais acometidos que as mulheres.

A alta prevalência encontrada em pacientes do município de Pimenta Bueno-RO está de acordo com os números encontrados no país que demonstram que 5,4 milhões de brasileiros são afetados pela hérnia de disco (CAMARGO, 2010), sendo os homens os mais acometidos.

Segundo Radu (2004), a faixa etária da população acometida varia de 20 a 70 anos e estima-se que a hérnia de disco é a causa da dor em cerca de 1% das lombalgias que acometem os pacientes. Cecil (1992) apud Santos (2003) e Bortoletto, Prata e Santos (1998) reforçam que as doenças degenerativas, hérnias discais e os processos que acometem o alinhamento da vértebra, podem ser encontrados em qualquer faixa etária, entretanto os adultos são mais acometidos que crianças e adolescentes, embora seja causa de dor e escoliose nessa faixa etária.

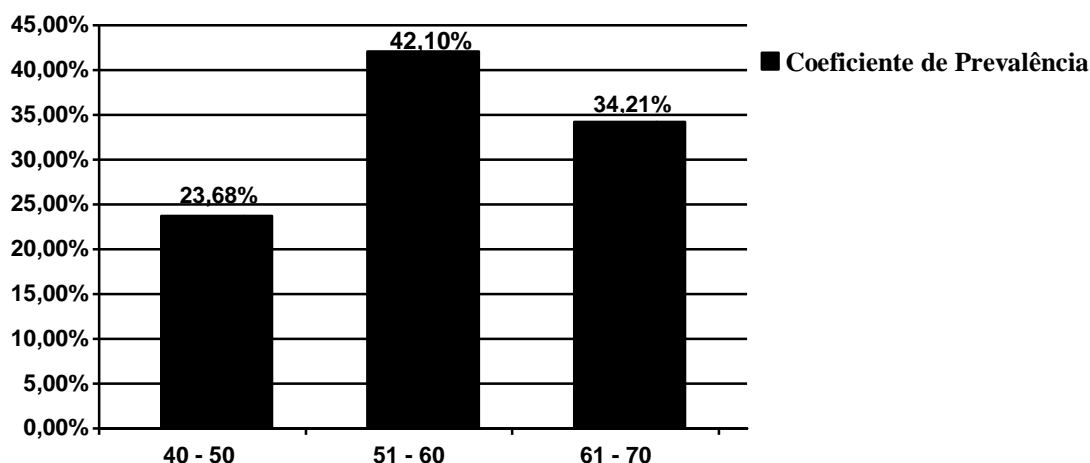


Figura 2 - Porcentagem de casos por idade de pacientes com hérnia de disco lombar em Pimenta Bueno-RO.

Os valores dos coeficientes de prevalência relacionados à faixa etária dos pacientes acometidos estão de acordo com os dados encontrados na literatura. Os pacientes diagnosticados tinham de 40 a 70 anos, sendo mais acometidos os pacientes que tinham entre 51 a 60 anos de idade (42,10%), seguido dos pacientes de 61 a 70 anos (34,21%) e os pacientes com idade entre 40 e 50 anos (23,68%).

Todos os pacientes diagnosticados foram submetidos ao tratamento conservador inicialmente. Desse total, apenas sete pacientes (18,42%) foram encaminhados para cirurgia, pois não foi considerado satisfatório o resultado do tratamento visto que não houve regressão do quadro algíco. Os outros pacientes (81,57%) deram continuidade ao tratamento conservador.

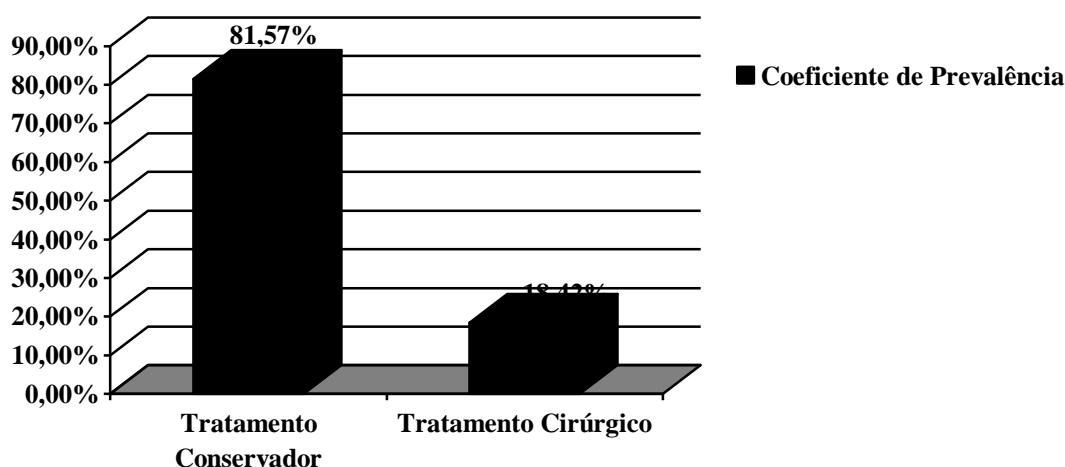


Figura 3 - Coeficientes de prevalência da hérnia discal em relação ao tratamento em pacientes de Pimenta Bueno-RO.

Durante o período pesquisado, dos 7 pacientes que foram encaminhados para tratamento cirúrgico, 5 eram do sexo masculino e 2 do sexo feminino, sendo a prevalência do tratamento cirúrgico maior em homens. Os outros pacientes deram continuidade ao tratamento conservador, sendo 18 pacientes do sexo masculino e 13 do sexo feminino, totalizando 31 pacientes.

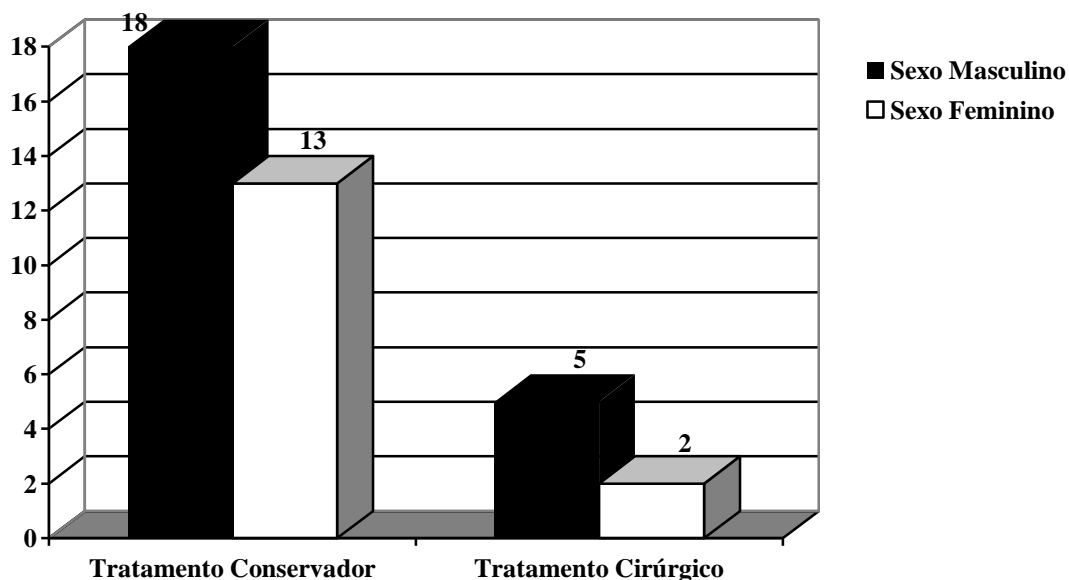


Figura 4 – Coeficientes de prevalência de tratamento conservador e cirúrgico em relação ao sexo dos pacientes em Pimenta Bueno-RO.

Para Hennemann & Schumacher (1999), Ortiz & Abreu (2000), Negrelli (2001) e Radu (2004) o tratamento cirúrgico da hérnia discal lombar está indicado quando o tratamento conservador falhar na regressão do quadro algico e nas raras situações de síndrome da cauda equina ou na presença de um déficit motor maior, situação não encontrada na pesquisa. O tratamento conservador proporciona ótimos resultados, em torno de 80-90%, devendo ser usado de quatro a seis semanas. Para os pacientes desse estudo que obtiveram melhora significativa dos sintomas, houve imperativa persistência pelo tratamento não cirúrgico; já os casos que evoluíram de forma hiperálgica persistente tiveram uma indicação cirúrgica mais precoce.

Weber (1983) apud Wajchemberg *et al.* (2002) analisou prospectivamente, 280 pacientes com hérnia de disco, comparando o tratamento cirúrgico ao conservador. Após um ano de tratamento conservador, os pacientes apresentaram 61% de resultados satisfatórios; os tratados de forma cirúrgica obtiveram maiores resultados satisfatórios, 80%. Ao finalizar a pesquisa, Weber pode concluir que os resultados de pacientes tratados de forma conservadora e cirúrgica são semelhantes em quatro anos e iguais em dez anos. Com bases nos estudos, depende-se que a comparação entre os dois tratamentos mantém inalterada a eficácia do método conservador.

O tratamento conservador utilizado na unidade de pesquisa incluía analgésicos, antiinflamatórios, miorrelaxantes e antidepressivos. Alguns pacientes foram encaminhados à fisioterapia como terapia coadjuvante. A terapia medicamentosa foi prescrita combinando as classes terapêuticas dos fármacos para uma analgesia eficiente logo no início do tratamento.

Os fármacos mais utilizados foram os antiinflamatórios não esteróides – AINEs (42,10%) seguido dos corticosteróides (36,84%), estes por curto período. Os analgésicos não opióides (21,05%) e os opióides (15,78%) também foram utilizados, sendo estes últimos empregados em menor frequência devido ao risco de causar dependência. Para alguns pacientes empregou-se miorrelaxantes (10,52%), úteis durante o período de repouso. Em pacientes que apresentaram sintomas de depressão, utilizou-se antidepressivos tricíclicos (7,89%) ajudando também no limiar da dor.

Hennemann & Schumacher (1999) e Radu (2004) apontam sobre a importância de uma analgesia eficiente e de um tratamento com antiinflamatórios não hormonais logo no início do tratamento. O uso de corticosteróides é indicado caso tenha persistência de cialgia

provocada pelo disco herniado, por um período curto de sete dias desde que não apresente contra-indicação.

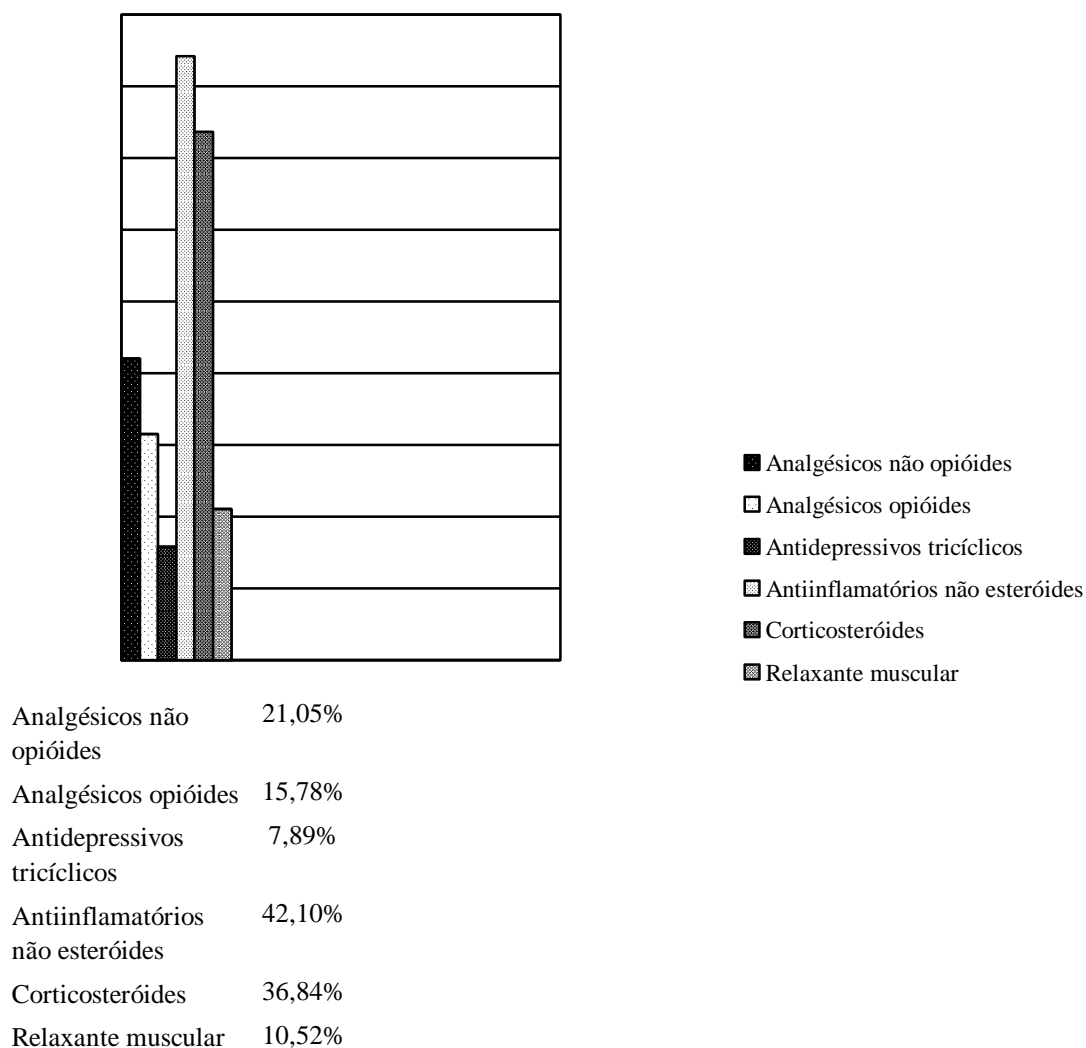


Figura 5 - Porcentagem de medicamentos utilizados por pacientes do município de Pimenta Bueno - RO.

Em sua revisão literária, Negrelli (2001) faz menção aos antiinflamatórios não hormonais que devem ser utilizados como primeira instância, e somente em caso de insucesso são substituídos pelos corticosteróides; já o emprego de analgésicos se faz necessário para o alívio da dor periférica e o uso de miorrelaxantes em pacientes com severos espasmos musculares. A morfina deve ser administrada em casos extremos, devido ao risco de causar dependência. Para Vialle *et al.* (2010), os AINEs devem ser amplamente utilizados, pois atendem exatamente às necessidades da fisiopatologia e os analgésicos devem ser prescritos como terapia adicional.

Como citado anteriormente, a hérnia de disco trata-se de uma ocorrência relativamente freqüente, que acomete cerca de 0,5% a 1,0% da população com prevalência entre 20 e 60 anos de idade, com discreta predominância do sexo masculino. Por ser uma patologia de diagnóstico relativamente fácil, pode gerar erros comuns que acarretam escolhas equivocadas na abordagem diagnóstica e terapêutica das hérnias discais. O diagnóstico das hérnias discais é clínico, tendo início a partir do reconhecimento anatômico da raiz nervosa acometida. Uma vez estabelecido o diagnóstico, o tratamento deve ser precoce e a escolha pelo método deve

ser o tratamento conservador, exceto nas raras situações de síndrome da cauda equina ou na presença de um déficit motor maior, considerados emergências cirúrgicas (RADU, 2004).

CONCLUSÃO

A hérnia de disco é uma patologia de curso extremamente benigno, mas que gera séria inabilidade em seus portadores, tornando-se um problema de saúde pública mundial.

O diagnóstico é feito através de anamnese seguida de exames radiológicos. A ressonância magnética foi eleita o melhor método diagnóstico para avaliação da anatomia dos discos intervertebrais.

O tratamento conservador é eficaz em 80% a 90% dos casos e a indicação cirúrgica deve ser proposta somente após falha do tratamento conservador ou na progressão dos sintomas neurológicos.

O índice de prevalência encontrado no município de Pimenta Bueno-RO no período estudado foi de 39,58%, com discreta prevalência em homens, demonstrando compatibilidade com a prevalência de portadores de hérnia discal na população brasileira.

BIBLIOGRAFIA

1. ALMEIDA, D.B. et al. Is preoperative occupation related to long-term pain in patients operated for lumbar disc herniation? **Arq Neuropsiquiatr**, v.65, n.3b, p.758-763, 2007.
2. BORTOLETTO, A; PRATA, S.D.S.; SANTOS, G.B. Hérnia de discal em crianças e adolescentes: relato de cinco casos. **Rev Bras Ortop**, n.33, p. 811-814, 1998.
3. CAMARGO, L.F.A. A cirurgia é mesmo o melhor caminho para tratar hérnia de disco? **Rev Veja**, edição 2165, ano 43, n. 20, p.53, ed. Abril, 2010.
4. CECIN, H.A. Proposição de uma reserva anatomofuncional, no canal raquidiano, como fator interferente na fisiopatologia das lombalgias e lombociatalgias mecânico-degenerativas. **Rev Ass Med Brasil**, v.43, n.4, p.295-310, 1997.
5. CECIN, H.A. Sinal de Cecin (Sinal "X"): um aprimoramento no diagnóstico de compressão radicular por hérnias discais lombares. **Rev Brás Reumatol**, v.50, n.1, p.44-55, 2010.
6. DANGELO, J.G.; FATTINI, C.A. **Anatomia Humana Sistemica e Segmentar**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2003.
7. FAUCI, A.S. et al. **Harrison Medicina Interna**. 17. ed., v.1. Rio de Janeiro: McGraw-Hill Interamericana do Brasil, 2008.
8. FREIRE, M. Lombalgia e Lombociatalgia. In: NATOUR, J. **Coluna Vertebral: Conhecimentos Básicos**. 2. ed. São Paulo: Etcetera, 2004.
9. GOMEZ, R.S. et al. Interlaminar epidural corticosteroid injection in the treatment of lumbosciatic pain: a retrospective analysis. **Arq Neuropsiquiatr**, v.65, n.4b, p.1172-1176, 2007.
10. GRAVA, A.L.S. et al. Modelo experimental para o estudo da hérnia do disco intervertebral. **Rev Bras Ortop**, v.43, n.4, p.116-125, 2008.
11. HENNEMANN, S.A.; SCHUMACHER, W. Hérnia de disco lombar: revisão de conceitos atuais. **Rev Bras Ortop**, v.29, n.3, p.115-126, 1994.
12. KOROLKOVAS, A.; FRANÇA, F.F.A.C. **Dicionário Terapêutico Guanabara**. 15. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.
13. MINGUETTI, G.; FRANCO, J.H.A.; LUDWIG, V.B. Avaliação das hérnias discais lombares pela ressonância magnética. **Rev Bras Ortop**, v.34, n.4, p.243-250, 1999.
14. MOLIN, E.D.; PUERTAS, E.B. Tratamento cirúrgico da hérnia discal associada à vértebra de transição lombossacra. **Rev Bras Ortop**, v.31, n.2, p.125-130, 1996.
15. NEGRELLI, W.F. Hérnia discal: Procedimentos de tratamento. **Acta Ortop Brás**, v.9, n.4, p.39-45, 2001.
16. NOVAES, L.F.P. et al. Variação de conduta cirúrgica em doença degenerativa da coluna lombar. **Coluna**, v.8, n.1, p. 13-18, 2009.
17. ORTIZ, J.; ABREU, A.D. Tratamento cirúrgico das hérnias discais lombares em regime ambulatorial. **Rev Ortop Bras**, v.35, n.11/12, p.440-446, 2000.
18. PUERTAS, E.B. Seminário em Ortopedia: Coluna. In: PUERTAS, E.B.; WAJCHENBERG.M.; OLIVEIRA, V.M. **Lombalgia/Lombociatalgia**. Derp. Ortop. e Traum. UNIFESP – Escola Paulista de Medicina. São Paulo, 2002.
19. MEDICINA. São Paulo, 2002.

22. RADU, A.S. Hérnia Discal. In: NATOUR, J. **Coluna Vertebral: Conhecimentos Básicos**. 2. ed. São Paulo: Etcetera, 2004.
23. RANG, H.P. et al. **Rang e Dale Farmacologia**. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.
24. ROUQUAYROL, M.Z.; FILHO, N.A. **Epidemiologia e Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.
SANTOS, M. Hérnia de Disco: uma revisão clínica, fisiológica e preventiva. **Rev Digital Buenos Aires**. v.9, n.65, 2003.
25. VIALLE, L.R. et al. Hérnia Discal lombar. **Rev Bras Ortop**, v.45, n.1, p.17-22, 2010.
26. WAJCHEMBERG, J. et al. Reabilitação precoce de atletas utilizando hidroterapia após o tratamento cirúrgico de hérnia discal lombar: relato preliminar de 3 casos. **Acta Ortop Brás**, v.10, n.2, p.48-57, 2002.

AUDITORIA EM ENFERMAGEM**AUDIT IN NURSING**

VINÍCIUS VITAL LÚCIO. Enfermeiro graduado na Universidade Paranaense - UNIPAR

NANCI VERGINIA KÜSTER DE PAULA. Enfermeira, graduada na Pontifícia Universidade Católica do Paraná - PUC-PR. Especialista em Enfermagem Clínico – Cirúrgica pela PUC-PR; Especialista em Farmacologia: Aspectos Racionais pela UNIPAR; Especialista em Enfermagem do Trabalho pela Faculdade de Enfermagem Luiza Marillac; Mestre em Engenharia de Produção pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da UNIPAR.

Endereço para correspondência: VINÍCIUS VITAL LÚCIO. Avenida Ministro Oliveira Salazar, nº. 4823, Edifício Imperador, Apto.12, CEP: 87.000-000, Centro, Umuarama, Paraná, Brasil. soninho_mau@hotmail.com

RESUMO

A auditoria em enfermagem é um procedimento básico que consiste em realizar a coleta de dados e informações que posteriormente serão analisados para se verificar e analisar a qualidade da assistência de enfermagem prestada em instituições de saúde entre outros aspectos como os custos gerados por esta assistência. Na atualidade a auditoria de enfermagem é dividida em 2 tipos: de Qualidade e de Custo cada qual com suas características e objetivos específicos. Neste contexto o presente estudo tem por objetivo analisar a produção científica sobre este assunto e a importância da auditoria de enfermagem, para a qualidade da assistência prestada por estes profissionais com vista a subsidiar o papel do enfermeiro nesta área. A literatura pesquisada evidenciou que a auditoria de enfermagem é um instrumento eficaz e fundamental para o controle da qualidade dos cuidados prestados pela equipe de enfermagem em instituições de saúde e que é um instrumento capaz de possibilitar a melhoria constante desta assistência e que para que o enfermeiro possa atuar como auditor é necessário que ele possua conhecimento tecno-profissional, capacidade de análise, organização, senso crítico apurado, ética e descrição.

PALAVRAS-CHAVE: Auditoria, Enfermagem, Enfermeiro Auditor, Auditoria de Enfermagem.

ABSTRACT

The audit in nursing is a basic procedure which is to conduct data collection and information that will later be analyzed to verify and analyze the quality of nursing care in health institutions and other aspects such as the costs for this assistance. Currently nursing audits is divided into two types: Quality and Cost and specific goals. In this context, this study aims to analyze the scientific production on this subject and the importance of nursing audits, the quality of care provided by these professionals in order to subsidize the nurse's role in this

area. The literature showed that the audit of nursing is an effective and essential to control the quality of care provided by nursing staff in health institutions and is an instrument capable of improvement of care and for nurses can act as an auditor he must have known techno-professional capacity for analysis, organization, critical sense accurate, ethical and description.

KEYWORDS: Audit, Nursing, Nurse Auditor, Audit of Nursing

INTRODUÇÃO

Auditoria é termo utilizado para designar um procedimento básico de gestão que consiste em realizar a coleta de dados e informações que em seguida são analisados frente a um padrão estabelecido e, por fim é desenvolvido um relatório que apresentara o parecer de forma técnica sobre o que foi auditado e sugestões que visão o aprimoramento ou mesmo correção de problemas (KURCGANT, 2005).

De modo geral a auditoria é definida como uma especialização contábil voltada a testar a eficiência e a eficácia do controle patrimonial implantado com o objetivo de expressar uma opinião sobre determinado dado (ATTIE, 2006).

De acordo com Borelli (2006) a Associação de Normas Técnicas Brasileira (ABNT) nº. 19011 trás que auditoria é um “processo sistemático, documentado e independente para obter a evidência da auditoria e avaliá-las objetivamente para determinar a extensão na qual os critérios de auditoria são atendidos”.

De acordo com Fonseca (2008) pela necessidade de uma fiscalização técnico-científica foi estabelecido no Brasil o procedimento de auditoria de enfermagem pela Lei nº. 8080/93 (Lei Orgânica de Saúde) e pela Lei nº. 8689/93 que criou o Sistema Nacional de Auditoria (SNA).

Riollino & Liukas (2003) destaca que a auditoria representa nos dias atuais, é de suma importância dentro dos serviços de saúde, principalmente quando está trabalho questões de ordem financeira-comercial. Este mesmo autor ressalta que ela pode ser realizada por membros internos ou externos. Em relação a auditoria de enfermagem Riollino & Liukas (2003) ressalta ainda que esta pode ser realizada para avaliação dos serviços realizados principalmente diante de uma clientela que atualmente conhece e exige uma assistência de qualidade.

Martinho (2002) relata que existe duas formas de se realizar uma auditoria de enfermagem, sendo elas a retrospectiva que ocorre após a alta do paciente e a concorrente que ocorre no periodo de internação.

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) em 05 de outubro de 2001, pela resolução nº.266 regulamentou a atuação do enfermeiro habilitado profissionalmente, para realizar auditoria em serviços de enfermagem, cabendo privativamente a ele: organizar, dirigir, coordenar, avaliar, prestar consultoria, auditoria e emitir parecer sobre os serviços de auditoria de enfermagem. Devendo ainda no exercício de suas funções ter visão holística, a respeito da qualidade da gestão, da assistência prestada, do quântico – econômico – financeiro da instituição de modo a visar sempre o bem-estar do ser humano (COFEN, 2001).

A auditoria em enfermagem acima de tudo é realizada com finalidade instucional, que pode estar circunstaciada ao serviço de enfermagem para ampliar sua área de abrangência, alcançar motivação da direção hospitalar e/ou de serviços de saúde em geral. Assim, o processo de auditoria tem sido valorizado como ferramenta indispensável para o controle, avaliação e delineamento de ações corretivas (CARVALHO, 2008).

Durante a realização de uma auditoria os cuidados de enfermagem podem ser verificados e evidenciados através da verificação e análise de registros, que consequentemente refletem a qualidade da assistência prestada pelos profissionais de enfermagem (RODRIGUES *et al.*, 2004). As anotações de enfermagem quando objetivas e

critérios garantem perdas econômicas menores, além de poderem vir a ser utilizadas para defesa legal do instituição em casos de processos jurídicos (BUZATTI & CHIANCA, 2005). Do mesmo modo os prontuários são de fundamental importância tanto para a equipe de saúde (médicos, enfermeiros e etc.) que prestou assistência ao paciente, como para a instituição onde o mesmo buscou por tratamento como instrumento legal. Pois, as anotações de não são apenas utilizadas pela equipe de saúde para informar a assistência prestada, mas são também utilizadas como uma fonte imprescindível de avaliação da eficiência e eficácia da assistência prestada (ERDMANN & LENTZ, 2006).

Durante a assistência de todo e qualquer paciente os dados obtidos devem ser registrados imediatamente nos prontuários, para evitar que ocorram falhas de comunicação entre as equipes que prestam e/ou prestaram assistência aos mesmos. Neste contexto, as anotações de enfermagem nos prontuários visam a exatidão (os dados devem ser anotados com precisão e veracidade). Pois, dados omitidos ou registrados errados demonstrarão inexatos. Logo toda anotação deve ser realizada de forma nítida e legível (com legibilidade). Após as anotações os profissionais devem assinar seu nome e informar o seu número de registro no Conselho Regional de Enfermagem (COREN) (ERDMANN & LENTZ, 2006).

Cianciarullo (2000) relata que a elaboração de instrumentos para a implementação da auditoria de enfermagem encontram alguns obstáculos. Pois, deve-se levar em consideração a estrutura da instituição onde será realizada, com os processos e resultados da assistência prestada, onde será possível definir as metas e objetivos para se alcançar uma assistência de qualidade.

Durante as atividades acadêmicas além, dos acadêmicos de enfermagem participar da assistência direta preventiva e terapêutica dentro de instituições de saúde como profissionais, os mesmos visualizam a gestão dos serviços feito pelo enfermeiro auditor através da auditoria de enfermagem. Tal visualização, permite o estabelecido um elo entre a assistência padronizada e a realizada, o que, por sua vez, faz com que haja por parte de todo e qualquer profissional de enfermagem conhecimentos técnico-científicos a respeito da auditoria de enfermagem, sobre como é feita e qual a sua importância para a qualidade da assistência prestada.

Neste contexto, o presente estudo tem por objetivo analisar a produção científica sobre auditoria de enfermagem, e sobre a importância da auditoria de enfermagem para a qualidade da assistência prestada por estes profissionais com vista a subsidiar o papel do enfermeiro nesta área. Pois, conforme afirma Camelo & Silva-Junior (2006) o papel do enfermeiro auditor relaciona-se em evitar desperdícios e a redução de custos.

REFLEXÕES

Atualmente, o trabalho de Enfermagem se traduz em um dos principais pontos de sustentação dos serviços de saúde (CASU *et al.*, s.d).

Desta forma, a auditoria de enfermagem tem como foco principal a qualidade da assistência prestada pelos profissionais de enfermagem, que devem estar em consonância com as expectativas dos pacientes eles assistidos, e de acordo com a busca de respostas aos problemas que os afligem; ao mesmo tempo, em que visa atender as necessidades das instituições de saúde, que buscam a sua manutenção no mercado competitivo, e que a cada dia que se passa tendem a se tornar mais organizadas como organizações empresariais e a desenvolvem visões de negócios para sobreviverem às constantes mudanças no mercado (RODRIGUES *et al.*, 2004).

Embora, desde tempos remotos haja uma preocupação com a qualidade da assistência prestadas nos serviços de saúde e embora os mecanismos utilizados para a sua avaliação sejam caracterizados a muito tempo pela formação de opiniões geradas em conselhos cooperativos (FONSECA *et al.*, 2005).

No final da última década do século XX, a auditoria de enfermagem se evidenciou como um importante instrumento de avaliação da qualidade da assistência prestadas nas instituições de saúde. A qual pode ser conceituada, como um método educativo, em que não se busca responsáveis por possíveis falhas, mas sim o questionamento acerca de resultados adversos detectados. Pois, permite que a equipe de enfermagem, a partir de dados ofertados pela auditoria de enfermagem, possa com maior veemência avaliar os aspectos positivos e negativos da assistência que oferece aos seus clientes (REIS *et al.*, 1990; SOUZA *et al.*, 2002).

Para Setz; D'Innocenzo (2009) a auditoria é considerada como instrumento eficaz e fundamental para o controle da qualidade dos cuidados prestados e como instrumento capaz de possibilitar a melhoria constante desta assistência.

Segundo Adami (2000) uma auditoria de qualidade é composta por um instrumento capazes de realizar a comparação e análise dos dados obtidos nos prontuários dos pacientes a respeito dos cuidados prestados pela equipe de saúde e a respeito dos padrões de assistência considerados aceitáveis.

Em se tratando especificamente da auditoria de enfermagem autores como Fonseca *et al.* (2005), Rodrigues *et al.* (2004) relatam que esta auditoria pode vir a ser realizada de duas formas: auditoria de qualidade e auditoria de custos.

A auditoria da qualidade, conforme os autores supracitados determina se esta sendo satisfatória a qualidade e os cuidados prestados ao paciente pela equipe de enfermagem, através da verificação do dados obtidos nos prontuários do mesmos, e se esta assistência encontra-se de acordo com os padrões aceitáveis ou se a alguma deficiência. Já a auditoria de custos, é aquela que visa a verificação e o controle de contas ou despesas hospitalares. Tendo como objetivo primordial determinar a presença, ou não, de inadequações entre a assistência de enfermagem prestada e as contas cobradas (FONSECA *et al.*, 2005; RODRIGUES *et al.*, 2004).

Segundo Scarparo (2007) em razão do aumento da competitividade entre os serviços de saúde, a auditoria de custos, aponta o profissional enfermeiro como o mais apto para realizar o processo de verificação do controle de contas ou despesas em um instituição de saúde. Pois, o enfermeiro conhece na prática como a assistência ao paciente é e deve ser prestada o que possibilita a identificação de se o pagamento da conta hospitalar e do cuidado prestado é justo ou não.

Complementando, Camelo & Silva-Junior (2006) afirmam que devido ao aumento da competitividade e de inovações tecnológicas no setor da saúde, fatores contribuintes para a execução de auditoria de enfermagem, focada nos custos é de fundamental importância para toda e qualquer instituição de saúde, devido ao grande aumento na demanda de usuários principalmente em instituições particulares de saúde.

De acordo com Haddad (2004) para que o enfermeiro possa atuar como auditor, ele deve possuir as seguintes características profissionais: ter conhecimento tecno-profissional, capacidade de análise, organização, senso crítico apurado, ética e descrição.

Kurcgant (2006) relata que os primeiros registros a respeito do uso de auditoria de enfermagem datam do ano de 1955 e são referentes a registros do Hospital Progress, localizado nos Estados Unidos da América (EUA) ao passo que os primeiros registros e relatos de auditoria de enfermagem no Brasil datam do ano de 1980 e são originários dos registros do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (USP).

Apesar da auditoria de enfermagem só ter surgido no Brasil em 1980, no decorrer da década passada, foram raros os registros sobre a aplicação desta prática mas instituições prestadoras de serviços de saúde no país. Apesar da pouca aplicabilidade da prática da auditoria no âmbito da enfermagem, destacada anteriormente, vislumbra-se a importância que esta prática traria para a profissão. Haja vista que tal prática é assegurada ao enfermeiro legalmente pela Lei nº. 7498/86, que dispõe sobre a regulamentação do exercício de enfermagem e das outras providências dentre as quais é estabelecido como sendo de

responsabilidade privativa do enfermeiro a prática de realização de auditorias, consultorias, ou emissão de opinião sobre matérias no campo de enfermagem (COREN-SP, 2007).

A auditoria mantendo seu foco na busca pela qualidade nos cuidados prestados efetivamente ganhou força a partir da década de 1990, em razão da modificação do cenário da qualidade no Brasil, decorrente da implantação da gestão da qualidade no setor da prestação de serviços e produtos e da gradual transferência da filosofia de qualidade para o campo da saúde e principalmente para a enfermagem (D'INNOCENZO *et al.*, 2006).

Atualidade, Setz & D'Innocenzo (2009) expõem que em razão da auditoria ser considerada um instrumento eficaz no controle da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, possibilitando a melhoria constante, ela consiste em uma prática amplamente difundida entre as instituições de saúde do país. Além disso, Haddad (2004) observa que a regulamentação da especialidade de enfermeiro auditor surgiu no bojo da avaliação de custos e acredita-se que este fato se dê em razão da importância econômica atribuída a esta prática. Entretanto, as positivas exigências por qualidade por parte dos usuários e da sociedade como um todo, requerem a figura do enfermeiro auditor nas instituições de saúde não somente para a auditoria de custos, mas para implantação de programas de avaliação da qualidade do cuidado prestado . a chamada auditoria da qualidade.

Para Scarparo (2005) na saúde, a auditoria tem estendido seu campo de atuação, para a análise da qualidade da assistência prestada pelas instituições de saúde para com todos os envolvidos (profissionais de saúde, pacientes e estrutura física da instituição).

Kurcgant (2006) cita que o conceito de auditoria de qualidade esta diretamente ligado a verificação das anotações de enfermagem nos prontuários dos pacientes. Que este tipo de auditoria é uma ferramenta indispensável para análise da qualidade da assistência prestada. No entanto, Rodrigues (2004) menciona a auditoria de custos a qual tem por finalidade identificar áreas deficientes dos serviços de enfermagem, por sua vez, fornece dados para melhoria dos programas e da qualidade da assistência e cuidados dos profissionais envolvidos.

Scarparo & Ferraz (2008) em uma pesquisa, com objetivo de identificar a opinião de especialistas sobre a concepção e os métodos da auditoria na enfermagem, observaram que atualmente a principal finalidade dos processos de auditoria compreende a verificação de contas, ou seja, auditoria de custos, mas, que existe uma intensa tendência de aplicação da auditoria também para a verificação das inadequações nos cuidados de enfermagem prestados denominada de auditoria de qualidade.

Segundo Rodrigues *et al.* (2004), a auditoria de qualidade pode ser conceituada “como uma avaliação sistemática e formal de uma atividade realizada por pessoas não envolvidas diretamente em sua execução a fim de se determinar se a atividade está de acordo com os objetivos propostos”. Entretanto, considerando que esta atividade compreende um processo relativamente novo, que visa determinar a qualidade da assistência prestada nos serviços de saúde, ela requer o desenvolvimento de parâmetros capazes de determinar as deficiências existentes nas atividades desenvolvidas nas instituições de saúde, e quais medidas preventivas e alternativas pode vir a ser aplicadas frente a estas falhas, para melhorar a qualidade da assistência prestada e ofertada.

Retomando a questão do envolvimento da enfermagem com a qualidade, destaca-se que existem registros desta relação desde o século XIX, com a implantação dos rígidos padrões sanitários realizados por Florence Nightingale. Além deste fato marcante para a enfermagem, outros avanços na profissão, como as normatizações de técnicas e rotinas; o processo de enfermagem; a determinação de diagnósticos e intervenções de enfermagem, quando analisados em sua essência de criação, constitui exemplos de ações, que de uma forma ou de outra, buscam a melhoria da prática da profissão e, portanto da qualidade (LIMA & ERDMAN, 2006; FONSECA *et al.*, 2005).

Para Malik & Schiesari (2006) a enfermagem realiza constantemente uma busca pela qualidade, por meio da rigorosidade exigida na realização técnica dos procedimentos, visando assegurar os melhores resultados.

De acordo com Scarparo (2005) na área de saúde, a auditoria tem ampliado seu campo de atuação para a análise da assistência prestada, tendo em vista a qualidade e seus envolvidos, que são paciente, hospital e operadora de saúde, conferindo os procedimentos executados com os valores cobrados, para garantir um pagamento justo.

Os conceitos referentes a auditoria de enfermagem de qualidade anteriormente elucidados de acordo com Kurcgant (2006) elucidam que a auditoria de qualidade é uma avaliação sistemática da qualidade da assistência de enfermagem, verificada através das anotações de enfermagem no prontuário do paciente e/ou das próprias condições deste. Rodrigues (2004) salienta que a finalidade da auditoria de enfermagem de qualidade resume-se em identificar áreas deficientes do serviço de enfermagem e da qualidade do cuidado de enfermagem, permitindo assim a reciclagem e a atualização dos profissionais de enfermagem como um todo.

Sustentando as informações supracitadas Kurcgant (2004) destaca que na auditoria em cuidados existem múltiplos benefícios onde podemos encontrar tanto para os pacientes, através da melhoria da qualidade da assistência, quanto para a equipe de enfermagem, fornecendo dados para reflexão de sua própria prática profissional, e também para a instituição, por permitir verificar o alcance de objetivos, dar continuidade a programação e auxiliar no controle de custos.

Para Boyton (2002) no auxílio destas informações destaca-se o profissional de auditoria que deve possuir discernimento, integridade, competência, objetividade e ética, para isso as normas e legislação vigentes são muito importantes, pois através dela se adquire fundamentação teórica para a atividade. Assim, se torna necessário à capacidade interpretação de informações convergentes, atualização tecnológica, planejamento estratégico e crítico e conhecimento sobre legislação, normas e regras vigentes que são a fundamentação para uma auditoria (BOYNTON, 2002). O mesmo autor afirmar que a auditoria vem sendo a parte que exige maior capacidade profissional em conhecimento e informações atuais, do processo do cuidar na busca do aperfeiçoamento como forma de aumentar a qualidade do serviço prestado para a satisfação do pessoal assistido.

Com relação aos tipos de auditoria, Kurcgant (1991) descreve a auditoria retrospectiva feita após a alta do paciente, utilizando-se o prontuário dele para a avaliação. Descreve ainda a auditoria operacional ou concorrente, que acontece quando o paciente ainda está na unidade obtendo atendimento.

Rocha & Rocha (2005) determina os tipos de auditoria como auditoria de adequação, também chamada de auditoria de sistema, documentação ou de gestão. Relacionada a verificação de uma documentação de um sistema aos requisitos de uma norma aplicável. O outro tipo de auditoria descrito por eles, é a auditoria de conformidade, conhecida também como auditoria de campo, usada para verificar se o sistema documentado esta implementado corretamente.

Como dito, a auditoria em enfermagem pode ser realizada de duas formas distintas conforme os seus objetivos, ou seja, primeiramente pode ser realizada com o objetivo de determinar a qualidade do cuidado prestado aos usuário, através da verificação da adequação entre os cuidados de enfermagem prestados e os padrões considerados aceitáveis (auditoria de qualidade), e a segunda relacionada a verificação e controle de contas hospitalares, que objetiva a determinação da presença, ou não, de inadequações entre a assistência prestada e a conta cobrada (auditoria de custos) (FONSECA, 2005; RODRIGUES *et al.*, 2004).

Rodrigues *et al.* (2004) e Rocha (2005) enfatizam que referente ao objetivo da auditoria, esta pode se classificada como auditoria de primeira parte, que é conduzida sob-responsabilidade da própria empresa auditada para análise crítica da direção, conhecida também como auditoria interna; auditoria de segunda parte, direcionada por outra organização

com vínculo comercial entre elas; e auditoria de terceira parte, conduzida pela por uma organização independente, ou seja, sem nenhuma ligação comercial com a instituição auditada, sendo assim definida como auditoria externa.

D’Innocenzo (2006) cita que a auditoria de enfermagem contribui para avaliar o cuidado de enfermagem, fornecendo subsídios para comparar setores, redefinir processos, redimensionar recursos humanos, permitindo identificar os pontos fortes e fracos do trabalho da equipe, proporcionando informações vitais para o planejamento, a fim de direcionar programas de educação continuada. A auditoria da qualidade, não se encontra em um simples preenchimento de formulários, mas, sim em um amplo processo que requer a realização de análise aprofundada dos resultados obtidos, com a intenção de propor e implantar estratégias pedagógicas para, juntamente com a equipe de auditada, produzir mudanças de comportamento e de atitudes para a reversão de inconformidades (SOUZA *et al.*, 2002).

Setz & D’Innocenzo (2009) frisam que para se obter êxito na correção das inadequações observadas no cuidado prestado, faz-se mister que além da análise dos resultados obtidos, o processo de auditoria não se baseie na busca por culpados pelas falhas observadas, mas sim enfoque o aspecto educativo e a compreensão dos fatores que podem provocar oscilações entre altos e baixos na assistência. Para que se possa estabelecer um processo de auditoria baseado na compreensão e em ações educativas, faz-se necessária a existência de uma relação positiva, entre o enfermeiro auditor e a equipe auditada, pautada na confiança, pois somente assim será possível a obtenção da melhoria das inconformidades observadas e a manutenção dos pontos positivos.

Setz & D’Innocenzo (2009) destacam ainda que os resultados dos processos de auditoria da qualidade além de subsidiarem a melhoria, possibilitam um respaldo ético e legal aos profissionais de enfermagem frente às associações de classe e a justiça, em razão de que apontam as inconformidades presentes no cuidado prestado, permitindo correções antes que causem danos aos pacientes. Com base no que foi exposto, observa-se que a participação do enfermeiro no processo de auditoria compreende mais do que um enfoque, porém, acredita-se que a vertente da auditoria da qualidade proporciona ao enfermeiro maior visibilidade e permite que este profissional contribua de maneira eficaz com a melhoria do cuidado oferecido aos pacientes, ao passo que no âmbito dos custos a participação do enfermeiro se restringe a verificação da adequação de contas hospitalares e custos, o que invariavelmente proporciona menor contribuição para a qualidade do cuidado de enfermagem.

Para que a auditoria da qualidade possa gerar resultados que fundamentem ações corretivas de inconformidades e a reflexão da prática profissional, necessita ser aplicada com base em um plano auditorial, no qual devem ser estabelecidos: a forma de aplicação da auditoria, os dados que serão coletados, os padrões estabelecidos como ideais para comparação dos cuidados auditados, a classificação dos resultados obtidos, a forma de apresentação dos resultados e as possíveis sugestões para o aperfeiçoamento ou a correção de inadequações observadas (HADDAD, 2004; D’INNOCENZO, 2006).

Mediante a realização do presente estudo é possível constatar que a literatura pesquisada evidência que a auditoria de enfermagem é formada por instrumentos eficazes e fundamentais para promover o controle da qualidade dos cuidados prestados pela equipe de enfermagem em instituições de saúde em todo o país; e que a auditoria é capaz de possibilitar a melhoria constante da assistência de enfermagem destinadas aos clientes/pacientes sobre seus cuidados, bem como é capaz de reduzir os custos gerados pela equipe de enfermagem nas instituições de saúde e gerar propostas/alternativas capazes de melhorar todos os aspectos que a auditoria de enfermagem de qualidade ou de custo abrange; Por fim, conclui-se com este estudo que para o enfermeiro atuar como auditor é necessário que ele possua conhecimentos técnico-profissional sobre o assunto, capacidade de análise, organização, senso crítico apurado, ética e descrição.

BIBLIOGRAFIA

1. ADAMI, N. P. A melhoria na qualidade dos serviços de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.13, n.1, p.190-196, 2000.
2. ATTIE, W. **Auditoria: conceitos e aplicações**. 4º ed. São Paulo: Atlas; 2006.
3. BORELLI, N. N. R. **A compreensão da importância da auditoria interna na análise crítica do sistema de gestão da segurança e saúde no trabalho**. Disponível em: <http://www1.sp.senac.br/hotsites/arquivos_materias/II_workshop/A_compreensao_da_importancia_da_auditoria_interna_na_analise_do_sistema_de_gestao_da_seguranca.pdf>. Acesso em: 12 de dezembro de 2010.
4. BOYNTON, W. C. **Auditoria**: São Paulo: Atlas, 2002
5. BUZATTI, C. V.; CHIANCA, T. C. Auditoria em enfermagem: erros e custos envolvidos nas anotações. **Revista Nursing**, v.90, n.8, p.518-22, 2005.
6. CAMELO, T. V.; SILVA-JUNIOR, O. C. Tratamento do tema auditoria de enfermagem em base eletrônica de dados. **Revista Meio Ambiente Saúde**, v.1, n.1, p.7-12, 2006.
7. CASU, L. M. S. *et al.* **Auditoria de cuidados: aspectos e indicadores que embasam a avaliação da qualidade nos serviços de saúde: notas bibliográficas**. Disponível em: <http://www.faculdadeintegrado.com.br/revista/arquivos/arg-idvol_9_1278014259.pdf>. Acesso em: 12 dezembro 2010.
8. CIANCIARULLO, T. I. **Teoria e prática em auditoria de cuidados**. São Paulo: Ícone, 1997.152p.
9. COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN-266/2001. Aprova atividades de Enfermeiro Auditor**. Rio de Janeiro: COFEN. 2001
10. COREN-SP. Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo. **Principais legislações para o exercício da Enfermagem 2007**. COREN: São Paulo. 2007.
11. COSTA, A. F. *et al.* Auditoria do sector público no contexto da nova gestão publica. **Revista de Estudos Politécnicos**, v.3, n.5-6, p. 201-225, 2006.
12. D'INNOCENZO, M. *et al.* O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.59, n.1, p.84-88, 2006.
13. D'INNOCENZO, M. **Auditorias em serviços de saúde e enfermagem: uma introdução**. São Paulo: Martinari, 2006.
14. ERDMANN, A. L.; LENTZ, R. A. **Gerência do trabalho da enfermagem**. 2006. Disponível em: <www.saude.mt.gov.br/escola/apostilas/apostilasCEPROTEC/apostila%20OOTE%20%20%20%20con%20teudo.doc> Acesso em: 31 de novembro de 2010.
15. FELDMAN, L. B.; CUNHA, I. C. K. O. Identificação dos critérios de avaliação de resultados do serviço de enfermagem nos programas de acreditação hospitalar. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.14, n.4, p.540 -545, 2006.
16. FONSECA, A. S. *et al.* Auditoria e o uso de indicadores assistenciais: uma relação mais que necessária para a gestão assistencial na atividade hospitalar. **O Mundo da Saúde**, v. 29, n. 2, p. 161-169, 2005.
17. KURCGANT, P. **Administração em enfermagem**. São Paulo: EPU, 1991.
18. KURCGANT, P. **Administração em enfermagem**. São Paulo: EPU, 2006.
19. HADDAD, M. C. L. **Qualidade da assistência de enfermagem – O processo de avaliação em hospital universitário público**. São Paulo, 2004. 225f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
20. LIMA, S. B. S.; ERDMANN, A. L. A enfermagem no processo de acreditação hospitalar em um serviço de urgência e emergência. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 19, n. 3, p. 271-278, 2006.
21. MALIK, A. M.; SCHIESARI, L. M. C. **Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde**. v.3. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998.
22. MARTINHO, E. **Auditoria e faturamento hospitalar**. São Paulo: Jotacê, 2002.
23. PADILHA, E. F. **Auditoria como ferramenta para a qualidade do cuidado de enfermagem em unidade de terapia intensiva de um hospital universitário**. Maringá, 2010. 170f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de Maringá.
24. REIS, E. J. F. B. *et al.* Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde: Notas Bibliográfica. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 6, n. 1, p. 50-61, 1990.
25. RIOLINO, A. N.; KLIUKAS, G. B. V.; Relato de experiência de Enfermeiras no campo de auditoria de prontuário: uma ação inovadora. **Revista Nursing**, v. 65, n.6, p.35-8, 2003.
26. ROCHA, F. F.; ROCHA, F. F. **Apostila de Auditoria de Sistemas e Gestão: Curso de Especialização em Técnica de Qualidade**. Limeira: Colégio Técnico da Unicamp de Limeira Limeira; 2005.
27. RODRIGUES, V. A. *et al.* Glosas hospitalares: importância das anotações de enfermagem. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 11, n. 4, p. 210-214, 2004.
28. SCARPARO, A. F. Auditoria em enfermagem: revisão de literatura. **Revista Nursing**, v.80, n.8, p. 46-50, 2005.
29. SAUPE, R.; **HORR**, L. Auditoria em enfermagem. **Revista Ciências e Saúde**, v.1, n.1, p.13-23, 1982.

31. SCARPARO, A. F.; FERRAZ, C. A. Auditoria em Enfermagem: identificando sua concepção e métodos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.61, n.3, p. 302-305, 2008.
32. SETZ, V. G.; D'INNOCENZO, M. Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no pronto-socorro: meio da auditoria. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.22, n.3, p.313-317, 2009.
33. SILVA, J. R. **A auditoria como instrumento de melhoria na qualidade da assistência em** Campinas, 2009. 34f. Monografia (Especialização) - Universidade Castelo Branco, Instituto Brasil Pós-Graduação Qualittas.
34. SOUZA, V. *et al.* Fatores determinantes e conseqüências de falhas registradas na assistência de enfermagem: um processo educativo. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 6, n. 1-2, p. 30-34, 2002.

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO TRATAMENTO E PREVENÇÃO DE
ÚLCERA DE PRESSÃO****NURSING CARE IN THE TREATMENT AND PREVENTION OF PRESSURE
ULCERS**

SAMIRA NAAIME HAURANI. Enfermeira graduada na Universidade Paranaense –
UNIPAR

ANDRÉ ESTEVAM JAQUES. Enfermeiro graduado na Fundação Faculdade Estadual de
Educação Ciências e Letras de Paranaíba (FAFIPA), graduado em Ciência da Computação na
UNIPAR; Especialista em Docência do Ensino Superior pela UNIPAR; Especialista em
Enfermagem do Trabalho pelo Centro São Camilo de Desenvolvimento em Administração da
Saúde e Mestre em Engenharia de Produção pela Universidade Federal de Santa Catarina
(UFSC); doutorando em Ciências pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP-
USP). Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da UNIPAR.

Endereço para correspondência: SAMIRA NAAIME HAURANI. Avenida Paraná, nº.
4114, Ap.1, CEP: 87.501-030, Centro, Umuarama, Paraná, Brasil. sa_mira@hotmail.com

RESUMO

A úlcera de pressão é uma lesão cutânea que surge em áreas corporais de pressão ininterruptas, por falta de oxigenação dos tecidos, e pela ação de forças de compressão e cisalhamento que surgem em decorrência da imobilização corporal. As úlceras de pressão têm sua incidência elevada entre os pacientes acamados em unidades hospitalares, constituindo-se em um sério problema para a equipe de enfermagem, que deve atuar prevenindo e tratando estas lesões que frequentemente surgem nas regiões sacrais, dos trocânteres femorais, calcâneos, maléolos entre outras áreas; constituindo-se assim em um importante foco de infecção que compromete a qualidade de vida doente. Neste contexto, o presente estudo teve por objetivo realizar uma revisão de literatura sobre a assistência de enfermagem no tratamento e prevenção das úlceras de pressão. Ao término desta revisão concluiu-se que é de fundamental importância que os profissionais de enfermagem conheçam instrumentos de avaliação capazes de identificar os fatores de risco para a formação destas úlceras, bem como detenham conhecimento sobre o processo de cicatrização e as estratégias de prevenção e tratamento destas lesões, assim como saibam selecionar as intervenções de enfermagem adequadas para cada paciente, garantindo uma assistência integrada ao paciente.

PALAVRAS-CHAVES: Úlcera de pressão; Feridas; Enfermagem; Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT

The pressure ulcer is a skin lesion that arises in areas of body pressure uninterrupted, for lack of tissue oxygenation, and the action of compression and shearing forces that arise due to the

grounding body. Pressure ulcers have their high incidence among bedridden patients in hospitals, thus becoming a serious problem for nursing staff, who must act prevent and treat these lesions that often arise in the sacral region, the femoral trochanters, heels, malleolus among other areas, thus constituting an important source of infection that compromises quality of patient life. In this context the present study aimed to conduct a literature review of nursing care in the treatment and prevention of pressure ulcers. Upon completion of this review concluded that it is of fundamental importance that the nursing staff know evaluation tools capable of identify risk factors for the formation of these ulcers, as well as holding knowledge about the healing process and strategies for prevention and treatment these lesions, as well as know to select the appropriate nursing interventions for each patient, ensuring comprehensive assistance to the patient.

KEYWORDS: Pressure Ulcer, Wounds, Nursing, Nursing.

INTRODUÇÃO

A úlcera de pressão ou escara é uma lesão muito conhecida, ocasionada pela falta de oxigenação dos tecidos, causada por forças de compressão e cisalhamento que ocorrem em virtude da imobilidade do indivíduo. Esta lesão pode afetar a epiderme, derme, hipoderme e o tecido muscular, podendo chegar até as aponeuvoses, ou seja, terminações nervosas ligadas ao tecido ósseo (CAMPEDELLI & GAIDZINSKI, 1987).

Definida como qualquer lesão causada por uma pressão não aliviada que resulta em dano tecidual, em especial sobre as áreas de proeminências ósseas (SMELTZER & BARE, 2005).

A definição mais aceita para se designar a úlcera de pressão é a dada pela *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP) que define a úlcera de pressão como sendo áreas localizadas de morte celular, que se desenvolvem quando o tecido mole é comprimido, entre uma proeminência óssea e uma superfície dura, por um período de tempo prolongado (LEITE & FARO, 2006).

A úlcera de pressão é uma lesão cutânea que se prontifica em áreas de pressão ininterruptas. Geralmente as pessoas que não tem mobilização, são os mais propensos a desenvolverem a úlcera de pressão. É papel do enfermeiro é investigar criteriosamente o paciente da assistência de enfermagem com probabilidade de desenvolver úlcera de pressão, para que haja prevenção de uma maior incidência (RIBEIRO *et al.*, 2004).

Vista como uma destruição local ou escavação da superfície de um órgão ou tecido, que se da pelo desprendimento (esfacelamento) de tecido inflamatório necrótico. A úlcera de pressão pode ocorrer não só pela pressão ininterrupta dos tecidos moles, como também quando há uma área inflamatória necrótica na superfície da pele ou próximo a ela (COTRAN *et al.*, 2000).

Cerca de 95% das úlceras de pressão encontram-se localizadas na metade inferior do corpo nas regiões sacral, tuberosidade isquiática, trocânteres femorais, calcanhares, maléolos laterais, cotovelos, cristas ilíacas, regiões escapulares, joelhos e face lateral das coxas (PORTO, 2007).

Como a úlcera de pressão ocorre quando o fluxo sanguíneo capilar em certa área corporal é reduzido. Isso pode acontecer devido a pele sobre proeminência óssea ser comprimida pelo peso corporal sobre uma superfície dura, por um período prolongado (TIMBY & SMITH, 2005). Neste sentido a avaliação sistêmica do paciente portador de úlcera nos membros inferiores é muito importante principalmente no que se refere à avaliação da derme em volta da úlcera e do membro afetado (FALANGA & EAGLSTEIN, 1995).

Pelo fato das úlceras de pressão serem bastante frequentes entre os indivíduos acamados por longos períodos de tempo, imobilizados, dependentes de locomoção,

paraplégicos, comatosos, idosos, desnutridos e até mesmo tetraplégicos (OHNISHI *et al.*, 2001). É muito importante a prevenção do surgimento destas úlceras nesses indivíduos.

Algumas das medidas preventivas que podem vir a ser utilizadas de modo significativo para a prevenção do desenvolvimento de uma úlcera de pressão são: mudança de decúbito a cada 2 horas; evitar umidade, tração e fricção na pele; evitar dobras nas roupas junto ao corpo; e proporcionar um bom acolchoamento nas áreas de maior pressão (HESS, 2002).

Sendo, a prevenção das úlceras de pressão entre os indivíduos hospitalizados de total responsabilidade da enfermeira que presta assistência a este indivíduo. Assim, logo no início do seu treinamento, antes de ser designado o cuidado de um paciente, a enfermeira deve saber como cuidar do paciente para evitar que ocorra a formação de uma úlcera de pressão neste (COOPER, 1987).

No que se refere especificamente ao tratamento da úlcera de pressão, temos que este pode ser cirúrgico dependendo do estágio evolutivo da úlcera, sendo este tipo de tratamento dividido de acordo com três princípios básicos: 1º desbridamento de toda a úlcera e sua cápsula; 2º ostectomia parcial ou completa, para reduzir a proeminência óssea; e 3º fechamento da ferida com tecido saudável (HESS, 2002). Logo, para o tratamento da úlcera de pressão, assim como de qualquer ferida é necessário que se entenda todo processo de cicatrização, para então selecionar os curativos adequados para sua melhora. Sendo, preciso ter em mente que o processo de cicatrização de uma úlcera passa por 4 estágios de cicatrização que envolvem à inflamação, a reconstrução, epitelização e a maturação tecidual (DEALEY, 1996), existem quatro estágios da cicatrização que são inflamação, reconstrução, epitelização e maturação.

Para se fazer a correta avaliação de uma úlcera de pressão, tem-se que avaliar a dor, o edema, a extensão e profundidade da lesão. Além disso, para uma boa avaliação é necessário que se realize a do tecido que se encontra ao redor da úlcera e que se avalie o seu exsudato. Pois, somente através destas avaliações e que poderá se determinar o estágio de evolução do processo cicatricial da úlcera e qual será a melhor cobertura utilizada para protegê-la de contaminação ambiental (BLANES, 2002).

Neste contexto, o presente estudo teve por objetivo realizar uma revisão de literatura sobre a assistência de enfermagem no tratamento e prevenção de úlcera de pressão, dando ênfase ao desenvolvimento da úlcera de pressão e o papel do enfermeiro nestes casos. Para atingir os objetivos propostos realizou pesquisa na biblioteca da Universidade da Universidade Paranaense (UNIPAR), campus sede, no site da *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO) e Google, onde se buscou por publicações de acesso livre, gratuito e disponibilizadas na íntegra sobre o tema em questão. Sendo, selecionados para a realização deste estudo apenas publicações no idioma português, datadas a partir do ano de 1987.

REFLEXÕES

A perda superficial do tecido de cutâneo em consequência da morte celular é denominado de ulceração. Para melhor entender o que é esta ulceração e como ela ocorre é necessário que se aborde primeiramente quais são os seus aspectos anatomo-histológicos.

Como é sabido a pele é uma camada de tecido que torna possível à interação do nosso organismo (meio interno) com o meio externo (ambiente). Formada por 3 camadas chamadas de: epiderme, derme e hipoderme, da mais externa para a mais profunda, respectivamente. A pele é considerada o maior órgão do corpo humano, tendo como principais funções a de proteção das estruturas internas, manutenção da homeostase corporal (harmonia e normalidade das funções fisiológicas) e percepção sensorial (JUNQUEIRA & CARNEIRO, 2004).

Sabe-se que a regeneração da epiderme demora cerca de 4 a 6 semanas para ocorrer. Histologicamente sabe-se que a epiderme é formada por um epitélio constituído por camadas, que mantém a integridade cutânea e atua como protetora do organismo. Tais camadas que dão

origem a epiderme conforme Junqueira & Carneiro (2004) são um total de 5 camadas compostas externamente por estrato córneo; lúcido; granuloso e espinhoso; e internamente por uma camada composta por estrato germinativo ou células basais. Na camada mais interna da epiderme o estrato germinativo liga a epiderme a segunda e mais espessa da pele, a derme. A derme, por sua vez, é a camada mais interna da pele, formada por tecido conjuntivo rico em fibra. Além disso, nesta camada estão localizados os vasos sanguíneos e as terminações nervosas responsáveis pelas sensações de tato, pressão, dor e temperatura (JUNQUEIRA & CARNEIRO, 2004).

Basicamente a função da derme é oferecer resistência, suporte sanguíneo e oxigênio à pele como um todo, uma vez que ela contém vasos sanguíneos, folículos pilosos, vasos linfáticos, glândulas sebáceas e sudoríparas. Como a derme é composta por fibroblastos, colágeno e fibras elásticas. Os fibroblastos são responsáveis pela formação de colágeno, substância matricial, e proteínas de elastina que são responsáveis por dar resistência à pele e rechaço cutâneo. Os espessos feixes de colágeno presentes na derme a ligam ao tecido subcutâneo e às estruturas de suporte subjacentes: fâscias, músculos, ossos e outras estruturas (JUNQUEIRA & CARNEIRO, 2004).

A transição da epiderme para a derme se dá pelo nome da membrana basal que constitui uma rede de fibras imersas em substância amorfa e que fornece sustentação aos vasos sanguíneos, linfáticos e filetes nervosos que servem à epiderme e os seus anexos. Já a hipoderme ou tecido celular subcutâneo é a camada de tecido conjuntivo frouxo composta por células adiposas, e por um pânículo adiposo (fibras e gordura), onde a pele se apóia, além de ser vir como uma camada de isolamento térmico (JUNQUEIRA & CARNEIRO, 2004).

Neste contexto conforme Irion (2005) é relevante apresentar algumas funções fisiológicas da pele para melhor compreensão do enfermeiro na decisão das intervenções de enfermagem dentre as quais se pode citar as funções de: proteção (a pele atua como barreira física contra microrganismos e outras substâncias estranhas, protegendo contra infecções e perda excessiva de líquidos); sensibilidade: as terminações nervosas da pele permitem que a pessoa sinta dor, pressão, calor e frio; termorregulação (a pele ajuda a regular a temperatura corporal mediante vasoconstrição, vasodilatação e sudorese); excreção (a pele ajuda na termorregulação, mediante a excreção de resíduos, como eletrólitos e água); metabolismo (a síntese de vitamina D na pele exposta à luz solar, por exemplo, ativa o metabolismo de cálcio e fosfato, minerais que desempenham um papel importante na formação óssea); e a imagem corporal (a pele detalha a nossa aparência, identificando de modo único cada indivíduo).

Como o tecido corpóreo (pele) frequentemente encontra-se exposto a pequenas ou grandes interrupções de sua extensão, devido a traumas físicos, químicos, mecânicos ou desencadeados por afecção clínica. Está interrupção pode levar a formação de feridas cutâneas (CESARETTI, 1998).

Entre as diversas feridas cutâneas que encontramos temos as úlceras por pressão, que também são chamadas de úlceras de decúbito, úlceras da pele ou úlceras de pressão. Vistas, como lesões cutâneas que se produzem em consequência de uma falta de irrigação sanguínea e de irritação da pele que reveste uma saliência óssea. As úlceras de pressão podem ser encontradas comumente nas regiões sacrococcígea, porção inferior da coluna vertebral, quadril, calcanhares, cotovelos, pavilhão auricular, escápulas e região posterior da cabeça (TIMBY & SMITH, 2005).

Segundo Bergstom *et al.* (1999) Grave & Hirne (2003) Potter & Perry (2004), Smeltzer & Bare (2006) e Silva *et al.* (2007) as úlceras de pressão possuem IV estágios evolucionais sendo eles descritos abaixo:

Estágio I – caracterizado por eritema não esbranquiçado (vermelho escuro ou púrpura) da pele intacta que pode ser pálido quando tocada, mais logo volta a sua cor anterior, ou pode ser não pálido que permanece vermelho quando pressionado, indicativo de lesão na microcirculação. Nesta fase já se encontram a epiderme e a derme lesionadas, mais ainda não destruídas;

Estágio II – ocorre quando o mecanismo que deu origem à úlcera de grau I persistir a lesão, até então epidérmica, tenderá a se tornar mais profunda, atingindo a derme até o limite da camada subcutânea de gordura, as margens da lesão tornam-se mais espessas e elevadas, envolvidas por pigmentação sanguinolenta formando uma área de endurecida por fibrose;

Estágio III – o diagnóstico tardio ou a inobservância das medidas adequadas no controle terapêutico das úlceras graus I e II leva a uma lesão mais importante, que atinge camadas mais profundas. A úlcera por pressão grau III é a perda da pele na sua espessura total, envolvendo danos ou uma necrose do tecido subcutâneo que pode se aprofundar, atingindo tecido celular subcutâneo e por esta característica, pode tornar-se infectada é limitada pela fáscia muscular. A úlcera se apresenta clinicamente como uma cratera profunda;

Estágio IV – caracteriza-se pela perda da pele na sua total espessura com extensa destruição e profundidade, ocorrendo necrose dos tecidos ou danos aos músculos, ossos ou estruturas de suporte como tendões ou cápsulas articulares, potencializando o estado de imobilidade do paciente.

Os instrumentos de avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão têm sido amplamente testados e utilizados na clínica médica. Dentre estes instrumentos um dos mais utilizados é a Escala de Braden (Tabela 1). Escala esta que segundo Fernandes (2000) é o instrumento que apresenta maior confiabilidade, sensibilidade e especificidade na predição de risco para o desenvolvimento de úlcera de pressão, desde que seja realizada uma avaliação periódica e diária do paciente hospitalizado e acamado, devido à sua instabilidade e ao seu alto grau de predileção para o desenvolvimento de úlceras de pressão.

Tabela 1. Escala de Braden adaptada por Fernandes (2000).

Percepção sensorial	1. Completamente Limitado	2. Muito limitado	3. Levemente limitado	4. Nenhuma Limitação
Umidade	1. Constantemente Úmida	2. Muito úmida	3. Ocasionalmente úmida	4. Raramente Úmida
Grau de Atividade física	1. Acamado	2. Restrito a cadeira	3. Caminha ocasionalmente	4. Caminha frequentemente
Mobilidade	1. Completamente imobilizado	2. Muito limitado	3. Levemente limitado	4. Nenhuma limitação
Nutrição	1. Muito pobre	2. Provavelmente inadequada	3. Adequada	4. Excelente
Fricção e cisalhamento	1. Problema	2. Potencial para o problema	3. Nenhum problema aparente	-

Fonte: Fernandes (2000, p.).

Segundo Rocha *et al.* (2006) as escalas de estratificação do risco para o desenvolvimento da úlcera de pressão como é o caso da Escala de Bradem demonstrada no tabela 1, devem ser usadas como complemento e não em substituição a avaliação clínica da pele do paciente acamado.

Embora a escala de Braden (tabela1) demonstre um maior valor preditivo e uma maior reprodutibilidade inter-observador a respeito da possibilidade do paciente desenvolver uma úlcera de pressão. Pois, diante dessa problemática o uso desta Escala permite a conclusão de que quando a sua pontuação é 12, o risco de desenvolvimento de uma úlcera de pressão é elevado, entre 13 e 14 é moderado, e entre 15 e 16 o risco é mínimo (DEALEY, 2001).

Sendo, possível assim, mediante a análise e observação da pontuação da Escala de Braden (Tabela 1) reduzir significativamente o desenvolvimento e morbidade por úlcera de pressão. Desde que o uso desta Escala torne-se frequente durante a prestação da assistência de

enfermagem para com pacientes acamados e hospitalizados, e que seu uso se torne frequente para o planejamento, e elaboração de estratégia e mecanismos de prevenção e intervenção clínica para com pacientes acamados/hospitalizados (KRASNER & CUZZELL, 2003).

Neste contexto Santos (s.d) relata que assistência de enfermagem voltada para a prevenção do desenvolvimento de úlcera de pressão especialmente quando a Escala de Braden for menor ou igual a 16 deve ser composta pelos seguintes ações e enfermagem expostas na tabela 2.

Tabela 2. Prescrições/ações de enfermagem para paciente em risco de desenvolvimento de úlcera de pressão.

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE ÚLCERA POR PRESSÃO
<ul style="list-style-type: none">• Aplicar a Escala de Braden diariamente e anotar o escore no Impresso de Evolução de Enfermagem (Integridade cutâneo-mucosa ou Pele/Mucosas).• Realizar mudança de decúbito 2/2hs (anotar o decúbito a ser posicionado o paciente) - este item deverá ser prescrito na Prescrição de Enfermagem.• Manter cabeceira elevada em até 30°.• Instalar colchão redutor de pressão (piramidal ou ar).• Não massagear áreas com hiperemia.• Colocar almofada redutora de pressão (piramidal ou gel).• Sentar em poltrona, reposicionando a cada uma hora.• Estimular deambulação• Realizar massagem de conforto com creme hidratante.• Realizar higiene íntima somente com água e sabão neutro.• Aplicar protetor cutâneo em região perianal s/n.• Observar aceitação e tolerância a dieta.• Manter posição lateralizada sempre até 30°.• Manter protetores entre as proeminências ósseas em contato.• Manter calcâneos livres de atritos.• Mobilizar paciente no leito sem arrastar.• Observar integridade cutâneo mucosa.• Proteger proeminências ósseas com hidrocolóide transparente ou filme transparente.• Colocar uripen ou fralda na presença de incontinência.

Fonte: Adaptado pelo próprio autor do estudo de Santos (s.d, p.82-83)

Pelo fato, das úlceras de pressão ter prevalência elevada em pacientes sobre tratamento agudo e de longo prazo hospitalizados e/ou acamados, haja vista, que podem se desenvolver em um período de 24 horas de imobilização ou demorar cerca de 5 dias para os seus sinais iniciais começarem a aparecer (COSTA, 2003).

Conforme Santos (s.d) a enfermagem irá atuar nestes casos prestando assistência e cuidados específicos a estes indivíduos tendo como metas principais: identificar indivíduos em risco que necessitem prevenção e os fatores específicos que o colocam em risco; manter e melhorar a tolerância dos tecidos à pressão para prevenir a lesão; proteger contra os efeitos adversos das forças mecânicas externas; e reduzir a incidência de úlcera por pressão (Tabela 3).

Em se tratando dos fatores de risco para o desenvolvimento da úlcera de pressão Irion (2005) descreve que os principais são: a alteração da sensibilidade superficial da pele; alterações no turgor e na elasticidade cutânea; alterações da umidade e da textura da pele; pressão sobre áreas de proeminência óssea; alteração da temperatura corporal; imobilidade física parcial ou total; idade avançada; e a presença de edema.

De acordo com Hudak & Gallo (2003) os fatores contribuintes na formação da úlcera de pressão são: a força de pressão, cisalhamento, fricção e a umidade, sendo essencial investigar a influência de outros fatores, para obter um diagnóstico mais preciso.

Tabela 3. Objetivos dos cuidados de enfermagem para com a pele e o tratamento inicial da úlcera de pressão.

OBJETIVO	CUIDADOS COM A PELE E O TRATAMENTO INICIAL DA ÚLCERA DE PRESSÃO
Identificar indivíduos em risco que necessitam de prevenção e os fatores específicos que estão colocando-os em risco	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a pele de todos os pacientes na admissão nas unidades de internação ou reabilitação, nos asilos, nos programas de visita domiciliar e outras situações de cuidado da saúde. • Utilizar um instrumento de avaliação de risco.
Manter e melhorar a tolerância dos tecidos à pressão para prevenir lesão ou o seu agravamento	<ul style="list-style-type: none"> • Limpeza da pele a cada eliminação ou intervalos regulares. • Diminuir os fatores ambientais que levam ao ressecamento da pele como: umidade baixa e exposição ao frio - uso de hidratantes. • Evitar massagem sobre proeminências ósseas. • Minimizar a exposição da pele à umidade devido incontinência urinária, transpiração ou drenagem de feridas - uso de fraldas, cremes, películas protetoras ou óleos. • Documentar e monitorar intervenções e resultados. • Manter a pele limpa e bem hidratada. • Minimizar danos a pele relacionados à fricção e cisalhamento - posicionamento adequado e técnica de transferência adequada . • Prevenir danos causados pela fricção - lubrificantes, películas protetoras, curativos protetores - arrastar X erguer. • Intervenções nutricionais. • Reabilitação fisioterápica - melhorar a mobilidade e a atividade, amplitude dos movimentos. • Documentação.
Proteger contra os efeitos adversos de forças mecânicas externas como pressão, fricção e cisalhamento	<ul style="list-style-type: none"> • Reposicionar os pacientes imobilizados no leito, com risco, pelo menos a cada 2 horas - documentado (elevação do quadril). • Reposicionar os pacientes imobilizados em cadeiras de rodas pelo menos a cada hora. • Usar dispositivos de levantamento para mover os pacientes, em vez de arrastá-los. • Colocar os pacientes de risco, quando deitados na cama, em colchões redutores de pressão como ex. piramidal, ar, colchões modificados. • Dinâmicos: pacientes que não podem assumir uma variedade de posições. • Usar em paciente que podem mudar ou assumir uma variedade de posições sem colocar a pressão do seu peso na úlcera (5 cm).
Reduzir a incidência da úlcera de pressão através de programas educacionais	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar Programas educacionais para prevenção de úlceras de pressão devem ser estruturados, organizados, abrangentes e dirigidos a todos os níveis de profissionais de saúde, pacientes, familiares e cuidadores, incluindo: etiologia, avaliação da pele, superfícies de suporte, cuidados com a pele, posicionamento apropriado, documentação. • Identificar papel de cada pessoa em especial aquelas responsáveis pela prevenção. • Avaliar a eficácia do programa de Prevenção de úlceras de pressão.

Fonte: Adaptado pelo próprio autor do estudo de Santos (s.d, p.34-39).

Para Tazima *et al.* (2008) é fundamental que os profissionais de enfermagem possuam conhecimento sobre a classificação das úlceras de pressão e sobre os seus agentes causais. Sendo assim, de acordo com estes mesmos autores as úlceras de pressão podem ser classificadas de 3 formas: de acordo com o seu agente causal (incisas ou cirúrgicas, contusas, lacerantes, perfurantes); grau de contaminação (limpa, limpa-contaminada, contaminada e infectada) e o comprometimento tecidual (estágio I a IV).

No que se refere ao tratamento das úlceras de pressão Bosqueiro (1999) relata que finalidade o seu tratamento tem por finalidade promover a proteção das feridas contra agentes externos (físicos, químicos ou biológicos). De acordo com este mesmo autor antigamente, acreditava-se que as feridas deveriam ser mantidas secas. Entretanto, com a evolução dos estudos na área medica de tratamento de feridas esta idéia foi sendo contestada na medida em que estudos passaram a demonstrar que a realização de curativos úmidos entre o leito da ferida e a cobertura da mesma, aumentavam a velocidade de cicatrização destas (BOSQUEIRO, 1999). Em decorrência destes fatos diferentes tipos de cirúrgicas e curativos

para o tratamento das úlceras de pressão foram sendo desenvolvidos e utilizados ao longo dos anos como os relatados a seguir.

Segundo Malagutti & Kakihara (2010) em casos mais graves de ulcera de pressão é necessário que se realize o desbridamento da ferida, através da técnica de desbridamento químico que consiste na aplicação de enzimas proteolíticas no leito da ferida, que por si é capaz de acabar quimicamente com os tecidos inviáveis. Mas que também pode lesar os tecidos viáveis, por não ser um procedimento seletivo. Além disso, conforme este mesmo autor para uma melhora satisfatória do aspecto da úlcera existe a necessidade de várias semanas de tratamento e do uso de algumas enzimas proteolíticas (Papaína, colagenase e fibrinolisin/Dnase).

Para autores como Santos (2000) e Yamada (1999), o desbridamento autolítico é a forma mais natural e seletiva de desbridamento, que podem vir a ser utilizadas no tratamento das úlceras de pressão. De acordo com estes mesmos autores este tipo de desbridamento se dá pela utilização de curativos oclusivos que promovem um meio úmido no leito da ferida, utilizando os próprios leucócitos e enzimas da pele para degradação do tecido necrótico. Sendo este método considerado mais confortável e seletivo do que o desbridamento químico, porém mais lento.

Segundo Rocha *et al.* (2006) e Malagutti & Kakihara (2010) outra forma de se tratar as úlceras de pressão principalmente àquelas com grande quantidade de tecido desvitalizado ou necrótico é através do desbridamento mecânico, que permite a remoção simultaneamente de tecido necrótico e tecido viável. Pelo fato de remover ao mesmo tempo tecido necrótico e saudável este desbridamento geralmente não é recomendado, por não ser seletivo e por ser extremamente doloroso para o paciente. Muito embora seja uma das formas mais rápidas de se realizar o desbridamento que posteriormente é tratado pela realização de curativos úmidos-secos, hidroterapia, irrigação e terapia com pressão negativa.

Além, da técnica de desbridamento mecânico conforme Malagutti & Kakihara (2010) outro tipo de desbridamento bastante indicado para tratar úlceras com grande quantidade de tecido desvitalizado e necrótico e desbridamento cirúrgico. O desbridamento cirúrgico, por sua vez, é considerado como um método cirúrgico não seletivo que requer a aplicação de anestesia, para sua realização e de muito treinamento prático por parte do clínico que o irá realizá-lo, pois é feito através do uso de bisturi, curetas e/ou tesouras.

Conforme Malagutti & Kakihara (2010), outra forma de desbridamento bastante antiga, ainda não disponível no Brasil, mas que voltou a ganhar popularidade em diversos países também vem sendo empregada com sucesso no tratamento clínico das úlceras de pressão. Está técnica chamada de desbridamento biológico ou Maggot Terapia, consiste na aplicação de larvas criadas em laboratório, sobre o leito da ferida cutânea. As larvas ao serem colocadas sobre o leito da ferida alimentam-se do tecido necrótico, fazendo assim o seu desbridamento seletivo e posteriormente são retiradas do leito a ferida para a realização de curativos pela equipe de enfermagem.

Em se tratamento especificamente dos curativos que podem vir a ser utilizados durante o tratamento clínico das úlceras de pressão. Podemos observar na tabela 4 que existem diferentes tipos de curativos utilizados para esta finalidade que podem vir a ser de uso primário ou secundários e que graças aos avanços tecnológicos tem possuído formas, propriedades e finalidades diferenciadas.

Conforme Malagutti & Kakihara (2010) em virtude da variedade de curativos demonstrados no tabela 4, que podem vir a ser utilizados de modo primário ou secundário durante o tratamento clínico da ulcera de pressão. Faz com que seja de fundamental importância que se discuta as principais diferenças e que os profissionais de enfermagem saibam diferenciar um curativo primário de um curativo secundário. Pois, o curativo primário é aquele que entra em contato direto com o leito da ferida, ao passo que o secundário é aquele que serve para fixar o curativo primário na pele do paciente (MALAGUTTI & KAKIHARA, 2010).

Tabela 4. Tipos de curativos para úlcera de pressão.

CURATIVO	COMPONENTES	INDICAÇÃO	AÇÃO
Hidrocolóide	Pectinas, carboximetilcelulose sódica e gelatina revestida por camada de poliuretano, partícula de alginato de cálcio.	Feridas com pouco a moderado exsudato.	Estimula a granulação e a angiogênese. Absorve o excesso de exsudato, mantém a umidade e a temperatura, facilita o crescimento e a regeneração tissular, promove o desbridamento autolítico e alivia a dor por manter protegidas, úmidas e aquecidas as terminações nervosas.
Alginato de Cálcio	Fibras de ácido algínico extraídos das algas marinhas marrons (laminaria) contêm também íons e sódio.	Feridas com ou sem infecção, com exsudação moderada/intensa, com ou sem tecido necrótico e sangramento.	Através da troca iônica promove a hemostasia; absorve exsudato, forma um gel que mantém a umidade, promove granulação, auxilia o desbridamento autolítico.
Hidrogel	carboximetilcelulose e propilenoglicol, partícula de alginato de cálcio.	Feridas com necrose.	Fornece a umidade e não adere ao leito da ferida, e auxilia o desbridamento autolítico.
Espuma com Prata	Almofada de espuma de camadas sobrepostas de não-tecido e hidropolímero, revestida por poliuretano e prata.	Feridas com moderada a alta exsudação, infectada e/ou estagnadas.	Proporciona meio úmido, favorecendo a cicatrização; Pode causar coloração escura no leito da ferida; trata infecção e estimula o desbridamento autolítico.
Carvão ativado e prata	Partículas de carvão impregnadas com íons de prata. Esse é envolto externamente por uma película de nylon (selada).	Feridas infectadas ou não, que drena moderado ou abundante exsudato.	bactericida, favorece o desbridamento autolítico, mantém umidade e temperatura adequada a cicatrização, elimina odores
Biomembrana	Derivado de poliisopreno, à base látex vegetal de seringueira (Havea Brasiliensis). Impermeável.	Feridas infectadas ou não, com pouco a moderado exsudato.	Matém o leito da ferida úmido e facilita o desbridamento autolítico. Possui fator de crescimento vaso-endotelial, que tem propriedade angiogênica e acelera a formação do tecido de granulação.
Não aderente	malha de acetato de celulose impregnado com emulsão neutra de petrolato.	Feridas abertas, necrosadas com exsudação; fechadas limpas ou com sangramento.	Proporciona a não aderência da ferida e permite o livre fluxo de exsudato.
Solução fisiológica a 0,9 % (curativo convencional)	Enzima proteolítica retirada do leite da casca do mamão.	feridas abertas e Desbridamento de tecidos desvitalizados.	Tem como forma de ação o desbridamento químico de crostas necróticas, é bactericida, bacteriostático, e antiinflamatório, Estimula a força tensil das cicatrizes (proporciona alinhamento das fibras de colágeno promovendo crescimento tecidual uniforme).
Membranas ou filmes semi-permeáveis	Filme de poliuretano, transparente, elástico, semi-permeável, aderente a superfícies secas.	Proteção da pele íntegra e escoriações; prevenção de úlceras de pressão por fricção, cobertura de incisões cirúrgicas limpas com ou sem exsudato.	Proporciona ambiente úmido, favorável a cicatrização permeabilidade seletiva, permitindo a difusão gasosa e evaporação de água. Impermeável a fluidos e microorganismos.
Pomada desbridante. Colagenase - mono	Colagenase	Feridas com crostas, tecido necrosado, fibrina, pouco exsudato.	Promove a retirada do tecido necrótico superficial por ação enzimática sem afetar o colágeno de tecido sadio ou de granulação.

Fonte: Adaptado pelo autor do estudo de: Bosqueiro (1999), Poletti (2000), Ohnishi (2001), Borges, (2005), Lopez *et al.* (2005), Gomes *et al.* (2005), Azevedo (2006) e Pereira *et al.* (2006).

Souza *et al.* (2004) por sua vez, ressalta-se que cabe ao profissional de enfermagem à avaliação e intervenção sistematizada, individualizada e diária dos pacientes sobre seus cuidados, pois, somente assim tal profissional consegue atuar de modo direto e com eficiência na promoção da prevenção e tratamento das úlceras de pressão, bem como acaba contribuído para a melhoria do quadro clínico da atual situação do paciente sobre seus cuidados.

Pelo fato da úlcera de pressão é um problema sério a ser enfrentado pela equipe de enfermagem, devido ao fato de que a maioria das lesões cutâneas tem como principal fator

casual fatores extrínsecos, os quais podem ser evitados, ou mesmo controlados pelo enfermeiro para evitar o surgimento de uma úlcera.

Para se prevenir o surgimento de uma úlcera de pressão, é fundamental que o profissional que presta assistência ao doente acamado/imobilizado avalie o grau de risco individual de cada paciente para prevenção do surgimento destas lesões; que seja possua capacitação contínua a respeito do tratamento de feridas e que a equipe de enfermagem possua conhecimentos mesmo que básicos a respeito da realização de avaliações do tecido cutâneo e dos procedimentos de registros dos dados obtidos e das intervenções tomadas.

Com a prática profissional diária da enfermagem é possível perceber que o maior número de lesões cutâneas do tipo úlcera de pressão surgem após a admissão hospitalar. Isto, por sua vez sinaliza que a assistência de enfermagem pode em muitos casos estar sendo negligente, ou que existe uma maior demanda por intervenções de enfermagem relacionadas à prevenção do surgimento de úlceras de lesões entre os indivíduos acamados/imobilizados e hospitalizados.

Como a classificação e o tratamento da úlcera de pressão requer conhecimentos específicos e indispensáveis ao enfermeiro, para que este possa garantir uma assistência de enfermagem de qualidade aos pacientes acamados/imobilizados e hospitalizados sobre seus cuidados. A realização do presente estudo permite a conclusão de que é indispensável ao enfermeiro conhecer os instrumentos de avaliação, o processo de cicatrização e as estratégias de prevenção das úlceras de pressão, e o reconhecimento dos seus fatores predisponentes e de risco, para que o mesmo possa selecionar as intervenções de enfermagem mais adequadas e individualizadas para cada caso, para que assim possa garantir uma assistência de enfermagem integrada e de qualidade.

BIBLIOGRAFIA

1. AVELLO, I. M. S.; GRAU, F. C. **Enfermagem fundamentos do processo de cuidar**. São Paulo: Difusão cultural do livro, 2003.
2. AZEVEDO, F. M. *et al.* **Feridas: série incrivelmente fácil**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
3. BEGSTROM, N. *et al.* The Braden Scale for predicting pressure sore risk. **Nursing Clinics of North America**, v. 22, n. 2, p. 417-427, 1999.
4. BLANES, L. **Perfil do portador de úlcera por pressão internado no Hospital São Paulo**. 2002. 23f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2002.
5. BORGES, E. L. **Tratamento tópico de ulcera venosa**: proposta de uma diretriz baseada em evidencias. Ribeirão Preto, 2005. 1202f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem/USP.
6. BOSQUEIRO, C. M. *et.al.* **Tratamento de feridas**. São Paulo: Unicamp, 1999.
7. CAMPEDELLI, M. C.; GAIDZINSKI, R. R. **Escara-problema na hospitalização**. São Paulo: Atica, 1987.
8. CESARETTI, I. U. R. Processo fisiológico de cicatrização da ferida. **Pelle Sana**, v. 2, n.1, p. 10-2, 1998.
9. COOPER, D. N. Úlcera de pressão: não publicados investigação 1976-1986. processo de resultado. **Nursing Clinical of North America**, v. 22, n. 2, p. 475-491, 1987.
10. COSTA, I. G. **Incidência de úlcera de pressão e fatores de risco relacionados em pacientes de um centro de terapia intensiva**. Ribeirão Preto. 2003. 150 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo.
11. COTRAN, R. S. M. D. *et al.* **Patologia estrutural e funcional**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.
12. DEALEY, C. **Cuidando de feridas**: um guia para as enfermeiras. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2001.
13. FALANGA, V.; EAGLSTEIN, W. H. **Úlceras dos membros inferiores-Diagnósticos e tratamento**. Rio de Janeiro: Revinter, 1995.
14. FERNANDES, L. M. **Úlcera de pressão em clientes críticos hospitalizados. Uma revisão integrada da literatura**. Ribeirão Preto. 2000. 168 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de enfermagem de Ribeirão Preto.
15. GOMES, F. V. L. *et al.* **Manual de Curativos**. 3. ed. Goiânia: Universidade Católica de Goiás, 2005.
16. GRAVE, R.; HIRNE, C. **Fundamento de Enfermagem Saúde e Funções Humana**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.
17. HESS, C. T. **Tratamento de Feridas e Úlceras**. 4. ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2002.
18. HUDAK, C.; GALLO, B. **Cuidados Intensivos de Enfermagem**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

19. IRION, G. L. **Feridas**: Novas abordagens, manejo clínico e atlas em cores. Coleção práxis enfermagem 3. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
20. JUNQUEIRA, L. C.; CARNEIRO, J. **Histologia Básica**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.
21. KRASNER, D.; CUZZEL, J. Curativos. In: GOGIA, P. **Feridas – Tratamento e cicatrização**. Rio de Janeiro: Revinter, 2003. p. 103-114.
22. LEITE, V. B. E.; FARO, A. C. M. Identificação de fatores associados às úlceras por pressão em indivíduos paraplégicos relacionados as atividades de lazer. **Acta Fisiatrica**, v. 1, n. 13, p. 21-25, 2006.
23. LOPEZ, A. R. *et al.* Úlcera venosa. **Acta Médica**, v. 26, p. 331-341, 2005.
24. MALAGUTTI, W.; KAKIHARA, C. T. **Curativos, Estomias e Dermatologia**: Uma abordagem multiprofissional. São Paulo: Martinari, 2010.
25. OHNISHI, M. *et al.* **Feridas**: cuidados e condutas. Londrina: Eduel, 2001.
26. PEREIRA, A. F. *et al.* **Protocolo de assistência aos portadores de feridas**. Belo Horizonte: 2006.
27. PEREIRA, B. N.; VARGENS, O. M. C. **Prevenção de úlcera de pressão: a realidade de um hospital universitário**. Disponível em <<http://200.222.60.171/PDF/prevencao%20de%20ulceras%20de%20pressao.pdf>>. Acesso em: 15 de setembro de 2010.
28. POLETTI, N. A. A. **O cuidado de enfermagem a pacientes com feridas crônicas**. A busca de evidências para a prática. Ribeirão Preto. 2000. 269 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Escola de Enfermagem.
29. PORTO, C. C. **Vademecum de clínica médica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.
30. POTTER, P.; PERRY, A. **Fundamentos de Enfermagem**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.
31. RIBEIRO, A. G. *et al.* **Tratamento de feridas**. Goiânia: AB, 2004.
32. ROCHA, J. A. *et al.* Abordagem terapêutica das úlceras de pressão- Intervenções baseadas nas evidências. **Acta Medica Portuguesa**, v. 19, p. 29-38, 2006.
33. SANTOS, L. O. **Úlcera por pressão assistência de enfermagem**. Disponível em: <http://www.emv.fmb.unesp.br/treinamento/educacao_permanente_enf/ulcera_pressao_assistencia_enfermagem.pdf>. Acesso em: 18 de novembro de 2010.
34. SANTOS, V. L. C. G. Avanços tecnológicos no tratamento de feridas e algumas aplicações em domicílio. In: DUARTE, Y. A. O.; DIOGO, M. J. D. **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Atheneu, 2000.
35. SILVA, M. S. L. M.; GARCIA, T. R. Fatores de risco para úlcera de pressão em pacientes acamados. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 51, n. 4, p. 615-628, 1998.
36. SILVA, R. C. L. *et al.* **Feridas fundamentos e atualizações em enfermagem**. 2. ed. São Caetano do Sul: YENDIS, 2007.
37. SMELTZER, S. C.; BARE, B. **Brunner e Suddarth**: Tratado de Enfermagem médico cirúrgico. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
38. SOUZA, T. S. M. D. *et al.* Prevalência de úlceras de pressão em pacientes hospitalizados. **Revista Enfermagem Atual**, ano 04, n. 22, p. 21-26, 2004.
39. TAZIMA, M. F. G. S. *et al.* Biologia da ferida e cicatrização. **Revista Medicina**, v. 41, n. 3, p. 259-264, 2008.
40. TIMBY, B. K.; SMITH, N. E. **Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 8. ed. São Paulo: Manole, 2005.
41. YAMADA, B. F. A. Terapia tópica de feridas: limpeza e desbridamento. **Revista de Escola de Enfermagem da USP**, v. 33, p. 133-40, 1999.

**ESTUDO SOBRE O PROJETO CARBONO NEUTRO A PARTIR DA
RESPONSABILIDADE SOCIAL: O CASO DA EMPRESA NATURA
COSMÉTICOS****STUDY OF THE BIOGENIC CARBON PROJECT FROM THE
CORPORATE SOCIAL RESPONSABILITY: CASE NATURA
COSMETICS**

RAFAEL FOGANHOLO. Graduado em Administração na Universidade Paranaense; Especialista em MBA Executivo em Estratégias Empresariais pela Faculdade de Ciências Sociais Aplicadas de Cascavel /União educacional de Cascavel – UNIVEL/Faculdade Alfa de Umuarama.

DIEGO TADEU PIZAIA COVINO. Graduado em Administração na Universidade Paranaense; Especialista em MBA Executivo em Estratégias Empresariais pela Faculdade de Ciências Sociais Aplicadas de Cascavel/União educacional de Cascavel – UNIVEL/ Faculdade Alfa de Umuarama

VALTER LAURINDO DA SILVA. Graduado em Ciências da Computação na Universidade Paranaense; Especialista em MBA Executivo em Estratégias Empresariais pela UNIVEL/ Faculdade Alfa de Umuarama

Endereço para Correspondência: Rafael Foganholo. Avenida Doutor Ângelo Moreira da Fonseca, nº. 4355, CEP: 87504-050, Centro, Umuarama, Paraná, Brasil.
rafa.foganholo.adm@hotmail.com

RESUMO

O presente estudo tem por objetivo realizar uma revisão de literatura acerca do Projeto Carbono Neutro da empresa Natura Cosméticos. A fim de demonstrar mediante a pesquisa bibliográfica a relação custo-benefício que este tipo de projeto trás a empresa que o utiliza em sua gestão, entre outros aspectos. Mediante a pesquisa concluiu-se que no Brasil a Natura Cosméticos é um exemplo de empresa a ser seguida no que diz respeito ao seu modelo de gestão ambiental, uma vez que, embora a implementação do projeto requiera investimentos cada vez maiores, chegando a dobrar os custos na empresa, esta continua utilizando-o e fazendo investimentos em pesquisas e na estrutura da empresa para atender as adequações que o projeto requerer. A empresa entende que a curto prazo tal projeto é oneroso, mas a longo prazo proporcionará uma redução de custos no que diz respeito a economia de água, energia e de subsídios, gerando assim uma maior sustentabilidade empresarial e uma redução nos impactos ambientais que a atividade empresarial causa. Por fim verificou-se que são escassas publicações referentes ao tema em questão e sobre à implementação de projetos similares em

outras empresas que demonstrem dados fidedignos sobre real relação custo-benefício que tais projetos.

PALAVRAS CHAVE: Carbono Neutro, Natura Cosméticos; Responsabilidade Social, Responsabilidade Ambiental, Gestão Ambiental.

ABSTRACT

This study aims to conduct a systematic review on the Biogenic Carbon Project's of the Natura Cosmetics company. In order to demonstrate through the literature the cost-benefit that this type of project that brings the company uses in its management, among others. Through search it was found that in Brazil, Natura Cosmetics is an example of a company to be followed in respect of its environmental management model, because while the project will require investments Biogenic Carbon increasing, reaching to fold the costs in the company, it continues using it and making investments in research and company structure to meet the adjustments that the project requires. Since the company believes that in such a short term project is costly, but provides a long-term cost savings with regard to saving water, energy and subsidies, thus generating a more sustainable business and a reduction in environmental impacts business activity that cause the environment. Finally it was found that few publications are on the subject in question and referring to the implementation of similar projects in other companies that show reliable data on actual cost-benefit projects that generate.

KEYWORDS: Biogenic Carbon, Natura Cosmetics, Corporate Social Responsibility, Ambient Responsibility, Environmental Management.

INTRODUÇÃO

As últimas décadas do século XX e o início do século XXI foram palco de grandes transformações sociais, econômicas, políticas, culturais e palco de crescentes preocupações em todo o mundo acerca dos efeitos indesejáveis do desenvolvimento econômico, especialmente sobre a qualidade do meio ambiente e sobrevida na terra (PFEIFER, 2006; MACHADO, 2006; FERRAZ, 2007).

Entre esses efeitos indesejáveis tem-se a deterioração da qualidade do ar, da água, o acúmulo de resíduos sólidos, os ruídos nas áreas urbanas, o mau uso da terra e o aquecimento global que por sua vez tem levado a frequentes crises socioeconômicas (REZENDE, 2008; JUSTI, s.d).

Tais crises socioeconômicas fizeram com que nos últimos anos, empresas e indústrias passassem a introduzir em seus ambientes organizacionais, mecanismos capazes de encontrar soluções harmônicas para tratar o meio ambiente, utilizar racionalmente os recursos energéticos e aumentar a sua competitividade no mercado. Bem como para garantir a sua sustentabilidade e desenvolvimento econômico com compromisso com a preservação do meio ambiente (DIONYSIO & SANTOS, 2007; REZENDE, 2008).

Neste contexto no Brasil dentre as empresas em destaque não só pela sua liderança em vendas, mas pela sua responsabilidade social, ambiental e capacidade de sustentabilidade, tem-se a empresa Natura Cosméticos, fundada em 1969, na cidade de São Paulo e que atualmente atende tanto ao mercado interno brasileiro como ao mercado externo mediante venda direta de seus produtos através de consultoras autônomas (GOMES, 2006; VIEIRA & OLIVEIRA, 2007).

No Brasil esta empresa foi a primeira a utilizar refil em seus produtos bem como aos vender na década de 90, sendo ainda uma das primeiras empresas no país a incorporam ativos

da biodiversidade brasileira obtidos de forma sustentável no ano de 2001 e a implementar em suas indústrias de cosméticos um projeto que visa a neutralização do carbono (CO₂) com a finalidade de auxiliar na promoção da redução do efeito estufa. Este projeto intitulado Carbono Neutro, criado, desenvolvido pela própria Natura Cosméticos no ano de 2004, não trás consigo somente a finalidade de auxiliar na promoção da redução do efeito estufa, mas trás também uma série de outros benefícios para a empresa, para a sociedade e para o meio ambiente como um todo. Dentre tais benefícios temos a redução da emissão de gases de efeito estufa (GEEs), a promoção de mecanismos de desenvolvimento limpo e sustentável (reciclagem, reaproveitamento das águas da chuva, uso de energia solar) dentro da própria empresa, que firmar o caráter empresarial e a responsabilidade social (geração de renda em comunidades etc.) e a responsabilidade ambiental (preservação do meio ambiente como um todo) (THEMÉ, 2006; GOMES, 2006; VIEIRA & OLIVEIRA, 2007).

Estes benefícios na verdade são objetivos que nos dias de hoje passaram a ter importância relevada dentro do ambiente empresarial. Onde cada vez mais, pequenas, médias e grandes empresas dos mais variados setores da economia vem almejando alcançá-los, não só por uma questão de conservação do ambiente, mas também sobre uma questão de sustentabilidade empresarial. Uma vez que a cada dia que se passa as empresas de qualquer tamanho e setor tem dito que se adequar a normas de preservação ambiental, do tipo controle e redução de poluentes (Gases) com o intuito de promover a diminuição do efeito social de tais agentes poluidores para com a saúde da população em geral, bem como para com a preservação do meio ambiente como um todo.

Neste sentido o presente estudo foi desenvolvido com o objetivo de analisar de forma sistematizada o projeto carbono Neutro da Natura Cosméticos, a partir da gestão ambiental da empresa, da sua responsabilidade social e sustentabilidade empresarial, bem como demonstrar a relação custo-benefício deste tipo de projeto e como implementação de projetos como este por outras empresas e indústrias pode vir a contribuir para um cenário climático mais sustentável no mundo e no Brasil.

Para atingir os objetivos elucidados, realizou-se uma pesquisa bibliográfica em periódicos científicos, teses e em sítios eletrônicos de instituições renomadas do país nas áreas de administração e ciências empresariais, que apresentavam publicações com os seguintes termos/descriptores cruzados ou não: Natura, Natura cosméticos, Case Natura, Projeto Carbono Neutro, Carbono Neutro, meio ambiente e empresas, efeito estufa, mecanismos de desenvolvimento limpo (MDLs) e responsabilidade social, Protocolo de Quioto, Acordo de Marrakesh, Acordo de Bronn, Rio-92, Rio+10. Publicações realizadas entre os anos de 1998 à 2009, e que podem ser localizadas no site www.google.com.br. Sendo excluído do estudo todas as publicações feitas antes de 1998 e que não apresentavam informações relevantes sobre o tema abordado no presente estudo. A análise do material obtido e a sua discussão e apresenta a seguir.

REFLEXÕES

Embora no contexto atual o comportamento dos indivíduos e das organizações empresariais seja caracterizado pela busca da maximização de riqueza (GIBBERT & BEZERRA, 2006).

A partir da bibliografia pesquisada pode-se observar que há cerca de quatro décadas, as organizações empresariais têm modificado o seu comportamento e a sua forma de gestão em virtude de diversas discussões e acordos internacionais (Rio-92, Protocolo de Quioto, Acordo de Marrakesh, Acordo de Bonn, entre outros) a respeito das suas relações com as mudanças climáticas e com a preservação do meio ambiente (CAMPOS & SELIG, 2005; GIBBERT & BEZERRA, 2006).

Tais acordos internacionais ao longo dos anos vêm evidenciando cada vez mais a necessidade das organizações empresariais adquirirem uma maior responsabilidade ambiental

e social. Além é claro de evidenciarem a necessidade de que tais organizações passem a apresentar um desenvolvimento sustentável. O qual, por sua vez, conforme Campos & Selig (2005) “envolve um processo de melhoria contínua, visando o uso mais racional de recursos para satisfazer às necessidades do consumidor e diminuir os impactos ambientais”. Possibilitando assim o atendimento as necessidades presentes sem comprometer a possibilidade das gerações futuras atenderem suas próprias necessidades conforme preconizado em 1987, durante a Comissão Mundial sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento (CAMPOS & SELIG, 2005).

Seguindo esta linha de pensamento, que envolvem a responsabilidade ambiental, social e o desenvolvimento sustentável, a empresa brasileira em questão no estudo “Natura Cosméticos”. Empresa esta, que em 2007 lançou oficialmente o Projeto Carbono Neutro em sua cadeia logística.

Especificamente sobre o Projeto Carbono Neutro, a Natura Cosméticos coloca em seu relatório anual que este é na verdade um compromisso da empresa é o coroamento de um processo que teve início em 2006 com a criação do Sistema Natura de Gases do Efeito Estufa. Que por sua vez deu origem a um modelo robusto, capaz de enfrentar o problema das emissões de GEEs com a profundidade e transparência. E que resultou em um modelo amplo e complexo que abrange atualmente todos os setores da empresa com finalidade de reduzir as emissões de GEEs em toda a sua cadeia de logística (NATURA.NET, 2008)

Consta nos objetivos específicos do Projeto Carbono Neutro da Natura Cosméticos, além da meta de reduzir as emissões de GEEs em toda a sua cadeia logística em 33% até 2011, a meta de tornar a empresa Carbono Zero mediante a neutralização de todo o CO₂ que a empresa lança na atmosfera, através de parcerias com projetos de reflorestamento e de geração de energia limpa e renovável entre outros MDLs (PACCE, 2008).

Para conseguir atingir os propósitos no projeto foram definidos como elementos norteadores três passos. O primeiro passo em si envolveu a elaboração de um inventário, na forma de mapeamento a respeito das emissões de GEEs pela empresa entre 2005-2007 que serviu de parâmetro indicativo a respeito do valor total da emissão de GEEs pela empresa. Após a sua análise ficou evidenciado que entre 2005 e 2007 a Natura Cosméticos emitiu cerca de 179,6 mil toneladas de CO₂ (gás carbônico equivalente) para a atmosfera. O segundo passo chamado de Redução envolveu o cálculo da redução de emissão de GEEs que a empresa poderia alcançar até o ano de 2011. O terceiro passo, por fim chamado de Compensação, refere – se à análise das emissões de GEEs que não podem ser reduzidas no processo logístico da empresa, mas que podem sim ser compensadas mediante a implementação de projetos de MDL capazes de reduzir ou seqüestrar o equivalente de CO₂ emitido pela empresa Natura Cosméticos (BELFORT, 2007; NATURA, 2007; NATURA, 2008).

Através da análise dessa trilogia a empresa verificou a possibilidade de reduzir em 33% as emissões relativas de GEEs, até o ano de 2011 conforme já citado, em relação ao valor total de emissão da empresa que é era de cerca de 179,6 mil toneladas de CO₂ entre 2005 e 2007 (BELFORT, 2007; NATURA, 2007, NATURA, 2008).

Conforme Belfort (2007), a Natura conseguiu uma redução de 7% nas suas emissões de GEEs e uma queda de 4,40 para 4,09 kg de CO₂/kg, por quilo de produto emitido pela empresa na atmosfera, além de ter estipulado que projetos de sistemas agroflorestais e de reflorestamento são e serão os responsáveis pela compensação de 54% das emissões CO₂ que não puderem ser reduzidas pela empresa e que também a utilização de fontes de energia renovável compensarão os outros 46% das emissões CO₂ que não puderem ser reduzidas pela empresa

Porém pra se chegar a tais valores bem como para que se alcancem os objetivos propostos pelo Projeto Carbono Neutro a Natura cosméticos tem mapeado todas as suas emissões de GEEs diretas e indiretas de toda a sua cadeia de negócios. A qual inclui fornecedores, processos internos, transportes de insumos e produtos, viagens de negócios,

exportação, uso e descarte de embalagens pós-consumo desde o ano de 2005. Tal mapeamento ao longo dos anos vem gerando inventários anuais sobre as emissões de GEEs da empresa o que possibilitou a construção de varias alternativas para redução e/ou neutralização dos GEEs a partir de 2007 na empresa. Tais alternativas criadas mediante o norteamto pelo mapeamento das emissões diretas e indiretas de GEEs pela empresa geraram a criação de um corredor ecológico na região do Pontal do Paranapanema, uso de sementes de açaí como combustível de forno; a troca de gordura animal por gordura vegetal na fabricação de produtos como o sabonete, bem como a substituição de álcool comum pelo álcool orgânico na fabricação de 70% dos perfumes, colônias e desodorantes fabricados, já que a produção do álcool orgânico joga na atmosfera 54% menos CO₂ do que a produção do etanol tradicional; geração de programas de florestamento e reflorestamento, redução de materiais de embalagem nos produtos; uso de materiais reciclados em nossas embalagens; melhoria de matriz energética da produção, incluindo a cadeia de fornecedores; incentivo ao uso de biocombustíveis; ampliação de cadeias de reciclagem das embalagens pós-consumo entre outros mecanismos de MDLs (ALFAPRESS, 2007; PACCE, 2008; BRUNO, 2008; BRONES & BARATELLA, s.d).

Tais medidas utilizadas pela empresa em toda a sua cadeia de negócios têm proporcionado uma diminuição das emissões de GEEs pela empresa ao longo dos anos. E Hoje a área de ação do projeto envolve como já foi dito toda a cadeia de negócios da empresa. E em seus dois anos da implementação a empresa já conseguiu atingir a meta planejada de redução de GEEs de 3% para o ano de 2008, alcançando em 2009 uma redução total da emissão de GEEs desde a sua implementação em 2007 de 9% (GASPARIN, 2009)

Além de ter alcançado essa redução da emissão de GEEs, nos dois anos em que a empresa Natura Cosméticos tem utilizado e desenvolvido o projeto carbono neutro, a empresa obteve uma economia significativa no que diz respeito ao consumo de água por unidade faturada (8,9%), ao consumo de eletricidade (16,88%) e no volume total de resíduos produzidos pela empresa conforme os seus indicadores de sustentabilidade de acordo com a Revista Fator (2009).

Embora saiba-se que desde a implantação do Projeto Carbono Neutro em 2007 os relatórios anuais da Natura Cosméticos evidenciem que os custos de produção de seus produtos dobraram. E de acordo com Orłowski (2007) para que a Natura Cosméticos consiga atingir os propósitos no projeto a empresa prevê um investimento de R\$ 7 bilhões no projeto para tornar a Natura Cosméticos carbono neutro até o ano de 2011. Mesmo que os custos com a implementação de tal projeto sejam elevados em um primeiro momento após a implantação do Projeto Carbono Neutro, a empresa cresceu 17,7% em 2008, sua receita líquida consolidada atingiu R\$ 3,6 bilhões, 17,7% superior à de 2007. O lucro líquido de R\$ 542,2 milhões foi 17,3% maior, enquanto o EBITDA de R\$ 859,9 milhões cresceu 22,5% (REVISTA FATOR, 2009). O numero de pessoas interessadas nos produtos da empresa (consultora/clientes) aumentou, a empresa abriu filiais no exterior (Europa, México etc.) e teve o seu capital de investimento estrangeiro aberto. E como já citado a empresa passou a ter maior sustentabilidade e uma maior economia no que se refere ao consumo de água, energia não renováveis etc. (ORŁOWSKI, 2007).

E assim como coloca Alessandro Carlucci diretor e presidente da Natura Cosméticos sobre a implementação do projeto Carbono Neutro em entrevista a Orłowski (2007, p.1): "Se pensarmos a curto prazo, o impacto econômico será negativo. Mas a longo prazo será altamente positivo, já que trará benefícios não só ambientais, mas também econômicos e sociais". Uma vez que: "Muitos consumidores compartilham a proposta ambientalmente correta da empresa e por isso compram os produtos Natura".

Além disso, o projeto Carbono Neutro consta ainda com atividades educativas e de fornecimento de subsídios para que todas as partes envolvidas na cadeia de negócios da empresa tenham condições de aumentar a sua consciência sobre as questões ambientais bem

como para que possam acompanhar as propostas da empresa em tais práticas ambientalistas (MANCINI & KRUGLIANSKAS, 2007).

Assim conforme pode-se verificar ao longo do texto e de acordo com os relatos de Orłowski (2007), a Natura Cosméticos defende a idéia de reduzir as emissões de GESs, e não defende apenas a idéia de compensar a redução de tais emissão mediante a compra de créditos de CO₂, bem como defende a implementação de uma estratégia que faça a diferença na hora de contabilizar os benefícios à natureza, ao homem e até mesmo à própria perpetuação empresarial.

Tendo-se em vista que as empresas, principalmente as grandes líderes setoriais e verdadeiras âncoras das várias cadeias produtivas como é o caso da Natura Cosméticos que no Brasil e a líder em vendas de cosméticos e produtos de higiene pessoal, podem ter um papel muito importante na condução do processo, na tomada de iniciativa dessas ações e na indução de práticas de mitigação e de ações de adaptação aos impactos gerados pelas mudanças climáticas, uma vez que são as grandes responsáveis pelas emissões de GEEs e por 51% da economia global (CAMBRIDGE UNIVERSITY, 1998; MANCINI & KRUGLIANSKAS, 2007; VIEIRA & OLIVEIRA, 2007).

Iniciativas como a da Natura Cosméticos de implementar em suas indústrias o Projeto Carbono Neutro tem atraído adeptos nos mais variados setores da economia, dos grandes aos pequenos empresários, devido à praticidade do negócio em zerar a conta de emissões de CO₂ na atmosfera, a qual dispensa mudanças drásticas na cultura organizacional ou na infraestrutura das organizações. Além do fato que a implementação de tais projetos de MDLs e de neutralização de CO₂ pode ser uma importante ferramenta de marketing empresarial, o que, por sua vez, agrega valor à marca e ao produto conforme Carbogim (2006) e Santos-Souza (s.d). Além de ser uma forma de agregar pontos adicionais a empresa no caso de disputas de licitação pública (CARBOGIM, 2006).

Conforme salienta Carbogim (2006) o tempo de elaboração e os custos com a implementação de projetos como o Carbono Neutro da Natura Cosméticos, variam de projeto para projeto, dependendo de quanto se quer neutralizar e por quanto tempo, do tamanho da empresa e do tipo de emissão que se quer neutralizar, ou seja, se quer neutralizar apenas as emissões diretas (feitas pela empresa) ou quer também neutralizar as emissões indiretas (terceirizadas). Mas uma coisa é certa a implementação de MDLs de acordo com diversos autores como Santos-Souza (s.d) e elevam a reputação da organização empresarial que aderiu a implementação de tais projetos e/ou mecanismo em sua rede de negócios, o que de certa forma proporciona certa vantagem competitiva seja pela melhoria de custos através do contínuo melhoramento de processos e de redução de resíduos, seja por alcançar vários segmentos de mercado que são ambientalmente mais sensíveis. Já que a diferenciação de produtos e melhoria na imagem da empresa levam a ganhos de mercado, enquanto que melhoria na eficiência de recursos e redução de risco conduzem a reduções de custo, o que podem ou não levar a ganhos de mercado (MILES & COVIN, 2000; SANTOS-SOUZA, s.d).

Assim, a melhoria na reputação da empresa obtida com uma estratégia ambiental adequada conforme cita Santos-Souza (s.d) pode contribuir, juntamente com a diferenciação de produtos e a redução de custos, para a ocupação, manutenção e/ou melhoria de uma posição de mercado.

Diante do presente estudo, do que foi relatado e discutido pode-se concluir que os objetivos principais do presente estudo foram alcançados. Uma vez que foi possível analisar e discutir de forma sistematizada o projeto Carbono Neutro da Empresa Natura Cosméticos bem como outros temas correlacionados a gestão ambiental nos últimos anos tais como: A gestão ambiental, MDL, principais acordos internacionais a respeito das mudanças climáticas e a sustentabilidade das organizações empresariais.

Concluiu-se com o presente estudo que apesar de em um primeiro momento, da fase inicial de implementação de MDL como é o caso do Projeto Carbono Neutro da Natura Cosméticos exigem gastos adicionais as empresas que implementam estes tipos de

mecanismo. Uma vez que, passa a ser requerido um maior investimento financeiro para que pesquisas e para a realização de adequações nas empresas que os implementam a fim de que se atinjam os objetivos propostos por tais projetos que vão desde a redução da emissão de GEEs, a redução da utilização de fontes de energias não sustentáveis e o desenvolvimento socioeconômico de toda a cadeia de negócios da empresa. Mas em longo prazo a implementação de tais projetos de MDL trás consigo uma série de benefícios não só a empresa, mas também ao meio ambiente como um todo e a sociedade em geral. Pois, geram um menor consumo das fontes de energia não renováveis, menor consumo de água potável, bem como proporcionam uma preservação do meio ambiente para as gerações futuras, além de auxiliarem na redução das alterações climáticas.

Por fim, em virtude da falta de material publicado referente ao tema estudado no presente estudo no que diz respeito à análise real e a exposição de dados sobre o tema abordado no presente estudo. Espera-se que este estudo incentive novas pesquisas sobre o tema em questão, principalmente pesquisas práticas, ou seja, entrevistas com empresários, análise e coleta de dados obtidos por empresas que implementaram em suas cadeias logísticas MDL, estudos que elaboram MDL façam a aplicação dos medos em empresas e avaliam a relação-custo benefícios de tais projetos especificamente para a empresa na qual for implementado e para a sociedade como um todo e que tais dados sejam publicados a fim de divulgar cada vez mais os benefícios de tais MDL e conseqüentemente incentivar a sua implementação nos mais variados setores da economia.

BIBLIOGRAFIA

1. ALFAPRESS. **Natura adota álcool orgânico na perfumaria**. Disponível em: <http://www.ecoproducers.com/magazine/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=196>. Acesso em: 21 de março de 2009.
2. BRONES, F. A.; BARATELLA, K. A. **Projeto Carbono Neutro**. Disponível em: <http://www.globalforum.com.br/uploadAddress/E2008_T00076_PCN41938%5B57018%5D.pdf>. Acesso em: 20 de março de 2009.
3. BRUNO, M. **Diminuição de 33% até 2011**. Disponível em: <http://www.yousol.com/j/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=4155>. Acesso em: 20 de março de 2009.
4. CAMBRIDGE UNIVERSITY. **The State of the planet and its People**. Disponível em: <www.cpi.cam.ac.uk/programmes/sustainable_development/business__the_environment_pro/bep_network/reports_and_newsletters.aspx>. Acesso em: 21 de março de 2009.
5. CAMPOS, L. M.S.; SELIG, P. M. Custos da qualidade ambiental: Uma visão dos custos ambientais sob a ótica das organizações produtivas. **Revista de Ciências Empresariais da UNIPAR**, v.6, n.2, p.135-151, 2005.
6. CARBOGIM, L. **Empresas brasileiras aderem ao conceito de "carbono neutro"**. Disponível em: <http://www.remaatlantico.org/Members/leinad/noticias/empresas-brasileiras-aderemao-conceito-de-carbono-neutro>>. Acesso em: 21 de março de 2009.
7. DIONYSIO, R. C. C.; SANTOS, F. C. A. Evolução da informação apoiadora da gestão ambiental: Uma análise centrada em seus estágios evolutivos e nos agentes decisórios. **Revista Informação & Informação**, v.12, n.2, p.1-20, 2007.
8. FERRAZ, A.C. S. L. **A responsabilidade social como estratégia empresarial de desenvolvimento**. Rio de Janeiro. 2006. 230f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Rio de Janeiro.
9. GASPARIN, M. **Natura fatura R\$3,6 bi e lucro passa de R\$542 milhões**. Dados. Disponível em: <http://jornale.com.br/mirian/?p=3595>>. Acesso em: 21 de março de 2009.
10. GIBBERT, G.M.; BEZERRA, S. A. Responsabilidade social empresarial como fator de competitividade nas cooperativas paranenses. **Revista de Ciências Empresariais da UNIPAR**, v.7, n.2, p.139-153, 2006.
11. GOMES, P. H. **O uso sustentável da biodiversidade como um diferencial na estratégia de internacionalização de uma empresa brasileira. Estudo de caso no setor de cosméticos – Natura**. Rio de Janeiro. 2006. 207f. Dissertação (Mestrado) - Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.
12. JUSTI, E. B. L. **Mecanismos de desenvolvimento limpo**. Disponível em: <<http://www.fes.br/revistas/agora/ojs/include/getdoc.php?id=113&article=40&mode=pdf>>. Acesso em: 21 de março de 2009.

16. MANCINI, S.; KRUGLIANSKAS, I. **O papel das empresas brasileiras na questão das mudanças climáticas.** In: Anais do IX Encontro nacional sobre gestão empresarial e meio ambiente. Curitiba: ENGEMA, 2007. 1-16p.
17. NATURA. **Relatório anual Natura 2007.** Disponível em: <http://natura.infoinvest.com.br/ptb/783/relatorio%20anual%20impresso_port_0804.pdf>. Acesso em: 21 de março de 2009.
18. NATURA. **Carbono Neutro 2008.** Disponível em: <http://www2.natura.net/Web/Br/Inst/CabonoNeutro/DOC/carbono_por.pdf>. Acesso em: 21 de março de 2009.
19. NATURA.NET. **Natura.** Disponível em: <www.natura.net,PortalNatura><http://www2.natura.net/Web/Br/Inst/About/src/index.asp?about=empresa>>. Acesso em: 21 de março de 2009.
20. ORLOWSKI, M. **Natura investe R\$ 7 bi.** Disponível em: <<http://www.meujornal.com.br/para/jornal/Materias/integra.aspx?id=19601>>. Acesso em: 21 de março de 2009.
21. PACCE, L. **Beleza que faz bem ao planeta.** Disponível em: <<http://www.lilianpacce.com.br/?tag=carbono-neutro>>. Acesso em: 21 de março de 2009.
22. PFEIFER, M. **Responsabilidade Social das empresas: instrumento de consolidação hegemônica do projeto neoliberal?.** Florianópolis. 2006. 177f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina.
23. REVISTA FATOR. **Natura cresce 17,7% em 2008 e já reúne 850 mil consultoras.** Disponível em: <http://www.revistafator.com.br/ver_noticia.php?not=68927>. Acesso em: 21 de março de 2009.
24. REZENDE, B. B. **O mercado de créditos de carbono como incentivo a um modelo energético e climático sustentável.** Florianópolis. 2008. 100f. Monografia (Graduação) - Universidade Federal de Santa Catarina.
25. SANTOS-SOUZA, R. **Evolução e condicionantes da gestão ambiental nas empresas.** Disponível em: <http://professores.faccat.br/mmduarte/GestaoAmbienta/Gestao_Ambiental_evolucao_e_condicionantes.pdf>. Acesso em: 21 de março de 2009.
26. THEMÉ, A.W. **A Relação entre Identidade Organizacional e Responsabilidade Social e Ambiental Corporativa: O Caso da Centrais Elétricas Brasileiras S.A. – Eletrobrás.** Rio de Janeiro. 2006. 62f. Dissertação (Mestrado) - Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.
27. VIEIRA, A. C. M.; OLIVEIRA, E. F. Abertura de capital das empresas no Brasil: o estudo de caso da Natura Cosméticos S.A. **Revista da Pós-Graduação**, v.1, n.1, p.1-16, 2007.