
SUMÁRIO/CONTENTS

127 LEISHMANIOSE, CONTROLE E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

ARTIGOS ORIGINAIS / ORIGINAL ARTICLES

133 ATIVIDADE FÍSICA COM CRIANÇAS E ADOLESCENTES: PERCEPÇÃO DE PROFESSORES DE EDUCAÇÃO FÍSICA EM PROJETOS ESPORTIVOS SOCIAIS
Physical activity in children and adolescents: Perception of physical education teachers in social sports projects

Bianca Gama Pena, Talita Sabrina Muller, Luisa Parente Ribeiro Rodrigues, Carlos Henrique de Vasconcelos Ribeiro

149 A OPINIÃO DE UM GRUPO DE ADULTOS SOBRE AS QUALIDADES ESSENCIAIS A UM CIRURGIÃO DENTISTA

The opinion of adults about de essential qualities to a dentist

Emanuelle Louise Collet, Maria Laura Said Brenner, Luciane Campos, Raphael Nunes Bueno, Elisabete Rabaldo Bottan

159 PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA SOB A VISÃO DO USUÁRIO
Family helath program under the user's prespective

Sara Nader Marta, Márcia Aparecida Nuevo Gatti, Alberto De Vitta, Sandra Fiorelli de Almeida Penteado Simeão, Marta Helena Souza De Conti, Sandra de Oliveira Saes, Roger Palma, Ricardo Sandri Carvalho

179 DIAGNÓSTICO E INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM EM FASCEÍTE NECROTIZANTE SECUNDÁRIA A CISTO PILONIDAL

Nursing diagnosis and interventions in necrotizing faciitis to secondary to pilonidal cysts

Carlos Alberto Rucco Giúdice, Selma Regina Axcar Salotti

- 203 **ACOLHIMENTO, ALTERIDADE E ESTRATÉGIA DA FAMÍLIA**
*Users embracement, alterity and the family health
strategy*
Sandra de Oliveira Saes, José Rays, Márcia Ap. Nuevo Gatti

RELATO DE CASO/ CASE REPORT

- 215 **MIELOPATIA CERVICAL POR INSTABILIDADE ATLANTO-AXIAL EM
PACIENTE PORTADORA DE TRISSOMIA DO 21**
*Cervical myelopathy by atlantoaxial instability in a patient
with trisomy*
Marco Antonio Minchola Robles, José Antonio Garbino

LEISHMANIOSE, CONTROLE E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A leishmaniose visceral é um protozoose com variada manifestação clínica, podendo levar ao óbito em casos mais severos na denominada fase final. Doença típica de regiões pouco assistidas, a leishmaniose visceral tem visto sua epidemiologia mudar substancialmente com as alterações sociais das populações. Se era um doença característica das regiões rurais, hoje ela se apresenta importante na zona urbana, principalmente em seus rebordos periféricos. Principais causas destas modificações residem em fatores ambientais, como o desflorestamento não controlado, as migrações e a urbanização acelerada e pouco planejada. Neste contexto, o vetor permitiu-se uma boa adaptação na zona urbana, principalmente nesses locais com pouco aporte de saneamento básico, o que permite criação de bom ambiente à sua adaptação e proliferação. Vem, portanto, a leishmaniose a se constituir em um importante problema de saúde pública. Esta mobilidade epidemiológica está muito bem descrita em trabalho de Drumond e Costa (2011) no que se refere ao problema da leishmaniose para a cidade de Terezina. Já a leishmaniose tegumentar americana é uma infecção zoonótica que acomete pele e mucosas. Algumas espécies acometem o homem e outras os animais, principalmente o cão. As espécies mais comuns são a *Leishmania braziliensis*, *Leishmania amazonensis* e *Leishmania guyanensis*. Tanto na leishmaniose visceral como a tegumentar, ditas – as leishmanioses, o modo de transmissão envolve um reservatório, geralmente o cão, e um vetor – mosquito do gênero *Lutzomia*, conhecido como mosquito palha. De acordo com o Ministério da Saúde, o tratamento de escolha é o antimoniato pentavalente, seguido pela anfotericina B e a pentaminida (BRASIL, 2010).

Como em outras doenças dependentes do sistema vetor – reservatório, a leishmaniose apresenta dificuldades de controle. Sendo o vetor um mosquito, esta dificuldade apresenta-se complexa pela ampla distribuição espacial desses dípteros. Entretanto, esse controle torna-se um desafio ainda maior com a modificação territorial antes referida. De fato, se o controle do mosquito na zona rural era mais efetivo, pela melhor aceitação por parte da população e cobertura mais ampla, nas cidades essas ações de controle se tornam menos aceitas

e com resultados pobres (GOMES, 1998; TAUIL, 2006). Quanto ao reservatório, e o cão é o mais relevante nesse caso, o controle de populações caninas parece ainda duvidoso e estudos com desenhos mais complexos, e de difícil execução é que poderiam trazer uma palavra final sobre este assunto. Ainda que controversa (DIETZE *et al.*, 1997; CAMARGO-NEVES *et al.* 2004; NOGUEIRA *et al.*, 2009), no momento, aparentemente não é efetivo o tratamento ou eliminação desses animais para o controle da leishmaniose (SESSA *et al.*, 1994; COSTA, 2012). Desta forma, a leishmaniose caracteriza-se como problema de saúde pública de complexo manejo e representa um desafio a gestores e pesquisadores.

Nessa relação reservatório - vetor, cabe um olhar diferenciado à terceira parte – o homem como sede, também, da doença. Afora os aspectos clínicos e suas importantes repercussões à integridade do indivíduo, resta oportuno verificar as percepções dessas pessoas em relação à leishmaniose – uma entre muitas das doenças afligem esses contingentes menos favorecidos dos agrupamentos sociais. Considerando que a informação das populações é essencial para a efetividade das ações de controle, o entendimento das representações populares sobre essas doenças podem auxiliar na elaboração de conteúdos para ações de Informação, Educação e Comunicação. Henrique *et al.* (2011) relatam resultados para um importante contingente de entrevistados em municípios de área endêmica no Estado de São Paulo. Ainda que afirme que a população dos três municípios apresenta conhecimentos sobre a doença, sabe como cuidar de sua família, porém não pratica ações dirigidas para LVA, verifica-se alguns resultados conflitantes, pois, apesar de referirem conhecer as características da LVA, uma parcela muito reduzida (11,2%) refere quanto aos riscos da LVA. Em outro estudo, em um grupo de 176 casos sob tratamento, 60% dos entrevistados tinham informações sobre os sinais característicos e o modo de transmissão da LVA. Dados mais detalhados de informação sobre a leishmaniose, entretanto, revelam que, mesmo tendo um conhecimento razoável sobre a doença, uma proporção muito reduzida dessas comunidades fazem uso efetivo das medidas preventivas (GAMA, *et al.*, 1998; MOREIRA, *et al.*, 2002). Da mesma forma, em Belo Horizonte o conhecimento da população sobre a leishmaniose visceral é superficial e as atitudes preventivas inespecíficas (BORGES *et al.*, 2008). Assim, temos uma forte contribuição para a continuidade da transmissão e ocorrência de casos. Novamente, um dos pilares das ações de controle não está merecendo a devida atenção dos gestores – a educação em saúde. A informação correta e bem absorvida permite um aumento na proteção contra a leishmaniose, como bem atesta o estudo de Borges *et*

al. (2008). Nesse sentido, as ações de educação em saúde necessitam ser revigoradas particularmente nos estados endêmicos e em áreas endêmicas, como é o caso da alta paulista no Estado de São Paulo. Certamente, há movimentos mais amplos com vistas ao controle das leishmanioses que dependeriam dos governantes, tais como a melhora das condições gerais de vida das populações, aí incluídos o saneamento básico em todos os territórios urbanos e a elevação do ganho per capita. Entretanto, outras ações mais diretas e imediatas podem ser tomadas tais como a orientação dos agentes de saúde, o controle do vetor e da população canina, a coleta de lixo orgânico e a limpeza de áreas próxima às habitações. Entretanto, essas medidas podem e devem ser feitas com a participação ativa da comunidade. Assim, a própria atividade de educação necessita contemplar este aspecto de responsabilidade individual para com o bem coletivo por partes dos integrantes dessas comunidades. Desta forma, poderá se obter uma redução de casos e, em algum momento no tempo, o efetivo controle das leishmanioses.

Marcos da Cunha Lopes Virmond

REFERÊNCIAS

BORGES, B.K.A. SILVA, J.A.S. HADDAD, J.P.A. MOREIRA, E.C. MAGALHÃES, D.F. RIBEIRO, L.M.L. FIÚZA, V.O.P. Avaliação do nível de conhecimento e de atitudes preventivas da população sobre a leishmaniose visceral em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4:777-784, abr, 2008

BRASIL. SVS. Doenças infecciosas e parasitárias – guia de bolso. 8ª Ed. Brasília, 2010:

CAMARGO-NEVES, V.L.F. RODAS, L.A.C. PAULIQUEVIS Jr, C. Avaliação da Efetividade da Utilização de Coleiras Impregnadas com Deltametrina a 4% para o Controle da Leishmaniose Visceral Americana no Estado de São Paulo: Resultados Preliminares. **BEPA**. São Paulo, ano 1, n. 12, 2004. Disponível em: http://www.cve.saude.sp.gov.br/agencia/bepa12_lva.htm

COSTA, D.N.C.C. Avaliação da eliminação canina como estratégia de controle de Leishmaniose Visceral Canina a partir de modelos teóricos de dinâmica de transmissão. Dissertação (Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública. Fiocruz. Rio de Janeiro: 2012. Disponível em : bvssp.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=2756

DIETZE, R.; BARROS, G. B.; TEIXEIRA, L. Effect of eliminating seropositive canines on the transmission of visceral leishmaniosis in Brazil. **Clinical Infectious Diseases**. Oxford, v. 25, p. 1240-2, 1997

DRUMOND, K.O. COSTA, F.A.L. Forty years of visceral leishmaniasis in the State of Piauí: a review. **Rev. Inst. Med. trop. S. Paulo**. São Paulo, v. 53, n. 1, Feb. 2011

GAMA, M.E.A. BARBOSA, J.S. PIRES, B. CUNHA, A.K.B. FRETIAS, A.R. RIBEIRO, I.R. COSTA, J.M.L. Avaliação do nível de conhecimento que populações residentes em áreas endêmicas têm sobre leishmaniose visceral, Estado do Maranhão, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2:381-390, abr-jun, 1998

GOMES, A.C. NEVES, V.L.F.C.. Estratégia e perspectivas de controle da leishmaniose tegumentar no Estado de São Paulo. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, Uberaba, v. 31, n. 6, Dec, 1998

HENRIQUE, L.F. CIARAVOLO, R.M. VIARO, O.R. MARTINOSSO, S. Representações sociais da População de região endêmica de leishmaniose visceral americana (LVA) do Estado de São Paulo. **Livro de Resumos e Premiações**. Uberaba, 27ª Reunião de Pesquisa Aplicada em Doença de Chagas. 15ª Reunião de Pesquisa Aplicada em Leishmanioses, 26 a 28 de outubro de 2011. Disponível em: http://www.chagasleish2011.com.br/trabalhos_cientificos.html

LOPES, S.N., RIBAS, R.C., RIBAS, A.D. TEIXEIRA, J.J.V. SILVEIRA, T.G.V. LONARDONI, M.V.C. Características epidemiológicas, nível de conhecimento e o tratamento em pacientes com leishmaniose tegumentar americana, estado do Paraná, sul do Brasil. **Livro de Resumos e Premiações**. Uberaba, 27ª Reunião de Pesquisa Aplicada em Doença de Chagas. 15ª Reunião de Pesquisa Aplicada em Leishmanioses, 26 a 28 de outubro de 2011. Disponível em: http://www.chagasleish2011.com.br/trabalhos_cientificos.html

MOREIRA, R.C.R. REBÊLO, J.M.M. GAMA, M.E.A. COSTA, J.M.L. Nível de conhecimentos sobre Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA) e uso de terapias alternativas por populações de uma área endêmica da Amazônia do Maranhão, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 1:187-195, jan-fev, 2002

NOGUEIRA, J.L. SILVA, M.V.M. PASSOS, C.C. AMBRÓSIO, C.E. A importância da leishmaniose visceral canina para a saúde pública: uma zoonose reemergente. **Revista Científica Eletrônica de Medicina Veterinária**. Garça, Ano VII, n 13: – Julho de 2009. Disponível em: <http://www.revista.inf.br/veterinaria13/artigos/artigo.pdf>

SESSA, P.A. FALQUETO, A. VAREJÃO, J.B. Tentativa de Controle

Editorial

da Leishmaniose Tegumentar Americana por Meio do Tratamento dos Cães Doentes. **Cad. Saúde Públ.** Rio de Janeiro, v. 10, n. 4: 457-463, out/dez, 1994

TAUIL, P.L. Perspectivas de controle de doenças transmitidas por vetores no Brasil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical.** Uberaba, v. 39, n. 3:275-277, mai-jun, 2006

ATIVIDADE FÍSICA COM CRIANÇAS E ADOLESCENTES: PERCEPÇÃO DE PROFESSORES DE EDUCAÇÃO FÍSICA EM PROJETOS ESPORTIVOS SOCIAIS

Physical activity in children and adolescents: Perception of physical education teachers in social sports projects

Bianca Gama Pena¹

Talita Muller¹

Luisa Parente¹

Carlos Henrique de Vasconcelos Ribeiro²

PENA, Bianca Gama Pena *et al.* Atividades físicas com crianças e adolescentes: [ercepção de professores de educação física em projetos esportivos sociais. *Salusvita*, Bauru, v. 30, n. 3, p. 133-148, 2011.

¹ Serviço Social da Indústria – SESI – RJ

² Universidade Gama Filho

RESUMO

Objetivo: verificar a percepção dos profissionais de educação física sobre o comportamento dos seus alunos quanto a internalização de valores, a partir de um programa de atividades esportivas em 8 comunidades pobres da cidade do Rio de Janeiro. **Método:** Foram avaliados 8 profissionais de educação física, com idade entre 25 e 47 anos, respondentes do questionário atitudinal que avaliou 690 alunos. **Resultados:** Houve diferença de acordo com as fases de desenvolvimento; a idade de 15 e 16 anos, é a melhor para o aprimoramento de atitudes positivas; a classificação do grupo foi De vez em Quando, estando em desenvolvimento, quanto ao comportamento esperado. **Conclusão:** A continuidade do programa sugere melhora na escala de percepção dos valores internalizados.

Palavras chave: Percepção. Atitudes. Valores. Projetos Esportivos Sociais.

Recebido em: 11/01/2012

Aceito em: 15/03/2012

ABSTRACT

Objective: Considering that sport contributes to the adoption of positive attitudes, the study's objective was to assess the perception of physical education professionals on the behavior of their students as the internalization of values, from a program of sports activities in eight low-income communities. Methods: We evaluated eight physical education teachers, aged between 25 and 47 years, respondents attitudinal questionnaire which assessed 690 students on a scale from 1 to 4 comprising categories: never, occasionally, often and always, classifying the perceived behavior as unsatisfactory, developing satisfactory or fully satisfactory, respectively. Results: There were differences between the communities, the age of 15 and 16 years, is the best for the improvement of positive attitudes, the classification of the group was from time to time, being in development, the expected behavior. Conclusion: The continuity of the program suggests improvement in the perception scale of values internalized.

Keywords: Attitudes. Values. Behavior. Social Project in Sports

INTRODUÇÃO

O esporte e o lazer constituem dimensões da vida social que especialmente durante o século XX, foram gradativamente incorporadas como formas modernas de expressão cultural, capazes de agregar valores e produzir sentidos e significados para aqueles que delas participam direta ou indiretamente (LINHALES e ISAYAMA, 2008).

Com a Constituição Federal de 1988, o esporte adquire um novo posicionamento no cenário civil, sendo o mesmo considerado um fenômeno sociocultural e entendido como um direito social. De acordo com o art. 217, “é dever do estado, fomentar práticas desportivas formais e não formais, como direito de cada um” (BRASIL, 1988).

Inúmeros projetos sociais estão voltados às crianças e jovens pobres, classificados algumas vezes como em “situação de risco social” ou em “situação de vulnerabilidade social”, sendo realizados em espaços públicos e objetivam ocupar o tempo livre dos participantes (GONÇALVES, 2003; MACHADO, 2007; MELO, 2005).

Dentre os estudos com projetos esportivos sociais, muitos examinam a relação entre comportamento, atitudes e valores, identificando os benefícios que crianças e jovens podem obter através do esporte (GOMES, 1999; TAVARES, 1999; TURINI, 2002).

PENA, Bianca Gama
Pena *et al.* Atividades físicas com crianças e adolescentes: percepção de professores de educação física em projetos esportivos sociais. *Salusvita*, Bauru, v. 30, n. 3, p. 133-148, 2011.

PENA, Bianca Gama
Pena *et al.* Atividades
físicas com crianças
e adolescentes:
[ercepção de
professores de
educação física em
projetos esportivos
sociais. *Salusvita*,
Bauru, v. 30, n. 3, p.
133-148, 2011.

De forma geral, o esporte desenvolve a capacidade de promover a aprendizagem social, sendo uma das suas principais áreas a influência que este exerce no caráter e personalidade daqueles que, de forma sistemática, praticam atividades esportivas (JONES e MC-NAMEC, 2000).

Os esportes são, em muitos casos, eleitos como formas de atração das crianças e jovens, como atividades corporais que podem ser muito interessantes para eles, conforme a perspectiva sócio-educacional. Cavalli, Araujo e Cavalli (2007) indicam que:

“O esporte, quando analisado dentro de uma perspectiva social acaba por tornar-se mais que uma ferramenta de aprendizagem. O esporte assume a função de um agente de transformação e/ou emancipação social a partir do momento que o mesmo gera modificações comportamentais, sociais e políticas tanto dentro como fora das quadras. Projetos sociais tratam-se, portanto, de um suporte tanto físico-mental quanto afetivo-social, para pessoas que poderiam nunca ter tido a oportunidade de crescimento que o esporte proporciona.”

Quanto ao valor futuro pode-se fazer uma correlação destes jovens participantes de projetos sociais, com um dos cinco legados tangíveis abordado por Góes (2011), o “investimento social”; destacando o desenvolvimento do programa de capacitação de profissionais principalmente no setor turístico, o incentivo à prática esportiva em áreas públicas da cidade, (possibilitando os jovens serem os representantes cariocas nos Jogos Olímpicos de 2016, provenientes de projetos sociais atualmente) e o programa de treinamento dos voluntários para os Jogos Olímpicos Rio 2016.

Neste contexto de que valores e atitudes são desenvolvidos e aprimorados através do esporte, a aprendizagem de conteúdos atitudinais é fundamental para possibilitar aos educandos o resgate e construção dos valores que propiciam a autonomia, a iniciativa, a transformação da realidade social, a aquisição de conhecimentos com valores úteis e significados ao cotidiano social dos participantes. Pode propiciar, também, o respeito às diversidades existentes no grupo, bem como as limitações e individualidades de seus companheiros e a formação da autonomia dos mesmos (SANTOS, 2006; RIBEIRO, 2008).

Programa Social para as favelas pacificadas

Como um exemplo para implementação de projetos sociais, o governo do Estado do Rio de Janeiro, através da Secretaria de Se-

gurança, implantou o programa de pacificação das comunidades, a Unidade de Polícia Pacificadora (UPP), com a missão de promover o desenvolvimento social, reverter o legado da violência deixado pelo tráfico, e da exclusão territorial, tendo como objetivos: retomar o controle estatal sobre comunidades atualmente sob forte influência da criminalidade; devolver à população local a paz e a tranquilidade pública, necessárias ao exercício e desenvolvimento integral da cidadania e contribuir para quebrar a lógica de guerra existente no estado do Rio de Janeiro. (HENRIQUE e RAMOS S., 2011).

A pacificação do território, por sua vez, tende a garantir que as demais políticas públicas possam ser realizadas nesses espaços, conforme aponta o site oficial da UPP:

“A Unidade de Polícia Pacificadora é um novo modelo de Segurança Pública e de policiamento que promove a aproximação entre a população e a polícia, aliada ao fortalecimento de políticas sociais nas comunidades. Ao recuperar territórios ocupados há décadas por traficantes e, recentemente, por milicianos, as UPPs levam a paz às comunidades.

Mediante o movimento de pacificação, foi concebido através da Secretaria Estadual de Assistência Social, o programa de integração e coordenação de ações sociais, batizado como UPP Social, que fora desenhada para dar sustentabilidade à pacificação, promover a cidadania e o desenvolvimento socioeconômico nessas áreas. (HENRIQUE e RAMOS, 2011)

O programa possui 6 eixos específicos da consolidação da pacificação: redução da pobreza, inclusão produtiva e dinamização econômica, diversidade e direitos humanos, infraestrutura e meio ambiente, desenvolvimento humano e qualidade de vida. Nestes dois últimos, percebemos que são direcionados a ofertas de oportunidades culturais e esportivas, de desenvolvimento de talentos e conjuntos de projetos de apoio e valorização de equipamentos e serviços locais de cultura, esporte e lazer, respectivamente. (HENRIQUE e RAMOS, 2011)

A sensação de segurança nas comunidades, conforme mostra pesquisa do Instituto Brasileiro de Pesquisa Social¹, onde 600 pessoas foram entrevistadas sendo que 93% consideram que depois da pacificação sua comunidade é segura ou muito segura em relação de como era anteriormente, permite que eventos esportivos estejam sendo realizados, entre eles corridas de rua e competições de ciclismo de obstáculos com patrocínio da iniciativa privada.

Apesar de um dever do Estado, podemos observar que a promoção de práticas desportivas não se dá apenas pelos órgãos públicos.

PENA, Bianca Gama Pena *et al.* Atividades físicas com crianças e adolescentes: percepção de professores de educação física em projetos esportivos sociais. *Salusvita*, Bauru, v. 30, n. 3, p. 133-148, 2011.

PENA, Bianca Gama
Pena *et al.* Atividades
físicas com crianças
e adolescentes:
percepção de
professores de
educação física em
projetos esportivos
sociais. *Salusvita*,
Bauru, v. 30, n. 3, p.
133-148, 2011.

Exemplo disso é a atuação do Sistema Firjan em parceria com as UPPs através do Programa SESI Cidadania que leva cultura, educação e esporte e lazer às comunidades pacificadas.

Como, então, o desenvolvimento de valores e atitudes é percebido pelos profissionais de educação física quando estão atuando no sistema não formal de ensino, ou seja, em projetos esportivos sociais e dividem seus alunos por fase de desenvolvimento, ou seja, faixa etária?

Objetivo

O objetivo do estudo é verificar a percepção dos profissionais de educação física sobre o comportamento dos seus alunos quanto a internalização de valores, a partir de um programa de atividades esportivas em oito comunidades da periferia da cidade do Rio de Janeiro.

Metodologia

O presente estudo apresenta uma abordagem qualitativa de pesquisa (GIL, 1994). Neste tipo de pesquisa

Na abordagem investigativa de âmbito qualitativo nada é trivial, toda manifestação tem potencial para fornecer pistas importantes na construção e compreensão do fenômeno estudado. (CAMPOS, Claudinei).

Como afirma Triviños (1987),

As descrições dos fenômenos estão impregnadas de significado que o ambiente lhe imprime, produto de uma visão subjetiva. Desta forma, a interpretação dos resultados tem como base à percepção de um fenômeno num contexto. (TRIVIÑOS, 1987).

A população deste estudo foi constituída de profissionais de educação física que atuam em projetos esportivos sociais. A amostra foi composta de 8 profissionais de educação física do sexo masculino com idade entre 25 e 47 anos, tempo de formado na graduação em educação física entre 2 e 24 anos e tempo de experiência profissional em projeto social entre 1 e 24 anos, conforme caracterização do Quadro 1. Todos estes profissionais trabalham no projeto esportivo social desde a sua implantação, no ano de 2010.

Quadro 1: Caracterização dos Sujeitos

Variáveis	Md ± DP	Min- M ax
Idade (anos)	35 ± 6,5	25 - 47
Tempo de Formação (anos)	8,5 ± 6,7	2 - 24
Tempo de Experiência (anos)	8,5 ± 7,2	1 - 24

Md = Média; DP = Desvio Padrão; Min = Mínimo;
Max= Máximo

Estes profissionais foram respondentes de um questionário que avaliava as suas percepções sobre o comportamento atitudinal de seus alunos após 8 meses de programa esportivo regular.

Nesta pesquisa, foram considerados os estudos de Zabala (1998) sobre conteúdos atitudinais que os define como:

Os conceitos que regem, normatizam e orientam as formas de ação dos alunos, sendo constituído por atitudes, normas e valores que esboçam como o aluno deve ser. As atitudes são condutas ou comportamentos que os alunos apresentam de forma estável, sendo determinadas pelos valores sociais que os educandos possuem. (ZABALA, 1998).

Os profissionais de educação física, responsáveis pelas atividades dirigidas, através de informações referidas, preencheram um questionário avaliativo referente a comportamentos atitudinais dos participantes. Este possuiu cinco eixos: respeito às regras, superação, respeito aos outros, comprometimento e trabalho em equipe. Cada eixo possui três perguntas, conforme Quadro 4. Estas foram avaliadas de acordo com a escala, 1, 2, 3 e 4, compreendendo a legenda: nunca, de vez em quando, quase sempre e sempre. A escala atribui valor numérico para refletir a direção da percepção do entrevistado à declaração relativa à atitude que esta sendo avaliada (Likert). Esta legenda classifica o comportamento do aluno percebido pelo professor em insatisfatório, em desenvolvimento, satisfatório, ou plenamente satisfatório respectivamente, conforme o Quadro 2.

PENA, Bianca Gama Pena *et al.* Atividades físicas com crianças e adolescentes: percepção de professores de educação física em projetos esportivos sociais. *Salusvita*, Bauru, v. 30, n. 3, p. 133-148, 2011.

PENA, Bianca Gama
 Pena *et al.* Atividades
 físicas com crianças
 e adolescentes:
 percepção de
 professores de
 educação física em
 projetos esportivos
 sociais. *Salusvita*,
 Bauru, v. 30, n. 3, p.
 133-148, 2011.

Quadro 2: Escala de classificação do comportamento percebido

Escala	Categoria	Classificação do Comportamento
1	Nunca	Insatisfatório
2	De vez em quando	Em desenvolvimento
3	Quase sempre	Satisfatório
5	Sempre	Plenamente Satisfatório

Cada profissional de educação física é responsável pelo trabalho de ensino esportivo em uma comunidade específica. As comunidades (C) foram aqui classificadas em numerais e são ao todo oito.

A amostra dos alunos foi composta de 690 alunos saudáveis, sendo 269 do sexo feminino e 421 do sexo masculino. A caracterização dos alunos está apresentada no quadro 3. Os alunos foram divididos de acordo com as fases de desenvolvimento por faixa etária.

Quadro 3: Caracterização dos alunos

Comunidade	Total da amostra / Comunidade	Gênero		Idade (anos)	
		Masc	Fem	Min	Max
C1	114	90	24	6	17
C2	86	46	40	6	17
C3	71	41	30	6	17
C4	154	87	67	6	17
C5	99	36	63	6	17
C6	68	39	29	6	17
C7	44	43	1	6	17
C8	54	39	15	6	17
	690	421	269	6	17

C = Comunidade; Masc = Masculino; Fem = Feminino; Min = Mínimo; Máx = Máximo

O Programa social esportivo estudado

O programa social esportivo estudado, SESI Cidadania do SESI RJ, tem como um dos seus objetivos o desenvolvimento pessoal e social de crianças e adolescentes por meio do esporte. É realizado em comunidades de baixa renda do município do Rio de Janeiro e que atualmente contam com projetos de inclusão social promovidos pelos setores públicos e privados, bem como as parcerias realizadas com organizações do terceiro setor. Estas comunidades precisam ter serviços básicos tais como a coleta de lixo domiciliar, bem feitorias urbanísticas e atendimento à saúde. A prática esportiva é, desta forma, mais um serviço prestado.

O programa possui periodicidade de duas vezes na semana, com aulas de duração de 45 minutos, com as atividades dirigidas por profissionais de educação física. São elas: ballet, futebol, futsal, hip-hop, judô, natação, sapateado, voleibol. O aluno pode apenas freqüentar uma atividade, podendo trocar, caso seja de seu interesse. Todos os alunos recebem uniforme, composto por camisa, bermuda e tênis, bem como lanche.

Em todas as fases de desenvolvimento, o programa pretendeu desenvolver, em seus praticantes, valores, como respeito, espírito de equipe, responsabilidade, disciplina, cooperação e comprometimento, os quais são mensurados a partir dos eixos e suas perguntas correspondentes, conforme apresentado no Quadro 4.

Quadro 4. Correspondência das perguntas aos eixos

Eixos	Perguntas
Respeito as Regras	Consegue sentar e ouvir Em situação de conflito, consegue dialogar Aceita e respeita as regras
Pilar Superação	Resiste naturalmente ao fracasso Mantém-se na atividade Persegue naturalmente o sucesso
Respeito aos outros	Auxilia o professor Possui autocontrole e respeito Relaciona-se facilmente
Comprometimento	Possui responsabilidade Tem cuidado com os materiais Envolvimento e participação
Trabalho em equipe	Demonstra autonomia responsável Auxilia os companheiros Trabalha em equipe

PENA, Bianca Gama Pena *et al.* Atividades físicas com crianças e adolescentes: percepção de professores de educação física em projetos esportivos sociais. *Salusvita*, Bauru, v. 30, n. 3, p. 133-148, 2011.

PENA, Bianca Gama
 Pena *et al.* Atividades
 físicas com crianças
 e adolescentes:
 percepção de
 professores de
 educação física em
 projetos esportivos
 sociais. *Salusvita*,
 Bauru, v. 30, n. 3, p.
 133-148, 2011.

Os alunos precisavam estar cursando o ensino regular e durante o contra-turno escolar têm a oportunidade de praticar atividades de iniciação motora, pré-desportiva e/ou esportiva, de acordo com as fases de desenvolvimento estabelecidas pelo programa: Multiesportiva, Iniciação pré-esportiva, Esporte 1, Esporte 2 e Esporte 3.

O nível de aprendizagem e a faixa etária de cada fase foram abordados conforme o quadro 5.

Quadro 5. Abordagem e faixa etária de cada fase de desenvolvimento

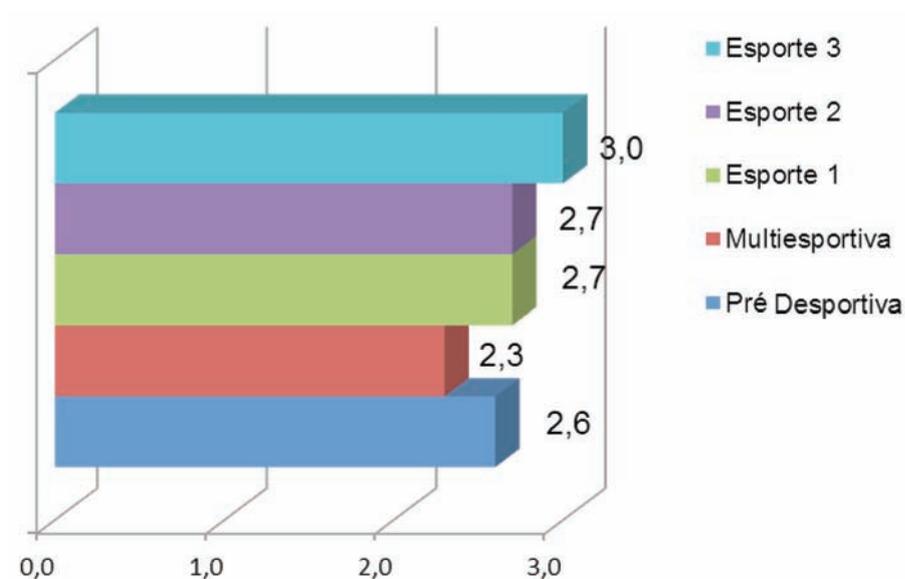
Fases	Abordagens	Faixa Etária (anos)
Multiesportiva	Desenvolvimento de habilidades motoras de locomoção Desenvolvimento de habilidades motoras de manipulação Desenvolvimento de habilidades motoras de estabilidade Desenvolvimento dos elementos da motricidade Variabilidade de materiais Variabilidade dos espaços	6 a 8
Pré Esportiva	Ampliação do conhecimento básico e as vivências do maior número de esportes	9 a 10
Esporte 1	Iniciação (estágio verbal, cognitivo e motor) ao esporte específico escolhido Técnica, tática e regras	11 a 12
Esporte 2	Aperfeiçoamento ao esporte específico Refinamento da técnica, desenvolvimento da tática e aprofundamento em regras	13 a 14
Esporte 3	Aperfeiçoamento ao esporte específico Refinamento da técnica, desenvolvimento da tática e aprofundamento em regras	15 a 17

Resultados

Quando se analisa todas as fases de desenvolvimento por local de realização da atividade, a percepção dos professores mostrou-se conforme o quadro 6.

Quadro 6: Classificação das Comunidades por Fase

Locais	IPE	ME	E1	E2	E3	M.G
Batam	2,2	2,0	2,4	2,3	3,0	2,4
Borel	3,4	0,0	3,4	2,5	0,0	3,1
Chapéu Mangueira	3,0	3,1	3,1	3,5	3,2	3,2
Cidade de Deus	2,0	1,9	1,7	1,9	1,9	1,8
Macaco	2,4	2,3	2,4	2,8	3,0	2,6
Pavão Pavãozinho	2,1	2,0	2,2	2,7	2,8	2,4
Salgueiro	3,4	3,0	3,4	3,3	4,0	3,4



Tabajara 0,0 0,0 3,0 2,9 0,0 2,9

IPE= Iniciação Pré- Esportiva; ME= Multiesportiva; E1=Esporte 1; E2=Esporte 2; E3= Esporte 3; M.G= Média Geral

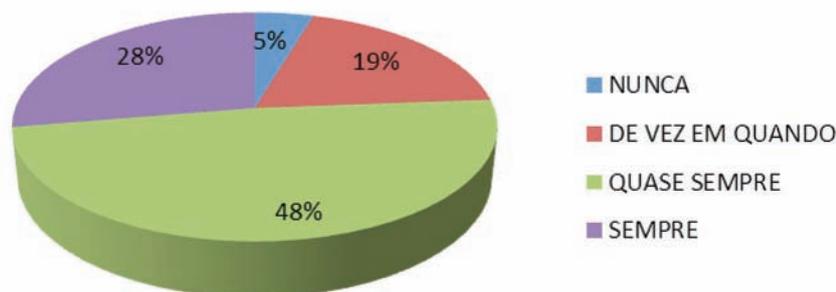
Dos oito profissionais, três perceberam seus respectivos grupos com média geral igual ou superior a 3 (três), enquadrando-se na categoria Quase Sempre, classificando-os como comportamento “sa-

PENA, Bianca Gama Pena *et al.* Atividades físicas com crianças e adolescentes: percepção de professores de educação física em projetos esportivos sociais. *Salusvita*, Bauru, v. 30, n. 3, p. 133-148, 2011.

PENA, Bianca Gama
Pena *et al.* Atividades
físicas com crianças
e adolescentes:
percepção de
professores de
educação física em
projetos esportivos
sociais. *Salusvita*,
Bauru, v. 30, n. 3, p.
133-148, 2011.

tisfatório”, outros quatro profissionais perceberam, entre 2 (dois) e 2,9 (dois virgula nove), enquadrando-se na categoria “De vez em Quando”, classificando-os “Em desenvolvimento” e apenas um professor de educação física percebeu o grupo com média abaixo de dois, enquadrando-os na categoria “Nunca”, “Insatisfatório”.

Classificação Geral



Os profissionais percebem que as comunidades atendidas apresentam um resultado positivo, ou seja, a maioria dos alunos está na categoria “Em Desenvolvimento” ou “Satisfatório”. Compreendemos que este resultado demonstra a necessidade de revermos a noção de escola pública e ambientes não-formais de educação. Enquanto que para o primeiro a escola é vista com alunos que pouco se importam com a atividade esportiva, o que obtemos em nossa pesquisa demonstra que estes alunos estão interessados em frequentar e apreender os conhecimentos nestes projetos esportivos sociais.

Quando estratificamos a percepção dos professores por fase de desenvolvimento incluindo todos os locais de realização, encontramos a classificação de acordo com a Figura 1.

A fase Esporte 3 mostrou ser a única que possui a categoria “Quase Sempre” classificando-a como “satisfatório”, estando as demais classificadas como “Em desenvolvimento” na categoria “De vez em Quando”. Ordenando o comportamento melhor em relação ao pior, de acordo com a percepção dos profissionais, indicam-se as seguintes fases: Esporte 3, empate das fases Esporte 1 e Esporte 2, Pré-Esportiva e Multiesportiva.

Compilando as 15 perguntas de todos os alunos, independente da fase de desenvolvimento, os profissionais perceberam que, de acordo com a escala, muitos (48%) dos alunos quase sempre apresentou o comportamento satisfatório, em seguida, 28% plenamente satisfatório, 19% em desenvolvimento e apenas 5% insatisfatório, conforme Figura 2.

Discussão

De acordo com os valores que se espera desenvolver a partir do programa em seus participantes (respeito, espírito de equipe, responsabilidade, disciplina, cooperação e comprometimento) pode-se analisar a classificação demonstrada pela percepção dos profissionais separadamente pelas perguntas e pilares quanto:

Ao respeito, de acordo com os pilares Respeito às Regras e Respeito aos Outros como satisfatório, categoria Quase Sempre;

Ao espírito de equipe, de acordo com o pilar Trabalho em Equipe como satisfatório, categoria Quase Sempre;

A responsabilidade, de acordo com as perguntas “demonstra autonomia responsável”, e “possui responsabilidade”; “tem cuidado com os materiais” dos pilares “Trabalho em Equipe” e “Comprometimento”, respectivamente, como satisfatório, categoria Quase Sempre;

A disciplina, de acordo com as perguntas “possui auto controle e respeito” e “mantém-se na atividade”, dos pilares “Respeito aos Outros” e “Superação” como satisfatório, categoria Quase Sempre;

A cooperação, de acordo com as perguntas “auxilia o professor”; “auxilia os companheiros” e “envolvimento e participação” dos pilares “Respeito aos Outros”; “Trabalho em Equipe” e “Comprometimento” respectivamente como satisfatório, categoria Quase Sempre;

Ao comprometimento, de acordo com o pilar “Comprometimento” como satisfatório, categoria Quase Sempre.

Neste sentido, os resultados apontam que a percepção dos profissionais classifica que 48% dos alunos quase sempre apresentou o comportamento satisfatório, quando analisamos separadamente as perguntas e os pilares, ou seja, “Quase Sempre” o grupo apresenta desenvolvimento dos valores esperados.

O estudo nos possibilita avaliar que através da percepção dos profissionais, a participação de crianças e jovens durante oito meses em um programa de atividades desportivas, mostrou-se eficaz para o desenvolvimento dos valores esperados, como respeito, espírito de equipe, responsabilidade, disciplina, cooperação e comprometimento, uma vez correlacionados com as atitudes positivas mensuradas através dos pilares avaliados como respeito as regras, superação, respeito aos outros, comprometimento e trabalho em equipe; diferindo-se por comunidade e por fases de desenvolvimento.

A continuação no programa tende a melhorar o grupo para a classificação “Plenamente Satisfatório”, quando os profissionais possivelmente observarão “Sempre” o comportamento e valores esperados.

PENA, Bianca Gama
Pena *et al.* Atividades físicas com crianças e adolescentes: percepção de professores de educação física em projetos esportivos sociais. *Salusvita*, Bauru, v. 30, n. 3, p. 133-148, 2011.

PENA, Bianca Gama
Pena *et al.* Atividades
físicas com crianças
e adolescentes:
percepção de
professores de
educação física em
projetos esportivos
sociais. *Salusvita*,
Bauru, v. 30, n. 3, p.
133-148, 2011.

Quando analisado por fase de desenvolvimento, a única das cinco que se apresenta como Satisfatória; categoria “Quase Sempre” é a fase Esporte 3 com 3,0 de classificação. As demais estão “Em Desenvolvimento” na sequência referida Esporte 1 e Esporte 2 empatados e em seguida Pré-Esportiva e Multiesportiva.

Neste caso, o estudo indica que há sim diferença de acordo com as fases de desenvolvimento dos participantes e o aperfeiçoamento ao esporte específico, bem como o refinamento da técnica, desenvolvimento da tática e aprofundamento em regras na faixa etária de 15 e 17 anos, ou seja a fase esporte 3, é percebida como a melhor fase para o desenvolvimento e aprimoramento de atitudes positivas, onde há o salto qualitativo, ou seja para o mesmo investimento feito em todas as fases, é nesta, que se percebe o melhor retorno em termos de comportamento e atitudes.

Informação importante acima citada, se considerarmos casos em que para se implantar um projeto é feita a análise de viabilidade técnica e financeira considerando dentre outros indicadores a faixa etária para a implementação.

Sendo assim, outra relevância se dá, pois se nesta faixa etária de 15 a 17 anos é percebido que estes valores são melhores assimilados, a prática esportiva pode ser uma estratégia positiva para o desenvolvimento de habilidades e atributos exigidos para o ingresso no mercado de trabalho, uma vez que valores como respeito, espírito de equipe, responsabilidade, disciplina, cooperação e comprometimento são fortes bases das competências profissionais.

CONCLUSÃO

Esses valores e atitudes positivas desenvolvidos, sobretudo nesta faixa etária, possibilitam um desdobramento para uma correlação com o legado tangível dos jogos olímpicos de 2016, uma vez que estes jovens podem passar de meros espectadores ou de praticantes de atividades esportivas de projetos sociais para serem atuantes atores deste megaevento. Estes podem ser voluntários e terem a oportunidade de potencializar esses valores estimulados pelo projeto de forma a obterem condição de profissionalização.

No entanto, estudo comparativo com os mesmos avaliados pelos profissionais se faz necessário para acompanhar esta evolução sugerida, sendo o objeto da próxima pesquisa do programa; bem como

a comparação deste resultado com crianças e jovens que não fazem parte de programas de atividades desportivas.

O estudo mostrou que, compreendendo uma pesquisa sobre um programa social esportivo em comunidades, as atividades esportivas contribuem para gerar comportamentos positivos em seus praticantes. Desta forma iniciativas como esta, precisam ser multiplicadas. Esta é a recomendação final deste estudo.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1998. Disponível em:

[HTTP://www.senado.gov.br/sf/legislacao/const/con1988/CON1988_05.10.1988](http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/const/con1988/CON1988_05.10.1988)

Acesso em 05 novembro 2011.

DACosta, 2007. In: Tecnologia SESI de Investimento no Esporte. Brasília: SESI:21, 2009.

Diretrizes técnicas e de Gestão. SESI Atleta do Futuro, Brasília, 2010

EIRAS, S. B. Significados de um projeto social esportivo: o caso do projeto esporte em ação – núcleo vila torres. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-graduação em Educação Física. Universidade Federal do Paraná, 2011

GIL, A.C. Métodos e Técnicas de pesquisa social. 4ª Ed. São Paulo: Atlas, 1994.

GÓES, F. In: Rio a Hora da Virada, Elsevier: Rio de Janeiro, p.57, 2011.

GOMES, M.C. Solidariedade e honestidade: os fundamentos do fair play entre adolescentes escolares. In: TAVARES, O.; DACOSTA, L. (Org).Estudos Olímpicos. Rio de Janeiro: Gama Filho, 1999.

GONÇALVES, M.A.R. *A Vila Olímpica da Verde-e-Rosa*. Rio de Janeiro; FGV, 2003.

HENRIQUE, R.; RAMOS S. In: Rio a Hora da Virada. Elsevier: Rio de Janeiro, p.243, 2011.

JONES, C. MCNAMEC, M. Moral Reasoning, Moral Action, and the Moral Atmosphere of Sport. *Sport, Education and Society* ,v.5, p:131-146, 2000.

LEE, M.J.; COCKMAN, M. Values in children's sport: spontaneou-

PENA, Bianca Gama Pena *et al.* Atividades físicas com crianças e adolescentes: percepção de professores de educação física em projetos esportivos sociais. *Salusvita*, Bauru, v. 30, n. 3, p. 133-148, 2011.

PENA, Bianca Gama
Pena *et al.* Atividades físicas com crianças e adolescentes: percepção de professores de educação física em projetos esportivos sociais. *Salusvita*, Bauru, v. 30, n. 3, p. 133-148, 2011.

sly expressed values among young athletes. *International Review for the Sociology of Sport*, 1994. In: Manual Valores do Esporte SESI: Fundamentos. Brasília, p. 23, 2007.

LINHALES, M.A.; ISAYAMA, H.F. Avaliação de políticas e políticas de avaliação. Questões para o esporte e o lazer. Belo Horizonte, Editora UFMA, 2008.

Manual Valores do Esporte SESI: Fundamentos. Brasília, p. 19, 2007.

Machado, P.X. O impacto de um projeto de educação pelo esporte no desenvolvimento infantil. **Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional** (ABRAPEE). Maringá, v11, n.1, p. 51-62, 2007.

MELO, M.P. Esporte e Juventude pobre: políticas públicas de lazer na Vila Olímpica da Maré. Autores Associados, São Paulo, 2005.

RIBEIRO, C. Proposições e estudos na área do esporte e da responsabilidade social: A aprendizagem nos esportes individuais e coletivos. **Revista Digital – Buenos Aires**, Año 13, nº 119, Abril de 2008.

SARABIA, B. A aprendizagem e o Ensino das Atitudes. In: Martins, C.D.M.; Freire, E.S. **Revista Mackenzie de Educação Física e Esporte**, São Paulo, v.7 (3): p. 21-28, 2008.

SANTOS, F.; FONSECA, L. Educação Física no Ensino Fundamental: Os conteúdos conceituais propostos pelos professores. **Revista Mackenzie de Educação Física e Esporte**, São Paulo, v.5 (n. especial): 55-64, 2006.

TAVARES, O. Algumas reflexões para rediscussão do fair play. In: TAVARES; DACOSTA, L. (Org.) Estudos Olímpicos. Rio de Janeiro: Gama Filho, 1999.

Tecnologia SESI de investimentos no Esporte, Brasília, 2009.

TRIVIÑOS, A. N. S. - Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo, Atlas, p. 75, 1987.

TURINI, M. Comportamento normatizado versus comportamento efetivo na prática do fair play entre jovens escolares, de Quintino, Rio de Janeiro. 2002. Dissertação (Mestrado) – PPGEF/UGF, Rio de Janeiro, 2002.

VIEIRA, J.L. Avaliação do desenvolvimento moral de adolescentes em relação a dilemas morais da vida diária e da prática esportiva. Dissertação (Mestrado) – UFSM, Santa Maria, 1993. In: Manual Valores do Esporte SESI: Fundamentos. Brasília, p. 19, 2007.

ZABALA, A. A prática educativa: como ensinar. Porto Alegre: Art-med, 1998, p.27-51. In: Santos, Ruth dos. Educação Física e Esporte no Terceiro Setor: Estratégias utilizadas no ensino e aprendizagem de valores, atitudes e normas no projeto esporte talento. Revista Mackenzie de Educação Física e Esporte, 5(1): p. 35-45, 2006.

A OPINIÃO DE UM GRUPO DE ADULTOS SOBRE AS QUALIDADES ESSENCIAIS A UM CIRURGIÃO-DENTISTA

The opinion of adults about de essential qualities to a dentist

Emanuelle Louise Collet¹

Maria Laura Said Brenner²

Luciane Campos³

Raphael Nunes Bueno⁴

Elisabete Rabaldo Bottan⁵

¹Acadêmica do Curso de Odontologia da Universidade do Vale do Itajaí. Bolsista do Programa de Educação pelo Trabalho Saúde da Família – PET Saúde da Família.

²Acadêmica do curso de Odontologia da Universidade do Vale do Itajaí.

³Mestre em Saúde e Gestão do Trabalho; Integrante do Grupo de Pesquisa Atenção à Saúde Individual e Coletiva em Odontologia da Universidade do Vale do Itajaí.

⁴Mestre em Engenharia de Produção-Ergonomia; Professor do Curso de Odontologia da Universidade do Vale do Itajaí e Tutor do Programa de Educação pelo Trabalho Saúde da Família – PET Saúde da Família.

⁵Mestre em Educação e Ciências; Integrante do Grupo de Pesquisa Atenção à Saúde Individual e Coletiva em Odontologia da Universidade do Vale do Itajaí.

Recebido em: 12/10/2011

Aceito em: 28/12/2011

COLLET, Emanuelle Louise *et al.* A opinião de um grupo de adultos sobre as qualidades essenciais a um cirurgião-dentista. *Salusvita*, Bauru, v. 30, n. 3, p. 149-158, 2011.

RESUMO

Objetivo: identificar as qualidades essenciais a um cirurgião-dentista, na visão de um grupo de adultos. **Método:** A população-alvo foi constituída por sujeitos adultos de ambos os sexos que se encontravam em espaços públicos do perímetro urbano da cidade de Balneário Camboriú - SC. A coleta de dados foi efetuada com base nos princípios da Técnica de Associação Livre de Palavras. O número de sujeitos que integraram a pesquisa foi delimitado pela técnica da saturação dos dados. A análise dos dados foi realizada de acordo com os pressupostos de pesquisa qualitativa, mediante categorização das respostas. Participaram da pesquisa 117 pessoas com idades que variaram de 18 a 82 anos; a maioria se encontrava na faixa de 60 ou mais anos de idade e pertencia ao gênero feminino. Foram consideradas 588 evocações, sendo 278 do gênero masculino e 310 do feminino. **Resultados:** As principais qualidades de um cirurgião-dentista, segundo a opinião dos pesquisados, referem-se à relação

profissional-paciente (32,1%) e às habilidades e competências técnico-científicas (29,4%). Com base na análise do Intervalo de Confiança (IC=95%), identificou-se que as evocações que compuseram as diferentes categorias de análise foram elencadas de modo similar pelos sujeitos de ambos os gêneros. **Conclusão:** Concluiu-se que, para os pesquisados, o que qualifica um cirurgião-dentista é a interação de habilidades e competências referentes a um atendimento humanizado com aquelas do domínio técnico-científico.

Palavras-chave: Relações dentista-paciente; Recursos humanos em saúde; Capacitação profissional.

ABSTRACT

Objective: *to identify the essential qualities to a dentist in the view of a group of adults. The target population was constituted by adult subjects of both genders, met in public spaces of the urban perimeter of the city of Balneário Camboriú - SC. Method:* *The sample was of the non-probabilistic type. The data collection was carried out on the basis of the principles of the Free Word Association Technique. The number of subjects that integrated research was delimited by the technique of saturation of data. The data analysis was performed in accordance with the assumptions of a qualitative research, by means of an answer categorization. One hundred and seventeen(117) people with ages ranging from 18 to 82 years participated in the survey; the majority was in the age range of 60 years or older and belonged to the female gender. Five hundred and eighty-eight(588) evocations were considered, being 278 of the male and 310 female gender. Results:* *The main qualities of a dental surgeon refer to the professional-patient relationship (32.1) and to technical-scientific skills and competences (29.4). Based on the analysis of the confidence interval (CI of 95%), it was identified that the evocations that composed the different categories of analysis were listed in a similar way by the subjects of both genders. Conclusion:* *It was concluded that, for respondents, the qualities of a surgeon-dentist result from interaction of skills and competencies for a humanized with those technical-scientific domain.*

Keywords: *Dentist-patient relations; Health manpower; Professional training.*

COLLET, Emanuelle Louise *et al.* A opinião de um grupo de adultos sobre as qualidades essenciais a um cirurgião-dentista. *Salusvita*, Bauru, v. 30, n. 3, p. 149-158, 2011.

COLLET, Emanuelle Louise *et al.* A opinião de um grupo de adultos sobre as qualidades essenciais a um cirurgião-dentista. *Salusvita*, Bauru, v. 30, n. 3, p. 149-158, 2011.

INTRODUÇÃO

O perfil profissional de recursos humanos para os diferentes campos da saúde, que atenda às definições do Sistema Único de Saúde (SUS), vem exercendo influência na orientação dos currículos dos cursos de graduação. Para tanto, a formação destes profissionais deve ser estruturada com base no tripé das tecnologias da saúde. (MERHY, 2002).

Estas tecnologias, denominadas de tecnologias leve, leve-dura e dura, definem os três campos em que o processo de qualificação dos cuidados para com a saúde deve se pautar. A tecnologia leve refere-se à relação profissional-paciente. A tecnologia leve-dura engloba os saberes estruturados que suportam as ações das clínicas, de prevenção e dos tratamentos. E a tecnologia dura está embutida nos equipamentos, nas normas e estruturas organizacionais. (FARIAS; SAMPAIO, 2011; MERHY, 2002)

Para área da Odontologia, as Diretrizes Curriculares preconizam que os futuros profissionais sejam capazes de atuar em diferentes campos de trabalho com qualidade, eficiência e resolutividade. (BRASIL, 2002).

É nesta dimensão que se insere esta investigação, que tem como enfoque a visão da sociedade quanto ao profissional da área odontológica. A percepção do paciente sobre o cirurgião-dentista influencia significativamente na sua reação para com o tratamento odontológico e, portanto, tem interferência na qualidade de vida das pessoas. (RÊGO *et al.*, 2011; GARBIN *et al.*, 2009; GARCIA *et al.*, 2009).

Objetivo

Definiu-se como objetivo desta investigação identificar as qualidades essenciais a um cirurgião-dentista, na opinião de um grupo de adultos de uma cidade de Santa Catarina.

Métodos

Esta investigação caracteriza-se como um estudo descritivo, com análise qualitativa.

A população-alvo foi formada por sujeitos adultos de ambos os sexos que se encontravam em espaços públicos, no perímetro urbano-central da cidade de Balneário Camboriú (Santa Catarina).

Este município, conforme dados do Governo do Estado de Santa Catarina, localiza-se no centro do litoral catarinense e integra a microrregião da foz do rio Itajaí-Açu, distando da capital do Estado cerca de 80 km. O turismo e o comércio são as principais atividades econômicas. O número de habitantes permanentes é de aproximadamente 100 mil, sendo que 72% estão na faixa etária de vinte ou mais anos. A área geográfica do município é de 46,48km². O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do município é considerado elevado.

Considerando-se a abordagem qualitativa do estudo, optou-se pela construção de um *corpus*, em substituição a uma amostragem representativa. O *corpus* é delineado com base na linguagem (BAUER; AARTS, 2002) e, no caso desta pesquisa, ele foi estruturado a partir das evocações dos pesquisados. Assim, o número de sujeitos que integraram a pesquisa foi delimitado pela técnica da saturação dos dados. (BAUER; AARTS, 2002)

A seleção dos sujeitos foi por conveniência, ou seja, todos os que aceitaram participar da pesquisa, por livre e espontânea vontade, desde que apresentassem idade igual ou superior a 18 anos, foram incluídos no estudo.

A coleta de dados foi efetuada por duas pesquisadoras, que foram orientadas a obter a informação dos sujeitos sem efetuarem qualquer tipo de ingerência. Os locais para coleta de dados foram espaços públicos, tais como área de circulação de shoppings, pontos de parada de transportes coletivos, orla da praia. O período destinado à coleta de dados foi durante o segundo semestre de 2011, em dias e horários alternados.

As qualidades essenciais a um cirurgião-dentista ideal foram obtidas a partir do Teste de Associação Livre de Ideias (ALI). Este teste se constitui num tipo de investigação aberta que se estrutura com base em associações livres em relação a um estímulo indutor (BAUER; AARTS, 2002). Neste estudo, a questão indutora foi: *No seu entender, quais são as qualidades essenciais a um cirurgião-dentista?*

Juntamente com as respostas emitidas pelos pesquisados, as pesquisadoras, também, anotavam o gênero e a idade do respondente.

As diversas evocações mencionadas foram listadas, passando a compor um conjunto heterogêneo de unidades semânticas. As manifestações foram tabuladas e tiveram suas frequências (relativa e absoluta) calculadas. Posteriormente, os dados foram apresentados na forma de proporção com intervalo de confiança (IC) de 95%.

COLLET, Emanuelle Louise *et al.* A opinião de um grupo de adultos sobre as qualidades essenciais a um cirurgião-dentista. *Salusvita*, Bauru, v. 30, n. 3, p. 149-158, 2011.

COLLET, Emanuelle Louise *et al.* A opinião de um grupo de adultos sobre as qualidades essenciais a um cirurgião-dentista. *Salusvita*, Bauru, v. 30, n. 3, p. 149-158, 2011.

Esta pesquisa integra uma linha de investigação do Grupo de Pesquisa Atenção à Saúde Individual e Coletiva em Odontologia e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIVALI, sob o nº 88/10.

Resultados

Participaram da pesquisa 117 pessoas, com idades que variaram de 18 a 82 anos, sendo que a maioria (43,6%) se encontrava na faixa de 60 ou mais anos de idade, seguido pela faixa de 18 a 31 anos (35,9%) e, para as idades entre 32 e 59 anos, a frequência foi de 20,5%. Com relação ao gênero, a maioria (53%) era do gênero feminino.

Para a identificação das qualidades essenciais a um cirurgião-dentista, foram consideradas 588 evocações, sendo 278 do gênero masculino e 310 do feminino.

A maioria das características qualificadoras do cirurgião-dentista, que foram mencionadas pelos sujeitos desta pesquisa, se referia às habilidades e competências relativas ao domínio da relação profissional-paciente e ao domínio técnico-científico. A distribuição das evocações pode ser observada na Figura 1.

Com base na observação da proporção (Intervalo de Confiança – IC – 95%) dos dados referentes às evocações que compuseram as diferentes categorias de análise, foram identificados comportamentos significativamente diferenciados, em função do gênero, para as seguintes evocações: relação profissional/paciente; gostar da profissão; e orientar o paciente (Figuras 2, 3 e 4).



Figura 1 - Frequência relativa das evocações sobre as qualidades essenciais a um cirurgião-dentista, na opinião dos pesquisados.

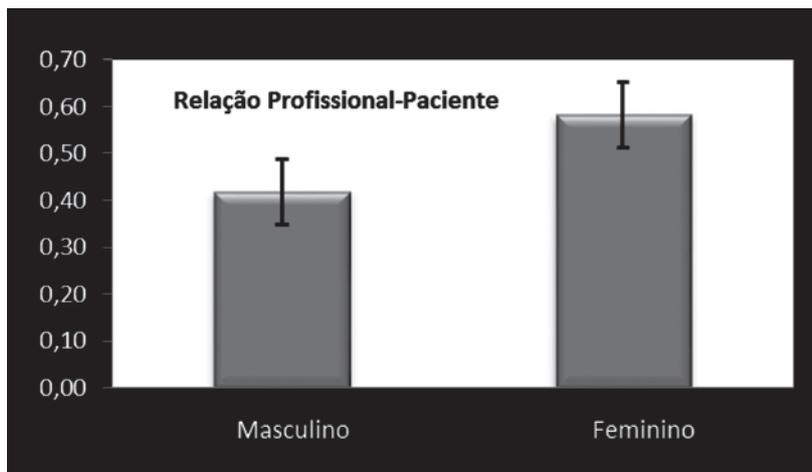


Figura 2 - Intervalo de Confiança para a evocação relação profissional/paciente.

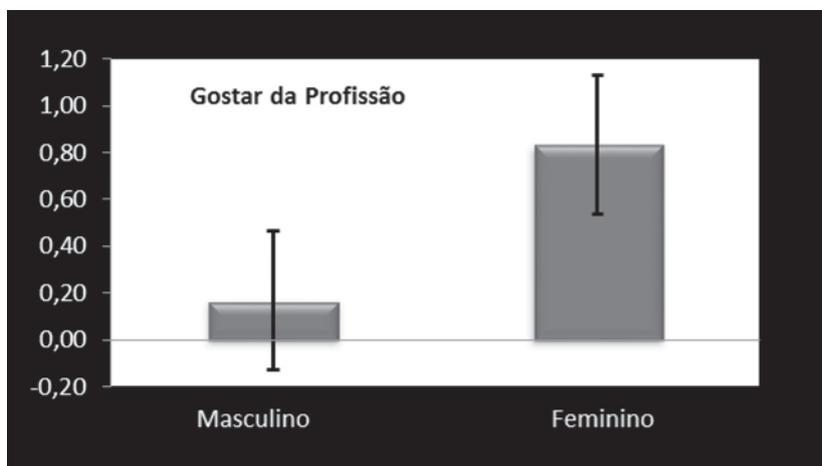


Figura 3 - Intervalo de Confiança para a evocação gostar da profissão.

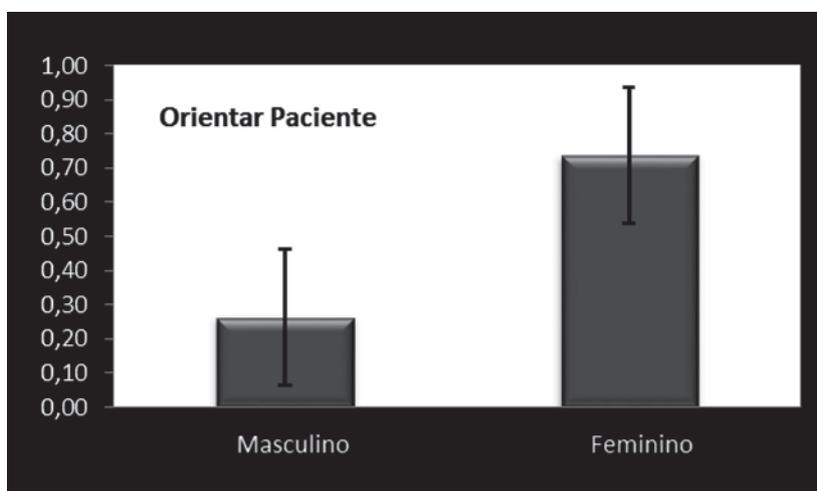


Figura 4 - Intervalo de Confiança para a evocação orientar o paciente.

COLLET, Emanuelle Louise *et al.* A opinião de um grupo de adultos sobre as qualidades essenciais a um cirurgião-dentista. *Salusvita*, Bauru, v. 30, n. 3, p. 149-158, 2011.

COLLET, Emanuelle Louise *et al.* A opinião de um grupo de adultos sobre as qualidades essenciais a um cirurgião-dentista. *Salusvita*, Bauru, v. 30, n. 3, p. 149-158, 2011.

Discussão

A opinião dos usuários quanto ao profissional que ele espera encontrar ao ser atendido deve receber especial atenção, tanto do cirurgião-dentista que já se encontra atuando, quanto dos que estão em processo de formação. Por isso, o perfil profissional do cirurgião-dentista tem sido objeto de amplas reflexões, tanto no âmbito dos cursos de formação dos profissionais como pelas diferentes entidades associativas. (ALMEIDA *et al.*, 2010; BIBANCOS; LOUREIRO, 2004; BOTTAN *et al.*, 2009; BUTTERS; WILLIS, 2000; FARIAS; SAMPAIO, 2011; GARBIN *et al.*, 2008; GARCIA; ALMEIDA, 2005; GARCIA *et al.*, 2009; IMANAKA *et al.*, 2007; ZACCA GONZALEZ; SALA ADAM, 2006)

De modo geral, a população pesquisada almeja um profissional hábil e competente tecnicamente, mas, sobretudo, um ser humano. É fundamental que o cirurgião-dentista esteja atento às expectativas do paciente, pois o sucesso do tratamento odontológico não está vinculado somente à capacidade técnica do profissional, mas também ao campo relacional.

Uma boa relação deve ser estabelecida para haver maior motivação e comportamento colaborativo por parte do paciente. A relação ideal entre cirurgião-dentista e paciente é aquela que preserva a autoridade do profissional e simultaneamente promova o exercício desta autoridade numa relação de confiança. O cirurgião-dentista detém o conhecimento e as competências técnico-científicas necessárias à aplicação deste conhecimento. O usuário espera ser tratado cordialmente, receber instruções adequadas e alcançar um tratamento eficaz. (FRAGA *et al.*, 2011; ZACCA GONZALEZ; SALA ADAM, 2006)

Aspectos referentes à cordialidade, comunicabilidade, boa vontade, quando aliados à competência, potencializam o relacionamento paciente-profissional, favorecendo positivamente o atendimento e valorizando o trabalho odontológico. (BOTTAN *et al.*, 2009; CHURCHILL, 2010; FRAGA *et al.*, 2011; RÊGO *et al.*, 2011)

Entre os pesquisados, foi observado que as principais evocações se referiam às habilidades sociais e interpessoais, pois expressões como ser atencioso, calmo, gentil, que converse com o paciente, foram citadas com muita frequência. Estas expressões denotam a valorização que é dada pelas pessoas a uma boa relação interpessoal. Portanto, o cirurgião-dentista deve saber entender o ser humano, suas necessidades e expectativas.

É importante destacar que a humanização abrange, além do respeito aos direitos do usuário, a apresentação pessoal, a linguagem usada pelo profissional, a dinâmica de trabalho em equipe, suas interações e interlocuções. (FRAGA *et al.*, 2011)

Uma das diretrizes da política de humanização é a ampliação do diálogo entre profissionais e usuários. O diálogo implica num ato de compartilhar; inclui a habilidade de escutar, ter empatia e estabelecer uma relação de confiança. (BOTTAN *et al.*, 2009; CHURCHILL, 2010; FRAGA *et al.*, 2011; GARBIN *et al.*, 2009; GARCIA *et al.*, 2009; MIALHE; GONÇALO, 2008; ZACCA GONZALEZ; SALA ADAM, 2006)

Além das qualidades relativas à interação paciente-profissional e à competência técnico-científica do profissional, os sujeitos desta pesquisa, apontaram, também, aspectos como: estrutura do consultório, biossegurança, ética, pontualidade.

Assim, pode-se dizer que estes sujeitos, ao qualificarem o perfil profissional de um cirurgião-dentista, elencaram atributos essenciais aos serviços de saúde, conforme definição da Organização Mundial de Saúde (OMS) e, também, se aproximaram do perfil profissional traçado pelas Diretrizes Curriculares. Nesse sentido, os atributos apontados pela OMS são: alto nível de excelência profissional, uso eficiente de recursos, riscos mínimos para o paciente, alto grau de satisfação do paciente e impacto final sobre a saúde. (ARANGUREN IBARRA, 2009). Quanto às Diretrizes Curriculares para o Curso de Odontologia destacam que o cirurgião-dentista deve ter uma visão generalista, saber se comunicar com o paciente, ser ético e, principalmente, considerar o paciente como um ser humano único e especial. (BRASIL, 2002)

Considerações Finais

Os participantes desta pesquisa, ao indicarem, na sua percepção, quais são as qualidades essenciais a um cirurgião-dentista, destacaram a formação profissional, priorizando aspectos relativos ao conhecimento, às habilidades e às competências técnico-científicas. Mas, também, elencaram as competências e habilidades sociais e interpessoais, como sendo fundamentais para a atuação do cirurgião-dentista.

Além da formação técnico-científica e da interação profissional-paciente, os pesquisados apontaram aspectos referentes às questões éticas, de biossegurança e de estrutura do consultório.

COLLET, Emanuelle Louise *et al.* A opinião de um grupo de adultos sobre as qualidades essenciais a um cirurgião-dentista. *Salusvita*, Bauru, v. 30, n. 3, p. 149-158, 2011.

COLLET, Emanuelle Louise *et al.* A opinião de um grupo de adultos sobre as qualidades essenciais a um cirurgião-dentista. *Salusvita*, Bauru, v. 30, n. 3, p. 149-158, 2011.

Este achado reforça, ainda mais, o papel das instituições formadoras no sentido de tornarem presente, ao longo de todo o processo de formação do cirurgião-dentista, a importância de o futuro profissional saber aliar conhecimentos técnicos à visão holística do ser humano.

Agradecimentos

Ao Programa de Educação pelo Trabalho Saúde da Família–PET Saúde da Família, do Ministério da Saúde.

REFERÊNCIAS

ARAGUREN IBARRA, Z. Medición de la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud del Instituto de Previsión del profesorado de la Universidad Central de Venezuela, durante el último trimestre de 2004. *Acta odontol. venez.*, Caracas, v.47, n.1, p. 62-67, 2009.

ALMEIDA, A. B.; ALVES, M. S.; LEITE, I. C. G. Reflexões sobre os desafios da odontologia no Sistema Único de Saúde. *Rev. APS*, Juiz de Fora, v.13, n.1, p.126-136, 2010.

BAUER, M.W.; AARTS, B. A construção do corpus: um princípio para coleta de dados qualitativos. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**. Petrópolis: Vozes; 2002. p. 39-63.

BIBANCOS, F.A.; LOUREIRO, C.A. imagem do cirurgião-dentista. *Rev. ABO nac.*, São Paulo, v.12, n. 1, p. 17-19, 2004.

BOTTAN, E.R.; ODEBRECHT, C.M.R.; SILVEIRA, E.G.; BASSO, C.; OLIVEIRA, L.K.; GONÇALVES, M.K.; TAMES, S.F.A. Perfil del odontólogo ideal: concepto de individuos adultos, en distintos contextos socioculturales de Santa Catarina, Brasil. *Rev. Facultad. Odontol. (FOUNE)*, Corrientes, v. 2, n. 2, p.7-12, 2009.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação/ Câmara de Educação. **Resolução CNE/CES nº 3/2002**, de 19 de fevereiro de 2002. Brasília, DF, 19 fev. 2002.

BUTTERS, J. M., WILLIS, D. O.A comparison of patient satisfaction among current and former dental school patients. *J. dent.Educ.*, Washington, v.64, n.6, p.409-415, 2000.

CHURCHILL, J.L. What's a dentist to do? Empathy, part two. *Northwest dent.*, St Paul, v. 89, n. 5, p. 43-44, 2010.

FARIAS, M. R.; SAMPAIO, J. J. C. Papel do cirurgião-dentista na equipe de saúde da família. **RGO (Porto Alegre)**, Porto alegre, v.59, n1, p.109-115, 2011.

FRAGA, F.; VILAS BOAS, R. F. O.; MENDONÇA, A. R. A.; ATZINGEN, D.A.N.C. O significado da relação médico-paciente para alunos de medicina. **Rev. Bioética**, Brasília, v.19, n.3, p.753-763, 2011.

GARBIN, A.J.I.; GARBIN, C.A.S.; TIANO, A.V.P.; CARVALHO, M.L.; FAGUNDES, A.C.G. Marketing em odontologia: a percepção do cliente em relação ao serviço odontológico de clínica privada. **Rev. odontol. UNESP**, Marília, v. 37, n. 2, p. 197-202, 2008.

GARBIN, C.A.S.; GARBIN, A.J.I.; SUMIDA, D.H.; YARID, S.D. Relação profissional-paciente: médico e cirurgião-dentista enquanto pacientes. **ClipeOdonto-UNITAU**, Taubaté, v.1, n.1, p.26-30, 2009.

GARCIA, E.G; ALMEIDA, M.I. Percepções e expectativas dos usuários acerca das relações cirurgião-dentista-paciente. **Rev. odontol. Univ. São Paulo**, Bauru, v.17, n.1, p.29-39, 2005.

GARCIA, P.P.N.S.; PINELLI, C.; DOTTA, E. A. V.; CAMPOS, J. D. B.; OLIVEIRA, T.G. Critérios para escolha de cirurgião-dentista entre graduandos do campus de Araraquara. **Rev. odontol. UNESP**, Marília, v.38, n.6, p.347-355, 2009.

IMANAKA, M.; NOMURA, Y.; TAMAKI, Y.; AKIMOTO, N.; ISHIKAWA, C.; TAKASE, H. et al. Validity and reliability of patient satisfaction questionnaires in a dental school in Japan. **Eur. j. dent. educ.**, Copenhagen, v. 11, n. 1, p.29-37, 2007.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MIALHE, F.L; GONÇALO, C.S. Características profissionais consideradas importantes por residentes de um município de pequeno porte na valorização do cirurgião-dentista. **Revista UNINGÁ**, Maringá, n.17, p.63-71, 2008.

RÊGO, V.K.L.; BARBOSA, V.F.B.; ZIMMERMANN, R.D.; OLIVEIRA FILHO, R.C. A construção de competências para a assistência odontológica humanizada. **Revista Científica CRO**, Rio de Janeiro, v.1, n.1, p.5-11, 2011.

ZACCA GONZALEZ, G.; SALA ADAM, M. R. Comunicación dialogada en la toma de decisiones informadas en la atención estomatológica. **Rev. Cuba. estomatol.**, Habana, v. 43, n. 1, p. 0-0, 2006.

COLLET, Emanuelle Louise *et al.* A opinião de um grupo de adultos sobre as qualidades essenciais a um cirurgião-dentista. *Salusvita*, Bauru, v. 30, n. 3, p. 149-158, 2011.

PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA SOB A VISÃO DO USUÁRIO

Family health program under the user's perspective

Sara Nader Marta¹

Márcia Aparecida Nuevo Gatti¹

Alberto De Vitta¹

Sandra Fiorelli de Almeida Penteado Simeão¹

Marta Helena Souza De Conti¹

Sandra de Oliveira Saes¹

Roger Palma²

Ricardo Sandri Carvalho²

¹Professor Doutor. Programa de Pós-Graduação. Mestrado em Saúde Coletiva. Universidade do Sagrado Coração, Bauru - SP

²Aluno do mestrado em saúde Coletiva. Universidade do Sagrado Coração, Bauru - SP

MARTHA, Sara Nader *et al.* Programa saúde da família sob a visão do usuário. *Salusvita*, Bauru, v. 30, n. 3, p. 159-177, 2011.

RESUMO

Introdução: O Programa Saúde da Família (PSF), atualmente conhecido como Estratégia Saúde da Família (ESF), foi implantado no Brasil em 1994, e é apontado como uma das principais estratégias de reorganização dos serviços e reorientação das práticas profissionais no nível de promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação. **Objetivos:** Este estudo objetivou avaliar a Estratégia Saúde da Família no município de Tangará da Serra, Mato Grosso, sob a visão dos usuários. **Métodos:** Participaram do estudo 609 pessoas cadastradas, escolhidas aleatoriamente, nas dez Unidades de Saúde da Família. Estas pessoas responderam a um instrumento elaborado pelos pesquisadores, com questões abertas e fechadas, avaliando os aspectos de acesso e disponibilidade, infraestrutura, acolhimento, relação usuário-profissional de saúde, eficácia ou resolutividade, territorialidade e descentralização, informação e participação na gestão. **Resultados:** Os resultados demonstraram perspectivas favorá-

Recebido em: 24/11/2011

Aceito em: 20/01/2012

veis dos usuários em relação à ESF, destacando-se alguns aspectos que mereceram atenção como acolhimento, falta de medicamentos e acesso às consultas. **Conclusão:** Esse resultado permite contribuir para um planejamento mais adequado da gestão das unidades, a fim de possibilitar a melhoria da satisfação dos usuários e aprimoramento deste modelo de atenção básica.

Palavras-Chave: Avaliação em saúde. Saúde da Família. Acolhimento. Usuário.

ABSTRACT

Introduction: *The Family Health Program (FHP), currently known as Family Health Strategy (FHS), was implemented in Brazil in 1994, and is now regarded as one of the main strategies for service reorganization and professional practice reorientation in health promotion, disease prevention and rehabilitation.* **Objective:** *This study aimed at the evaluation of Family Health Strategy in the city of Tangará da Serra, Mato Grosso state, from the users' perspective.* **Methods:** *Six hundred and nine participants were enrolled in the study. They were randomly chosen from ten Family Health Units. These people answered to an instrument developed by the researchers, with open and closed questions, in order to evaluate aspects of access and availability, infrastructure, hospitality, relationship between users and health professionals, effectiveness or resolvability, territoriality and decentralization, information and management participation.* **Results:** *The results showed favorable prospects of users towards the FHS, whilst certain aspects deserve particular attention, such as hospitality, lack of medications and difficulty in scheduling medical appointments.* **Conclusion:** *The results allow a more adequate planning for the management of units, in order to enable improvements on user satisfaction and also on this basic attention model.*

Keywords: *Health evaluation. Family Health. Hospitality. Users.*

INTRODUÇÃO

A Atenção Básica constitui um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual ou coletivo, que abrange promoção e proteção da

MARTHA, Sara Nader et al. Programa saúde da família sob a visão do usuário. *Salusvita*, Bauru, v. 30, n. 3, p. 159-177, 2011.

MARTHA, Sara Nader et al. Programa saúde da família sob a visão do usuário. *Salusvita*, Bauru, v. 30, n. 3, p. 159-177, 2011.

saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde, situadas no primeiro nível de atenção no sistema de saúde. É desenvolvida por meio de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, em equipe, destinadas a populações de áreas bem delimitadas, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Orienta-se pelos princípios da universalidade, integralidade, equidade, participação social, responsabilização, acessibilidade, humanização, coordenação do cuidado, vínculo e continuidade (BRASIL, 2008).

Dentro deste contexto, em 1994 foi criado pelo Ministério da Saúde o Programa de Saúde da Família (PSF) com uma abordagem marcadamente inovadora em seu aspecto de relação interativa entre profissionais e comunidade, tratando-se, no entanto, de um projeto complexo, pela quantidade variada de atribuições e propostas. O PSF é definido como Estratégia Saúde da Família (ESF), ao invés de programa, visto que o termo programa aponta para atividade com início, desenvolvimento e finalização. Entende-se hoje como uma importante estratégia para mudança do modelo atual.

No âmbito da reorganização dos serviços de saúde, a ESF vai ao encontro dos debates e análises referentes ao processo de mudança do paradigma que orienta o modelo de atenção à saúde vigente e que vem sendo enfrentada, desde a década de 1970, pelo conjunto de atores e sujeitos sociais comprometidos com um novo modelo que valorize as ações de promoção e proteção da saúde, prevenção das doenças e atenção integral às pessoas.

O território, trabalho em equipe, intersetorialidade e a população adscrita constituem eixos fundamentais da ESF, sendo a visita domiciliar uma de suas principais diretrizes, que objetiva ampliar o acesso aos serviços e criar vínculos com a população. A compreensão desses aspectos é fundamental para a discussão dos processos de trabalho em saúde, gestão, educação permanente/continuada e avaliação de serviços (BRASIL, 2004).

Implantar ou mantê-lo em um município não é simplesmente constituir uma equipe e instalar uma Unidade de Saúde (AYRES *et al.*, 2006), não sendo, portanto uma simples mudança de nomenclatura de Unidade Básica de Saúde (UBS) para ESF sem seguir seus princípios e filosofia de estratégia.

Contudo, a credibilidade e consolidação de qualquer programa devem estar calcadas em uma avaliação sistemática. A avaliação em saúde tem como propósito fundamental dar suporte a todo processo decisório no âmbito do Sistema de Saúde e por isso deve subsidiar a identificação de problemas, a reorientação de ações e serviços desenvolvidos, o julgamento da incorporação de novas práticas sanitárias

na rotina de profissionais e a mensuração do impacto das ações implementadas pelos serviços e programas sobre o estado de saúde da população (BRASIL, 2006).

A avaliação do programa pelo usuário remete ao repensar da participação popular, uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), visto que significa o resultado de uma maneira da expressão popular perante o serviço público existente. Para Araújo *et al.* (2005), é necessário ampliar e promover a participação social dos usuários com a busca de maior co-responsabilização na gestão e controle do programa. Esta ampliação da participação se consolida na medida em que se viabiliza a capacidade de grupos de interesse em influenciar, direta ou indiretamente, a formulação de gestão de políticas públicas. Esse processo assume um caráter diferenciador, não só quanto à legitimidade, mas principalmente quanto à garantia de democratização da gestão dos bens públicos.

A percepção e a avaliação que o usuário tem sobre definidas dimensões dos serviços de saúde é entendida como satisfação. Esta, assim considerada, pode ser entendida como um importante componente da avaliação da qualidade dos serviços de saúde (SILVA e FORMIGLI, 1994).

Uma combinação de métodos tem sido sugerida para o estudo da satisfação de usuários, superando os limites associados a cada um deles em particular (ASPINAL *et al.*, 2003). Com isto, permite-se que sejam privilegiados espaços para análises quantitativas, buscando captar a amplitude do fenômeno; e qualitativas, que permitam aprofundar sua complexidade (ESPERIDIÃO e TRAD, 2006). É justamente neste contexto que este estudo se enquadra uma vez que avaliou o Programa Saúde da Família no município de Tangará da Serra (MT), analisando a percepção dos usuários sobre a qualidade dos serviços prestados, cujos resultados poderão contribuir para o aprimoramento do mesmo em benefício da comunidade.

MATERIAIS E MÉTODOS

Participaram deste estudo 609 pessoas, cadastradas no Programa Saúde da Família no município de Tangará da Serra (MT). O município possui uma população estimada em 73.719 habitantes, com 46,8% da população cobertas pela ESF, sendo 10 Unidades de Saúde da Família com abrangência de 9.754 famílias e de 34.849 pessoas cadastradas. A faixa etária predominante é de 20 a 39 anos com 12.526 pessoas cadastradas (BRASIL, 2008b). Aqueles que concordaram em participar do estudo assinaram previamente o Termo de

MARTHA, Sara Nader et al. Programa saúde da família sob a visão do usuário. *Salusvita*, Bauru, v. 30, n. 3, p. 159-177, 2011.

MARTHA, Sara Nader et al. Programa saúde da família sob a visão do usuário. *Salusvita*, Bauru, v. 30, n. 3, p. 159-177, 2011.

Consentimento Livre e Esclarecido após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob o protocolo nº 157/11 da Universidade do Sagrado Coração.

As 10 Unidades da ESF existentes no município de Tangará da Serra (MT) contribuíram com sua participação, sendo que, cada equipe de Saúde da Família era composta por um médico, um enfermeiro, um técnico e um auxiliar de enfermagem, um cirurgião-dentista, um auxiliar de consultório odontológico, agentes comunitários de saúde conforme o número de famílias cobertas, uma recepcionista e uma funcionária de serviços gerais. Dentre as pessoas cadastradas, foram selecionados, aleatoriamente, 609 usuários, que responderam a um questionário para identificar o nível de conhecimento da comunidade sobre a ESF e o grau de comprometimento da comunidade com o programa; avaliar o grau de satisfação com os serviços prestados e a relação existente entre a equipe profissional da ESF e o usuário; avaliar a percepção do usuário quanto à qualidade e competência profissional da equipe da ESF na resolução dos agravos da comunidade assistida.

O instrumento foi elaborado de forma clara, possibilitando fácil compreensão pelos respondentes, não afetando a qualidade das respostas e evitando o uso de termos técnicos. Seu conteúdo abordou temas focados na literatura científica para avaliação do nível de satisfação dos cadastrados no Programa. As perguntas do questionário foram semiestruturadas, solicitando que indicassem a alternativa de sua preferência. O mesmo foi aplicado pelo mesmo pesquisador.

A abordagem aos usuários foi realizada na própria unidade de saúde da família durante o expediente normal de serviço, tomando-se o cuidado para que não interferisse na rotina normal de atendimento.

A técnica utilizada para a análise e interpretação dos dados, foi a de agrupamento em categorias, embasadas nas dimensões de acesso e disponibilidade, infraestrutura, acolhimento, relação usuário-profissional de saúde, eficácia ou resolutividade, territorialidade e descentralização, informação e participação na gestão. A escolha desta proposta foi adotada por já estar validada como padrão metodológico em processos de avaliação da satisfação do usuário condizente com a realidade da população brasileira (BRASIL, 2006).

A satisfação foi analisada de acordo com o modelo de Silva *et al.* (1995), mostrando que quando a tendência é registrá-la (em seus aspectos positivos), os resultados desfavoráveis encontrados (insatisfação) devem ser registrados com atenção, pois se tornam indicadores relevantes sobre o serviço em questão. Alguns estudos passaram a destacar a importância de se debruçar sobre a avaliação da “insatisfação” (WARE *et al.*, 1983; ZASTOWNY *et al.*, 1989; COYLE,

1999), pois esta categoria permite revelar aspectos dos serviços que precisam ser melhorados e, assim, interessam aos administradores (CARR-HILL, 1992).

É exatamente nesta linha de pensamento, que este trabalho se insere, pois apesar da constatação da satisfação positiva dos usuários, notam-se alguns detalhes e contradições nas respostas que merecem análise, pois estes podem comprometer a organização, propósitos e princípios da ESF.

Segundo Creswell (2003), a triangulação de métodos qualitativos e quantitativos é útil para pesquisas que objetivam generalizar resultados e aprofundar conhecimentos sobre fenômenos e/ou conceitos. Isto faz aumentar o poder interpretativo do estudo (CRESWELL, 2003; DENZIN, 1988; ROBSON, 1998; MINAYO, 2006).

Os dados foram analisados por meio da estatística descritiva e os resultados das frequência absoluta e relativa apresentados em tabelas.

A análise das respostas abertas foi realizada em forma de associação por convergência, agrupando-se por uma mesma ideia central, possibilitando a análise estatística. E, além disto, com a leitura minuciosa das respostas, selecionaram-se algumas declarações significativas e/ou de relevância para a evolução do trabalho.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados das questões fechadas relativos ao perfil dos usuários quanto ao sexo, renda familiar e grau de instrução, a percepção do usuário quanto à instalação da ESF na sua comunidade, a satisfação do usuário com relação ao atendimento na ESF e a avaliação do usuário quanto à efetividade da ESF, são apresentados nas tabelas 1 a 4.

Em relação ao perfil do usuário observou-se evidente predomínio de mulheres cadastradas na ESF (tabela 1). De acordo com Aguiar e Moura (2004), a mulher termina por ser o membro da família que mais procura o serviço de saúde e está mais presente na unidade de saúde. Pode-se afirmar que, sendo a mulher aquela que gesta, pare e amamenta, certamente buscará mais apoio na assistência saúde. O homem tem uma maior participação no trabalho extradomiciliar, ficando a mulher com os afazeres domésticos e o cuidado dos filhos, cabendo a estas a responsabilidade pela saúde da família.

A realidade da população atendida é predominantemente de baixa renda, visto que cerca de 92% dos pesquisados recebiam até três salários mínimos como renda familiar (tabela 1), e destes, quase 40% recebiam até um salário mínimo. Verifica-se então, uma população

MARTHA, Sara Nader et al. Programa saúde da família sob a visão do usuário. *Salusvita*, Bauru, v. 30, n. 3, p. 159-177, 2011.

MARTHA, Sara Nader et al. Programa saúde da família sob a visão do usuário. *Salusvita*, Bauru, v. 30, n. 3, p. 159-177, 2011.

carente no que diz respeito às determinantes sociais de saúde (alimentação, moradia, saneamento, vestuário, cultura).

Com relação à escolaridade (tabela 1) segue-se, a exemplo da renda familiar, com maior propensão aos ensinos fundamental incompleto (25,48%) e médio incompleto (26,88%). Observa-se a presença de alto grau de instrução incompleto.

Tabela 1 – Perfil dos usuários cadastrados no Programa de Saúde da Família no município de Tangará da Serra (MT), quanto ao sexo, renda familiar e grau de instrução.

Variáveis	N	%
Sexo*		
Masculino	118	20,07
Feminino	470	79,93
Renda familiar*		
até 1 s.m.**	230	39,12
de1 a 2 s.m.	110	18,71
de2 a 3 s.m.	201	34,18
de3 a 5 s.m.	27	4,59
acima de 5 s.m	20	3,40
Grau de instrução***	N	%
Sem instrução	29	5,06
Ensino Fundamental incompleto	146	25,48
Ensino Fundamental completo	74	12,91
Ensino Médio incompleto	154	26,88
Ensino Médio completo	131	22,86
Ensino Superior incompleto	19	3,32
Ensino Superior completo	20	3,49

* 21 Não Responderam

** Salário mínimo nacional no valor de R\$ 450,00

*** 36 Não Responderam

Quanto às falhas da ESF, 20 usuários (5,56%) apontaram os problemas com a infraestrutura, relatando que, quando chove, não tem uma área de cobertura para espera enquanto a USF ainda não abriu e de falta de bancos/cadeiras para espera da consulta (fruto das longas filas). De acordo com Ramos e Lima (2003), existe comercialização de lugar na fila de espera pela grande demanda reprimida. Com isto, gera-se certa corrupção ou troca de favorecimento, prejudicial a todo processo democrático institucional do SUS. Situação semelhante foi observada neste estudo onde quatro usuários relataram que para agilizar a consulta, pega um pedido médico do SUS para ir ao serviço privado. Disponibilizamos um destes comentários: “*Pego um pedido e pago a metade*”.

As queixas de falta de vagas para consultas médicas (8,14% - quarto lugar de citação) e odontológicas (14,96% - segundo lugar de citação) ilustram esta situação. O sentimento da insuficiência

da ESF para a cobertura da demanda do bairro foi percebida por 54,75% dos usuários (tabela 2). Enquanto os trabalhadores, quem estão de frente para os problemas, não sentirem isso como direito da população e envolverem as instâncias superiores, será difícil incluir alguma estratégia que reverta esse quadro (SCHIMITH e LIMA, 2004).

MARTHA, Sara Nader et al. Programa saúde da família sob a visão do usuário. *Salusvita*, Bauru, v. 30, n. 3, p. 159-177, 2011.

Tabela 2 – Percepção dos usuários cadastrados no Programa de Saúde da Família no município de Tangará da Serra (MT), quanto à instalação do PSF na sua comunidade.

Questões	Sim	Não	Total
Você acha que a comunidade do bairro deve ter mais participação no PSF e ser ouvida?*	565 (97,08%)	17 (2,92%)	582 (100,00%)
Você já foi convidado a participar de reuniões para dar opinião sobre o atendimento do PSF?*	80 (13,70%)	504 (86,30%)	584 (100,00%)
Você acha que as unidades de PSF são suficientes para atender a demanda em seu bairro?***	262 (45,25%)	317 (54,75%)	579 (100,00%)

* 27 Não Responderam

** 25 Não Responderam

*** 30 Não Responderam

A dificuldade de acesso à consulta odontológica foi um dos problemas levantados por cinco dos 17 usuários entrevistados no estudo de Ramos e Lima (2003), que vem ao encontro dos nossos resultados, sendo que dentre as falhas apontadas está a forma de agendamento para as consultas odontológicas (4,72%). Os usuários precisam permanecer em filas desde a madrugada para ingressar no atendimento. A sistemática de marcação de consultas odontológicas tem muitos aspectos positivos, no entanto, pode-se questionar se os moradores da área de atuação, que deveriam estar sendo priorizados pelo critério de territorialização, estão sendo atendidos por seu serviço de referência. Contudo, com relação a esta sistemática, nossos usuários têm praticamente preferências igualitárias, levando pequena vantagem para o agendamento prévio (56%) em relação ao atendimento por livre demanda (44%).

MARTHA, Sara Nader et al. Programa saúde da família sob a visão do usuário. *Salusvita*, Bauru, v. 30, n. 3, p. 159-177, 2011.

Entretanto, faz-se necessária a mudança da forma de agendamento, visto que para este tratamento odontológico ocorre apenas uma vez por mês, favorecendo ainda mais a competitividade para se conseguir uma vaga, além de configurar uma falta de humanização para com seus usuários. E há um comentário em relação ao agendamento odontológico: “*Deveria ser marcado pelo agente de saúde que facilitaria muito mais.*”

A realidade da população adstrita é o atendimento centrado no médico e a manutenção das filas em horários desumanos para a garantia de acesso. Isso permite afirmar que não basta aumentar o número de equipes de Saúde da Família sem abrir espaços para novas formas de organização no processo de trabalho. Portanto, a demanda única para o médico, de atendimentos clínicos, contribui para a falta de acesso e para a vinculação dos usuários a um único membro da equipe. A pouca movimentação na unidade quando o médico está ausente, confirma esse achado, o que caracteriza o modelo médico hegemônico, consequência da organização do processo de trabalho que direciona a demanda clínica para o médico na unidade básica (SCHIMITH e LIMA, 2004).

O acolhimento na saúde é a construção de um novo modo de ver a doença, como responsabilidade social, a construção de novos valores de solidariedade, compromisso e construção da cidadania (BUENO, 2007).

Nesta linha de pensamento é que a pergunta relacionada com a recepção (tabela 3) não tem, de forma alguma, a pretensão de ter como definição o acolhimento. Esta apenas serviu como parâmetro da maneira que o usuário se sente ao chegar à porta de entrada destes serviços. Assim, foi observada uma classificação do serviço de recepção em ótima para 27,14% dos casos, 47,57% bom e uma considerável parcela de 20,77% como regular.

Escutar significa, num primeiro momento, acolher toda queixa ou relato do usuário mesmo quando possa parecer não interessar diretamente para o diagnóstico e tratamento (BRASIL, 2008b). Isto acaba gerando mais confiança ao usuário, aumentando sua autoestima e elevando a credibilidade para com o profissional, facilitando assim a cooperação ao tratamento e continuidade do cuidado.

Neste sentido, a exemplo de um atendimento particular, os cinco primeiros minutos de contato entre o usuário e a porta de entrada da USF, são essenciais para garantir a boa ou a má impressão dos serviços disponibilizados na ESF.

Segundo Schimith e Lima (2004), em um de seus exemplos, um dos trabalhadores caracteriza os usuários que “batem ponto” no ser-

Tabela 3 – Satisfação dos usuários cadastrados no Programa de Saúde da Família no município de Tangará da Serra (MT), com relação ao atendimento no PSF.

Questões	Ótimo	Bom	Regular	Ruim	Total
Como você avalia o serviço da recepção no PSF?*	162 (27,14%)	284 (47,57%)	124 (20,77%)	33 (5,53%)	597 (100,00%)
Como você classificaria o atendimento médico oferecido pelo PSF? **	270 (45,92%)	227 (38,61%)	85 (14,46%)	6 (1,02%)	588 (100,00%)
Como você classificaria o atendimento odontológico oferecido pelo PSF? ***	243 (46,55%)	200 (38,31%)	70 (13,41%)	9 (1,72%)	522 (100,00%)
Como você classificaria o atendimento da enfermagem oferecido pelo PSF? ****	227 (41,88%)	231 (42,62%)	71 (13,10%)	13 (2,40%)	542 (100,00%)
Como você classificaria o atendimento dos agentes comunitários oferecido pelo PSF?	221 (36,29%)	222 (36,45%)	102 (16,75%)	64 (10,51%)	609 (100,00%)
Como é o relacionamento do médico do PSF com a população? #	251 (43,50%)	229 (39,69%)	84 (14,56%)	13 (2,25%)	577 (100,00%)
Como é o relacionamento da equipe odontológica do PSF com a população? ##	228 (44,62%)	214 (41,88%)	60 (11,74%)	9 (1,76%)	511 (100,00%)
Como é o relacionamento da equipe de enfermagem do PSF com a população? ###	203 (38,59%)	232 (44,11%)	77 (14,64%)	14 (2,66%)	526 (100,00%)
Como é o relacionamento da equipe dos agentes comunitários do PSF com a população?	215 (35,30%)	243 (39,90%)	95 (15,60%)	56 (9,20%)	609 (100,00%)
Como você classifica a competência/capacidade dos profissionais do PSF? ####	155 (26,45%)	301 (51,37%)	123 (20,99%)	7 (1,19%)	586 (100,00%)

* 6 Não Responderam; ** 21 Não Responderam; *** 87 Não Responderam;

**** 67 Não Responderam; #32 Não Responderam; ##98 Não Responderam;

###83 Não Responderam; ####23 Não Responderam

SALOMÃO, Priscila
Maria Aranda,
BARROSO, Steyce
Kelle Ferraz e
MARCELLINO,
Márcia Clélia Leite.
Efeitos da Marapuama
(Ptychopeatalum
Olacoides Benthian)
nas alterações
motoras induzidas
por reserpina em
camundongos.
Salusvita, Bauru, v.
31, n. 2, p. 105-116,
2011.

viço como dependentes emocionais, sem questionar o porquê dessa atitude. É possível que suas necessidades de saúde não estejam sendo ouvidas e, portanto, não atendidas, por isso o retorno insistente.

Existe um espaço aberto de possibilidades na construção do sistema de saúde: que os atores sociais sintam-se no direito de desejar a mudança e que consigam visualizar a concretude da proposta. Para que isso ocorra é preciso que os trabalhadores de saúde desejem o SUS enquanto projeto de defesa da vida da população e não tomem os serviços de saúde como fonte de sofrimento. Quando os sujeitos trabalhadores se sentirem atores na busca desse projeto, é possível que avancemos em direção à implementação de um sistema legal e, acima de tudo, cidadão (SCHIMITH e LIMA, 2004).

No que diz respeito à forma de abordagem do médico, algo bastante valorizado e referido nas entrevistas, um dos critérios utilizados pelos usuários é o exame físico, que, entre outras coisas, pode determinar a escolha do profissional e do serviço. O exame físico criterioso e detalhado demonstra o interesse do profissional pelo cliente. Para o usuário isso significa maior precisão no diagnóstico e tratamento (RAMOS e LIMA, 2003). Percebeu-se isto também neste estudo, em que oito usuários relataram que o profissional médico deveria diagnosticar melhor e também em um de seus relatos: “*Médicos poderiam estudar um pouco mais os problemas.*”

Uma das formas de manifestação de respeito ao usuário é a pontualidade dos médicos, referida pelos sujeitos desta investigação, confirmando o relato de Oliveira (1998), Ramos e Lima (2003). Diametralmente oposto, o horário ocupa o sexto lugar do que precisa melhorar para o médico - 4,26%. Apesar disto, a competência e a capacidade profissional de todos os trabalhadores da ESF foi considerada como boa (51,37%, tabela 3) para a maioria dos usuários.

Os profissionais de saúde devem reconhecer os limites de seus conhecimentos e das tecnologias por eles empregadas e buscar outros conhecimentos em diferentes setores, como acerca da situação de exclusão social em que vivem assumindo um compromisso ético profundo. O que pode ser ótimo e correto para o profissional pode estar contribuindo para o adoecimento de um usuário. O compromisso ético com o usuário deve levar o serviço a ajudá-lo a enfrentar, ou ao menos perceber, estas causalidades externas. É muito comum nos serviços ambulatoriais que o descuido com a produção de vida e o foco excessivo na doença acabe levando usuários a tornarem-se conhecidos como poliqueixosos, pois a doença ou o risco torna-se o centro de suas vidas (BRASIL, 2008).

As estratégias de superação devem considerar, especialmente, o estabelecimento de vínculo, troca de saberes e o respeito pelo outro

(MARIN *et al.*, 2007). Em relação ao respeito, sem dúvida, foi uma das maiores reclamações dos usuários. Obteve-se a segunda posição em relação a melhorias no atendimento médico (12,02%) e no atendimento de enfermagem (17,73%), aparecendo também entre as falhas da ESF (4,44%) e melhorias no atendimento odontológico (3,15%). Entretanto, detecta-se em pergunta fechada uma boa avaliação com a recepção, contraditoriamente à reclamação geral quanto à educação e respeito ao usuário. E também, quando questionados sobre o relacionamento, os índices foram favoráveis: 43,5% de ótimo para médico, 44,62%, para odontológico, 44,11% de bom para enfermagem e 39,9%, para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Este mesmo respeito faz parte, e é essencial, para um bom acolhimento e vínculo profissional-usuário e que nunca deve ser ignorado numa equipe de saúde da família. Seguem alguns depoimentos:

Da informação sobre a ESF: “... atenção das funcionárias e ser bem recebida para mim é muito importante.”

De qual profissional falta para completar a ESF: “Nenhum, o que falta é gente com educação, que trate bem as pessoas.”

Da melhora no atendimento odontológico: “*Saber que a gente não é cachorro.*”

Sobre as falhas da ESF: “Falta de um humanismo da enfermeira.”

Ferraz e Aerts (2005) divulgaram um estudo onde os resultados apontam que o ACS vem desenvolvendo funções que descaracterizam seu papel. As visitas domiciliares são realizadas superficialmente, e o ACS permanece a maior parte do tempo na unidade de saúde, auxiliando a equipe em serviços burocráticos. Este desvio de suas funções acaba por transparecer como ausência delas em serviço de acordo com os usuários: “Agentes de saúde que queiram de verdade trabalhar.” e “*Falta de fiscalização nos agentes de saúde.*” E isto também se reflete nos achados sobre seu atendimento com uma ligeira alta em relação aos outros profissionais na classificação ruim (10,51%, tabela 3), assim como em seu relacionamento (9,2%, tabela 3).

Para ser ACS, é necessário satisfazer certas condições, como ter idade mínima de 18 anos, saber ler e escrever, morar na comunidade em que trabalha durante pelo menos dois anos e ter disponibilidade de oito horas diárias para exercer seu trabalho (SEABRA, 2006). A nosso entender, estes requisitos são ínfimos perto da grande responsabilidade e importância deste profissional na concretização de um modelo de atenção em saúde seguindo os princípios da ESF.

O modo de trabalho do cirurgião-dentista raramente tem se inserido com as práticas de profissionais de outras áreas, revelando uma escassa familiaridade com o trabalho em equipe. Assim, suas ações ainda permanecem isoladas. Além disso, são perceptíveis os indícios

MARTHA, Sara Nader et al. Programa saúde da família sob a visão do usuário. *Salusvita*, Bauru, v. 30, n. 3, p. 159-177, 2011.

MARTHA, Sara Nader et al. Programa saúde da família sob a visão do usuário. *Salusvita*, Bauru, v. 30, n. 3, p. 159-177, 2011.

dessas práticas nos serviços de saúde, como os da divisão do trabalho através de especialidades estanques que pouco interagem. Um exemplo vem das Universidades de odontologia e medicina, onde a formação prioriza o tecnicismo e o biologismo, em detrimento de possibilidades de integração (ROBLES, 2008). Assim, pelo menos no aspecto técnico de atendimento, médicos e cirurgiões-dentistas receberam a classificação ótima, com 45,92% e 46,55%, respectivamente (tabela 3). Apesar da ressalva de melhorias de atendimento técnico odontológico: “*Deixar de fazer curativos e obter.*”

O enfermeiro necessita estar envolvido com o trabalho em equipe e comunidade, uma vez que o envolvimento das pessoas com sua atividade profissional torna-se fundamental não só para sua satisfação pessoal, mas também, voltadas para a satisfação do cliente e a manutenção da instituição, em termos de qualidade dos serviços oferecidos (REBELO, 1995). Neste quesito de atendimento este profissional teve a aprovação de 42,62% dos usuários classificaram (tabela 3).

Se um trabalhador é centro, forma-se uma copa em torno de um só ponto, que pressionado, ora gosta de ser o centro de poder e onipotência, ora se faz exausto por não suportar o peso. Em fragilidade, impotente verga-se e afasta-se em responsabilização; se produz omissão. Neste exemplo, o centro é o trabalhador enfermeiro que é depositário das necessidades dos usuários trazidos pelos agentes comunitários (FORTUNA, 2003) onde muitas vezes, na tentativa de amenizar o peso da demanda reprimida, invade o que é de outro profissional. O usuário percebe nitidamente esta situação e traduz isto por meio do depoimento: “*Ela deveria fazer só o trabalho dela, pois está fazendo o do médico também.*”

É no campo das relações interpessoais que se estabelecem a humanização e o vínculo; logo, é preciso que os indivíduos sejam considerados, de alguma maneira, simultaneamente biológicos e psicossociais e, para isto, é necessário que se instrumentalize os profissionais para estas abordagens (ALVARENGA, 2005).

Na análise relativa à eficácia ou resolutividade do ponto de vista dos pacientes, a satisfação com o serviço de saúde está associada com a resolução do problema que motivou a consulta (HALAL *et al.*, 1994). Tendo isto em mente, a resolução dos problemas após atendimento médico, odontológico e de enfermagem nas ESF foi considerada como sempre resolvidos para a maioria, com 49,83%, 57,08% e 58,38%, respectivamente (tabela 4).

Em termos de disponibilidade de medicamentos, receber os remédios no próprio posto de saúde esteve associado com uma probabilidade 33% maior de resolução do problema quando comparados com os demais pacientes. Este é o principal fator associado com a capacidade resolutiva qualitativa do serviço (HALAL *et al.*, 1994).

Nas unidades da ESF verificou-se que a farmácia básica nem sempre tem a medicação disponível (Tabela 4) em que 41,13% dos usuários disseram encontrar a medicação só às vezes na unidade, seguida por quase sempre com 40,27%.

Tabela 4 – Avaliação dos usuários cadastrados no Programa de Saúde da Família no município de Tangará da Serra (MT), quanto à efetividade do PSF.

Questões	Sempre	Quase sempre	Às vezes	Nunca	Total
O seu problema tem sido resolvido após o atendimento médico?*	293 (49,83%)	185 (31,46%)	110 (18,71%)	-	588 (100,00%)
O seu problema tem sido resolvido após o atendimento odontológico? **	266 (57,08%)	131 (28,11%)	69 (14,81%)	-	466 (100,00%)
O seu problema tem sido resolvido após o atendimento de enfermagem? ***	296 (58,38%)	140 (27,61%)	71 (14,00%)	-	507 (100,00%)
Em relação aos remédios receitados, você encontra sempre à disposição no PSF? ****	94 (16,04%)	236 (40,27%)	241 (41,13%)	15 (2,56%)	586 (100,00%)
Você participa das reuniões ou palestras promovidas pela equipe do PSF? #	27 (4,69%)	52 (9,03%)	181 (31,42%)	316 (54,86%)	576 (100,00%)

* 21 Não Responderam; ** 143 Não Responderam; *** 102 Não Responderam; **** 23 Não Responderam; #33 Não Responderam

Identificou-se, também, a migração que os usuários fazem na cidade, entre as diferentes unidades de saúde, em busca dos medicamentos, porque muitas vezes não estão disponíveis no local e no momento onde se deu o atendimento. Este deslocamento se dá das Unidades de bairros bem afastados, em direção ao Posto de Saúde Central, onde se encontra a maioria da medicação disponibilizada pelo SUS. Além de este fato gerar dificuldades de acesso, prejudica em muito a adesão do usuário ao tratamento, principalmente em doenças crônicas, diminuindo fortemente sua eficácia e resolutividade (RAMOS, 2003).

MARTHA, Sara Nader et al. Programa saúde da família sob a visão do usuário. *Salusvita*, Bauru, v. 30, n. 3, p. 159-177, 2011.

MARTHA, Sara Nader et al. Programa saúde da família sob a visão do usuário. *Salusvita*, Bauru, v. 30, n. 3, p. 159-177, 2011.

A presença de medicamentos foi considerada como um dos benefícios à comunidade (3,95%), porém também apontada com uma das principais falhas da ESF (7,78%), quando da sua falta. Em um dos depoimentos configurou-se como falhas a “*Falta de remédios, falta de copos descartáveis e muito lixo hospitalar no chão.*”

Outra forma de aumentar a resolutividade dos casos clínicos é a necessidade de uma prática terapêutica expandida (exercícios, bolsa alimentação, dieta, direito da cidadania, cesta básica), com novas intervenções ou intervenções partilhadas com outros profissionais, o que não é garantido pela ESF (ALVARENGA, 2005).

Quando questionados sobre informação e participação na gestão, foram constatadas diversidades no significado da ESF, por meio da pergunta sobre cognição, com 22,79% das respostas dizendo que a ESF está relacionado com a prevenção e qualidade de vida enquanto para 21,08% está relacionado com ajuda e necessidade. Alguns depoimentos refletem este significado:

“Tudo porque eu preciso muito.”

“Pessoas que procuram uma maneira de ajudar a quem está procurando uma melhora em sua saúde, sua dor. Pessoas compreensivas, seres humanos.”

”Creio que seja uma nova estratégia de política social para a saúde familiar.”

“Significa que os profissionais conhecem a todos os pacientes e seus problemas de saúde, o que fica mais fácil o acompanhamento.”

“Para que possamos tratar de nossa saúde e não da nossa doença.”

Sobre a participação dos usuários em reuniões ou palestras promovidas pela ESF (tabela 4), nota-se nitidamente uma omissão daqueles, visto que a maioria (54,86%) diz nunca ter participado. Entretanto, 86,30% disseram não ter sido convidado a participar de reuniões para dar opinião sobre o atendimento da ESF (tabela 2). Será que com o nível de acolhimento já demonstrado pelos profissionais perante aos usuários, estas omissões não seriam também culpa da própria ESF, uma vez que 97,08% dos usuários clamam por maior participação na ESF com a possibilidade de escuta (tabela 2).

As atividades de promoção e prevenção, propostas pela equipe, também têm apresentado pouca adesão, o que parece merecer reflexão e análise quanto à efetividade das mesmas e adequação às necessidades da população. Além disso, tais medidas precisam ser ampliadas, envolvendo a intersectorialidade, visando não apenas manter uma ocupação e recreação, mas sim qualificação que possibilite conquistas e perspectivas de melhoria das condições de vida (MARIN

et al., 2007). Concordamos com o autor e acreditamos que esta pode ser também uma das causas da omissão dos nossos usuários em reuniões e palestras planejadas pela equipe de saúde da família.

A aproximação entre a Equipe de saúde e a comunidade se constitui num dos objetivos primordiais da ESF, que é a questão do vínculo. Entretanto, este é constantemente quebrado com a instabilidade que ainda impera nos tipos de contratos estabelecidos na maioria dos municípios. A ausência de concurso público e as diferenças salariais apresentadas fazem com que haja uma rotatividade significativa dos profissionais (ARAÚJO *et al.*, 2005).

A ampliação da participação se consolida na medida em que se viabiliza a capacidade de grupos de interesse de influenciar, direta ou indiretamente, a formulação de gestão de políticas públicas. Esse processo assume um caráter diferenciador, não só quanto à legitimidade, mas principalmente quanto à garantia de democratização da gestão dos bens públicos (ARAÚJO *et al.*, 2005).

CONCLUSÕES

Os resultados obtidos com a realização deste estudo permitiram compreender que, de maneira geral, o nível de conhecimento sobre o significado da ESF diverge muito entre os usuários, notando-se uma predileção no que se refere à promoção, prevenção e qualidade de vida, seguida por necessidade e ajuda. Complementarmente, em relação aos serviços prestados, os usuários dizem estar satisfeitos com a atuação dos profissionais já a relação profissional-usuário é prejudicada pelos indícios de falta de atenção e respeito.

No entanto, a percepção da competência profissional para a resolução aos agravos da comunidade foi considerada favorável e há certa dificuldade de acesso aos medicamentos e às consultas, principalmente a odontológica, relatadas pelos usuários deste serviço público.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, A. C. S.; MOURA, E. R. F. Percepção do usuário sobre a atuação da equipe de saúde da família de um distrito de Caucaia-CE. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v.17, n.4, p.163-9, 2004.

ALVARENGA, L. M. DE C. A. *A prática médica no programa de saúde da família e sua contribuição para mudança do modelo tecno*

MARTHA, Sara Nader et al. Programa saúde da família sob a visão do usuário. *Salusvita*, Bauru, v. 30, n. 3, p. 159-177, 2011.

MARTHA, Sara Nader et al. Programa saúde da família sob a visão do usuário. *Salusvita*, Bauru, v. 30, n. 3, p. 159-177, 2011.

assistencial em saúde: limites e possibilidades. São Paulo, 2005. 113 p. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

ARAÚJO, M. F. S. et al. O Programa de Saúde da Família (PSF) sob a ótica dos usuários nas comunidades Santa Clara e Alto do Céu em João Pessoa-PB. **Revista Eletrônica de Ciências Sociais**, João Pessoa, n. 9, p. 1-15, set. 2005.

ASPINAL, F.; ADDINGTON-HALL, J.; HUGHES, R.; HIGGINSON, I. J. Using satisfaction to measure the quality of palliative care: a review of the literature. **Journal of Advanced Nursin**. London, v. 42, n. 2, p. 324-39, may. Review. 2003.

AYRES R.C.V.; PEREIRA S.A.O.E.; ÁVILA S.M.N.; VALENTIM W. Acolhimento no PSF: humanização e solidariedade. **O Mundo da Saúde**. São Paulo, v. 30, n. 2, p. 306-311, abr-jun. 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2008. 92 p. –

_____. Ministério da Saúde. *Pesquisa Nacional de Avaliação da Satisfação dos Usuários do SUS*. Brasília, 2006, 16p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. 2. ed. Brasília, Ministério da Saúde, 2008b.

BUENO, W. S. Boletim: construindo um gestor pleno. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (orgs.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. 3.ed. São Paulo, Hucitec, 2007. Parte 3, p. 169-196.

CARR-HILL, R.A. The measurement of patient satisfaction. **Journal of Public Health Medicine**, London, v. 14, n. 3, p. 236-49, 1992.

COYLE, J. Exploring the meaning of “dissatisfaction” with health care: the importance of “personal identity threat”. **Sociology of Health & Illness**, London, v.21, n. 1, p. 95-123, jan.1999.

CRESWELL, J.W. Research design: qualitative, quantitative and mixed methods approaches. Second Edition. Sage publications, 2003.

DENZIN, N.K. The research Act: a theoretical introduction to socio-

logical methods. Englewood Cliffs/Prentice-Hall, New Jersey, 1988.

ESPERIDIÃO, M.; TRAD, L. A. B. Avaliação da satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1267-76, jun. 2006.

FERRAZ, L. C.; AERTS, D. R. G. C. O cotidiano do trabalho do agente comunitário no PSF em Porto Alegre. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 347-55, abr/jun. 2005.

FORTUNA, C. M. *Cuidando de quem cuida: notas cartográficas de uma intervenção institucional na montagem de uma equipe de saúde como engenhoca-mutante para produção da vida*. Ribeirão Preto, 2003. 216p. Tese (Doutorado) - Faculdade de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

HALAL, I. S. et al. Avaliação da qualidade de assistência primária à saúde em localidade urbana da região sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, n.2, p.131-36, abr. 1994.

MARIN, M.J.S. et al. As contribuições da comunidade para o trabalho da equipe de um PSF. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 6, p. 1065-71, dez. 2007.

MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Editora Hucitec. 2006.

OLIVEIRA, F. J. A. *Serviços de Saúde e seus Usuários: Comunicação entre Culturas em uma Unidade de Saúde Comunitária*. Porto Alegre, 1998. 214p. Dissertação (Mestrado), Instituto de Filosofia e Ciências Humanas - Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 27-34, fev. 2003.

REBELO, P. A. P. Qualidade em saúde: modelo teórico, realidade, utopia e tendência. Rio de Janeiro: Qualitymark; 1995.

ROBLES, L. P. *Atenção à saúde bucal no município de São Paulo de 2005 a 2007*. São Paulo, 2008. 448p. Tese (Doutorado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

ROBSON, C. Real world research: a resource for social scientists and practitioner-researchers. Oxford:Blackwell, 1998.

SCHIMITH, M.D.; LIMA, M.A.D.S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1487-1494, nov./dez. 2004.

MARTHA, Sara Nader et al. Programa saúde da família sob a visão do usuário. *Salusvita*, Bauru, v. 30, n. 3, p. 159-177, 2011.

MARTHA, Sara Nader et al. Programa saúde da família sob a visão do usuário. *Salusvita*, Bauru, v. 30, n. 3, p. 159-177, 2011.

SEABRA, D. C. *O agente comunitário de saúde na visão da equipe multiprofissional*. Ribeirão Preto, 2006. 126p. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

SILVA, L. M. V.; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.10, n.1, p. 80-91, jan./mar. 1994.

SILVA, L. M. V. da et al. O processo de distritalização e a utilização de serviços de saúde - avaliação do caso de Pau da Lima, Salvador, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 72-84, mar. 1995.

WARE, J. E.; SNYDER, M. K.; WRIGHT, W. R.; DAVIES, A. R. Defining and measuring patient satisfaction with medical care. **Evaluation and Program Planning**, v. 6, p. 247-263. 1983.

ZASTOWNY, T.R., ROGHMANN, K.J., CAFFERATA, G.L. Patient satisfaction and the use of Health Services: Exploration in Causality. **Medical Care**, v. 27, n. 7, p. 705-723, 1989.

DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM EM FASCEÍTE NECROTIZANTE SECUNDÁRIA A CISTO PILONIDAL

Nursing diagnosis and interventions in necrotizing faciitis secondary to pilonidal cyst

Carlos Alberto Rucco Giúdice¹
Selma Regina Axcar Salotti²

¹Graduado em Fisioterapia e Enfermagem, especialista em Saúde da Família, fisioterapeuta da Associação Hospitalar de Bauru (Bauru-SP-Brasil).

²Professora Ms. da Faculdade de Enfermagem da Universidade Paulista (UNIP), campus Bauru (SP), Diretora Técnica da Divisão de Enfermagem do Instituto Lauro de Souza Lima (Bauru-SP-Brasil).

GIÚDICE, Carlos Alberto Rucco; SALOTTI, Selma Regina Axcar. Diagnósticos e intervenções de enfermagem em faceíte necrotizante secundária a cisto pilonidal. *Salusvita*, Bauru, v. 30, n. 3, p. 179-202, 2012.

RESUMO

Introdução: A doença pilonidal é uma afecção supurativa, de localização subcutânea, encontrada, quase sempre, na região sacrocóccigea. Apresenta sintomatologia complexa e apresentações clínicas variáveis. O retardo no seu diagnóstico pode desencadear fasceíte necrotizante, infecção rara, polibacteriana, destrutiva e rapidamente progressiva. **Objetivo:** O propósito deste estudo foi revisar criticamente o tema através da descrição de um caso de fasceíte necrotizante secundária a cisto pilonidal com elaboração de diagnósticos e intervenções de Enfermagem. **Método:** Descreve-se o caso de um paciente de 14 anos apresentando fasceíte necrotizante extensa em região dorsal do tronco secundária a cisto pilonidal. **Resultado e Discussão:** Inicialmente, o tratamento foi realizado com reposição e controle hidroeletrólítico, antibioticoterapia de amplo espectro e desbridamento cirúrgico imediato e radical do tecido necrótico com cicatrização por segunda intenção. Os curativos foram diários, sen-

Recebido em: 15/10/2011
Aceito em: 28/12/2011

do realizados com Colagenase-Cloranfenicol. No 2º PO iniciaram-se as sessões de oxigenoterapia hiperbárica. No 16º PO, foi realizado enxerto dermo-epidérmico. Utilizou-se Granugenol (pasta) nas áreas doadoras diariamente. O tratamento hiperbárico estendeu-se até após a alta hospitalar, a qual ocorreu nove dias após o enxerto. As características das doenças são discutidas. Foram identificados 18 Diagnósticos de Enfermagem da taxonomia II da North American Nursing Diagnosis Association, com as respectivas Intervenções / Atividades principais da Nursing Intervention Classification.

Palavras-chave: seio pilonidal. Fasciite necrosante. Planejamento de assistência ao paciente. Processos de enfermagem.

ABSTRACT

Introduction: *Pilonidal disease is a subcutaneous suppurative infection usually found in the sacrococcygeal area, of complex symptomatology and varied clinical characteristics. Its late diagnosis may develop into necrotizing fasciitis, a destructive and rapidly spreading rare polybacterial infection. Objective: the objective of this research was to discuss and review this subject through the description of a case of necrotizing fasciitis secondary to pilonidal cyst, with the elaboration of Nursing diagnoses and interventions.*

Method: *The case involves a previously healthy 14 year-old patient who presented extensive necrotizing fasciitis in the dorsal part of the torso, secondary to pilonidal cyst. Results/Discussion: The initial treatment was done with hydroelectrolytic control and reposition, large spectrum antibiotic therapy and immediate and radical surgical debridement of the necrotized tissue with healing by second intention. Daily bandaging was done using Collagenase/Cloranphenicol. In the 2nd PO the hyperbaric oxygen therapy sessions were started. In the 16th PO, an dermoepidermic graft was done. Granugenol (balm) was daily applied to donating areas. The hyperbaric treatment was maintained until after the patient's discharge from hospital, which occurred nine days after graft. The characteristics of the disease are also discussed. It was possible to identify 18 Nursing Diagnoses of taxonomy II of the North American Nursing Diagnosis Association, with the respective Interventions / Main activities of the Nursing Intervention Classification.*

Key words: *pilonidal sinus, necrotizing fasciitis, planning of patient assistance, nursing processes*

GIÚDICE, Carlos Alberto Rucco; SALOTTI, Selma Regina Axcar. Diagnósticos e intervenções de enfermagem em faceíte necrotizante secundária a cisto pilonidal. *Salusvita*, Bauru, v. 30, n. 3, p. 179-202, 2011.

GIÚDICE, Carlos
Alberto Rucco;
SALOTTI, Selma
Regina Axcar.
Diagnósticos e
intervenções de
enfermagem em
faceíte necrotizante
secundária a cisto
pilonidal. *Salusvita*,
Bauru, v. 30, n. 3, p.
179-202, 2011.

INTRODUÇÃO

Cisto Pilonidal

A doença pilonidal é uma patologia inflamatória crônica (POSTIGLIONE e BRAGA, 2002; LIBONI e FREGNANI, 2007), que manifesta-se clinicamente com quadro inflamatório clássico, traduzido por dor, tumefação e rubor local. Os cistos pilonidais são descritos como cistos dermóides que contém folículos pilosos, pêlos e glândulas sebáceas. Há descrição destes no pênis, na região interdigital das mãos, na região cervical e no crânio. Porém, quase na totalidade das vezes, são encontrados na região sacrococcígea (BORGES *et al.*, 1999).

A doença pilonidal é caracterizada por uma fístula na região sacrococcígea. É uma afecção supurativa, de localização subcutânea, em cujo trajeto frequentemente há pêlos caducos (LIBONI e FREGNANI, 2007). A doença pilonidal tem o seu início quando a força de sucção existente sob a fissura dos glúteos puxa a derme da pele branda da linha média, provocando o aumento dos folículos de pêlo. Eventualmente, as forças sugam o conteúdo dos folículos aumentados para dentro da gordura subcutânea, desencadeando uma reação ao corpo estranho (BASCUM, 1986).

Acomete aproximadamente 25 pessoas a cada 100 mil, sendo mais comum entre a puberdade e os 25 anos de idade, aproximadamente. “É mais frequente em homens do que em mulheres (proporção de 4:1) e mais comum em brancos (83,8% dos casos)” (LIBONI e FREGNANI, 2007).

Consiste em uma sintomatologia complexa, com apresentações clínicas variáveis em relação à forma, tamanho e consistência, podendo ir desde cistos assintomáticos até lesões dolorosas com drenagem ou secreção purulenta (GUPTA, 2006). Esta secreção é exteriorizada na pele por um ou mais orifícios situados na região da fenda interglútea. Entretanto, como a manifestação inicial é, habitualmente, na forma de abscesso (STRASSMANN *et al.*, 2004; LIBONI e FREGNANI, 2007), o diagnóstico geralmente não apresenta dificuldades, ou seja, a história clínica sugere a patologia e o exame físico confirma (POSTIGLIONE e BRAGA, 2002).

“Os principais diagnósticos diferenciais são a fístula perianal, a hidradenite supurativa, o pioderma gangrenoso, o abscesso simples e as meningococcoses” (LIBONI e FREGNANI, 2007).

Atualmente, apesar de ainda controversa, a maioria dos autores concorda que a etiopatogenia do cisto pilonidal, provavelmente, seja

adquirida (RAMOS *et al.*, 1991; STRASSMANN *et al.*, 2004; CORSI *et al.*, 2004). Além disso, esta doença também é considerada bem definida em seu aspecto clínico (POSTIGLIONE e BRAGA, 2002; CORSI *et al.*, 2004). Porém, o mesmo não ocorre em relação ao melhor tratamento, o qual ainda é alvo de muitas discussões e incertezas (STRASSMANN *et al.*, 2004) e impõe duradoura incapacitação (NAHAS *et al.*, 1997).

Há diversas terapêuticas propostas, mas nenhuma delas tem estudos com amostragem e controle suficientes para definir o tratamento de escolha (STRASSMANN *et al.*, 2004), sendo a infecção e a recorrência os maiores problemas (LIBONI e FREGNANI, 2007).

Apesar de existirem evidências da cura espontânea da doença como consequência das mudanças que ocorrem na deposição do tecido gorduroso da região sacral, a opção de conduta expectante não traz benefícios, considerando a magnitude da sintomatologia associada (NAHAS *et al.*, 1997). Medidas não cirúrgicas podem controlar os sintomas, mas apresentam altas taxas de reincidência e de falha no tratamento até de 30% (GUPTA, 2006), além da possibilidade de degeneração para o carcinoma espinocelular (NAHAS *et al.*, 1997).

O tratamento cirúrgico é o preferido pela maioria dos autores (STRASSMANN *et al.*, 2004) e tida como a única forma efetiva de tratamento (CORSI *et al.*, 2004).

Com o progresso do conhecimento do quadro anátomo-patológico desta afecção, as operações de excisão do cisto pela ampla ressecção local e a cicatrização por granulação (com a ferida aberta) passou a ser a técnica de escolha, em virtude da simplicidade do processo e das baixas taxas de reincidência (GUPTA, 2006).

As complicações da técnica fechada são as infecções (30%) (LIBONI e FREGNANI, 2007), que ocorrem tanto pela proximidade com a região anal, quanto pela formação de “espaço morto” (POSTIGLIONE e BRAGA, 2002), as coleções não infectadas, como seromas e hematomas (3%), as deiscências da ferida operatória (6%) (LIBONI e FREGNANI, 2007), além de taxas de recidiva ao redor de 20% (CORSI *et al.*, 2004). Por outro lado, o benefício está no menor período de cicatrização da ferida sacral (NAHAS *et al.*, 1997), 15 a 27 dias, em média (ARAUZ *et al.*, 2002).

No entanto, na cicatrização por segunda intenção, há maior frequência de dor e sangramento (LIBONI e FREGNANI, 2007), são maiores os períodos de atenção pós-operatória (RAMOS *et al.*, 1991), em média 56 dias, segundo Arauz *et al.* (2002) e Corsi *et al.* (2004), e 81,28 dias, segundo Strassmann *et al.* (2004), exigindo curativos regulares e minucioso cuidado com a ferida (CORSI *et al.*, 2004), além de afastamento das atividades físicas e profissionais (LIBONI

GIÚDICE, Carlos Alberto Rucco; SALOTTI, Selma Regina Axcar. Diagnósticos e intervenções de enfermagem em faceíte necrotizante secundária a cisto pilonidal. *Salusvita*, Bauru, v. 30, n. 3, p. 179-202, 2011.

GIÚDICE, Carlos
Alberto Rucco;
SALOTTI, Selma
Regina Axcar.
Diagnósticos e
intervenções de
enfermagem em
fascíte necrotizante
secundária a cisto
pilonidal. *Salusvita*,
Bauru, v. 30, n. 3, p.
179-202, 2011.

e FREGNANI, 2007). Porém, é descartada a morbidade associada à deiscência da sutura pela contínua tensão sofrida, considerando-se sua localização (NAHAS *et al.*, 1997).

Na técnica aberta, procura-se manter a área cirúrgica limpa. Dor e desconforto pós-operatório se apresentam em torno de 28% dos doentes, principalmente pelo manuseio da ferida nos curativos. Caso isto ocorra, prefere-se que o doente permaneça hospitalizado (ARAUZ *et al.*, 2002). A dor pós-operatória pode ser diminuída, aumentando o conforto do paciente, com o uso de soluções hidrocolóides (STRASSMANN *et al.*, 2004).

Alguns autores realizam a síntese da ferida operatória com o descolamento e o avanço lateral dos retalhos cutâneo-gordurosos (LIBONI e FREGNANI, 2007). O fechamento com retalhos reduz o tempo de cicatrização com uma taxa de recidiva similar à de outros procedimentos (STRASSMANN *et al.*, 2004). Porém, há considerável chance de infecção do sítio cirúrgico, além do perigo do aumento da área infecciosa pelo descolamento do tecido subcutâneo. Existe também a possibilidade da ocorrência de necrose dos retalhos, o que aumenta a área cruenta da cirurgia, bem como o tempo de internação e o afastamento das atividades. Pode haver insuficiência de retalhos laterais, havendo necessidade de rotação de retalhos mais complexos, exigindo uma área de descolamento bem maior e um treinamento técnico cirúrgico especializado (LIBONI e FREGNANI, 2007).

Mais uma vez, não há consenso sobre a melhor opção de fechamento, uma vez que a maioria dos estudos não são randomizados ou não dispõem de seguimento criterioso a longo prazo (NAHAS *et al.*, 1997; STRASSMANN *et al.*, 2004).

Infelizmente, os objetivos primordiais do tratamento cirúrgico, que são a excisão completa do cisto com menor período de cicatrização e baixa ocorrência de recidiva não se encontram plenamente alcançados (NAHAS *et al.*, 1997). Porém, mais importante que o método cirúrgico executado é quando e como utilizá-lo adequadamente. A maioria das falhas está na avaliação pré-operatória e nos cuidados pós-operatórios (ARAUZ *et al.*, 2002).

Fasceíte Necrotizante

Alguns autores relatam que em certas infecções de pele e/ou tecido celular subcutâneo, como é o caso do cisto pilonidal, o retardo no diagnóstico pode permitir que uma infecção simples progrida para fasceíte necrotizante (COSTA *et al.*, 2004).

A fascíte necrotizante é uma infecção polibacteriana destrutiva e rapidamente progressiva, que mata de 30% a 60% dos pacientes em prazo que varia de 72 a 96 horas (COSTA *et al.*, 2004). Pode acometer ambos os sexos em todas as faixas etárias (AGNE *et al.*, 1997; BONILLA e MICHEL, 2003; COSTA *et al.*, 2004), sendo a maioria dos casos encontrados em indivíduos com, pelo menos, uma doença de base. No entanto, há relatos da ocorrência de fascíte necrotizante em adultos jovens, previamente sadios (COSTA *et al.*, 2004).

Apesar do aumento de casos nos últimos anos (URBAN *et al.*, 1998; COSTA *et al.*, 2004), a fascíte necrotizante permanece uma doença rara (URBAN *et al.*, 1998; BONILLA e MICHEL, 2003). A incidência em adultos é estimada em 0,4 casos por 100.000 habitantes, enquanto que em crianças alcança 0,08 casos em 100.000 habitantes (BONILLA e MICHEL, 2003).

As taxas de mortalidade em adultos são relatadas entre 30% e 80% (LÓPEZ e HERRERA, 2002), 35% a 40% nos casos não complicados (COSTA *et al.*, 2004) e em torno de 73-76% nas formas graves (TOSTES *et al.*, 2000; BONILLA e MICHEL, 2003), sendo, portanto, proporcional ao tempo de início do tratamento, ao desbridamento cirúrgico amplo, aos cuidados intensivos e à antibioticoterapia de amplo espectro (URBAN *et al.*, 1998).

Desde 1990, a taxa de mortalidade global tem sido em torno de 30%, mas pode chegar a 100% nos casos não tratados cirurgicamente e quando há miosite (COSTA *et al.*, 2004). Porém, nos casos diagnosticados e tratados nos quatro dias imediatamente posteriores ao início dos sintomas, a mortalidade cai para 12% (URBAN *et al.*, 1998; COSTA *et al.*, 2004).

Em 85% dos casos, as infecções ocorrem espontaneamente na comunidade, 10% são adquiridas em hospitais, 4% em asilos e apenas 1% após contato direto com o paciente portador da fascíte necrotizante (LÓPEZ e HERRERA, 2002). A introdução do organismo patógeno se faz por meio de qualquer solução de continuidade da pele, podendo se desenvolver seguindo uma variedade de lesões, incluindo traumas, abscessos, punção por agulhas, fraturas expostas, picadas de insetos, infecção dentária, lipoaspiração, queimadura, laceração ou qualquer procedimento cirúrgico (AGNE *et al.*, 1997; URBAN *et al.*, 1998).

A infecção pode afetar qualquer parte do corpo (URBAN *et al.*, 1998; TOSTES *et al.*, 2000; BONILLA e MICHEL, 2003). Porém, quanto ao sítio primário mais comum da infecção, os membros inferiores representam cerca de 50% dos casos, 29% ocorrem nos membros superiores, 9% no tronco, 8% na região perianal e 1% na face (COSTA *et al.*, 2004). A localização está intimamente relacionada

GIÚDICE, Carlos Alberto Rucco; SALOTTI, Selma Regina Axcar. Diagnósticos e intervenções de enfermagem em fascíte necrotizante secundária a cisto pilonidal. *Salusvita*, Bauru, v. 30, n. 3, p. 179-202, 2011.

GIÚDICE, Carlos
Alberto Rucco;
SALOTTI, Selma
Regina Axcar.
Diagnósticos e
intervenções de
enferrmagem em
faceíte necrotizante
secundária a cisto
pilonidal. *Salusvita*,
Bauru, v. 30, n. 3, p.
179-202, 2011.

com a mortalidade, sendo de maior gravidade as lesões na cabeça ou no tronco (BONILLA e MICHEL, 2003).

Ela destrói o tecido subcutâneo e a fáscia superficial (AGNE *et al.*, 1997; LÓPEZ e HERRERA, 2002; COSTA *et al.*, 2004), podendo acometer, ocasionalmente, a fáscia profunda (AGNE *et al.*, 1997; RODRÍGUEZ *et al.*, 1999; LÓPEZ e HERRERA, 2002). Devido ao seu caráter devastador, o diagnóstico e o tratamento devem ser precisos e oportunos, caso contrário, a destruição dos tecidos pode ser bastante extensa, demandando longo tempo de recuperação e altos índices de mortalidade (BONILLA e MICHEL, 2003).

A aparência “benigna” é enganadora e responsável pelo retardo no diagnóstico, tornando este difícil e incerto. A fascíte necrotizante assemelha-se, inicialmente, com infecções superficiais de partes moles e, devido à alta frequência, à relativa facilidade no diagnóstico e à boa resposta ao tratamento destas infecções mais superficiais, pode-se incorrer em falhas terapêuticas nos casos que evoluem com comprometimento da fáscia superficial e tecido subcutâneo (COSTA *et al.*, 2004).

A fascíte necrotizante frequentemente inicia-se com celulite e bolhas, como a celulite bolho-hemorrágica. Além destes, elas apresentam outros fatores em comum, como dor, evolução rápida para necrose e gangrena, fatores predisponentes, hemoculturas positivas em mais de 60% dos casos e também podem ter os mesmos agentes etiológicos (COSTA *et al.*, 2004).

Indícios diagnósticos incluem edema inelástico, palidez, eritema, cianose e hipoestesia cutâneas, associados à crepitação do subcutâneo, fraqueza muscular, odor fétido de exsudatos, ausência de linfangite, rápida progressão da infecção, falta de resposta à antibioticoterapia convencional e áreas de necrose (AGNE *et al.*, 1997; COSTA *et al.*, 2004).

Os sinais e sintomas sistêmicos incluem febre de início precoce, ansiedade, alterações do estado mental, taquicardia e taquipnéia, os quais estão geralmente acompanhados por hipocalcemia e aumento significativo dos níveis de creatina fosfoquinase. A hipocalcemia e o aumento da creatina fosfoquinase representam uma rápida progressão dos sinais e sintomas associados com uma alta taxa de toxicidade sistêmica e mortalidade (URBAN *et al.*, 1998; LÓPEZ e HERRERA, 2002).

As infecções invasivas graves geralmente ocorrem associadas a fatores predisponentes como diabetes *mellitus*, doença vascular periférica, nefropatia, hepatopatia crônica (LÓPEZ e HERRERA, 2002; COSTA *et al.*, 2004), idade avançada (acima de 50 anos), câncer, trauma, etilismo, desnutrição, obesidade, síndrome da imunodefici-

ência adquirida, pós-operatório, corticoterapia, quimioterapia, paraplegia, úlceras de decúbito, infecção por Herpes zoster, destacando-se o uso de drogas intravenosas como um crescente fator de risco para fascíte necrotizante (URBAN *et al.*, 1998).

Os fatores predisponentes estão presentes em 71% dos casos. Portanto, atenção a eles é importante na história clínica. Relato de trauma prévio pode ocorrer na maioria dos casos (COSTA *et al.*, 2004).

Os principais diagnósticos diferenciais são a erisipela, as piomiosites, as vasculites, a púrpura fulminante e a mionecrose clostridial (RODRÍGUEZ *et al.*, 1999).

Nas fases iniciais, a pele apresenta placas descoloridas com margens indeterminadas, edema e sinais de linfangite, além de dor muito intensa e desproporcional (BONILLA e MICHEL, 2003). A infecção progride em algumas horas ou dias, o edema tecidual torna-se importante, ocorre a formação de área eritematosa que, posteriormente, torna-se cianótica e com bolhas de conteúdo amarelado ou avermelhado-escuro (COSTA *et al.*, 2004).

A área acometida torna-se rapidamente demarcada e circundada por borda eritematosa: início do processo necrótico devastador (BONILLA e MICHEL, 2003; COSTA *et al.*, 2004). A pele que recobre a lesão perde a sensibilidade por causa da destruição do tecido subcutâneo, trombose de vasos sanguíneos e necrose das fibras nervosas (RODRÍGUEZ *et al.*, 1999; COSTA *et al.*, 2004).

Inicialmente não compromete a pele suprajacente, nem os músculos subjacentes (RODRÍGUEZ *et al.*, 1999). Porém, com a extensão do processo necrótico, a pele torna-se comprometida (RODRÍGUEZ *et al.*, 1999; COSTA *et al.*, 2004) e, na ausência de tratamento, é possível o envolvimento da camada muscular, resultando em miosite ou mionecrose (COSTA *et al.*, 2004).

Quando a apresentação é fulminante, rapidamente se instala bacteremia e sepse (BONILLA e MICHEL, 2003). Outras complicações potenciais são a insuficiência renal aguda, coagulopatia, alterações hepáticas e síndrome do desconforto respiratório agudo (COSTA *et al.*, 2004).

A fascíte necrotizante é classificada em tipo I e tipo II. A do tipo I, também chamada celulite necrotizante, caracteriza-se pelo isolamento de pelo menos uma espécie de anaeróbio obrigatório (os mais comuns são *Bacteroides*, *Clostridium* e *Peptostreptococcus spp.*), combinado com um ou mais organismos anaeróbios facultativos, como estreptococos não pertencentes ao grupo A e enterobactérias (*Escherichia coli*, *Klebsiella*, *Proteus*). O tipo II, conhecido também como gangrena estreptocócica, é caracterizado pelo isolamento do *Streptococcus* do grupo A isolado ou associado ao *Staphylococcus*

GIÚDICE, Carlos Alberto Rucco; SALOTTI, Selma Regina Axcar. Diagnósticos e intervenções de enfermagem em fascíte necrotizante secundária a cisto pilonidal. *Salusvita*, Bauru, v. 30, n. 3, p. 179-202, 2011.

GIÚDICE, Carlos
Alberto Rucco;
SALOTTI, Selma
Regina Axcar.
Diagnósticos e
intervenções de
enfermagem em
faceíte necrotizante
secundária a cisto
pilonidal. *Salusvita*,
Bauru, v. 30, n. 3, p.
179-202, 2011.

aureus (LÓPEZ e HERRERA, 2002; BONILLA e MICHEL, 2003; COSTA *et al.*, 2004).

O tipo I é mais comum após cirurgias e em pacientes com diabetes e doença vascular periférica, enquanto o tipo II ocorre após ferimentos penetrantes, procedimentos cirúrgicos, queimaduras e traumas (BONILLA e MICHEL, 2003; COSTA *et al.*, 2004). Este último tem sido o grande interesse epidemiológico mundial, devido ao aumento da incidência de infecções por *Streptococcus* do grupo A e sua alta mortalidade (LÓPEZ e HERRERA, 2002).

Nenhum microorganismo isoladamente é responsável pela faceíte necrotizante ou pela severa toxicidade sistêmica envolvida. Habitualmente dois ou mais germes são envolvidos na etiopatogenia. Agne *et al.* (1997) encontraram dois ou mais germes em quase 85% dos pacientes analisados, justificando a ausência de um germe no restante dos casos com a antibioticoterapia utilizada previamente à chegada do paciente no serviço. Além disso, a flora bacteriana muda durante o curso da doença, dificultando o tratamento (LIMA *et al.*, 2003).

“Testes bacteriológicos (diretos e culturas) a partir do exsudato da ferida, fluido da bolha, tecido excisado, material aspirado do subcutâneo e sangue são essenciais para o diagnóstico apropriado”. A biópsia também é um método complementar útil no estabelecimento precoce e preciso do diagnóstico dessas infecções, revelando um infiltrado maciço de polimorfonucleares com necrose focal e formação de microabscessos na fáscia e no tecido subcutâneo (COSTA *et al.*, 2004).

Há, inicialmente, um sinergismo entre vários grupos de bactérias, habitualmente cocos gram positivos e bacilos gram negativos, aeróbios e anaeróbios. O predomínio dos microorganismos aeróbios ocorre após a queda dos nutrientes do meio, visto que se adaptam melhor nessas condições. O metabolismo bacteriano resulta em acúmulo de gás carbônico e ácido lático, propiciando a propagação dos microorganismos aeróbios facultativos. Por fim, devido à grande acidificação do meio, os anaeróbios se tornam mais abundantes (URBAN *et al.*, 1998).

Alguns autores indicam a realização de radiografias para verificar a presença de gás nos tecidos, resultante do metabolismo bacteriano (AGNE *et al.*, 1997; BONILLA e MICHEL, 2003). Este gás aparece em 40% das infecções de partes moles nas primeiras 48 horas (AGNE *et al.*, 1997). Porém, ele é demonstrado radiograficamente apenas quando confinado superficialmente. A tomografia computadorizada e a ressonância magnética permitem melhor avaliação das infecções de partes moles (COSTA *et al.*, 2004).

A tomografia computadorizada proporciona excelente visualização da presença do gás anormal, além da sua extensão. Também evidencia necrose com espessamento assimétrico da fáscia e ajuda no diagnóstico diferencial pela evidência de comprometimento muscular que sugerem outras condições que não a fascíte necrotizante, em que tal envolvimento é tardio e secundário (COSTA *et al.*, 2004).

A ressonância magnética é o exame mais específico, reconhecendo sinais pequenos de gás, fluido e potencial para visualizar a extensão do processo patológico de maneira mais efetiva (URBAN *et al.*, 1998).

O diagnóstico definitivo é feito à exploração cirúrgica (URBAN *et al.*, 1998; COSTA *et al.*, 2004), pela presença de necrose da fáscia (COSTA *et al.*, 2004), normalmente aderida durante o desbridamento (URBAN *et al.*, 1998).

O prognóstico depende fundamentalmente da idade (pior nos extremos de idade), do estado imunológico, da associação com enfermidades crônicas, da virulência das cepas infectantes, do diagnóstico precoce, da severidade da síndrome séptica, da intervenção cirúrgica rápida e agressiva e do acompanhamento adequado (RODRÍGUEZ *et al.*, 1999; COSTA *et al.*, 2004).

Mesmo com todo avanço clínico-cirúrgico, o prognóstico permanece sombrio (AGNE *et al.*, 1997). Os óbitos precoces são resultantes de sepse, enquanto os tardios resultam da falência de múltiplos órgãos (URBAN *et al.*, 1998).

O tratamento inicial deve voltar-se para medidas de reposição e controle de alterações metabólicas (equilíbrio hidroeletrólítico e ácido-base), além de analgesia adequada. Há necessidade de monitorização invasiva em unidade de terapia intensiva para avaliação da função renal, cardíaca, pulmonar e metabólica (URBAN *et al.*, 1998; RODRÍGUEZ *et al.*, 1999); intubação, oxigenação e ventilação mecânica em caso de insuficiência respiratória; e diálise na presença de insuficiência renal aguda (RODRÍGUEZ *et al.*, 1999).

Os pilares do tratamento são a antibioticoterapia parenteral de amplo espectro e o desbridamento cirúrgico radical de todo o tecido necrótico, que devem ser iniciados precocemente, a fim de alcançar um prognóstico favorável (AGNE *et al.*, 1997; URBAN *et al.*, 1998; TOSTES *et al.*, 2000; COSTA *et al.*, 2004).

O retardo na intervenção cirúrgica pode trazer consequências adversas, tanto médicas quanto legais (COSTA *et al.*, 2004).

Devido à etiologia polimicrobiana da fascíte necrotizante, o tratamento antimicrobiano deve basear-se no Gram, cultura e antibiograma. Entretanto, quando ainda não se conhece o resultado bacteriológico, a terapia inicial deve ser dirigida para anaeróbios, entero-

GIÚDICE, Carlos Alberto Rucco;
SALOTTI, Selma Regina Axcar.
Diagnósticos e intervenções de enfermagem em fascíte necrotizante secundária a cisto pilonidal. *Salusvita*, Bauru, v. 30, n. 3, p. 179-202, 2011.

GIÚDICE, Carlos
Alberto Rucco;
SALOTTI, Selma
Regina Axcar.
Diagnósticos e
intervenções de
enfermagem em
faceíte necrotizante
secundária a cisto
pilonidal. *Salusvita*,
Bauru, v. 30, n. 3, p.
179-202, 2011.

bactérias e cocos Gram positivos. Em pacientes previamente hospitalizados e naqueles que já receberam antimicrobianos, torna-se conveniente ampliar o espectro contra Gram negativos (BONILLA e MICHEL, 2003).

A antibioticoterapia isolada não é efetiva devido à necrose e trombose dos vasos sanguíneos (URBAN *et al.*, 1998; TOSTES *et al.*, 2000), o que prejudica a concentração da droga no local da infecção (COSTA *et al.*, 2004).

O desbridamento cirúrgico deve ser imediato, com incisões longitudinais até a fáscia profunda e além da área necrótica (TOSTES *et al.*, 2000; COSTA *et al.*, 2004), por meio de extensas fasciotomias até ser encontrado tecido íntegro (AGNE *et al.*, 1997). Deve-se ter a cautela de ressecar somente o tecido comprometido, evitando-se, na medida do possível, que fiquem grandes áreas cruentas, que poderão comprometer ainda mais o estado metabólico do paciente (URBAN *et al.*, 1998).

A ferida precisa ser reavaliada frequentemente para evidenciar se há progressão da necrose (AGNE *et al.*, 1997). Em geral, são necessários vários desbridamentos e enxerto de pele (URBAN *et al.*, 1998; RODRÍGUEZ *et al.*, 1999; COSTA *et al.*, 2004). Os enxertos e retalhos podem ser utilizados para cobrir superfícies ósseas, cartilagens, tendões e estruturas neuromusculares após o término do processo infeccioso local (URBAN *et al.*, 1998).

As medidas gerais de suporte devem ser agressivas, incluindo o controle da hipotensão e da disfunção de órgãos causadas pela sepse severa, prevenção de complicações do tratamento intensivo prolongado, incluindo as doenças tromboembólicas e a terapia nutricional (COSTA *et al.*, 2004).

Apesar de não haverem estudos randomizados e controlados que comprovem a eficácia do uso do oxigênio hiperbárico em infecções severas de partes moles, estudos *in vitro* e meta-análises de casos clínicos suportam o emprego dessa terapêutica (COSTA *et al.*, 2004). Além disso, esta medida tem o seu uso aprovado pelo *Food and Drug Administration* para o tratamento da faceíte necrotizante (URBAN *et al.*, 1998).

Depois de debelada a infecção, é então programada uma reconstrução das áreas destruídas pela faceíte necrotizante. Usam-se todos os recursos da cirurgia plástica: auto-enxertos, retalhos, etc., conforme as necessidades de cada caso (AGNE *et al.*, 1997).

Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE)

O enfermeiro presta cuidados integrais e contínuos ao indivíduo, nos diversos níveis de atenção à saúde, necessitando, para tal, um método que lhe permita dispensar assistência mais qualificada e

organizar suas ações. Este método é conhecido como Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) (VARGAS e FRANÇA, 2007). Este modelo é uma ferramenta de linguagem padronizada internacionalmente, que vem se inserindo rapidamente na prática da Enfermagem e necessita de esforço conjunto de pesquisadores com o intuito de seu contínuo aprimoramento (NORTH, 2008).

A SAE vem sendo utilizada em instituições de saúde como uma metodologia assistencial por meio do Processo de Enfermagem (PE) (HERMIDA e ARAÚJO, 2006; VARGAS e FRANÇA, 2007), um método de tomada de decisões de forma deliberada que se apóia nos passos do método científico (CUNHA e BARROS, 2005), ou seja, a estrutura teórica da Enfermagem é aplicada à prática (HERMIDA, 2004; FIGUEIREDO *et al.*, 2006).

Embora o PE venha sendo implantado no Brasil desde a década de 70 (HERMIDA e ARAÚJO, 2006; HERMIDA, 2004; NORTH, 2008), somente em 1999 a SAE foi normatizada no Estado de São Paulo pela Decisão COREN-SP/DIR/008/1999, sendo homologada através da Decisão COFEN nº 001/2000 (CONSELHO REGIONAL, 2011). Porém, o apoio legal do COFEN foi dado em 2002, por meio da Resolução COFEN-272/2002, para a implementação da SAE em âmbito nacional nas instituições de saúde brasileiras, sendo uma função privativa e prioritária do enfermeiro (CONSELHO FEDERAL, 2011).

A legislação brasileira, através da Lei do Exercício Profissional, Lei nº 7.498/86, em seu artigo 8º, dispõe que “ao enfermeiro incumbe (...) a participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde (...)” (BRASIL, 1986). Sistematizar, individualizar, administrar e assumir o papel de prestador do cuidado de Enfermagem junto à equipe são metas e desejos almejados pelos profissionais de Enfermagem. Porém, a cientificação profissional só será alcançada com a utilização de instrumentos científicos que subsidiem a prática profissional (FIGUEIREDO *et al.*, 2006).

Existe consenso na literatura que a SAE eleva a qualidade da assistência de Enfermagem (CUNHA e BARROS, 2005). Ela possibilita, por meio de fases inter-relacionadas e interdependentes, a identificação da presença das necessidades humanas básicas afetadas nos pacientes e, com consequentes diagnósticos classificados de Enfermagem e respectivas intervenções estabelecidas, a equipe de Enfermagem consegue prestar uma assistência planejada, fundamentada em conhecimentos, viabilizando um cuidado objetivo e individualizado (REPPETTO e SOUZA, 2005; CUNHA e BARROS, 2005).

O cuidar/cuidado é o núcleo da prática cotidiana de Enfermagem (REPPETTO e SOUZA, 2005), mas somente é alcançada quando o

GIÚDICE, Carlos Alberto Rucco; SALOTTI, Selma Regina Axcar. Diagnósticos e intervenções de enfermagem em faceíte necrotizante secundária a cisto pilonidal. *Salusvita*, Bauru, v. 30, n. 3, p. 179-202, 2011.

GIÚDICE, Carlos
Alberto Rucco;
SALOTTI, Selma
Regina Axcar.
Diagnósticos e
intervenções de
enfermagem em
faceíte necrotizante
secundária a cisto
pilonidal. *Salusvita*,
Bauru, v. 30, n. 3, p.
179-202, 2011.

enfermeiro identifica uma necessidade e sabe o que fazer para atendê-la. Por este motivo, a SAE tem deixado de ser um meio ou instrumento de trabalho para constituir-se no próprio objeto de trabalho do enfermeiro (CUNHA e BARROS, 2005).

A prática da assistência de Enfermagem vai além do modelo médico, ela é baseada e instrumentalizada por um referencial próprio (REPPETTO e SOUZA, 2005). A Enfermagem deve privilegiar suas ações específicas/próprias junto ao cliente e atuar como parceira das demais profissionais, não apenas como suporte de ações médicas e administrativo-burocráticas, mas compartilhando seus saberes no atendimento às necessidades do paciente. Há uma interdependência entre o trabalho médico e de Enfermagem, porém, cada disciplina exerce funções específicas e tem uma visão diferente acerca do ser humano, enquanto objeto de estudo/trabalho que requer atenção de ambos (HERMIDA, 2004).

Assim, a SAE beneficia o paciente por meio de um atendimento individualizado, e também beneficia o enfermeiro, demonstrando a importância do PE (CUNHA e BARROS, 2005).

Os diagnósticos classificados de Enfermagem, anteriormente citados, são definidos pela *NANDA International* como julgamentos clínicos das respostas humanas aos processos vitais, problemas atuais ou potenciais. Eles fornecem a base para a seleção das intervenções de Enfermagem e para a avaliação dos cuidados, de acordo com o problema apresentado pelo indivíduo, organizando e orientando ações de Enfermagem para atingir os resultados esperados, pelos quais o enfermeiro é responsável (VARGAS e FRANÇA, 2007). Já as intervenções de Enfermagem, também classificadas de forma abrangente e em linguagem padronizada, descrevem os tratamentos realizados pela Enfermagem (DOCHTERMAN e BULECHEK, 2008).

Essa padronização da linguagem, quando utilizada na documentação da prática, facilita a comparação e avaliação da eficácia dos cuidados prestados em uma multiplicidade de locais, por diferentes cuidadores. Ela não inibe a prática. Ao contrário, comunica aos demais a essência dos cuidados de Enfermagem e auxilia no aperfeiçoamento da prática por meio de pesquisas (DOCHTERMAN e BULECHEK, 2008).

As dificuldades encontradas na implementação do PE, apontadas por acadêmicos de Enfermagem, enfermeiros e docentes em diversos trabalhos, juntamente com a importância da implementação da SAE para qualificar a assistência de Enfermagem, justificam a relevância desta pesquisa para que se possa pensar em superar tais dificuldades no cotidiano da prática da Enfermagem assistencial. Tal relevância é

acrescida pelo fato de casos semelhantes ao descrito serem raramente encontrados na literatura.

Tomando-se esses aspectos em consideração, o objetivo do presente estudo é revisar esses assuntos de forma crítica através da descrição de um caso de faveíte necrotizante secundária a cisto pilonidal com elaboração de Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem.

MÉTODO

Modelo ou Delineamento de Pesquisa

Nesta pesquisa, optou-se por um desenho não experimental, retrospectivo, exploratório e descritivo, de corte longitudinal, o qual alcança os objetivos propostos ao permitir a descrição do caso a ser estudado e a elaboração dos Diagnósticos de Enfermagem, bem como suas respectivas Intervenções.

Considerações Éticas e Consentimentos

Para a realização da presente pesquisa, obteve-se o consentimento livre e esclarecido do responsável pelo paciente, visto que este era menor de idade além da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Lauro de Souza Lima (ILSL/Bauru/SP) (protocolo nº. 029/2009).

Instrumentos para Coleta de Informações

As informações foram coletadas a partir dos registros do prontuário de internação do paciente no Hospital de Base de Bauru, uma instituição filantrópica de grande porte, bem como das imagens fotográficas registradas e cedidas pela família e pela Oxibarimed - Oxigenoterapia Hiperbárica.

Os instrumentos utilizados para a coleta das informações e obtenção de dados, realizadas pelo próprio pesquisador nos meses de junho e julho de 2009, foram os próprios instrumentos/impressos presentes no prontuário do paciente.

GIÚDICE, Carlos Alberto Rucco; SALOTTI, Selma Regina Axcar. Diagnósticos e intervenções de enfermagem em faveíte necrotizante secundária a cisto pilonidal. *Salusvita*, Bauru, v. 30, n. 3, p. 179-202, 2011.

GIÚDICE, Carlos
Alberto Rucco;
SALOTTI, Selma
Regina Axcar.
Diagnósticos e
intervenções de
enfermagem em
faceíte necrotizante
secundária a cisto
pilonidal. *Salusvita*,
Bauru, v. 30, n. 3, p.
179-202, 2011.

Padronização da Linguagem

Após a descrição do caso, a elaboração dos diagnósticos foi baseada na North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) (NORTH, 2008), e as intervenções na Nursing Interventions Classification (NIC) (DOCHTERMAN e BULECHEK, 2008).

RELATO DO CASO

D.M.R., 14 anos de idade, gênero feminino, cor da pele branca, religião evangélica, brasileira, natural de Bauru, Estado de São Paulo, solteira, estudante da oitava série do ensino fundamental. Mora com os pais, dois irmãos e uma sobrinha, em casa própria, de alvenaria, com 6 cômodos, provida de saneamento básico e luz elétrica.

Deu entrada no Pronto Socorro Municipal Central (PSMC) da cidade de Bauru, em abril de 2008, com queixa de dor em região lombar, há uma semana, e um pequeno cisto inflamado em região pilonidal, cuja secreção exteriorizava-se por um orifício na pele. A dor, de forte intensidade, dificultava atividades como caminhar, sentar-se, levantar-se ou deitar-se.

Nega etilismo, tabagismo, cirurgias prévias, doenças em tratamento e uso de medicações. Faz duas refeições ao dia (almoço e jantar). Raramente consome frutas, verduras e legumes e ingere cerca de meio litro de água por dia. Não pratica exercício físico regularmente.

Após avaliação médica e prescrição de Axetil Cefuroxima 250 mg a cada 12 horas, por sete dias, e Lumiracoxibe 100 mg a cada 24 horas, também por sete dias, foi orientada a retornar ao PSMC após uma semana para reavaliação.

Seguiu corretamente o tratamento indicado e sentiu redução gradativa da dor e conseqüente melhora na movimentação durante a semana subsequente. No oitavo dia após o início da terapia medicamentosa prescrita, amanheceu apática e pálida, foi levada a um consultório particular e encaminhada, em seguida, ao PSMC com indicação de internação.

Retornou ao PSMC com quadro séptico. Ao exame físico: consciente e desorientada, pouco comunicativa e pouco cooperativa; abertura ocular espontânea, pupilas isocóricas e fotorreagentes, mucosas ocular e oral úmidas e descoradas; deambulando pouco e com auxílio, marcha lenta; anictérica, acianótica, apresentando palidez cutânea generalizada e turgor de pele preservado; tórax simétrico, expansibilidade simétrica diminuída difusamente, respiração espontânea, superficial, murmúrios vesiculares fisiologicamente distribu-

idos, som claro pulmonar; aparelho cardiovascular sem alterações perceptíveis; abdome plano, RHA, flácido, indolor à palpação, sem massas palpáveis, timpânico; presença de abscesso em região pilonidal, junto ao cóccix, com exsudato de coloração escura e odor fétido, bem como crepitação difusa do tecido subcutâneo da região dorsal do tronco; membros inferiores sem edema ou hiperemia, pulsos palpáveis, perfusão periférica preservada. Sinais vitais: PA 100 x 60 mmHg, FC 96 bpm, FR 23 irpm e T (axilar) 37,5°C.

Após iniciada antibioticoterapia, às 12:00h, com Ceftriaxona IV 2 g e Metronidazol IV 500 mg, foi transferida para o Hospital de Base de Bauru (HBB), sendo internada na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) às 12:20h.

Os exames admissionais foram coletados, juntamente com a secreção proveniente do abscesso pilonidal para cultura e antibiograma. Foi prescrito e administrado Ciprofloxacino IV 400 mg e Metronidazol IV 500 mg, às 12:30h.

Os exames indicaram anemia (2,14 milhões de hemácias/ml de sangue venoso; 6,4 g/dl de hemoglobina total; 19,2% de hematócrito; índices hematimétricos revelaram leve anisocitose e policromasia); leucocitose secundária à infecção e necrose tecidual (46.200/ml); granulocitose tóxica e alterações degenerativas; uremia (70 mg/dl); hiponatremia (121,0 mEq/L); hipocalcemia (5,7 mg/dl); hiperbilirrubinemia (bilirrubina total: 6,81 mg/dl; bilirrubina direta: 5,87 mg/dl; e bilirrubina indireta 0,94 mg/dl), sem análise de outros exames que avaliam as funções hepáticas.

Na cultura da secreção, foi isolado *Proteus mirabilis* resistente à tetraciclina e sensível à amicacina, ceftriaxona, cefalotina, gentamicina, cefepime, ciprofloxacino, imipenem, piperacilina/tazobactam, sulfametopim, cefoxitina, ampicilina, ceftazidima e tigeciclina. A microbiologia não conseguiu isolar mais de um agente, provavelmente devido à antibioticoterapia empregada previamente à chegada do paciente na UTI.

Recebeu avaliação da equipe de Cirurgia Geral e hipótese diagnóstica de fascíte necrotizante: mantido Metronidazol IV 500 mg a cada oito horas, por três dias, e substituído Ciprofloxacino por Imipenem IV 1 g a cada 12 horas, por 14 dias, o qual foi administrado às 15:00h, sendo, em seguida, encaminhada ao centro cirúrgico.

A cirurgia durou 140 minutos, sendo realizado desbridamento de fascíte necrotizante com retirada de grande quantidade de pele. Fragmentos de pele e tecido subcutâneo foram encaminhados para laudo anatomopatológico: “pele e tecido subcutâneo com extenso processo inflamatório crônico abscessivo, necrozante do tecido adiposo”. Foram administradas três unidades de concentrado de hemácias no Centro Cirúrgico.

GIÚDICE, Carlos Alberto Rucco;
SALOTTI, Selma Regina Axcar.
Diagnósticos e intervenções de enfermagem em faceíte necrotizante secundária a cisto pilonidal. *Salusvita*, Bauru, v. 30, n. 3, p. 179-202, 2011.

GIÚDICE, Carlos
Alberto Rucco;
SALOTTI, Selma
Regina Axcar.
Diagnósticos e
intervenções de
enfermagem em
faceíte necrotizante
secundária a cisto
pilonidal. *Salusvita*,
Bauru, v. 30, n. 3, p.
179-202, 2011.

Às 18:30h, retornou à UTI sob efeito anestésico e em ventilação mecânica, sob intubação orotraqueal. Foram coletadas novas amostras de sangue para exames laboratoriais, os quais continuavam indicando anemia, leucocitose, uremia, hiponatremia e hipocalcemia. Necessitou de fármaco vasoativo (Dopamina) desde a segunda hora do pós-operatório imediato e recebeu mais quatro unidades de concentrado de hemácias no primeiro pós-operatório.

Foi extubada após 24 horas de ventilação mecânica, sem intercorrência. A droga vasoativa foi diminuída gradativamente e suspensa no início do segundo dia de pós-operatório. Neste dia, iniciou tratamento por meio de oxigênio hiperbárico (duas sessões diárias) (Figura 1).

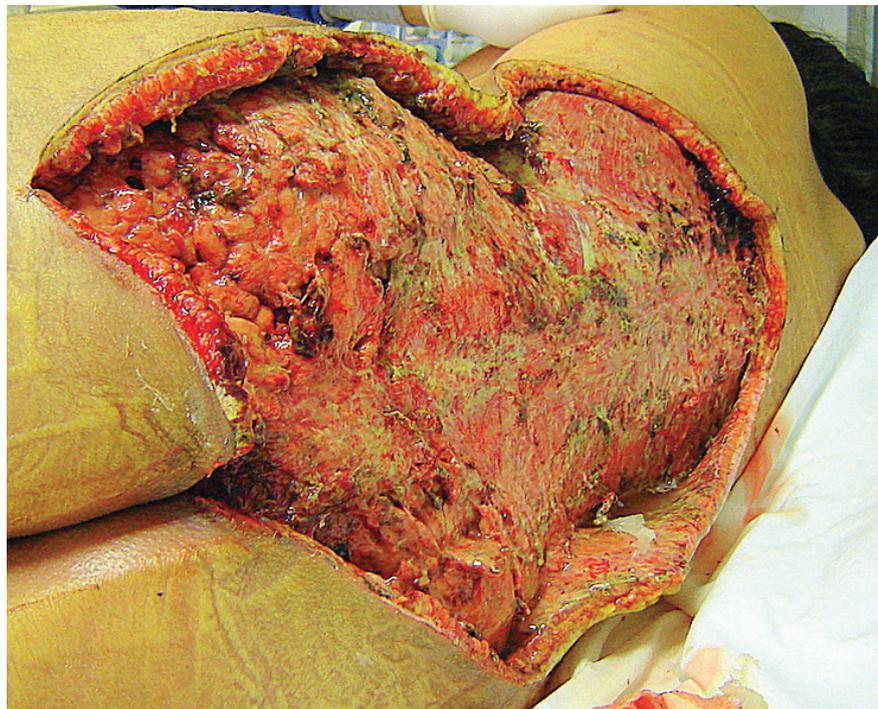


Figura 1 - Segundo pós-operatório de desbridamento de faceíte necrotizante secundária a cisto pilonidal.

Os curativos foram realizados duas vezes por dia utilizando Soro Fisiológico 0,9% aquecido para limpeza, Colagenase-Cloranfenicol no interior da ferida operatória e loção oleosa à base de ácidos graxos essenciais na pele íntegra peri-lesional.

No 9º pós-operatório, a frequência das sessões de oxigenoterapia hiperbárica diminuiu para uma vez ao dia (Figura 2).



Figura 2 - Nono pós-operatório de desbridamento de fascíte necrotizante secundária a cisto pilonidal

No 16º PO (Figura 3), foi realizado enxerto dermo-epidérmico. Recebeu uma unidade de concentrado de hemácias no Centro Cirúrgico. Foi prescrito Cefalotina 1 g a cada seis horas, por oito dias. Utilizou-se Granugenol (pasta) nas áreas doadoras diariamente. O tratamento hiperbárico estendeu-se até após a alta hospitalar (totalizando 40 sessões), a qual ocorreu nove dias após o enxerto (Figura 4).



Figura 3 - Décimo sexto pós-operatório de desbridamento de fascíte necrotizante secundária a cisto pilonidal

GIÚDICE, Carlos Alberto Rucco; SALOTTI, Selma Regina Axcar. Diagnósticos e intervenções de enfermagem em fascíte necrotizante secundária a cisto pilonidal. *Salusvita*, Bauru, v. 30, n. 3, p. 179-202, 2011.

GIÚDICE, Carlos
Alberto Rucco;
SALOTTI, Selma
Regina Axcar.
Diagnósticos e
intervenções de
enfermagem em
faceíte necrotizante
secundária a cisto
pilonidal. *Salusvita*,
Bauru, v. 30, n. 3, p.
179-202, 2011.



Figura 4 – Cobertura da área cruenta com enxerto de pele.

DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Diante do relato, foi possível identificar 11 Diagnósticos de Enfermagem (DE) da Taxonomia II da NANDA no período pré-operatório (Quadro 1) e 16 no período pós-operatório (Quadro 2), e as Intervenções principais para cada DE.

Quadro 1 - Diagnósticos de Enfermagem identificados no período pré-operatório com suas respectivas Intervenções de Enfermagem.

Diagnósticos de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
<u>Dor aguda</u> ; caracterizada por posição para evitar dor e relato verbal de dor; relacionada a agentes lesivos (biológicos e físicos).	Administração de analgésicos Controle da dor
<u>Integridade da pele prejudicada</u> ; caracterizada por rompimento da superfície e destruição de camada da pele; relacionada a fatores mecânicos, estado metabólico prejudicado.	Cuidados com lesões Cuidados com local de incisão Supervisão da pele Controle de infecção Proteção contra infecção Posicionamento
<u>Risco de infecção</u> ; fatores de risco: defesas primárias inadequadas (pele rompida), destruição de tecidos.	Monitoração dos sinais vitais
<u>Mobilidade física prejudicada</u> ; caracterizada por amplitude limitada de movimento e movimentos lentos; relacionada à dor e relutância em iniciar o movimento.	Controle hídrico e da hipovolemia Monitoração hídrica e de eletrólitos Terapia endovenosa Controle de pressão sobre áreas do corpo Prevenção de úlceras de pressão Supervisão da pele Cuidado com o repouso no leito
<u>Risco de desequilíbrio na temperatura corporal</u> ; fator de risco: taxa metabólica alterada.	Melhora do enfrentamento Redução do estresse por mudança
<u>Risco de volume de líquidos deficiente</u> ; fatores de risco: perda de líquidos por vias anormais.	Controle da constipação/impactação
<u>Risco de integridade da pele prejudicada</u> ; fatores de risco: fatores mecânicos, circulação prejudicada, mudanças no estado metabólico.	Melhora da auto-estima
<u>Mobilidade no leito prejudicada</u> ; caracterizada por capacidade prejudicada de “esquivar-se” ou reposicionar-se na cama; relacionada à dor.	
<u>Risco de síndrome do estresse por mudança</u> ; fatores de risco: estado de saúde diminuída, imprevisibilidade das experiências e mudança de um ambiente para outro.	
<u>Risco de constipação</u> ; fatores de risco: mudanças recentes de ambiente e nos padrões habituais de alimentação.	
<u>Risco de baixa auto-estima situacional</u> ; fatores de risco: doença física e prejuízo funcional.	

GIÚDICE, Carlos Alberto Rucco e SALOTTI, Selma Regina Axcar. Diagnósticos e intervenções de enfermagem em faceíte necrotizante secundária a cisto pilonidal. *Salusvita*, Bauru, v. 30, n. 3, p. 179-202, 2012.

Quadro 2 - Diagnósticos de Enfermagem identificados no período pós-operatório com suas respectivas Intervenções de Enfermagem.

Diagnósticos de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
<u>Dor aguda</u> ; caracterizada por posição para evitar dor e relato verbal de dor; relacionada a agentes lesivos (biológicos e físicos).	Administração de analgésicos Controle da dor Controle da sedação Cuidados com lesões Cuidados com local de incisão Supervisão da pele
<u>Integridade da pele prejudicada</u> ; caracterizada por rompimento da superfície e destruição de camada da pele; relacionada a fatores mecânicos, circulação prejudicada, estado metabólico prejudicado e mudanças na pigmentação.	Controle de infecção Proteção contra infecção
<u>Risco de infecção</u> ; fatores de risco: defesas primárias inadequadas (pele rompida, diminuição da ação ciliar), defesas secundárias inadequadas (diminuição da hemoglobina), destruição de tecidos, exposição ambiental aumentada a patógenos, procedimentos invasivos.	Posicionamento Terapia com exercícios: deambulação
<u>Mobilidade física prejudicada</u> ; caracterizada por amplitude limitada de movimento, dificuldade para virar-se e movimentos lentos; relacionada à dor e relutância em iniciar o movimento.	Controle do vômito Precauções contra aspiração Monitoração dos sinais vitais Regulação da temperatura: transoperatório
<u>Risco de aspiração</u> ; fatores de risco: nível de consciência reduzido e presença de sonda endotraqueal.	
<u>Risco de desequilíbrio na temperatura corporal</u> ; fatores de risco: inatividade, medicamentos que causam vasoconstrição, sedação e taxa metabólica alterada.	Controle hídrico e da hipovolemia Monitoração hídrica e de eletrólitos Terapia endovenosa
<u>Risco de volume de líquidos deficiente</u> ; fatores de risco: perda de líquidos por vias anormais.	Controle de pressão sobre áreas do corpo Prevenção de úlceras de pressão Supervisão da pele Melhora da comunicação: déficit da fala Escutar ativamente
<u>Risco de integridade da pele prejudicada</u> ; fatores de risco: fatores mecânicos, circulação prejudicada, mudanças no estado metabólico.	
<u>Comunicação verbal prejudicada</u> ; caracterizada por não conseguir falar; relacionada a barreiras físicas (intubação orotraqueal).	Cuidado com o repouso no leito
<u>Mobilidade no leito prejudicada</u> ; caracterizada por capacidade prejudicada de “esquivar-se” ou reposicionar-se na cama; relacionada à dor.	Melhora do enfrentamento Redução do estresse por mudança
<u>Risco de síndrome do estresse por mudança</u> ; fatores de risco: estado de saúde diminuída, imprevisibilidade das experiências e mudança de um ambiente para outro.	Controle da constipação/impactação
<u>Risco de constipação</u> ; fatores de risco: mudanças recentes de ambiente e nos padrões habituais de alimentação.	Assistência no autocuidado: banho/higiene Banho
<u>Déficit no autocuidado para banho/higiene</u> ; caracterizado por incapacidade de acessar o banheiro e de lavar e secar o corpo; relacionado à dor.	Assistência no autocuidado: uso do vaso sanitário Controle do ambiente
<u>Déficit no autocuidado para higiene íntima</u> ; caracterizado por incapacidade de chegar ao vaso sanitário e de manipular as roupas para realizar a higiene íntima; relacionado à dor.	Assistência no autocuidado: vestir-se/ arrumar-se Cuidados com os cabelos Vestir
<u>Déficit no autocuidado para vestir-se/arrumar-se</u> ; caracterizado por capacidade prejudicada de tirar e colocar itens de vestuário necessários; relacionado à dor.	Melhora da auto-estima Facilitação da visita
<u>Risco de baixa auto-estima situacional</u> ; fatores de risco: doença física e prejuízo funcional.	

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A descrição de um caso de fascíte necrotizante secundária a cisto pilonidal, bem como a discussão das características de tais doenças, propiciou a identificação de 27 Diagnósticos de Enfermagem da Taxonomia II da NANDA (NORTH..., 2008), sendo os principais: integridade da pele prejudicada e dor aguda; com suas respectivas Intervenções e Atividades principais de Enfermagem da NIC (DOCHTERMAN e BULECHEK, 2008), de forma sistemática e padronizada.

A SAE promove assistência individualizada, melhora a organização do trabalho e, como consequência, otimiza os cuidados de Enfermagem dispensados.

O uso de linguagem de Enfermagem uniformizada proporciona melhor comunicação entre os enfermeiros, entre estes e outros profissionais da saúde e com o público, potencializando a otimização dos cuidados e permitindo clara documentação de tal contribuição. Além disso, facilita o ensino e favorece a pesquisa em Enfermagem.

Todos esses fatores contribuem positivamente em todo processo de recuperação da saúde, proporcionando ao cliente melhor qualidade de vida, sendo atingido, assim, o objetivo final do Processo de Enfermagem.

Sugere-se a realização e publicação de mais pesquisas envolvendo a aplicabilidade da SAE, tornando conhecidas as facilidades e dificuldades na implementação da mesma, bem como as atitudes resolutivas perante os problemas encontrados, a fim de servirem de exemplos para nortear ações de enfermeiros nas mais diversas instituições de saúde.

Espera-se que este estudo contribua para a reflexão dos profissionais da Enfermagem quanto à importância da aplicação do Processo de Enfermagem, instrumento metodológico e sistemático para melhorar a assistência oferecida. Espera-se também, além da reflexão, a abertura de caminhos para colocar em prática o Processo de Enfermagem.

REFERÊNCIAS

AGNE, H. C. C. *et al.* Fascíte necrotizante – Análise de 13 casos. **Rev Bras Cir**, Rio de Janeiro, v. 87, n. 2, p. 51-54, 1997.

BASCOM, J. U. Cirurgia pilonidal: como adequar o tratamento à enfermidade. **Rev Bras Colo-Proctol**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 89-94, 1986.

GIÚDICE, Carlos Alberto Rucco; SALOTTI, Selma Regina Axcar. Diagnósticos e intervenções de enfermagem em fascíte necrotizante secundária a cisto pilonidal. *Salusvita*, Bauru, v. 30, n. 3, p. 179-202, 2011.

GIÚDICE, Carlos
Alberto Rucco;
SALOTTI, Selma
Regina Axcar.
Diagnósticos e
intervenções de
enferrmagem em
faceíte necrotizante
secundária a cisto
pilonidal. *Salusvita*,
Bauru, v. 30, n. 3, p.
179-202, 2011.

BONILLA, R. A.; MICHEL, R. A. Fascitis necrosante. **Rev Soc Bol Ped**, Sucre, v. 42, n. 2, p. 102-105, 2003.

BORGES, G. *et al.* Pilonidal cyst on the vault. **Arq Neuropsiquiatr**, São Paulo, v. 57, n. 2A, p. 273-276, 1999.

BRASIL. Lei n.º 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. Decisão COREN-SP-DIR/008/1999. Disponível em: <http://inter.coren-sp.gov.br/node/3857>.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN-272/2002. Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br/node/4309>.

CORSI, P. R. *et al.* Tratamento cirúrgico do cisto pilonidal através de ressecção e fechamento primário com retalhos cutâneos. **Rev Bras Colo-Proctol**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 203-207, 2004.

COSTA, I. M. C. *et al.* Fasciíte necrosante: revisão com enfoque nos aspectos dermatológicos. **An Bras Dermatol**, Rio de Janeiro, v. 79, n. 2, p. 211-224, 2004.

CUNHA, S. M. B; BARROS, A. L. B. L. Análise da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem, segundo o Modelo Conceitual de Horta. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 58, n. 5, p. 568-572, 2005.

DOCHTERMAN, J. M. C.; BULECHEK, G. M. **Classificação das intervenções de Enfermagem (NIC)**. 4. ed. Porto Alegre: Art-med, 2008.

FIGUEIREDO, R. M. *et al.* Caracterização da produção do conhecimento sobre Sistematização da Assistência de Enfermagem no Brasil. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 299-303, 2006.

GUPTA, P. J. Resección de quiste pilonidal por radiofrecuencia: una mejor opción para la resección amplia y cicatrización com herida abierta. **Rev Colomb Cir**, Bogotá, v. 21, n. 1, p. 57-62, 2006.

HERMIDA, P. M. V.; ARAÚJO, I. E. M. Sistematização da Assistência de Enfermagem: subsídios para implantação. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 59, n. 5 p. 675-679, 2006.

HERMIDA, P. M. V. Desvelando a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 57, n. 6, p. 733-737, 2004.

LIMA, E. B. *et al.* O papel da oxigenoterapia hiperbárica no tratamento da gangrena gasosa clostridiana e da fasciíte necrotizante. **J Vasc Bras**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 3, p. 220-224, 2003.

LÓPEZ, B. B.; HERRERA, I. S. El papel de los anti-inflamatorios no esteroideos en la producción de fasciíte necrotizante. **Acta Méd Costarric**, San Jose, v. 44, n. 1, p. 5-9, 2002.

NAHAS, S. C. *et al.* Resultados do tratamento cirúrgico de cisto pilonidal não-complicado. **Rev Hosp Clín Fac Med S Paulo**, São Paulo, v. 52, n. 6, p. 287-290, 1997.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2007-2008**. Porto Alegre: Artmed, 2008. 396 p.

POSTIGLIONE, M. G., BRAGA, D. C. Cisto pilonidal: técnica em quatro retalhos. **Rev AMRIGS**, Porto Alegre, v. 46, n. 1,2, p. 32-33, 2002.

RAMOS, A. C. *et al.* Tratamento do cisto pilonidal por método aberto utilizando eletrocauterização. **Rev Bras Colo-Proctol**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 5-8, 1991.

REPPETTO, M. A.; SOUZA, M. F. Avaliação da realização e do registro da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) em um hospital universitário. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 58, n. 3, p. 325-329, 2005.

RODRÍGUEZ, P. M. B. *et al.* Fasciíte necrotizante. **Rev Cuba Ortop Traumatol**, Habana, v. 13, n. 1/2, p. 47-53, 1999.

STRASSMANN, V. *et al.* Tratamento cirúrgico da doença pilonidal: meta-análise dos principais procedimentos adotados mundialmente. **Rev Col Bras Cir**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 4, p. 257-261, 2004.

TOSTES, F. *et al.* Fasciíte necrotizante. **Arq Catarin Med**, Florianópolis, v. 29 (supl. 1), p. 46-47, 2000.

URBAN, C. A. *et al.* Fasciíte necrotizante. **Rev Méd Paraná**, Curitiba, v. 56, n. 2/2, p. 60-70, 1998.

VARGAS, R. S.; FRANÇA, F. C. V. Processo de Enfermagem aplicado a um portador de cirrose hepática utilizando as terminologias padronizadas NANDA, NIC e NOC. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 60, n. 3, p. 348-352, 2007.

GIÚDICE, Carlos Alberto Rucco;
SALOTTI, Selma Regina Axcar.
Diagnósticos e intervenções de enfermagem em fasciíte necrotizante secundária a cisto pilonidal. *Salusvita*, Bauru, v. 30, n. 3, p. 179-202, 2011.

ACOLHIMENTO, ALTERIDADE E ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Users embracement, alterity and the family health strategy

Sandra de Oliveira Saes¹

José Rays²

Márcia Ap. Nuevo Gatti³

¹Sandra de Oliveira Saes. Fonoaudióloga. Doutora em Pediatria. Professora da Universidade do Sagrado Coração. Aluna do curso de Especialização em Saúde Pública com ênfase na Estratégia Saúde da Família - USC, Bauru.

²José Rays. Médico. Aluno do curso de Especialização em Saúde Pública com ênfase na Estratégia Saúde da Família - USC, Bauru.

³Márcia Ap. Nuevo Gatti. Professora Doutora em Doenças Tropicais. Coordenadora do Curso de Saúde Pública com ênfase na Estratégia Saúde da Família - USC, Bauru. Orientadora do trabalho.

SAES, Sandra de Oliveira; RAYS, José; GATTI, Márcia Ap. Nuevo. Acolhimento, alteridade e estratégia saúde da família. *Salusvita*, Bauru, v. 30, n. 3, p. 203-214, 2011.

RESUMO

Introdução: O Sistema Único de Saúde (SUS), como sistema complexo, é um processo contínuo de reelaboração em busca da efetividade, buscando aperfeiçoamento e utilização de novas estratégias para alcançá-lo. **Objetivo:** o estudo visa discutir as fases do SUS, sua evolução e a relação entre estratégia saúde da família, a diretriz do acolhimento e o entendimento de alteridade como elementos inter-relacionados. **Método:** tratou-se de um estudo de base bibliográfica com análise crítica e reflexiva. **Resultados e Discussão:** A evolução contínua do SUS requer aperfeiçoamentos para atingir seus pressupostos maiores. A estratégia saúde da família (ESF) assume função preponderante na modificação do paradigma de atenção à saúde, de um modelo biologista para a atenção integral. O acolhimento, enquanto diretriz, contribuiu para a equidade e universalidade da atenção. A prática da alteridade se mostra essencial para a efetividade do acolhimento. **Conclusão:** a formação dos agentes de saúde e a adoção da prática da alteridade são fundamentais para o sucesso da diretriz de acolhimento.

Palavras-chave: Acolhimento. Alteridade. Saúde da família. Saúde coletiva, PSF

Recebido em: 24/11/2011

Aceito em: 20/01/2012

ABSTRACT

Introduction: *The SUS as complex system is a continuous process of reworking search for effectiveness. In a continuous search of perfection, new strategies are needed to attain it.* **Objective:** *The study aims to discuss the phases of SUS, its evolution and the relationship between the family health strategy, the policy of welcoming and the understanding of otherness as interrelated elements.* **Method:** *This is a study in bibliographic basis with critical and reflective analysis.* **Results and Discussion:** *The continuous evolution of SUS requires improvements to achieve their key lines. The family health strategy assumes preponderant role in changing the paradigm of health care from a biologic model to a integral health care approach. The welcoming policy, while guideline, contributed to the universality and equity of care. The practice of otherness is essential to show the effectiveness of the welcoming policy.* **Conclusion:** *training of health workers and the adoption of the practice of alterity is fundamental to the success of the welcoming policy directive.*

Key-words: *User embracement. Alterity. Family health. Collective health. PSF.*

SAES, Sandra de Oliveira; RAYS, José; GATTI, Márcia Ap. Nuevo. Acolhimento, alteridade e estratégia saúde da família. *Salusvita*, Bauru, v. 30, n. 3, p. 203-214, 2011.

INTRODUÇÃO

O modelo de assistência em saúde no Brasil evoluiu proporcionalmente muito pouco ao longo da história do país com importantes modificações gestadas na década de 1970. Um dos momentos relevantes de transformação foi a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) em 1978. Mesmo com os avanços que a reorganização dos sistemas de previdência social e assistência médica representaram em essência, a população do país naquela época, como bem afirma Souza (2002), se dividia em três grupos no que concerne a atenção em saúde: aqueles que podiam pagar pelos serviços médicos, os que tinham direito à assistência prestada pelo INAMPS e os que não direito nenhum. Uma importante fração dos brasileiros eram considerados indigentes, atendidos pelos sistemas caritativos das municipalidades. Assim, hospitais privados possuíam uma ala destinada à internação dessa categoria, assim como prestava-lhes atenção ambulatorial. As modificações políticas e sociais que ocorreram no país ao longo do último quartel do século passado incluíram profunda revisão do sistema de

SAES, Sandra de Oliveira; RAYS, José; GATTI, Márcia Ap. Nuevo. Acolhimento, alteridade e estratégia saúde da família. *Salusvita*, Bauru, v. 30, n. 3, p. 203-214, 2011.

saúde, particularmente representada pelas gestões políticas e acadêmicas que buscavam o princípio de universalidade da atenção. Essas iniciativas, tanto de ordem política como legal, culminam com a criação do Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados - o SUDS. Nele, despontam como tópicos essenciais de organização a descentralização e a universalidade da atenção e o envolvimento dos estados federativos em sua consecução.

Desta forma, podemos dizer que o atual sistema, o Sistema Único de Saúde (SUS) é uma construção contínua que teve seus primeiros ensaios no Sistema Unificado Descentralizado de Saúde (SUDS). Dado sua complexidade e arrojo como proposta, particularmente em um país com a realidade histórico, econômica e social do Brasil, essa construção ainda não atingiu sua plenitude. Mais que isto, ao longo de mais de duas décadas de existência, o Sistema parece se automodificar continuamente face às mudanças sociais que ocorre no país. Neste sentido, o SUS mostra-se como uma obra aberta em que os seus grandes eixos norteadores determinados pela Constituição de 1988 e o aparato legal que o constituiu funcionam como vigas mestras de uma grande obra de engenharia cujo formato final será moldado em torno dessa estrutura, sem previsão, ou mesmo expectativa, de um acabamento em curto prazo.

Neste contexto, objetiva o presente artigo apresentar e discutir a interação dessas modificações, aqui entendida como iniciativas de aperfeiçoamento do SUS, ou Estratégia Saúde da Família e a concepção de Acolhimento. O artigo se desenvolve através de uma pesquisa de natureza bibliográfica/teórica sobre os temas propostos, seguido de reflexão crítica, tendo sido utilizada preponderantemente a base LILACS/BIREME com os descritores alteridade, acolhimento, estratégia saúde da família e programa saúde da família.

A estratégia saúde da família e a promoção da saúde

Implantada em 1994, a Estratégia Saúde da Família (ESF) é considerada uma das principais propostas de reorganização do modelo de atenção à saúde (GOMES E PINHEIRO, 2005). Atualmente é norteadora da política de saúde para a atenção primária em todo o Brasil. A relevância e prioridade emprestada a essa estratégia pelas autoridades sanitárias pode ser aquilatada pela importante expansão numérica, tanto quantitativa como geográfica de sua presença, por uma crescente legitimação institucional no âmbito do SUS e pelo

aumento do repasse de recursos para garantir a consecução dessa estratégia (UFBA, 2002).

Seu principal objetivo é a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para cura de doenças. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que possibilita às equipes uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de ações que vão além da prática curativa (BRASIL, 2003). De fato, uma das possibilidades dessa política pública é a de tentar reverter o modelo médico-pri-privatista (UFBA, 2002), e mesmo sanitaria para uma visão mais antecedente de promoção da saúde.

A questão da estratégia X programa, com seus reflexos sobre a concepção de atenção básica e a questão de promoção da saúde são dois importantes temas ligados à saúde da família. A dificuldade de se utilizar tanto Estratégia Saúde da Família (ESF) e Programa de Saúde da Família (PSF) parece aludir a um conflito interno dessa iniciativa de aprimoramento do SUS e revelar um desconforto semântico no discurso sanitaria. Em verdade, o que conta é a *saúde da família* como conjunto principal. Ela é quem centra a preocupação para a formulação de uma estratégia que pode ser efetivada através de um programa, mesmo que este último possa, em um primeiro momento, ter um conceito restritivo à ampliação política e social da proposta de focar a saúde do cidadão. Neste sentido, esse foco na saúde da família é antigo e remonta iniciativa do Ministério da Saúde ainda em 1993, cuja garantia de implementação se concretiza na Norma Operacional Básica de 1996 (NOB-SUS/01-1996), oferecendo maior incentivo financeiro aos municípios com avançada cobertura do PSF (AGUIAR, 1998). Mais que isto, essa iniciativa da saúde da família é vista como uma forma de garantir o atingimento de importante meta, a reorganização da atenção básica, um dos pilares do funcionamento do SUS. Assim, entende-se este olhar sobre a saúde da família como estratégia e, desta forma, pensada, definida e estruturada para atingir seu objetivo maior. Esse olhar, entretanto, apresenta diferentes entendimentos, como era de se esperar para tema de tal complexidade.

Alguns autores concordam com essa finalidade de reorganizar e consolidar a atenção básica nos seus princípios de reverter a visão puramente curativista (CORDEIRO, 1996; LEVCOVITZ E GARRIDO, 1996; MENDES, 1996). Entretanto, há os que extrapolam essa visão mais imediata e vêm nessa estratégia fragilidades e conflitos importantes, principalmente no que se refere a não contemplar uma visão mais abrangente e inclusiva aos grandes preceitos norteadores do SUS (MISOCZKI, 2004). Já Campos (1996) é mais contundente

SAES, Sandra de Oliveira; RAYS, José; GATTI, Márcia Ap. Nuevo. Acolhimento, alteridade e estratégia saúde da família. *Salusvita*, Bauru, v. 30, n. 3, p. 203-214, 2011.

SAES, Sandra de Oliveira; RAYS, José; GATTI, Márcia Ap. Nuevo. Acolhimento, alteridade e estratégia saúde da família. *Salusvita*, Bauru, v. 30, n. 3, p. 203-214, 2011.

ao afirmar que “O Projeto Médico de Família apenas arranha esta lógica (da racionalidade e da prática médico-hospitalar)”. Poder-se-ia arriscar dizer que essa estratégia apresentaria aspectos reducionistas diante da amplitude da mudança de paradigma inserida na proposta desse Sistema Único de Saúde, como visto pela *intelligentzia* da reforma sanitária. Entretanto, com a expansão dessa estratégia, as correções de rumos, entre acertos e erros e a criação de uma experiência, a esta altura, já de considerável prazo, pode-se afirmar que a estratégia saúde da família tem logrado resultados positivos dentro de sua missão (DAB, 2011).

Como bem refere Freitas e Mandú (2010), a promoção da saúde é política e prática que envolve ações do governo, do setor saúde, de outros setores sociais e produtivos, e ações de indivíduos, famílias e comunidades, direcionadas ao desenvolvimento de melhores condições de vida e saúde. Assim, a promoção da saúde envolve uma diversidade de ações e de níveis de atuação que, coordenadamente, proporcionarão uma melhoria da condição de qualidade de vida das pessoas, com redução de agravos e doenças. De fato, essa necessidade de perceber-se o olhar para a saúde de forma ampla e multifatorial, desviando-se do foco da enfermidade, já foi identificada e discutida na Carta da Otawa no ano de 2001. Nela, a promoção da saúde vê-se conceituada como o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Em verdade, esta carta, que lança as bases centrais da promoção em saúde, vem com resposta ao que já se havia decidido na Conferência de Alma-Ata em 1978, a qual, sem eximir-se de uma complexidade e abrangência, aponta para pressupostos muito claros em relação ao pensar a saúde da coletividade. Entre eles cabe citar a necessidade de que, para se conquistar o mais alto grau de saúde, exige-se a intervenção de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde. Afirmar, também, que a promoção e proteção da saúde da população são indispensáveis para o desenvolvimento econômico e social sustentado, contribui para melhorar a qualidade de vida, tendo a população o direito e o dever de participar individual e coletivamente na planificação e aplicação das ações de saúde. Esses princípios são claramente indutores do que, anos mais tarde, nortearia as iniciativas de promoção da saúde.

Desta forma, a proximidade da estratégia saúde da família com os conceitos da promoção da saúde fazem dela um *locus* privilegiado para a implementação dessas ações, haja vista a interação entre os agentes de saúde e os membros da comunidade. Aqui, eles podem exercer esta referida participação individual e coletiva, contribuindo

para a criação de um círculo virtuoso que, em algum momento no futuro, resultará no alcance dessa almejada modificação do olhar sobre a atenção em saúde.

Acolhimento e estratégia saúde da família

O significado do termo acolhimento no Dicionário Aurélio (FERREIRA, 1975), está relacionado ao ato ou efeito de acolher; recepção, atenção, consideração, refúgio, abrigo, agasalho. Já acolhimento, significa dar acolhida ou agasalho; hospedar; receber; atender; dar crédito a; dar ouvidos a; admitir, aceitar; tomar em consideração; atender a. Cada uma desses significados pode ser concentrado no sentido de incluir o próximo na relação pessoal/profissional, seja ela limitada no tempo ou no espaço. Mas, o sentido de aproximação e compartilhamento é explícito. Desta forma, quando se pensa em processos de humanização das relações, a palavra *acolhimento*, neste contexto, tem perfeito lugar. Certamente, poder-se-ia questionar se tal humanização não se trata de algo tão obrigatório e necessário nas relações humanas que um processo de humanização poderia ser inapropriado. Entretanto, no setor saúde, com seu histórico de formação positivista centrado na relação poder/saber e plutocrática, esta necessidade se aloja à perfeição conquanto se deseje evoluir na proposta do Sistema Único de Saúde. Não é estranho, pois, que o acolhimento seja uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH). Assim, o acolhimento é uma postura ética que implica na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento, e na responsabilização pela resolução, com ativação de redes de compartilhamento de saberes. Acolher é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde (BRASIL, 2006a).

Tal compromisso parece encaixar-se sob medida à estratégia saúde da família. De fato, considerando sua missão, vemos que o acolhimento é uma das diretrizes do processo de produção de saúde, processo este dual entre agente e usuário. Trata-se de um dos diferentes aprimoramentos para o SUS para que se logre a sua completude. A estratégia saúde da família, novamente, se credencia como *locus* privilegiado para a prática dessa diretriz, particularmente por ser a ESF um dos promotores da reorganização da atenção básica. Por outro lado, é na atenção básica que se poderá implementar esse tipo de

SAES, Sandra de Oliveira; RAYS, José; GATTI, Márcia Ap. Nuevo. Acolhimento, alteridade e estratégia saúde da família. *Salusvita*, Bauru, v. 30, n. 3, p. 203-214, 2011.

SAES, Sandra de Oliveira; RAYS, José; GATTI, Márcia Ap. Nuevo. Acolhimento, alteridade e estratégia saúde da família. *Salusvita*, Bauru, v. 30, n. 3, p. 203-214, 2011.

ação modificadora com possibilidade de resultados mais concretos com mentalidade mais aberta aos processos de mudança das relações de atenção à saúde; não há como descrever que em uma unidade hospitalar, historicamente ligado aos modelos mais conservadores, será menos provável lograr modificações dessas relações de forma mais precoce e abrangente.

Neste âmbito, os profissionais que compõem as equipes de ESF, incluíram em sua dinâmica de trabalho o acolhimento como ferramenta diária para modificações na sua própria relação de trabalho e na construção administrativa em que atuam, visando diminuição de filas e resolutividade para demanda espontânea na unidade de saúde. Ainda assim, percebe-se certa dificuldade no conceito por parte dos trabalhadores em saúde. Um fato comum nas equipes são as discussões sobre questões como quem deve acolher? Qual é o horário (melhor horário) do acolhimento? Qual é o lugar? Tais perguntas mostram, muitas vezes, a dificuldade de compreensão, por parte dos trabalhadores, do que vem a ser o acolhimento (PEREIRA, 2006). Entende-se que para acolher não há hora, local ou profissional específico para fazê-lo, devendo a “postura acolhedora” fazer parte das habilidades dos membros das equipes em sua relação com a população, em todos os momentos, facilitando o cumprimento das funções diárias da unidade de saúde, com criatividade. É importante ainda ampliar a qualificação técnica dos profissionais e das equipes de saúde para proporcionar essa escuta qualificada dos usuários, com interação humanizada, cidadã e solidária da equipe, usuários, família e comunidade.

O conceito de acolhimento não pressupõe uma condição de favor ou de complacência resignada por parte dos agentes. Ela necessita ser crítica para que se torne incorporada às atitudes do agente. Certamente, o acolhimento poder ter uma dimensão espacial e administrativa, resultado em modificações positivas nos fluxos do atendimento do usuário (BRASIL, 2006a). Entretanto, acolhimento extrapola esta visão circunscrita e interage com questões conceituais mais complexas, como a de alteridade (COTTA, 2007). Realmente, o usuário com problema de saúde que adentra uma unidade necessita um olhar mais abrangente sobre o significado de sua presença, de sua busca de algo que pretende ou sabe ele encontrar naquele espaço físico. Quem pode preencher este espaço com a humanização do mero arcabouço arquitetônico é o agente de saúde empoderado pelo correto conceito de acolhimento. Neste sentido é que as questões da alteridade podem auxiliar sobremaneira a obtenção de um novo olhar sobre esta questão e resultar em acolhida adequada e efetiva.

Formação, acolhimento, alteridade e estratégia saúde da família

A formação do pessoal de saúde é o momento crucial para determinar o tipo de agente da saúde no sistema em que ele se inserir. Seja médico, enfermeiro, odontólogo ou agente de qualquer nível de complexidade de atuação, o processo de formação terá papel fundamental na construção de um modo de agir. Certamente, aqui não se pode descuidar do fato de que a formação social e familiar prévia tem influência. Mas a escola como elemento modelador, pode atuar efetivamente para a formação do indivíduo, particularmente no setor saúde (COTTA, 2012). Por outro lado, devemos refletir que, mesmo com o princípio da universalidade do SUS, em 2003 apenas 28,6% da população era usuária exclusiva do SUS (BRASIL, 2003) e que atendimentos e internações pelo SUS têm maior preponderância de uso pelos extratos com renda mais baixa na população (PORTO, 2011). Desta forma, pode-se dizer que a capacidade de acolhimento se torna mais necessária ainda, no sentido de suplementar algum tipo de dificuldade ou de restrição de acesso cultural que, por ventura, possa existir nesse estrato social. De fato, mesmo considerando-se os pilares de estruturação do SUS, certas restrições orçamentárias e uma desigualdade social marcada, que apenas mais recentemente começa a se modificar, induziram uma importante migração de usuário de extratos econômicos mais privilegiados para os planos de saúde privados (MENICUCCI, 2006).

Assim, ainda que não exclusivamente, o exercício da alteridade se impõe como possibilidade para o rompimento do conflito das relações humanas envolvidas na equação do acolhimento em saúde. Neste sentido, a formação em saúde na atualidade, particularmente a do médico, continua a ser realizada diametralmente em oposição a prática da alteridade. Essa formação nega a subjetividade dos atores envolvidos na relação saúde-doença e centra-se em um biologismo exagerado que estimula uma visão cienticista, tecnicista e excludente. Não há compartilhamento de decisões e ao outro lhe é negado, muitas vezes, uma de suas mais evidentes características, a de ser a parte decisória na relação médico-paciente, pois que é a este último que cabe aceitar, admitir, autorizar a prática médica. Em patamares diferentes na hierarquia da saúde, esses conflitos também se manifestam em graus distintos, mas a causa principal permanece - a dificuldade de experimentar a alteridade. Na prática, essa dificuldade se traduz por uma crescente deterioração da relação entre o cliente e o agente, revelada por um incremento de demandas judiciais na área

SAES, Sandra de Oliveira; RAYS, José; GATTI, Márcia Ap. Nuevo. Acolhimento, alteridade e estratégia saúde da família. *Salusvita*, Bauru, v. 30, n. 3, p. 203-214, 2011.

SAES, Sandra de
Oliveira; RAYS,
José; GATTI,
Márcia Ap. Nuevo.
Acolhimento,
alteridade e
estratégia saúde da
família. *Salusvita*,
Bauru, v. 30, n. 3,
p. 203-214, 2011.

da saúde (PUGINA e SILVA, 2005) e pela deficiência de fornecimento de esclarecimentos e informações, de afeto, de compreensão e, como refere Fortes (1998), pela, entre outras, restrição ao direito de privacidade.

O princípio do egocentrismo aparece transversalmente nessas difíceis relações interpessoais entre agentes e clientes. Na visão Piagetiana, parece que esse comportamento reflete uma dificuldade de passar-se do terceiro estágio do desenvolvimento infantil, libertando-se de seu egocentrismo. O reconhecimento do *outro*, o entendimento da diversidade, o respeito e a propositura de um diálogo interpessoal parecem inatingíveis. Entretanto, observe-se que as diferenças existem por imposição da diversidade, característica marcante e definidora do funcionamento da vida como um todo e, psicanaliticamente falando, próprio do ente humano. Há, então, necessidade de sair-se do seu *eu*, de admitir-se uma relação interpessoal, de assumir a capacidade de conviver com a diversidade, de reconhecer no outro os direitos que represento no meu *eu*. Esse, em realidade, é o sentido de alteridade. Nela, não apenas vemos o ser, mas percebemo-lo em nosso *eu*. Mais que isto, o reconhecimento da diversidade e a constatação das diferenças é que gera a alteridade (PUGINA e SILVA, 2005).

O acolhimento, como iniciativa dentro da inovação da gestão da estratégia saúde da família, permeia essa prática da alteridade. Ela, por sua vez, se introduz como elemento essencial no desenvolvimento da Política Nacional de Humanização (PNH), definida como as ações que visam a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores (BRASIL, 2006b). Para tal, o sentido da alteridade, como antes explicado, se impõem como entendimento essencial para que a diretriz do acolhimento de processo de forma efetiva dentro da estratégia saúde da família. Certamente, não se pode esquecer que a subjetividade das condições de trabalho tem importante influência em como o profissional se comportará em seu papel na relação com o cliente. Aqui, a formação adequada pode perder importante parte de sua efetividade, tornando difícil a implementação de qualquer política de saúde, particularmente essas que envolve aspectos humanísticos. Com isto, verifica-se que uma ação coordenada de gerência em diferentes níveis hierárquicos devem ser articuladas para que determinada iniciativa não seja anulada pela ausência ou precariedade de outra que lhe é adstrita ou dependente. Neste sentido, cabe exemplificar esse fato com o estudo de Scholze *et. al.* (2009) os quais chama a atenção para que as novas propostas do PNH, ainda que gerem a humanização, encerram também novas exigências que podem resultar em sobrecarga maior para esses profissionais, caso não sejam devi-

damente instrumentalizados. Referem ainda que esta condição aflija a própria saúde do agente. Por mais contraditório que possa parecer, esta proposição de Scholze e seus colaboradores é verdadeira e se traduz pela conhecida Síndrome de *Burnout*. De fato, pode-se dizer que essa iniciativa gera, sem dúvidas, maiores responsabilidades e demandas para um cenário que, de pleno conhecimento, não é dos mais adequados para uma efetiva prática de promoção da saúde e mesmo de suas consequências mais complexas. Entretanto, como dito no início deste artigo, o SUS é um experimentação contínua e que se aperfeiçoa a cada instante. Há, então, que se buscar novas alternativas para superar uma sempre presente renovação de conflitos. A criatividade e a inovação se apresentam como armas importantes nesta busca. Nessa linha, e para o caso específico aqui abordado, tudo indica que o fino entendimento e o real exercício da alteridade se mostram cruciais para que essa proposta do acolhimento dentro de estratégia saúde da família seja um sucesso.

SAES, Sandra de Oliveira; RAYS, José; GATTI, Márcia Ap. Nuevo. Acolhimento, alteridade e estratégia saúde da família. *Salusvita*, Bauru, v. 30, n. 3, p. 203-214, 2011.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, DS. **A Saúde da Família no Sistema Único de Saúde: um novo paradigma?** Dissertação. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SUS – 15 anos de implantação: desafios e propostas para sua consolidação/Ministério da Saúde.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização.** – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaSus_doc_base.pdf.

CAMPOS, G. W. S., 1996. **Papel do Movimento Sanitário na Construção do Novo.** Ciência e Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, pp. 23-25.

CORDEIRO, H. **O PSF como estratégia de mudança do modelo assistencial do SUS.** In: Cadernos Saúde da Família. Ministério da Saúde. Brasília, ano I, n. 1, pp. 10-15. 1996.

SAES, Sandra de Oliveira; RAYS, José; GATTI, Márcia Ap. Nuevo. Acolhimento, alteridade e estratégia saúde da família. *Salusvita*, Bauru, v. 30, n. 3, p. 203-214, 2011.

COTTA RMM, GOMES AP, MAIA TM, MAGALHÃES KL, MARQUES ES, SIQUEIRA-BATISTA R. Pobreza, Injustiça, e Desigualdade Social: repensando a formação de Profissionais de Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v. 31, n. 2: 278 – 286 ; 2007

COTTA, RMM *et al* . Construção de portfólios coletivos em currículos tradicionais: uma proposta inovadora de ensino-aprendizagem. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, Mar, 2012 .

DAB. Departamento de Atenção Básica. **Atenção Básica e a Saúde da Família**. Brasília, 2011. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php>

FERREIRA, A. B. H. **Novo Dicionário Aurélio**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975. p. 27.

FORTES, PAC. **Ética e Saúde: questões éticas, deontológicas e legais, tomada de decisões, autonomia e direitos do paciente, estudo de casos**. São Paulo (SP): EPU; 1998

FREITAS, MLA, MANDÚ, ENT. **Promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: análise de políticas de saúde brasileiras**. Acta Paul Enferm. São Paulo, v.23, n. 2:200-5, 2010.

GOMES, M. C. P. A; PINHEIRO, R. Reception and attachment: integral practices in health care administration in largeurban centers. **Interface - Comunic., Saúde, Educ**. Botucatu, v.9, n.17, p.287-301, mar/ago 2005.

LEVCOVITZ, E. e GARRIDO, N. G. **Saúde da Família: a procura de um modelo anunciado**. In: Cadernos Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, Ano I, n. 1. pp.03-08, 1996.

MENDES, E. V. 1996. **Uma Agenda para a Saúde**. São Paulo: HUCITECMENICUCCI TMG. Implementação da reforma sanitária: a formação de uma política. Saúde e Sociedade. São Paulo, v. 15, n. 2:72-87, 2006.

MISOCZKY, M. C. **A Medicina de Família, os Ouvidos do Príncipe e os Compromissos com o SUS**. Saúde em Debate. Rio de Janeiro, n. 42 pp. 40-44, 1994.

PEREIRA, RPA. **O Acolhimento e a Estratégia Saúde da Família. Grupo de Estudos em Saúde da Família**. AMMFC: Belo Horizonte, 2006. Disponível em http://www.smmfc.org.br/gesf/RPAP_acolhimento_esf.htm [acesso em 14/09/2012]

PORTO SM, UGÁ MAD, MOREIRA RS. **Uma análise da utilização de serviços de saúde por sistema de financiamento: Bra-**

sil 1998 -2008. Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 16, n. 9:3795-3806, 2011 Puggina ACG, Silva MJP. A alteridade nas relações de enfermagem. Rev Bras Enferm. São Paulo, v. 58, n, 5:573-9, 2005.

SCHOLZE AS, DUARTE JUNIOR CF, FLORES E SILVA Y. **Trabalho em saúde e a implantação do acolhimento na atenção básica em saúde: afeto, empatia ou alteridade?** Interface - Comunic., Saude, Educ. Botucatu, v.13, n.31, p.303-14, out./dez. 2009.

SOUZA, RR. **Construindo o SUS: a lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo. Dissertação (Mestrado).** Instituto de Medicina Social. Rio de Janeiro, UERJ, 2002.

UFBA. **O Programa de Saúde da Família: evolução de sua implantação no Brasil.** Relatório Final. Universidade Federal da Bahia. Instituto de Saúde Coletiva. Salvador, 2002.

SAES, Sandra de Oliveira; RAYS, José; GATTI, Márcia Ap. Nuevo. Acolhimento, alteridade e estratégia saúde da família. *Salusvita*, Bauru, v. 30, n. 3, p. 203-214, 2011.

MIELOPATIA CERVICAL POR INSTABILIDADE ATLANTO-AXIAL EM PORTADORA DE TRISSOMIA DO 21 - DIAGNÓSTICO NEUROFISIOLÓGICO

Cervical Myelopathy by atlantoaxial instability in a patient with trisomy 21

Marco Antonio Minchola Robles¹
José Antonio Garbino²

¹Médico neurologista, aluno do Curso de Especialização em Neurofisiologia Clínica do ILSL - área de Eletroneuromiografia

²Médico Chefe da Seção de Avaliação e Diagnóstico da Reabilitação do ILSL e Coordenador do Programa de Ensino de Neurofisiologia Clínica

ROBLES, Marcos Antonio Minchola; GARBINO, José Antonio. Mielopatia cervical por instabilidade atlanto-axial em portadora de trissomia do 21 - diagnóstico neurofisiológico. *Salusvita*, Bauru, v. 30, n. 3, p. 215-222, 2011.

RESUMO

Os autores apresentam o caso de uma mulher portadora da síndrome de Down com um quadro de paraparesia assimétrica de maior gravidade no lado esquerdo há sete meses, sem sintomas sensitivos ou autonômicos. Foi encaminhada para realização de investigação neurofisiológica especificamente a eletroneuromiografia. Os autores descrevem a estratégia da investigação neurofisiológica para evidenciar a mielopatia e demonstram a presença de subluxação atlanto-axial por Raio X e Tomografia computadorizada.

Palavras-chave: neurofisiologia. Métodos. Potencial evocado somatossensitivo. Mielopatia cervical. Instabilidade atlanto-axial.

Recebido em: 05/03/2012

Aceito em: 26/03/2012

Abstract

The authors present a clinical case of a woman with Down syndrome and an asymmetric paraparesis, more severe on the left side, for seven months, without sensory or autonomic symptoms. She was sent for neurophysiological evaluation, specifically electromyography. The authors describe a neurophysiological strategy in order to evidence the involvement of cervical medulla and concluded to be a cases of atlanto-axial subluxation by X-ray and Computed Tomography.

Key-words: *neurophysiology/methods. Somato sensory evoked potential. Cervical myelopathy. Atlantoaxial instability.*

INTRODUÇÃO

O eletrodiagnóstico é um método de investigação clássico na medicina. Os exames mais conhecidos são Eletrocardiograma e o Eletroencefalograma. Menos conhecida é a Eletroneuromiografia, mais recentemente usada em grande escala e os Potenciais evocados corticais ainda com o uso limitado a poucos serviços de neurologia ou hospitais universitários.

A Eletroneuromiografia, de um lado, é composta dos estudos de condução nervosa sensitiva e motora - eletroneurografia - obtidas pela estimulação do nervo e, de outro, pela captação dos estímulos elétricos, diretamente em nervo e/ou músculo, com eletrodos de superfície ou mesmo introduzidos no tecido subcutâneo próximo aos nervos, em diferentes nervos e em vários segmentos desses nervos. Outra parte da Eletroneuromiografia é a eletromiografia.

A eletromiografia é realizada pela introdução de eletrodos nos músculos e registra os potenciais de ação da unidade motora, gerados pela contração voluntária. A avaliação da unidade motora, ou seja, as medidas e a forma da unidade motora possibilitam definir um processo neurogênico ou miopático. A eletromiografia analisa também das fibras musculares em repouso, as quais, quando existem processos patológicos como a desnervação, despolarizam-se espontaneamente mostrando sinais característicos dessa situação patológica. Desta forma a Eletroneuromiografia é um instrumento fundamental para a investigação das doenças do nervo e músculo, ou seja, o sistema nervoso periférico (GARBINO, 2006).

Os Potenciais evocados corticais são ferramentas empregadas na avaliação das vias do sistema nervoso central. Os Potenciais evocados somatossensitivos (PESS) são específicos para as vias medula-

ROBLES, Marcos
Antonio Minchola;
GARBINO,
José Antonio.
Mielopatia cervical
por instabilidade
atlanto-axial
em portadora
de trissomia do
21 - diagnóstico
neurofisiológico.
Salusvita, Bauru,
v. 30, n. 3, p. 215-
222, 2011.

ROBLES, Marcos
Antonio Minchola;
GARBINO,
José Antonio.
Mielopatia cervical
por instabilidade
atlanto-axial
em portadora
de trissomia do
21 - diagnóstico
neurofisiológico.
Salusvita, Bauru,
v. 30, n. 3, p. 215-
222, 2011.

res. São aplicados estímulos elétricos periféricos e registrados potenciais evocados nos nervos e plexo, medula e córtex. Os tempos de demora, ou seja, as latências nesses segmentos caracterizam atrasos relacionados a processos patológicos localizados ou difusos nessas vias (CHIAPPA, 1997). As doenças do sistema nervoso periférico e da medula podem se apresentar clinicamente semelhantes, portanto, uma anamnese prévia auxilia o planejamento da investigação neurofisiológica e a escolha do método mais indicado para a suspeita clínica. Nesse caso, os autores mostram a especificidade dos PESS para investigação do envolvimento das vias medulares.

História: Uma mulher branca de 32 anos de idade portadora de síndrome de Down foi encaminhada para realização de ENMG por apresentar paraparesia assimétrica maior à esquerda há 7 meses com dificuldade para subir degraus e quedas frequentes. O quadro apresentava clara piora progressiva e, ao mesmo tempo, a paciente não relatava sintomas sensitivos ou autonômicos.

Exame Físico: Ao exame, identificou-se a presença de fraqueza muscular em membros inferiores em musculaturas distais e proximais, sendo que no lado esquerdo a intensidade da fraqueza era maior. Para os membros superiores verificou-se que a força muscular era normal. Por outro lado, os reflexos tendinosos encontravam-se hiperativos nos quatro membros e foi verificado sinal de Babinski positivo bilateralmente.

Eletroneuromiografia de Membros Inferiores (Figura 1): Aos estudos de condução nervosa não se foi evidenciando envolvimento de nervos periféricos. A eletromiografia durante repouso muscular não apresentou anormalidades. Durante contração muscular leve, havia padrão de interferência incompleto com recrutamento de unidades motoras com baixa frequência, ou seja, padrão central de recrutamento, em músculos distais e proximais dos membros inferiores, mais evidentes no lado esquerdo. Não foram detectados sinais de reinervação.

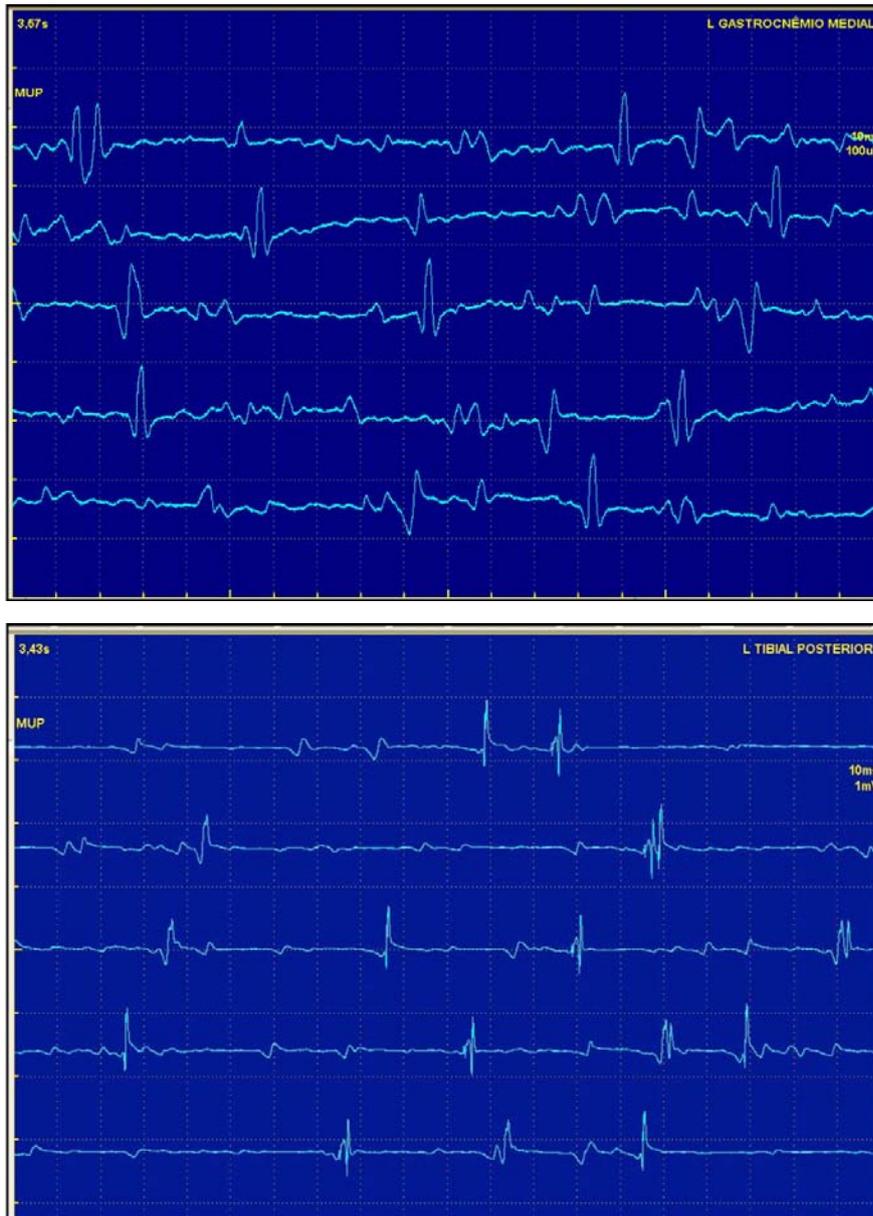


Figura 1. EMG do músculo tibial posterior (5 e 8 Hz) e gastrocnêmio medial (7 Hz) esquerdos mostrando recrutamento com baixa frequência de ativação.

Potenciais evocados somatossensitivos (PESS) de membros superiores (Figura 2 e Tabela 1): Foi identificado distúrbio de condução com tempo de condução periférico-central aumentado nas fibras grossas, ou seja, mielinizadas, das vias somatossensitivas iniciadas nos nervos medianos, principalmente entre o plexo braquial e a transição medulobulbar à esquerda e em menor grau entre a transição medulobulbar e o córtex bilateralmente. A amplitude das ondas N19

ROBLES, Marcos Antonio Minchola;
 GARBINO, José Antonio.
 Mielopatia cervical por instabilidade atlanto-axial em portadora de trissomia do 21 - diagnóstico neurofisiológico. *Salusvita*, Bauru, v. 30, n. 3, p. 215-222, 2011.

ROBLES, Marcos Antonio Minchola; GARBINO, José Antonio. Mielopatia cervical por instabilidade atlanto-axial em portadora de trissomia do 21 - diagnóstico neurofisiológico. *Salusvita*, Bauru, v. 30, n. 3, p. 215-222, 2011.

apresentaram reduzidas significativamente no lado esquerdo, ou seja, em mais de 50% comparada a contralateral.

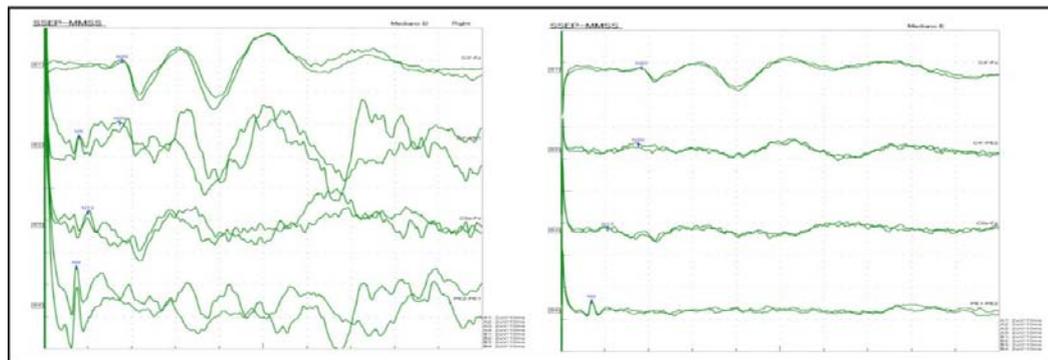


Figura 2: PESS de MMSS, com estímulos nos nervos medianos e registros: periférico no ponto de Erb (EP), registro cervical N13 e registro cortical N19. A amplitude registrada no lado esquerdo do N19 apresenta-se reduzida significativamente, ou seja, em mais de 50%, comparada a contralateral

Tabela 1: Valores dos intervalos interpicos EP-N13, EP-N19 N13-N19 obtidos nos PESS em ambos os lados com as diferenças lado a lado.

Intervalos inter-picos (ms)							
Picos		Valores obtidos				Valores de referência *	
		Direita		Esquerda		Média	Desvio padrão (dp)
EP	P/N13	2,6	(-2,67 dp)	3,7	(-0,22 dp)	3,80 ± 0,45	(até 5,2)
EP	N19	10,4	(2,08 dp)	11,4 ↑	(3,96 dp)	9,30 ± 0,53	(até 10,9)
P/N13	N19	7,8 ↑	(5,48 dp)	7,7 ↑	(5,24 dp)	5,50 ± 0,42	(até 6,8)

Diferença direita-esquerda das latências absolutas e intervalos inter-picos (ms)							
Picos		Valores obtidos				Valores de referência	
EP		0,4	(1,00 dp)			0,20 ± 0,20	(até 0,8)
EP	P/N13	1,1	(5,29 dp)			0,20 ± 0,17	(até 0,7)
EP	N19	1,0	(3,81 dp)			0,20 ± 0,21	(até 0,8)
P/N13	N19	0,1	(-0,80 dp)			0,30 ± 0,25	(até 1,1)

Radiografia de coluna cervical em posição neutra, flexão e extensão (Figura 3): A radiografia mostra luxação atlanto-axial ampla com importante afastamento do processo odontoide em relação ao arco anterior de C1 em quase 10 mm (normal até 3 mm) com marcante diminuição do canal medular central.

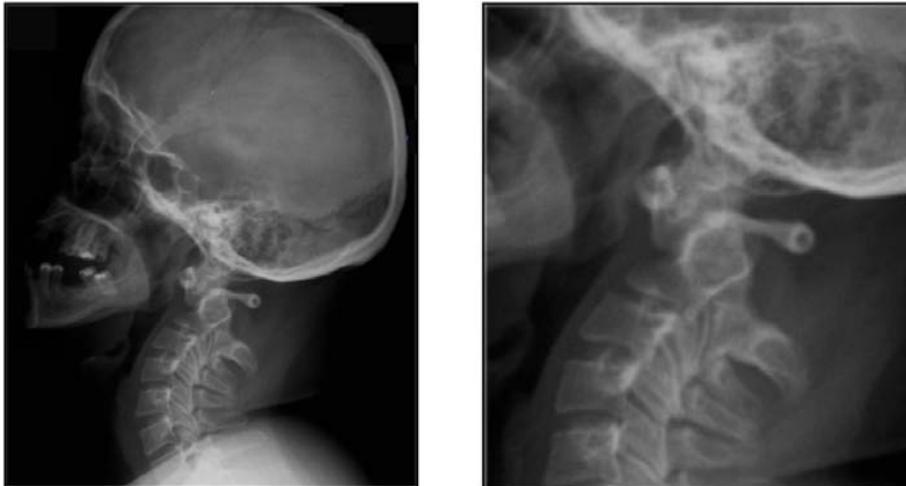


Figura 3: RX coluna cervical mostrando luxação atlanto-axial.

Tomografia de coluna cervical (Figura 4): Observa-se luxação atlanto-axial com importante afastamento do processo odontoide em 0,64 cm (normal até 0,30 cm) e com estenose do canal medular com diâmetro antero-posterior de 0,50 cm com compressão medular.



Figura 4 - Tomografia mostrando redução do diâmetro do canal medular.

ROBLES, Marcos Antonio Minchola;
 GARBINO, José Antonio.
 Mielopatia cervical por instabilidade atlanto-axial em portadora de trissomia do 21 - diagnóstico neurofisiológico. *Salusvita*, Bauru, v. 30, n. 3, p. 215-222, 2011.

ROBLES, Marcos
Antonio Minchola;
GARBINO,
José Antonio.
Mielopatia cervical
por instabilidade
atlanto-axial
em portadora
de trissomia do
21 - diagnóstico
neurofisiológico.
Salusvita, Bauru,
v. 30, n. 3, p. 215-
222, 2011.

DISCUSSÃO

A Síndrome de Down ou trissomia do 21 é a síndrome mal formativa mais comum e mais conhecida da espécie humana com altas taxas de morbidade e mortalidade (TOBO *et al.*, 2009). O primeiro relato de instabilidade atlanto-axial em portadores de Síndrome de Down foi publicado em 1961 por Spitzer e colaboradores (1961) e tem uma prevalência de 10 a 40%. Esta instabilidade é decorrente de frouxidão do ligamento transverso, que mantém a apófise odontóide do eixo junto a borda posterior do arco anterior do atlas, permitindo assim hiper mobilidade de C1 e C2 com conseqüente compressão medular cervical (mielopatia cervical compressiva não espondilítica) (MATOS, 2005). A mielopatia cervical se caracteriza pela presença de sinais e sintomas decorrentes de lesão de vias piramidais ou síndrome do neurônio motor superior no local da compressão com fraqueza muscular, alteração do tônus, hiperreflexia e demais sinais de liberação piramidal, principalmente nos membros inferiores (COOK *et al.*, 2007). Associadamente pode apresentar sinais e sintomas decorrentes de lesão de nervos periféricos de C1 e C2. É necessária a confirmação diagnóstica da instabilidade atlanto-axial (IAA) e da mielopatia cervical. Esta instabilidade pode ser confirmada com exames de imagem, principalmente a radiografia de coluna cervical em perfil em três posições: neutra, flexão e extensão (SELBY *et al.*, 1991). São aferidos dois parâmetros: a distância atlanto-odontoidal (DAO), sendo o valor normal < 3 mm, e o diâmetro do canal espinal (DCE), da borda posterior do processo odontoide à borda anterior do arco posterior do atlas, com valor normal normal > 16 mm. O diagnóstico de mielopatia cervical é corroborado com o estudo de Potenciais Evocados Somatossensitivos (PESS) de membros superiores evidenciando aumento das latências inter-picos no segmento medular. No PESS se observa um aumento leve de latências inte-picos (EP-N19 à esquerda e P/N13-N19 bilateral) e assimetria de amplitudes apresentando-se reduzida no lado sintomático, o lado esquerdo (Figura 2). Essa redução de amplitude é compatível com o comprometimento axonal das vias medulares maior no lado esquerdo (CHIAPPA, 1997). As demais avaliações foram todas positivas: aumento da DAO e redução da DCE, PESS com alteração da condução central e TC de coluna cervical com sinais de mielopatia cervical.

CONCLUSÃO

O estudo desse caso ressaltava a necessidade de conhecimento da fenomenologia das doenças ou síndromes que afetam o sistema neuromuscular para o planejamento da investigação neurofisiológica. Quando não há comprometimento conclusivo do sistema nervoso periférico e persistem suspeitas clínicas de envolvimento central os PESS(s), de membros superiores e/ou inferiores apresentam-se como as opções de maior especificidade para avaliar as vias medulares. Desta forma, o PESS de membros superiores é específico para medula cervical e o PESS de membros inferiores para o cone medular e medula dorsal.

REFERÊNCIAS

- CHIAPPA, K.H. Short-Latency Somatosensory Evoked Potentials: Methodology. In: CHIAPPA, K.H. **Evoked Potentials in Clinical Medicine**. 3rd ed., Lippincott - Raven, Philadelphia-New York, 1997. p. 283-339.
- COOK, C.E. HEGEDUS, E. PIETROBONM R. GOODE, A. A Pragmatic Neurological Screen for Patients With Suspected Cord Compressive Myelopathy. **Physical Therapy**, Alexandria, v 87, n. 9, September 2007.
- GARBINO, J. A. Avaliação eletroneuromiográfica da neuropatia diabética. In: KUHN, P. (Org.). **O pé diabético**. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 159-167.
- MATOS, M.A. Atlantoaxial instability and ligamentous hyperlaxity in down syndrome. **Acta ortop Bras** São Paulo, v.13(4) – 2005.
- SELBY, K A. NEWTON, R W.GUPTA, S. HUNT, L. Clinical predictors and radiological reliability in atlantoaxial subluxation in Down's syndrome. **Archives of Disease in Childhood** London, v 66: 876-878, 1991.
- SPITZER, R, RABINOVITCH, J.Y. WYBER. K.C. A study of abnormalities of the skull, teeth and lenses in mongolism. **Can Med Assoc J**, Ottawa, v.84:567-72, 1961.
- TOBO, A. EL-KHOURI, M. MOURÃO, M.A. Diagnóstico da instabilidade atlanto-axial na Síndrome de Down: revisão de literatura. **Acta Fisiatr**; São Paulo, v. 16(3): 142-145, 2009.

ROBLES, Marcos
Antonio Minchola;
GARBINO,
José Antonio.
Mielopatia cervical
por instabilidade
atlanto-axial
em portadora
de trissomia do
21 - diagnóstico
neurofisiológico.
Salusvita, Bauru,
v. 30, n. 3, p. 215-
222, 2011.