

Desafios do enfermeiro frente à Diabetes Mellitus Gestacional na atenção primária do SUS

Daniela Gonsalves Lopes

Aluna do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Americana

Resumo

Este estudo tem por objetivo delinear os desafios dos enfermeiros em relação ao atendimento à mulher com Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) mediante a pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória, com aplicação de questionário semiestruturado, dirigida aos enfermeiros de sete unidades de Estratégia da Saúde da Família e um de uma Unidade Básica de Saúde, em um município do interior do Estado de São Paulo. A principal crítica dos participantes foi a diminuição de profissionais da saúde atuantes no município, impactando na sobrecarga de trabalho e no fechamento de unidades especializadas, como foi o caso do ambulatório de gestação de alto risco. Assim sendo, o atendimento para esse grupo de gestante é, atualmente, realizado através de um encaminhamento

para um serviço adequado na região. Outro tema destacado pelos participantes foi a carência de informações sobre os procedimentos no atendimento da mulher com DMG, tendo em vista que há constantes mudanças nas condutas e pouco esclarecimento a respeito. E por fim, pode-se observar a perda do vínculo gestante/unidade/enfermeiro devido ao seu encaminhamento à unidade externa a cidade. Essa pesquisa permite apontar as questões referentes a falta de recursos humanos, deficiência de informações e conhecimento e a inexistência do plano de cuidado como obstáculos reais para um atendimento a mulher com DMG nesse município.

Palavras-chave: Enfermeiro, Diabetes Mellitus Gestacional, Atenção Primária à Saúde

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma instituição de caráter federativo que garante o direito a saúde no Brasil. Foi construído em meados da década de 70, envolvido em um movimento social chamado de Reforma Sanitária. Isso aconteceu envolvido em uma crise política e foi importante para proteção social, a criação de medidas de saúde pública e retorno ao regime democrático⁽¹⁾.

Em 1988, foi garantido por lei, criada na Constituição Federal, o direito a saúde, sendo um dever do Estado de proporcioná-la. E foi determinada a realização disso através de políticas econômicas e sociais, as quais proporcionem um acesso igualitário e universal em ações para a proteção, promoção e recuperação da saúde, além de ações que visem à redução de riscos de doenças e agravos⁽²⁾. Essa lei está em vigência até o momento.

Já em 1990, foi criada a Lei nº 8.080, chamada de Lei Orgânica, que descreve os regulamentos do SUS. Nela, é reforçado o direito à saúde, descrito na Constituição Federal e regula princípios e diretrizes para o funcionamento desse sistema, reforçando a necessidade do atendimento universal e igualitário para a obtenção de promoção, proteção e recuperação da saúde, através de ações e serviços⁽³⁾.

No entanto, a realidade atual do Brasil mostra um SUS sofrendo com dificuldades. O SUS apresenta aspectos preventivos e alguns serviços de alta complexidade, como transplantes, de forma eficiente. Por outro lado, é vulnerável quando se trata de internações hospitalares, acesso a medicamentos, exames complementares, consultas especializadas e procedimentos médicos de baixa e moderada complexidade⁽⁴⁾.

As barreiras para a solidificação do SUS estão associadas à dificuldade da compreensão das diferenças socioeconômicas e culturais da população brasileira, no âmbito inter-regionais, interestaduais e intermunicipais, e por características institucionais frágeis relacionado ao fato da maioria dos municípios brasileiros não possuírem recursos disponíveis (financeiro, material e humano) suficientes para promover os serviços e ações necessários para o atendimento integral⁽⁵⁾.

Em relação às gestantes, na busca por um atendimento mais diferenciado, o SUS é composto por um programa chamado Rede Cegonha, instituído na Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, pelo Ministério da Saúde, com o intuito de atendê-las de forma mais especializada e buscando assegurar um planejamento reprodutivo e atenção humanizada para a mãe durante toda a gestação, no parto e puerpério, e também atenção a criança para o desenvolvimento saudável⁽⁶⁾.

Durante a gestação ocorrem muitas mudanças fisiológicas e psicológicas na mulher. Assim, é importante o acompanhamento e o conhecimento das alterações existentes, para que haja uma assistência adequada durante esse processo⁽⁷⁾. No pré-natal, a gestante deverá receber conhecimentos sobre gestar e parir, assim como cuidados com o recém-nascido, além de orientações sobre amamentação e complicações no puerpério. Sendo assim, o pré-natal é uma preparação física e psicológica para o parto e a maternidade⁽⁸⁾. Nessa atenção, tem-se por objetivo identificar, controlar ou tratar doenças que possam já existir ou se instalar nesse momento, de forma a prevenir complicações durante a gestação e/ou no momento do parto. Dessa forma, existe a busca pela boa saúde materna para que isso auxilie no bom desenvolvimento fetal⁽⁷⁾.

O atendimento do pré-natal com qualidade e humanização acontece através de um atendimento acolhedor, do fácil acesso a serviços de qualidade e ações de saúde que englobem tanto a promoção, quanto a prevenção e assistência ao binômio mãe/feto, desde o atendimento de forma ambulatorial, até o atendimento para uma gestação de alto risco⁽⁹⁾.

É também durante esse cuidado que a gestante irá fazer exames laboratoriais de rotina, os quais podem indicar o estado da sua saúde atual e o surgimento de alguma doença, como é o caso da Diabetes Mellitus Gestacional (DMG). A DMG é definida como intolerância à glicose, de qualquer grau, com início ou descobrimento durante a gravidez⁽¹⁰⁾. Tanto o Diabetes Mellitus prévio, como o DMG, pode levar a riscos gestacionais, tanto para a mãe como para o feto.

Quando ocorre a hiperglicemia materna, ocorre também no feto e como consequência, também ocorre a hiperinsulinemia fetal. Esses fatores podem desencadear um crescimento fetal exagerado, traumas no canal de parto e aumento da taxa de cesáreas. Além disso, o Recém-Nascido (RN) também pode apresentar alterações como: distúrbios respiratórios, hipoglicemia, hipocalcemia e hiperbilirrubinemia. As más formações congênitas estão associadas ao descontrole da glicemia materna durante o início da gravidez. Da mesma forma, a hiperglicemia também está associada a maiores riscos de óbito fetal e neonatal⁽¹⁰⁾.

São considerados fatores de risco para a mulher gestante desenvolver a DMG: ter mais de 25 anos, ter parentes próximos com Diabetes, filhos anteriores nascendo com mais de quatro quilos ou com má formação fetal, abortos ou natimortos anteriores, obesidade ou aumento de peso excessivo durante a gestação, ter baixa estatura e /ou distribuição central de gordura corporal e DMG anterior⁽¹¹⁾.

É recomendado o exame de glicemia de jejum para todas as gestantes na primeira consulta do pré-natal. O valor de referência é inferior a 90mg/dl. Se nesse primeiro exame der superior a 90mg/dl, deve ser repetido glicemia de jejum prontamente. Se o resultado for maior que 110mg/dl, a gestante já é diagnosticada com DMG. Se for inferior a 110mg/dl, deverá ser

realizado um Teste de Tolerância a Glicose (TTG) a partir da vigésima semana de gravidez. Se nesse teste o resultado for maior que 140mg/dl, a gestante é diagnosticada com DMG. No entanto, se no primeiro exame der inferior a 90mg/dl, mas a gestante apresentar dois ou mais fatores de risco, a glicemia de jejum deve ser repetida a partir da vigésima semana. Se na repetição a glicemia der superior a 90mg/dl, deve ser considerado um rastreamento positivo, a glicemia deve ser repetida e se o resultado der maior que 110mg/dl, a gestante é diagnosticada com DMG. Se der inferior a 110mg/dl, é realizado um TTG e se der superior a 140mg/dl, a gestante é diagnosticada com DMG⁽¹¹⁾.

O tratamento da DMG consiste em pelo menos uma das seguintes abordagens: terapia nutricional, com distribuição das calorias adequadas durante várias refeições ao longo do dia da gestante; exercícios físicos adequados, tendo como objetivo a diminuição de gordura intra-abdominal e levando em consideração os batimentos cardíacos materno e fetal, além de temperatura e pressão arterial da gestante; e terapia medicamentosa, podendo ser utilizados agentes hipoglicemiantes orais ou insulina, dependendo de cada caso específico⁽¹²⁾. As gestantes comumente realizam os pré-natais nas Unidades de Atenção Básica (UBS) mais próximas de suas respectivas residências.

O atendimento na Atenção Básica (AB) é caracterizado por ações coletivas e também individuais, através de procedimentos de promoção à saúde, prevenção de agravos e reabilitação. As UBS são instaladas em um determinado território e atendem a sua respectiva população com qualidade e focado na manutenção do vínculo. Sendo assim, é capaz de avaliar os fatores determinantes de saúde individual e da coletividade⁽¹³⁾.

O enfermeiro da AB deve fazer atendimentos aos indivíduos ou famílias na unidade e, quando necessário, em domicílio, em qualquer fase do desenvolvimento humano. Além disso, ainda compete a esse profissional a realização da consulta de enfermagem, atividades em grupos, solicitação de exames complementares, prescrição de medicamentos e encaminhamento dos usuários para outros serviços, se for necessário. Também é de sua responsabilidade gerenciar as ações dos agentes comunitários de saúde e contribuir para as atividades de educação permanente⁽¹³⁾.

O Programa Estratégia da Saúde da Família (ESF) tem o objetivo de promover uma reorganização da AB no país, através de um conceito ampliado de atenção primária, focando em um sistema de saúde que une a qualidade de vida dos usuários e o meio ambiente em que vivem⁽¹⁴⁾. Faz parte dessa equipe, no mínimo, médico generalista ou médico especialista em Saúde da Família, enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde⁽¹³⁾. No entanto, esse programa não significa apenas um novo desenho da equipe de atenção, mas sim uma nova forma de trabalho, a qual deve ser realizada com ética, humanização e com vínculo ao exercício da cidadania⁽¹⁴⁾.

Nesse programa, a equipe de saúde torna-se mais próxima das pessoas da comunidade, por realizarem, com frequências, as visitas domiciliares. Podendo avaliar assim, as condições de saúde da família e o ambiente em que vivem. Dessa forma, quando se trata de gestantes, é possível acompanhar o desenvolvimento da gestação e das condutas maternas com mais detalhes. Além disso, após o parto, também pode ser oferecida uma assistência qualificada, promovendo o conforto físico, a prevenção de riscos e agravos e, também, para proporcionar ações educativas para essa nova fase.

O presente estudo tem o objetivo de examinar os desafios da atuação do enfermeiro em relação à mulher portadora de Diabetes Mellitus Gestacional no atendimento da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde em uma cidade do interior do estado de São Paulo.

2 Metodologia

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, descritiva e exploratória. O estudo qualitativo é definido por sendo um estudo que não pode ser traduzido apenas em números, sendo necessária uma interpretação dos fenômenos e atribuições de significados. Nesses casos, o pesquisador é o instrumento chave para realizar a coleta de dados, que deve ser feita em um ambiente natural⁽¹⁵⁾. A pesquisa descritiva tem o objetivo de descrever características de um fenômeno ou uma população, ou também, relacionar variáveis através do uso de técnicas de coletas de dados padronizadas, como é o caso de questionários. E a pesquisa exploratória tem por finalidade a descoberta de intuições e o aprimoramento de ideias, as quais podem ser realizadas através do levantamento bibliográfico, entrevistas com pessoas e análise de exemplos⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

Os sujeitos da pesquisa foram selecionados a partir de sua atuação nas unidades de ESF, por teoricamente estabelecerem maiores vínculos com a população atendida. No entanto, um não aceitou participar da pesquisa e foi substituído por um enfermeiro de unidade básica de saúde tradicional. Dessa forma, oito profissionais participaram da pesquisa, sendo sete atuantes de unidades da ESF e um atuante de UBS. Os critérios de inclusão definidos para este estudo foram: enfermeiros que atuam no SUS há pelo menos um ano e que aceitaram participar da pesquisa. E o critério de exclusão foi não aceitar participar do estudo. Para preservar a identidade dos entrevistados, os nomes dos participantes foram substituídos por nomes de flores, sendo na respectiva ordem: enfermeiro 1: Margarida, enfermeiro 2: Violeta, enfermeiro 3: Orquídea, enfermeiro 4: Girassol, enfermeiro 5: Petúnia, enfermeiro 6: Tulipa, enfermeiro 7: Hortênciã, enfermeiro 8: Cravo.

Foi utilizado como instrumento de coleta de informação um questionário semiestruturado composto por quatro perguntas fechadas e treze perguntas abertas (Anexo 1), preenchido pelo pesquisador com autorização e

na presença dos participantes, de forma individual. A coleta de dados ocorreu no mês de outubro de 2016. De acordo com os objetivos do estudo, determinaram-se as seguintes variáveis para análise: características dos profissionais, escolaridade e formação profissional, o primeiro atendimento à gestante, exames para detecção da DMG, condutas sob alterações, dificuldades enfrentadas e orientações em grupos.

As questões fechadas foram analisadas de forma descritiva através de tabelas e gráficos e as questões abertas foram analisadas segundo a Análise de Conteúdo de Bardin⁽¹⁸⁾.

A coleta dos dados foi analisada conforme a análise de conteúdo de Bardin⁽¹⁸⁾. Ela orienta a organização da análise em três fases. A primeira através da pré-análise, a qual é realizada uma leitura flutuante dos resultados, a escolha dos documentos, a preparação do material, referência dos índices e a elaboração de indicadores. A segunda baseia-se na exploração do material. E a terceira, por fim, trata-se do tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

3. Considerações Éticas

Por tratar-se de uma pesquisa envolvendo seres humanos e respeitando as diretrizes e normas impostas pela Resolução 466, de doze de dezembro de 2012⁽¹⁹⁾, o projeto de pesquisa foi submetido à análise da Comissão de Ética, pela Plataforma Brasil, no mês de outubro de 2016.

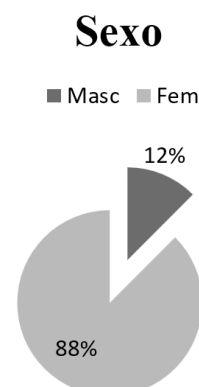
Os participantes do estudo foram orientados sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 2-3) voluntariamente.

4. Resultados e Discussões

4.1 - Resultados Descritivos

O estudo foi realizado com sete profissionais enfermeiros atuantes da ESF e um atuante da UBS. Através do questionário, pôde ser observado que há a prevalência de um determinado sexo entre os profissionais.

Gráfico 1 - Sexo

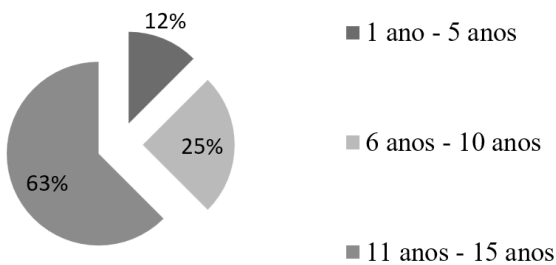


Pode-se notar que há uma prevalência de enfermeiros do sexo feminino, tendo em vista que dos oito entrevistados, apenas um correspondia ao sexo masculino. Isso expõe que ainda existe uma feminização da qualificação profissional da enfermagem no Brasil, que pode estar envolvidos, segundo alguns autores, com fatores sociais e históricos, relacionados à figura da mulher nos cuidados domésticos e no cuidado da maternidade, envolvendo um saber informal de práticas de saúde⁽²⁰⁾.

No segundo gráfico, é demonstrado o tempo de formação dos profissionais participantes da pesquisa.

Gráfico 2 - Tempo de Formação dos Profissionais

Tempo de Formação dos Profissionais

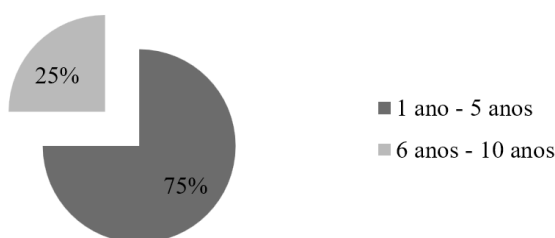


É possível observar que, dentre os participantes, a maioria dos profissionais possuem mais de dez anos de formação, sendo representados no gráfico por 63% da amostra.

Também foi observado o tempo de atuação dos profissionais na atenção primária do SUS.

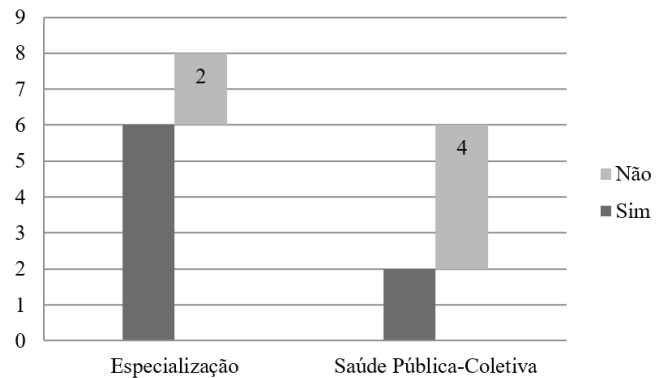
Gráfico 3 - Tempo de Formação dos Profissionais

Tempo de Atuação na Atenção Primária do SUS



Foi observado que a maioria dos enfermeiros participantes da pesquisa possui menos de cinco anos de experiência na atenção primária do SUS. Outro dado descritivo da amostra diz respeito à realização da continuidade do estudo após a graduação pelos participantes.

Gráfico 4 - Formação Acadêmica



Pode-se notar que dos oito participantes, seis continuaram os seus estudos após o término da sua graduação, ou seja, 75% dos participantes realizaram algum tipo de especialização. No entanto, dentre esses seis que continuaram os estudos, apenas dois fizeram alguma especialização na área de Saúde Pública ou Saúde Coletiva, representando aproximadamente 33% dos pesquisados especialistas.

4.2 - Categorias Temáticas

Os resultados e a discussão aqui apresentados foram sistematizados nas categorias: *Falta de Recursos Humanos na Atenção Básica, Deficiência de Informações e Conhecimento e Inexistência do Plano de Cuidado*. Os resultados foram reunidos por aspectos destacados por profissionais enfermeiros, nos três temas referidos. Suas opiniões foram descritas e identificadas por nomes de flores, descritos anteriormente na metodologia. Buscou-se identificar as percepções sobre o processo de atendimento à mulher com DMG, caracterizando os desafios do atendimento para esse tipo de profissional, tanto no quesito prevenção, detecção ou na realização de plano de cuidado.

4.2.1 Falta de Recursos Humanos na Atenção Básica

A principal queixa relatada pelos participantes foi a diminuição de profissionais da área da saúde atuantes no município. Todos foram unânimes ao falar sobre o ambulatório, descrito a seguir com a fala de um dos enfermeiros:

“Havia um ambulatório na cidade para atender especificamente a saúde da mulher, que possuía ginecologista e atendia os casos de gestação de alto risco. No momento, esse ambulatório está fechado e não há ginecologistas suficientes na rede do município. Então, quando surge um caso assim, é realizado um encaminhamento regional à Secretaria de Saúde. Lá eles realizam contatos a procura de um atendimento adequado para o caso da gestante”. (Margarida).

Dentre as oito unidades de saúde participantes da pesquisa, apenas uma delas possuía o atendimento de um médico ginecologista, porém ele estava afastado no momento.

A implantação do SUS propõe reservar seus recursos financeiros e destiná-los de acordo com as necessidades de saúde da população e os problemas encontrados. No entanto, na escassez desses recursos, a alternativa é, inevitavelmente, realizar a racionalização de custos. Algumas formas possíveis para isso seriam a redução de salários, de força de trabalho qualificada e a ocorrência de condições de trabalho precárias⁽²¹⁾.

Há uma intensa tensão relacionada à situação de trabalho dos profissionais da saúde no SUS no Brasil, relacionados à falta de recursos materiais e técnicos até a questão salarial e de carreira profissional, que acaba gerando desmotivação e até mesmo abandono do trabalho.

Além disso, no âmbito do SUS e demais setores, aumentaram os números de contratos informais de trabalho e o não-pagamento de encargos sociais, privando os profissionais de direitos trabalhistas. Assim, eles dependem da instabilidade político-partidária do município⁽²¹⁾. Sobre esse assunto, foi relatado por um entrevistado:

“Hoje está sendo um dia bem tumultuado na unidade porque houve um rompimento de contrato do município com os profissionais contratados de uma empresa terceirizada. Então, vários profissionais de diferentes áreas foram dispensados, inclusive médicos, enfermeiros e técnicos em enfermagem, e aqueles que são concursados e continuam atuando, estão sendo remanejados para cobrir essas vagas. O que gera em um desfalque de profissionais em todas as unidades.” (Violeta).

Além da diminuição de médicos especialistas na saúde da mulher para o atendimento de gestações de alto risco, também foi relatado por três profissionais o número escasso de enfermeiros, sendo que a demanda para o atendimento é muito grande:

“Há, nesse mesmo prédio, duas unidades atuantes, porque o prédio da outra está em reforma e sem prazo para entrega. Mesmo tendo duas enfermeiras na unidade, e mesmo sendo unidades de ESF, a população abrangente é muito grande. Não conseguimos realizar visitas domiciliares. O paciente precisa procurar a unidade” (Orquídea).

As preconizações do Ministério da Saúde quanto à política nacional de atenção básica especificam que cada equipe de ESF sejam formadas por, no mínimo, um médico generalista ou um médico especialista em saúde da família e comunidade, um enfermeiro generalista ou um enfermeiro especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico em enfermagem e agentes comunitários de saúde⁽¹³⁾.

Além disso, orienta-se que a equipe seja responsável por quatro mil pessoas, no máximo. No entanto, ainda deve ser considerado o grau de vulnerabilidade das famílias moradoras daquele território. Dessa forma, recomenda-se a média de três mil pessoas, com o objetivo de se respeitar o critério de equidade, uma vez que quanto maior o número de vulnerabilidade, menor deve ser a quantidade de pessoas atendida por uma mesma equipe⁽¹³⁾.

Segundo um documento oficial liberado pela Secretaria de Saúde do município em estudo, o qual apresenta como título: “A Relação dos Bairros Assistidos pelas UBS/ ESF no Município Conforme Setores do IBGE” demonstram que a população assistida em 2014 pelas duas unidades que estão unidas hoje era estimada em 8.239 habitantes na unidade A e 9.883 habitantes na unidade B, e que havia duas equipes de ESF atuantes em cada unidade. Através desses dados, pode-se observar que em 2014 o número estimado da população atendida ultrapassava o máximo da quantidade preconizada pelo Ministério da Saúde, que seria de 4.000 mil habitantes para cada equipe, sem levar em consideração fatores de vulnerabilidade. Além disso, atualmente as duas unidades estão atendendo em conjunto no mesmo prédio, porém, há apenas duas enfermeiras atuando nesse local, o que pressupõe a existência de apenas duas equipes de ESF. Segundo dados atuais do IBGE em comparação com os dados da Secretaria de Saúde de 2014, a população da cidade em estudo aumentou aproximadamente 2%⁽²²⁾. Dessa forma, podemos concluir que o serviço, que hoje abriga duas unidades em um mesmo prédio e apenas duas equipes de ESF, atende aproximadamente 18.474 habitantes, sem analisar a vulnerabilidade dos casos, mostrando uma grande discrepância entre as orientações do Ministério da Saúde e a realidade municipal.

Outro profissional relatou que:

“Há um ginecologista na unidade que realiza todos os pré-natais. Porém, ele está afastado no momento. Então, eu fico responsável por todos os atendimentos das mulheres, tanto as gestantes, como aquelas que querem realizar citologia oncológica, por exemplo. Então, eu fico muito sobrecarregada de trabalho” (Girassol).

Segundo a Secretaria de Saúde, essa unidade era responsável em 2014 por 13.583 habitantes. No entanto, essa é a única unidade do estudo que não se trata de uma ESF. Ainda assim, é uma grande população para o atendimento de uma única enfermeira.

O terceiro profissional relatou que:

“A primeira consulta de pré-natal é sempre realizada por mim. As subsequentes são sempre realizadas pelo médico da família. A população abrangente da unidade é muito grande. Não conseguiria intercalar as consultas de pré-natal com o médico e ainda realizar as outras atividades cabíveis a mim” (Petúnia).

A presença do enfermeiro na consulta de pré-natal pode apresentar sentimento de insegurança ou desconfiança nas gestantes, que são acostumadas com o atendimento do profissional médico. No entanto, com o decorrer das consultas, essas percepções mudam e os enfermeiros acabam sendo identificados como aqueles que oferecem a escuta ativa e proporcionam confiança e segurança no seu trabalho⁽²³⁾. O profissional enfermeiro é qualificado para esse tipo de atendimento, pois possui um papel grandioso quando se trata da área educativa, humanização e promoção e prevenção da saúde⁽⁷⁾.

As consultas de pré-natal são compostas por procedimentos simples, no entanto, cabe ao profissional esclarecer efetivamente as dúvidas da gestante e seus acompanhantes com muita clareza, uma vez que esse pode ser o primeiro contato da cliente com o sistema e se ela não se sentir segura, pode abandonar o acompanhamento⁽⁷⁾.

O profissional enfermeiro pode realizar consultas de pré-natal de baixo risco. A gestante portadora de DMG não cabe a esse grupo, uma vez que sua patologia a transfere para uma gestação de alto risco. No entanto, muitas vezes a sua patologia só é identificada entre a vigésima quarta e a vigésima oitava semana, o que possibilitaria um pré-natal com o enfermeiro até esse momento.

Para um atendimento adequado a essa gestante, o enfermeiro necessita de fatores básicos para a sua realização, que se destaca a capacitação do profissional, a organização do serviço e a disponibilidade de recursos adequados⁽⁷⁾.

A realidade desse município mostra que o enfermeiro acaba deixando essa responsabilidade para o médico, uma vez que se encontra em sobrecarga de trabalho. Dos oito profissionais, apenas dois intercalavam as consultas com o médico. De forma que, embora esse exercício seja feito conforme roteiro estabelecido pelo Ministério da Saúde e seja amparada pela Lei do Exercício Profissional, essa modalidade é pouco praticada e, como consequência, pouco reconhecida.

4.2.2 Deficiência de Informações e Conhecimentos

Tratando-se de questões gerenciais, dois dos participantes afirmaram que acontecem muitas alterações nas rotinas de atendimento à saúde, em decorrência, principalmente a diminuição de serviços, e que há poucas orientações sobre as condutas que devem ser realizadas perante essas mudanças.

“As primeiras orientações que eu tive sobre o encaminhamento da mulher gestante de alto risco são essas: elas devem ser encaminhadas para a Secretaria de Saúde, que vai procurar um lugar regionalmente para atendê-las. E isso foi o que nos passaram logo que o ambulatório fechou. Agora, eu não sei se mudou alguma coisa. Porque eu sei desse encaminhamento na teoria, ainda não precisei encaminhar nenhuma. Eu não sei se funciona certinho como eu estou te falando ou se eu teria alguma dificuldade para fazer. Depois dessa orientação, não me falaram mais nada... Eles demoram para nos informar das mudanças”. (Margarida).

“O que eu sei é que quando chega para nós uma gestação de alto risco, nós devemos encaminhá-las à UBS 20, pois lá tem ginecologista para atender. E se ele achar necessário, então ele faz um encaminhamento de forma regional para achar outro lugar mais adequado. São essas orientações que eu tenho, mas podem ter mudado. Porque eles vivem mudando e não passam as informações para nós. Somos os últimos a saber”. (Tulipa).

Segundo as informações desses enfermeiros, pode-se observar a deficiência das informações perante as modificações dos serviços prestados à gestante de alto risco. Também se pode notar que, apesar de ser no campo da saúde coletiva o debate e a circulação de propostas para a melhoria no atendimento, não há muita atuação em busca da consolidação dos princípios do SUS⁽²⁴⁾. O que existe é a falta de informação e orientação, que ainda pode ser observada pela divergência das respostas: enquanto o primeiro diz sobre o encaminhamento para a Secretaria de Saúde, o segundo fala sobre o encaminhamento a outra UBS.

Outro estudo sobre a temática dos problemas éticos envolvidos na atenção básica descreve que há dificuldades tanto estruturais como processuais, os quais impactam na dificuldade do acesso dos usuários aos serviços necessários ocasionados por falta de regulação com instrumentos formais⁽¹⁴⁾.

Nos últimos anos, as Secretarias Municipais de Saúde vêm criando protocolos para os atendimentos na atenção básica, de acordo com as referências teóricas e as necessidades dos serviços e dos usuários. Isso inclui o atendimento do enfermeiro no pré-natal⁽⁷⁾. No município em estudo, não é diferente. No entanto, a principal queixa dos participantes é que atualmente está acontecendo excessivas mudanças na forma do atendimento das gestantes e que não são realizados os devidos protocolos que orientem os profissionais na correta conduta. É possível observar também que, embora os participantes queixem-se na inexistência dos protocolos, nenhum procurou a Secretaria da Saúde para a criação de um ou prestou alguma sugestão.

A utilização de protocolos é importante, pois aperfeiçoam o trabalho em saúde, beneficiando todos os envolvidos, desde os profissionais até os usuários. Quando ocorre a inexistência desses protocolos, eles podem ser construídos. Para isso, é necessário que seja baseado em normas técnicas, manuais e protocolos já existentes, disponibilizados pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria Estadual de Saúde. Como devem ser criados para direcionar as atividades prestadas, devem ser avaliados frequentemente e modificado conforme seja necessário⁽⁷⁾.

Além disso, com as informações colhidas, pode-se observar que a maioria dos participantes é formada há mais de dez anos e que a maioria dos participantes atua no SUS há poucos anos. Dentre os oito entrevistados, seis deles possuem alguma especialização, mas apenas dois possuem alguma especialização na área da saúde pública ou coletiva.

É importante lembrar que os cursos de graduação, muitas vezes, focam nos ensinamentos hospitalocêntrico e apresentam ideias curativas. Isso faz com que o profissional, quando atuante em uma atenção primária, esteja despreparado para as necessidades da unidade, gerando uma inexistência de plano de ação em saúde coletiva⁽²¹⁾.

A gestão de recursos humanos, o desempenho e também a formação afetam o contentamento dos usuários e a qualidade dos serviços prestados. Alguns pesquisadores afirmam sobre a necessidade de haver ações de formação permanente ou qualificação através de escolas de formação na Secretaria de Saúde ou também através de parcerias entre a Secretaria da Educação e instituições de ensino superior⁽²¹⁾. É notável entre os participantes da pesquisa que há uma falta de formação permanente e de qualificação destinada a sua área de atuação. Isso pode gerar dificuldades na rotina de trabalho.

O enfermeiro deve planejar ações educativas e de saúde, as quais gerem manutenção e promoção na saúde⁽²⁴⁾. Dessa forma, é de grande importância a existência de grupos de orientações ministradas por esses ou outros profissionais, sobre temas diversos, a fim de promover essas ações educativas e proporcionar a oportunidade de sanar as dúvidas. Isso porque, segundo o Manual Técnico de Assistência Pré-Natal, as ações simples como grupos de gestantes, orientações e visitas domiciliares, são tão importantes e geram muita qualidade quando em conjunto com as consultas⁽²⁵⁾.

No entanto, dentre as unidades visitadas nenhum mantinha algum grupo, nem mesmo para planejamento familiar ou destinado às mulheres já gestantes.

O DMG pode ocasionar complicações tanto maternas como fetais. A falta do planejamento da gestação e a falta de informações podem ocasionar a sua maior incidência. Isso porque o controle ineficaz da glicemia no primeiro trimestre de gestação podem ser fatores determinantes para a ocorrência dessas complicações relacionadas ao Diabetes⁽²⁶⁾. Dessa forma, mulheres que chegam tardiamente ao pré-natal e apresentam controle glicêmico insatisfatório, podem aumentar consideravelmente as chances de ter um bebê macrossômico e que necessite realizar partos cesáreas para a prevenção da distócia fetal e trauma do canal vaginal.

Um dos profissionais questionados relatou que:

“Não há nenhum grupo de orientação para gestante, pois elas não aderem a esses grupos. A gente consegue prestar algumas orientações somente nos dias da consulta, mas com muito esforço. E como estamos com problemas de diminuição de funcionários e não estamos fazendo as visitas domiciliares, esperamos que a gestante nos procure para as consultas certinhos e que realize todas as recomendações que nós e os médicos conseguimos dar durante as consultas” (Orquídea)

Nesse caso, pode-se perceber que não há estratégia precoce para a captação de gestante e nem busca ativa das gestantes faltosas.

Além disso, um dos participantes afirmou que o exame de glicemia de jejum não faz parte da rotina de exames da mulher gestante.

“O exame realizado para detecção de Diabetes Mellitus Gestacional só é realizado quando a mulher apresenta algum fator de risco. Então, pede-se a glicemia de jejum e, se alterado, pede-se a curva glicêmica, que é realizada na UBS 20”. (Tulipa).

Segundo o Manual de Pré-Natal e Puerpério desenvolvido pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo em 2010 alerta sobre a necessidade da realização do exame de glicemia de jejum, sendo necessário o seu pedido já na primeira consulta. Esse exame é importante para o rastreamento da DMG e também de alterações prévias da tolerância à glicose, independente da mulher apresentar fatores de risco ou não⁽²⁷⁾.

Ainda informa que a gestação acaba sendo uma oportunidade para o rastreamento de alterações de tolerância à glicose na vida da mulher. E que, através desse exame e sob alterações, podem-se evitar os efeitos adversos e melhorar o prognóstico do binômio mãe/feto⁽²⁸⁾.

Além desse manual descrito acima, o Ministério da Saúde dispõe de diversos outros para ser usado como referência no atendimento da mulher gestante, como é o caso dos: “Assistência Pré-natal: Normas e Manuais Técnicos”⁽²⁵⁾, produzido em 2000, “Implantação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento”⁽²⁸⁾, produzido no ano 2000, “Manual Técnico: Pré-natal e Puerpério – Atenção Qualificada e Humanizada”⁽²⁹⁾, produzido em 2006, que descrevem detalhadamente os exames complementares que devem ser pedidos durante a primeira consulta do pré-natal, e em alguns deles também é descrito o motivo da importância da realização desses exames. Em todos é descrito a glicemia de jejum como um exame complementar que deve ser pedido na primeira consulta para todas as gestantes e repetido durante a pré-natal.

Portanto, pode-se perceber um despreparo para o atendimento da mulher gestante o qual não é relacionado com a crise política da cidade ou a inexistência de protocolos municipais, pois a não realização do exame de glicemia de jejum, justificada como não sendo necessária para pacientes sem fatores de risco, é uma negligência, uma vez que o Ministério da Saúde orienta a sua prática e a sua importância há quase vinte anos em manuais que deveriam ser usados frequentemente.

Dessa forma, pode-se observar que a falta de conhecimento para o atendimento ambulatorial e primário da mulher gestante pode proporcionar uma atenção inadequada que acarrete malefícios para a sua saúde e gestação. E também se pode concluir que

por não haver grupos de orientações para as mulheres gestantes ou sobre planejamento familiar, a forma de prevenção do DMG fica restrita as orientações prestadas individualmente para as mulheres quando existe a possibilidade ou quando a própria usuária procura.

4.2.3 Inexistência do Plano de Cuidado

Através dos questionários, pôde-se observar que por não haver disponível no município um local adequado para o atendimento da gestante de alto risco, é realizado um encaminhamento regional em que as mulheres são encaminhadas às cidades vizinhas.

Dentre as oito unidades pesquisadas, sete realizam o devido encaminhamento e não mantêm o vínculo com a gestante após esse processo. Apenas uma mantém o atendimento:

“Quando os exames de glicemia dão alterados na gestante e ela, então, é considerada de alto risco, é realizado o encaminhamento regional. Mas também orientamos para que a paciente continue passando aqui na unidade com a gente. Elas fazem o pré-natal nos dois lugares. Isso é para não perdermos o vínculo com ela”. (Petúnia).

No Manual de Pré-Natal e Puerpério, é preconizado que mesmo que a unidade primária de atendimento à gestante realize encaminhamento para outro local, é responsabilidade da primeira acompanhar os cuidados, registrando as condutas e o desfecho dos casos⁽²⁷⁾.

Ainda, é importante lembrar que, embora o município não possa atender uma gestação de alto risco, outros atendimentos poderiam ser cabíveis, como por exemplo, as visitas domiciliares. Através delas poderiam ser avaliados o cartão da gestante, suas dúvidas e queixas, dificuldades familiares ou para adequar o seguimento do pré-natal. Além de também estimular o comparecimento em visitas pré-natais regulares e a realização do calendário vacinal, orientações sobre a mama, o aleitamento materno e o planejamento familiar. E principalmente, para conseguir acompanhar os cuidados que são realizados na outra unidade a qual a mulher foi encaminhada.

Os profissionais da atenção básica deveriam ser capacitados para projetar, preparar, realizar e avaliar ações destinadas à promoção da saúde⁽²¹⁾. Porém, não são realizadas ações que interfiram nas necessidades da mulher com DMG, porque, com exceção de uma unidade, elas são excluídas da possibilidade da existência de um plano de cuidado, por serem consideradas responsabilidades da unidade para qual foram encaminhadas.

Essa situação reforça o despreparo dos enfermeiros da atenção primária em contato com a mulher com DMG e o abandono de seus cuidados.

5. Considerações Finais

Através dos resultados desse estudo, pôde-se observar que existe um despreparo, tanto profissional como municipal, para o atendimento de gestante de alto risco. Além de não haver organizadas ações de prevenção à DMG, é perceptível que a falta de uma padronização no atendimento pode gerar dúvidas e retardo no atendimento especializado a essa gestante, podendo ocasionar danos à saúde do binômio mãe/feto.

Apesar do programa Estratégia da Saúde da Família ter sido criado com o objetivo de atender de forma mais humanizada os pacientes e possuir um vínculo maior entre os profissionais e o usuário, é possível observar a desproporção entre oferta, capacidade e demanda, afetando diretamente a qualidade do atendimento prestado. Além de que o encaminhamento da paciente a uma unidade especializada e desvinculação desta com sua unidade de origem, ocasiona um sério problema de inexistência do plano de cuidado originado pela perda do vínculo nesse processo.

Dessa forma, a diminuição dos recursos humanos no município em decorrência a racionalização de custo afeta diretamente a qualidade do atendimento prestado a mulher com DMG. Além disso, o despreparo dos profissionais, tanto em relação a atualização em conhecimentos, como nas transparências de informações oriundas da Secretaria de Saúde da cidade, pode ocasionar um atendimento moroso a essa usuária. Além do que, a perda do vínculo com a gestante é contraditória a ideia de um atendimento humanizado e vinculado com a equipe da ESF.

Assim, pode ser observado que existem lacunas no atendimento do pré-natal relacionada a desorganização e que afetam a qualidade do atendimento prestado. É possível observar que é necessário um esforço conjunto das diferentes instâncias para a organização do sistema de atendimento e a criação de protocolos adequados que sejam eficazes para um atendimento mais ágil e com qualidade.

Por fim, pode-se observar que os desafios do enfermeiro atuantes na atenção primária, em relação à mulher gestante com Diabetes Mellitus, são complexos e envolvem diretamente a situação política e financeira da cidade. Além de estar relacionada também com o vínculo do enfermeiro com os usuários da sua unidade e o interesse pessoal pelo desenvolvimento contínuo de conhecimento.

Referências

1. Paiva CHA, Teixeira LA. Reforma Sanitária e a Criação do Sistema Único de Saúde: Notas Sobre Contextos e Autores. **Rev História, Ciências, Saúde**. [periódico na internet]. 2014. Jan – Mar. [acessado 2016 Abr 21]; 21: [cerca de 20 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00015.pdf>
2. **Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988**, aprova a instituição do Estado Democrático. Brasília: Diário Oficial da União, 1988.

3. **Lei número 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Regula as ações e serviços de saúde. Brasília: Diário Oficial da União, 1990.
4. Coelho IB. Os Impasses do SUS. **Rev Ciências e Saúde Coletiva**. [periódico na internet] 2007 Jan - Mar [acessado 2016 Abr 21]; 12 (2): [cerca de 10 p.] Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/csc/v12n2/a04v12n2.pdf>
5. Noronha JC, De Lima, LD, Machado CV. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2 Ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. p. 435-471
6. **Portaria nº. 1.459**, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, a Rede Cegonha. Brasília: Diário Oficial da União, 2011.
7. Rodrigues EM, Do Nascimento RG, Araujo A. Protocolo na assistência pré-natal: ações, facilidades e dificuldades dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. **Rev Esc Enferm USP**. [periódico na internet] 2011 [acessado 2017 Jan 10]; 45(5): [cerca de 7 p.] Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/v45n5a02>
8. Rios CTF, Vieira NFC. **Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde**. Rev Ciências e Saúde Coletiva. [periódico na internet]. 2007 [acessado 2016 Mar 30]; 12 (2): [cerca de 9 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a24v12n2.pdf>
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Pré-Natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.
10. Azevedo ACB. Diabetes Mellitus Gestacional. **Rev Infarma** [periódico na internet]. 2010 [acessado 2016 Mar 30]; 22 (9): [cerca de 7 p.] Disponível em: <http://revistas.cff.org.br/?journal=infarma&page=article&op=view&path%5B%5D=69&path%5B%5D=61>.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Assistência pré-natal: normas e manuais**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 1998.
12. Maruichi MD, Amadei G, Abel MNC. Diabetes Mellitus Gestacional. **Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo**. [periódico na internet]. 2012 [acessado 2016 Mar 30]; 57: [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.fcmscsp.edu.br/files/AR14-Diabetes-gestacional.pdf>
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.
14. Zoboli ELCP, Fortes PAC. Bioética e Atenção Básica: um perfil dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos no Programa Saúde da Família, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. [periódico na internet]. 2004 [acessado 2017 Jan 17]; 20: [cerca de 10 p.] Disponível em: http://www.uff.br/pgs2/textos/zoboli_e_fortes.2004.pdf
15. Da Silva EL, Menezes EM. **Metodologia da Pesquisa e Elaboração de Dissertação**. 4 Ed. Florianópolis: Atual, 2005.
16. Sellitz C, Wrightsman LS. **Métodos de Pesquisa nas Relações Sociais**. 2 Ed. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária, 2005.
17. Gil AC. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4 Ed. São Paulo: Atlas, 2002.
18. Bardin L. **Análise de Conteúdo**. 3 Ed. São Paulo: Edições 70, 2011.
19. **Resolução 466**, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União, 2013.
20. Lopes MJM, Leal SMC. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. **Cadernos Pagu**. [Periódico na internet]. 2005 Jan-Jun [acessado em 2016 Dez 2]; [cerca de 20 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cpa/n24/n24a06.pdf>
21. Cotta RMM, Schott M, Azeredo CM, Franceschini SCC, Priore SE, Dias G. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação e da atenção básica em saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. [periódico na internet]. 2006 [acessado 2016 Out 17]; 15 (3): [cerca de 11 p.] Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v15n3/v15n3a02.pdf>
22. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística** [homepage na internet]. Brasília: Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais. [atualizado em 2016 Jul 01; acesso em 2016 Out 24]. Disponível em: ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2016/estimativa_dou_2016_20160913.pdf
23. Barbosa TLA, Gomes LMX, Dias OV. O Pré-natal realizado pelo enfermeiro: a satisfação das gestantes. **Cogitare Enf**. [periódico na internet]. 2011 Jan-Mar [acessado 2016 Out 26]; 16 (1): [cerca de 6 p.]. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/21108/13934>
24. Fauerwerker L. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Comunic Saúde Educ**. [periódico da internet]. 2005 Set-Dez. [acessado 2016 Nov 11]; 9 (18): [cerca de 17 p.]. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/icse/v9n18/a03v9n18.pdf>
25. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Assistência Pré-Natal: Manual Técnico**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2000.
26. Côrrea FHS, Gomes MB. Acompanhamento Ambulatorial de Gestantes Com Diabetes Mellitus no Hospital Universitário Pedro Ernesto – UERJ. **Arq Bras Endocrinol Metab**. [periódico na internet]. 2004 Ago. [acessado em 2016 Dez 2]; 48 (4): [cerca de 6 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abem/v48n4/a10v48n4>
27. Brasil. Secretaria do Estado de São Paulo. **Manual Técnico do Pré-Natal e Puerpério**. São Paulo: Editora do Estado de São Paulo; 2010.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Implantação do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2000.
29. Brasil. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Pré-Natal e Puerpério: Atenção Qualificada e Humanizada**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

ANEXO 1 - QUESTIONÁRIO

Instituição: _____

Enfermeiro (a): _____

Sexo

- Feminino
- Masculino

Estado Civil

- Solteiro (a)
- Casado (a)
- Divorciado (a)
- Viúvo (a)
- Outros

Há quanto tempo é formado (a)?

Há alguma especialização na área da obstetrícia?

- Sim
- Não

Se sim, quais foram os cursos?

1. _____
2. _____
3. _____

Há quanto tempo trabalha nessa instituição?

Você conhece a Rede Cegonha? Como funciona nessa unidade?

Como funciona o atendimento à gestante nessa unidade?

Como são feitos exames para a detecção da gravidez?

Quanto tempo leva para que esses exames fiquem prontos?

Quais exames de rotina são pedidos na primeira consulta?

Qual exame é realizado para a detecção de Diabetes Mellitus Gestacional?

Como é feito o acompanhamento se o resultado der alterado?

Atualmente, há quantas mulheres com Diabetes Mellitus Gestacional nessa unidade?

São realizadas discussões em grupos com as gestantes nessa unidade? Com que frequência?

Existem materiais de apoio sobre Diabetes Mellitus Gestacional para discutir em grupo com as gestantes?

ANEXO 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Pesquisadores: Valéria Aparecida Masson (orientadora e pesquisadora), Cristiane Pereira de Castro (co-orientadora e pesquisadora), Daniela Gonsalves Lopes (graduanda e pesquisadora).

Título: Desafios do Enfermeiro Frente à Diabetes Mellitus Gestacional na Atenção Primária do SUS.

Você está sendo convidado a participar como voluntário de um estudo. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos como participante e é elaborado em duas vias, uma que deverá ficar com você e outra com o pesquisador.

Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador. Se preferir, pode levar para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Se você não quiser participar ou retirar sua autorização, a qualquer momento, não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo.

Justificativa e objetivos:

O presente estudo tem o objetivo de examinar os desafios da atuação do enfermeiro em relação à mulher portadora de Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) no atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS) na cidade de Americana – SP.

Procedimentos:

Como participante dessa pesquisa você deverá responder a 01 questionário com 16 questões. Você utilizará cerca de 15-20 minutos para preencher os questionários, podendo o tempo variar para mais ou para menos.

Os questionários serão aplicados e recolhidos em horário de sua preferência, respeitando acordos com a chefia de enfermagem.

Desconfortos e riscos:

Não há riscos previstos para os sujeitos participantes dessa pesquisa, mas você não deve participar deste estudo se não se sentir à vontade, por qualquer motivo, para responder aos questionários.

Benefícios:

Não há benefícios diretos aos sujeitos da pesquisa por sua participação nela. Como benefícios indiretos para os sujeitos e a coletividade, esta pesquisa pretende produzir conhecimento para a melhoria da qualidade da assistência prestada no SUS. Conseqüentemente esta pesquisa poderá proporcionar melhora no campo de trabalho e para o trabalhador.

Sigilo e privacidade:

Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores. Na divulgação dos resultados desse estudo, seu nome não será citado.

Ressarcimento:

Não haverá ressarcimento de quaisquer despesas que os sujeitos vierem a ter decorrentes desta pesquisa, visto que a coleta de dados será no local do curso e/ou de seu trabalho, durante horário dos mesmos.

Contato:

Em caso de dúvidas sobre o estudo, você poderá entrar em contato com a pesquisadora e orientadora Valéria Aparecida Masson, pelo email: valeria@fam.br, com a pesquisadora e co-orientadora Cristiane Pereira de Castro, pelo email: crispcastro@gmail.com, ou com Daniela Gonsalves Lopes, estudante e pesquisadora, pelo email d.aniela_lopes@yahoo.com.br. Endereço para contato: Coordenação de Enfermagem FAM, Av. Av. Joaquim Bôer, 733 - Jardim Luciane, Americana - SP, 13477-360.

Rubrica participante

Rubrica pesquisador

ANEXO 3 - CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Após ter sido esclarecimento sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, aceito participar:

Nome do(a) participante

Assinatura do(a) participante

Data: ____ / ____ / ____.

Responsabilidade do Pesquisador:

Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma cópia deste documento ao participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante.

(Assinatura do pesquisador)

Data: ____ / ____ / ____.