



PORTUGUÊS

Universidade Federal Fluminense

ESCOLA DE ENFERMAGEM
AURORA DE AFONSO COSTA

Artigos Originais



Conhecimento dos profissionais de nível médio sobre doença falciforme: estudo descritivo

Ludmila Mourão Xavier Gomes¹, Magda Mendes Vieira², Tatiana Carvalho Reis², Thiago Luis de Andrade-Brabosa², Antônio Prates Caldeira²

¹Universidade Federal de Minas Gerais

²Universidade Estadual de Montes Claros

RESUMO

Objetivo: avaliar o conhecimento dos profissionais de nível médio da Atenção Primária à Saúde sobre doença falciforme na criança.

Método: estudo descritivo e transversal realizado com 357 agentes comunitários de saúde e técnicos de enfermagem que responderam um questionário estruturado. O desempenho foi aferido através da média de acertos para os diferentes eixos do questionário.

Resultados: o desempenho médio de acertos foi inferior a 65% em todos os domínios, sendo considerado crítico para os eixos “manifestações clínicas” e “manejo da criança com doença falciforme”. Houve associação estatística entre melhor desempenho e as variáveis: função na equipe (OR=5,92; IC95%=1,90-20,49) e nível de interação com a doença (OR=1,71; IC95%=1,09-2,69).

Discussão: os profissionais devem estar preparados para atender à criança com doença falciforme.

Conclusão: a falta de informação dos profissionais nas ações relativas ao manejo da criança com doença falciforme indica a necessidade de capacitação dos profissionais para melhor qualidade da assistência prestada.

Descritores: Anemia Falciforme; Criança; Conhecimento; Qualidade da Assistência à Saúde; Atenção Primária à Saúde.

INTRODUÇÃO

A doença falciforme é uma hemoglobino-patia que representa um importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo em razão da sua elevada morbimortalidade⁽¹⁾. No Brasil, estima-se a prevalência do traço falciforme na população geral entre 2 e 8% e a anemia falciforme entre 25.000 e 30.000 casos⁽²⁾.

Historicamente, o paciente com doença falciforme tem sido considerado responsabilidade dos serviços de hemoterapia^(3,4). Entretanto, é desejável que esse paciente seja acompanhado tanto pelos hemocentros como pelos serviços de atenção primária a saúde (APS). A criação de vínculo dos pacientes e seus familiares com a equipe de saúde é primordial para facilitar a compreensão sobre a doença, antecipar situações de riscos e evitar complicações que necessitem de admissão hospitalar.

Atualmente, a reorganização do modelo assistencial no Brasil tem buscado dois objetivos básicos: a ênfase na atenção primária como porta de entrada, e a ênfase na promoção da saúde. A Estratégia Saúde da Família (ESF) integra equipes multiprofissionais de saúde que têm papel fundamental nesse processo. Estas equipes devem atuar prioritariamente na promoção da saúde e prevenção dos agravos das doenças, e podem representar uma boa ferramenta de apoio ao paciente com doença falciforme e sua família⁽⁵⁾. Alguns autores relatam que o acompanhamento pela ESF a este grupo é uma estratégia válida para a melhoria da atenção prestada, visto que esses pacientes sofrem com fatores ambientais e intrínsecos à doença crônica^(3,6). A ESF pode ter um papel de destaque no monitoramento das condições nutricionais, bem como na melhoraria da adesão à antibioticoterapia profilática para esses pacientes^(5,6).

Além de médicos, enfermeiros e odontólogos, as equipes da ESF contam com importan-

tes profissionais de nível médio. O técnico de enfermagem desenvolve ações de prevenção e promoção da saúde além de ações curativas supervisionadas. O agente comunitário de saúde (ACS) tem o papel de articulador entre a comunidade e a equipe de saúde, ampliando o poder de atuação junto à população e qualificando a assistência prestada. Ele deve ser protagonista na construção de vínculos entre a comunidade, as pessoas e as famílias com os serviços de saúde e deve intermediar o saber (prática biomédica) e a cultura do território no qual trabalha⁽⁷⁾. Nessa perspectiva, o ACS deve ser um facilitador, capaz de construir pontes entre os serviços de saúde e a comunidade, identificando prontamente seus problemas, atuando no trabalho de prevenção de doenças e promoção da saúde. Embora a literatura seja restrita, tem-se observado um interesse crescente pelo papel e pelas atividades atribuídas pelos profissionais de nível médio atuantes no Brasil, em especial os ACS.

No acompanhamento da criança com doença falciforme espera-se basicamente que esses profissionais sejam capazes de realizar visitas domiciliares direcionadas às peculiaridades do paciente com doença falciforme, orientar a família sobre o uso de ácido fólico, uso profilático de penicilina, prevenção de infecções, cuidados com o ambiente e com atividades físicas e agendar as consultas de avaliação do crescimento e desenvolvimento, entre outras funções.

Considerando a relevância das funções dos profissionais de nível médio (técnico de enfermagem e ACS) nas equipes de saúde da família e o fato de a doença falciforme ser um problema de saúde pública que interfere na dinâmica familiar, o presente estudo objetivou avaliar o conhecimento destes profissionais sobre a doença falciforme na criança.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo e transversal, desenvolvido na cidade de Montes Claros, localizada ao norte do estado de Minas Gerais. O município é o principal pólo urbano da região e apresenta uma população de aproximadamente 360.000 habitantes. É referência na área da saúde para toda a macrorregião e concentra o segundo maior contingente de pacientes com doença falciforme do estado. Em relação à rede de Saúde da Família, conta com 52 equipes completas de ESF na zona urbana e sete equipes na zona rural. Foram considerados elegíveis para o estudo todos os técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde das equipes de saúde da família da zona urbana. O critério de exclusão foi estar de férias ou licença, ou faltar ao serviço no momento da coleta de dados. A coleta dos dados ocorreu no segundo semestre de 2010. Como instrumento de coleta de dados utilizou-se um questionário construído a partir das linhas diretrizes da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais e do Ministério da Saúde⁽⁷⁻⁸⁾. Na validação de conteúdo, o instrumento de coleta de dados foi apreciado por cinco profissionais, dos quais dois especialistas (médico hematologista e enfermeiro especialista em hematologia), dois pediatras e um enfermeiro com atuação em Atenção Primária. A apreciação considerou a presença ou ausência dos critérios de abrangência, objetividade e pertinência. Para verificar a adequação e viabilidade do questionário realizou-se um estudo piloto com os profissionais das equipes de saúde da família da zona rural.

Para a caracterização dos participantes as seguintes variáveis foram utilizadas: sexo (masculino/feminino); idade (anos); estado civil (casado ou união estável/solteiro ou separado ou viúvo); função na ESF (agente comunitário de saúde/técnico ou auxiliar de enfermagem);

tempo de serviço na Atenção Primária (anos) e; o nível de interação dos profissionais com a doença falciforme. Esta variável representa a existência de aproximação/interação prévia desses profissionais com a doença estudada e foi aferida por questionamentos aos profissionais em momento anterior à verificação do conhecimento dos mesmos. O nível de interação foi classificado em: nenhum/zero (nunca ouviu falar da doença falciforme), leve (já ouviu falar da doença falciforme), moderado (conhece alguém com a doença falciforme), forte (possui parentes com doença falciforme).

A verificação do conhecimento sobre doença falciforme se deu a partir do julgamento de afirmativas em verdadeiro ou falso sobre os aspectos chaves das linhas diretrizes destinadas ao cuidado primário. Cada questão certa somou um ponto no número total de acertos. O questionário foi dividido em três domínios: Epidemiologia (8 questões), Manifestações clínicas (9 questões) e Manejo da criança com doença falciforme (20 questões), totalizando 37 questões. O desempenho no teste foi aferido através do total de acertos para as questões propostas. Para melhor delineamento do desempenho dos profissionais, os escores totais de acertos foram categorizados em desempenho abaixo da média e desempenho acima da média. O teste qui-quadrado de Pearson com correção de Yates ou teste exato de Fisher foram utilizados para verificar a associação da variável dependente (desempenho abaixo/acima da média) com as demais variáveis. O nível de significância adotado foi de 5%. Para análise dos dados, utilizaram-se os programas *Statistical Package of Social Science (SPSS®)* versão 16.0 (licença: 550c48f4c442018490b8) e o *Epi Info®* versão 3.15, os quais permitiram a análise estatística do estudo.

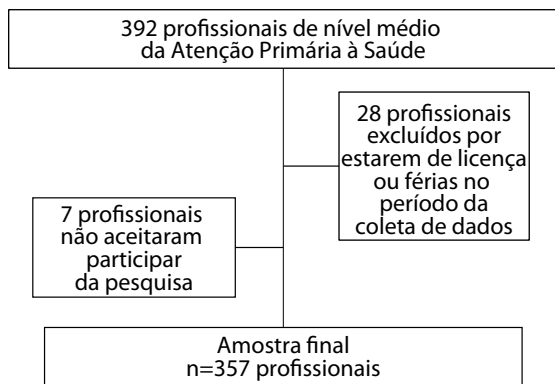
As considerações éticas foram respeitadas. A participação na pesquisa foi voluntária com a assinatura do termo de consentimento livre e

esclarecido. O presente estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes), e aprovado pelo Parecer Consubstanciado nº 1517/2008.

RESULTADOS

No município havia 392 profissionais (técnicos de enfermagem e ACS) lotados nas equipes de Saúde da Família da zona urbana. Participaram da pesquisa 357 (91,0%) profissionais, dos quais 30 técnicos de enfermagem, 319 ACS e oito não responderam qual função desempenhavam na equipe. Foram excluídos da pesquisa 28 profissionais por estarem de licença no período de coleta de dados e sete por não aceitarem participar da pesquisa (Figura 1). A participação dos profissionais foi, em média, 6,8 (DP=1,8) para cada equipe da ESF.

Figura 1 – Fluxograma de seleção dos profissionais de nível médio das equipes da Estratégia Saúde da Família. Montes Claros, MG, 2010



Fonte: elaboração dos autores.

Entre os profissionais selecionados, houve predominância do sexo feminino (298; 83,5%). A idade mediana foi de 31,4 anos. A situação conjugal mais comum foi casado/união estável (189; 52,9%) e a maioria possuía filhos (217; 60,8%). A mediana do tempo de serviço na APS foi de

3,00 anos (1,00-5,00). O perfil dos profissionais é apresentado na Tabela 1.

Tabela 1 – Perfil dos profissionais das equipes de Saúde da Família. Montes Claros, MG, 2010

Variáveis	N	%
Sexo		
Feminino	298	83,5
Número de filhos		
Nenhum	140	39,2
1-2	166	26,5
3 ou mais	51	14,3
Situação conjugal		
Casado/união estável	189	52,9
Solteiro/separado ou viúvo	168	47,1
Função na ESF		
Técnico de enfermagem	30	8,4
Agente Comunitário de Saúde	319	89,4
Não respondeu	8	2,2
Tempo de serviço na Atenção Primária		
≤ 3 anos	231	64,7
> 3 anos	126	35,3

Fonte: Dados primários. Montes Claros, Minas Gerais, Brasil, 2010.

O grau de interação prévia dos respondentes com a patologia estudada foi avaliado como: nenhum para 19 profissionais (5,3%), leve para 185 (51,8%), moderado para 134 (37,5%) e forte para 19 (5,3%).

O conhecimento dos profissionais demonstrado pelo desempenho médio nos testes aplicados foi inferior a 65% para os três domínios estudados. Observou-se um desempenho médio crítico dos profissionais nos domínios “manifestações clínicas da doença falciforme” (53,3%) e “manejo da criança com doença falciforme” (50,0%). As médias e porcentagens de acertos encontram-se na Tabela 2.

Os resultados referentes ao desempenho dos profissionais segundo as variáveis estudadas estão apresentados na Tabela 3.

Houve associação estatisticamente significativa para as variáveis “função na ESF” (p=0,000) e “nível de interação dos profissionais com a do-

Tabela 2 - Escores e percentuais relativos ao desempenho dos profissionais de nível médio das equipes de Saúde da Família em testes de conhecimento sobre doença falciforme. Montes Claros, MG, 2010

Domínios	Escore e percentuais			
	Número de Questões	Mínimo n (%)	Máximo n (%)	Média n (%)
Epidemiologia da doença falciforme	8	0 (0)	8 (100,0)	4,9 (61,2)
Manifestações clínicas da doença falciforme	9	1 (11,1)	12 (100,0)	4,8 (53,3)
Manejo da criança com doença falciforme	20	1 (5,0)	18 (90,0)	10,0 (50,0)
Total de acertos	37	10 (27,0)	34 (91,8)	19,0 (51,3)

Fonte: Dados primários. Montes Claros, Minas Gerais, Brasil, 2010.

Tabela 3 – Associação entre características do grupo estudado e o desempenho no teste de conhecimento dos profissionais da Estratégia Saúde da Família relativos à doença falciforme. Montes Claros, MG, 2010

Variáveis	Desempenho abaixo da média (<19)	Desempenho acima da média (≥19)	p-valor*	OR** (IC95%)
	n (%)	n (%)		
Sexo			0,351	
Feminino	118 (85,3)	142 (17,9)		1,29 (0,78-2,13)
Masculino	38 (14,7)	59 (82,1)		1
Filhos			0,167	
Sim	68 (43,6)	72 (35,8)		1,38 (0,88-2,17)
Não	88 (56,4)	129 (64,2)		1
Estado civil			0,277	
Casado ou união estável	77 (49,4)	112 (55,7)		0,77 (0,50-1,20)
Solteiro, separado ou viúvo	79 (50,6)	89 (44,3)		1
Função na ESF			0	
Agente Comunitário de Saúde	152 (97,4)	167 (86,5)		5,92 (1,90-20,49)
Técnico em Enfermagem	04 (2,6)	26 (13,5)		1
Tempo de serviço na Atenção Primária			0,215	
≤ 3 anos	107 (68,6)	124 (61,7)		1,36 (0,85-2,16)
> 3 anos	49 (31,4)	77 (38,3)		1
Possui pacientes com doença falciforme na área de abrangência			0,111	
Não	122 (78,2)	141 (70,1)		1,53 (0,91-2,56)
Sim	34 (21,8)	60 (29,9)		1
Nível de interação dos profissionais com a doença falciforme			0,018	
Nenhuma interação/Interação leve	101 (64,7)	104 (51,7)		1,71 (1,09-2,69)
Interação moderada/Interação forte	55 (35,3)	97 (48,3)		1

Fonte: Dados primários. Montes Claros, Minas Gerais, Brasil, 2010.

* Teste qui-quadrado de Pearson com correção de Yates ou teste exato de Fisher.

** Odds ratio com intervalo de confiança de 95%.

ença falciforme” (p=0,018). A Tabela 4 é referente ao índice de acertos de questões consideradas pontos-chave do conhecimento relacionadas ao cuidado da criança com doença falciforme. Entre os itens citados destaca-se aqueles que tiveram menor percentual de acerto entre os profissionais de nível médio: acompanhamento das consultas de crescimento e desenvolvimento, imunização, cuidado com os ambientes, desempenho escolar, uso do ácido fólico, antibioticoterapia profilática, priorização do atendimento e uso do cartão de identificação.

Tabela 4 - Percentuais de acertos nas questões relativas ao manejo da criança com doença falciforme. Montes Claros, MG, 2010

Tema	Acertos	
	N	%
Mapeamento da doença falciforme na área de abrangência da ESF	299	83,8
Cuidado com os ambientes muito quentes ou muito frios	148	44,3
Hidratação da criança	262	73,4
Imunização da criança com doença falciforme	143	40,1
Avaliação da nutrição da criança com doença falciforme	295	82,6
Desempenho escolar	192	53,8
Consultas de crescimento e desenvolvimento	41	11,5
Antibioticoterapia profilática	152	42,6
Uso de ácido fólico	246	68,9
Priorização do atendimento às crianças com doença falciforme	241	67,5
Cartão de identificação fornecido pelo Hemocentro	69	19,3
Aconselhamento genético	278	77,9

Fonte: Dados primários. Montes Claros, Minas Gerais, Brasil, 2010.

DISCUSSÃO

Neste estudo foi possível avaliar o conhecimento dos profissionais de nível médio da atenção primária à saúde sobre doença falciforme.

Isto, pois, considera-se que, indiretamente, o conhecimento avaliado traduz a qualidade do cuidado em saúde que os profissionais estão prestando aos pacientes sob sua responsabilidade. Os resultados denotam uma situação preocupante. Os escores de todas as dimensões avaliadas foram inferiores a 65%, indicando um baixo nível de conhecimento. Destaca-se que as questões propostas foram construídas tendo como referência as diretrizes oficiais⁽⁸⁻⁹⁾ para a doença falciforme, o que implica em desconhecimento de tais diretrizes pelos profissionais avaliados. O conhecimento dos profissionais, demonstrado pelo desempenho médio nos testes aplicados, foi inferior a 65% para os três domínios estudados.

O desempenho dos profissionais em cada eixo do teste de conhecimento desperta atenção especial para os domínios “manifestações clínicas” e “manejo da criança com doença falciforme”, que apresentaram o percentual médio de acertos críticos de 53,3% e 50,0%, respectivamente. Os profissionais que integram a Atenção Primária devem estar cientes das diferentes manifestações da doença, do risco de vida e do manejo com o intuito de reduzir a frequência e a severidade das crises e suas complicações pelo reconhecimento imediato⁽¹⁰⁾. Estudo realizado com profissionais da APS aponta baixo conhecimento dos enfermeiros e médicos sobre a doença⁽¹¹⁻¹⁴⁾. Entretanto, não existem estudos que avaliem os profissionais de nível médio, tais como ACS e técnicos de enfermagem, sobre doença falciforme, como verificado neste estudo.

Com a reorganização da rede de APS no país e com a organização e padronização das linhas de cuidados aos pacientes crônicos, é fundamental a valorização dos técnicos de enfermagem e dos ACS para assegurar melhor alcance dos resultados. A ESF caracteriza-se por prestar assistência integral em regiões/áreas geográficas circunscritas e para isso incorpora os ACS aos serviços. Esses profissionais são desprovidos de formação prévia na área de saúde e

fica ao encargo dos gestores do SUS sua formação, capacitação e educação permanente em serviço^(7,15). O ACS, inserido nesse contexto de transformação do modelo de atenção à saúde e como membro da equipe multiprofissional, é o mediador entre o sistema de saúde e a família/comunidade. Ele tem potencial para estabelecer o vínculo com os usuários, pois, residem na área de abrangência da Unidade de Saúde da Família.

Para a doença falciforme, no âmbito da atenção primária, espera-se que sejam realizadas visitas domiciliares direcionadas, ações efetivas no controle da dor e demais sinais/sintomas e atividades educativas. Além de aconselhamento genético e prevenção de infecção, acompanhamento da profilaxia com antibióticos, vacinação e o rastreio para o risco de acidente vascular cerebral^(3,6,14). Os atores sociais da ESF são importantes nesse processo.

O melhor desempenho dos profissionais no teste de conhecimento se mostrou relacionado à variável “nível de interação dos profissionais com a doença falciforme”. A ausência de interação e a interação leve dos profissionais com a doença (OR=1,71; IC95%=1,09-2,69) esteve relacionada ao baixo desempenho no teste de conhecimento quando comparadas à interação moderada e forte. Essa associação indica que quanto maior a aproximação ou interação dos profissionais com a doença falciforme em seu cotidiano, melhor o desempenho no teste.

Verificou-se que os ACS (OR=5,92; IC95%=1,90-20,49) têm maior chance de obter um desempenho abaixo da média em comparação com os técnicos de enfermagem. A diferença estatisticamente significativa encontrada no nível de conhecimento entre eles era esperada, mas não desejável. Essa diferença referente ao conhecimento nos remete à função e à formação desses profissionais. O ACS é um integrante da equipe multiprofissional da ESF e o seu trabalho não está pautado na doença, mas sim no sujeito enfermo ou com possibilidade de adoecer. Distintamente, o técnico de enfermagem tem uma

formação diferenciada específica na área da saúde, preparando-se para ações curativas e de prevenção e promoção à saúde^(7,15).

Nessa perspectiva, sugere-se que esses profissionais sejam incluídos em processos de educação permanente de capacitação sobre a doença falciforme. Esses profissionais apresentam grande potencial para investir nas ações de promoção da saúde e de ações de prevenção⁽¹⁴⁾.

Outra reflexão é sobre os espaços de discussões em áreas temáticas realizadas na ESF, que se configuram como educação permanente. Questiona-se se esses espaços estariam discutindo as atribuições da equipe na ESF, principalmente no que diz respeito ao cliente com doença falciforme.

Em relação ao cuidado com a criança com doença falciforme destaca-se que três medidas profiláticas têm sido amplamente recomendadas na gestão do cuidado da doença falciforme, quais sejam: profilaxia com penicilina, imunização básica e com imunobiológicos especiais e a administração de ácido fólico⁽¹⁶⁾.

O desempenho dos participantes sobre imunização (143; 40,1%) foi considerado crítico. A criança com doença falciforme deve receber as vacinas preconizadas no calendário básico de vacinação acrescidas dos imunobiológicos especiais como a vacina contra o pneumococo, meningite e vírus influenza^(8,16). O desconhecimento da necessidade de imunobiológicos especiais implica na falta de acompanhamento da cobertura vacinal e, conseqüentemente, no risco aumentado de complicações pelas doenças específicas^(1,17).

O acompanhamento da antibioticoterapia profilática pelos profissionais da ESF é relevante para a prevenção das altas taxas de morbidade e mortalidade por doença pneumocócica e outras infecções^(5,16). Estudos relatam que a adesão a esse tratamento tem sido um desafio aos profissionais de saúde⁽¹⁸⁻¹⁹⁾. Ao observar o índice de acertos (42,6%) nesse quesito, verificou-se que os profissionais não estão preparados para o incentivo à adesão à antibioticoterapia profilática.

Quanto ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, observou-se que a maioria dos respondentes (82,6%) está ciente da importância dessa atividade para a criança com doença falciforme. Vários autores apontam déficit de crescimento que a criança com doença falciforme apresenta a partir de dois anos de idade, o qual é descrito como um retardo de crescimento somático que afeta mais o peso do que a altura e que se acentua progressivamente até os 18 anos^(5,20).

O saber sobre o acompanhamento nutricional da criança pode influenciar nas ações em saúde. Entretanto, no quesito relacionado ao calendário de consultas das crianças com doença falciforme detectou-se o desconhecimento do mesmo por parte de 316 profissionais (88,5%). A linha guia do estado de Minas Gerais⁽⁸⁾ preconiza que as consultas de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento devem ser mensais para crianças de até um ano de idade e, posteriormente, as consultas devem ser trimestrais até os cinco anos de idade. Para maiores de cinco anos são recomendadas consultas de quatro em quatro meses. O desconhecimento sugere o não seguimento quanto ao quantitativo de consultas recomendadas.

Quando questionados sobre os cuidados com os ambientes muito quentes ou frios, apenas 148 profissionais (44,3%) responderam adequadamente. O baixo percentual de acertos nessa questão aponta para a provável falta de orientação da família acerca de alguns importantes fatores precipitantes das crises vaso-oclusivas. Alguns fatores precipitadores dessas crises descritos na literatura e que são de extrema relevância para a abordagem com as famílias são: estresse emocional, fadiga, desidratação, exercício físico extenuante, temperaturas extremas quentes ou frias e grandes altitudes^(3,16).

Quando questionados sobre a priorização do atendimento à criança na presença de um dos sinais de alerta, verificou-se um índice de acertos superior a 67,5%. Mesmo com melhor desempenho nesse quesito, o conhecimento dos profissionais de nível médio ainda é considerado insuficiente para a prática.

Para a realização das ações recomendadas é necessário o conhecimento. O baixo percentual de acertos dos técnicos de enfermagem e ACS em relação à maioria das variáveis estudadas aponta para o fato de que esses profissionais não têm o conhecimento necessário para a assistência à criança com doença falciforme, o que implica indiretamente na pior qualidade da assistência à saúde para esse grupo de risco. Nessa perspectiva, sugere-se a urgente capacitação desses profissionais.

CONCLUSÃO

Este estudo avaliou o conhecimento dos ACS e técnicos de enfermagem sobre doença falciforme e fornece subsídio para capacitações futuras e educação permanente. É desejável treinamentos com esses profissionais com enfoque nas orientações e cuidados à criança com doença falciforme e família.

As limitações do presente estudo estão relacionadas ao instrumento de coleta de dados elaborado pelos próprios pesquisadores visto que não existem instrumentos validados para aferir o conhecimento. Outra limitação é o fato de o estudo restringir-se a apenas um município.

É necessária a realização da educação permanente para os profissionais de saúde da atenção primária por meio de metodologia com abordagem dos cuidados e orientações aos pacientes com doença falciforme e às suas famílias. É desejável novos estudos que abordem pré-teste e pós-teste a partir de treinamento dos profissionais a fim de subsidiar a discussão sobre o tema.

REFERÊNCIAS

1. Fernandes APPC, Januário JN, Cangussu CB, Macedo DL, Viana MB. Mortality of children with sickle cell disease: a population study. *J pediatr* (Rio J). 2010; 86(4): 279-84.

2. Cançado RD, Jesus JA. A doença falciforme no Brasil. *Rev bras hematol hemoter.* 2007; 29(3): 204-6.
3. Kikuchi BA. Assistência de enfermagem na doença falciforme nos serviços de atenção básica. *Rev bras hematol hemoter.* 2007; 29(3): 331-8.
4. Cruz ICF. Saúde da população negra: a construção da equidade no SUS pela implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. *Online braz j nurs [Internet].* 2010 [cited 2012 Ago 01]; 9(3). Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.3194/html>.
5. Souza KCM, Damião JJ, Siqueira KS, Santos LCS, Santos MR. Acompanhamento nutricional de criança portadora de anemia falciforme na Rede de Atenção Básica à Saúde. *Rev paul pediatri.* 2008; 26(4): 400-4.
6. Xavier-Gomes LM, Reis TC, Vieira MM, Andrade-Barbosa TL, Caldeira AP. Quality of assistance provided to children with sickle cell disease by primary healthcare services. *Rev bras hematol hemoter.* 2011; 33 (4):277-82.
7. Nascimento EPL, Correa CRS. O agente comunitário de saúde: formação, inserção e práticas. *Cad saúde pública.* 2008; 24(6): 1304-13.
8. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Atenção à saúde da criança: doença falciforme. Belo Horizonte: SAS/DNAS; 2005.
9. Ministério da Saúde. Manual de Educação em Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008.
10. Khattah AD, Rawlings B, Ali IS. Care of patients with haemoglobin abnormalities: nursing management. *Br J Nurs.* 2006; 15 (19): 1057-62.
11. Ratanawongsa N, Haywood Jr C, Bediako SM, Lakshmi L, Lanzkron S, Hill MP, et al. Health care provider attitudes toward patients with acute vaso-occlusive crisis due to sickle cell disease: Development of a scale. *Patient Educ Couns.* 2009; 76 (2):272-8.
12. Dennis-Antwi JA, Dyson S, Ohene-Frempong K. Healthcare provision for sickle cell disease in Ghana: challenges for the African context. *Diversity in Health and Social Care.* 2008;5 (4):241-54.
13. Weinreich SS, Klerk ESML, Rijmen F, Cornel MC, Kinderen M, Plass AMC. Raising awareness of carrier testing for hereditary haemoglobinopathies in high-risk ethnic groups in the Netherlands: a pilot study among the general public and primary care providers. *BMC Public Health [Internet].* 2009 [cited 2012 Nov 10];9(338):1-9. Available from: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-9-338.pdf>.
14. Xavier-Gomes LM, Vieira MM, Reis TC, Andrade-Barbosa TL, Caldeira AP. Knowledge of family health program practitioners in Brazil about sickle cell disease: a descriptive, cross-sectional study. *BMC Fam Pract [Internet].* 2011 [cited 2012 Jan 12];12 (89):1-7. Available from: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2296-12-89.pdf>.
15. Santos LPGA, Fracolli LA. O agente comunitário de saúde: possibilidades e limites para a promoção da saúde. *Rev esc enferm USP.* 2010; 44(1): 76-83.
16. Araujo PIC. O autocuidado na doença falciforme Sickle cell disease and the self care. *Rev bras hematol hemoter.* 2007; 29(3):239-46.
17. Lucas SB, Mason DG, Mason M, Weyman D. A sickle crisis? a report of the National Confidential Enquiry into Patient Outcome and Death [Internet]. London: National Confidential Enquiry into Patient Outcome and Death; 2008 [cited 2012 Jan 20]. Available from: http://www.ncepod.org.uk/2008report1/Downloads/Sickle_report.pdf.
18. Bitarães EL, Oliveira BM, Viana MB. Adesão à antibioticoterapia profilática em crianças com anemia falciforme: um estudo prospectivo. *J pediatri (Rio J).* 2008; 84(4): 316-22.
19. Strayhorn G, Farley KSMM, Adamkiewicz TV, Silk BJS, Howgate J, Baughman W. Effectiveness of the 7-Valent Pneumococcal Conjugate Vaccine in Children With Sickle Cell Disease in the First Decade of Life. *Pediatrics.* 2008;121(3):562-9.
20. Dick MC. Standards for the management of sickle cell disease in children. *Arch Dis Child Educ Pract Ed.* 2008; 93(6):169-76.

Recebido: 03/09/2012

Revisado: 16/03/2013

Aprovado: 28/05/2013