
Cuidado, atenção e avaliação na APS

reflexões para a prática

Altamira Pereira da Silva Reichert
Ana Cláudia Cavalcanti Peixoto de Vasconcelos
Ardigleusa Alves Coêlho
Franklin Delano Soares Forte
Geraldo Eduardo Guedes de Brito
Talitha Rodrigues Ribeiro Fernandes Pessoa
(organizadores)

**CUIDADO, ATENÇÃO E
AVALIAÇÃO NA APS:**
Reflexões para a prática



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA

Reitor

VALDINEY VELOSO GOUVEIA

Vice-reitora

LIANA FILGUEIRA ALBUQUERQUE

Pró-reitor PRPG

GUILHERME ATAÍDE DIAS



EDITORA UFPB

Diretor

REINALDO FARIAS PAIVA DE LUCENA

Chefe de produção

JOSÉ AUGUSTO DOS SANTOS FILHO

Conselho editorial

Adailson Pereira de Souza (Ciências Agrárias)
Eliana Vasconcelos da Silva Esrael (Linguística, Letras e Artes)
Fabiana Sena da Silva (Interdisciplinar)
Gisele Rocha Côrtes (Ciências Sociais Aplicadas)
Ilda Antonieta Salata Toscano (Ciências Exatas e da Terra)
Luana Rodrigues de Almeida (Ciências da Saúde)
Maria de Lourdes Barreto Gomes (Engenharias)
Maria Patrícia Lopes Goldfarb (Ciências Humanas)
Maria Regina Vasconcelos Barbosa (Ciências Biológicas)

Conselho científico

Maria Aurora Cuevas-Cerveró (Universidad Complutense Madrid/ES)
José Miguel de Abreu (UC/PT)
Joan Manuel Rodriguez Diaz (Universidade Técnica de Manabí/EC)
José Manuel Peixoto Caldas (USP/SP)
Letícia Palazzi Perez (Unesp/Marília/SP)
Anete Roese (PUC Minas/MG)
Rosângela Rodrigues Borges (UNIFAL/MG)
Silvana Aparecida Borsetti Gregorio Vidotti (Unesp/Marília/SP)
Leilah Santiago Bufrem (UFPR/PR)
Marta Maria Leone Lima (UNEB/BA)
Lia Machado Fiuzza Fialho (UECE/CE)
Valdonilson Barbosa dos Santos (UFCEG/PB)

Editora filiada à:



Altamira Pereira da Silva Reichert
Ana Cláudia Cavalcanti Peixoto de Vasconcelos
Ardigleusa Alves Coêlho
Franklin Delano Soares Forte
Geraldo Eduardo Guedes de Brito
Talitha Rodrigues Ribeiro Fernandes Pessoa
(ORGANIZADORES)

**CUIDADO, ATENÇÃO E
AVALIAÇÃO NA APS:
Reflexões para a prática**

EDITORA UFPB
João Pessoa
2020

Direitos autorais 2020 – Editora UFPB
Efetuado o Depósito Legal na Biblioteca Nacional, conforme a
Lei nº 10.994, de 14 de dezembro de 2004.

Todos os direitos reservados à Editora UFPB.

É proibida a reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio. A violação dos direitos autorais (Lei nº 9.610/1998) é crime estabelecido no artigo 184 do Código Penal.
O conteúdo desta publicação é de inteira responsabilidade do autor.

Projeto Gráfico
Editora UFPB

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

C966 Cuidado, atenção e avaliação na APS: reflexões para a prática /
Altamira Pereira da Silva Reichert... [et al.], organizadores.
- João Pessoa: Editora UFPB, 2020.

451 p. il.

Formato: PDF

Requisito do sistema: Adobe Acrobat Reader

ISBN 978-65-5492-010-0

1. Saúde pública. 2. Atenção primária à saúde. 3. Saúde da família.
I. Reichert, Altamira Pereira da Silva. II. Vasconcelos, Ana Cláudia Cavalcanti
Peixoto de. III. Coelho, Ardgleusa Alves. IV. Forte, Franklin Delano Soares.
V. Brito, Geraldo Eduardo Guedes de. VI. Pessoa, Talitha Rodrigues Ribeiro
Fernandes. VII. Título.

UFPB/BC

CDU 614

Livro aprovado para publicação através do Edital Nº 01/2020/Editora Universitária/UFPB –
Programa de Publicação de E-books.

EDITORA UFPB

Cidade Universitária, Campus I,
Prédio da Editora Universitária, s/n
João Pessoa – PB. CEP 58.051-970

<http://www.editora.ufpb.br>

E-mail: editora@ufpb.br

Fone: (83) 3216-7147

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	15
--------------------	----

Capítulo 1

RECURSOS UTILIZADOS NO APOIO À MULHER PARA O ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE UM MUNICÍPIO PARAIBANO	18
--	-----------

*Suênia Gonçalves de Medeiros Diniz, Danielly Cristiny de
Veras, Erlaine Souza da Silva, Ana Cláudia Cavalcanti Peixoto
de Vasconcelos*

Capítulo 2

VIVÊNCIA COM A ESTIMULAÇÃO NEUROPSICOMOTORA DE CRIANÇAS COM SÍNDROME CONGÊNITA DO ZIKA VÍRUS NO CONTEXTO DOMICILIAR: DESAFIOS DO CUIDADOR.....	32
---	-----------

*Cora Coralina dos Santos Junqueira, Iolanda Carlli da Silva
Bezerra, Daniele Beltrão Lucena de França, Neusa Collet,
Altamira Pereira da Silva Reichert*

Capítulo 3

**ATUAÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA NO
ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO E
DESENVOLVIMENTO INFANTIL NA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA46**

*Renan Cabral de Figueirêdo, Ricardo Henrique Vieira de
Melo, Maísa Paulino Rodrigues, Geórgia Costa de Araújo
Souza, Rosana Lúcia Alves de Vilar*

Capítulo 4

**UM OLHAR SOBRE A HIPERTENSÃO E DIABETES NO
CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE SOB O
PRISMA DO USUÁRIO61**

*Juliana da Silva Santos, Fabíola de Araújo Leite Medeiros,
Cláudia Helena Soares de Moraes Freitas, Severina Alice da
Costa Uchoa, Ardigleusa Alves Coêlho*

Capítulo 5

**CONTORNOS DA ABORDAGEM EDUCATIVA ÀS PESSOAS
COM *DIABETES MELLITUS* NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE.....73**

*Lucieuda Rodrigues de Araújo, Ítalo Vinícius Albuquerque
Diniz, Jairo Porto Alves, Fabiola de Araújo Leite Medeiros,
Claudia Santos Martiniano*

Capítulo 6

ASISTENCIA ODONTOLÓGICA EN PACIENTES MAYORES DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD 87

Carles Subirá Pifarrè, Maria Sueli Marques Soare

Capítulo 7

RASTREAMENTO DE CÂNCER BUCAL NA ATENÇÃO BÁSICA..... 100

*Maria Sueli Marques Soares, Carles Subirá Pifarrè, Ailma de
Souza Barbosa, Jeremias Fernando Cavalcanti de Meneses,
Andreza Albuquerque da Silva*

Capítulo 8

TEATRO DO OPRIMIDO COM IDOSOS NA ATENÇÃO BÁSICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA..... 114

*Danielly Cristiny de Veras, Suênia Gonçalves de Medeiros
Diniz, Maria Eliza Dantas Bezerra, Talitha Rodrigues Ribeiro
Fernandes Pessoa, Franklin Delano Soares Forte*

Capítulo 9

CUIDANDO DO CUIDADOR NA CONSTELAÇÃO FAMILIAR..... 129

*Heloisa Helena Pinho Veloso, José Manuel Peixoto Calda,
Marcelo Brigagão de Oliveira*

Capítulo 10

**ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, FORMAÇÃO EM
SAÚDE E INTERPROFISSIONALIDADE: O OLHAR DE
ESTUDANTES 144**

*Ailma de Souza Barbosa, Ayla Miranda de Oliveira, Bárbara
Rachelli Farias Teixeira, Franklin Delano Soares Forte*

Capítulo 11

**OFICINA DE ALINHAMENTO CONCEITUAL DE
EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL NO CONTEXTO
SAÚDE DA FAMÍLIA 159**

*Ailma de Souza Barbosa, Verônica Ebrahim Queiroga, Ana
Suerda Leonor Gomes Leal, Franklin Delano Soares Forte*

Capítulo 12

**ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:
RELATO DE EXPERIÊNCIA..... 173**

*Milena Vieira da Silva Melo, Franklin Delano Soares Forte,
Geraldo Eduardo Guedes de Brito, Maria de Lourdes de
Farias Pontes, Talitha Rodrigues Ribeiro Fernandes Pessoa*

Capítulo 13

TECNOLOGIAS DE TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA 188

*Geraldo Eduardo Guedes de Brito, Antonio da Cruz Gouveia
Mendes, Pedro Miguel dos Santos Neto, Celso Brendo Furtado
Brandão, Sara Virna Alves Barros*

Capítulo 14

O TRABALHO EM EQUIPE NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA 200

*Geraldo Eduardo Guedes de Brito, Larissa Nascimento Silva,
Franklin Delano Soares Forte, Augusto José Bezerra de
Andrade, Marcelo Viana da Costa*

Capítulo 15

INTERPROFISSIONALIDADE NA ATENÇÃO DOMICILIAR EM SAÚDE BUCAL 212

*Silvia Regina Pimentel Pereira, Mariana Ramalho de Farias,
Ângela Maria Alves e Souza, Andrea Gomes Linard, Simone
Vieira de Mesquita*

Capítulo 16

O ENVELHECIMENTO NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA..... 226

*Susanne Pinheiro Costa e Silva, Maria Joycielle de Lima
Maciel, Isabella Martelleto Teixeira de Paula, Luana
Rodrigues de Almeida*

Capítulo 17

ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO DE TRAVESTIS E TRANSEXUAIS NO BRASIL E NA PARAÍBA..... 240

*Lizziane Aparecida Silva de Macêdo, Raiany Evelyn Bezerra
Batista, Robson da Fonseca Neves, Sandra Aparecida de
Almeida, Claudia Santos Martiniano*

Capítulo 18

NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA: GESTÃO DO CUIDADO À CRIANÇA COM DOENÇA CRÔNICA..... 255

*Renata Moraes de Santana, Elenice Maria Cecchetti Vaz,
Altamira Pereira da Silva Reichert, Neusa Collet*

Capítulo 19

ATUAÇÃO DO NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA (NASF-AB) NA SAÚDE MENTAL..... 270

*Thalita Analyane Bezerra de Albuquerque, Flávia Maiele
Pedroza Trajano, Ana Tereza de Medeiros, João Euclides
Fernandes Braga, Luana Rodrigues de Almeida*

Capítulo 20

DISCURSOS SOBRE A SAÚDE DO TRABALHADOR ENTRE TRABALHADORES DO NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA: UM OLHAR SOBRE A FORMAÇÃO 284

*Robson da Fonseca Neves, Andreia Marinho Barbosa, Maria
Gabriela Alves de Brito, Maria Cláudia Gatto Cardia, Antônio
Geraldo Cidrão de Carvalho*

Capítulo 21

INSTRUMENTOS E ESTRÁTEGIAS DE RASTREIO DE SINTOMAS DEPRESSIVOS EM IDOSOS 298

*Carla Nayara dos Santos Souza Veras, Jaqueline Carvalho e
Silva Sales, Fernando José Guedes da Silva Júnior, Angélica
Martins de Souza Gonçalves, Claudete Ferreira de Souza
Monteiro*

Capítulo 22

PLANEJAMENTO E MONITORAMENTO EM SAÚDE POR MEIO DA SALA DE SITUAÇÃO, NA ATENÇÃO PRIMÁRIA, EM TERRITÓRIO DE FORTALEZA..... 311

Walter Wesley de Andrade, Fabiane do Amaral Gubert, Renata Sousa Alves, Andréa Sílvia Walter de Aguiar, Kátia Denise Medeiros de Andrade

Capítulo 23

PERFIL DOS ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE UMA CAPITAL DO BRASIL 326

Sara Virna Alves Barros, Paolo Porciúncula Lamb, Celso Brendo Furtado Brandão, Maria Itamara da Silva Oliveira, Geraldo Eduardo Guedes de Brito

Capítulo 24

AVALIAÇÃO DA REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA POR GESTORES E EQUIPES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE 339

Evanira Rodrigues Maia, Verônica Monaliza Gomes Gurgel, Maria Rosilene Cândido Moreira, Milena Silva Costa, Maria de Fátima Vasques Monteiro

Capítulo 25

ANÁLISE ESPACIAL DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE: IDENTIFICANDO BARREIRAS NO ACESSO 354

Elenice Jardim Lopes, Érika Bárbara Abreu Fonseca Thomaz, Aline Sampieri Tonello, Amanda Valeria Damasceno dos Santos, Rejane Christine de Sousa Queiroz

Capítulo 26

ACESSIBILIDADE PARA USUÁRIOS COM DEFICIÊNCIA NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE UM MUNICÍPIO DO NORDESTE BRASILEIRO..... 371

Iomar Mendes de Sousa, Ana Margarida Melo Nunes, Erika Bárbara Abreu Fonseca Thomaz, Aline Sampieri Tonello Rejane Christine de Sousa Queiroz

Capítulo 27

COMO AS GESTANTES BENEFICIÁRIAS DO BOLSA FAMÍLIA PERCEBEM O PROGRAMA E SUAS REPERCUSSÕES NA SAÚDE E NA VIOLÊNCIA? 387

Helena Paula Guerra dos Santos, Roberto Wagner Júnior F de Freitas, Kátia Yumi Uchimura, Isabella Fachine de Oliveira, Anya Pimentel G F Vieira Meyer

Capítulo 28

OPERACIONALIZAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE FORTIFICAÇÃO ALIMENTAR (NUTRISUS) EM UMA CIDADE DO NORDESTE BRASILEIRO 401

Lígia Araújo Sá, Ardigleusa Alves Coêlho, Maria de Lourdes de Farias Pontes, Franklin Delano Soares Forte, Cláudia Helena Soares de Moraes Freitas

Capítulo 29

AVALIAÇÃO DA ADESÃO AO PROGRAMA DE CONTROLE DO TABAGISMO EM UM MUNICÍPIO RURAL PARAIBANO..... 415

Kássia Katarine de Lima Gomes, Juliana da Silva Santos, Cláudia Helena Soares de Moraes Freitas, Rudgy Pinto de Figueiredo, Ardigleusa Alves Coêlho

SOBRE OS AUTORES..... 428

COLABORADORAS 451

APRESENTAÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) brasileira, estruturada no Sistema Único de Saúde (SUS) pela Estratégia Saúde da Família (ESF), é uma das políticas públicas mais importantes na garantia da saúde da população e na diminuição das desigualdades sociais em nosso país. Estas desigualdades, cada vez mais desafiadoras, impactam e são impactadas, direta ou indiretamente, na qualidade de vida, nas interações interpessoais, nos índices de violência, no desenvolvimento econômico, no nível educacional, e na saúde da população.

Apesar das dificuldades de implementação, das limitações quantitativas e qualitativas de recursos humanos, e de seu subfinanciamento, a APS tem demonstrado sua robustez, promovendo saúde, prevenindo agravos e cuidando do povo brasileiro.

Seja na cobertura vacinal, no controle e combate de doenças infectocontagiosas, no acompanhamento de doenças crônicas, como diabetes e hipertensão, no cuidado pré-natal, na realização de puericultura, na saúde da mulher e do homem, ou no enfrentamento de endemias e

pandemias, a APS vem contribuindo com a saúde de nossa comunidade. Independentemente da classe social, da renda, do local de moradia, o povo brasileiro pode contar com a ESF, que tem amadurecido e se complexificado nos últimos tempos.

Não podemos deixar que interesses não republicanos ditem os caminhos de nossa APS, que tanto tem sofrido na mão de comandantes não comprometidos com a saúde de nossa população. Lutar para a manutenção de uma política de saúde universal, integral, equânime e de qualidade é dever de todos. Para tanto, é preciso estudar e conhecer de perto a ESF. Quanto mais plural for este olhar, melhor temos como compreender suas fortalezas, seus gargalos e seus desafios. Enxergar pelo olhar apurado do outro nos proporciona experiência enriquecedora e, por vezes, transformadora.

O presente livro é uma importante contribuição neste sentido, trazendo reflexões críticas para a prática na ESF, seja na vertente do cuidado, da atenção e ou da avaliação. Apresenta trabalhos desenvolvidos por profissionais vinculados à Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF), que possui um programa de pós-graduação *stricto sensu*. A realização de um programa

em rede permite, na riqueza da pluralidade, uma troca sinérgica de conhecimentos e experiências de ensino e pesquisa, criação de novas alternativas para resolver problemas e apontar soluções, crescimento conjunto com um objetivo em comum, fortalecendo todos os seus integrantes, mas respeitando as individualidades e especificidades dos envolvidos. A RENASF tem contribuindo, há mais de uma década, para a qualificação da ESF, através de formação de seus profissionais. Neste período, cerca de 400 mestres foram formados no nordeste brasileiro e tem feito a diferença no pensar e agir da ESF.

A presente obra divide com o leitor parte dos aprendizados e do conhecimento gerado neste processo de formação, e assim, espera contribuir para o fortalecimento de nosso sistema de saúde. Desejamos uma prazerosa leitura, intercalada de reflexões e ações em prol de uma saúde de qualidade para todos!

Anya Pimentel Gomes Fernandes Vieira-Meyer

Capítulo 1

RECURSOS UTILIZADOS NO APOIO À MULHER PARA O ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE UM MUNICÍPIO PARAIBANO

Suênia Gonçalves de Medeiros Diniz

Danielly Cristiny de Veras

Erlaine Souza da Silva

Ana Cláudia Cavalcanti Peixoto de Vasconcelos

1. INTRODUÇÃO

Os benefícios do leite materno para o crescimento e desenvolvimento infantil têm sido um consenso na literatura. Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde (MS) recomenda a duração do aleitamento materno (AM) por dois anos, e que seja exclusivo até o sexto mês de vida, sem a necessidade de introdução de água ou de outros alimentos.¹

Contudo, as taxas de manutenção da amamentação ainda são baixas. Um estudo realizado no Brasil demonstrou a ocorrência do desmame precoce e a consequente introdução de alimentos oferecidos antes dos dois meses de idade, não havendo a predominância do Aleitamento Materno Exclusivo (AME) no período adequado.²

Há vários fatores que contribuem para esse cenário; embora tenha ocorrido a ampliação do acesso das mulheres

às informações acerca dos benefícios do leite materno, isso tem sido insuficiente para prolongar a amamentação exclusiva.³ Ademais, algumas práticas e crenças, a substituição imprópria do leite materno, além das práticas inadequadas de serviços e profissionais de saúde também contribuem para a descontinuidade da lactação exclusiva.⁴

Nessa perspectiva, pesquisas internacionais enfatizam o impacto do apoio à mulher que amamenta. Um estudo na Inglaterra demonstrou que visitas domiciliares, da gestação aos dois anos da criança consistiram em uma estratégia efetiva sobre a intenção da mulher em amamentar⁵. Na Austrália, uma pesquisa evidenciou que a abordagem dos profissionais interferia diretamente no modo como a mulher percebia o seu processo de amamentar.⁶

No Brasil, o aconselhamento e acompanhamento profissional tem sido relevante para a melhoria da saúde da criança na Estratégia Saúde da Família (ESF)⁷ e a manutenção do AM, visto que a Atenção Básica é um espaço privilegiado para as práticas educativas, e possibilita a oferta de apoio e a promoção da saúde, além de esclarecimentos acerca das intercorrências mais comuns na amamentação.⁸

2. CONTEXTO DO ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa exploratório-descritiva, de abordagem qualitativa, que investigou as percepções dos profissionais de saúde da ESF em um município da Paraíba, nordeste brasileiro, sobre os recursos utilizados para o apoio à mulher em processo de AME.

Considerando que a ESF, dadas as devidas condições, tem potencial para atuar enquanto espaço significativo de suporte à mulher que amamenta – oferecendo assistência clínica e emocional – o presente capítulo tem por objetivo analisar como o apoio dos profissionais direcionado à essa mulher tem se desenvolvido, e quais os recursos empregados no âmbito dessa oferta, em um município da Paraíba.

A coleta de dados ocorreu entre dezembro de 2018 e maio de 2019, por meio de entrevistas semiestruturadas, contemplando dimensões ligadas à percepção sobre o AM e ações voltadas ao apoio para o AME. Essas foram gravadas e posteriormente transcritas para análise. A finalização da coleta de dados seguiu o critério de suficiência, a partir da recorrência e complementaridade das informações.⁹

Foram entrevistados 33 profissionais das equipes de saúde, das áreas urbana e rural: seis enfermeiros, seis

médicos, cinco técnicos de enfermagem, quatro cirurgiões-dentistas, quatro auxiliares em saúde bucal e oito Agentes Comunitários de Saúde (ACS), sendo adotadas como critérios de inclusão unidades que realizaram consultas de pré-natal, puericultura e de saúde bucal nos últimos 12 meses.

Utilizou-se a análise temática para o tratamento dos dados, com interpretação dos resultados obtidos à luz da literatura¹⁰ e do referencial do interpretativismo.¹¹ Emergiu, a partir das falas dos sujeitos, o eixo temático relativo aos recursos utilizados para a oferta de apoio à mulher para o AME.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFPB, sob o Parecer nº 95710518.6.0000.5188, e desenvolvido de acordo com as normas da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa durante todas as fases do seu desenvolvimento.

Para garantir o anonimato dos participantes, os depoimentos foram codificados, de acordo com as categorias profissionais: “E” para Enfermeiros, “M” para médicos, “CD” para cirurgião-dentista, “TE” para Técnico de Enfermagem”, “ASB” para Auxiliar em Saúde Bucal e “ACS” para Agentes

Comunitários de Saúde, seguidos pela numeração correspondente à ordem cronológica de realização das entrevistas.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a análise temática do material, identificamos os recursos utilizados para a oferta de apoio, e as ações da ESF direcionadas à mulher em processo de AME, dos quais se destacou as seguintes dimensões: o pré-natal, o envolvimento do parceiro e da família, a promoção em saúde e a visita puerperal, abordados a seguir.

3.1. O Pré-Natal como uma estratégia de sensibilização para o AM

Nas entrevistas, emergiu a dimensão da sensibilização para o AM desde o início do Pré-Natal, e a oferta de um atendimento multiprofissional foi realçada como dimensão estratégica.

Tudo começa no pré-natal (...) esse primeiro apoio, um pré-natal com o médico, com a enfermeira... e o pré-natal odontológico também... (D2).

(...) um atendimento multiprofissional, com médico, enfermeiro, dentista... as consultas compartilhadas e o pré-natal do parceiro (E2).

Esses achados corroboram as recomendações do MS, que assinala o apoio dos profissionais como fundamental para a efetividade da amamentação, pois, durante esse período, se faz necessário sensibilizar a mulher acerca da importância do AM e abordar a respeito da intenção de amamentar e os problemas e dificuldades que possam ser enfrentados.¹

Nesse mesmo contexto, objetivando o envolvimento consciente e ativo de homens nas ações voltadas ao planejamento reprodutivo, a fim de qualificar a atenção à gestação, ao parto e ao nascimento, o MS lançou em 2016 a estratégia “*Pré-Natal do Parceiro*”, oportunizando e valorizando a participação do homem no pré-natal, e, conseqüentemente, sensibilizando-o também acerca do AM.¹²

Assim, é de suma importância que os profissionais de saúde oportunizem esse momento para a abordagem do casal, no sentido de prevenir, diagnosticar e tratar os eventos indesejáveis relacionados ao AME desde a gestação, visando consolidar a confiança e a expectativa da mulher com relação aos seus conhecimentos e habilidades para amamentar com êxito.¹³

3.2. O envolvimento do parceiro e da família no processo do apoio

Os resultados apontam a inclusão da família como ponto basilar no suporte recebido pela mulher para adesão ao aleitamento. Os depoimentos destacam esse aspecto tanto no pré-natal como nas atividades coletivas da UBS.

É importante que toda a família seja engajada, não só a mulher que tá amamentando, mas quem dá apoio a elas também. Eu sempre tento envolver a família, o parceiro (...); os familiares chegando mais próximo, fica mais fácil de você ter essa comunicação eficaz (M5).

Esses achados convergem com a pesquisa realizada no Rio Grande do Sul, a qual enfatizou a importância da valorização da atuação dos familiares no incentivo à amamentação.¹⁴

Nessa conjuntura, o envolvimento do parceiro também foi ressaltado como um diferencial tanto para a experiência da paternidade quanto como aliado no apoio à mulher: sendo o AM fortemente influenciado pelo meio onde ela está inserida, a forma como esse parceiro compreende a importância do AM interfere diretamente na sua atuação, seja como agente incentivador, protetor e apoiador do AME, ou como promotor do desmame precoce.¹

Assim, o envolvimento dos familiares apresenta-se como elemento fundamental nas ações de promoção do AM. Para tanto, cabe ao profissional de saúde estimular a participação desses atores, escutando-os, dirimindo dúvidas e os incluindo nas ações de promoção, proteção e apoio ao AM.¹

3.3. Grupo de gestantes como um espaço de Promoção da Saúde

Em grande parte dos depoimentos, os grupos de gestantes insurgiram como estratégia de promoção à saúde e apoio ao AM, possibilitando oportunidades para abordar a temática e favorecendo a expressão das mulheres quanto às suas dúvidas e dificuldades.

Nos grupos de gestantes a gente sempre tá auxiliando e ajudando, tirando as dúvidas delas, fala sobre toda essa dificuldade da amamentação e sobre a importância dela (E5).

Nessa perspectiva, neste estudo, o apoio foi apresentado como uma construção conjunta, por meio dos grupos, onde tanto os profissionais abordam as questões teórico-práticas do ato de amamentar como as mulheres se

apoiam na troca de experiências, fortalecendo o vínculo entre elas por meio do diálogo, do acolhimento e da escuta.

Essas atividades educativas, realizadas em grupo, oportunizam o apoio mútuo mediante a troca de experiências e dificuldades comuns, vivenciadas por indivíduos em situações semelhantes, possibilitando a potencialização dos sujeitos e mudanças de comportamentos.¹⁵

Ainda sobre grupos, o MS indica que durante o acompanhamento pré-natal haja a formação de grupos operativos de gestantes; e no pós-parto, preconiza fortalecer grupos de apoio voltados à amamentação, após a alta hospitalar.¹

Uma experiência no Ceará demonstrou que os grupos com gestantes na ESF foram apropriados para o apoio ao AM¹⁶, corroborando com as estratégias assinaladas pelos participantes deste estudo.

A abordagem em grupo possibilita a socialização de vivências e saberes, sendo uma oportunidade para as gestantes expressarem seus medos, suas dúvidas, suas ansiedades e seus sentimentos, possibilitando o enfrentamento das mudanças e situações que envolvem o período gravídico-puerperal e o processo de amamentação, favorecendo a manutenção do AME.¹⁵

3.4. O apoio por meio da visita puerperal

A literatura destaca que a visita puerperal amplia as possibilidades de continuidade do AME, atuando como fator protetor e sendo um recurso estratégico à oferta de apoio à mulher, repercutindo favoravelmente para a manutenção do AME.¹⁶

Nesse sentido, a visita puerperal é vista como um momento privilegiado para a extensão do cuidado, sendo espaço oportuno para que o profissional averigue a técnica de pega e as dificuldades relacionadas à amamentação, além de permitir que as mulheres esclareçam suas dúvidas e sejam ouvidas acerca de seus anseios.¹⁷

No presente estudo, foi possível apreender ainda que a organização das equipes favoreceu a acessibilidade da mulher aos serviços de saúde, sendo a visita domiciliar à puérpera um recurso potente para a atenção integral na primeira semana pós-parto.

Uma das estratégias que utilizamos é a captação dessa puérpera, logo nas primeiras horas da chegada dela da maternidade, nos primeiros cinco a sete dias, por meio da visita puerperal (...) (E6)

A captação precoce da puérpera com a visita puerperal na primeira semana de vida emergiu como pos-

sibilidade de ampliar o acesso à informação dessas mulheres sobre o AM, visando a intervenção frente às dificuldades que possam interferir na manutenção do AME.

4. ENCAMINHAMENTOS PARA A PRÁTICA

- Efetivar o apoio às mulheres que amamentam, no sentido da manutenção do AME pelo período preconizado, no âmbito da ESF;
- Ampliar as investigações acerca da temática, buscando apreender a percepção das mulheres e de outros atores envolvidos no processo do AM, tais como os companheiros e familiares;
- Considerar os desejos e motivações da mulher, seus conhecimentos crenças e valores, além do contexto em que está inserida, visto que inteferem diretamente nas condições para a manutenção do AME;
- Estimular o uso de estratégias como o bom atendimento pré-natal, o envolvimento do parceiro e da família, a participação em grupos e a visita puerperal oportuna, que neste estudo foram identificados como potentes dimensões para o manejo dos problemas mais comuns na amamentação e fortalecimento do apoio à mulher;

- Promover a reflexão dos profissionais sobre a sua atuação no apoio, além da reorientação das abordagens utilizadas, de modo que haja avanços nesse cenário;
- Qualificar o cuidado, com a reafirmação do papel dos serviços da APS e os recursos utilizados no âmbito da rede de apoio para a mulher que amamenta.

5. REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 184 p. (Cadernos de Atenção Básica; n. 23).
2. MARTINS, C. B. de G. *et al.* Introducing food to infants considered to be at risk at birth. **Epidemiol Serv. Saúde**, v. 23, n. 1, p. 79-90, 2014.
3. GUIMARÃES, J. B. **Sobrecarga de trabalho dos profissionais da equipe de saúde da família bem viver: Dificuldades e estratégias de enfrentamento no município de Alfredo Vasconcelos-Minas Gerais**. 2017. TCC Esp. em Atenção Básica em Saúde da Família), UFAMG, 2017.
4. DOS SANTOS MARINHO, M.; DE ANDRADE, E. N.; DE VILHENA ABRÃO, A. C. F. A atuação do(a) enfermeiro(a) na promoção, incentivo e apoio ao aleitamento materno: revisão bibliográfica. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 4, n. 2, p. 189-198, 2016.
5. ROBLING, M. *et al.* Effectiveness of a nurse-led intensive home-visitation programme for first-time teenage mothers (Building

- Blocks): a pragmatic randomised controlled trial. **Lancet**. v. 387, p.146–55, 2016.
6. BURNS, E. *et al.* ‘This little piranha’: a qualitative analysis of the language used by health professionals and mothers to describe infant behaviour during breastfeeding. John Wiley & Sons Ltd, **Maternal and Child Nutrition**, v. 12, p. 111–124, 2016.
 7. VARGAS, G. S. *et al.* Atuação dos profissionais de saúde da estratégia saúde da família: promoção da prática do aleitamento materno. **Rev Baiana Enferm.**, v. 30, n. 2, p.1-9, 2016.
 8. BATTAUS, M. R. B.; LIBERALI, R. A promoção do aleitamento materno na estratégia de saúde da família–revisão sistemática. **Revista de APS**, v. 17, n. 1, p.93-100, 2014.
 9. MINAYO, M. C. de S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Rev. Pesq. Qual.**, v. 5, n. 7, p. 1-12, 2017.
 10. MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2012.
 11. ZANOTTO, M. S. As múltiplas leituras da ‘metáfora’: desenhando uma metodologia de investigação. **SIGNO**, v. 39, n. 67, p. 3-17, 2014.
 12. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.
 13. RODRIGUES, A. P. *et al.* Fatores do pré-natal e do puerpério que interferem na autoeficácia em amamentação. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**, v. 18, n. 2, p. 257-261, 2014.

14. PRATES, L. A.; SCHMALFUSS, J. M.; LIPINSKI, J. M. Rede de apoio social de puérperas na prática da amamentação. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.** v. 19, n. 2, p. 310-315, 2015.
15. ANDRADE, J. A. *et al.* Aleitamento Materno: Abordagem Grupal do Pet-Saúde em um Grupo de Gestantes com base no Círculo de Cultura de Paulo Freire. **Revista Destaques Acadêmicos.** v. 8, n. 3, p. 38-49, 2016.
16. SILVA, V. A. A. L. *et al.* Maternal breastfeeding: indicators and factors associated with exclusive breastfeeding in a subnormal urban cluster assisted by the Family Health Strategy. **Jornal de Pediatria (Versão em Português)**, v. 95, n. 3, p. 298-305, 2019.
17. CARVALHO, M. J. L. do N. *et al.* Primeira visita domiciliar puerperal: uma estratégia protetora do aleitamento materno exclusivo. **Rev. paul. pediatr.** v. 36, n. 1, p. 66-73, 2018.

Capítulo 2

VIVÊNCIA COM A ESTIMULAÇÃO NEUROPSICOMOTORA DE CRIANÇAS COM SÍNDROME CONGÊNITA DO ZIKA VÍRUS NO CONTEXTO DOMICILIAR: DESAFIOS DO CUIDADOR

*Cora Coralina dos Santos Junqueira
Iolanda Carlli da Silva Bezerra
Daniele Beltrão Lucena de França
Neusa Collet
Altamira Pereira da Silva Reichert*

1. INTRODUÇÃO

No período de outubro de 2015 a janeiro de 2019, ocorreu, na Região Nordeste, um número expressivo de mulheres grávidas acometidas pelo zika, causando a síndrome congênita do zika vírus (SCZ) em recém-nascidos¹.

A SCZ é caracterizada por alterações fisiopatológicas, como deficiências cognitivas, sensoriais e motoras, e o sinal mais comum e evidente é a microcefalia, que causa grande impacto no desenvolvimento neurológico da criança. Além dessa, são observadas anomalias ocular e auditiva, múltiplas contraturas, alteração no tônus muscular, convulsões, problemas de deglutição e anomalia cerebral².

A SCZ não só afeta as crianças, como também provoca mudanças intensas na vida dos pais e/ou cuidadoras, que precisam modificar a rotina familiar por causa das necessidades da criança. Isso também atinge as relações sociais, as atividades de vida cotidiana, ocupacional, financeira, pessoal e requer acesso diário aos serviços de saúde^{1,3}.

Alguns estudos⁴⁻⁵ apontam que os pais de crianças com SCZ sentem medo e insegurança de realizar o estímulo ao desenvolvimento e não sabem como lhes prestar os cuidados domiciliares.

Nesse sentido, a Rede de Atenção à Saúde (RAS), que tem a Atenção Primária à Saúde (APS) como coordenadora e ordenadora do cuidado, é responsável por organizar e orientar o itinerário terapêutico e os cuidados que devem ser prestados a essas crianças entre os pontos da RAS, para garantir acesso à saúde e a integralidade do cuidado, desde a atenção básica até o serviço especializado⁶⁻⁷.

2. CONTEXTO DO ESTUDO

O envolvimento dos pais e dos demais familiares na estimulação da criança com atraso no desenvolvimento é estritamente importante, uma vez que o ambiente familiar e

social em que ela está inserida é considerado o mais rico de estímulos⁷. Contudo, os envolvidos no processo de cuidado das crianças com SCZ vêm se ausentando das consultas nos serviços de saúde, e os profissionais que as acompanham referem que isso pode estar ocorrendo, talvez, pelo fato de os cuidadores não se perceberem como sujeitos ativos no estímulo de seus filhos⁸.

Diante do contexto, o presente estudo tem como objetivo analisar a vivência e os desafios de cuidadoras quanto à estimulação neuropsicomotora de crianças com síndrome congênita do zika vírus no contexto domiciliar.

Trata-se de uma pesquisa descritivo-exploratória, com abordagem qualitativa, oriunda de um trabalho de conclusão do Mestrado Profissional em Saúde da Família, realizada na Policlínica de Saúde da Criança e do Adolescente de um município da região metropolitana de Recife.

Participaram da pesquisa dez cuidadoras de crianças com síndrome congênita do zika vírus, a partir dos seguintes critérios de inclusão: ser o principal cuidador da criança com SCZ e estar cadastrada na Policlínica de Criança e Adolescente, ter mais de 18 anos e residir no município em tela.

Os dados foram coletados entre novembro de 2018 e março de 2019, por meio de entrevistas semiestruturadas, que foram gravadas em dispositivo de mídia e transcritas na íntegra. O encerramento da coleta respeitou o critério de suficiência.

Para interpretar os dados, foi empregada a análise temática e foram identificados os seguintes núcleos do sentido: 'A luta é nossa: vivência de cuidadoras de crianças com síndrome congênita do zika' e 'Desafios do cuidador com a estimulação neuropsicomotora de crianças com síndrome congênita pelo zika vírus no domicílio'.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, sob CAAE: 00452618.8.0000.5188. A coleta dos dados foi feita depois da anuência das cuidadoras por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para garantir-lhes o anonimato, os registros das falas foram codificados com a letra 'C', de cuidadoras, seguida pela numeração correspondente à ordem cronológica de realização das entrevistas: C1, [...].

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo nove mães e uma avó, com idades entre 19 e 43 anos, cuja escolaridade variou de cinco a dezoito anos. Oito mães viviam em união estável, e uma mãe e a avó eram solteiras. A renda familiar variou entre R\$ 600,00 e R\$ 4.200,00. As idades das crianças variaram entre 19 e 36 meses, seis eram do sexo masculino, e quatro, do feminino. Todas as crianças participavam de terapias motora, visual, auditiva, da linguagem e das habilidades cognitivas e comportamentais.

3.1. “A luta é nossa”: vivência de cuidadoras de crianças com síndrome congênita causada pelo zika vírus

O nascimento de uma criança que apresenta algum tipo de deficiência acarreta uma série de mudanças no cotidiano familiar. Por essa razão, seus cuidadores precisam se ajustar à situação diferente da que esperavam e, na maioria das vezes, abdicar de hábitos e projetos de vida, como o trabalho e o estudo.

Antes de ter ele, eu poderia trabalhar e sair a hora que quisesse, depois dele, eu já tive que mudar meus plantões que são todos à noite, que meu marido pode ficar com ele (C10).

É muita diferença, porque, antes, eu estudava, ele (pai da criança) também, a gente namorava, faz três anos que eu não estudo, com ele (filho) eu não tenho mais cabeça (C7).

O cuidado prestado pelos pais a uma criança com a SCZ implica diversas alterações na vida familiar⁹. As mudanças e as dificuldades relatadas neste estudo também foram observadas por outros autores que constataram muitas transformações no seio familiar, ao cuidar de um novo membro portador dessa síndrome⁹.

Além das mudanças na dinâmica familiar, as crianças com SCZ necessitam de outros recursos, como, por exemplo, terapias em diferentes serviços de reabilitação, alimentação, medicamentos e materiais para estimulação, órteses e próteses etc., que resultam em mais despesas para a família.

Além de enfrentar essas dificuldades, algumas cuidadoras têm que abdicar do emprego, porque têm que cuidar do menor, e algumas famílias ainda não recebem o Benefício da Prestação Continuada da Assistência (BPC), e quando o recebem, não é suficiente para cobrir todas as despesas, o que reflete em dificuldades financeiras para a família.

Mas é muito gasto, o leite dela só vem cinco, aí tem que comprar, compro fraldas, o que eu ganho é cesta básica do serviço F e da

prefeitura também, tem os remédios também [...] Mas imagine aí uma pessoa só trabalhando (o esposo) para pagar aluguel, tem comida, tem as coisas de casa, um salário só não dá para nada. Porque eu não posso mais trabalhar, antes eu trabalhava, agora com ela como eu posso? Vou deixar ela com quem? (C6)

Se eu for depender desse dinheiro do governo visse, com esse dinheiro eu pago um aluguel, comprei a cadeira de alimentação pra ele, o que sobra eu faço a feira, ainda compro leite, porque o que o governo dá não dar, uma lata de leite pra ele é R\$75,00. Vai fazer dois meses que não chegou o leite dele, que ele precisa né? Eu tenho que comprar (C7).

Assim, considerando o exposto, é importante saber que cuidar de uma criança com deficiência gera alto ônus para a família, e isso excede, não raras vezes, o valor do benefício que recebem do governo. Além disso, o fato de a mulher ter que deixar o emprego para cuidar do filho torna esse processo ainda mais difícil¹⁰⁻¹¹.

As mulheres se mostram protagonistas e cuidadoras majoritárias das crianças com SCZ, principalmente as mães. São elas que, na maioria das vezes, assumem o cuidado integral e vivenciam situações de estresse emocional devido à rotina cansativa de tratamentos intensos por causa das demandas de seus filhos. Por causa disso, comparam sua vida diária com uma “batalha” ou “luta”, causada pela

exaustão devido aos cuidados despendidos às crianças e às diversas idas aos serviços especializados:

É uma batalha com ela, tem dia que eu estou cansada porque a gente tem que acordar cedo para ir para o médico, mas isso é normal, já estou acostumada [...]. Quando eu vou para o médico eu chego muito cansada, tem dia que saio de 4:40 e chego às três da tarde em casa. Depende do carro da prefeitura, onde ele vai me buscar [...] (C6).

É, a luta só é nossa [...] A maior dificuldade (para o cuidado à criança) é a hora do banho, porque eles estão pesados, e ele ainda tem a GTT (gastrostomia), se deixar ele puxa (C1).

Percebe-se que, socialmente, continua sendo imposta às mulheres/mães a função de responsável integral pelos cuidados dos filhos, principalmente dos que apresentam alguma deficiência⁹. Os resultados deste estudo condizem com outros que revelam que é a mulher quem frequentemente abdica de sua vida pessoal, do emprego e do estudo e divide-se entre cuidar de outros filhos e do marido e fazer as tarefas domésticas^{3-4, 11}.

Além do fator emocional que envolve o problema, essas cuidadoras enfrentam uma rotina extenuante, que pode acarretar impactos negativos à sua saúde física e mental^{1,12}, como mais probabilidade de desenvolver depressão e ansiedade, devido à alta carga advinda das

atividades diárias, somadas com a projeção emocional vinculada à criança, desde a gestação, e fragilizada por causa da descoberta do diagnóstico¹³.

3.2 Desafios do cuidador com a estimulação neuropsicomotora de crianças com síndrome congênita causada pelo zika vírus no domicílio

Em decorrência do nascimento de uma criança com SCZ, que requer cuidados especializados, e ao fato de a RAS ser fragmentada e não conseguir atender às demandas de cuidados para as crianças com deficiência, um dos desafios enfrentados pelas cuidadoras é o de peregrinar rotineiramente pelos serviços de reabilitação para tratar dessas crianças.

Ele vai de quinze em quinze dias para o serviço A, quinze em quinze dias aqui B, quinze em quinze para o serviço C (C1).

[...] a gente sai para outros lugares, não vem só para cá B, o serviço A mesmo a gente vai e passa o dia todinho lá [...] (C2).

As crianças com SCZ apresentam algum grau de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, na maioria das vezes, graves. E como não existe um tratamento específico, é necessário acompanhamento contínuo e

longitudinal de reabilitação no SUS, como, por exemplo, as terapias físicas, ocupacionais e fonoaudiológicas¹⁴.

Os relatos das cuidadoras revelam que elas se dedicam exclusivamente a cuidar dos filhos, porque são responsáveis levá-los aos serviços de saúde e prestar os cuidados no domicílio. Acumulam, ainda, os serviços domésticos e os cuidados com os outros filhos⁴, o que ocasiona cansaço físico, estresse e falta de ânimo para proceder à estimulação neuropsicomotora da criança no domicílio.

Quanto à estimulação da criança no domicílio, geralmente são as mães/avós que o fazem, uma vez que outros familiares não se dispõem a ajudar nessa tarefa. Entretanto, compartilhar o cuidado e receber apoio de outros membros da família é fundamental para amenizar a sobrecarga da cuidadora.

Eu e a irmã dela (estímulo da criança), o pai dela só quando está em casa, porque ele trabalha o dia todo. Ele ajuda a brincar com ela, porque o cuidado é só com a mãe mesmo viu? Negócio de banho, dar comida, colocar para dormir [...] (C3).

É só eu, o pai quando está ele faz (estímulo da criança), ele trabalha viajando [...] Minha mãe pega ela quando eu preciso fazer as coisas, lavar uns pratos, as vezes ela diz: vá dormir

um pouquinho, aí ela segura ela, mas o estímulo mesmo é comigo, ou com o pai dela no domingo, no sábado ele faz (C8).

Apesar do apoio de alguns familiares no cuidado com a criança, a estimulação propriamente dita é feita pela mãe. Aos familiares restringem-se as ações pontuais quando a cuidadora solicita para que possa fazer alguma tarefa doméstica.

Ressalta-se, ainda, que só um pai foi citado como participante da estimulação neuropsicomotora da criança. Isso se deve ao contexto sociocultural brasileiro, que impõe ao homem o papel social de responsável pelas questões financeiras do lar¹².

4. ENCAMINHAMENTOS PARA A PRÁTICA

- Espera-se que os resultados estimulem os profissionais da área de Saúde para que reflitam sobre a necessidade de formar vínculos e de compreender a dinâmica familiar, com a chegada de uma criança com SCZ, e auxiliem a família a formar uma rede de apoio para os cuidados que devem ser prestados a esse menor, a fim de não sobrecarregar as mães/cuidadoras.

- A equipe de saúde deve se responsabilizar pelo processo de cuidado com esse grupo, orientar as famílias sobre os aspectos e os desdobramentos da doença, esclarecer dúvidas e orientá-las a respeito da importância dos estímulos no domicílio para o desenvolvimento infantil e a realizar a estimulação por meio de atividades da vida cotidiana.
- É necessário, ainda, que os serviços de reabilitação prestem atenção integral às crianças com deficiência, para que as famílias não precisem peregrinar pela rede de atenção à saúde em busca de cuidados para elas.

5. REFERÊNCIAS

1. SKRÅNING, S.; LINDSKOG, B. V. The Zika outbreak in Brazil: an unequal burden. **Tidsskr Nor Lægeforen**. v. 137, n. 22, p. 10.4045, 2017.
2. RICE, M.E. *et al.* Vital signs: Zika-associated birth defects and neurodevelopmental abnormalities possibly associated with congenital Zika virus infection - US territories and freely associated states, 2018. **Morbidity and mortality weekly report**, v. 67, n. 31, p. 858, 2018.
3. COSTA, E. S. *et al.* Vivências de mães de filhos com microcefalia. **Rev Rene**, v. 19, e3453, 2018.

4. SÁ, F. E. *et al.* Produção de sentidos parentais no cuidado de crianças com microcefalia por vírus zika. **Rev Bras Promoç Saúde**, v. 30, n. 4, p. 1-10, 2017.
5. CORREA, W.; MINETTO, M. F.; CREPALDI, M. A. Família como promotora do desenvolvimento de crianças que apresentam atrasos. **Pensando nas famílias**, v. 22, n. 1, p. 44-58, 2018.
6. MENDES, E. V. **A construção social da Atenção Primária à Saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes de estimulação precoce: crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor decorrente de microcefalia**. Brasília, DF, mar/ 2016.
8. BARBOSA, A. S. S. *et al.* A participação da família no trabalho de reabilitação da criança com microcefalia. Caderno de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde-UNIT-ALAGOAS, v. 4, n. 2, p. 189, 2017.
9. MENEZES, A. S. S. *et al.* Microcefalia relacionada ao vírus zika e dinâmica familiar: perspectiva da mãe. **Avances en Enfermería**, v. 37, n. 1, p.38-46, 2019.
10. FÉLIX, V. P. S. R.; FARIAS, A. M. Microcefalia e dinâmica familiar: a percepção do pai frente à deficiência do filho. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, p. e00220316, 2019.
11. FREITAS, A. A. F. *et al.* Avaliação do impacto familiar em pais de crianças diagnosticadas com microcefalia pelo zika vírus. **Revista de Enfermagem Atual InDerme**, v. 87, n. Especial, p. 1-9, 2019.

12. PINTO, R. N. M. *et al.* Autismo infantil: impacto do diagnóstico e repercussões nas relações familiares. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 37, n. 3, p. e615721, 2016.
13. PILAPIL, M. *et al.* Caring for the caregiver: supporting families of youth with special health care needs. **Current problems in pediatric and adolescent health care**, v. 47, n. 8, p. 190-199, 2017.
14. ROCHA, N. A. C. F. *et al.* Microcephaly and zika virus: neuroradiological aspects, clinical findings and a proposed framework for early evaluation of child development. **Infant Behavior and Development**, v. 49, p. 70-82, 2017.

Capítulo 3

ATUAÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA NO ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO INFANTIL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

*Renan Cabral de Figueirêdo
Ricardo Henrique Vieira de Melo
Maísa Paulino Rodrigues
Geórgia Costa de Araújo Souza
Rosana Lúcia Alves de Vilar*

1. INTRODUÇÃO

O acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento (CD) faz parte do escopo de ações desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde (APS) e tem por propósito a saúde integral da criança. A atenção e a assistência odontológica, iniciadas nos primeiros meses de vida, impactam positivamente a saúde bucal e geral¹.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi eleita como a principal estratégia de reorganização, constituição e articulação das redes de saúde do Brasil, e tem sido pensada como porta de entrada preferencial no sistema de saúde e primeiro nível de contato da população com o sistema, aquele mais próximo da família e da comunidade².

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) orientou a promoção e a proteção da saúde da criança, estimulando, também, o aleitamento materno, buscando reduzir a mortalidade infantil. Ela propõe que o cuidado ao recém-nascido e à puérpera deve ser iniciado o mais precocemente possível, logo após o nascimento, durante a Primeira Semana de Saúde Integral³.

As diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) se propõem a reorganizar as ações e os serviços de saúde bucal em todos os níveis de atenção, apontando para o desenvolvimento de ações intersetoriais, com foco no cuidado à saúde e, também, ampliando concepções de saúde bucal, que rompem com o paradigma biomédico, adotando um novo modo de fazer e compreender o sujeito, a boca e suas subjetividades⁴.

A atenção e a assistência à saúde da criança, geralmente, são ofertadas de duas formas: através de consultas rotineiras de CD, realizadas de maneira partilhada e interprofissional; e por meio de atividades educativas e preventivas direcionadas às mulheres, desde o início da gestação, sendo extensivas, também, aos pais e aos cuidadores das crianças. Essa combinação resulta na ampliação da compreensão sobre as vulnerabilidades

infantis, pois se ancora em diversas áreas do conhecimento em saúde, buscando a integralidade do cuidado⁵.

Apesar dos investimentos e esforços para controlar a doença cárie na infância, esse agravo ainda se constitui como um sério problema de saúde pública, demonstrando a necessidade de intervenções e abordagens antecipadas, tanto no nível individual como no coletivo^{6,7}.

O trabalho interprofissional em saúde pode ser definido como aquele que envolve duas ou mais profissões de saúde, em uma prática colaborativa, para contribuir, de forma mais efetiva, para o enfrentamento dos problemas de saúde⁸.

O fortalecimento da colaboração interprofissional entre as equipes de saúde pode ser capaz de possibilitar maior efetividade das ações que fazem parte do escopo da APS⁹. Assim, é conveniente questionar: as consultas de CD fazem parte da rotina de trabalho dos dentistas? Quais são as concepções deles acerca da consulta de CD compartilhada? Que facilidades e/ou dificuldades podem ser identificadas durante a participação nas consultas do CD?

2. CONTEXTO DO ESTUDO

Este capítulo apresenta parte dos resultados de uma dissertação de Mestrado, realizado no Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família no Nordeste, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF), pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

É pertinente averiguar como vem ocorrendo a participação dos dentistas no acompanhamento do CD, no contexto da ESF, e se essa atividade tem sido desenvolvida enquanto uma prática interprofissional, considerando suas especificidades enquanto categoria profissional na promoção da saúde das crianças.

O objetivo da investigação foi compreender a atuação dos cirurgiões-dentistas no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil.

Trata-se de um estudo exploratório, qualitativo, desenvolvido em 19 Unidades Básicas de Saúde (UBS) contempladas com ESF, no município de Caicó, no Rio Grande do Norte (RN).

A amostra, por conveniência, foi composta pelo universo de cirurgiões-dentistas da ESF do município (18 participantes). O critério de inclusão foi ser servidor

municipal; e adotou-se como critério de exclusão o afastamento das atividades laborais por licença médica ou férias-prêmio, na fase de coleta.

Para a coleta de dados, ocorrida entre fevereiro e abril de 2019, foram utilizados, inicialmente, entrevista semiestruturada e, posteriormente, grupo focal, além de anotações complementares em diário de campo.

A análise tomou como base o método de análise temática de conteúdo, proposta por Bardin¹⁰. A investigação obteve autorização do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL), da UFRN, no parecer 2.841.028.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os participantes apresentaram o seguinte perfil: dez eram do sexo feminino, e oito do masculino, com faixa etária entre 27 e 46 anos; dois possuíam curso de mestrado, enquanto 11 possuíam especialização em Saúde Coletiva.

Observou-se que três categorias profissionais se destacaram na participação das consultas de CD: enfermeiro, dentista e médico.

A análise de conteúdo gerou duas categorias temáticas, cada uma delas com três subcategorias, conforme visualizado no quadro 1.

Quadro 1: Categorias e subcategorias temáticas sobre a atuação do Cirurgião-Dentista no acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento. Caicó/RN. 2019.

Categorias	Subcategorias	Unidades de Registro
Concepções sobre o CD	Acompanhamento	14
	Prevenção/Promoção	12
	Direito de cidadania	1
Ações desenvolvidas no CD	Teste da Linguinha	3
	Educação em Saúde Bucal	14
	Procedimento Clínico Odontológico	9

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

A consulta de CD esteve fortemente relacionada à compreensão de acompanhamento sistemático das crianças, indicando a necessidade de se contar com a parceria e o empenho dos pais e/ou responsáveis nesse processo. Estudos similares referiram que a consulta da criança constituiu um instrumento de acompanhamento que, para

ser efetivo, fundamentou-se em consolidação do vínculo e empoderamento familiar^{11,12,13,14}.

A prevenção/promoção representou um quesito fundamental do processo de cuidado, reforçando os achados de Ferreira *et al.*¹⁵, ao afirmarem que as consultas de CD podem ser permeadas por ações educativas que permitam a criação de vínculo e o estímulo para a promoção da saúde e a prevenção de agravos.

Nessa perspectiva, alguns estudos mostraram que intervenções educativas, direcionadas às mães e aos cuidadores, sobre aspectos nutricionais, dietéticos e higiênicos, entre outros, implicaram diminuição da doença cárie^{16,17}.

As ações desenvolvidas pelos dentistas no CD agregaram núcleos de sentido relacionados com: o teste da linguinha; a educação em saúde bucal; e os procedimentos clínico-odontológicos.

No Brasil, é obrigatória a aplicação do protocolo de avaliação do frênulo da língua em todos os recém-nascidos. Essa avaliação inicial permite diagnosticar os casos mais graves, indicando a frenotomia ainda na maternidade¹⁸.

A subcategoria Educação em Saúde Bucal se sobressaiu em relação às demais. Nela estão contidas ações

como: orientações à higiene bucal, controle da dieta com açúcar, incentivo e benefícios da amamentação exclusiva, conduta pós-traumatismo dento-alveolar, manobra de desengasgo, alimentação saudável, uso de chupetas e bicos de mamadeiras, mordedores, importância dos dentes decíduos, hábitos bucais deletérios, primeira dentição e entrega de insumos para higiene bucal.

Esses achados estão consonantes com estudos que mostraram resultados satisfatórios devido à maior participação dos pais/responsáveis para adesão aos hábitos saudáveis, que refletiram sobre a saúde bucal dos filhos^{6,7}.

Acho extremamente importante, pois permite que eu atue de forma interdisciplinar, enfatizando a promoção da saúde bucal do infante, em parceria com os pais (P-5).

No núcleo 'procedimento clínico odontológico' foram incluídas as afirmações relativas ao exame da cavidade oral, a cronologia da erupção dos dentes decíduos, a avaliação dos dentes e tecidos moles e os procedimentos do tipo restauradores.

A participação interprofissional, por meio do trabalho em equipe, tem se mostrado potencializadora das ações promotoras de saúde bucal, evitando o desenvolvimento da cárie dentária e das doenças gengivais⁹.

A colaboração dos dentistas foi articulada de duas maneiras: o CD compartilhado; e o CD coletivo. No primeiro, há participação de enfermeiros, médicos e dentistas, dentro do espaço clínico individual de cada profissional. No segundo, as ações são direcionadas ao público-alvo, de forma coletiva, em um único espaço, onde os profissionais socializam as atividades com todos os presentes, de forma interativa.

O CD favoreceu o trabalho interprofissional e o diálogo interdisciplinar, suscitando reflexões sobre a necessidade de haver maior articulação entre os profissionais da equipe nos espaços das reuniões sistemáticas, em momentos de planejamento das ações, em estudos de casos e no compartilhamento das atividades:

Hoje em dia as perspectivas do trabalho em saúde são interprofissionais, e é assim que a gente consegue ampliar a saúde bucal nesses espaços (P-9).

Na unidade acontece muita coisa, então, se a gente não sentar para planejar, não funciona. As reuniões de equipe são importantes para o planejamento das ações (D-IX).

Contudo, Souza *et al.*¹⁹ demonstraram que os pais de crianças pré-escolares se mostraram desinteressados em acompanhá-las ao dentista para a realização de consultas

preventivas, embora tenham se mostrado conscientes de sua importância.

Nessa perspectiva, a educação em saúde deve se dar continuamente, por meio de abordagens que introduzam os determinantes ambientais, socioeconômicos e culturais²⁰.

Quando a mãe aprende a cuidar de sua saúde bucal, ela consegue orientar o filho (P-12).
Precisamos desconstruir a cultura de que cada gestação é um dente perdido (P-8).

A caderneta de saúde da criança foi apontada como importante instrumento nas consultas de CD. Nela, são registradas informações que podem guiar as atividades para um CD adequado¹².

Foi através das consultas do CD compartilhado que eu percebi a riqueza da caderneta da criança (P-7).

A gente dialoga com as mães, orienta para que elas consigam fazer a leitura da caderneta da criança (P-8).

Algumas dificuldades foram relatadas: o trabalho pouco colaborativo; a baixa integração entre os membros da ESF, induzida pela rotatividade dos profissionais; a pouca adesão da população às ações coletivas de saúde; a resistência ao tratamento odontológico; e a ausência de educação continuada e permanente em saúde.

O desempenho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) foi apontado como aspecto facilitador:

O sucesso, em muitas ações, deve-se aos agentes de saúde, que são atuantes na educação em saúde. O vínculo faz com que essas ações sejam mais efetivas (P-9).

Para Assis *et al.*²⁰, o vínculo entre a equipe saúde da família e as mães e sua consolidação permitem um acompanhamento contínuo da criança e suprem as necessidades que emergem no nível de complexidade da APS.

A saúde bucal começa a ser introduzida nas consultas de CD, contudo, há muito que se percorrer para se alcançar e efetivar a integralidade do cuidado em saúde bucal. E, nesse cenário, é imprescindível a participação crítica e efetiva de gestores, trabalhadores e usuários dos serviços de saúde do SUS, além de estudos complementares sobre o tema.

4. ENCAMINHAMENTOS PARA A PRÁTICA

- Socialização dos resultados consolidados com gestores, coordenação de Saúde Bucal e cirurgiões-dentistas da rede municipal de saúde;
- Utilização dos dados da pesquisa para subsidiar o planejamento das ações no CD;

- Elaboração de um protocolo de saúde bucal para nortear o acompanhamento do CD, de forma mais interprofissional;
- Proposição de um fórum permanente de debates sobre a Saúde Bucal na APS, com usuários e profissionais;
- Elaboração de um cronograma com as atividades a serem desenvolvidas;
- Organização de um processo de capacitação em metodologias ativas para ações educativas;
- Realização de oficina de planejamento de ações interprofissionais com enfermeiros, médicos, dentistas e demais profissionais envolvidos no CD;
- Elaboração de uma cartilha sobre saúde bucal para orientar pais e responsáveis sobre a saúde bucal.

5. REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil; 2017.
2. PEDRAZA, D. F.; SANTOS, I. S. Avaliação da vigilância do crescimento nas consultas de puericultura na Estratégia Saúde da Família em dois municípios do estado da Paraíba,

- Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 26, n. 4, p. 847-855, 2017.
3. LUCENA, D. B. *et al.* Primeira semana saúde integral do recém-nascido: ações de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 39, e2017-0068, 2018.
 4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A saúde bucal no Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
 5. LOPES, M. R. L. *et al.* Acompanhamento de consulta de crescimento e desenvolvimento infantil (CD) com abordagem multiprofissional – relato de experiência. **Revista da ABENO**, v. 13, n.2, p. 42-49, 2013.
 6. ARAÚJO, D. C. *et al.* Promoção de saúde bucal nas consultas de crescimento e desenvolvimento na atenção primária: um relato de colaboração interprofissional. **Revista Ciência Plural**, v.4, n.2, p. 87-101, 2018.
 7. MACAMBIRA, D. S.; CHAVES, E. S.; COSTA, E. C. Conhecimento de pais/cuidadores sobre saúde bucal na infância. **Revista Saúde e Pesquisa, Maringá**, v.10, n.3, p.463-472, 2017.
 8. REEVES, S. *et al.* **Interprofessional teamwork for health and social care**. Oxford, UK: Blackwell-Wiley, 2010.
 9. SCHWENDLER, A.; FAUSTINO-SILVA, D. D.; ROCHA, C. F. Saúde Bucal na Ação Programática da Criança: indicadores e metas de um Serviço de Atenção Primária à Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 22, n. 1, p. 201-207, 2017.

10. BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70; 2011.
11. PITTNER, M.; BONASSINA, M.; PITTNER, E. Educação para a saúde bucal infantil: da gestação à idade pré-escolar. **Revista UNINGÁ Review**, v. 27, n. 2, p. 22-29, 2018.
12. MALAQUIAS, T. S.; GAÍVA, M. A.; HIGARASHI, I. H. Perceptions of the family members of children regarding well-child check-ups in the family healthcare strategy. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 36, n. 1, p. 62-68, 2015.
13. MONTESCHIO, C. A.; GAÍVA, M. A.; MOREIRA, M. D. O enfermeiro frente ao desmame precoce na consulta de enfermagem à criança. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 68, n. 5, p. 869-875, 2015.
14. GAUTERIO, D. P.; IRALA, D. A.; CEZAR-VAZ, M. R. Puericultura em Enfermagem: perfil e principais problemas encontrados em crianças menores de um ano. **Rev. bras. Enferm.**, v. 65, n. 3, p. 508-513, 2012.
15. FERREIRA, A. C. *et al.* Consulta de puericultura: desafios e perspectivas para o cuidado de enfermagem à criança e a família. **Vivências: Revista Eletrônica de Extensão**, v. 8, n. 20, p. 231-241, 2015.
16. MARTINS, L. O. *et al.* Assistência odontológica à gestante: percepção do cirurgião-dentista. **Rev. Pan-Amaz Saude**, v. 4, n. 4, p. 11-18, 2013.
17. CARNUT, L. *et al.* Principais desafios do acolhimento na prática da atenção à saúde bucal: subsídios iniciais para uma crítica. **Rev ABENO**, v.17, n.4, p.46-62, 2017.

18. MARTINELLI, R. L. *et al.* Validity and reliability of the neonatal tongue screening test. **Rev. CEFAC**, v. 18, n. 6, p. 1323-31, 2016.
19. SOUZA, E. R. *et al.* Conhecimento de pais e cuidadores sobre saúde bucal de crianças pré-escolares. **Revista UFG**, v. 17, n. 20, p. 80-94, 2017.
20. ASSIS, T. J. *et al.* Sistematização do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança: relato de experiência. **Revista de Enfermagem UFPE (on line)**, v. 9, n. 5, p. 8493-8498, 2015.

Capítulo 4

UM OLHAR SOBRE A HIPERTENSÃO E DIABETES NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE SOB O PRISMA DO USUÁRIO

*Juliana da Silva Santos
Fabiola de Araújo Leite Medeiros
Cláudia Helena Soares de Moraes Freitas
Severina Alice da Costa Uchoa
Ardigleusa Alves Coêlho*

1. INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, no cenário mundial, as Doenças Não Transmissíveis (DNT) foram responsáveis por 41 milhões de mortes. Dentre elas, 15 milhões foram mortes prematuras em idade entre 30 e 69 anos e 85% ocorreram em países de baixa e média renda. A crescente prevalência de DNT associam-se ao aumento da urbanização, à influência da globalização nos padrões de consumo e ao envelhecimento da população ¹⁻³.

No Brasil, entre 1950 e 2010, evidencia-se uma transição demográfica acelerada, associada a um cenário de tripla carga de doença, caracterizada pela persistência de doenças infecciosas e carenciais, aumento das causas

externas e uma presença hegemônica forte de condições crônicas³⁻⁵.

Em 2014, foi instituída a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas constituída por vários componentes, dentre eles, a Atenção Primária à Saúde, destaca-se como o centro de comunicação da rede de atenção e tem papel fundamental para sua estruturação, como ordenadora e coordenadora do cuidado e a porta de entrada prioritária para organização do cuidado⁶.

A atenção à saúde às pessoas com doenças crônicas, principalmente com Diabetes Mellitus (DM) e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um dos desafios as Equipes de Saúde da Família (EqSF), devido a elevada prevalência, caráter multifatorial e da coexistência de determinantes biológicos e socioculturais e, para abordagem efetiva é essencial prática interprofissional, protagonismo dos indivíduos no autocuidado e apoio de suas famílias e comunidade ^{7,8}.

2. CONTEXTO DO ESTUDO

Estudos sobre HAS e/ou DM na Atenção Primária à Saúde (APS) assume relevância ao considerar a HAS e DM como significativo problema de saúde pública, que repercute

na qualidade de vida⁷, elevadas internações decorrentes de suas complicações^{9,10}, e por requerer intervenções com foco no autocuidado.

O autocuidado implica na participação ativa do indivíduo e exige uma postura dialógica entre profissional de saúde e usuários para oferta de cuidados não ser centrada apenas na consulta médica individualizada e na obtenção dos remédios prescritos, mas também em práticas educativas para que os usuários compreendam e saibam lidar com suas condições de saúde⁸. Neste sentido, este estudo objetivou identificar o conhecimento de pessoas com hipertensão e/ou diabetes acerca de sua doença.

Estudo descritivo com abordagem qualitativa¹¹, realizado em Campina Grande/PB. A amostra do tipo intencional, com 16 pessoas, incluindo (oito hipertensos, um diabético e sete com HAS e DM associada), maiores de 18 anos, de ambos os sexos, residentes no município, acompanhados por EqSF.

Os dados foram coletados através da técnica de 2 Grupos Focais (GF)¹², mediante roteiro, com 6 e 10 participantes, respectivamente em duas UBS, da zona sul e oeste do município.

Os GF foram gravados com autorização prévia e tiveram duração de 39 minutos a 46 minutos. Encerrou-se a sessão de GF pela saturação da discussão das questões¹³. O material foi transcrito na íntegra e submetido à Análise de Conteúdo de Bardin¹⁴.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética de Pesquisas da Universidade Federal da Paraíba - UFPB, sob CAAE: 01439818.0.0000.5188.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Caracterização dos participantes do estudo

Os participantes possuíam idade entre 42 a 82 anos, com idade mediana de 62 anos. Predomínio do sexo feminino (13 participantes). Maioria com baixa escolaridade e apenas um com ensino superior. A renda familiar variou entre $\frac{1}{2}$ a três salários mínimos (SM), sendo a maioria (10 participantes) com renda familiar de um SM. Quanto a ocupação, cinco eram aposentados, cinco eram domésticas, três eram donas de casa, um auxiliar de serviços gerais, um ambulante e um, era comerciante.

3.2 Conhecimento de pessoas com hipertensão e/ou diabetes sobre sua doença

O conhecimento de hipertensos e diabéticos sobre sua doença está relacionado a gravidade da doença com ênfase nas complicações, principalmente da Diabetes Mellitus:

É... a diabetes, ela corre mais um sério risco do que a hipertensão. Porque, (...) a diabetes, se você tiver com ela...você não pode arrancar um dente, você não pode ter um corte que ele não sara logo. E nem pode fazer uma cirurgia. Um risco maior do que a hipertensão (GF2).

Outro aspecto mencionado refere-se à modificação de comportamentos necessária a adaptação a nova condição clínica, incluindo alimentação, controle pressórico e tratamento medicamentoso, como ilustra os relatos:

Eu faço tudo direitinho, eu cuido, eu faço pilates (...). Aí eu tomo meu remédio direitinho, quando eu não tomo me dá muita dor de cabeça, me dá aquela leseira na minha cabeça, aí eu tomo o remédio na hora certa, aí pronto. Eu sei assim né, que a gente tem que caminhar, não comer muito sal. O médico disse que eu não comesse sal, não comesse doce, sabe? Aí pronto (GF1).

Embora os participantes realizavam tratamento para HAS e/ou DM há um período superior há 1 ano, alguns mostram pouco ou nenhum interesse em ouvir as

orientações sobre sua doença e um surpreendeu-se em saber que um profissional manifestou interesse para saber o conhecimento dele sobre sua doença, pois geralmente são repassadas informações, sem fazer uma avaliação do conhecimento adquirido:

(...) sou hipertensa há muito tempo, mas interessante que eu nunca realmente procurei saber nada a respeito [da doença], de verdade. Me lembro muito das recomendações do médico, pra gente se prevenir né? A gente tem que tomar os remédios certos, na hora certa, isso é o hipertenso, né? Tem que caminhar, o exercício físico, alimentação (GF1).

[...] engraçado... nunca quiseram saber o que eu sei da minha doença, mas só palestravam pra gente, sem a gente falar, bom viu... a senhora quer ouvir a gente (GF1).

É perceptível a subjetividade dos entrevistados acerca de sua doença como um grave risco devido as suas complicações clínicas, contudo não mencionam os conceitos biológicos da doença, o que pode a vir a interferir no autocuidado⁸.

A educação em saúde à pessoa com HAS e/ou DM visa buscar mudanças efetivas no comportamento, instrumentalizando-o, mediante seus próprios recursos, no desenvolvimento de mecanismos para gerenciar as

mudanças no seu dia a dia. Contudo, nota-se nos relatos uma prática educação em saúde nos moldes da pedagogia tradicional¹⁵ e não da escuta qualificada. Esta escuta estimularia a compreensão dos diversos saberes e competências do usuário sobre sua doença, autonomia e protagonismo¹⁶.

3.3 Facilidades e dificuldades para cuidar da doença

O vínculo entre hipertensos e/ou diabéticos e EqSF constitui um aspecto importante no cuidado em saúde⁸, contudo a visibilidade da intervenção médica ainda é marcante no contexto da APS:

É ... a família todinha é hipertensa e diabética. Aí, quando eu vi o médico foi que ele explicou. Ele disse: “O senhor sabe que tem diabetes? ”, “Rapaz, minha família... meu pai tinha”. Ele disse: “Então, você tem que cuidar na diabetes”. Aí, pronto. Eu de lá pra cá, eu venho cuidando certo. Ele [médico] ensinou a usar a insulina e foi embora. Só é ... um instantezinho, o caba aprende (GF1).

Eu mesmo, pelas vezes que eu já vim aqui ... Graças a Deus, apesar que hoje eu vim de novo... Graças a Deus, eu não tenho o que falar não. Já faz quase um ano que eu estou com ele [médico], mas é um excelente médico. Consulta a gente muito bem, escuta, encaminha a gente muito bem (GF2).

O cuidado fundamentado no modelo biomédico ainda é um dos entraves para avanços em uma abordagem multisetorial e pluridisciplinar das doenças crônicas com foco na promoção da saúde na APS¹⁷. A valorização do trabalho em equipe na complementariedade do tratamento permite a ampliação do atendimento as diversas necessidades de saúde do usuário, para além do motivo da sua busca pelo serviço¹⁶. A adesão ao tratamento medicamentoso essencial e medidas farmacológicas não podem se restringir às consultas médicas¹⁸.

Outra facilidade no cuidado de hipertensos e/ou diabéticos refere-se à acessibilidade geográfica e organizacional da unidade de saúde:

Depois que... que esse posto aqui... ampliaram esse posto aqui, ficou mais fácil pra gente. Era muito difícil, mas agora tá fácil. A gente tinha que ir pra o outro posto de madrugada. Só não vem quem não quer, né? Mas o médico tá aí todos os dias. E é gente fina (GF1).

As dificuldades no cuidado da doença referem-se ao acesso e adesão aos medicamentos, exames, insumo e

Aqui só é mais difícil, é os exames. Passa um ano dois anos. Você deixa aí. As meninas não têm culpa porque a secretaria não libera (GF1).

Às vezes, falta medicação. É a pior parte. (...) porque a gente não quer que acabe. Que, às vezes, a gente não tem [dinheiro] pra comprar. (GF2).

Não é fácil, porque, às vezes, a gente se esquece (...) porque não é todo mundo que se lembra de tomar o remédio na hora certa. Às vezes, come uma comida salgada, que não é pra comer, né? Aí, pronto, desmantela. Essas são as dificuldades. (GF1).

Essas palhetinhas que a pessoa verifica a diabetes... faz bem um mês que apareceu por aqui. Aliás, eu creio que nenhum dos postos aqui estão fazendo (...) O que é que eu faço, eu vou pro X ou pra farmácia, pago cinco reais, pra ver se é a glicose que tá alta (GF2).

Estudo¹⁹ com 118 hipertensos identificou número reduzido de consultas/ano, intervalo longo entre as consultas, deficiências na orientação médica, desabastecimento de medicamentos e pouco envolvimento dos pacientes no programa de apoio a hipertenso, pouca compreensão sobre a doença e descrença nos profissionais de saúde são fatores que dificultam a adesão ao tratamento. Contudo, o vínculo entre equipe de saúde e usuário facilita à tomada de decisão, tornando o usuário protagonista no cuidado à doença e, conseqüentemente, aumenta a adesão²⁰.

4. ENCAMINHAMENTOS PARA A PRÁTICA

- Estimular práticas de promoção da saúde e de comunicação efetiva, escuta qualificada, para empoderamento de hipertensos e diabéticos sobre a doença e autocuidado à efetividade do tratamento.
- Oferta de intervenções, a exemplo de oficinas e elaboração de projetos terapêuticos singulares, para construção compartilhada de conhecimentos visando adaptação à condição crônica, capacidade de negociação e alcance de metas.
- Envolvimento efetivo dos profissionais de saúde para acolhimento das demandas das pessoas com HAS e/ou DM sobre sua doença, no monitoramento e acompanhamento da prática do autocuidado.

5. REFERÊNCIAS

1. GYAWALI, B. *et al.* Challenges in diabetes mellitus type 2 managements in Nepal: a literature review. **Globo Health Action**. Atlanta, 2016; Oct/18. v. 9. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5071649/cite-dby/>. Acesso em: 06 ago. 2019.
2. World Health Organization. **Third UN High-level Meeting on Non-communicable Diseases**, New York, September 2018.
3. MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciêns Saúde Colet**, v.15, n.5, 2010.

4. BRASIL. **Vigilância de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)**. Disponível em: <http://saude.gov.br/vigilanciaemsaude/vigilancia-de-doencas-chronicas-nao-transmissiveis-dcnt>. 2019. Acesso em: 10 ago. 2019.
5. DUARTE, E. C.; BARRETO, S. M. Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 21, n. 4, p. 529-532, 2012.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 3 de 28 de setembro de 2017. **Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html. Acesso em: 07 abr. 2020.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**, Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
8. CALICCHIO, M. G. M. S *et al.* Cronicidade: experiência de adoecimento e cuidado sob a ótica das ciências sociais. **Cien Saúde Colet**, v.23, n.2, p. 669-670, 2018.
9. CESARINO, C. B. *et al.* Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto – SP. **Arq. Bras. Cardiol.** v.91, n.1., p. 31-35, 2008.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde [...]**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
11. MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11 ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

12. NÓBREGA, D. O.; ANDRADE, E. R. G.; MELO, E. S. N. Pesquisa com grupo focal: contribuições ao estudo das representações sociais. **Psicol Soc**, v. 28, n. 3, p. 433-441, 2016.
13. FONTANELLA, B. J. B. *et al.* Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cad. Saúde Pública**, v.27. n.2. p.389-394, 2011.
14. BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.
15. OLIVEIRA, D. M. *et al.* **Concepções e práticas de educação em saúde**: perspectiva de enfermeiros da estratégia saúde da família. **Rev Enferm UFPE on line**, v.10. n.11. p. 3901-10, 2016.
16. SOUZA, N. P. G. *et al.* Adoecimento por hipertensão arterial e Diabetes Mellitus [...]. **Rev. Enferm UERJ**, v. 23, n.1. p.52-7, 2015.
17. JUSTO, C. A crise do modelo biomédico e a resposta da promoção da saúde. **Rev. Port. Sau. Pub.** v. 28, n. 2, p. 117-118, 2010.
18. BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças [...]**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
19. MEDEIROS, A. R. C. *et al.* Modelo de suporte à decisão aplicado à identificação de indivíduos não aderentes ao tratamento anti-hipertensivo. **Saúde Debate**. v. 38, n. 100, p. 104-118, 2014.
20. WOLKERS, P. C. B. *et al.* Crianças com diabetes *mellitus* tipo 1: vulnerabilidade, cuidado e acesso a saúde. **Texto & Contexto - Enfermagem**. v. 28, e20160566, 2019.

Capítulo 5

CONTORNOS DA ABORDAGEM EDUCATIVA ÀS PESSOAS COM *DIABETES MELLITUS* NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Lucieuda Rodrigues de Araújo
Ítalo Vinícius Albuquerque Diniz
Jairo Porto Alves
Fabiola de Araújo Leite Medeiros
Claudia Santos Martiniano

1. INTRODUÇÃO

A *Diabetes Mellitus* (DM) configura, sobretudo na atualidade, um problema de grande magnitude na saúde pública no mundo. Em razão da multifatorialidade da DM, a mudança do estilo de vida é fundamental para atenuar seus efeitos no organismo, sendo responsável pela redução em 58% com a intervenção no estilo de vida e foi mais eficaz do que a utilização da metformina para o controle glicêmico¹.

É indiscutível a recomendação da intervenção educativa para a mudança do estilo de vida (MEV). No entanto, observa-se no campo sanitário a responsabilização do sujeito por seu adoecimento, acusando-o por adotar estilo de vida inadequado. Não é por acaso que as noções de “risco” e “estilo de vida” estão no centro da discussão da

Nova Promoção da Saúde, e podem estar associados à redução de gastos do Estado com políticas sociais².

Ante o exposto, faz-se necessário refletir sobre as ações de educação em saúde realizadas por profissionais de saúde para intervirem na evolução da patologia, por meio de um conjunto de condutas que evitem ou atenuem os agravos da DM. Considerando que a Atenção Primária à Saúde (APS) é o nível ideal para atuar nos determinantes de saúde mediante a educação em saúde, haja vista que sua proximidade com a população favorece o conhecimento dos seus agravos, objetiva-se verificar os contornos da abordagem educativa às pessoas com *Diabetes Mellitus* pelas equipes de APS.

2. CONTEXTO DO ESTUDO

Este constitui um estudo de caso do tipo descritivo³, uma vez que se pretende conhecer como se dão as ações educativas no contexto da vida real. Seu *lócus* foi um município do Cariri paraibano, com população de 8.206 habitantes e coberturade 100% pela Estratégia Saúde da Família (ESF). Participaram do estudo três equipes da ESF e uma equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB).

Utilizou-se como critério de inclusão dos profissionais das referidas equipes o tempo mínimo de seis meses de atuação no município. Não houve critério de exclusão. O método de coleta utilizado foi o grupo focal⁴. Realizaram-se quatro grupos focais, com média de seis participantes, com a utilização de um roteiro de entrevista semiestruturado com base nos Cadernos de Atenção Básica números 36⁵ e 39⁶. Os dados foram organizados com a utilização do *software ATLAS.ti* (licença de número: 84DD4-8476C-B639V-X09G1-00AQR) e analisados com suporte na Análise de Conteúdo⁷.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da UNIFACISA (Protocolo número 04915418.0.0000.5175). Os grupos focais foram codificados e identificados por meio das letras iniciais do Grupo Focal (GF) e do número que identifica a ordem de sua realização (GF1, GF2, GF3), com exceção da equipe NASF, em que foi acrescentada a letra “N” (GFN).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Entre os participantes do estudo, 20 são do sexo feminino; dez profissionais possuem nível superior, dos quais sete são pós-graduados. Do total, dez profissionais

atuam há mais de dez anos na ESF e 17 não receberam nenhum treinamento em *Diabetes Mellitus* no decorrer de sua vida profissional.

Do material de análise, emergiram cinco categorias: Prática de Educação em Saúde; A pedagogia do medo; Orientação do Autocuidado; Educação Permanente em DM; Obstáculos elencados pelos profissionais para educação em saúde em DM.

3.2 Prática de educação em saúde

Ao discorrem sobre o Hiperdia e de como desenvolviam a educação em saúde, evidenciou-se a seguinte abordagem:

O município, para quem não conhece, é um município extremamente medicamentoso. Nos Hiperdias, todas as equipes fazem a entrega de medicação...Aí eles não vão para o Hiperdia para se sensibilizarem. [...] Quando a gente não pode falar tem que fazer tipo uma chantagemde: “só lhe dou o remédio quando você escutar o que eu tenho para dizer” (GFN; impuseram-se aspas).

Entre os grupos pesquisados, identificou-se um consenso ao relatarem uma prática de educação em saúde fragilizada, percebida com clareza nas referidas falas:

Lá em “V” quando se tem um grupo de diabéticos a gente oferece café da manhã e palestra. Geralmente tem um retorno muito bom quando oferece café da manhã e o teste

de glicemia porque a maioria quer fazer o teste[...] (GF2).

A educação em saúde desenvolvida pelas equipes da Estratégia Saúde da Família (EqSFs) está centralizada na equipe do NASF-AB com uso de ferramentas metodológicas, utilizadas com centro na abordagem pedagógica tradicional.

Um estudo identificou duas vertentes sobre as práticas educativas, a saber: uma predominante, permeada de uma visão dialógica, despertando uma capacidade crítica reflexiva, buscando o empoderamento dos educandos; e outra com a abordagem pautada no modelo tradicional de educação em saúde, no qual a informação é ferramenta, visando gerar mudanças de comportamento, priorizando a transmissão de um saberem detrimento do protagonismo dos sujeitos⁸. A segunda compreensão está muito presente no discurso dos profissionais deste estudo.

A gente orienta, só que tem uns teimosos né? Que só come besteira... Só que orienta agora com oito dias eu encontro eles com um prato de cuscuz, aí eu fico toda... Sem ação de falar mais nada (GF4).

Ressalta-se, no relato das falas, um misto de insatisfação com o processo educativo pouco impactante, todavia, entre os grupos analisados, não há sinais de autoavaliação de como ocorre a prática de educação em

saúde. É preciso que a equipe reflita o porquê de a atividade não estar influenciando e sendo efetiva. Nesse sentido, os profissionais de saúde precisam propiciar às pessoas com DM a problematização de sua realidade, por intermédio de um espaço de fala para verbalizar sentimentos e pensamentos, agregando recursos que os impulsionem a sair da condição de expectadores passivos a gerenciadores do seu autocuidado⁹.

3.3 A pedagogia do medo

O estudo revela a culpabilização às pessoas com DM como estratégia educativa arrimada no medo, como revela na fala:

Às vezes eu amedronto mesmo. Tem que amedrontar, falar: Não conhece aquela pessoa que amputou...a perna? Foi porque é uma pessoa que não cuidou da alimentação (GFN).

Em um estudo, também, foi encontrada uma inclinação de profissionais para culpabilizar as pessoas como um dos fatores do insucesso de adesão terapêutica, em detrimento de buscar metodologias para transpor essas dificuldades¹⁰.

Essa prática diverge da metodologia proposta pelo MS, cujo protocolo privilegia práticas educativas participativas e problematizadoras, levando em consideração as necessidades das pessoas envolvidas no processo e pactuação em conjunto dos objetivos e metas a serem atingidos, considerados, assim, essenciais para se obter êxito em um programa educativo⁵.

3.4 Orientação do autocuidado

Quando perguntados sobre as ações educativas dirigidas para o autocuidado, os profissionais demonstraram pouco conhecimento e certa inabilidade para estimular práticas que desenvolvam a motivação para o autocuidado, a exemplo do seguinte discurso:

Ainda tem uma resistência grande em relação a isso porque eles não têm noção. É assim: eles sabem que tem diabetes, mas eles não sabem quais as implicações disso pra vida deles (GFN).

Essas falas convergem para um estudo¹¹ em que alguns dos profissionais identificaram a não realização do autocuidado em suas abordagens educativas, e atribuíam à passividade dos usuários, enquanto aguardavam atendimento médico.

Em contraposição, um estudo que avaliou um programa educativo em UBS, que teve como processo pedagógico o fortalecimento do autocuidado e o influxo desse nos níveis glicêmicos em pessoas com DM, verificou que os resultados alcançados foram satisfatórios, com redução do nível de hemoglobina glicosilada, colesterol e triglicerídeos¹².

3.5 Educação permanente em DM

Nos relatos dos grupos analisados, verificou-se a inexistência das ações de Política de Educação Permanente em Saúde, constituindo um desafio à gestão.

Eu também estou sentindo muito a falta de capacitação do próprio profissional dentro do município. Em está se atualizando, porque está sempre saindo estudos novos... Uma maneira de motivarmo-nos também... (GFN).

A educação continuada tradicional deverá ser substituída pela EPS, que tem potencial de produzir mudanças no comportamento dos profissionais¹².

Municípios de pequeno porte tem maior dificuldade em ofertar a EPS, em decorrência da difícil obtenção de recursos destinados a esse fim. Além dessa lacuna, os profissionais

também enfrentam a não adesão social em detrimento do modelo biomédico ainda intensamente atuante ¹⁴.

3.6 Planejamento das atividades educativas

Os profissionais do estudo revelam fragilidades no planejamento das ações no âmbito das equipes e na articulação dessas com o NASF-AB.

A gente não conhece todos os públicos, então a gente quer montar estratégias de intervenção junto com as equipes, tá? A gente não vai funcionar sozinho (GFN).

Eu particularmente, não vejo muita evolução na questão da adesão. Por isso que eu digo: A gente tem que sentar porque “os trabalhadores estão andando separados” (GF3: impuseram-seaspas).

Com isso, atenta-se para a realização de planejamentos das práticas de serviços de saúde com foco na resolubilidade dos problemas da população e não no planejamento engessado em um modelo definido¹⁵.

Na vigência “dos trabalhadores andando separados”, cada um atua exclusivamente sobre a sua clínica, revelando a opção pelo fazer puramente clínico, sem interlocução dos profissionais. Assim, destaca-se o fato de que a atenção às doenças crônicas precisa migrar da atenção prescritiva para aquela direcionada à pessoa e à família, por meio de três

estratégias: a atenção colaborativa com a equipe de saúde, a alfabetização sanitária e o autocuidado apoiado¹³.

3.7 Obstáculos elencados pelos profissionais para uma melhor educação em saúde

Os profissionais revelaram dificuldades nas suas intervenções na educação em saúde, tais como: elevada demanda assistencial, grande extensão territorial, desfavorável nível socioeconômico cultural da população e apoio logístico insatisfatório, a exemplo de transporte para deslocamento dos profissionais do NASF.

É, a demanda é... É muito sufocante... Eu sou muito sobrecarregada aqui. Não é brincadeira não. A gente tira um dia para o sítio, você vê, na outra semana é gente! É, acho que o pior é a demanda....Você fazer as coisas nas minúcias como você tem que fazer, nem que seja hipócrita que você não faz ao pé da letra, ninguém faz ao pé da letra...Só se você atender seis por turno (GF1).

Um ensaio destaca, dentre algumas dificuldades logísticas para o devido funcionamento do NASF-AB, a escassez em transporte, essencial para o deslocamento dos profissionais no território¹⁶. A mesma dificuldade para realização de visita domiciliar e atividades educativas dos profissionais para realização do Hiperdia também foi

apontada em estudo¹⁷, o que converge nos resultados encontrados neste experimento, em que o município se destaca, sobretudo, por possuir uma área rural extensa.

4. ENCAMINHAMENTOS PARA A PRÁTICA

- Ao investigar os contornos da abordagem educativa às pessoas com *Diabetes Mellitus*, verificou-se que as ações de educação em saúde apontadas neste texto pelos profissionais da APS às pessoas com DM demonstraram fragilidades, ancoradas no modelo tradicional de práticas educativas tendidas para transmissão de conteúdo.
- O estudo identificou lacuna na Educação Permanente em Saúde dos profissionais, o que se torna um dos desafios para os gestores no enfrentamento da DM, visto que a prática educativa, na maioria das vezes, remete ao modelo assistencial centrado na doença e na “medicalização” dos corpos, ainda não superado totalmente.
- Os obstáculos apontados neste estudo perfazem caminhos já evidenciados em outras pesquisas, levando a crer que essa prática venha ocorrendo em outras circunstâncias, em distintas situações. Nesse sentido, se faz necessária uma mudança significativa nas práticas educativas, com a utilização de metodologias ativas e pactuação de

modalidades de prevenção da *Diabetes Mellitus* e suas complicações com os próprios usuários.

- A pesquisa, desde sua tessitura, *vis-à-vis* a metodologia utilizada no estudo - grupo focal - propiciou nas equipes uma discussão geradora de inquietações e autocritica sobre suas práticas. Disto foram ensejados alguns encaminhamentos para a prática no nível micro e *meso*:

- Formação de grupo educativo dirigido à promoção à saúde e reeducação alimentar para usuários em risco para doenças crônicas em geral.

- Criação da Oficina de Autocuidado em área com elevada prevalência de pessoas com DM.

- Contratação de endocrinologista e oftalmologista para atuar na policlínica municipal, potencializando o processo de matriciamento das equipes de APS.

5. REFERÊNCIAS

1. SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SDB). **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018** / Organização José Egídio Paulo de Oliveira, Renan Magalhães Montenegro Junior, Sérgio Vencio. São Paulo: Editora Clannad, 2017. 383 p.
2. VASCONCELOS, K. E. L.; SCHMALLER, V. P. V. (Nova) promoção da saúde: configurações no debate do serviço social. **Emancipação**, Ponta Grossa, v. 14, n. 1, p. 129-146, 2014. p. 134.

3. YIN, R. K. **Estudo de Caso**. Planejamento e Métodos. 5 Ed. Bookman, 2015.
4. KITZINGER, J. Grupo Focal. *in*: POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. p. 33-43.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica, Nº: 36: Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília - DF: Ministério da Saúde, 2013. 160 p.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica, Nº: 39: núcleo de apoio à saúde da família : volume 1: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano**. Brasília - DF: Ministério da Saúde, 2014. 116 p.
7. BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.
8. SILVA, J. R. A. Educação em saúde na estratégia de saúde da família: percepção dos profissionais. **Rev. Bras. Promoç. Saúde**, v. 28, n. 1, p. 75-81, 2015.
9. BOSCARIOL, R. *et. al.* Diabetes Mellitus Tipo 2: Educação, Prática de Exercícios e Dieta no Controle Glicêmico. **Revista Saúde em Foco**, 10 ed., p. 138-150, 2018.
10. GAMA, C. A. P. da; GUIMARÃES, D A; ROCHA, G N G. Diabetes Mellitus e atenção primária: percepção dos profissionais sobre os problemas relacionados ao cuidado oferecido às pessoas com diabetes. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v. 12, n. 3, p. e1398, 2017.

11. SALCI, M. A.; MEIRELLES, B. H. S.; SILVA, D. M. G. V. Primary care for diabetes mellitus patients from the perspective of the care model for chronic conditions. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 25, e2882, 2017.
12. TORRES, H. C. *et al.* Avaliação dos efeitos de um programa educativo em diabetes: ensaio clínico randomizado. **Rev. Saúde Pública**, v. 52, n. 8, p. 1-11, 2018.
13. MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: OPAS, 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf. Acesso em: 15 set. 2019.
14. MENDONÇA, F. F.; NUNES, E. F. P. A. Avaliação de grupos de educação em saúde para pessoas com doenças crônicas. **Trab. educ. saúde**, v. 13, n. 2, p. 397-409, 2015.
15. SILOCCHI, C.; JUNGES, J. R. Equipes de atenção primária: dificuldades no cuidado de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis. **Trab. educ. saúde**, v.15, n.2, p.599-615.
16. GONÇALVES, R. M. A. *et al.* Estudo do Trabalho em Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), São Paulo, Brasil. **Rev. bras. saúde ocup.**, v. 40, n. 131, p. 59-74, 2015.
17. CARVALHO FILHA, F. S. S.; NOGUEIRA, L. T.; MEDINA, M. G. Avaliação do controle de hipertensão e diabetes na Atenção Básica: perspectiva de profissionais e usuários. **Saúde Debate**, v. 38, n. spe., p. 265-278, 2014.

Capítulo 6

ASISTENCIA ODONTOLÓGICA EN PACIENTES MAYORES DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

*Carles Subirá Pifarrè
Maria Sueli Marques Soares*

1. INTRODUCCIÓN

Los mayores de 65 años constituyen el grupo de población que está envejeciendo a más velocidad en toda la historia de la humanidad. En el 2018, por primera vez, las personas de 65 o más años superaron en número a los niños menores de cinco años¹.

Los determinantes de la salud están formados por múltiples variables, además de las genéticas. Algunas de ellas - como el sedentarismo, el tabaco, la sobrealimentación y las dietas poco equilibradas - están relacionadas con un incremento de diferentes enfermedades crónicas: enfermedades del corazón, diabetes, cáncer, obesidad, osteoporosis, enfermedad de Alzheimer, etc.² Uno de los principales objetivos de los gobiernos occidentales, es mejorar las condiciones sanitarias y sociales de la población para promocionar un envejecimiento saludable. Si bien es necesario adoptar estilos de vida saludables desde la

infancia para prevenir estas patologías, nunca es tarde para incorporar nuevas conductas, acciones o actitudes que puedan mejorarlas^{2,3}.

Hacerse mayor no significa enfermar. Es un proceso de adaptación a una nueva situación física y psicológica que requiere mantener unos estilos de vida saludables adaptados a esta nueva etapa de la vida. Pequeños cambios mantenidos del estilo de vida tienen grandes efectos sobre la salud⁴.

Una correcta salud oral es indispensable para poder disfrutar de una correcta salud general. La enfermedad periodontal, con una elevada prevalencia en todo el mundo, puede interactuar con una gran variedad de patologías: es un factor de riesgo en la compleja patogenia de la diabetes mellitus y de la enfermedad cardiovascular. También juega un papel relevante en el desarrollo de la endocarditis y en la neumonía recurrente de las personas de edad avanzada. Los datos disponibles en la actualidad se podrían interpretar de diferentes maneras. Por ello, siempre se dice que hay que diseñar nuevos estudios para obtener respuestas más concluyentes al rol de la periodontitis en este tipo de patologías tan frecuentes entre los más mayores.

Lo que sí está claro es que la periodontitis contribuye a un estado inflamatorio sistémico. Como la periodontitis comparte muchos factores de riesgo con todas estas enfermedades, es necesario que exista un trabajo colaborativo entre médicos y odontólogos para aumentar la detección precoz y mejorar la prevención y el control de todas estas patologías⁵.

El objetivo de este capítulo es analizar el papel de los servicios primarios de salud en la prevención y el control de las patologías orales en las personas mayores, practicados en España.

2. DESARROLLO TEMÁTICO

2.1 La Atención primaria y los ancianos

En España y en la mayor parte de países europeos, la población de mayor edad es la que más demanda sociosanitaria genera. Más de un tercio de las consultas de atención primaria son de personas mayores. Este escenario requiere una gestión complicada: son pacientes con una demanda creciente de servicios, muchos de ellos complejos. La pluripatología se asocia a la dependencia de los que pertenecen a los estratos de mayor edad. Situaciones de riesgo como el infradiagnóstico, el sobretratamiento y el

nihilismo terapéutico, son característicos en la atención de los ancianos.

Su mayor complejidad y fragilidad o el llegar a situaciones de dependencia, obligan a adoptar estrategias terapéuticas particulares que prioricen: calidad de vida, seguridad, estado individual del paciente, carga patológica, funcionalidad, capacidad de autocuidado. Todo asociado al entorno ya sea familiar, de cuidador/es, atendiendo a las barreras arquitectónicas, a la capacidad económica o a la capacidad de socialización. El objetivo final sería aumentar la esperanza de vida; que ésta pueda ser con buena salud; retrasar al máximo la dependencia; y favorecer al máximo la autonomía y la calidad de vida ⁶⁻⁸.

Hay toda una serie de principios en la prescripción medicamentosa en las personas de edad avanzada que todo sanitario debería conocer. En el ámbito de la odontología, hay una serie de máximas prescriptoras que pueden tener mucha trascendencia. El ámbito de la odontología primaria es el lugar ideal para actuar y difundir estos conocimientos entre los sanitarios que atienden a personas de edad avanzada⁸:

No se debería prescribir:

- a) Ácido acetilsalicílico de forma sistemática. Puede favorecer el sangrado – local o sistémico - en pacientes mayores con otros problemas de salud asociados. Siempre hay que tenerlo en cuenta en pacientes a los que se deba hacer tratamiento odontológico intervencionista⁹.
- b) Antipsicóticos de entrada en el tratamiento de síntomas asociados a enfermedades neurodegenerativas. Puede empeorar su estado de vigilia¹⁰.
- c) Tratamiento estricto de la hipertensión, dirigiendo la estrategia a objetivos más moderados. Son pacientes que pueden presentar episodios de hipotensión ortostática con los movimientos bruscos de un sillón dental⁸.
- d) Benzodiazepinas de forma crónica, sobre todo si se tienen en cuenta los importantes efectos adversos. Siempre debe darse la menor dosis, el menor tiempo posible. Estos pacientes pueden tener metabolizaciones rápidas de anestésicos, por ejemplo, si hace años que toman estos medicamentos, por afectación del citocromo P450 (P450), implicado en el metabolismo de los fármacos en nuestro organismo^{11,12}.
- e) Combinaciones farmacológicas que aumenten el riesgo de caídas⁸.

f) Antiinflamatorios no esteroideos a pacientes con enfermedad cardiovascular, hipertensión arterial, insuficiencia renal crónica, insuficiencia cardíaca o cirrosis hepática. En caso necesario, no prescribirlos más de 3 días¹³.

g) Tratamientos intensivos de la glucemia en ancianos diabéticos. El riesgo de hipoglicemia puede poner en riesgo vital a un anciano fragilizado¹⁴.

a) Prescripción juiciosa de los antibióticos. Hoy en día, en odontología han disminuido las indicaciones para prescribir tratamientos antibióticos¹⁵.

Se debería recomendar:

a) Ejercicio llamado “multicompetente”: de equilibrio, fuerza, resistencia y flexibilidad. Un paciente con poca movilidad dependerá de terceros para poder mantener una correcta higiene oral. La motivación de terceros puede ser más complicada que la de un paciente mayor con hábitos bien asentados¹⁶.

b) Favorecer el envejecimiento activo⁸.

c) Considerar la situación funcional: en la odontología es muy importante conocer el grado de independencia de nuestros pacientes ancianos de cara a estimular los correctos hábitos de higiene oral¹⁷.

d) Revisar periódicamente los medicamentos pautados, evitando añadir otros nuevos que no estén estrictamente indicados en base a evidencia científica. Además de complicar determinadas terapias odontológicas, el exceso de prescripción empeora la sequedad oral de muchos pacientes, conduciendo a un deterioro dental y periodontal muy difícil de controlar¹⁵.

2.2 Asistencia primaria dental y pacientes de edad avanzada

España es uno de los pocos países de Europa donde la salud bucodental prácticamente no tiene cobertura pública. La sanidad pública para adultos sólo cubre las extracciones dentales. Esta falta de cobertura pública centraliza la atención en las consultas privadas. Según el Consejo de Dentistas, una de cada cinco personas (21%) no visita al odontólogo por motivos económicos. Y el estado salud bucodental es un marcador de desigualdad. A mayor educación y más renta, mejor es la salud bucodental^{18,19}.

Las ayudas dentales públicas mayoritariamente se centran en cuidados bucales para niños. Pero la mayoría de las comunidades ofrecen ayudas a pensionistas para poder ir al dentista²⁰.

Por ejemplo, la comunidad de Madrid, dentro del programa de Acción Social, ofrece ayudas para composturas de prótesis y tratamientos dentales, excluidos los servicios prestados por el Servicio Público de Salud, y también para endodoncias. Y en el Principado de Asturias cuentan también con ayudas para financiar prótesis dentales removibles, con un coste máximo de 750 € por cada una. En Cataluña existe un programa de atención a ancianos con pensiones no contributivas para realizar prótesis removibles desde el año 1991.²¹

Estas características del sistema de atención odontológica hacen que se priorice el tratamiento protético-restaurador, dejando la prevención en un segundo o tercer término.

El realizar tratamientos restauradores siempre resulta más caro que la prevención, es más aparente y suele adherir más al odontólogo que es capaz de generar un mayor volumen de negocio. En cambio, disminuye el tiempo dedicado a la prevención, que suele quedar en manos del personal auxiliar o de la higienista dental.

Las prestaciones en materia de salud bucodental relacionadas con los pacientes de edad avanzada y cubiertas por la sanidad pública son²²:

- a) Información, educación para la salud y, en su caso, adiestramiento en materia de higiene y salud bucodental.
- b) Tratamiento de procesos agudos odontológicos, entendiendo por tales los procesos infecciosos y/o inflamatorios que afectan al área bucodental, traumatismos oseodentarios, heridas y lesiones en la mucosa oral, así como la patología aguda de la articulación témporo-mandibular. Incluye consejo bucodental, tratamiento farmacológico de la patología bucal que lo requiera, exodoncias, exodoncias quirúrgicas, cirugía menor de la cavidad oral, revisión oral para la detección precoz de lesiones premalignas y, en su caso, biopsia de lesiones mucosas.

3. CONCLUSIONES

El dentista de primaria puede ser una primera línea de defensa en materia de prevención primaria y secundaria:

- Detección precoz posible de patología dental, periodontal y lesiones orales, lesiones premalignas o malignas. Esta primera línea de defensa llega, además, a los sectores de

población más desfavorecidos como las personas de más edad.

- El odontólogo de la primaria suele estar en contacto con algún hospital de referencia. Es decir, tiene capacidad y facilidad de derivación de aquellos casos potencialmente más graves.
- Los pacientes ancianos necesitados de tratamiento restaurador sin medios económicos para acudir a un dentista privado, deben explorar – a través de los trabajadores sociales – posibles soluciones alternativas. Estas pueden estar canalizadas por: organizaciones no gubernamentales (ONG), grupos de voluntariado, o a través de algún programa universitario de atención a pacientes con rentas bajas.

4. BIBLIOGRAFÍA

1. UNITED NATIONS. Peace, dignity and equality on a healthy planet. **Ageing**. Disponible en: <https://www.un.org/en/sections/issues-depth/ageing/index.htm>. Consultado en: 06-07-2020.
2. LI, J. *et al.* Correlations between health-promoting lifestyle and health-related quality of life among elderly people with hypertension in Hengyang, Hunan, China. **Medicine**, Baltimore, n.97, v. 25, p. e10937, 2018.

3. POOL, M. S., AGYEMANG, C. O., SMALBRUGGE, M. Interventions to improve social determinants of health among elderly ethnic minority groups: a review. **Eur J Public Health**, n. 1, v. 27, p. 1048-1054, 2017.
4. LEE, H. J, LEE, D. K. Do Sociodemographic Factors and Urban Green Space Affect Mental Health Outcomes Among the Urban Elderly Population? **Int J Environ Res Public Health**, n. 4, v. 5, 2019.
5. DÖRFER, C. et al. The relationship of oral health with general health and NCDs: a brief review. **Int Dent J**, n. suppl 2, p. 14-18, 2017.
6. ABELLÁN, A. *et al.* Un perfil de las personas mayores en España, 2018. Indicadores estadísticos básicos. **Informes envejecimiento en red** [Internet] 2018; n.º 17. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos18.pdf>. Consultado en: 06-07-2020.
7. REGATO, P., HERNANDEZ, M. A., ACOSTA, M. A. La semFYC quiere potenciar la investigación en el área del envejecimiento. **Aten Primaria**, n. 50, v.6, p. 321-2, 2018.
8. Grupo de Trabajo de Atención al Mayor de la semFYC. Recomendaciones. **No hacer y hacer en el anciano**. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Barcelona. 2019. Disponible en: <http://www.semfyec.es>>. Consultado en: 06-07-2020.
9. McNEIL, J.J. *et al.* Effect of Aspirin on Cardiovascular Events and Bleeding in the Healthy Elderly. **N Engl J Med**, n. 379, v. 16, p. 1509-18, 2018.
10. ROZAS, N. S., SADOWYSK, J. N., JETER, C. B. Strategies to improve dental health in elderly patients with cognitive impairment: A systematic review. **J Am Dent Assoc**, n.148, v.4, p.236-45, 2017.

11. STEELE, A. C, MEECHAN, J.G. Pharmacology and the Elderly. **Dent Update**, n. 37, v. 10, p. 666-8, 670-2, 2010.
12. BOSACK, C., LIEBLICH, S. **Anesthesia complications in dental office**. Wiley Blackwell, West Sussex. p. 158, 2014.
13. WONGRAKPANICH, S. *et al*. A comprehensive review of non-steroidal anti-inflammatory drug use in the elderly. **Aging Dis**, n.9, v.1, p. 143-150, 2018.
14. SMEREKA, J. *et al*. Medical emergencies in dental hygienists practice. **Medicine** (Baltimore), n. 98, v.30, p. e16613, 2019.
15. OUANOUNOU, A., HAAS, D. A. Pharmacotherapy for the elderly dental patient. **J Can Dent Assoc**, n. 80, p.18, 2015.
16. KU, J. *et al*. Three-dimensional augmented reality system for balance and mobility rehabilitation in the elderly: a randomized controlled trial. **Cyberpsychol Behav Soc Netw**, v. 2, n. 22, p. 132-141, 2019.
17. NATAPOV, L. *et al*. Dental status, visits, and functional ability and dietary intake of elderly in Israel. **Isr J Health Policy Res**, v. 7, n. 10, p. 58, 2018.
18. CALVO, J. C. L., BOURGEOIS, D. **Estudio prospectivo Delphi. La salud bucodental en España 2020. Tendencias y objetivos de salud oral**. Consejo de Dentistas. Fundación Dental Española, Madrid, 64 p. 2009.
19. ALFAGEME, A. **La gran caries de la sanidad pública**. Disponible en: https://elpais.com/sociedad/2019/09/08/actualidad/1567967341_846415.html Consultado en: 07/07/2020.

20. **Asistencia dental social y las ayudas dentales de la Seguridad Social.** Disponible en: <https://ayudas-subservenciones.es/blog/asistencia-dental-social-ayudas-dentales-seguridad-social/> Consultado en: 07/07/2020.
21. SUBIRÀ, C. et al. Programa de asistencia odontológica gratuita a ancianos con rentas bajas. Resultados a seis años. **Revista Española de Geriátría y Gerontología**, n. 33, v. 91, p. 9109-9114, 1998.
22. **Atención a la salud bucodental.** Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/CarteraDeServicios/ContenidoCS/2AtencionPrimaria/AP-SaludBucoDental.htm>. Consultado en: 07/07/2020.

Capítulo 7

RASTREAMENTO DE CÂNCER BUCAL NA ATENÇÃO BÁSICA

Maria Sueli Marques Soares

Carles Subirá Pifarrè

Ailma de Souza Barbosa

Jeremias Fernando Cavalcanti de Meneses

Andreza Albuquerque da Silva

1. INTRODUÇÃO

O câncer bucal representa as neoplasias malignas que ocorrem no lábio e cavidade bucal, ou seja, que afetam lábios, mucosa jugal, dois terços anteriores da língua, gengiva, palato duro, área retromolar e assoalho bucal.¹ Anualmente, ocorrem cerca de 400 mil novos casos, com 130 mil mortes em todo o mundo.² O Brasil está entre os países de maior incidência da doença.³ Para 2020, são estimados 15.210 mil novos casos por 100 mil habitantes, sendo 11.200 em homens e 4.010 em mulheres.¹

A etiologia é multifatorial, sendo bem conhecidos os fatores relacionados ao tabagismo, ao etilismo e à radiação ultravioleta. Outros fatores de risco são gênero, idade, genética e condições socioeconômicas.¹

O sítio de maior ocorrência de câncer bucal é o lábio, seguido da língua e do assoalho bucal. A manifestação clínica

mais frequente é uma úlcera indolor, com bordas elevadas, e que não cicatriza em 15 dias. Outras formas de apresentação são lesões vermelhas, aveludadas e lesões heterogêneas ou mistas com áreas brancas e vermelhas na mesma lesão. Quando em estágio avançado, o câncer bucal pode se apresentar com crescimento exofítico, vegetante, com formação tumoral evidente, com sintomatologia dolorosa, sangramento, disfagia, dificuldade de mastigar e falar⁴.

Mais de 90% dos casos se originam no epitélio, e a cavidade bucal é de fácil acesso para inspeção visual, favorecendo ao diagnóstico. No entanto, a prevenção do câncer de boca continua sendo um desafio.

O diagnóstico precoce se fundamenta na identificação de sinais clínicos na mucosa bucal, o mais cedo possível. O ideal é identificar lesão menor que quatro centímetros e sem metástase em linfonodos regionais. Assim, melhora o prognóstico, reduz morbimortalidade, aumenta a chance de cura, podendo chegar a mais de 90%⁵ e a taxa de sobrevida, em cinco anos, passa a ser superior a 78%¹.

Na mucosa bucal, podem ocorrer lesões constituídas por tecido morfológicamente alterado e com maior chance de transformação maligna, quando comparado ao tecido normal. São as lesões bucais potencialmente malignas

(LBPM) que foram classificadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS),⁶ como sendo a leucoplasia, a eritroplasia, o líquen plano oral e a queilite actínica.

No Sistema Único de Saúde (SUS), as ações de prevenção e controle do câncer bucal ficam a cargo da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer e da Política Nacional de Saúde Bucal, e são desenvolvidas na Atenção Primária na Estratégia de Saúde da Família, sendo este o mais importante cenário para realização de promoção de saúde em níveis primário e secundário.

Quando há melhoria de políticas públicas de saúde, ocorrem impactos positivos na população. Em estudo com usuários do SUS, foi demonstrado um maior número de indivíduos que realizavam o autoexame bucal entre aqueles com assistência odontológica, e cadastrado na Estratégia de Saúde da Família.⁷ No entanto, outro estudo analisou as políticas de prevenção e controle do câncer bucal no Brasil, constatando haver baixa cobertura assistencial na atenção primária e secundária, o que dificulta o diagnóstico e tratamento em tempo hábil, refletindo na qualidade e tempo de sobrevivência do usuário,⁸ ou seja, há necessidade de priorizar e estimular atividades voltadas para diagnóstico precoce do câncer bucal, junto à equipe de Saúde Bucal na

Atenção Primária; e o rastreamento de LBPM pode ser uma importante ferramenta na prevenção da doença.

2. CONTEXTO DO ESTUDO

O câncer bucal é considerado uma doença de alta letalidade⁹, uma vez que seus índices epidemiológicos não apresentam melhora há décadas. Continua havendo alto percentual de lesões diagnosticadas em estágios avançados, bem como elevados índices de morbimortalidade e baixa taxa de sobrevida.¹⁰ Caso medidas preventivas não sejam amplamente instituídas, a perspectiva para os próximos anos é de crescimento do número de novos casos, tanto em países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento.¹¹

A maioria dos casos de câncer bucal se origina em epitélio, em sítios de fácil acesso para inspeção visual. Há evidências de que esse exame realizado em indivíduos com fatores de risco pode ser efetivo em reduzir a taxa de mortalidade da doença.^{9,12}

Observa-se que a maioria da população assistida pelo SUS possui pouco conhecimento sobre o câncer bucal, seus fatores de risco e suas consequências. Esse fato torna relevante a realização de ações voltadas para a promoção de saúde, envolvendo o tema. Ao mesmo tempo, sabe-se que a

baixa cobertura assistencial e a sobrecarga de trabalho da equipe de Saúde Bucal⁸ também podem contribuir com a complexa rede de dificuldades que envolvem o diagnóstico e tratamento precoce dessa doença.

Para Rosin *et al.*¹³ e Torres-Pereira *et al.*,¹⁴ na Atenção Primária, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) podem exercer função importante na cadeia de controle e diagnóstico precoce do câncer bucal. Os autores lembram que, durante a visita domiciliar, para coleta de dados, para o Sistema de Eletrônico da Atenção Primária (e-SUS APS), são registrados dados sobre tabagismo e etilismo, dois importantes fatores de risco da doença. Assim, pela inversão do acesso, após identificação de indivíduos com risco, esses devem ser encaminhados ao cirurgião-dentista da Unidade de Saúde da Família para avaliação.¹³

O objetivo do presente estudo foi realizar rastreamento do câncer bucal, como estratégia de diagnóstico precoce, em indivíduos com fator de risco, cadastrados em uma Unidade de Saúde da Família (USF).

Foi realizado estudo descritivo e exploratório dos resultados obtidos em atividade de Extensão Universitária da UFPB/Odontologia, nos períodos acadêmicos de 2016 - 2019. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em

Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde, com número CAAE: 57402516.9.0000.5188.

Os critérios de inclusão do participante no estudo foram: indivíduo cadastrado no e-SUS APS/USF Timbó I; de ambos os sexos com idade igual ou maior a 40 anos, com histórico de fatores de risco para o câncer de boca (tabagista e/ou etilista, exposição crônica ao sol sem proteção) e que assinou o Termo de Consentimentos Livre e Esclarecido.

Foi realizada calibração do estudante e do dentista da USF, para exame clínico bucal. E a partir do e-SUS APS/USF Timbó I, os ACS identificaram indivíduos com fatores de risco. Visitas domiciliares foram realizadas para uma entrevista, na qual foram coletadas informações sobre idade, sexo, profissão, grau de escolaridade (analfabeto, ensino fundamental, ensino médio e ensino superior), hábito atual ou passado de tabagismo ou de etilismo, e autoexame bucal. Para o exame bucal, foi utilizada iluminação natural e uso de espátula de madeira para distender os tecidos. Os critérios de diagnóstico clínico e histopatológico para as lesões foram os preconizados pela OMS.¹⁵

Indivíduos que apresentavam lesão foram encaminhados para USF e reavaliados pelo dentista. Quando

necessário, o paciente era referenciado para o Serviço de Estomatologia da UFPB, para realização de biópsia.

Os dados coletados foram tabulados em Programa estatístico SPSS (*Statistical Package for Social Science*) versão 20.0, e submetidos à análise estatística descritiva.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Do total de 120 participantes, a média de idade foi de $62,7 \pm 11,2$ anos.

Na tabela 01, estão demonstrados os dados obtidos no estudo, no qual se observa que houve predominância do sexo feminino. Uma justificativa para esse dado seria que a maioria da amostra, 65%, foi constituída por idosos e, como aponta o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística,¹⁶ nesse contingente da população, há maior número de mulheres, em decorrência de sua maior expectativa de vida em relação aos homens.

Quanto ao grau de instrução, mais de dois terços dos participantes tinham apenas o ensino fundamental; e 20% eram analfabetos. O baixo grau de instrução está associado à maior vulnerabilidade para o câncer bucal¹. É uma condição que pode comprometer a capacidade de o indivíduo acessar o serviço, compreender, avaliar e aplicar as informações dos

conteúdos das ações educativas, desenvolvidas no contexto da promoção da saúde.⁹

O baixo percentual de conhecimento sobre o autoexame de boca, identificado no presente estudo, corrobora o resultado observado por Martins *et al.*⁸ A condição pode indicar desconhecimento sobre a necessidade de realizar esse tipo de autocuidado, mas também pode ser que esses indivíduos não tenham acesso à informação sobre o autoexame. O resultado causa preocupação, considerando que informações sobre o câncer bucal, seus fatores de risco, e suas medidas de prevenção são importantes para que o indivíduo adote hábitos saudáveis, visando ao controle e diagnóstico precoce.

Quanto à frequência de visitas ao dentista da USF, os indivíduos que relataram ir raramente, ou não ir ao dentista, representaram um elevado percentual da amostra estudada, sendo o resultado similar ao observado no estudo de Costa *et al.*¹⁰.

Acredita-se que esse baixo índice de cuidado com a saúde bucal seja devido à predominância de idosos no estudo. Uma possível explicação para o achado seria que indivíduos idosos frequentemente apresentam uma autopercepção distorcida sobre a saúde bucal, em que a

maioria a percebe como satisfatória, mesmo quando possui condições precárias de saúde bucal.¹⁶ Também pode-se supor que, muitas vezes, o idoso prioriza os cuidados com doenças sistêmicas, secundarizando o cuidado com a cavidade bucal.

O percentual de tabagistas foi elevado na amostra estudada, estando de acordo com os resultados em vários outros estudos sobre prevenção do câncer bucal.^{11,17} Considerando esses dados, e ressaltando que o fumo é o principal fator da carcinogênese bucal, fica evidente a necessidade da participação do dentista em atividades de controle e combate ao tabagismo na APS.

O etilismo foi registrado em 20% dos participantes, resultado inferior aos percentuais de outros estudos que variaram entre 38,2% a 64,7% de indivíduos etilistas.^{11,17} A divergência apresentada poderia ser explicada pela diferença metodológica, bem como por hábitos culturais em diferentes populações. No entanto, a Organização Mundial de Saúde¹⁸ aponta que, nas últimas décadas, houve aumento de quatro vezes mais no consumo de bebidas alcólicas na população brasileira. Também tem sido observado o aumento no consumo de bebidas alcoólicas entre indivíduos de faixas etárias mais baixas.¹⁹

Quanto à atividade profissional, constatou-se que 44,2% dos participantes tinham profissões relacionadas à exposição crônica aos raios solares, sendo 22,5% agricultores, 11,7% lavadeiras, 3,3% vendedores ambulantes, e 6,7% eram trabalhadores da construção civil.

Tabela 1. Análise descritiva das variáveis estudadas.

Variáveis	(n)	(%)
Sexo		
Masculino	38	31,7
Feminino	82	68,3
Grau de instrução		
Analfabeto	24	20
Ensino fundamental	73	60,9
Ensino médio	19	15,6
Ensino superior	04	3,3
Autoexame bucal		
Conhecia	14	11,7
Não conhecia	106	88,3
Visita ao dentista		
Raramente	56	46,6
Ao menos uma vez /ano	64	53,4
Tabagismo		
	52	43,3
Etilismo		
	24	20

Fonte: dados direto da pesquisa, 2019.

Sabe-se que a exposição crônica aos raios ultravioleta causa danos às células, e pode originar lesão bucal potencialmente maligna, a exemplo da queilite actínica, bem

como aumenta o risco de o indivíduo desenvolver carcinoma de lábio.¹

A prevalência de LBPM foi de 16,6%, e a queilite actínica foi a lesão mais frequente com 10,8% dos casos, seguida da leucoplasia com 3,3%; líquen plano oral com 1,7%; e eritroplasia com 0,8%.

Acredita-se que o elevado percentual de indivíduos com fator de risco, relativo à exposição crônica aos raios solares, justifica a elevada prevalência da queilite actínica. Também merece destacar que havia 46,7% de indivíduos de pele branca, o que também favorece a ocorrência desse tipo de lesão labial. Houve dois casos de CEC, os quais estão ilustrados nas figuras 1 e 2.



Figura 1. CEC em lábio com queilite actínica;
Fonte: pesquisa direta, 2017.



Figura 2. CEC, lesão tumoral.

4. ENCAMINHAMENTOS PARA A PRÁTICA

- Devolutiva para o serviço no qual foi realizado o estudo: Os indivíduos com fatores de risco para o câncer bucal foram predominantemente de idosos, mulheres, cor de pele branca, baixo grau de escolaridade, tabagistas, com histórico

de exposição excessiva à radiação ultravioleta, e que apresentam elevado percentual de lesões bucais potencialmente malignas. As lesões predominaram no sexo masculino, sendo a queilite actínica a mais frequente. Houve dois casos de carcinoma espinocelular.

- Continuidade das atividades: Diante dos resultados, é imprescindível dar continuidade ao trabalho e ampliar a cobertura das ações para o diagnóstico precoce do câncer bucal, na Atenção Primária.
- Formação continuada para equipe de saúde: Evidencia-se a necessidade de engajamento e qualificação profissional da equipe de saúde, como uma estratégia de enfrentamento da problemática do câncer bucal.

5. REFERÊNCIAS

1. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. (INCA). **Tipos de câncer:** boca. Rio de Janeiro, c1996-2014. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home.>>. Acesso em: 30 de março de 2020.
2. FERLAY, J. *et al.* Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008. **Int J Cancer**, v. 27, p. 2893-917, 2010.
3. CANCELA, M. C. *et al.* Oral cavity cancer in developed and developing countries: population-based incidence. **Head Neck**, n. 32, p. 357-67, 2010.

4. LEMOS Jr, C. A. *et al.* Câncer de boca baseado em evidências científicas. **Rev Assoc Paul Cir Dent**, v. 3, n. 67, p. 178-86, 2010.
5. CZERNINSKI, R. *et al.* Lip cancer: incidence, trends, histology and survival: 1970-2006. **Br J Dermatol**, v.1625, p.1103, 2010.
6. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Pathology and Genetics of Head and Neck Tumours: Classification of Tumours**. Lyon: IARC Press, p.283-327, 2005.
7. MARTINS, A. M. E. B. L. *et al.* Maior acesso à informação sobre como prevenir o câncer bucal entre idosos assistidos na atenção primária à saúde. **Cienc. saude coletiva**, n. 20, v. 7, p. 2239-53, 2015.
8. LIMA, F. L. T.; O'DWYER, G. Políticas de Prevenção e Controle do Câncer Bucal à luz da Teoria da Estruturação de Giddens. **Cien Saude Colet.** Disponível em:<http://www.cienciaesaidecoletva.com.br/artigos/politicas-de-prevencao-e-controle-do-cancer-bucala-luz-da-teoria-da-estruturacao-de-giddens/17059?id=17059>. Acessado em 13/04/20120.
9. BIAZEVIC, M. G. H. *et al.* Tendência de mortalidade por câncer de boca e orofaringe no município de São Paulo, Brasil, 1980/2002. **Cad Saude Publica**, v. 10, n. 22, p. 2105-14, 2006.
10. COSTA, A. M. *et al.* Campanha de prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal: perfil dos idosos participantes. **Rev Bras Odontol**, v. 2, n. 70, p. 130-5, 2013.
11. MARTINS, A. M. E. B. L. *et al.* Prevalência de autoexame bucal é maior entre idosos assistidos no Sistema Único de Saúde: inquérito domiciliar. **Cien Saude Colet**, v.4, n. 20, p.1085-98, 2014.

12. WALSH, T. *et al.* Clinical assesement to screen for detection of oral cavity câncer and potentially malignant disorders in apparently healthy adults. **Cochrane Database od systmatic Reviews**, v. 11, p. 3-66, 2013. Disponível em: www.cochranelibry.com. Acessado em 20/05/2020.
13. ROSIN, M. P. *et al.* New hope for an oral cancer solution: together we can make a difference. **J Can Dent Assoc**, v. 3, n. 74, p. 261-266, 2008.
14. TORRES-PEREIRA, C. C. *et al.* Abordagem do câncer da boca: uma estratégia para os níveis primário e secundário de atenção em saúde. **Cad Saude Publica**, n. 28, (Supl.):S30-39, 2012.
15. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Oral health surveys basic methods**. 4th ed. Geneva: World Health Organization; 1997.
16. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/estatísticas/sociais/populacao.html>. Acessado em 13/03/ 2020.
17. SANKARANARAYANAN, R. *et al.* Long term effect of visual screening on oral cancer incidence and mortality in a radomized trial in Kerala, India. **Oral Oncol**, v. 4, n. 49, p. 314-21, 2013.
18. World Health Organization (WHO). Global alcohol data-base. Updated 2007. <https://www.who.int/globalatlas/default.asp>. Acessado em: 03/03/2020.
19. CHAUANG, S. L. *et al.* Population-based screening program for reducing oral cancer mortality in 2,334,299 Taiwanese cigarrate smokers and/or betel quid chewers. **Cancer**, v.123, n.9, p.1597-1609, 2017.

Capítulo 8

TEATRO DO OPRIMIDO COM IDOSOS NA ATENÇÃO BÁSICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

*Danielly Cristiny de Veras
Suênia Gonçalves de Medeiros Diniz
Maria Eliza Dantas Bezerra
Talitha Rodrigues Ribeiro Fernandes Pessoa
Franklin Delano Soares Forte*

1. INTRODUÇÃO

Antes privilégio de poucos, hoje a longevidade passa a ser tendência, mesmo nos países menos desenvolvidos. No entanto, essa conquista maior do século XX não deixa de ser um grande desafio, pois viver mais é importante, desde que se consiga aliar a qualidade aos anos adicionais de vida¹.

Desse modo, o trabalho em saúde com pessoas idosas exige abordagens transformadoras, que reconheçam os seus direitos, singularidades, e lhes impulsionem a prosperar no ambiente complexo e mutável em que vivem atualmente e viverão no futuro. Assim, em vez de projetar prescritivamente o que o idoso deve fazer, as estratégias devem promover sua capacidade de construir e reconstruir o seu próprio futuro.

Nesse contexto, a utilização da abordagem ao empoderamento na pedagogia freireana destaca-se como

uma valiosa ferramenta a ser trabalhada na promoção da saúde de idosos.

O empoderamento configura-se como um processo pelo qual as pessoas adquirem um maior domínio sobre suas vidas, apreendendo conhecimentos e habilidades para tomarem decisões acerca de sua saúde. Para isto, indivíduos e comunidades precisam compreender seus papéis e adquirir experiências suficientes para se engajar nos cuidados com a saúde, facilitando, assim, a compreensão do contexto que vivenciam e suas influências em sua saúde e em seu bem-estar².

Essa transformação ocorre por meio da participação de todos, em uma perspectiva libertadora, na qual as pessoas experienciam, através do vínculo, do diálogo e/ou da escuta, uma correspondência mais próxima entre seus objetivos de saúde e de vida, e um senso de como alcançá-los de forma consciente, mediante seus esforços.

Nesse sentido, a Educação Popular em Saúde (EPS) questiona as práticas educativas verticalizadas e normatizadoras no Sistema Único de Saúde (SUS) e se apoia na participação popular como instrumento para a integralidade do cuidado e para impulsionar o pensamento crítico e a ação

sobre a realidade social, contribuindo para os processos de transformação e humanização³.

A Atenção Primária à Saúde (APS) se destaca por ofertar serviços, ações, atividades de promoção, prevenção e recuperação da saúde. Ações de promoção e educação em saúde no território da Estratégia Saúde da Família visam a construção de socialização de saberes e fazeres centrado nos idosos e suas famílias, território e comunidade, visando implantar estratégias de cuidado integral, bem como ferramentas de empoderamento e socialização³.

Compreendendo que a promoção da saúde deve ser realizada através do diálogo, que dentro desse processo temos o exercício da reflexão da visão particular de cada um e de como esse aspecto influencia na qualidade de vida, demonstrando assim a importância de técnicas que unam todos esses atributos⁴.

2. CONTEXTO DO ESTUDO

Trabalhando como sujeitos do processo, é possível intervir politicamente na luta pela saúde, bem como articular o processo educativo à busca de autonomia, valorizando os conhecimentos e as experiências de todos, com envolvimento nas discussões, bem como na

identificação e reflexão sobre os problemas de saúde e de vida que emergem. Esta vivência e participação ativa em situações reais ou imaginárias podem trazer reflexões, fazendo-os atribuir sentido às situações concretas de saúde e de vida⁵.

O presente capítulo aborda o desenvolvimento e a análise das contribuições para o empoderamento em saúde, de oficinas educativas sobre alimentação saudável em um grupo de idosos, a fim de contribuir para ampliar a compreensão dos profissionais acerca do processo educativo no contexto da Estratégia Saúde da Família (ESF), em um município da Paraíba.

Trata-se de um relato de experiência, recorte de Trabalho de Conclusão do Mestrado, com abordagem qualitativa⁶, fundamentado nos pressupostos da pesquisa-ação⁷.

A pesquisa considerou os constructos da Educação Popular de Paulo Freire, pautados por um referencial dialógico e participativo⁸, que estimula a autonomia, liberdade e a consciência, e incentiva as pessoas a assumirem a responsabilidade por suas próprias vidas, a se engajarem em ciclos de reflexão e ação para se tornarem mais criticamente conscientes de sua existência, a tomarem

medidas para melhorar seu desempenho como membros de um grupo e contribuir para o desenvolvimento de sua comunidade.

Neste capítulo, será apresentada uma das oficinas realizadas. Buscou-se, nessa proposta, que os profissionais e usuários fossem sujeitos em todo o processo, articulando o processo de educação à busca de autonomia e poder, por meio de uma metodologia participativa. Procurou-se desconstruir as relações assimétricas entre profissionais e usuários do SUS, deslocando os sujeitos dos lugares de poder e tomada de decisão.

Todos os participantes foram devidamente informados sobre os objetivos do projeto. Após isso, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que autorizava a gravação em áudio, bem como vídeos e fotos. Utilizou-se o diário de campo como registro das observações no transcorrer da oficina⁸. Este estudo foi aceito pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Humanos local sob o protocolo nº 93142418.4.0000.5188.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na Atenção Primária à Saúde (APS), o número de idosos que demandam cuidados é crescente, e uma das

formas de melhorar a assistência a esta população é a formação de grupos de promoção à saúde, destacando-se como uma valiosa ferramenta de empoderamento da pessoa idosa, quando vivenciados enquanto espaços para a expressão de pensamentos, sentimentos, trocas de experiências e socialização. Estes grupos configuram recurso adequado para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, pois ampliam o entendimento do indivíduo sobre o processo saúde-doença e, consequentemente, favorecem mudanças nos hábitos de vida que constituem riscos à saúde¹⁰⁻¹¹.

Nesse sentido, a busca pela transformação das práticas no cuidado necessita, além do uso de técnicas e estratégias adequadas, da responsabilidade ético-política para com os educandos, compromisso da Educação Popular.

A estratégia participativa pode permitir a atuação efetiva dos envolvidos no processo educativo, a partir da valorização dos seus conhecimentos prévios e experiências, sentimentos, perplexidades e dúvidas, envolvimento na discussão, identificação e busca de soluções para problemas de vida e de saúde que emergem.

Entre as abordagens participativas utilizadas na Educação Popular, existem as que se apoiam na arte e na

cultura, por se aproximarem da humanização e da integralidade. As linguagens da arte permitem tocar de forma integral as dimensões do sujeito, que, em geral, são esquecidas no cotidiano da saúde, como as do corpo, da estética, da ética, da espiritualidade, da afetividade, vinculando desejo e cognição, intuição e sensibilidade. Logo, trabalhar com a arte pode permitir agregar outras dimensões, além da racional, possibilitando a produção de sentidos e sentimentos¹².

Há, ainda, as oficinas, que são espaços de vida e consertos, que podem se utilizar dessas estratégias para proporcionar reparos, criatividade, descobertas, trabalho, transformação, enfim, construção de conhecimento. O facilitador viabiliza e é coparticipante do processo educativo, problematiza a temática em questão e não prevê o resultado por acreditar na originalidade da contribuição de cada participante, estimulando, assim, a criação e recriação deste, tanto coletivamente quanto individualmente¹².

3.1 A oficina: Teatro do Oprimido

O Teatro do Oprimido busca transformar o espectador, em situação de passividade, em protagonista da

dramaturgia, criativo e transformador. E se propõe não apenas a tratar e refletir o passado, mas a também vislumbrar o futuro através de questões que o oprimem no momento presente¹³.

Trata-se de uma metodologia de intervenção política e social comprometida com a análise e a transformação do mundo, que busca investigar e desmontar as estruturas de poder, por meio da qual o indivíduo pode utilizar sua própria emoção e razão para lutar contra qualquer forma de opressão, visando à emancipação individual e coletiva, colocando-se a favor de uma verdadeira inclusão social, através do exercício dialético¹³.

O mecanismo de libertação ofertado por essa metodologia auxilia positivamente o indivíduo na aquisição de estratégias e métodos para o enfrentamento de situações que o restrinjam, contribuindo, assim, para o empoderamento individual e coletivo¹⁴.

A utilização do Teatro do Oprimido como atividade de exercício de cidadania e de expressão individual é comprovada por sua menção em amplos estudos^{12,13}, nos quais os participantes conseguiram exteriorizar suas experiências individuais, se revelar como sujeitos e

contribuir para a construção de um ambiente mais harmônico^{14,15}.

Na oficina desenvolvida, os idosos puderam representar cenas e situações conflituosas do cotidiano sem roteiros pré-definidos ou falas prontas, sempre abordando temas como autocuidado, alimentação, sedentarismo, *Diabetes Mellitus* e hipertensão arterial. Tudo isso, a fim de promover um ambiente propício para a expressão de sentimentos e estimular as habilidades e a autonomia dos idosos para superar os obstáculos (situações de opressão) vivenciados em seu cotidiano.

Inicialmente, foi possível compreender as experiências vivenciadas pelos idosos com os profissionais de saúde ao longo de suas vidas, e como as informações alimentares e de hábitos saudáveis de vida transmitidas por estes profissionais impactam nos seus cuidados com a saúde. Durante a discussão para a escolha do melhor enredo para o espetáculo, o grupo considerou duas histórias representativas do coletivo. Assim afirmou um idoso:

- “Eu voto nessa história porque muitas pessoas aqui ‘tão sem comer as coisas porque os doutor diz que não pode”.

Outro idoso comentou:

- “Eu achei legal essa história porque eu mesmo já deixei de ir pras festa por causa disso”.

A maior parte do grupo concordou e, por fim, o enredo foi escolhido.

Em seguida, iniciou-se a montagem do espetáculo, surgiram os atores, escolheu-se o cenário e tudo ocorreu sem ensaios e falas prontas. O diálogo foi essencial para o êxito da apresentação, além da dedicação e a interação com a plateia. O espetáculo se fez de forma coletiva.

A primeira cena do cotidiano contou com a atuação de todo o grupo encenando a participação em uma festa, dançando ao som de Luiz Gonzaga. Em seguida, surgiram alguns alimentos, que os idosos referiram encontrar nas festas que frequentavam – bolo, salgadinhos, brigadeiros, refrigerantes. E a pergunta foi: quando estão em uma festa e se deparam com esses alimentos, o que fazem? *“Eu já deixei de ir pras festa por causa que eu tenho diabetes”.*

Foi realizada uma discussão com base nas respostas dos idosos, que iam desde a compulsão até o isolamento de não ir mais para festas por esse motivo. No segundo momento, foi encenada uma consulta com um profissional

de saúde, na qual um idoso representou o profissional e outro, o usuário. Durante a encenação dessa relação profissional-usuário no Teatro do Oprimido, em clima de descontração, o idoso encarnou copiosamente o comportamento de alguns profissionais de saúde, ao reproduzir uma vida de relações verticalizadas e autoritárias.

- “Você não pode comer nada. O que você pode muito é caminhar: caminhar de manhã, de tarde, de noite” – diz o profissional.
- “E eu vou morrer de fome, é? E eu não gosto de caminhar” – argumenta o usuário.
- “Aí, o problema é seu!” – responde o profissional.

A maioria se identificou com aquela situação, o que gerou risos e aplausos da plateia. Então, o idoso no papel de usuário renunciou à situação de dependência e impotência:

- “Como é que eu venho aqui, conto o meu problema, e o senhor só diz que eu não posso comer, só posso caminhar?” – pergunta o usuário.
- “É, você tem que caminhar pra manejar esse corpo” – orienta o profissional.
- “E se eu sentir fome?” – questiona o usuário.
- “Ah, se segure no veneno, que nem cobra!” – responde o profissional, concluindo o atendimento.

Com base nessa apresentação, foi possível discutir com o grupo que o oprimido não pode tornar-se opressor e reproduzir as situações de opressão vivenciadas, mas sim

lutar para superá-las. Deste modo, as reflexões ampliam os olhares, saberes, fazeres. De forma processual, ao longo da oficina, o conhecimento vai sendo transformado, gerando aprendizado coletivo.

Na oficina do Teatro do Oprimido, todos são protagonistas, sujeitos que contribuem para a melhor compreensão, problematização do cotidiano com base na visão singular de cada um. Assim, o conjunto de papéis que uma pessoa desempenha na realidade impõe sobre ela uma “máscara social” de comportamentos, e os exercícios desenvolvidos pela encenação visam quebrar isso, levando a pessoa a buscar a sua verdade e indicando qual o caminho para encontrá-la. Deste modo, o ator social ou o espectador prepara-se para melhor dominar essa realidade e agir sobre ela com o intuito de modificá-la¹⁶.

A utilização do Teatro do Oprimido para a promoção de saúde é dinamicamente estabelecida através do diálogo, que consiste na exposição de diferentes pontos de vista, e proporciona o exercício e a aptidão para atividades de reflexão. À medida que há uma linha de diálogo, este deve ser otimizado, visando a determinadas mudanças, inovação e reinvenção, com o objetivo de que os próprios indivíduos possam atuar no processo de pontuação de problemas e melhora da sua qualidade de vida⁴.

É impossível sentir-se o mesmo após uma intervenção artística cênica. Mesmo que a vivência cause certa rejeição nos sujeitos participantes, provoca reflexões e até mesmo transformações, ou seja, agradando-se ou não, as pessoas já não são mais as mesmas⁸.

Por fim, emergiu uma frase empoderada, que representou o coletivo e a atividade do dia: “Viver a vida com qualidade até quando Deus quiser”. Agradeceram-se todos, uns aos outros, pelo compartilhamento e acolhimento das histórias, que resultaram em um lindo espetáculo disparador de muitas reflexões.

4. ENCAMINHAMENTOS PARA A PRÁTICA

- A oficina revelou a possibilidade do grupo de promoção da saúde enquanto dispositivo de empoderamento.
- Esse espaço dialógico de empoderamento cria ambientes de apoio, promoveram opções saudáveis importantes nesse estágio da vida, reconhecendo a necessidade de incentivar e equilibrar a responsabilidade pessoal, ou seja, o cuidado consigo mesmo, na adoção de uma postura de práticas saudáveis. O grupo tornou-se um apoio para refletir e impulsionar essas práticas.

5. REFERÊNCIAS

1. VERAS, R.P.; OLIVEIRA, M.A. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. **Ciênc. saúde coletiva**. v. 23, n. 6, p. 1929-1936, 2018.
2. OMS. **Global Health and Aging**. US National Institute of Aging, October, 2012.
3. STOBÄUS, C.D.; LIRA, G.A.; RIBEIRO, K.S.Q.S. Elementos para um envelhecimento mais saudável através da promoção da saúde do idoso e educação populares. **Estud. interdiscipl. envelhec**. v. 23, n. 2, p. 25-49, 2018.
4. BRASIL. Ministerio da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **II Caderno de educação popular em saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa** – Brasília: Ministério da Saúde. p. 224, 2014.
5. MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: 14a ed. Hucitec; 2015.
6. THIOLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 18ª ed. São Paulo: Cortez; 2011.
7. FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 60ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2016.
8. MINAYO, M.C.S., COSTA, A.P. Fundamentos Teóricos das Técnicas de Investigação Qualitativa. *Revista Lusófona de Educação*. v. 40, n. 40, p. 139-153, 2018.

9. SOLVIG, M.A. Culture and evidence-based health promotion group education perceived by new-coming adult Arabic-speaking male and female refugees to Sweden – pre and two post assessments. **Open J. Prev. Med.** v. 3, n. 1, p. 12-21, 2013.
10. DRUMMOND, N.; ABBOTT, K.; WILLIAMSON T. Interprofessional primary care in academic family medicine clinics. **Can. Fam. Physician.** v. 58, n. 8, p. 450-8, 2012.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Ideias e dicas para o desenvolvimento de processos participativos em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 240p, 2016.**
12. BOAL, A. **O Teatro do Oprimido e outras poéticas políticas.** 1ª ed. Rio de Janeiro: Cosac & Naify; 2013.
13. ALENCASTRO, L.C.S.; SILVA, J.L.; KOMATSU, A.V.; BERNARDINO, F.B.S.; MELLO, F.C.M.; SILVA, M.A.I. Theater of the Oppressed and bullying: nursing performance in school adolescent health. **Rev. Bras. Enferm.** v. 73, n. 1, e20170910, 2020.
14. SANTOS, E.A.; JOCA, E.C.; ALVES E SOUZA, A.M. Theater of the oppressed in mental health: social participation with art. **Interface.** v. 20, n. 58, p. 637-647, 2016.
15. SANTOS, G.L.A.; SANTANA, R.F.; BROCA, P.V. Capacidade de execução das atividades de vida diária. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.** v. 20, n. 3, 2016.
16. PARO, C.A.; SILVA, N.E.K. Teatro do oprimido e promoção da saúde: tecendo diálogos. **Trab. Educ. Saúde.** v. 16, n. 3, p. 471-493, 2018.

Capítulo 9

CUIDANDO DO CUIDADOR NA CONSTELAÇÃO FAMILIAR

*Heloisa Helena Pinho Veloso
José Manuel Peixoto Calda
Marcelo Brigagão de Oliveira*

1. INTRODUÇÃO

A Constelação Familiar é um método psicoterapêutico que estuda os padrões de comportamento de grupos familiares através de suas gerações. Criada pelo psicoterapeuta Bert Hellinger, esse método reconhece que o amor atua atrás de todos os comportamentos por mais estranhos que nos pareçam.¹

O Cuidado é parte integrante da vida, cuidar do outro é curar-se. Partindo desse princípio Carvalho², diz que o cuidar é um “elemento essencial dos fenômenos envolvidos nas relações que se estabelecem entre viver e morrer”.

Nesse contexto, pode-se pensar e falar no cuidado como algo vivido por nós e que em nós se estrutura, ou seja, nós seres humanos somos cuidados e, sem o cuidado deixamos de ser humanos, fazendo, portanto parte do processo da nossa humanização.

Na Atenção Básica, as equipes de saúde desempenham papel fundamental para as ações no domicílio, facilitando acesso, as parcerias com outras instituições e outros setores da sociedade, formando uma rede social, para que haja a atenção integral e a continuidade da assistência com qualidade. A atenção domiciliar (AD) é uma modalidade de assistência recente no sistema público de saúde brasileiro, permeada pela interação entre cuidador, sujeito cuidado e as equipes de saúde que atuam nestes serviços. Tornou-se importante serviço de saúde no Brasil nas últimas décadas, estimulada por alterações no perfil demográfico, envelhecimento da população, aumento das doenças crônico-degenerativas e a superlotação dos hospitais.

Os Agentes Domiciliares (AD) são orientados para respeitarem os valores culturais e religiosos dos indivíduos e das famílias sob os seus cuidados, exacerbando a humanidade (vulnerabilidade/ impotência/ mortalidade/ solidariedade), uma vez que se dedicam profundamente ao cuidado, defrontando-se de maneira intensa com o sofrimento. O conforto oferecido ao usuário e às famílias é o que faz a diferença.³

Segundo Franca⁴ a própria palavra -CUIDADOR- sugere, cuida-dor, aquele que além de cuidar, também cuida da dor do paciente acometido por uma doença, tornando-se alvo de todos aqueles que o cercam, inclusive a própria família. Ficando também a encargo do cuidador suportar as exigências que lhe são impostas pelo meio familiar, pela doença e por si mesmo.

2. CONTEXTO DO ESTUDO

Sabemos que a depressão é uma comorbidade presente em diversos quadros crônicos. Atualmente, a depressão “invisível” dos cuidadores vem se revelando em estudos científicos que acompanham famílias de doentes crônicos.⁵

Em geral, a depressão do cuidador acomete mais a mulheres familiares diretas dos pacientes – o que explica-se, em grande parte pelo papel sócio cultural assumido pela figura da mãe (quando o paciente é criança), da esposa (quando se trata de um marido acamado) e da filha (no caso de pais idosos dependentes de cuidados).

Muitas vezes, essa mulher abandona a sua vida profissional para cuidar em tempo integral do ente querido ou, dividindo-se em jornadas duplas ou triplas para dar

conta do trabalho externo, dos afazeres domésticos e do seu papel de cuidadora. Com isso, a vida social vai se tornando mais restrita e a rede de apoio vai se escasseando, à medida que o grupo mais próximo assume que as atividades desempenhadas por aquela cuidadora fazem parte as suas “obrigações naturais”⁶, justificando a importância do presente tema.

Nesse sentido, o objetivo nesse texto, é enfatizar os benefícios do conhecimento da constelação familiar para o cuidador de idosos, através de uma revista da literatura com opiniões diversas, de forma discursiva. Almeja-se, gerar nesse profissional, a necessidade do autoconhecimento para tornar-se apto a ajudar, tanto o idoso, quanto os familiares, podendo, através desse método solucionar conflitos que causam sofrimento, que muitas vezes advém de uma vida inteira.

O presente artigo fundamentou-se numa metodológica qualitativa baseada na análise documental existente, na observação participante e nas histórias de vida dos pacientes usuários do Projeto ERO tendo sempre por horizonte interpretativo a visão multi e transdisciplinar, passando pela análise de fatores humanos que levam à necessidade do cuidador informal, culminando pela possível

maneira de se repensar os direitos e necessidades dessa camada da população.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O cuidador na Atenção Básica precisa de atenção e orientação, durante todas as visitas domiciliares. Segundo Carvalho³, as equipes de AB, necessitam dessa orientação, tanto para cuidados de sua saúde física e mental, como para avaliação de possível sobrecarga pessoal. A sobrecarga emocional pode conduzir à depressão e isolamento. Podem ser observados sentimentos de anulação pessoal, incompetência pelo desempenho do papel de cuidador e ausência de reconhecimento do seu desempenho funcional.

Cansada fisicamente, esgotada psicologicamente e enfrentando uma série de emoções contraditórias (tais como: medo pelo estado e a evolução do paciente, culpa por não poder ou não conseguir fazer mais e, não raro, cobranças e julgamentos externos), a pessoa começa a se negligenciar. Os estudos já mostram que cuidadores tendem a ter déficits em questões como: horas de sono, alimentação, prática de atividade física e horas de lazer.⁷

3.1 Sinais prodrômicos da depressão no cuidador

Segundo Konzen, Giugliani, Dierks⁸ em 2003 seriam:

- Cansaço crônico (mesmo após o descanso); Pessimismo / pensamentos derrotistas ; Perturbações do sono (insônia / sonolência excessiva / pesadelos / acordar cansado); Choro / emotividade “à flor da pele” ou sentimento de inércia (perder a capacidade de sentir);Dores de cabeça e sintomas psicossomáticos (dores difusas, problemas de pele, etc.); Pensamentos (ou desejos) de morte ou deixar de viver).

3.2 Regulação homeostática Constelação Familiar

Deixada em segundo plano, a saúde da cuidadora não tarda a se deteriorar e, muitas vezes, isso começa pelo comprometimento da sua qualidade de vida psicoemocional – e daí para a deterioração da saúde mental é um caminho curto. O empobrecimento das relações interpessoais é um indicador importante desse processo.

Se em um primeiro momento a cuidadora abre mão da manutenção de sua vida social e, na sequência, dos seus cuidados pessoais, com o passar do tempo o seu relacionamento com o próprio núcleo familiar tende também a ficar comprometido. Os filhos saudáveis e os cônjuges, por exemplo, ressentem-se da atenção e de tempo

de qualidade com essa mãe ou essa esposa – o que, para ela, só torna tudo ainda mais difícil de administrar. Tudo isso, deixa claro que há um trabalho preventivo a ser feito com essas famílias, ao nível da psicoterapia familiar.⁹

Sabemos que há muito o que se fazer por essas pessoas, e que a visão inclusiva que cobramos da sociedade deve se iniciar em casa, com esse paciente sendo integrado à vida e à rotina familiar, dentro de suas possibilidades e com respeito às suas necessidades especiais. Essa é, portanto, uma convocação a todo o núcleo que mora e convive com o paciente – e que se estende, inclusive, à família alargada (tios, avós, primos, etc.) e, até mesmo, aos amigos próximos e até aos grupos sociais (vizinhos, grupo religioso, colegas de trabalho, etc.).

Cabe lembrar que, em geral, o paciente crônico precisa, sim, de alguém que assuma o papel de cuidador e gestor principal do seu quadro. Mas isso de maneira nenhuma significa que todos no entorno não tenham importantíssimas colaborações a oferecer! Atitudes de maior empatia e colaboração, por parte de todas as pessoas no entorno, certamente farão uma grande diferença na sobrecarga enfrentada pelo cuidador(a) principal e a este, em específico, o recado que devemos deixar é: CUIDE-SE,

pois, para cuidarmos bem de alguém, precisamos estar bem!^{10,11}

3.3 Quem são os cuidados pelos cuidadores?

Geralmente são idosos ou enfermos descapacitados. Estima-se que em Portugal exista mais de 90 mil portugueses cuidando de entes queridos maiores e descapacitados (a população portuguesa é de aproximadamente 10.562.178) com mais de 2 milhões de habitantes nessa situação de dependência.

No Brasil não existem dados disponíveis, entretanto sabe-se que o envelhecimento da população é muito acelerado semelhante aos países desenvolvidos europeus, embora há 5 anos tenha-se observado um desaceleramento no aumento de expectativa de vida.

Entretanto, devemos estar preparados para os 70 milhões de idosos acima de 60 anos que teremos em 2050, daí, pensar não apenas na política do idoso mas nas políticas públicas do envelhecimento.

A relação entre a porcentagem de idosos e de jovens é chamada de “índice de envelhecimento”, que deve aumentar de 43,19%, em 2018, para 173,47%, em 2060.¹²

Nesse momento, chamar atenção para o ageísmo (preconceito com idosos) como parte do sistema de preconceito e discriminação no Brasil. Ainda que, reparar na idade de um indivíduo não seja inerentemente ofensivo, agir por estereótipos baseados em idade é claramente um preconceito contra o indivíduo. As repercussões dessa desvalorização geram abandono e solidão, males que os tornarão mais vulneráveis física e psicologicamente.¹³

O envelhecimento faz com que o ser humano passe por inúmeras alterações no campo biológico e psicológico podendo acarretar o surgimento de doenças crônicas degenerativas. Dentre uma das mais desafiadoras está o câncer. Podendo envolver diversos contextos, entre eles a dor, o pânico da morte, temor com a autoimagem, ausência do ato sexual e a eficácia produtiva. Sendo um quadro de difícil mudança mesmo com as evoluções de diagnóstico e tratamento.^{14,15}

Devido a sua agressividade é desafiador, considerado um problema de saúde pública, não apenas em relação a questão epidemiológica, mas principalmente pela magnitude da doença e o seu impacto na qualidade de vida dos pacientes e seus familiares. Geram uma gama de problemas vivenciados pelos pacientes e seus cuidadores como resultado do câncer e seus tratamentos em todas as fases da

doença: Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação, Sobrevida, Cuidados paliativos e no Final da vida. A fase de Sobrevivência ao Câncer começa no momento do diagnóstico, se estende ao pós- tratamento e reabilitação, enfim, essa fase inclui o gerenciamento de todas as toxicidades relacionadas a terapia, onde o cuidador deverá dar o suporte ao paciente e familiares.⁶

O medo e ansiedade fazem parte da profissão do cuidador. Com o sofrimento do paciente esse cuidador acaba sendo afetado, gerando responsabilidade e os distúrbios emocionais. É importante ressaltar que através dos fatos, o estresse emocional é considerando o pior fruto para o cuidador dos indivíduos com câncer.¹⁶

A fase terminal consiste no período que o paciente está em uma situação final, no qual o seu prognóstico não é favorável, e o paciente manifesta sentimentos de dependência e vulnerabilidade. Sentir-se próximo à morte gera sofrimento e dor, tornando-se necessário que a unidade paciente-cuidador seja reconhecida, como também sendo vista a necessidade dos cuidados paliativos nesse momento.⁷

Importante lembrar no cuidar, a importância da manutenção do cotidiano do que está sendo cuidado como também manter o máximo da individualidade e autono-

mia do paciente, além, de ser considerado respeito é humanização.

Atualmente o termo humanização é utilizado quando o profissional vê no paciente a pessoa inteira, nas situações em que além de valorizar o cuidado em suas condições técnico científicas, reconhece-se os direitos do paciente. Respeita-se a sua individualidade, a sua dignidade, a sua autonomia e, a sua subjetividade, sem se esquecer do reconhecimento do profissional também como ser humano, a relação paciente e cuidador seria: sujeito/sujeito.¹⁵

Nada mais humilhante que a doença para o paciente, nesse contexto, o envelhecer é ter resiliência com as limitações causadas pelas doenças. Nas representações sociais observa-se que o familiar do paciente tem um papel principal; tem funções diversas como o acompanhamento e a contenção, e está tão implicado quanto o paciente no processo de doença.¹⁷

3.4 Proteção Jurídica do Cuidador Informal

O direito à vida é inerente a todo ser humano, portanto, natural, inalienável, irrenunciável, impostergável e sua inviolabilidade está garantida pela Constituição Federal do Brasil de 1988, através do seu art. 5º, caput e art. 6º. Assim, o cuidador informal é aquele ente familiar que

assegura e dá assistência a um membro da família que está em uma situação de dependência emocional e de cuidados básicos, por incapacidade ou por deficiência, garantindo-lhe o acesso mais adequado e eficiente para manutenção de sua saúde e vida.¹⁸

O Ordenamento Jurídico Brasileiro não tratou de maneira direta sobre essa categoria, porém o art. 45 da Lei 8.213/91¹⁹ e o Superior Tribunal de Justiça, em sede de recurso repetitivo (tema 982)²⁰, prescrevem que desde que comprovada a invalidez e a necessidade de assistência por um cuidador formal ou informal, é devido o acréscimo de 25% a todos os aposentados do Regime Geral de Previdência social. Insta salientar que é um direito do segurado, e não do cuidador informal.

Em contrapartida, Portugal aprovou o Estatuto do Cuidador Informal²¹ (Lei n.º. 100/19), em que prescreveu o conceito legal do cuidador e da pessoa cuidada, os direitos e deveres, o processo de reconhecimento e as medidas de apoio criadas pelo governo, que até à data não tinham qualquer tipo de apoio estatal, como ainda acontece no Brasil.

4. ENCAMINHAMENTOS PARA A PRÁTICA

Afinal, quem cuida do cuidador?

- Deixamos essa pergunta como alerta, sobre a importância de serem desenvolvidos programas e grupos de apoio, para dar suporte as tensões geradas por essa função profissional e sobre a relevância do profissional utilizar o método da Constelação Familiar durante o seu atendimento.

5. REFERÊNCIAS

1. HELLINGER, Bert. **A fonte não precisa perguntar pelo caminho**. Patos de Minas: Ed.Atman, 2005.
2. CARVALHO, V. A. de. Cuidados com o cuidador. In: Pessini, L., Bertachini, L. **Humanização e cuidados paliativos**. 2. ed. São Paulo: Loyola, 2004. cap. 20, p. 305-319.
3. CARVALHO, D.P, *et al*. Ser cuidador e as implicações do cuidado na atenção domiciliar. **Texto Contexto Enferm**, v. 24, n. 2, p. 450-8, 2015.
4. FRANCA, D. C. Cuidando do cuidador: atendimento psicológico no apoio do doente de Alzheimer. **Revista Ciência e Profissão**, n. 1, p. 50-52, 2004.
5. COLOMÉ, I. C. dos S. *et al*. Cuidar de idosos institucionalizados: características e dificuldades dos cuidadores. **Rev Eletrônica Enferm**, Palmeira das Missões (RS), v. 13, n. 2, p. 306-312, 2011.
6. GOMES, M. *et al*. Escutando quem cuida: quando o cuidado afeta a saúde do cuidador em saúde mental. **Rev Psicol Saude**, v. 10, n. 1, p. 3-17, 2018.

7. IGNÁCIO, M. G.; STORTI, D. C.; BENNUTE, G. A. S. Aspectos da sobrecarga em cuidadores de pacientes terminais por câncer: Revisão de literatura. **Revista Psicologia Hospitalar**, v. 9, n. 1 p. 24-46, 2011.
8. KONZEN, A., *et al.* **Cuidando de quem cuida: manual para quem cuida de uma pessoa que precisa de cuidados permanentes**. Porto Alegre: Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição. 2003
9. CAMPOS, E. P. **Quem cuida do cuidador? Uma proposta para os profissionais de saúde**. Teresópolis: Unifeso; São Paulo: Pontocom. 2016.
10. KARSCH, U. M. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 861-866, 2003.
11. FEUERWERKER, L. C. M.; MERHY, E. E. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. **Rev. Panam. Salud Publica**, v. 24, n. 3, p. 180-188, 2008.
12. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Síntese de Indicadores Sociais 2020. Disponível em: <https://censo2020.ibge.gov.br/2012-agencia-de-noticias/noticias/24036-idosos-indicam-caminhos-para-uma-melhor-idade.html>. Acesso em : 20 de junho de 2020.
13. GOLDANI, A.M. “Ageism” in Brazil What is it? Who does it? What to do with it? **R. bras. Est. Pop.**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 385-405, jul/dez. 2010.
14. FARINHAS, G. V.; WENDLING, M. I.; DELLAZZANA-ZANON, L. L. Impacto psicológico do diagnóstico de câncer na família: um estudo de caso a partir da percepção do cuidador. **Revista Pensando Famílias**, v. 17, n. 2, dez. 2013.

15. LOURINHO, B.A.S.; RAMOS, W. F. O envelhecimento, o cuidado com o idoso e a doença de Alzheimer. **Enciclopédia Biosfera**, Centro Científico Conhecer - Goiânia, v.16 n.30; p. 723, 2019.

16. ALMEIDA, D.V. **A filosofia de Emmanuel Lévinas como fundamento para a teoria e a prática do cuidado humanizado do enfermeiro**. 2010. Tese (Doutorado em Enfermagem na Saúde do Adulto) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.doi:10.11606/T.7.2010.tde-12082010-142430. Acesso em: 2020-04-18.

17. LEITE, B.C., *et al.* Vulnerabilidade dos cuidadores de idosos com demência: estudo descritivo transversal **Rev. Bras. Enferm.** v.70, n.4, p. 714-20. 2017.

18. BRASIL. **Constituição Federal** (1988). Vade Mecum Saraiva. 29. Ed. São Paulo: Saraiva, 2020.

19. BRASIL. **Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991**. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8213cons.htm Acesso em 19 de abr. 2020.

20. BRASIL. **Supremo Tribunal de Justiça**. Recurso Repetitivo Tema 982. Disponível em: http://www.stj.jus.br/repetitivos/temas_repetitivos/pesquisa.jsp?novaConsulta=true&tipo_pesquisa=T&sg_classe=REsp&num_p_rocesso_classe=1648305. Acesso em: 19 de abr. 2020.

21. PORTUGAL. Lei nº 100, de 06 de setembro de 2019. **Estatuto do Cuidador Informal**. Disponível em: <https://dre.pt/home//dre/124500714/details/maximized> Acesso em: 19 de abr. 2020.

Capítulo 10

ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, FORMAÇÃO EM SAÚDE E INTERPROFISSIONALIDADE: O OLHAR DE ESTUDANTES

*Ailma de Souza Barbosa
Ayla Miranda de Oliveira
Bárbara Rachelli Farias Teixeira
Franklin Delano Soares Forte*

1. INTRODUÇÃO

Os desafios advindos das crescentes necessidades em saúde da população delimitam a adoção de novas estratégias na atenção, gestão e formação em saúde, em todo o mundo, que visem à compreensão do processo saúde-doença e sua complexidade^{1,2,3}.

Diante desse cenário, a formação profissional é um importante contributo na busca pela reforma da força de trabalho de saúde dos diversos países. Pois objetiva o bem-estar de seus cidadãos e envolve recomendações que abrangem desde o aperfeiçoamento de currículos ao desenvolvimento de profissionais de saúde com competências necessárias ao cuidado integral.

A Atenção Básica (AB), no Brasil, tem a Estratégia Saúde da Família (ESF) como ferramenta de reorganização

de suas competências, dentro dos preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, atua no campo do território-família-comunidade, considerando a ação de uma equipe multiprofissional.

A implementação de novos modelos de formação na área da saúde pauta-se na atenção resolutiva e de qualidade na saúde, e vêm reorganizando o processo de trabalho dos profissionais desta área. Neste sentido, a formação para atuar no SUS, mediante a adoção de políticas formuladas nas últimas décadas, tem impulsionado ações no processo de ensino-aprendizagem que envolvem a parceria entre instituições de ensino superior e os serviços de saúde^{3,4,5}.

Com a instituição das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), os cursos de graduação passaram a buscar a superação do modelo tradicional curricular marcada pela fragmentação de conteúdos, evoluindo por meio de propostas articuladas pela prática profissional vinculada ao mundo do trabalho^{6,7}.

Nesse panorama, a Educação Interprofissional (EIP) emerge como uma estratégia metodológica em expansão, incentivada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a ser incorporada nos programas de formação. Consiste em uma proposta através da qual profissionais aprendem, de forma

colaborativa, sobre o trabalho em equipe e as especificidades de cada profissão, visando à integralidade do cuidado^{6,8,9,10,11}.

2. CONTEXTO DO ESTUDO

Programas de reorientação têm caminhado na direção de um arcabouço curricular, que integra o trabalho colaborativo e em equipe, como estratégia de formação para o SUS^{4,5}, de modo que a ESF é um cenário privilegiado para assumir papel ativo na reorientação da formação.

Sendo assim, o presente estudo teve como objetivo a compreensão das experiências e percepções dos estudantes sobre a EIP na ESF, destacando as principais potencialidades e os desafios.

Tratou-se de pesquisa qualitativa, buscando valorizar o campo das percepções e vivências dos estudantes¹². A pesquisa faz parte de um projeto vinculado ao Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e do Projeto de Iniciação Científica do Programa de Iniciação Científica da UFPB/CPNq.

O contexto eleito foi uma Unidade de Saúde da Família (USF), cenário de prática para a formação de profissionais de saúde. A população foi de estudantes

envolvidos com Estágios Curriculares Supervisionados (ECS) da saúde, da UFPB, referentes aos cursos de Enfermagem, Nutrição e Odontologia na USF, no momento da pesquisa.

Os estudantes foram entrevistados visando a um diagnóstico situacional sobre a EIP no contexto da ESF, através de um roteiro de entrevistas semiestruturadas, que foram realizadas em locais de escolha desses sujeitos, com a finalidade de favorecer ambientes agradáveis e silenciosos.

Tomou-se como base o material empírico coletado, o qual revelou que sete entrevistados haviam respondido à questão da pesquisa, e a realização de novas entrevistas poderia não remeter ao surgimento de novas ideias¹³.

As entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas para a execução da análise, que foi baseada na técnica de análise de conteúdo¹⁴. As falas dos entrevistados foram transcritas e descaracterizadas por razões éticas, para evitar possíveis elementos de identificação dos sujeitos voluntários. A identidade dos discentes foi preservada através da atribuição da letra “E” e um número aleatório.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, segundo atendimento às recomendações éticas.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise realizada a partir dos relatos dos discentes entrevistados permitiu a construção de unidades de registro, considerando, para esta pesquisa, a categoria representativa sobre a temática: ESF como cenário de aprendizagem para a EIP.

3.1 Estratégia Saúde da Família como cenário de aprendizagem para a Educação Interprofissional

A ESF tem, em seus princípios, a adscrição de um território e o trabalho em equipe multiprofissional. Assim, a atenção centrada no paciente foi bastante discutida dentro do campo prático de atuação dos profissionais de saúde na ESF, por se tratar de um caminho para o fortalecimento de mudanças no modelo de atenção na AB, com ênfase na humanização, segurança do paciente, duplicação de procedimentos e participação do usuário, família e comunidade na proposta de gestão do autocuidado, que incorpora a colaboração no trabalho da equipe de saúde na ESF.

Nesse sentido, procura-se uma articulação individual e coletiva da atenção à saúde, na direção da integralidade^{8,15,16,17}. Na fala do estudante abaixo, percebe-se esta dimensão do trabalho em saúde centrado no paciente, na

ESF, não só da parte dos profissionais de nível superior, mas também em relação aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

[...] precisa trabalhar em conjunto, para que haja uma melhor eficácia na resposta que se espera do indivíduo. (E6)

[...] eu vejo que tem total ligação, assim, todos os profissionais... E eu acho que os principais são os ACS, que estão junto com eles nas casas e vendo as necessidades das crianças naquele ambiente. (E2)

Em relação ao contato entre o profissional e o usuário, a confiança estabelecida a partir das práticas em saúde é considerada importante para a produção do cuidado na perspectiva da resolutividade, conforme relatado abaixo pelo estudante¹⁵.

[...] posso observar, na possibilidade da enfermagem, o que aquela criança está necessitando, qual a carência de informação que aquela família vai passar e vai passando para outro profissional, e, a partir dali, dá pra fazer uma estratégia, alguma coisa pra poder abordar todo mundo e abordar um tema que seja na necessidade daquela criança, daquela família. (E4)

Dessa maneira, observou-se, ao longo das entrevistas, a atuação da atenção interprofissional como forma singular

de reconhecimento da autonomia dos sujeitos envolvidos no cuidado, e a necessidade de escuta nesse processo.

Nesse panorama, compreenderam-se as necessidades em saúde, considerando o usuário de forma integral, tornando-o parceiro na construção das práticas colaborativas, o que permitiu a organização do trabalho em saúde pela equipe, levando em conta o território da ESF¹⁸.

O encontro entre os diferentes saberes dos usuários e trabalhadores do SUS permite a aproximação entre a teoria e a prática, tornando-se um elemento essencial para o aprimoramento da formação em saúde⁸.

A atuação constante e o trabalho em equipe envolvendo profissionais da saúde e estudantes na ESF foi o grande impulsionador da troca de saberes e aprendizagem, além da consolidação dos conhecimentos teórico-práticos pré-existentes, conforme relatado pelos entrevistados.

Dessa maneira, a adoção de estratégias pedagógicas com o objetivo de desenvolver competências para a EIP, tendo como cenário de aprendizagem uma USF, resultou em uma (des)construção de saberes a partir da organização da USF, aprimorando o olhar sobre as práticas colaborativas em saúde e a atenção centrada no território. Esse movimento foi

possível, conforme destacado na fala do estudante abaixo, pela flexibilidade e abertura para aprender.

[...] há uma integração dos profissionais junto com os estudantes. Assim, os estudantes estão sempre aptos e dispostos a ajudar e colaborar, trazendo os temas que a população precisa, pra a demanda que é necessária para a população. E tem a interconsulta [...] que está sendo bem desenvolvida essa questão da educação. (E2)

Os estudantes destacaram as reuniões de equipe como importantes para o trabalho colaborativo, pois elas permitem o desenvolvimento de planos de ações envolvendo a dinâmica integrativa¹⁸⁻²¹.

Os membros da equipe, na ESF, podem, ao discutir sobre os problemas encontrados e enfrentados, reconhecer suas funções e a importância dos outros membros, em um movimento de valorização profissional, assim oportunizando mais clareza aos papéis e à criação de estratégias de comunicação que facilitem processos participativos na tomada de decisão e fluxos na própria ESF, visando à atenção centrada no usuário^{11,19,22}. Esse cenário foi evidenciado pelo estudante entrevistado.

[...] acho que também as reuniões podem contribuir porque vai haver o planejamento e também o conhecimento das outras áreas, porque, às vezes, está dentro da unidade, mas você não vê determinado profissional. Por

isso, acho importante essas reuniões e essas atividades em conjunto. (E3)

[...] aí, participavam todos aqueles que trabalhavam na unidade, né?! Agentes de saúde, enfermeiro, dentistas, médicos [...] tem uma vez por semana. E aí, planejam todas as ações e serviços oferecidos pela Unidade, nessas reuniões. (E7)

O desenvolvimento de atitudes positivas relacionadas ao campo de aprendizagem e atuação em saúde requer uma livre expressão por parte dos estudantes, de forma que compartilhem opiniões, e que também disponham de tempo para refletir sobre o papel de cada membro da equipe^{22,23}.

Ademais, torna as vivências oportunidades de observação e reflexão da formação, diante dos conteúdos teóricos já compreendidos. Assim, ações bem estabelecidas com o trabalho em equipe, que envolvam as atividades do campo, sejam individuais ou coletivas, podem promover o desenvolvimento de competências da EIP²².

[...] a questão da escuta, da sala de espera, da consulta, das ações educativas fora da unidade... Então, acho que aqui a gente já consegue fazer essa união interprofissional. (E1)

[...] as atividades que a gente planejava, a gente planejava junto... Não teve, em nenhum momento, o envolvimento dos outros

profissionais, pelo menos, nas atividades que a gente realizou lá na unidade, né?! Mas foi falado, sim, pr'a gente, que eles realizam [...] reuniões semanais para planejamento das ações que serão realizadas pela Unidade. Mas, eu não sei como são feitos esses planejamentos, e não cheguei a presenciar diálogo entre esses profissionais [...]. (E7)

Entretanto, algumas falas se referiram à presença de fragilidades ainda perceptíveis, o que dificultou, em partes, a compreensão de alguns discentes sobre determinadas funções profissionais e a interdependência dessas atuações diante das ações práticas em saúde.

[...] a única vez que eu vi que teve uma junção de vários profissionais foi em um trabalho sobre fitoterapia, que aí juntou [...] mas eles colaboraram entre si [...] não foi visto efetivamente, porque não tivemos esse contato totalmente com outros profissionais de saúde lá. (E6)

Nesse ínterim, propostas de reorganização das práticas de saúde baseadas no trabalho colaborativo em equipe, tendo a ESF como cenário de aprendizagem, se fazem necessárias, com o intuito de alcançar, de maneira mais eficiente e resoluta, as necessidades de saúde dos usuários^{22,24}. Isto posto, conforme destacou o estudante abaixo, é importante a oportunidade de mais núcleos

profissionais atuarem no mesmo cenário com a intencionalidade de colaboração¹⁹.

Para que haja integração, tanto dos profissionais quanto dos alunos, em relação à Educação Interprofissional, é necessário que haja estágios que reúnam mais de uma área de saúde. (E6)

Para que tal prática colaborativa se estabeleça, é importante o reconhecimento da interdependência na atuação dos diferentes papéis profissionais, e da complementaridade das ações^{2,18}.

Portanto, deve haver maior articulação da integração ensino-serviço na definição de uma agenda comum de compromissos, promovendo o alinhamento teórico, metodológico e conceitual em torno da EIP, e de práticas colaborativas na ESF¹¹.

Muitos desafios ainda existem para a efetivação dessa prática nos serviços de saúde, e os benefícios alcançados por meio do trabalho interprofissional só demonstram a necessidade de maiores investimentos e estudos. Ao percorrerem o caminho de contato com a AB, os estudantes são sensibilizados a compreender as necessidades de realidades sociais distintas, consolidando saberes e experiências na ESF como parte do processo educativo.

4. ENCAMINHAMENTOS PARA A PRÁTICA

- A percepção dos estudantes evidencia reflexões importantes sobre sua própria formação, inserida no contexto da ESF.
- A ESF é um cenário de prática importante para a construção de um perfil profissional com olhar ampliado sobre as necessidades inerentes à atuação interprofissional, fortalecendo a formação em saúde à medida que potencializa as especificidades de cada indivíduo e agrega conhecimentos que, ao serem partilhados, fomentam o desenvolvimento da resolutividade, conduzindo à responsabilização mútua e promovendo o cuidado humanizado em saúde.

5. REFERÊNCIAS

1. FRENK, J. *et al.* Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. **Lancet**, v. 376, p. 1923-1958, 2010.
2. FREIRE FILHO, J.R. *et al.* Educação Interprofissional nas políticas de reorientação da formação profissional em saúde no Brasil. **Saúde Debate**, v. 43, n. especial, p. 4-96, 2019.
3. BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Construindo caminhos possíveis para a Educação Interprofissional em Saúde nas Instituições de Ensino Superior do Brasil de alinhamento conceitual**

sobre educação e trabalho interprofissional em saúde.

1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

4. VENDRUSCOLO, C. *et al.* Teaching-service integration and its interface in the context of reorienting health education. **Interface (Botucatu)**, v. 20, n. 59, p. 1015-1025, 2016.
5. VENDRUSCOLO, C. *et al.* Health teaching-service integration: possible dialogues from collective co-management. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v. 22, n. 4, p. e20180237, 2018.
6. COSTA, M.V. A educação interprofissional no contexto brasileiro: algumas reflexões. **Interface (Botucatu)**, v. 20, n. 56, p. 197-198, 2016.
7. FREIRE FILHO, J.R. *et al.* New national curricula guidelines that support the use of interprofessional education in the Brazilian context: An analysis of key documents. **J. interprof. care**, v. 31, n. 2, p. 754-760, 2017.
8. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Framework for action on interprofessional education & collaborative practice. Geneva: WHO; 2010.
9. REEVES S. *et al.* Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. **Cochrane database syst. rev.**, v. 6, n. 6, p. 1-47, 2017.
10. REEVES S. Why we need interprofessional education to improve the delivery of safe and effective care. **Interface (Botucatu)**, v. 20, n. 56, p. 185-197, 2016.
11. MATUDA, C.G. *et al.* Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 20, n. 8, p. 2511-2521, 2015.

12. MINAYO, M.C. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde**. 13^a ed. São Paulo: Hucitec, 2015.
13. SAUNDERS, B. *et al.* Saturation in qualitative research: exploring its conceptualization and operationalization. *Qual. Quant.*, v. 52, n. 4, p. 1893-1907, 2017.
14. BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
15. AGRELI, H.F. *et al.* Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. **Interface (Botucatu)**, v. 20, n. 59, p. 905-916, 2016.
16. PEDUZZI, M. *et al.* Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. **Trab. educ. saúde**, v. 18, suppl. 1, p. 1-20, 2020.
17. REEVES, S. *et al.* Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update). **Cochrane database syst. rev.**, v. 3, n. 3, p. 1-49, 2013.
18. PEDUZZI, M. *et al.* Trabalho em equipe, prática e educação interprofissional. In: MARTINS, M.A. *et al.* (Org.). **Clínica médica**. 2^a ed., Barueri: Manole, p. 171-179, 2016.
19. CINTRA, T.S.; DORICCI, G.C.; GUANAES-LORENZI, C. Dinâmicas relacionais de equipes na estratégia de saúde da família. **Rev. SPAGESP**, v. 20, n. 1, p. 24-38, 2019.
20. AGRELI, H.F.; PEDUZZI, M.; BAILEY, C. Contributions of team climate in the study of interprofessional collaboration: A conceptual analysis. **J. interprof. care**, v. 31, n. 6, p. 679-84, 2017.

21. AGRELI, H. *et al.* Effect of interprofessional education on teamwork and on knowledge of chronic conditions management. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 27, p. 1-10, 2019.
22. FARIAS, D.N. *et al.* Interdisciplinaridade e interprofissionalidade na estratégia saúde da família. **Trab. educ. saúde**, v. 16, n. 1, p. 141-162, 2018.
23. CARPENTER, J. Implementing community care. In: SOOTHILL, K.; MACKAY, L.; WEBB, C. (Eds.). **Interprofessional relations in health care**. London: Edward Arnold, p. 75-87, 1995.
24. MALLMANN, F.H.; TOASSI, R.F.C. Educação e trabalho interprofissional em saúde no contexto da atenção primária no Brasil: análise da produção científica de 2010 a 2017. **Rev. Saberes plurais: educação na saúde**, v. 3, n. 1, p. 70-84, 2019.

Capítulo 11

OFICINA DE ALINHAMENTO CONCEITUAL DE EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL NO CONTEXTO SAÚDE DA FAMÍLIA

*Ailma de Souza Barbosa
Verônica Ebrahim Queiroga
Ana Suerda Leonor Gomes Leal
Franklin Delano Soares Forte*

1. INTRODUÇÃO

Um dos desafios atuais é o processo de formação profissional em saúde, o qual deve ser reorientado para contribuir e fortalecer os sistemas de saúde. A formação em saúde deve ser coerente com as demandas de saúde das populações, considerado seus determinantes. Deve haver, portanto, diálogo entre a formação e a atenção a saúde na perspectiva da integralidade do cuidado¹⁻⁴.

No Brasil, diversos dispositivos e estratégias têm sido desenvolvidos para tentar responder aos desafios da formação nas profissões da saúde e consolidar a Atenção Primária à Saúde (APS) no Sistema Único de Saúde (SUS). Neste sentido, APS tem se organizado com a adoção da Estratégia Saúde da Família (ESF), com base no trabalho em

equipe e prática colaborativa, cujo campo de atuação é o território-família-comunidade⁵.

Argumenta-se que mesmo tendo uma equipe multiprofissional na APS, ainda são perceptíveis práticas pouco colaborativas, atuação individual dos profissionais e fragmentação do cuidado, sendo isso um reflexo de uma formação uniprofissional^{6,7}.

Consequentemente, um modelo de atenção centrado na oferta de atendimentos médicos, procedimentos e serviços hospitalares, com intervenções restritas ao biológico tem-se revelado ineficaz para intervir nos problemas de saúde. Logo, reflete nas práticas de saúde desenvolvidas no país, com fragmentação do processo de trabalho das equipes, e com influência na formação em saúde⁸.

As mudanças na formação em saúde têm sido estimuladas por diversas políticas públicas de educação e saúde formuladas nos últimos anos, como as Diretrizes Curriculares Nacionais. As políticas visam provocar reflexão sobre a formação, processo de ensino-aprendizagem, cenários de prática, destacando-se a integração ensino serviço comunidade. Esse movimento de aproximação e estabelecimento de parceria tem o objetivo de contemplar

princípios fundamentais da área de atenção primária, como reflexão crítica da realidade social, articulação teoria e prática e integralidade^{1,9}.

Face do exposto, a Organização Mundial de Saúde (OMS) tem estimulado a adoção da Educação Interprofissional (EIP) na formação em saúde. Reconhece-se que, quando vários profissionais de saúde ofertam serviços integrais, desenvolvem trabalho conjunto, envolvendo os pacientes, suas famílias e comunidades, proporcionam um cuidado mais efetivo e resolutivo¹⁰⁻¹⁴.

A EIP tem sido conceituada quando duas ou mais profissões aprendem/trabalham juntas de forma colaborativa a partir da identificação dos papéis desempenhados na atenção considerando as especificidades de cada núcleo profissional visando alcançar a integralidade do cuidado^{10,12}, trazendo dessa forma uma nova forma de ser, fazer, conhecer e conviver¹³.

O estímulo à EIP emerge como proposta para aumentar a força do trabalho em saúde, assim como, de mudança na preparação dos futuros profissionais. A adoção da EIP pode oportunizar a reflexão a partir da problematização da realidade dos territórios. Esse cenário tem o objetivo de articular a integração das ações de saúde

visando alcançar a integralidade da atenção tendo o usuário como centro desse processo¹⁴.

Acredita-se que, uma prática colaborativa eficaz, usuário centrado e baseado no trabalho em equipe fortalece os sistemas de saúde, melhora os resultados das ações, promove a segurança do usuário, a redução de erros, a duplicação de procedimentos e a racionalização dos custos em saúde¹⁵⁻²⁰.

Este cenário favorável e a relevância da proposta tem como ponto de partida a articulação e a integração ensino-serviço-comunidade no território da ESF, com o propósito de aproximar profissionais, docentes, discentes e usuários, bem como, fomentar a compreensão sobre o tema EIP e a intencionalidade das ações destes diferentes atores, acerca das dimensões do trabalho Interprofissional que tenham intencionalidade no desenvolvimento de competências para a colaboração.

2. CONTEXTO DO ESTUDO

Esse relato faz parte do trabalho de conclusão de mestrado, o qual está ancorado na pesquisa-ação²¹.

A oficina conceitual, mobilizou os participantes (docentes, discentes e profissionais) para extrair os

conhecimentos prévios acerca do tema EIP e as práticas colaborativas em Saúde, sem a imediata conceituação. Dessa forma, possibilitar compreender termos que embora estejam interligados não são sinônimos. Foi realizada na USF onde a pesquisadora desenvolve suas atividades profissionais, e conduzida pela mesma, utilizando-se dos recursos das metodologias ativas, participativas e dialógicas.

O objetivo desse capítulo foi descrever a oficina de alinhamento conceitual, que trabalhou os marcos teóricos-conceituais da EIP, primeira ação de uma série de cinco encontros, que compôs a segunda etapa da pesquisa Formação em Saúde e Interprofissionalidade: contexto saúde da família, em uma Unidade de Saúde da Família (USF) do município de João Pessoa-PB.

O encontro transcorreu em quatro momentos: dinâmica de acolhimento; divisão dos participantes em dois grupos; construção de um painel com *flipchart*, e socialização do produto final construído com identificação das semelhanças e diferenças sobre os conceitos lançados.

Teve duração média de 3 horas, sendo 30 minutos para a apresentação, 1 hora para a construção da atividade e 1h30 minutos para a discussão e síntese final. Utilizou-se a

observação participante, registros fotográficos e registros através de diário de campo.

Participaram da oficina os profissionais da USF e Núcleo de Apoio ao Saúde da Família; discentes de uma IES pública federal (do curso de nutrição, odontologia, enfermagem) e um docente da IES. Além destes, participaram outros discentes dos cursos de graduação da área da saúde: Serviço Social, Fonoaudiologia e Medicina em estágios curriculares na USF.

Inicialmente, houve a acolhida ao grupo de participantes, em seguida, balões de sopro vazios foram distribuídos, com a instrução de enchê-los e amarrá-los. Uma vez cheios, foi solicitado que os laçassem para o alto na tentativa de mantê-los nas alturas.

A facilitadora foi retirando da roda alguns integrantes deixando os balões para os demais continuarem a mantê-los no alto e assim sucessivamente, até que em dado momento, só restaram três participantes que tentaram manter o maior número de balões no ar. A dinâmica foi encerrada pois vários balões já se encontravam no chão e os três últimos participantes não deram conta de mantê-los no alto.

Frente às perguntas norteadoras, os participantes puderam expressar, em sentenças, suas ideias que foram

registradas por um participante do grupo integrante da pesquisa.

Como foi realizar essa atividade juntos? Qual a relação dessa atividade com a formação e o trabalho no dia-a-dia? Os participantes foram divididos em dois grupos com composição diversificada, profissionais, docentes e discentes. Nestes pequenos grupos os integrantes discutiram sobre os principais conceitos e posteriormente esses conceitos foram sistematizados em *flipchart*, em seguida os grupos socializaram as semelhanças e diferenças. Para concluir, o docente presente realizou um fechamento com embasamento científico.

O trabalho foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa/Centro de Ciências da Saúde/Universidade Federal da Paraíba, sob parecer nº 2.653.580, realizada no período de novembro de 2018 a maio de 2019.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os conceitos teóricos sobre educação e trabalho interprofissional foram discutidos, apresentados e aplicados em uma oficina educativa. Estratégia pedagógica que possibilitou o alinhamento conceitual, o compartilhar de experiências, a interação e reflexão por meio de uma

construção coletiva, com vistas a contribuir no processo de reorientação da formação e do trabalho em saúde, e trilhar um caminho na superação de fragilidades identificadas¹².



Figura 1: Temas trabalhados na Oficina.

Fonte: Os autores

Os aspectos apontados pelos profissionais dialogam com as competências interprofissionais da *Canadian Interprofessional Health Collaborative*²² como a relevância do trabalho em equipe; valorização dos profissionais para o cuidado efetivo; e a comunicação Interprofissional, mesmo com a confusão conceitual identificada na etapa diagnóstica. Porém, na academia, os cursos ainda são divididos em disciplinas e núcleos profissionais separados, consequen-

temente os docentes e discentes revelaram dificuldade para trabalhar em equipe com oferta de cuidado fragmentado.

O debate suscitou direcionamentos no grupo sobre a EIP em torno do campo do trabalho. Conforme destacado na introdução desse capítulo o serviço de saúde é cenário de prática e desenvolvimento de competências, habilidades e atitudes de profissionais de saúde. Observou-se que práticas colaborativas estão mais evidentes no cotidiano do serviço do que na própria formação intramuros²³.

Alguns aspectos foram relatados: formação desvinculada das reais necessidades da população, disciplinas abordadas de forma fragmentadas e segmentadas, o que compromete a compreensão do processo ensino aprendizagem a partir de uma perspectiva ampliada e a capacidade de trabalhar em equipe. Desse modo, é salutar que nas reformas curriculares se pensem em abordagens interprofissionais de conteúdos visando as competências requeridas para cada núcleo profissional, mas também as colaborativas^{3-4,24-26}.

O trabalho do SUS é interprofissional²⁷, os movimentos de construção do SUS, apontava para o trabalho em equipe. Por outro lado, percebe-se necessidade de avançar em processos de formação alinhados ao desenvolvimento de

competências colaborativas, o que ainda é desafiador para todos²⁷.

A implementação da EIP, todavia, requer enfrentar uma série de obstáculos, dentre os quais: os conceitos e sua aplicação no ensino e no trabalho; questões de gênero, as relações de poder estabelecidas entre as profissões de saúde; a compreensão sobre o trabalho do outro núcleo profissional; comunicação com a equipe; segurança do paciente; e, por fim, os projetos pedagógicos dos cursos da saúde¹⁰.

Por trata-se de uma discussão recente no Brasil, essa confusão conceitual ainda é muito comum entre profissionais e discentes e a oficina proposta foi oportuna para avanços da EIP e práticas colaborativas.

4. ENCAMINHAMENTOS PARA A PRÁTICA

- Intensificar e ampliar o debate sobre a EIP.
- Observou-se a necessidade de fortalecer as discussões conceituais concernentes a EIP no contexto da saúde da família, na gestão e na academia, desconstruindo-se o modelo biomédico centrado para incorporação de responsabilidades coletivas de saúde.

- Fortalecer a Educação Permanente em Saúde no serviço de saúde.
- Problematizar o fazer cotidiano dos profissionais no fortalecimento e efetivação da interdependência no trabalho em saúde.
- Colocar a prática colaborativa no contexto.
- Estimular o reconhecimento na realidade dos serviços de saúde dos aspectos que podem melhorar o trabalho colaborativo como a clareza de papéis, a efetiva comunicação, o respeito ao outro e a compreensão sobre o trabalho em equipe e sobre a intencionalidade das práticas de cuidado pela equipe na APS.

5. REFERÊNCIAS

1. PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION EDUCATION IN HEALTH CARE: Improving Human Resource Capacity to Achieve Universal Health. **Report of the Meeting**. Bogota, Colombia, 7-9 Dec 2016. Washington, DC: PAHO; 2017.
2. PORTELA, G.Z. et al. Recursos humanos em saúde: crise global e cooperação internacional. **Ciênc. Saúde Colet.** v. 22, n. 7, p. 2237-2246, 2017.
3. COSTA, M.V. The interprofessional education in Brazilian context: some reflections. **Interface (Botucatu)**. v. 20, n. 56, p. 197-8, 2016.

4. FRENK, J. *et al.* Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. **Lancet**. v. 376, n. 9756, p. 1923-58, 2010.
5. VASCONCELOS, A.C.F.; STEDEFELDT, E.; FRUTUOSO, M.F.P. Uma experiência de integração ensino-serviço e a mudança de práticas profissionais: com a palavra, os profissionais de saúde. **Interface (Botucatu)**. v. 20, n. 56, p. 147-158, 2016.
6. FREIRE FILHO, J.R. et al. Atitudes para a colaboração interprofissional de equipes da Atenção Primária participantes do Programa Mais Médicos. **Rev. latinoam. enferm.**, v. 26, e 3018, 2018.
7. ALMEIDA, R.G.S., SILVA, C.B.G. Interprofessional Education and the advances of Brazil. **Rev. latinoam. enferm.** v. 27, p. e3152, 2019.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. **Construindo caminhos possíveis para a Educação Interprofissional em Saúde nas Instituições de Ensino Superior do Brasil de alinhamento conceitual sobre educação e trabalho interprofissional em saúde**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2018a. 30 p
9. FREIRE FILHO, J.R. et al. Educação Interprofissional nas políticas de reorientação da formação profissional em saúde no Brasil. **Saude Debate**. v. 43, n. especial, p. 4-96, 2019.
10. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice**. 1. ed. Geneva: World Health Organization, 2010. 64 p.
11. REEVES, S. et al. Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. **Cochrane database syst. rev.**, n. 6, 2017.

12. REEVES, S. Why we need interprofessional education to improve the delivery of safe and effective care. **Interface (Botucatu)**. v. 20, n. 56, p. 185-197, 2016.
13. CASANOVA, I. A., BATISTA, N. A., MORENO, L.R.A Educação Interprofissional e a prática compartilhada em programas de residência multiprofissional em Saúde. **Interface (Botucatu)**. v. 22, p. 1325-1337, 2018.
14. COSTA, M.V. *et al.* A Educação e o trabalho interprofissional alinhados ao compromisso histórico de fortalecimento e consolidação do Sistema Único de Saúde. **Interface (Botucatu)**. v. 22, n. supl2, p. 1507-1510, 2018.
15. FORTE, F. D. S. *et al.* Educação interprofissional e o programa de educação pelo trabalho para a saúde/Rede Cegonha: potencializando mudanças na formação acadêmica. **Interface (Botucatu)**. v. 20, n. 58, p. 787-796, 2016.
16. ALMEIDA, R.G.S., SILVA, C.B.G. Interprofessional Education and the advances of Brazil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 27, p. e3152, 2019.
17. COSTA, M.V. *et al.* Pró-Saúde e PET-Saúde como espaços de educação interprofissional. **Interface (Botucatu)**. v. 19, supl1, p. 709-720, 2015.
18. FARIAS-SANTOS, B.C.D.S., NORO, L.R.A. PET-Saúde como indutor da formação profissional para o Sistema Único de Saúde. **Cienc Saude Colet**. v. 22, n. 3, p. 997-1004, 2017.
19. ELY, L.I., TOASSI, R.F.C. Integração entre currículos na educação de profissionais da Saúde: a potência para educação interprofissional na graduação. **Interface (Botucatu)**. v. 22, p. 1563-1575, 2018.

20. SILVA, J. A. et al. Educação interprofissional e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Rev. Esc. Enferm.** v. 49, n. 2, p. 16-24, 2015.
21. THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 16 ed. São Paulo: Cortez, 2011.
22. CANADIAN INTERPROFESSIONAL HEALTH COLLABORATIVE. **A National Interprofessional Competency Framework**. Vancouver: CIHC, 2010. 36 p.
23. BRASIL. Ministério da Saúde. **Laboratório de Inovação em Educação na Saúde com ênfase em Educação Permanente**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2018b. 94 p.
24. RISKIYANA, R. *et al.* Objectively measured interprofessional education outcome and factors that enhance program effectiveness: a systematic review. **Nurse Educ Today**. v. 66, p 73-8, 2018.
25. FARIAS, D. N. *et al.* Interdisciplinaridade na estratégia saúde da família. **Trab. educ. saúde**, v. 16, n. 1, p. 141-162, 2018.
26. BARR, H. **Interprofessional education: the genesis of a global movement**. Centre for Advancement of Interprofessional Education. 2015
27. PEDUZZI, M. O SUS é interprofissional. **Interface (Botucatu)**. v. 20, n. 56, p. 199-201, 2016.

Capítulo 12

ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

*Milena Vieira da Silva Melo
Franklin Delano Soares Forte
Geraldo Eduardo Guedes de Brito
Maria de Lourdes de Farias Pontes
Talitha Rodrigues Ribeiro Fernandes Pessoa*

1. INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) como coordenadora dos fluxos dos usuários nos serviços de saúde busca garantir maior equidade ao acesso e responder às necessidades de saúde da população ¹.

No Brasil, o modelo de APS, denominado de Atenção Básica (AB), é utilizado como método de organização do sistema de saúde, configura o primeiro nível de atenção à saúde, e o modelo de mudanças na prática desenvolve ações voltadas para a saúde, como a promoção e a prevenção, abrangendo tratamento e a manutenção da saúde ²³.

Depois da implantação da AB, necessitava-se de inovações que suprissem o atual sistema. Nesse período, surge a Estratégia de Saúde da Família (ESF), priorizando ações desenvolvidas de forma continuada e integral e

estruturando-se com base no reconhecimento das necessidades dos usuários, estabelecendo vínculos entre a população e os profissionais de saúde ^{2 4}.

A ESF é entendida como um modo de ordenar os serviços com o avanço na direção da atenção integral ao indivíduo e família, efetivando a APS como porta de entrada, progredindo para integralidade do sistema, reconhecendo e trabalhando com os usuários em sua complexidade e individualidade ³.

Diante da necessidade de melhorar a qualidade dos serviços de saúde prestados à população, o Ministério da Saúde criou a Política Nacional de Humanização (PNH), cuja meta principal foi efetivar os princípios do SUS na gestão e atenção da saúde, vinculado à defesa da vida, no sentido de humanizar e fortalecer o processo de pactuação democrática e coletiva^{5 6}. Uma diretriz dessa política é o acolhimento, que aparece como estratégia para conduzir os princípios do SUS, a começar de uma escuta qualificada, que possibilita reconhecer as reais necessidades de saúde dos usuários ⁷.

O acolhimento como ferramenta para prática em saúde proporciona garantir acesso de maneira humanitária ao usuário, para que se determine um processo de trabalho centrado no interesse do mesmo. Dessa forma, o

acolhimento constitui-se em técnica de reorganização do serviço de saúde, a fim de garantir universalidade de acesso, resolubilidade e humanização da assistência à saúde⁸.

Várias experiências com acolhimento na ESF identificadas na literatura podem ser observadas como possibilidades de ampliar as ofertas de cuidados à saúde, como um dispositivo facilitador do acesso, visando garantir a assistência a todos os indivíduos que procuram os serviços de saúde. Além disso, essas experiências qualificam a relação trabalhador-usuário através da humanização e possibilitam o fortalecimento de vínculos e corresponsabilização na produção da saúde^{9 10 11}.

2. CONTEXTO DO ESTUDO

Na área de atenção à saúde, faz-se necessária uma formação coletiva de estratégias que proporcionem mudanças no processo de trabalhos das Equipes de Saúde da Família (eSF), no sentido de restabelecer, na prática diária, o princípio da universalidade, a responsabilização e consequentemente o estabelecimento de vínculo entre os profissionais e os usuários⁶.

Diante do exposto, este estudo oriundo de um Trabalho de Conclusão de Mestrado (TCM) do Mestrado

Profissional em Saúde da Família MPSF/RENASF, defendido em 2019, teve como objetivo implantar e avaliar o acolhimento em uma Unidade de Saúde da Família (USF) de um município de grande porte do Nordeste brasileiro. O interesse em intervir no processo de trabalho da USF emergiu da frequente angústia e insatisfação dos profissionais e usuários no modo de organização da USF, relacionado principalmente à marcação de consultas, com agendas restritivas, filas por ordem de chegada, sem considerar a classificação de risco e agravo, ou seja, um modelo médico-centrado com pouca ação de vínculo e responsabilidade.

Assim, esse trabalho justificou-se pela necessidade de haver uma mudança no desenvolvimento do trabalho realizado pela eSF da USF. O presente estudo caracteriza-se por ser um projeto de intervenção, com abordagem da pesquisa-ação¹². Participaram da intervenção: médico, enfermeira, dentista, técnica de enfermagem, auxiliar de saúde bucal (ASB), auxiliar administrativo, cinco agentes comunitários de saúde (ACS), auxiliar de serviços gerais e usuários da USF.

O processo de implantação foi realizado em cinco etapas, no período de maio de 2018 a março 2019. A

primeira consistiu na reunião técnica para discutir a implantação, com a apresentação da proposta do projeto de intervenção e a realização de três oficinas de capacitação com os profissionais. Na segunda, foi realizada a organização do acolhimento com a equipe, definição do local da escuta qualificada, análise do fluxo de acolhimento e da classificação de risco. A terceira consistiu na organização da agenda, definição das equipes de acolhimento e das funções de cada membro. Na quarta etapa, foram realizadas duas reuniões com a comunidade e um acordo de convivência e responsabilidade entre a equipe e os usuários. A quinta consistiu na implantação do acolhimento propriamente dito.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba sob parecer nº 2.946.949.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para iniciar a intervenção, foi realizada uma reunião de equipe para discutir a implantação do acolhimento na USF, com a apresentação do projeto de intervenção. Durante a reunião de equipe, os profissionais se encontram para programar, estruturar e analisar o processo de trabalho

desenvolvido. Esse deve ser um ambiente de diálogo, demonstração de opinião, com a criação de planos de atendimentos coletivos para a formação do trabalho em comum ¹³.

Após a explanação da proposta, todos aprovaram e houve uma discussão sobre como colocá-la em prática. Ainda na primeira etapa, foram realizadas 3 oficinas; na primeira delas, discutiu-se sobre a importância da implantação do acolhimento para a gestão do cuidado.

Nesse sentido, um estudo¹⁴ realizado com profissionais de unidades de saúde do Nordeste, relatou a importância do acolhimento na gestão do cuidado em saúde e sua contribuição para a estruturação do processo de trabalho. O acolhimento produziu na eSF uma percepção mais ampla das necessidades de saúde dos usuários, indo além do conceito saúde-doença.

A partir do tema acolhimento, foi pedido que os profissionais falassem sobre o que entendiam do assunto. A equipe questionou aspectos relativos ao conceito de acolhimento, o qual muitos não compreendiam. Assim como ocorreu no estudo¹⁵ com a implantação do acolhimento em uma UBS no município de Natal/RN e durante o processo de

implantação, muitos profissionais também não sabiam o conceito de acolhimento e suas reais funções.

Na segunda oficina, com o objetivo de estimular a elucidação do modo de organização do processo de trabalho da equipe, foram formadas rodas de conversas envolvendo os profissionais, objetivando a participação de todos na análise situacional e na produção de mecanismos para a implantação do acolhimento.

A equipe se dividiu em três grupos de trabalho, nos quais foi possível discutir e analisar em profundidade a situação atual da USF em relação ao acesso, às consultas, aos encaminhamentos e outros. Essa participação dos profissionais foi realizada a fim de incluir os envolvidos na própria construção de seu processo de trabalho, promovendo o estímulo à reflexão, a criação de melhores resultados e o aumento da responsabilidade social¹⁶.

Foi realizada uma terceira oficina que funcionou como um espaço de treinamento e reflexão sobre o papel de cada profissional na efetivação do acolhimento. Foram utilizadas análise e discussão de duas situações-problema baseadas em duas realidades diferentes nas USFs, em que uma não havia acolhimento e outra com o acolhimento

implantado, para que pudessem perceber a diferença e discutir sobre elas.

Nessa discussão, ficou bem claro para os profissionais que a USF com acolhimento apresentava uma resolutividade muito maior. Nesse sentido, utilizou-se a aprendizagem no trabalho a partir da educação permanente, na qual entender e orientar se integram à rotina e ao trabalho desenvolvido¹⁷.

A segunda etapa consistiu no planejamento da organização do acolhimento com a equipe, estabelecendo o local em que seria realizada a escuta qualificada, análise do fluxo proposto para o acolhimento na unidade e da classificação de risco. Foi apresentado o fluxo de acolhimento¹⁸ e discutido como colocar em prática na USF. Foram feitas algumas adaptações no fluxo proposto, para conseguir o implantar o acolhimento propriamente dito.

Em relação à classificação de risco, foi discutido e optou-se por utilizar o Protocolo de Manchester. A implantação do acolhimento com classificação de risco se trata de um método dinâmico, em que os usuários que precisam de atendimento urgente devem ser identificados por meio do seu potencial de risco¹⁹.

Na terceira etapa, houve a definição das equipes de acolhimento e as funções de cada membro da equipe, além da organização da disponibilidade da agenda e dos horários.

Alguns estudos apontam que, entre os profissionais da ESF, o técnico de enfermagem é o que mais atua no acolhimento e muitas vezes é o profissional escolhido para acolher e promover o contato inicial dos usuários com o serviço de saúde^{20 21}. Sabendo dessa realidade, optou-se por estimular todos os demais profissionais a realizarem o acolhimento, assim como em outros estudos^{15 22}.

A quarta etapa consistiu na realização de reuniões com a comunidade, líderes comunitários e atores sociais, com o intuito de favorecer a divulgação do acolhimento como estratégia de cuidado em saúde. Foram realizadas duas reuniões, uma a cada mês, e foi firmado um acordo de convivência e responsabilidade entre a USF e os usuários, no sentido de haver a compreensão do relevante papel desses atores sociais na formação e implantação do acolhimento.

No processo de trabalho da USF e principalmente na mudança do mesmo, é fundamental a integração dos profissionais e usuários, através de espaços de diálogo, para que possam partilhar as dificuldades e criar juntos respostas para os interesses de todos²³.

Na quinta etapa, foi colocado em prática o acolhimento propriamente dito, conforme acordo nas reuniões de equipe e com a comunidade, utilizando a clínica ampliada como instrumento para que os profissionais pudessem enxergar os usuários de forma integral, sem a fragmentação do cuidado.

O acolhimento iniciava com o auxiliar administrativo e o auxiliar de serviços gerais, que organizavam o acesso, direcionando os usuários. O ACS junto com o auxiliar administrativo realizava a “primeira escuta” para ouvir as questões trazidas pelos usuários, atuando como facilitadores do acesso, ordenando a porta de entrada e impedindo fila de espera dos usuários.

Após a identificação da demanda, a ASB e a técnica de enfermagem realizavam o direcionamento para a execução de algum procedimento ou o direcionamento até a sala da escuta qualificada, para o profissional de nível superior realizar a escuta, a avaliação de risco e os encaminhamentos necessários.

Após alguns dias de implantação, algumas dificuldades foram encontradas, uma delas foi a grande procura por atendimento, devido à facilidade inicial na obtenção de consultas. Essa situação ocasionou um aumento da demanda

e conseqüentemente a dificuldade de organização da agenda dos profissionais, assim como relata o estudo²⁴ em que as eSFs apresentavam alguns obstáculos para realizar o acolhimento aos usuários que não estivesse centrado no atendimento médico. Os usuários, por sua vez, procuravam a USF como um lugar para cuidar das doenças, no entanto a resolução mais prevista era o imediato atendimento médico.

Devido ao movimento muito intenso nos primeiros dias, os profissionais de nível superior que participavam ativamente do acolhimento, através da escuta qualificada e da resolução dos problemas como também da realização do atendimento a demanda programada para o dia, acabaram sobrecarregados.

Conforme se realizavam ajustes, compreendiam-se as novas funções; as melhorias trazidas pelo acolhimento começavam a ser evidenciadas, principalmente, pelas demonstrações de satisfação pelos usuários, e a dinâmica do trabalho foi gradativamente estabelecida.

Com o tempo, as reuniões de equipe eram marcadas por mais conversas sobre como poderia melhorar o acolhimento. Acreditava-se que o agendamento, apesar de mais trabalhoso, acontecia de uma maneira mais organizada, assim houve uma melhoria na continuidade da atenção.

4. ENCAMINHAMENTOS PARA A PRÁTICA

- A implantação do acolhimento propiciou mudança significativa no processo de trabalho da eSF na humanização e no acesso dos usuários à USF, assim, pode ser estimulada na atenção primária;
- A implantação estratégica e qualificada pode produzir impacto positivo na qualidade do acolhimento numa perspectiva integral do cuidado em saúde;
- Os obstáculos decorrentes da implantação do acolhimento devem ser enfrentados, a fim de que haja superação na resistência, nos conflitos, nas angústias e nos medos da equipe;
- O acolhimento é recomendado como uma importante ferramenta do processo de trabalho, capaz de gerar mudanças significativas na rotina dos serviços, melhorando o acesso às ações de saúde, principalmente pela escuta qualificada e pela construção de vínculo.

5. REFERÊNCIAS

1. STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde; 2002.
2. OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev Bras Enferm.** v. 66, n. spe, p. 158-164, 2013.
3. BRASIL. Ministério Da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Brasília-DF. 2017.
4. SILVA FILHO, J. A. *et al.* Percepção dos Pacientes Hipertensos sobre o Acolhimento na Atenção Primária à Saúde. *Id on Line Rev. Mult. Psic.* v. 12, n. 40, 2018.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2004.
6. BORELLO, J. S. **Projeto de intervenção: Estratégia de acolhimento para a demanda espontânea dos usuários de unidade básica de saúde (PSF) de Pitangui, Minas Gerais**. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) - Universidade Federal de Minas Gerais, Corinto, 2014.
7. FERREIRA, L. R.; ARTMANN, E. Discursos sobre humanização: profissionais e usuários em uma instituição complexa de saúde. **Cien Saude Colet.** v. 23, n. 5, 2018.
8. CAMELO, M. S. *et al.* Welcoming in primary health care from the viewpoint of nurses. **Acta Paul Enferm.** v. 29, n. 4, p. 463-468, 2016.

9. BECK, C. L. C.; MINUZI, D. O acolhimento como proposta de reorganização da assistência à saúde: uma análise bibliográfica. **Saúde (Santa Maria)**, v. 34, n. 1, p. 37-43, 2008.
10. MITRE, S. M.; ANDRADE, E. I. G.; COTTA, R. M. M. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. **Cien Saude Colet.** v.17, n.8, p.2071-2085, 2012.
11. CHAGAS, H. M. A.; VASCONCELLOS, M. P. C. Quando a porta de entrada não resolve: análise das unidades de saúde da família no município de Rio Branco, Acre. **Saúde Soc.** v. 22, p. 377-388, 2013.
12. THIOLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 18. ed. São Paulo: Cortez, 2011.
13. PERUZZO, H. E. et al. Os desafios de se trabalhar em equipe na estratégia saúde da família. **Esc. Anna Nery.** v. 22, n. 4, 2018.
14. SOUZA, G. M. F. **Implantação do acolhimento na unidade de saúde de Telha no município de Aquiraz-CE**. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Práticas Clínicas em Saúde da Família) - Escola de saúde pública do Ceará, Fortaleza, 2009.
15. CARLOS, I. L. et al. Acolhimento e estratégia de saúde da família: relato de experiência. **Rev Med Minas Gerais.** v. 27, 2017.
16. RAIMUNDO, J. S; CADETE, M. M. M. Escuta qualificada e gestão social entre os profissionais de saúde. **Acta Paul Enferm.** v. 5, n. 2, p-61-67, 2012.

17. BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de educação permanente para o controle social no Sistema Único de Saúde - SUS**. Brasília, DF, Ministério da Saúde, 2007.

18. SOUZA, J. H. L. **A implantação do acolhimento no processo de trabalho da equipe de Saúde da Família de Angicos de Minas em Brasília de Minas: um estudo de caso**. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) - Universidade Federal de Minas Gerais, Corinto, 2010.

19. XAVIER, C. M. **A implantação acolhimento no PSF Abílio dos Santos de Douradoquara: relato de experiência**. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) - Universidade Federal de Minas Gerais, Uberaba, 2012.

20. FREIRE L. A. M. *et al.* O acolhimento sob a ótica de profissionais da equipe de saúde da família. **REME**. v.12, n.2, p. 271-277, 2008.

21. GARUZI, M. *et al.* Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. **Rev. panam. salud pública**. v. 35, p. 144-149, 2014.

22. TAKEMOTO, M. L. S.; SILVA, E. M. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 23, p. 331-340, 2007.

23. SILVA, T. F.; ROMANO, V. F. Sobre o acolhimento: discurso e prática em Unidades Básicas de Saúde do município do Rio de Janeiro. **Saúde Debate**. v. 39, p. 363-374, 2015.

24. CARRAPATO, J. F. L.; CASTANHEIRA, E. R. L.; PLACIDELI, N. Percepções dos profissionais de saúde da atenção primária sobre qualidade no processo de trabalho. **Saúde Soc**. v. 27, n. 2, p. 518-530, 2018.

Capítulo 13

TECNOLOGIAS DE TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

*Geraldo Eduardo Guedes de Brito
Antonio da Cruz Gouveia Mendes
Pedro Miguel dos Santos Neto
Celso Brendo Furtado Brandão
Sara Virna Alves Barros*

1. INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é estruturante dos sistemas municipais de saúde. Porém, para além de melhorar indicadores de saúde, espera-se que ela impulse um movimento de mudança no modo de se proporcionar o cuidado. Para isso, seus trabalhadores devem incorporar em seu cotidiano novas formas de organizar e de operacionalizar a dinâmica de trabalho e, conseqüentemente, diferentes tecnologias.

Mendes-Gonçalves (1994)¹ discute que a tecnologia se refere às associações técnicas ocorridas durante o processo de trabalho entre a atividade em si e o objeto de trabalho, por meio dos instrumentos utilizados para tal. A tecnologia se materializa no saber e em seus produtos materiais e não materiais. Ele acrescenta que uma das

principais características dos serviços de saúde é que ela tende a ser vista pela sociedade como “[...] profundamente ancorada na ciência e, por extensão, como privilegiadamente configurada nos seus instrumentos materiais”. Assim, conforme apresentado por Schraiber e Mendes-Gonçalves (1996)², acontece aqui um rompimento com a cientificidade da pura ação para a adoção do conceito de saber operante, em que as práticas em saúde não são uma aplicação exclusiva da ciência, mas se encontram inseridas em um contexto social e produtivo.

Atualmente, as tecnologias do trabalho na área de Saúde podem ser compreendidas em três categorias. As tecnologias duras, que são os instrumentos; as leve-duras, que se referem ao saber técnico estruturado de cada profissional; e as leves, às relações entre os sujeitos envolvidos no trabalho vivo em ato. Os profissionais mobilizam e articulam essas tecnologias orientados pelas necessidades do usuário e de acordo com o modo de produzir em saúde. A relação entre as tecnologias pode definir o sentido social e contemporâneo do processo de trabalho em saúde, tendo como produto o cuidado no trabalho vivo por meio de formas produtivas (tecnologias) sensíveis para compreender o sujeito que procura os

serviços/profissionais de saúde e transformar esse mundo em seu objeto de trabalho³.

2. CONTEXTO DO ESTUDO

A ESF tem características privilegiadas que favorecem a incorporação das tecnologias leves, uma vez que se baseia no desenvolvimento de ações mais próximas do ambiente comunitário e da família. A valorização das tecnologias leves tanto pode ampliar a abrangência das ações em saúde quanto gerar autonomia entre os usuários.

As tecnologias leves são as necessárias para estabelecer as relações entre o trabalhador de saúde e os usuários. A incorporação dessas tecnologias nas práticas de saúde constrói um espaço dialógico, onde eles poderão expor suas necessidades e expectativas pessoais de modo singular. Esse processo é disparado por meio da escuta, do interesse, do estabelecimento de vínculos e de confiança e possibilita a apreensão da singularidade do processo saúde-doença e o contexto cultural e de vida dos sujeitos que procuram os serviços de saúde e que ampliam as possibilidades de raciocínio clínico nas práticas em saúde³⁻⁵.

Por meio delas, é possível estabelecer “práticas estáveis, pessoais e duradoras, além de fortalecer os

atributos que garantem à ESF um papel de destaque na organização da atenção à saúde”⁶. Segundo Pinheiro e Oliveira (2011)⁷, as tecnologias leves são instrumentos de trabalho potentes para mudar o modelo assistencial em saúde, que alteram a centralidade da atenção na doença e nos recursos tecnológicos para o sujeito e seu contexto social, com dispositivos relacionais que são capazes de mediar o planejamento e executar o cuidado.

Para que o cuidado em saúde alcance a integralidade, é necessário que o trabalhador compreenda seus instrumentos de trabalho e os utilize de maneira adequada, visando a uma assistência de boa qualidade, para atender às expectativas dos usuários e estabelecer vínculos⁸, o que sublinha a relevância do estudo dessa temática. Nesse contexto, este estudo objetivou analisar o uso das tecnologias leves por trabalhadores de nível superior da ESF em uma capital do nordeste brasileiro.

Foram realizadas 13 entrevistas em profundidade: nove, com trabalhadores de três Equipes Saúde da Família (EqSF), e quatro, com diretores de Distritos Sanitários. Todo o material produzido nas entrevistas foi transcrito, validado e submetido a uma criteriosa análise de conteúdo. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do

Instituto Aggeu Magalhães (CAAE: 32415114.8.0000.5190), e seu detalhamento metodológico foi descrito por Brito (2016)⁹.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os gestores declararam que as tecnologias leves são as mais incentivadas a ser incorporadas pelas EqSF, e os trabalhadores assumiram que ela é a mais utilizada em seu processo de trabalho na ESF.

[Ao ser questionado qual tecnologia a gestão incentiva para uso na ESF] A tecnologia leve. Acreditamos que o diálogo cotidiano, a necessidade do acolhimento, o atendimento humanizado faz um diferencial, não é? (G6)

Para Starfield (2004)¹⁰, a interação entre trabalhadores e usuários favorece o estabelecimento de relações de longa duração e facilita a efetividade da atenção primária. De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a função central dos serviços de AB é de acolher e escutar os usuários e de oferecer propostas de intervenções positivas para resolver uma grande parcela das necessidades de saúde da população adscrita e/ou de reduzir o sofrimento e as comorbidades entre eles¹¹. Assim, como foi

verificado neste estudo, a ampla utilização das tecnologias leves, no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), encontra-se em coerência com a proposta da ESF.

A análise das entrevistas demonstrou que a principal tecnologia imaterial utilizada pelos trabalhadores das equipes investigadas neste estudo foi a escuta, como mostram os fragmentos a seguir. De acordo com os relatos, a escuta qualificada se apresentou como uma estratégia estruturante das ações produtoras de cuidado, e isso evidenciou a criação de vínculos e de relações de confiança, de onde emergem as reais necessidades de saúde do usuário.

A gente [EqSF] procura trabalhar no sentido de utilizar tecnologias leves, desde uma conversa, em uma palestra, em uma ação [...] Uma escuta qualificada, desde uma sala de espera, então a gente procura enfatizar a tecnologia leve. (T4)

Ao se colocarem como ouvintes das demandas oriundas dos usuários, os trabalhadores da ESF podem potencializar a configuração de um novo modelo assistencial em saúde, adequando suas respostas às verdadeiras necessidades de saúde dos sujeitos, e contextualizadas sua família e a comunidade. A escuta possibilita o rompimento com as práticas de saúde baseadas nas técnicas e nos instrumentos para uma prática relacional.

A PNAB¹¹ menciona como uma das atribuições das EqSF o acolhimento com a escuta qualificada dos usuários que procuram a ESF, visando à assistência resolutiva e humanizada, com a criação de vínculo e compromisso de acompanhamento longitudinal. Conforme apontado pela Política Nacional de Humanização – PNH¹², a escuta qualificada é a que pode proporcionar uma análise da demanda espontânea a partir das queixas, das angústias e das preocupações dos usuários, para garantir que a atenção à saúde seja integral, resolutiva e responsável, com a articulação da rede interna de serviços da ESF ou das redes externas, com outros serviços de saúde, para continuar a assistência quando necessário. Além disso, ela aproxima a distância entre o que é prescrito pelos profissionais e o que é realizado pelos usuários em relação aos seus cuidados com a saúde.

Raimundo e Cadete (2012)¹³ investigaram as representações sociais de “escuta” em profissionais de nível de superior de um hospital de Belo Horizonte/MG e constataram que o “escutar”, sob o ponto de vista dos entrevistados, transcendia o “ouvir”, porquanto as palavras ditas eram contextualizadas, e os usuários lhes atribuíam sentidos. Para os autores, os profissionais do estudo tinham

algum conhecimento dos atributos e das habilidades da escuta qualificada e reconheciam que ela potencializa a qualificação técnica dos trabalhadores da saúde, promovendo a interação humanizada com usuários, familiares e a comunidade, e a escuta qualificada é uma condição fundamental para uma intervenção ética e política, tanto em relação aos problemas de saúde quanto à efetivação do SUS.

Avançando na análise das entrevistas, constatou-se que a escuta se materializava durante o que foi denominado de acolhimento, que acontecia em dois momentos do processo de trabalho das EqSF. O primeiro, no início do turno de trabalho, quando a demanda espontânea é recebida pelos trabalhadores por meio de uma escuta qualificada, que se aproxima da concepção de classificação de risco, e o segundo, em todos os espaços onde o usuário se encontra com a EqSF.

Isso potencializa a criação de vínculos, o trabalho em equipe e a resolutividade da assistência no âmbito da ESF. Além disso, fica evidente que a demanda espontânea é organizada a partir dessa atividade, orientando o processo de trabalho das EqSF de acordo com as necessidades de seus usuários, conforme ilustrado neste fragmento:

O acolhimento é a qualquer hora, na maneira como você recebe a pessoa, como você escuta a pessoa, só o fato de você escutar já está agradando as pessoas, você não pode chegar e tratar as pessoas de determinada maneira, tem que ser educado, tem que ser receptivo. E tem que tentar ver o que ela quer, a necessidade da pessoa. Se por acaso há necessidade imediata tenta resolver logo, e se não pode se deslocar para outro dia, desde que a pessoa saia mais ou menos contente com o atendimento que a gente fez. O acolhimento é receber bem a toda hora. (T9)

A PNAB, historicamente, prevê que o acolhimento, por meio de uma escuta qualificada, pode identificar riscos e agravos de saúde e encontrar respostas para as demandas e as necessidades dos usuários¹¹. Ele é estruturante na relação entre os trabalhadores e os serviços com os usuários/as populações. Deve ser operacionalizado por meio da escuta qualificada, principal instrumento de trabalho apontado pelos entrevistados deste estudo, visando garantir o acesso a tecnologias e a níveis de atenção adequados, na perspectiva de ampliar a efetividade dos serviços de saúde¹².

O acolhimento é uma ação que deve existir em todas as relações de cuidado¹⁴ e, segundo Macedo, Texeira e Daher (2011)¹⁵, envolve um conjunto de atividades que objetivam reconhecer as necessidades de saúde da população adstrita

e as possibilidades de resolvê-las. De acordo com Rocha e Spagnuolo (2015)¹⁶, não existe um lugar específico destinado ao acolhimento, portanto ele acontece em todos os espaços possíveis, dentro ou fora da USF. O acolhimento efetivado por meio dos dois momentos identificados no estudo indica que os trabalhadores se mantêm sensíveis às necessidades de seus usuários durante todo o seu processo de trabalho, o que contribui para integralizar a assistência.

4. ENCAMINHAMENTOS PARA A PRÁTICA

Foi possível constatar que as tecnologias imateriais foram mencionadas como as mais utilizadas por trabalhadores e as mais estimuladas para serem incorporadas e o acolhimento ocupou lugar de destaque. A partir do exposto, é possível propor alguns encaminhamentos:

- Garantir ambientes e um processo de trabalho que favoreçam a utilização das tecnologias leves;
- Ofertar uma educação permanente que potencialize a adoção responsável das tecnologias leves;
- Que o acolhimento seja um momento em que se extrapole a investigação da queixa principal do usuário, compreendendo suas múltiplas necessidades. Dessa forma, o vínculo entre a EqSF e os usuários será fortalecido.

5. REFERÊNCIAS

1. MENDES-GONÇALVES, R. B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho em saúde na rede estadual de centros de saúde de São Paulo**. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, 1994.
2. SCHRAIBER, L. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. Necessidades de saúde e atenção primária. *In*: SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. (org.). **Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica**. São Paulo: HUCITEC, 1996. p. 29-47.
3. MERHY, E. E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. **Interface (Botucatu)**, São Paulo, v. 4, n. 6, p. 106-116, 2000.
4. MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. *In*: MANDARINO, A. C. S.; GOMBERG, (org.). **Leituras de novas tecnologias e saúde**. São Cristóvão: Editora UFS, 2009. p. 29-74.
5. MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. *In*: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. 3. ed. São Paulo: HUCITEC, 2007. p. 71-112.
6. AMORIM, A. C. C. L. A.; ASSIS, M. M. A.; SANTOS, A. M. Vínculo e responsabilização como dispositivos para produção do cuidado na estratégia saúde da família. **Rev. baiana saúde pública (Salvador)**, v. 38, n. 3, p. 539-554, 2014.
7. PINHEIRO, P. M.; OLIVEIRA, L. C. A. Contribuição do acolhimento e do vínculo na humanização da prática do cirurgião-dentista no Programa Saúde da Família. **Interface (Botucatu)**, v. 15, n. 36, p. 185-198, 2011.

8. SOUZA, S. S. *et al.* Reflexões de profissionais de saúde acerca do seu processo de trabalho. **Rev. eletrônica enferm. (Goiânia)**, v. 12, n. 3, p. 449-455, 2010.
9. BRITO, G. E. G. **O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família: um estudo de caso**. 2016. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fiocruz PE, Recife, 2016.
10. STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. **UNESCO Brasil**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2004.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. Diário Oficial da União. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.
12. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Saúde**. 4. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007.
13. RAIMUNDO, J. S.; CADETE, M. M. M. Escuta qualificada e gestão social entre os profissionais de saúde. **Acta paul. enferm.**, v. 25, n. 2, p. 61-67, 2012.
14. LOPES, A. S. *et al.* O acolhimento na Atenção Básica em saúde: relações de reciprocidade entre trabalhadores e usuários. **Saúde debate**, v. 39, n.104, p. 114-123, 2015.
15. MACEDO, C.; TEXEIRA, E. R.; DAHER, D. V. Possibilidades e limites do acolhimento na percepção de usuários. **Rev. Enferm. UERJ.**, v. 19, n. 3, p. 457-462, 2011.
16. ROCHA, A. S.; SPAGNUOLO, R. S. Acolhimento na visão complexa: ação coletiva emergente na Equipe de Saúde da Família. **Saúde debate**, v. 39, n. 104, p. 124-135, 2015.

Capítulo 14

O TRABALHO EM EQUIPE NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

*Geraldo Eduardo Guedes de Brito
Larissa Nascimento Silva
Franklin Delano Soares Forte
Augusto José Bezerra de Andrade
Marcelo Viana da Costa*

1. INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é o modelo preferencial de organização da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil. Foi criada com o objetivo de impulsionar uma mudança de paradigma assistencial no Sistema Único de Saúde, visando superar o modelo hospitalocêntrico, centrando-se na abordagem das necessidades de saúde dos sujeitos de acordo com seu contexto familiar e comunitário^{1,2}.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a Atenção Básica (AB) envolve uma série de ações de cuidado, de caráter individual ou coletivo e familiar. Suas práticas se associam a diversos aspectos (promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde)

e são operacionalizadas por meio de cuidado integrado e de gestão qualificada realizada com uma equipe multiprofissional ³.

A perspectiva do trabalho em equipe, preconizada pela ESF, é outro fundamento para mudar o paradigma assistencial, com o fim de (re)situar o usuário, a família e a comunidade no centro do processo. Esse é um cenário potente para compartilhar o planejamento e os objetivos e criar condições para integrar bem mais os trabalhadores de saúde com a comunidade, com mais possibilidades de proporcionar uma atenção integral à população ⁴⁻⁸.

O trabalho em equipe pode ser classificado em duas modalidades: a equipe agrupamento de agentes, cuja característica é a fragmentação das ações; e a equipe integração dos trabalhos, que tem como característica a articulação e a integralidade nas ações de saúde. Para o trabalho em equipe, na perspectiva da integração, a comunicação é um pressuposto para o trabalho e a interação, melhora a qualidade e faz com que o trabalho se desenvolva de forma produtiva e eficaz.^{9,10}

Além disso, o trabalho colaborativo é um dos pilares para uma assistência integral e resolutiva no campo da Saúde. Uma equipe deve ser construída partindo de um

projeto que envolva todas as especificidades e todos os membros da equipe, para que haja uma complementaridade entre os trabalhos especializados e mais interação entre os profissionais ¹¹.

Assim, espera-se que, na ESF, seja consolidado o trabalho interprofissional – o que é materializado pelas ações compartilhadas e colaborativas com vistas a solucionar as necessidades dos usuários ¹². Ele é visto como uma perspectiva comunicativa que usa o diálogo como uma realidade para o tipo de trabalho coletivo¹³. Para isso, requer integração, comunicação, respeito, capacidade de se colocar no lugar do outro, de entender e de compartilhar os diferentes saberes e fazeres dos membros da equipe ¹⁴.

2. CONTEXTO DO ESTUDO

No Brasil, nos últimos anos, foram realizados diversos estudos para avaliar o trabalho em equipe na ESF. Alguns resultados apontaram que os trabalhadores compreendem que o trabalho do outro é necessário para garantir a continuidade do atendimento, com a consciência de que os impactos do trabalho em equipe são maiores, quando comparados com o trabalho individual, e melhora a forma como o atendimento é prestado. Destacaram-se, ainda, a

cooperação, a colaboração e o compartilhamento de responsabilidades como características do trabalho em equipe^{13,15,16}.

Apesar de se reconhecer a importância do trabalho em equipe para a ESF, já foram encontradas dificuldades para tal, como gestão autoritária dos serviços de saúde, questões políticas, falta de motivação e de valorização dos trabalhadores, a precarização do trabalho e a alta rotatividade dos profissionais¹⁴. Assim, considerando o exposto, entende-se que é necessário fazer investigações que visem avançar os conhecimentos acerca do trabalho interprofissional na ESF.

Neste contexto, objetiva-se, neste capítulo, apresentar os resultados de uma pesquisa sobre o trabalho em equipe na ESF de uma capital do nordeste do Brasil e discutir sobre eles. Para tal, são apresentados e discutidos resultados de uma pesquisa qualitativa conduzida em uma capital do nordeste brasileiro.

Foram realizadas 13 entrevistas em profundidade: nove, com trabalhadores de três Equipes Saúde da Família (eSF), e quatro, com diretores de Distritos Sanitários. Todo o material produzido nas entrevistas foi transcrito, validado e submetido a uma criteriosa análise de conteúdo. A pesquisa

foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Aggeu Magalhães (CAAE: 32415114.8.0000.5190), e seu detalhamento metodológico foi descrito por Brito (2016)¹⁷.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O trabalho em equipe foi relatado pelos entrevistados na perspectiva de fortalecer o cuidado em saúde e de mudar a forma como o atendimento é realizado, na medida em que requer a participação de uma equipe multiprofissional. Isso amplia o escopo de intervenções das eSF e possibilita, em alguns casos, a efetivação do trabalho interprofissional. Nessa direção, o trabalho realizado em conjunto tem como característica o olhar direcionado a uma atenção integral à população. Ele deve sempre observar todo o contexto em que o usuário está inserido, que envolve as condições de moradia, familiar, social e econômica, o que torna o trabalho imprescindível, como observado em nosso estudo.

Trabalhar no Saúde da Família para mim é você trabalhar dentro de um contexto de uma equipe, que tem parceiros, que vão olhar nessa perspectiva de uma saúde integral, com parcerias (Diretor 2).

O resultado apresentado é corroborado pelo estudo de Arce e Sousa¹⁸, que verificaram que, no trabalho em equipe,

há uma proposta de atuação generalista das equipes de saúde da família, sem que haja o olhar fragmentado das especialidades, mas que elas possam se complementar, levando em consideração o contexto em que o sujeito está inserido e aspectos como espiritualidade e moral, considerados importantes no processo do cuidar e no entendimento do que é saúde e doença para os usuários.

O trabalho em equipe é um dos pilares para uma assistência de saúde integral e equânime ¹⁹. A abordagem integral dos indivíduos pode ser compreendida pelos diferentes olhares que compõem a equipe, o que facilita uma ação interprofissional. Nesta pesquisa, percebemos que atender às necessidades dos usuários depende muito do empenho da equipe para resolver os problemas de saúde da população. Isso significa que, sem o trabalho em equipe, o modelo de atenção não seria o que acolhe e escuta, ou seja, não seria voltado para resolver as necessidades da população de forma compartilhada.

Porque a equipe é como um todo, trabalha em conjunto, não há o médico, o enfermeiro, o dentista, os agentes comunitários de saúde, todo mundo é um objetivo só (Trabalhador 3).

De acordo com a PNAB³, a existência de uma equipe multiprofissional é um dos fundamentos da ESF, e as ações de saúde na AB são desenvolvidas por meio de práticas democráticas e participativas e de trabalho em equipe. A presença de diferentes núcleos profissionais é essencial para compartilhar os objetivos comuns e as ações, enriquecer o campo comum de interesses, ampliar a capacidade da equipe de cuidar e compreender a complexidade do processo saúde-doença²⁰ e as demandas dos sujeitos e suas famílias, seus territórios e a comunidade^{21,22}. A perspectiva do trabalho organizado visa à atenção centrada no usuário.

Equipes multiprofissionais conectam diferentes saberes e práticas e estabelecem vínculos quando conhecem o trabalho do outro. O trabalho em equipe requer cooperação, colaboração e compartilhamento de responsabilidades. Os profissionais reconhecem que os resultados desse trabalho em equipe são maiores quando comparados com os resultados individuais, porquanto aumenta a eficácia e melhora a eficiência do serviço prestado à população^{16,13}.

Ainda sobre o trabalho em equipe, observou-se, nas entrevistas, a importância do perfil dos profissionais da ESF para favorecer esse processo. Os entrevistados mencionaram características subjetivas, como paciência, habi-

lidade de escutar, empatia com os outros trabalhadores e habilidade de construir projetos de cuidado coletivos e troca de saberes.

Você tem que escutar, para isso você vai precisar ter paciência, você precisa saber trabalhar em equipe, como já te falei, porque você sozinho não faz nada, você tem que estar junto dos outros (Trabalhador 2).

A elaboração conjunta de linguagens e objetivos comuns é destacada como uma característica do trabalho em equipe. O desenvolvimento de projetos comuns a todos os profissionais, construídos por meio da estreita relação entre a execução das intervenções técnicas e a comunicação entre os profissionais, proporciona mais interação na equipe ^{9,13}.

Quanto menor a desigualdade entre as áreas de atuação da equipe, maior será a integração entre elas ⁽⁹⁾. Os profissionais devem procurar desenvolver um trabalho verdadeiramente coletivo, em que chegar a consensos acerca de qualquer finalidade e do modo como o trabalho deve ser executado pode contribuir significativamente para se executar um trabalho duradouro, eficaz e satisfatório para todos os integrantes da equipe.

Na AB, o trabalho em equipe envolve atividades que são desenvolvidas em conjunto pelos profissionais, como,

por exemplo: definir o território onde irão atuar, programar e implementar ações de acordo com as necessidades da população, desenvolver ações que priorizem os grupos de risco, proporcionar uma escuta qualificada, prestar atenção integral e contínua à população, realizar os atendimentos em domicílios e atividades educativas, participar do planejamento e das ações intersetoriais e apoiar as estratégias de gestão ³.

4. ENCAMINHAMENTOS PARA A PRÁTICA

Embora não tenham usado o termo interprofissionalidade, os profissionais citaram características dessa prática como aspectos essenciais para o desenvolvimento do trabalho na ESF. Esses aspectos também são potentes para se superar o modelo tradicional de produção de saúde, já que fatores como parceria, comunicação, planejamento e atuação colaborativa aparecem nas falas como necessários para um trabalho efetivo, contínuo e integral. Nesse contexto, sugere-se:

- Que seja fortalecida a discussão, por meio de uma educação permanente, sobre o trabalho em equipe interprofissional;

- Que sejam estabelecidos mecanismos de gestão (macro e micro) para superar as barreiras que impedem o desenvolvimento de práticas colaborativas no âmbito da ESF;
- Que se consolide a integração do ensino nos serviços de saúde, enfatizando a necessidade de se desenvolver um trabalho em saúde orientado pela colaboração entre seus atores e suas categorias profissionais.

5. REFERÊNCIAS

1. BRITO, G.E.G.; MENDES, A.C.G.; SANTOS NETO, P.M. O objeto de trabalho na Estratégia Saúde da Família. **Interface (Botucatu)**. n. 22, v. 64, p. 77-86, 2018.
2. VIACAVA, F; OLIVEIRA; *et al.* SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciênc. saúde coletiva**. v. 23, n.6, p. 1751-1762, 2018.
3. BRASIL. Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, n. 183, seção 1, p. 68-76, 2017.
4. FERNANDES, H.N.; *et al.* Relacionamento interpessoal no trabalho da equipe multiprofissional de uma unidade de saúde da família. **Rev. Pesqui. Univ.Fed. Estado Rio J. Online**. v.7, n.1, p.1915-1926, 2015.
5. SCHERER, M.D.A.; PIRES, D.E.P.; JEAN, R. A. construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**. v.18, n.11, p. 3203-3212, 2013.

6. SILVA, T.R.; CANTO, G.L. Integração odontologia-fonoaudiologia: a importância da formação de equipes interdisciplinares. **Rev. CEFAC**. Campinas, v.16, n.2, p.598-603, 2014.
7. PEDUZZI, M.; AGRELI, H.F. Teamwork and collaborative practice in Primary Health Care. **Interface (Botucatu)**. v.22, p. 1525-1534, 2018. Supl. 2.
8. MACINKO, J.; HARRIS, M.J. Brazil's family health strategy - delivering community-based primary care in a universal health system. **N Engl J Med**. v.372, n.23, p. 2177-2181, 2015.
9. PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Públ.** v.35, n.1, p. 103-109, 2001.
10. BROCA, P.V.; FERREIRA, M.A. Processo de comunicação na equipe de enfermagem fundamentado no diálogo entre Berlo e King. **Esc. Anna Nery**. Rio de Janeiro, v.19, n.3, p. 467-474, 2015.
11. GARCIA, A.C.P.; et al. O trabalho em equipe na estratégia saúde da família. **Journal of Epidemiology and Infection Control**. Santa Cruz do Sul, v.5, n.1, p. 31-36, 2015.
12. REEVES, S.; et al. Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update). **Cochrane Database Systematic Reviews**. Online, v.28, n.3, 2013.
13. PEREIRA, R.C.A.; RIVERA, F.J.U.; ARTMANN, E. O trabalho multiprofissional na estratégia saúde da família: estudo sobre modalidades de equipes. **Interface (Botucatu)**. v.45, n.17, p.327-340, 2013.
14. DUARTE, M.L.C.; BOECK, J.N. O trabalho em equipe na enfermagem e os limites e possibilidades da estratégia saúde da família. **Trab. educ. saúde**. v.13, n.3, p. 709-720, 2015.

15. SILVA, E.M.; MOREIRA, M.C.N. Equipe de saúde: negociações e limites da autonomia, pertencimento e reconhecimento do outro. **Ciênc. saúde coletiva**. v.20, n.10, p. 3033-3042, 2015.
16. COSTA, J.P.; et al Resolubilidade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviços. **Saúde debate**. v.38, n.103, p. 733-743, 2014.
17. BRITO, G.E.G. O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família: um estudo de caso. Recife. **Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz**, 2016. Tese de Doutorado em Saúde Pública.
18. ARCE, V.A.R.; SOUSA, M.F. Integralidade do cuidado: representações sociais das equipes de Saúde da Família do Distrito Federal. **Saúde Soc**. v.22, n.1, p. 109-123, 2013.
19. VIEGAS, S.M.F.; PENNA, C.M.M. A construção da integralidade no trabalho cotidiano da equipe saúde da família. **Esc. Anna Nery**. v.17, n.1, p. 133-141, 2013.
20. CENTRE FOR THE ADVANCEMENT OF INTERPROFESSIONAL EDUCATION – CAIPE. **Interprofessional Education Guidelines 2017**. Reino Unido. CAIPE; 2017. 33 p.
21. FREIRE FILHO, J.R.; et al. Attitudes towards interprofessional collaboration of Primary Care teams participating in the ‘More Doctors’ (Mais Médicos) program. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 3018, n.26, p. 1-8, 2018.
22. PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. Interprofessional Education in Health Care: Improving Human Resource Capacity to Achieve Universal Health. **Report of the Meeting**. Bogota, Colombia, 7-9 Dec. 2016. Washington, D.C.: PAHO; 2016.

Capítulo 15

INTERPROFISSIONALIDADE NA ATENÇÃO DOMICILIAR EM SAÚDE BUCAL

*Silvia Regina Pimentel Pereira
Mariana Ramalho de Farias
Ângela Maria Alves e Souza
Andrea Gomes Linard
Simone Vieira de Mesquita*

1. INTRODUÇÃO

A população brasileira vivencia um processo de envelhecimento (transição demográfica) e mudança no perfil de adoecimento (transição epidemiológica) com aumento da carga de agravos relacionados a doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)¹. As DCNT são o maior problema de saúde do mundo e estão relacionadas à perda de qualidade de vida com alto grau de limitação e incapacidade².

Tal contexto reflete-se no aumento de pessoas restritas ao domicílio – pacientes domiciliares (PD) – e que requerem atenção domiciliar (AD) com enfoque multiprofissional³. Formas mais colaborativas de trabalho interprofissional podem contribuir com o enfrentamento aos desafios postos⁴.

A interprofissionalidade (IP) é definida como uma prática profissional integrada entre diferentes categorias de trabalhadores, centrada na atenção ao paciente⁵ e aqui citada como sinônimo de prática colaborativa e de trabalho em equipe. A IP requer dos profissionais competências como conhecimento acerca das outras profissões e habilidades em comunicação, bem como atitude de colaborar em uma perspectiva de respeito e confiança⁵. Ao refletir sobre suas práticas, os profissionais podem contornar a fragmentação da atenção em saúde⁵.

Compete às equipes da Atenção Básica (AB) prover o cuidado domiciliar a partir de um planejamento que considere as atribuições dos membros da equipe de modo integrado e flexível⁶. O efetivo trabalho em equipe contribui para uma prática mais resolutiva e para a satisfação dos profissionais no desempenho de suas atribuições. Isso colabora com sua disposição em melhorar sua prática ao refletir sobre seu processo de trabalho, o que é fundamental para a reorientação das ações desenvolvidas⁷.

Um meio de fomentar a engenhosidade e cooperação, úteis no trabalho em saúde, é conferir às equipes autonomia para reavaliar seus processos de trabalho, o que não pode ser feito de fora⁸.

As Equipes de Saúde Bucal (ESB) devem se inserir nessa articulação, pois as transições demográfica e epidemiológica repercutem na saúde bucal da população⁹. O estado de saúde geral dos PD tem relação com a sua saúde bucal. Logo, uma higiene oral adequada contribui com a melhoria da qualidade de vida dos pacientes¹⁰.

Com o objetivo de contribuir com a melhoria do acesso dos PD à atenção em saúde bucal, a cirurgiã-dentista (CD), de uma Unidade de Atenção Primária em Saúde (UAPS) de Fortaleza, conduziu uma pesquisa-ação (PA) a partir da qual este relato parte. A intervenção também buscou aprofundar a IP, repensar a organização do serviço e fomentar a formação de seus trabalhadores via educação permanente (EP).

O exercício de planejar ações a partir de uma análise com os sujeitos implicados também almejou sensibilizar os diversos profissionais quanto a seus papéis estratégicos na ampliação do acesso à atenção em saúde bucal aos PD.

2. CONTEXTO DO ESTUDO

A participação das ESB na atenção domiciliar é reduzida quando comparada às ações das Equipes de Saúde da Família (EqSF)¹¹. A UAPS onde a pesquisa se desenvolveu

tem cinco EqSF e só duas ESB, com uma população de 24.029 pessoas, impossibilitando o acesso à atenção em saúde bucal domiciliar, se delegada exclusivamente às ESB.

A ampliação do horário de funcionamento das UAPS no município de Fortaleza para 12 horas, sem a necessária contratação de profissionais, e a priorização do acolhimento à demanda espontânea tornaram mais difícil a realização de momentos de encontros entre as EqSF e o Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF). Some-se a esse contexto a alta rotatividade de profissionais devido às contratações temporárias, o que resulta em uma configuração pouco propícia à IP. Tal cenário requer disposição e criatividade das equipes para superar tantos desafios.

Os objetivos da pesquisa foram discutir saberes e práticas da equipe interprofissional sobre atenção em saúde bucal a PD, a partir da realização de EP sobre a temática.

Foi realizada uma intervenção na UAPS sob a forma de pesquisa-ação a partir do referencial de Thiollent¹² com realização de três oficinas cujos registros foram analisados por sistematização de experiências de Holliday¹³.

A pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará sob o parecer de número 3.618.327.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na pesquisa-ação, sugerem-se tarefas que poderão ser realizadas ou não, a depender das circunstâncias encontradas. Enfatizam-se a fase exploratória e o ponto de chegada – a divulgação dos resultados. As demais ações devem ocorrer concomitante, conforme roteiro pré-definido, mas flexível a adaptações necessárias¹².

3.1 Fases da pesquisa

Durante a etapa de campo da intervenção, foram realizadas parte da fase exploratória, a coleta de dados com registros das oficinas em áudio, vídeo e fotografias, a elaboração do plano de ação e a divulgação dos resultados.

Na fase exploratória, buscou-se, com sucesso, o apoio da gestão local. Então, realizou-se uma reunião com a população do estudo, a qual consistia na EqSF à qual a CD era vinculada e no NASF, lotado na UAPS, totalizando 15 profissionais. Na ocasião, a proposta da pesquisa e a disponibilidade dos convidados foram discutidas.

O momento foi importante para que os participantes manifestassem suas opiniões, intenções, apoios e convergências, além de alguns silêncios que falaram mais alto que todas as manifestações verbalizadas.

Participaram da pesquisa dez profissionais: três agentes comunitários de saúde (ACS), uma auxiliar de saúde bucal (ASB), duas fisioterapeutas, um profissional de educação física, uma psicóloga, uma nutricionista e uma farmacêutica. As datas, quantidade e duração das oficinas, ocorridas em junho e agosto de 2019, foram pactuadas com o grupo.

A coleta de dados ocorreu nas oficinas que funcionaram como grupos operativos enriquecendo a experiência. A PA se diferencia da pesquisa científica tradicional ao alterar o fenômeno pesquisado, ao mesmo tempo que o pesquisa¹⁴. As oficinas proporcionaram, aos participantes, aprimorar suas percepções sobre a situação-limite, podendo remodelar suas maneiras de enfrentamento, agora apoiados pelo conjunto de seus membros¹⁵.

A elaboração do plano de ação caminhou concomitante à coleta de dados, pois partiu de uma construção progressiva nas oficinas, com um reconhecimento inicial da visão do grupo sobre o tema, culminando com a proposta de ações para a melhoria da AD.

No início das oficinas, havia o momento de “resgate” quando o grupo discutia uma síntese do encontro anterior, proporcionando a construção de uma visão de conjunto e o

retorno da informação¹². Já a divulgação externa dos resultados iniciou-se com a redação da dissertação e apresentação dos achados em eventos científicos.

3.2 As oficinas

As três oficinas adaptaram passos do círculo de cultura que é um espaço dialógico de construção do saber¹⁶. Perguntas-chave feitas aos participantes eram respondidas em tarjetas, de modo sintético e sigiloso. O objetivo era induzir os profissionais à reflexão sobre a situação posta e à extração da ideia central. As tarjetas eram expostas em um mural de modo que o grupo pudesse ter a visão do todo, tecer comentários, elaborar pensamentos e tirar dúvidas.

Na primeira oficina, levantou-se o universo vocabular do grupo a partir da pergunta: “o que vem à sua mente quando se fala em AD?” Para uma progressiva investigação de como os sujeitos se viam implicados no tema e para levantar palavras geradoras, foram feitas as perguntas: “Que dificuldades você sente para prestar AD aos pacientes da equipe? Quem você acha que pode ajudar na promoção de saúde bucal dos PD? Qual poderia ser seu papel na promoção da saúde bucal desses pacientes? O que falta para você conseguir desempenhar melhor seu papel?” O grupo

apontou como problemas: falta de transporte, de médicos e de insumos odontológicos. O anseio por formação foi contemplado nas demais respostas: falta de compreensão do fluxo da odontologia na UAPS, de EP, de matriciamento, de discussão de casos e AD fragmentada por especialidades. A mais, o grupo demonstrou reconhecer a fragmentação da atenção no serviço e a importância de ações que contribuam para a coesão intrínseca à IP como meio de superação.

A PA instiga os sujeitos implicados a um exame sobre a quem cabe o problema, por que ele ocorre e como planejar mudanças. É tentando mudar as coisas que se descobre sua natureza¹⁴. O Ministério da Saúde orienta que a agenda da ESB se organize com 75% a 85% de turnos para atendimento clínico individual no consultório, restando pouco espaço para ações coletivas de promoção de saúde, reuniões e outras atividades administrativas¹⁷. Nessa situação, a quem cabe o problema? O grupo manifestou o entendimento de que cabe a vários sujeitos, desde que capacitados para tal.

A segunda oficina consistiu em momento educativo sobre saúde bucal na AD, considerando o desconhecimento manifestado pelos participantes sobre o tema. A partir do saber manifestado pelo grupo em tarjetas, o assunto foi debatido por meio de roda de conversa, exibição de vídeo

demonstrativo de como fazer a higiene oral de uma pessoa acamada e construção de uma apresentação de slides para sintetizar as informações compartilhadas.

Na terceira oficina, seguiu-se a tematização do círculo de cultura com os participantes agrupando as palavras geradoras por núcleos de sentido. Foram formados três grupos temáticos e, na priorização, foi escolhido um deles para ser trabalhado no plano, considerando os recursos disponíveis e a governabilidade dos sujeitos.

O grupo priorizado continha os itens “falta de”: compreensão do fluxo da odontologia, educação permanente, matriciamento, compartilhamento e discussão de casos complexos. Elaborou-se, então, a diretriz de ação que nortearia a escolha de procedimentos para a transformação da situação¹²: “A promoção de saúde bucal dos PD precisa da participação dos diversos profissionais que atuam na AB.” As relações solidárias e complementares construídas no trabalho em equipe são importantes para que todos os profissionais entendam que têm responsabilidade no cuidado em saúde como um todo, inclusive na bucal¹⁷.

Os desafios foram analisados como situações-limite a serem enfrentadas em um clima de esperança e confiança na sua superação, tal como sugere Freire¹⁶. O grupo elaborou

uma situação-limite síntese das reflexões geradas em todo o processo: “a ineficiência na educação permanente propicia a AD fragmentada e a dificuldade de matriciamento.” Diante disso, ações, metas, prazos e demais itens pertinentes a um plano operativo foram formulados.

As oficinas propiciaram a problematização da realidade, com dialogicidade e confiança, demonstrando o potencial do grupo para provocar mudanças, partindo da concretude de seu cotidiano, sem criar falsas expectativas ou sem construir metas inatingíveis. Em suma, planejar em grupo ajuda diferentes atores a ampliarem suas capacidades de análise e a construírem propostas de intervenção¹⁸.

3.3 A transformação pela educação permanente

Na sistematização de experiências, ordena-se e reconstrói-se a experiência expondo os fatores que nela intervieram, viabilizando sua interpretação crítica¹³. Um de seus passos mais importantes é a definição do eixo central da intervenção, o qual foi: “o papel da educação permanente no fortalecimento da IP na AD”. O tema “saúde bucal” era tão novo para os participantes que eles resolveram centrar todas as ações na EP como saída para aliviar a situação.

A EP é entendida como aprendizagem no trabalho, porquanto ocorre no dia a dia dos trabalhadores e dos serviços. Ela parte das dificuldades reais do cotidiano e considera conhecimentos e experiências que os profissionais já possuem. É uma das estratégias eleitas pelo Ministério da Saúde para efetivação da Atenção Básica como reorientadora do sistema pelo seu potencial transformador no cotidiano dos serviços¹⁹. Nesse sentido, a EP vai além de uma formação continuada, ao proporcionar uma prática colaborativa, promovendo novas posturas e habilidades ao profissional da saúde, bem como transformando esses profissionais em construtores de alternativas de ação no próprio contexto em que se inserem. Dialoga, portanto, com os requisitos necessários para a efetivação da IP.

As práticas educativas que mais têm avançado na IP são as que se dão via EP²⁰. Sua inserção no cotidiano das equipes pode contribuir com uma AD integral.

4. ENCAMINHAMENTOS PARA A PRÁTICA

- Sensibilizar ACS visando à comunicação interprofissional e à integração com ESB para realização de visitas;
- Desenvolver prontuário para as visitas realizadas pela ESB;

- Desenvolver, por meio da educação permanente, as competências dos profissionais para a IP;
- Incluir todas as equipes em planejamento de ações da AB;
- Engajar as ESB em atividades com os demais membros das equipes, dando mais visibilidade aos papéis desses profissionais na promoção de saúde;
- Disponibilizar carga horária de cada membro da equipe para atuação conjunta;
- Planejar as ações de cada profissional na AD, a partir da IP;
- Acompanhar, periodicamente, os pacientes domiciliares para avaliação das ações da equipe;
- Provocar instâncias superiores para prover os recursos apontados como importantes para a atenção domiciliar.

5. REFERÊNCIAS

1. MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.
2. MALTA, D. C.; MOURA, L.; SILVA JÚNIOR, J. B. Epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil. *In.*: ROUQUAYROL, M. Z.; SILVA, M. G. C. (Orgs.). **Epidemiologia & Saúde.** 8. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2018. p. 259-279.

3. COELHO FILHO, J. M. Saúde do idoso. *In.*: ROUQUAYROL, M. Z.; SILVA, M. G. C. (Orgs.). **Epidemiologia & Saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2018. p. 377-395.
4. PEDUZZI, M. Educação interprofissional para o desenvolvimento de competências colaborativas em saúde. *In.*: TOASSI, R. F. C (org.). **Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?** Porto Alegre: Rede UNIDA, 2017, v. 6, p. 40-48.
5. D'AMOUR, D; OANDASAN, I. Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: an emerging concept. **J Interprof Care**. [s. l.], v. 19, supl 1, p. 8-20, 2005.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006, p. 92. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 17.
7. COSTA, R. M. *et al.* O trabalho em equipe desenvolvido pelo cirurgião-dentista na Estratégia Saúde da Família: expectativas, desafios e precariedades. **Rev bras med fam comunidade**. v. 7, n. 24, p. 147-63, jul./set. 2012.
8. PINTO, C. A. G.; COELHO, I. B. Cogestão do processo de trabalho e composição da agenda em uma equipe de Atenção Básica. *In.*: CAMPOS, G. W. de Sousa; GUERRERO, A. V. P. (Orgs.). **Manual de práticas em Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Hucitec, 2008. p. 314-339.
9. PINTO, V. G. **Saúde Bucal Coletiva**. 6. ed. São Paulo: Santos, 2015.
10. FERRAZ, G. A.; LEITE, I. C. G. Instrumentos de visita domiciliar: abordagem da odontologia na estratégia saúde da família. **Rev. Aps.**, v. 19, n. 2, p. 302-314, jun. 2016.

11. DE-CARLI, A. D. *et al.* Visita domiciliar e cuidado domiciliar na Atenção Básica: um olhar sobre a saúde bucal. **Saúde debate**. v. 39, n. 105, p. 441-450, 2015.
12. THIOLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 18. ed. São Paulo: Cortez, 2011.
13. HOLLIDAY, O. J. **Para sistematizar experiências**. 2. ed. rev. Brasília: MMA, 2006.
14. TRIPP, D. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. **Educ. Pesqui**. v. 31, n. 3, p. 443-466, set./dez. 2005.
15. SOUZA, A. M. A.; SAMPAIO, C. L.; ARAGÃO, K. A. Grupo Operativo. In.: SOUZA, A. M. A. **Coordenação de grupos: teoria, prática e pesquisa**. 2. ed. Fortaleza: Expressão Gráfica e Editora, 2019. p. 82-88.
16. FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.
17. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A saúde bucal no Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018.
18. MASSUDA, A. Práticas de Saúde Coletiva na Atenção Primária em Saúde. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. (Orgs.). **Manual de práticas em Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Hucitec, 2008. p. 169-194.
19. BRASIL. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
20. CECCIM, R. B. Conexões e fronteiras da interprofissionalidade: forma e formação. **Interface (Botucatu)**, v. 22, supl. 2, p. 1739-1749, 2018.

Capítulo 16

O ENVELHECIMENTO NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

*Susanne Pinheiro Costa e Silva
Maria Joycielle de Lima Maciel
Isabella Martelleto Teixeira de Paula
Luana Rodrigues de Almeida*

1. INTRODUÇÃO

O aumento da população idosa vem ocorrendo de forma acelerada. Na década de 1960, esse aumento foi mais evidente, a partir do declínio expressivo das taxas de fecundidade, transformando os padrões demográficos brasileiros¹.

Em 2017, pessoas mais longevas superaram a marca dos 30,2 milhões, o que representa cerca de 15% da população brasileira, de acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua, representando um ganho de 4,8 milhões de idosos desde 2012².

O processo de envelhecimento é uma consequência natural, a incapacidade funcional associada a essa etapa do desenvolvimento do ser humano e suas perdas sociais, configuram-se uma grande preocupação para a saúde

pública. Por isso, é necessário garantir que a população tenha um envelhecimento saudável e com acompanhamento adequado nos mais variados âmbitos^{1,3}.

O idoso tem particularidades conhecidas, já que possui mais doenças crônicas e fragilidades, quando comparado às pessoas mais jovens. Envelhecer, ainda que de forma saudável, envolve alguma perda funcional, o que denota que a atenção ao idoso deve ocorrer de maneira diferente daquela realizada para adultos jovens⁴.

Tendo-se em vista que a população idosa apresenta demandas de saúde, que exigem dos serviços uma capacidade de resposta adequada às suas necessidades tanto de prevenção, quanto de controle de doenças, é importante atuar para a promoção do envelhecer ativo e saudável. Assim, destaca-se o papel da Atenção Primária à Saúde (APS), como base da coordenação do cuidado em rede para o atendimento dessas e outras demandas⁵.

Com isso, é imperativa a necessidade de profissionais qualificados, capacitados e dedicados ao cuidado do idoso⁶. O planejamento e execução de momentos que estimulem o autocuidado em seu contexto e desenvolva sua autonomia, independência e participação, deve ser rotina nos serviços

da APS, contato mais próximo entre usuário-serviço de saúde⁷.

Enseja-se, assim, contribuir para a construção de um olhar voltado às necessidades do ser que envelhece, por parte de profissionais de saúde e comunidade, contribuindo para a qualificação do cuidado.

2. CONTEXTO DO ESTUDO

A reflexão sobre as atividades e os cuidados ofertados aos idosos possibilita ao usuário um atendimento integral, compreendendo-o em sua totalidade e singularidade^{7,8}. Destarte, este trabalho objetivou compreender as representações sociais do envelhecimento para os profissionais de saúde atuantes na Atenção Primária no município de João Pessoa (PB).

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo, exploratório, que utilizou como referencial teórico-metodológico a Teoria das Representações Sociais⁹.

A pesquisa (CAAE 67103917.6.0000.5188) foi realizada com 20 profissionais de saúde atuantes em Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de João Pessoa (PB), que tivessem a formação técnica ou superior em cursos da

área de saúde, e exercessem suas atividades laborais nas unidades de saúde selecionadas.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada, que ocorreu de forma individual e gravada em aparelho de áudio, com posterior transcrição.

Os dados foram tratados pelo software IRAMUTEQ, que avalia os conteúdos textuais. O resultado da Classificação Hierárquica Descendente (CHD), que organiza as classes de palavras no *corpus*, possibilitando a identificação das palavras-chave¹⁰. Portanto, não conclui a análise, já que a interpretação é essencial e de responsabilidade do pesquisador^{11,12}. Desse modo, utilizou-se a Análise de Conteúdo¹³, que possibilitou a inferência e interpretação destes.

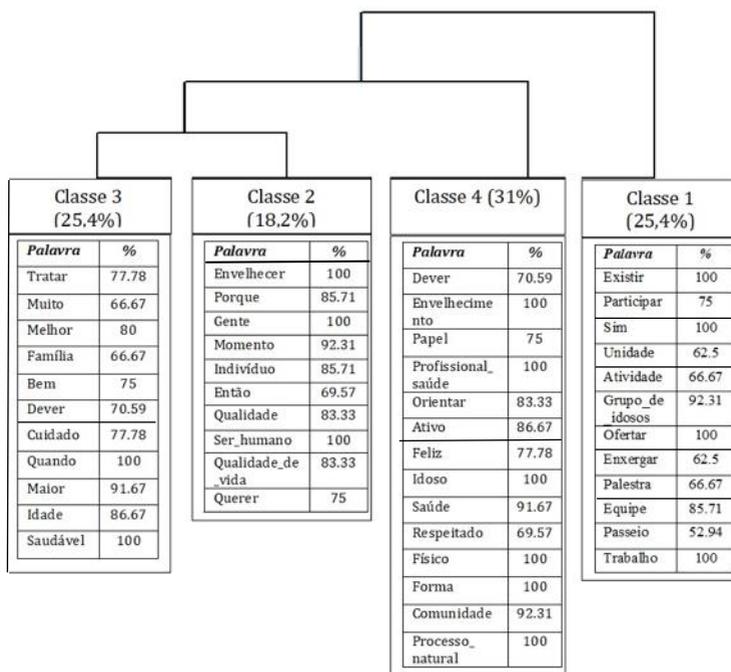
Os resultados provenientes das entrevistas formaram o *corpus*, que continha 20 segmentos de textos. Após o tratamento, foram identificadas quatro classes. Estas foram denominadas da seguinte forma: Classe 1 - Grupo Operativo de Idosos (25,4%); Classe 2 - Promoção da Saúde Para o Envelhecer com Qualidade (18,2%); Classe 3 - Percepção Sobre o Envelhecimento (25,4%); Classe 4 - Importância do Profissional de Saúde (30,9 %).

Neste estudo, o relatório gerado pelo IRAMUTEQ classificou como relevante 79,71% do material. A estabilidade dos resultados é aceitável se a classificação obtiver, pelo menos, 70% de aproveitamento das unidades de texto¹⁰.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra foi composta por enfermeiros (seis), técnicos de Enfermagem (seis), odontólogos (quatro) e médicos (quatro). O gênero feminino foi o mais presente (18), tendo sido a média de idade dos participantes de 39,2 anos. A figura 1 apresenta o dendrograma, que demonstra as classes de aproximação lexical, discutidas a seguir.

Figura 1 – Dendrograma da Classificação Hierárquica Descendente.



3.1 Percepção Sobre o Envelhecimento (Classe 3)

As representações expressas nesta classe demonstram aquilo que os profissionais esperam do envelhecer. A continuidade da funcionalidade e a independência, além do apoio familiar, são ideias que se repetem nos discursos, demonstrando a necessidade de se manter ativo e saudável com o avançar da idade.

Somado a isso, a noção de que o envelhecimento exige, em certa medida, o tratamento para diversos males que podem ocorrer com o desgaste físico do corpo, instigando certos cuidados (incluindo as recomendações profissionais) também mereceu destaque pelos participantes. Estas ideias estão expressas no trecho adiante.

O envelhecimento é um processo natural que se espera qualidade de vida. O idoso deve viver a vida de novas formas. Para isso, os profissionais de saúde devem promover um plano de cuidado junto à equipe, observando estes pacientes e incluindo as famílias. (P8)

Na velhice, ter uma vida saudável é sinônimo de manter a autonomia ou mesmo restaurá-la, assim como a independência. É necessário que os profissionais de saúde estejam atentos para garantir o envelhecimento ativo, sadio e com qualidade de vida; não basta focalizar a atenção no controle da morbimortalidade¹⁴.

A maioria das doenças que acometem os idosos tem seu principal fator de risco na própria idade, sem que, no entanto, esta longevidade o impeça de conduzir sua vida de forma autônoma, decidindo sobre seus interesses¹⁵.

3.2 Promoção da Saúde para o Envelhecer com Qualidade (Classe 2)

Os termos que compõem este segmento remetem aos cuidados preventivos, que devem ser feitos para que o indivíduo vivencie uma velhice saudável e de qualidade.

O saber técnico que compõe o universo dos profissionais de saúde permeia o que é demonstrado nesta classe, assim como na anterior, especialmente pela possibilidade de o profissional de saúde atuar sob os preceitos que regem a APS, no que tange à promoção da saúde e à prevenção de doenças.

Dessa forma, com a adoção de comportamentos e hábitos de vida mais saudáveis, a velhice pode chegar com melhor qualidade de vida e menor carga de doenças, conforme explicitado a seguir.

Nós estamos envelhecendo a cada dia e a gente tem que procurar envelhecer com qualidade de vida. Nós, profissionais, temos que estar focados na prevenção de complicações, na promoção à saúde, sempre orientando os indivíduos nesses aspectos. (P4)

Urge conscientizar as pessoas para que vivam de forma mais saudável. Ações que promovam um envelhecimento de

qualidade começam desde cedo e devem ser estimuladas ao longo de toda a vida⁶.

A educação em saúde é fundamental para que não só o idoso, mas toda a comunidade tenha um melhor entendimento de como fazer para viver mais e melhor, sendo esta uma atribuição de todos os profissionais da área da saúde¹⁶.

3.3 Importância do Profissional de Saúde (Classe 4)

Esta classe teve a mais alta porcentagem entre as quatro classificadas pelo software IRAMUTEQ. Por meio dos discursos, percebeu-se que o seu conteúdo expressa a atuação profissional no cuidado ao idoso, destacando o seu papel diante de uma população que aumenta de forma acelerada e que necessita de cuidados específicos, com ações direcionadas, valorizando cada atitude positiva e estimulando novas possibilidades, conforme demonstra o trecho que segue.

O papel do profissional da saúde é incentivar os cuidados necessários para se ter qualidade de vida, antes mesmo do envelhecimento. (P16)

Merece atenção o destaque dado para quem atua na APS. Por meio do que foi expresso, emergem as repre-

sentações de que, nesse ambiente é possível cuidar do idoso, acompanhar seu processo de envelhecimento, estabelecer vínculo e longitudinalidade.

Assim, os profissionais de saúde da Atenção Básica exercem papel fundamental, devendo atentar sempre às necessidades dos idosos. Dessa maneira, é possível elaborar e implementar estratégias efetivas à promoção da saúde desse grupo etário¹⁷. Para tanto, é preciso investir na capacitação e melhoria das condições de trabalho⁶.

3.4 Grupo Operativo de Idosos (Classe 1)

As ideias representacionais aqui elencadas tratam sobre grupos operativos de trabalho das equipes de saúde com idosos, por meio dos quais ocorrem encontros semanais ou quinzenais, com a realização de diversas atividades, mais intimamente chamados “Grupos de Idosos”.

A gente tem idosos que são bastante envolvidos. Participam de roda de conversas junto com os profissionais; existem práticas integrativas, exposição das habilidades como desenhos, pinturas, poesias [...]. (P1)

Estes grupos não devem apenas centrar-se nas patologias dessa etapa da vida. É fato que a participação dos idosos em grupos promovidos nas unidades de saúde

implica em melhorias na qualidade de vida, conforme relatado. Por meio da participação em grupos de convivência, os idosos reduzem sentimentos de medo, insegurança e, até mesmo, depressão¹⁸.

Nesse ambiente, fazem amizades, têm convívio social, contam suas histórias de vida, interesses e sonhos. Eles se sentem motivados, pois muitos são sozinhos^{19,20}. Desse modo, o profissional de saúde deve promover a criação destes grupos, contribuindo para práticas saudáveis de vida²¹.

As representações sociais do envelhecimento para os profissionais de saúde denotaram-no como um processo natural da vida, o qual ocorrem alterações biopsicossociais, muitas delas acompanhadas de patologias.

Por sua vez, necessitam de intervenção profissional para a melhoria e/ou manutenção da qualidade de vida.

A necessidade de melhorar o cuidado direcionado à pessoa idosa exige também um esforço cooperativo, envolvendo todos os profissionais da equipe de saúde, família e o próprio idoso.

O reconhecimento sobre a necessidade de estar atento às mudanças, identificando as alterações para planejar um cuidado é benéfico e necessário, tendo os grupos operativos

possibilidade de transformar o cotidiano da comunidade. Investir na promoção da saúde desde a mais tenra idade é imprescindível.

4. ENCAMINHAMENTOS PARA A PRÁTICA

- Promover a qualificação profissional para o trabalho com o ser idoso, no intuito de ressignificarem esta etapa da vida;
- Melhorar o cuidado ofertado à pessoa idosa, com vistas à promoção da saúde em detrimento ao tratamento de doenças;
- Identificação precoce dos agravos de saúde, estimulando a cooperação e o trabalho em rede;
- Fortalecimento das ações de promoção da saúde pelos profissionais da Atenção Básica, promovendo o envelhecer com maior qualidade de vida.

5. REFERÊNCIAS

1. SIMÕES, C. C. S. **Relações entre as alterações históricas na dinâmica demográfica brasileira e os impactos decorrentes do processo de envelhecimento da população**. 4. ed. Rio de Janeiro: IBGE, 2016.
2. IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua**. Rio de Janeiro: IBGE, 2017.

3. FREITAS, E. V.; PY, L. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.
4. VERAS, R. P.; OLIVEIRA, M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1929-1936, 2018.
5. SCHENKER, M.; COSTA, D. H. Avanços e desafios da atenção à saúde da população idosa com doenças crônicas na Atenção Primária à Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 1369-1380, 2019.
6. ALCÂNTARA, A. O.; CAMARANO, A. A.; GIACOMIN, K. C. **Política Nacional do Idoso: velhas e novas questões**. Rio de Janeiro: IPEA, 2016.
7. AMTHAUER, C.; FALK, J. W. Discursos dos profissionais de saúde da família na ótica da assistência à saúde do idoso. **Rev Fund Care Online**, v.9, n.1, p. 99-105, 2017.
8. ALMEIDA, C. A. P. L. *et al.* Aspectos Relacionados à Violência Contra o Idoso: Concepção do Enfermeiro da Estratégia Saúde da Família. **Rev Fund Care Online**, v. 11, n. 2, (n. esp), p. 404-410, 2019.
9. MOSCOVICI, S. Preconceito e Representações Sociais. *In*: ALMEIDA, A. M. O; JODELET, D. (orgs.). **Representações Sociais: interdisciplinaridade e diversidade de paradigmas**. Brasília: Thesaurus, 2009. p. 17-34.
10. CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas Psicol.**, v. 21, n. 2, p. 513-518, 2013.
11. SALVADOR, P. T. C. O. *et al.* Uso do software Iramuteq nas pesquisas brasileiras da área da saúde: uma scoping review. **Rev. bras. promoç. saúde**, v. 31 (supl), p. 1-9, 2018.

12. GALENO, L. S. et al. O idoso na mídia do Distrito Federal: perdas e ganhos no envelhecimento. **Rev Psicologia da IMED**, v. 10, n. 2, p. 22-35, 2018.
13. BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
14. MARTINS, J. J. et al. Avaliação da qualidade de vida de idosos que recebem cuidados domiciliares. **Acta Paul. Enferm.**, v. 22, n.3, p. 265-271, 2009.
15. VERAS, R. P. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev. Saúde Públ.**, v. 43, n.3, p. 548-554, 2009.
16. MALLMANN, D. G. et al. Educação em saúde como principal alternativa para promover a saúde do idoso. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 20, n. 6, p. 1763-1772, 2015.
17. VALER, D. B. et al. The significance of healthy aging for older persons who participated in health education groups. **Rev bras geriatr gerontol**, v. 18, n. 4, p. 809-819, 2015.
18. WICHMANN, F. M. A. et al. Grupos de convivência como suporte ao idoso na melhoria da saúde. **Rev bras geriatr gerontol**, v. 16, n. 4, p. 821-832, 2013.
19. ARAÚJO, L. S. A. Idosos e grupos de convivência: motivos para a não adesão. **Sanare**, v. 16, Supl. 1, p.58-67, 2017.
20. SOARES, D. S.; BRAGA, J. S.; ALVES, S. C. A. Representação social de profissionais da área da saúde sobre grupos de convivência de idosos. **Rev Kaleidoscópio**, v. 3, p. 76-94, 2012.
21. COMBINATO, D. S. et al. “Grupos de conversa”: saúde da pessoa idosa na estratégia saúde da família. **Psicol. Soc.** [online], v. 22, n. 3, p. 558-568, 2010.

Capítulo 17

ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO DE TRAVESTIS E TRANSEXUAIS NO BRASIL E NA PARAÍBA

Lizziane Aparecida Silva de Macêdo

Raiany Evelyn Bezerra Batista

Robson da Fonseca Neves

Sandra Aparecida de Almeida

1. INTRODUÇÃO

A invisibilidade dentro da sociedade da população de lésbicas, *gays*, bissexuais e transexuais (LGBT), atualmente LGBTQIA+, descrito aqui apenas LGBT uma vez que o arcabouço jurídico aqui analisado ainda não traz essa atualização, se concretiza por meio de práticas de dominação e violência, que contribui para o afastamento desses indivíduos de vários setores da sociedade como o setor produtivo e o setor da saúde¹.

De acordo com a Associação Nacional de Travestis e Transexuais (ANTRA)², em 2018, o Brasil possuía 41% das mortes desse grupo populacional no mundo, figurando em 1.º lugar entre os países que mais matam travestis e transexuais. A região Nordeste ocupa 1.º lugar, entre as regiões do país, e a Paraíba encontra-se em 10.ª posição, no

ranking de mortes por estado em números absolutos no Brasil.

A condição de travestis e transexuais, com suas singularidades, solicita ao Estado e aos serviços públicos de saúde um tratamento diferenciado, com atendimentos especializados que compreendam suas necessidades de transformação corporal como necessidade em saúde³.

2. CONTEXTO DO ESTUDO

As questões de saúde estão direta e indiretamente relacionadas à exposição ao preconceito, discriminação, violência e ao acesso aos serviços de saúde e com isso a Atenção Primária em Saúde (APS) também aparece como experiências de serviços de saúde inadequados e insensíveis às demandas de travestis e transexuais⁴.

Assim, é importante conhecer como está organizada a atenção a essa população, no âmbito nacional e estadual, legal e normativo que aborde os aspectos referentes à população de travestis e transexuais com ênfase no contexto político no qual se desenvolve a atenção à saúde a essa população.

Esse capítulo tem por objetivo analisar os marcos legais e normativos da atenção integral à saúde da população

de travestis e transexuais, à luz dos seus percursos históricos no Brasil e na Paraíba.

Realizou-se estudo exploratório com a utilização da pesquisa documental. Esse estudo permite analisar os mais diversos documentos que retratam acontecimentos, sendo possível acrescentar a dimensão do tempo à compreensão social e política do objeto estudado⁵.

O cenário da pesquisa envolveu os documentos do Ministério da Saúde e da Assembleia Legislativa do Estado da Paraíba. A opção pelo cenário estadual deu-se em função desse estado sediar um dos seis Ambulatórios para Travestis e Transexuais (Ambulatório TT) no país, localizado na capital do estado, o único do Nordeste e referência regional.

Para coleta de dados utilizou-se um roteiro previamente definido, direcionado ao objetivo da pesquisa, sendo analisado o período de 2000 a 2018. Considerou-se este momento o mais propositivo no país, quanto ao avanço na garantia legal de direitos humanos para população LGBT.

Os documentos foram selecionados após avaliação prévia, considerando o contexto histórico e político, a identidade do autor, a autenticidade e confiabilidade do texto, a natureza deste, conceitos-chave e a lógica interna⁵.

Diante do *corpus* da pesquisa realizou a análise do conteúdo⁶.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram analisados 31 documentos, sendo 52% deles instituídos no âmbito nacional e 48% na esfera estadual. A década de maior concentração de publicação foi a segunda década do ano 2000 com 77%. O estudo documental revelou dois marcos importantes que nortearam a análise, organizada nas duas primeiras décadas do século XXI.

Nessa primeira década vivenciou-se a nível federal, histórica e politicamente, avanços e retrocessos na conquista por direitos humanos LGBT. O lançamento do Programa “Brasil sem Homofobia”, em 2004, foi considerado o principal marco histórico da luta pela garantia dos direitos LGBT, que implicou em mudanças institucionais, com o objetivo de diminuir a violência e a discriminação contra a população LGBT e promover a cidadania homossexual.

Na área da saúde, esse programa desencadeou diretamente a Portaria nº 2.227/2004, que instituiu o Comitê Técnico para formulação da proposta para PNSILGBT, que tinha como uma das principais atribuições a promoção de propostas de participação e controle social

deste segmento em consonância com o Plano Nacional de Saúde, para pactuação nos organismos intergestores do SUS.

A participação do segmento LGBT nesse comitê garantiu a sua inserção nas instâncias de controle social do SUS, e posteriormente na instituição da Comissão Intersetorial de Saúde da População LGBT no Conselho Nacional de Saúde para elaborar, junto à sociedade civil organizada, uma política de saúde nacional que atendesse as especificidades desta população⁷.

Em 2008 o Ministério da Saúde emite a Portaria n.º 457/2008 que regulamenta o processo transexualizador no SUS. Esta é uma conquista que atende uma especificidade da população Travestis e Transexuais, e ainda promove em alguns estados, a estruturação da rede assistencial de apoio⁷.

Em 2009, a Secretaria Especial dos Direitos Humanos (SEDH), institui o Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos LGBT (PNPCDH-LGBT). Fruto da 1.ª Conferência Nacional LGBT ocorrida em 2008, o plano traçou diretrizes para elaboração de políticas públicas voltadas a este segmento em todos os ministérios, mas, pela primeira vez, deu-se sem a participação da sociedade civil organizada⁸.

Identifica-se aqui um possível resquício das significações do processo saúde-doença que estigmatiza esse público até os dias atuais. Mesmo com a melhoria da compreensão de que a saúde da população LGBT perpassa a questão ISTs/HIV e por isso é relevante a participação da sociedade civil organizada na construção de qualquer política pública a fim de que não perpetuar a discriminação e o preconceito⁹.

Na segunda década do ano 2000 destaca-se o ano de 2011, como o ano do segundo marco histórico na saúde conquistado pelos LGBT, com a publicação da Portaria nº 2.836, que institui a Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT (PNSILGBT) no SUS, um divisor de águas na assistência em saúde da população LGBT.

A PNSILGBT não absorveu o viés patológico, expresso em boa parte das ações estratégicas da saúde existente no PNPCDH-LGBT. Ainda absorveu a responsabilidade de incluir a temática na educação permanente, fomentando estudos, pesquisas e elaboração de protocolos clínicos específicos¹⁰.

Destaca-se que, esta política passa a compreender as necessidades de saúde referentes à população LGBT em sua integralidade e não mais apenas associada à IST/HIV. Esta

temática aparece uma única vez na política como objetivo específico e não como responsabilidade e atribuição¹⁰.

Na esfera federal destacam-se os materiais produzidos pelo Ministério da Saúde que foram: Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, em 2011, a publicação Transexualidade e Travestilidade na Saúde, em 2015, Relatório do I Seminário Nacional LGBT, em 2015, e o Plano Operativo 2017-2019. O Ministério da Saúde passou a incorporar o uso do nome social em seu âmbito administrativo, respondendo assim ao Decreto nº 8727/2016, demonstrando compreender o impacto do seu como determinante de saúde para essa população. Em 2018, deu-se a última habilitação no SUS, até o momento, de ambulatório TT, perfazendo apenas seis no país, sendo o da Paraíba referência regional única do Nordeste.

Na Paraíba, na análise da primeira década destaca-se a proibição da discriminação em virtude da orientação sexual, a instituição do dia estadual da diversidade sexual. Acredita-se que esses atos tenham sido influenciados pela criação do Conselho Nacional de Combate à discriminação e o Programa Brasil sem Homofobia, que impulsionou os movimentos LGBT no Brasil e a luta por direitos dessa população¹¹.

Assim, a questão de gênero e orientação sexual passa a ser debatido com mais ênfase repercutindo em todos os âmbitos da esfera pública, dentre eles, o setor saúde. A 12.^a Conferência Nacional de Saúde pautou essa temática no SUS pela primeira vez, obrigando municípios e estados a debaterem sobre o tema, encontrando solo fértil no estado da Paraíba.

No entanto, no estado, mesmo diante do executivo federal sugerindo os debates e medidas de inclusão social e de combate a LGBTfobia como diretrizes para todos os estados, a gestão daquela época, limitou-se a legislar de forma limitada com apenas duas Leis que não ganharam visibilidade e conseqüentemente não produziu mudanças de comportamento social.

Em 2009, o Governo do Estado da Paraíba estabelece o dia estadual de combate à homofobia, lesbofobia e transfobia. Nesse momento, tem-se um contexto social com gestões estaduais diferentes. Identifica-se a inclusão do transgênero, uma vez que transfobia não está associada à orientação sexual, mas sim identidade de gênero, mesmo assim de forma bem sutil e sem impacto social, por não haver ações que dessem visibilidade a ela¹².

No mesmo ano o Governo do Estado sancionou a Lei Ordinária nº 9.025/2009, instituindo o grupo de trabalho LGBT, pelas necessidades de segurança pública dessa população e combater a LGBTfobia.

Identificou-se que até 2010 as gestões executivas são de mesma ideologia em partidos que se posicionam, no cenário nacional, como gerenciamentos de centro-direita. Na prática, não se observou mudança de comportamento, por partes dos gestores, que atendessem aos anseios por garantia de cidadania e direitos humanos desta população no estado.

Na segunda década, com a ascensão ao executivo estadual de um partido de esquerda observa-se mudança na realidade vivenciada pela população LGBT na perspectiva da garantia de direitos. Nesse sentido, o Governo do Estado da Paraíba obrigou os estabelecimentos comerciais e repartições públicas a fixarem cartazes alusivos à Lei 7.309/2003 e incluiu a proibição do preconceito por identidade de gênero, explicando a presenças dos cartazes no comércio e repartições¹³.

Essas ações demonstram que a gestão que governou de 2011 a 2018 mostrou-se mais tolerante e compreensiva com as questões de combate à discriminação e promoção dos direitos humanos LGBT.

Em 2011, o Decreto nº 32.159, da Secretaria da Diversidade Humana do Governo do Estado que determina o respeito ao uso do nome social nos serviços de registros estaduais nas repartições públicas no âmbito do poder executivo. Trata-se neste caso de um governo de centro-esquerda que já inicia trazendo ações que geram mudanças reais para esta população.

Em 2012, a Secretaria de Segurança do Estado, amplia a visita íntima a casais homoafetivos no sistema penitenciário. Neste caso, esta portaria foi fruto do trabalho desenvolvido pelo grupo de trabalho LGBT, instituído em 2010, bem como resposta ao programa Brasil sem Homofobia.

Ainda neste mesmo ano, no setor saúde, a gestão estadual da saúde cria o Comitê Estadual de Saúde para implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT. Neste momento o governo estadual, em 2 anos de efetivo exercício, assume de fato a luta contra LGBTfobia e trabalha para efetivar a PNSILGBT instituída pelo Ministério da Saúde em 2011, fortalecendo assim o programa Brasil sem Homofobia.

Em 2013 inaugurou-se o Ambulatório de Saúde Integral a Travestis e Transexuais, conhecido como Ambulatório TT,

na capital paraibana. Com isso o estado assume a demanda específica em saúde desta população com a prestação de serviços especializados para esses usuários. Este ambulatório foi o primeiro e único a começar a prestar seus serviços antes mesmo da publicação da portaria ministerial da saúde nº 2.803, que redefine e amplia o processo transexualizador no SUS, tornando-se referência para os demais estados⁷.

No ano de 2017 registraram-se vários marcos legais na gestão da Paraíba: a criação do Conselho Estadual dos Direitos LGBT, criação do ambulatório TT, obrigatoriedade da fixação de cartazes nos estabelecimentos comerciais de combate a LGBTfobia, uso do nome social nas repartições públicas e normativas no sistema de segurança pública que atenda as demandas dessa população.

Finalmente o ano de 2018, o governo do Estado institui o Centro Estadual de Referência dos Direitos LGBT e enfrentamento a LGBTfobia no município de Campina Grande-PB. Apontamos aqui mais uma ação efetiva resultado das atividades desenvolvidas pelo Conselho Estadual dos Direitos LGBT e pelo Comitê Estadual de Saúde para implementação da PNSILGBT.

O estado da Paraíba é vanguardista no empoderamento, enquanto ente federado, na garantia dos direitos humanos a população LGBT em virtude da configuração legislativa estadual, que trouxe mais segurança jurídica nos dias atuais e se concretizou de fato em ações percebidas pela própria sociedade em geral contribuindo, assim, para uma sociedade com menos desigualdade social e discriminação por qualquer natureza⁷.

Ao analisar os marcos, legais e normativos, da atenção à saúde da população TT, em seu percurso histórico no Brasil e na Paraíba, percebeu-se que cada ente federado compõe uma união indissolúvel da República Federativa e que há distintos desenvolvimentos de políticas para as populações específicas como é o caso da população LGBT, observando-se avanços significativos nos cenários nacional e estadual.

É perceptível o protagonismo do estado da Paraíba na condução da questão da diversidade sexual e identidade de gênero tendo em vista a redução de desigualdades sociais e violência, respeitando e executando as normas e marcos legais, regulados pela federação, mas também protagonista independente de demanda federal.

O estudo nos mostrou que os avanços percebidos nas demandas LGBT são frutos de momentos históricos

diferentes, com gestões públicas e legislativos com lideranças de esquerda. Em todos esses momentos o fator determinante tem sido a organização dos movimentos sociais que não desistem da luta por direitos humanos que proporcionem dentro do sistema de saúde, em todos os âmbitos, a assistência integral que a população LGBT necessita.

4. ENCAMINHAMENTOS PARA A PRÁTICA

- Contribuir como arcabouço teórico para dar visibilidade a PNSILGBT junto à APS;
- Material a ser adotado para instrumentalizar a Educação Permanente e Educação em Saúde na APS.

5. REFERÊNCIAS

1. GÖÇMEN, I.;YILMAZ, V. Exploring perceived discrimination among LGBT individuals in Turkey in education, employment, and health Care: Results of an online survey. **J Homosex**, v. 64, n. 8, p. 1052-1068, 2017.
2. ANTRA - Associação Nacional de Travestis e Transexuais do Brasil – **Dossiê: assassinatos e violência contra travestis e transexuais no Brasil em 2018**. Copyright©2019 por Bruna G. Benevides e Sayonara N. B. Nogueira. Brasil, 2019. Disponível em: <https://antrabrasil.files.wordpress.com/2019/01/dossie-dos-assassinatos-e-violencia-contra-pessoas-trans-em-2018.pdf>.

3. RONCON, P. C. O que esperam pessoas trans do Sistema Único de Saúde? **Interface (Botucatu)**, v. 22, n. 64, p. 43-53, 2018.
4. ZELUF, G. *et al.* Health, disability and quality of life among trans people in Sweden—a web-based survey. **BMC Public Health**, v. 16, p. 603, 2016.
5. CELLARD, A. A análise documental. *In*: Poupart J. Deslauries J. P. Groulx, L. H., Laperrière A.; Maeyr R.; Pires A. P. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis: Vozes, 2014.
6. BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
7. SILVA, J. B. F; SILVA, P. E; CUNHA, L. B. P. O. *et al.* Evolução histórica das políticas públicas para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no estado da Paraíba. **Rev enferm UFPE online**. v. 11, Supl. 2, p. 1096-102, 2017.
8. IRINEU, B. A. 10 anos do programa Brasil sem homofobia: notas críticas. **Temporalis** (Brasília), v. 28, p.193-220, 2014. Disponível em: periodicos.ufes.br.
9. REIDEL, M. Relatos de experiência, reflexões sobre as políticas públicas brasileiras LGBT. **REBEH**, v.1. n.1, p. 993-105, 2018.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Brasília: 1. ed., 1. reimp. 2 MS, 2013.
11. MELLO, L; AVELAR, R. B; MAROJA, D. Por onde andam as Políticas Públicas para a População LGBT no Brasil. **Soc estado**, v. 27, n. 2, p. 289-312, 2012.

12. JESUS, J. G. **Orientações sobre identidade de gênero: conceitos e termos**. 2^a Edição. Brasília, 2012.
13. CUNHA, L. R. Direitos dos transgêneros sob a perspectiva europeia. **Debater a Europa**, n.19, jul/dez 2018 Disponível em: <http://www.europe-direct-aveiro.aeva.eu/debatereuropa/>

Capítulo 18

NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA: GESTÃO DO CUIDADO À CRIANÇA COM DOENÇA CRÔNICA

*Renata Morais de Santana
Elenice Maria Cecchetti Vaz
Altamira Pereira da Silva Reichert
Neusa Collet*

1. INTRODUÇÃO

As doenças crônicas aumentam em todo o mundo, determinando uma atenção especial dos profissionais e dos gestores da saúde. Nessa perspectiva, exigem-se novas competências para qualificar a assistência integral¹, especialmente, quando se trata de crianças com doença crônica.

Para garantir a integralidade do cuidado a essa população, destaca-se a necessidade de reavaliar os serviços e programas das Redes de Atenção à Saúde (RAS) que atendam às suas demandas singulares de saúde².

A fim de ampliar a abrangência dessas redes e de centralizar suas ações na Atenção Primária à Saúde (APS), foi criado o Núcleo de Apoio à Saúde da Família³, que em

2017 passou a ser denominado Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB). Os profissionais dessas equipes têm como base o compartilhamento de saberes, práticas e gestão do cuidado, potencializando a interdisciplinaridade⁴.

Nessa direção, salienta-se a premência de mobilização de competências da gestão do cuidado à criança com doença crônica, a partir das suas múltiplas dimensões. A gestão do cuidado em saúde é definida como a oferta de tecnologias de saúde, a partir de demandas singulares de cada indivíduo, em momentos distintos de sua história, “visando seu bem-estar, segurança e autonomia para seguir com uma vida produtiva e feliz”, a qual contempla seis dimensões: individual, familiar, profissional, organizacional, sistêmica e societária⁵.

Para trabalhar nessa perspectiva, as equipes NASF-AB (EqNASF) devem atuar em parceria com as equipes de Saúde da Família (eSF) às quais estão vinculadas⁶, incluindo todos os indivíduos nos diferentes ciclos da vida e grupos populacionais, sobretudo, as crianças com doenças crônicas, considerando ainda a realidade dos territórios cobertos e o planejamento de suas ações.

Portanto, contar com o apoio do NASF-AB pode ser uma parceria imprescindível na sensibilização dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF), além de assegurar uma retaguarda especializada com relevante atuação na articulação da RAS⁷.

2. CONTEXTO DO ESTUDO

Sendo o NASF-AB uma estratégia para expansão das possibilidades de assistência na APS, objetivou-se compreender o atendimento à criança com doença crônica realizado pelo NASF-AB, na perspectiva da gestão do cuidado.

O estudo foi realizado no contexto dos NASF-AB de um município de grande porte do estado de Pernambuco, cuja RAS é composta por 268 eSF e 20 EqNASF-AB, distribuídos em oito Distritos Sanitários (DS)⁸. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), sob parecer nº 3.064.196/2018.

Foram realizados dois grupos focais (GF) nos meses de fevereiro e abril de 2019, com a participação de dez e cinco profissionais, respectivamente, que constituem as EqNASF-AB: psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, farmacêutico e assistente social. As

falas, após transcritas, foram interpretadas por meio da análise temática, seguindo três etapas: pré-análise, exploração do material, e, por fim, o tratamento e interpretação do material⁹ à luz do conceito de gestão do cuidado e da literatura pertinente.

Salienta-se que as seis dimensões da gestão do cuidado são indissociáveis entre si, ao mesmo tempo em que apresentam especificidades em cada uma delas. A dimensão individual permite que o indivíduo desenvolva novos modos de viver para o enfrentamento das implicações que a doença desencadeia; a dimensão familiar considera a família, amigos e vizinhos como coparticipantes do cuidado; a dimensão profissional identifica competência técnica, postura ética e capacidade de constituir vínculos; a dimensão organizacional é marcada pela organização do processo de trabalho; a dimensão sistêmica visa constituir “redes” ou “linhas” de cuidado, na perspectiva da integralidade, e a societária engloba as políticas públicas e como o Estado e a sociedade civil desempenham seu papel em meio a essas políticas⁵.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

As profissionais das EqNASF-AB tinham entre 29 e 45 anos de idade, e o tempo que atuavam nessas equipes variou de três a sete anos. Elas informaram, exceto uma, ter especialização nas áreas de Saúde da Família e Saúde Coletiva.

3.1 Prática clínica do NASF-AB na gestão do cuidado de crianças com doença crônica

A proposta de trabalho do NASF-AB busca superar a lógica da assistência biomédica e individual, em direção à corresponsabilização e à gestão integrada do cuidado¹⁰. É importante ressaltar que famílias de criança com doença crônica necessita do apoio de uma equipe multiprofissional, envolvida no processo de cuidado, a fim de responder às suas demandas e as da criança, para que tenham segurança em dar continuidade aos cuidados e estímulos no domicílio¹¹:

[...] fui para um caso (compartilhado pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS)) que ele (criança) recebeu as órteses do serviço A, e a avó não estava usando. Então, fui lá (na casa). Ter um profissional que chegue junto, na sua realidade para reforçar a importância é sempre muito bom. No serviço (ambulatorial), eles ensinam com bola, com rolinho, e a gente (NASF-AB) ensina com o próprio material que tem na casa (GF 2).

Na busca de uma assistência ampliada e contínua à criança com doença crônica, faz-se necessária uma aproximação do profissional com a realidade da família. Assim, visitas domiciliares (VD) são ferramentas de trabalho que favorecem o cuidado, tendo o ACS como o principal ator que interliga comunidade e profissionais da APS, possibilitando o reconhecimento *in loco* das singularidades de cada caso.

Vale ressaltar a importância da gestão do cuidado em sua dimensão familiar, nesse caso, percebe-se uma fragilidade, já que o cuidado não está sendo assumido pelos cuidadores da criança. Porém, a construção de vínculos na relação direta entre trabalhadores e usuários favorece a dimensão profissional da gestão do cuidado. O sucesso da prática no âmbito da ESF ocorre principalmente pelo envolvimento e conhecimento do território a partir do ACS, considerado como fundamental nas eSF, devido à sua importante inserção comunitária.

Destacam-se outras importantes ações das EqNASF-AB: o matriciamento e a consulta compartilhada da puericultura. Esta última caracteriza-se como um momento potente para os profissionais, que, além da identificação de possíveis alterações e afecções na criança com doença

crônica, torna-se um espaço compartilhado que oportuniza a troca de saberes e o aprendizado mútuos, aproveitando a disponibilidade e interesse de profissionais comprometidos com uma assistência pautada no cuidado integral:

[...] a gente consegue (ter acesso às mães) a partir da consulta compartilhada. Alguns profissionais (eSF) são bem abertos para fazer consulta, outros nem tanto. [...] os matriciamentos são importantes para a equipe, para que tenham esse olhar sensível de perceber quando tem algum atraso, tanto na puericultura quanto nos matriciamentos durante as reuniões (GF 2).

O apoio matricial opera no caminho da construção compartilhada do cuidado e objetiva promover a cogestão e democratização das relações nos serviços, com aumento da resolutividade das eSF, o que as prepara para a atenção ampliada à saúde¹². Na assistência compartilhada, busca-se ampliar a clínica e proporcionar a integração entre as diferentes profissões da saúde qualificando o cuidado, fortalecendo, dessa maneira, a dimensão profissional e organizacional da gestão do cuidado. Dessa maneira, reforça-se a contribuição do NASF-AB nas consultas de puericultura, possibilitando a troca entre profissionais e usuários¹³.

O NASF-AB trabalha com foco nas eSF apoiadas e nos usuários, de acordo com suas demandas singulares. Dessa forma, o acesso deve ser organizado a partir de ações que perpassam desde a promoção da saúde e prevenção de doenças até os atendimentos clínicos-assistenciais¹⁴. Ações como grupos terapêuticos utilizando a abordagem da educação em saúde com foco na promoção e prevenção vêm sendo amplamente realizadas nas unidades de saúde da família¹⁰:

[...] (essas crianças) já saíram da puericultura e ainda não estão na escola. Então, selecionamos as que vão para um grupo de estimulação (GF1).

As atividades coletivas fazem parte do escopo de possibilidades de ações de uma EqNASF, tanto em relação à promoção da saúde quanto às de cunho terapêutico. No entanto, observa-se divergência entre as eSF, pois alguns profissionais ainda compreendem que as ações do NASF-AB são separadas da equipe básica, de maneira individual e tornando o cuidado restrito aos aspectos clínicos de encaminhamentos e consultas. Já outros profissionais reconhecem a importância do trabalho do NASF-AB de forma integrada, que atenda às demandas individuais e coletivas a partir da necessidade apresentada pelas eSF¹⁵.

Portanto, compreende-se que, para que a coordenação do cuidado na RAS seja implementada pela APS, é fundamental que ocorra o trabalho em equipe, no qual todos estejam dispostos a alcançar um objetivo em comum. Dessa maneira, os profissionais estarão imersos na dimensão organizacional, que é direcionada para o processo de trabalho e sua gestão⁵.

Para as famílias de criança com doença crônica que encontram dificuldades de acesso na RAS ou na adesão aos tratamentos propostos pelos serviços ambulatoriais, o NASF-AB fornece apoio contínuo, acompanhando-os com mais regularidade nos atendimentos clínico-assistenciais:

[...] ficamos mais próximos só das famílias que têm dificuldade de fazer acompanhamento (ambulatorial) (GF1). [...] Os que ainda não conseguiram atendimento na referência (ambulatório) têm uma frequência maior de atendimento com o NASF (GF 2).

Embora as diretrizes políticas do NASF-AB contemplem o atendimento direto ao usuário, de forma compartilhada ou individual¹⁶, evidencia-se que o foco está na resolução das barreiras de acesso aos serviços de referência e não na longitudinalidade e continuidade do cuidado à população infantil com adoecimento crônico. Além disso, há uma expectativa por parte da eSF de que o

trabalho do NASF-AB esteja pautado na assistência individual, com foco na reabilitação e cura dos usuários, em uma perspectiva biologicista¹⁴.

O retrato das ações desenvolvidas para crianças com doença crônica, com foco na prática clínica, perpassa atendimentos individuais, compartilhados e ou coletivos, contemplando a dimensão profissional da gestão do cuidado.

Nessa direção, também a dimensão familiar precisa ser ressaltada como essencial para o cuidado, já que crianças não podem e não conseguem optar sozinhas por aspectos relacionados à sua saúde:

[...] precisa dar esse suporte terapêutico também à família [...] organizar (o cuidado) de acordo com as principais demandas e dificuldades que a família está trazendo (GF 1).

Acompanhar a criança com doença crônica exige a corresponsabilização dos atores envolvidos nesse processo, incluindo a família que, muitas vezes, precisa ser acolhida e ser o foco da assistência. Esse fato corrobora com a gestão do cuidado de crianças com necessidades especiais por ser complexa e por demandar acompanhamento no seu retorno à comunidade¹⁷.

Portanto, as mães da criança com doença crônica precisam de apoio das pessoas que estão mais próximas, como seus parceiros, familiares, amigos, colegas, vizinhos, bem como dos profissionais de saúde, para de ajudá-las a cuidar do filho, contemplando a dimensão familiar da gestão do cuidado.

Diante disso, é imprescindível o empoderamento dos cuidadores pelos profissionais da APS, a fim de garantir a continuidade do cuidado no domicílio mediado pela comunicação efetiva com a família, além da responsabilização pela coordenação do cuidado na RAS¹⁷. Assim, ter uma APS que coordene o cuidado de forma efetiva, com a coparticipação de equipe multiprofissional, pode facilitar o processo do cuidar, pensando na integralidade e longitudinalidade do cuidado dessas crianças¹¹.

As políticas públicas que visam aumentar o envolvimento de diferentes profissionais de diversos serviços de saúde na coordenação do cuidado podem auxiliar a APS a atender às demandas de crianças com necessidades especiais de saúde e suas famílias¹⁸. Para tanto, a assistência prestada com o envolvimento direto de uma equipe multiprofissional na corresponsabilização do

cuidado da criança com doença crônica potencializa o cuidado¹⁹.

4. ENCAMINHAMENTOS PARA A PRÁTICA

- Pensar em gestão do cuidado desafia o fazer profissional isolado e sugere integração e conexão entre profissionais dos diferentes serviços da RAS;
- Salienta-se a importância de uma equipe NASF-AB, para além da eSF, potencializando vínculos na APS;
- As ações das EqNASF são embasadas no apoio matricial que potencializa a ampliação da clínica pelas eSF, promove a troca de saberes, favorece o cuidado integral e sua coordenação pela APS;
- A VD é importante para a construção e fortalecimento do cuidado no domicílio pela família;
- Os grupos terapêuticos na APS possibilitam maior acesso e são importantes no acompanhamento próximo à realidade da criança com doença crônica;
- O acompanhamento na APS de crianças com doença crônica e suas famílias deve ocorrer de maneira longitudinal e não apenas na resolução de barreiras de acesso.

5. REFERÊNCIAS

1. NÓBREGA, V. M. *et al.* Doença crônica na infância e adolescência: continuidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 51, e03226, 2017.
2. RODRIGUES, D. C. *et al.* Access of children in chronic condition to primary care: a descriptive exploratory study. **braz. j. nurs. (Online)**, v. 15, Supl., p. 549-552, 2016.
3. BRASIL. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família-NASF. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 43, p. 38-42, 04 mar. 2008.
4. BRASIL. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 183, p. 68, 22 set. 2017.
5. CECÍLIO, L. C. O. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface (Botucatu)**, v. 15, n. 37, p. 589-599, 2011.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 27. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
7. MARQUES, F. M. A. B. *et al.* O NASF como estratégia de avanço para a integralidade do cuidado na conformação das redes de atenção à saúde. *In*: QUIRINO, T. R. L. *et al.* (org.) **O NASF e o**

trabalho na atenção básica à saúde: apontamentos práticos e experimentações. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2019. p. 33-53.

8. RECIFE. Governo Municipal. Secretaria de Saúde do Recife. Secretaria Executiva de Coordenação Geral. Gerência Geral de Planejamento. **Plano Municipal de Saúde 2014 – 2017**. 1 ed. Recife: Secretaria de Saúde do Recife, 2014. 84 p.

9. MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 14 ed. São Paulo: Hucitec; 2014.

10. ARAUJO, L. B. *et al.* Caracterização do desenvolvimento neuropsicomotor de crianças até três anos: o modelo da CIF no contexto do NASF. **Cad. Bras. Ter. Ocup.** v. 26, n. 3, p. 538-557, 2018.

11. FERNANDES, E. T. P.; SOUZA, M. N. D. L.; RODRIGUES, S. M. Práticas de grupo do Núcleo de Apoio à Saúde da Família: perspectiva do usuário. **Physis**, v. 29, e290115, 2019.

12. OLIVEIRA, M. M.; CAMPOS, G. W. S. Apoios matricial e institucional: analisando suas construções. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 20, n. 1, p. 229-238, 2015.

13. SOARES, D. G. *et al.* Implantação da puericultura e desafios do cuidado na estratégia saúde da família em um município do Estado do Ceará. **Rev. Bras. Promoção de Saúde**, v. 29, n. 1, p. 132-138, 2016.

14. BISPO JÚNIOR, J. P.; MOREIRA, D. C. Núcleos de apoio à saúde da família: concepções, implicações e desafios para o apoio matricial. **Trab. Educ. Saúde**, v. 16, n. 2, p. 683-702, ago. 2018.

15. MELO, A.; BARBOSA, T. M. Atuação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família: o entendimento de profissionais da estratégia de saúde da família de um município catarinense. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 11, n. 2, p. 25-39, 2018.
16. BRASIL. Portaria nº 483, de 01 de abril de 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 63, p. 50, 02 abr. 2014.
17. ZANELLO, E. *et al.* Continuity of care in children with special healthcare needs: a qualitative study of family's perspectives. **Ital. J. Pediatr.** Italian, v. 41, n. 1, p. 7, 2015.
18. ZANELLO, E. *et al.* Care coordination for children with special health care needs: a cohort study. **Ital. J. Pediatr.** Italian, v. 43, n. 1, p. 18, 2017.
19. MCDONALD, K. *et al.* **Care coordination measures atlas**. Version 4. Rockville, Agency for Healthcare Research and Quality. June 2014.

Capítulo 19

ATUAÇÃO DO NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA (NASF-AB) NA SAÚDE MENTAL

*Thalita Analyane Bezerra de Albuquerque
Flávia Maiele Pedroza Trajano
Ana Tereza de Medeiros
João Euclides Fernandes Braga
Luana Rodrigues de Almeida*

1. INTRODUÇÃO

O movimento de Reforma Psiquiátrica (RP) no Brasil pautou-se no questionamento das políticas públicas de Saúde Mental e organizou-se como um processo de reconstrução cultural contínuo. Esse processo almeja modificar modelos instituídos de cuidados na tentativa de enfraquecer práticas asilares e manicomiais e instituir um cuidado em saúde mental pautado na integralidade^{1,2}.

Legalmente, a RP foi respaldada com a Lei nº 10.216, de abril de 2001, que redireciona o cuidado em Saúde Mental, e propõe a extinção gradativa dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por novos modelos de cuidado, de base comunitária e com a participação das redes sociais de apoio dos indivíduos^{3,4}.

Para a transformação da assistência e superação das práticas manicomiais da Psiquiatria tradicional, o movimento de RP defende que o cuidado em Saúde Mental deve acontecer no âmbito do território, a exemplo dos serviços que integram a Atenção Básica em Saúde (ABS), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), residências terapêuticas, cooperativas de trabalho, centros de convivência e cultura, entre outros⁵.

A inserção do cuidado em Saúde Mental na ABS vislumbra a busca pela atenção na perspectiva do cuidado integral aos sujeitos, nos serviços intersetoriais, principalmente fortalecendo os que estão no território. Trata-se aqui de pensar a relação entre produção de cuidado e território como construção de ações e percursos nesse espaço que compõe as vidas cotidianas das pessoas, espaço relacional no qual a vida pulsa, para pensar quais os modos de vida que estão sendo produzidos ali e que cuidado é possível realizar⁶.

Com o intuito de fortalecer a inserção da Estratégia Saúde da Família (ESF) na rede de atenção à saúde e ampliar a abrangência, a resolutividade, a territorialização, a regionalização, bem como a ampliação das ações da ABS nacionalmente, o Ministério da Saúde criou os Núcleos de

Apoio à Saúde da Família (NASF), mediante a Portaria de nº 154, de 24 de janeiro de 2008⁷. Em 2017, o NASF tem sua nomenclatura mudada para Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), com a ampliação da sua função de retaguarda para além das equipes da ESF, incluindo outras equipes de AB⁸.

Uma das funções dos NASF – além do suporte clínico/assistencial – é o Apoio Matricial em áreas específicas (Saúde Mental, Saúde da Mulher, Saúde da Criança e do Adolescente e outras), que deve ser formado por um conjunto de profissionais que não têm, necessariamente, relação cotidiana com o usuário, mas cujas tarefas serão de prestar apoio às ESF, oferecendo um suporte tanto no cuidado direto quanto técnico-pedagógico⁹.

2. CONTEXTO DO ESTUDO

Na perspectiva de um cuidado integral e na abrangência do território existencial dos sujeitos em sofrimento psíquico, as equipes da ABS assumem posição estratégica para a mudança paradigmática tão requerida pela Saúde Mental e Atenção Psicossocial.

Nesse enfoque, a atuação efetiva do NASF é peça fundamental para a radicalização do cuidado em Saúde

Mental na ABS e daí decorre a relevância de estudos que investiguem o processo de trabalho dessa equipe e identifiquem os desafios a serem enfrentados para uma prática em saúde com potencial para transformar a realidade.

Nesse contexto, esta pesquisa apresenta como objetivo compreender a atuação do NASF – sob a ótica de gestores em saúde, de trabalhadores da ESF e do NASF – com ênfase no processo do Apoio Matricial em Saúde Mental na Atenção Básica à Saúde.

Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva, com abordagem qualitativa. O estudo foi desenvolvido em uma Unidade Integrada de Saúde da Família (USF) do Distrito Sanitário (DS) III, localizada em João Pessoa, Paraíba, Brasil. Para entrevista com o gestor, também foi visitada a sede do DS III.

A amostra foi composta por dez profissionais da AB nos níveis de gestão do DS, NASF e ESF. Para a seleção dos participantes, foram utilizados os seguintes critérios de elegibilidade: atuar na equipe de saúde do serviço, cenário da pesquisa, há, pelo menos, seis meses e desenvolver as atividades profissionais no período da investigação.

Como fonte do material empírico, foram utilizados os depoimentos dos profissionais obtidos por meio de

entrevistas semiestruturadas, que foram gravadas, transcritas em sua íntegra e analisadas de acordo com a técnica de Análise de Discurso proposta por Fiorin¹⁰.

As entrevistas foram realizadas após a concordância dos colaboradores, agendamento prévio com cada um deles e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O estudo foi autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba, respeitando os princípios éticos dispostos pela Resolução nº 466/12¹¹, segundo protocolo CAAE de número 62362116.0.0000.5188.

Para a garantia da privacidade dos participantes da pesquisa, eles foram codificados pelas siglas: “PGD”, para profissional da gestão distrital; “PNASF”, para profissional do NASF e “PESF”, para os profissionais das ESF. O número que acompanha a sigla (1,2,3 entre outros) indica a ordem de realização das entrevistas.

Após a transcrição das entrevistas, impressão e leitura dos textos, ocorreu a identificação de temas e da seguinte categoria - *A atuação do NASF em Saúde Mental na ABS: possibilidades e desafios.*

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O NASF deve ser constituído por uma equipe em que profissionais de diferentes áreas de conhecimento atuem em conjunto com os profissionais das ESF, partilhando e contribuindo nas práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das equipes da ESF¹². Essa composição é definida pelos gestores municipais e pelas equipes com base em critérios de prioridades identificados a partir das realidades locais e da disponibilidade de profissionais¹³.

Ao indagar o profissional da gestão dos NASF sobre como se compõe atualmente as equipes, enfatizou-se que há nove equipes NASF no distrito e, dessas, cinco apresentam profissional de Saúde Mental (psicólogo). Isso também é visualizado pelos profissionais NASF e ESF e apoiado nas falas descritas a seguir:

[...] não são todos os NASF que têm psicólogo, mas todos têm uma psicóloga de referência. E, mesmo assim, tem profissionais, como assistentes sociais, educadores físicos, que se identificam muito com a temática. [...] por exemplo, no NASF 17, tinha um educador físico que [...] era um dos que tomavam a frente do grupo de dependência química, esse mesmo, faz também “aulões”, duas vezes na semana, num ginásio [...]. (PNASF1)

[...] a psicóloga aqui, ela fica aqui e [...] com oito equipes isoladas, quatro multiplicado por dois, né? Aparece aqui uma vez ou duas

vezes por semana; daí, ramifica para o CAPS, o PASM e para hospital psiquiátrico, mas em surto [...]. (PESF1)

O fato de não haver um profissional formado/especializado na área de atuação em Saúde Mental em todos os NASF incita outros profissionais a atuarem olhando para esse segmento, ao mesmo tempo em que também fragiliza o apoio às ESF, principalmente no âmbito técnico-pedagógico.

A fragilidade, pela falta de profissionais referência, é enfatizada pelos profissionais das ESF e apoiada nos seguintes depoimentos:

[...] a psicóloga faz as visitas conosco, só que, na maioria das vezes, são os casos que a família vem solicitar. Nisso aí, ela dá um suporte muito bom, só que são muitos pacientes para ela, então, termina fragilizando a assistência. O ideal, no meu ver [...], era para ter um profissional desse para dar suporte [...] a uma Unidade Integrada, que já seria imenso [...]. (PESF2)

Para o matriciamento acontecer, é importante existir um bom quantitativo de profissionais referência para que se efetive o apoio técnico-pedagógico aos trabalhadores da ABS e, com isso, cada um possa contribuir com sua ótica, ampliando a compreensão e a resolutividade da ESF em Saúde Mental^{9,14}.

Com relação à saúde mental, a portaria que institui o NASF recomenda que, tendo em vista a magnitude epidemiológica de pacientes em sofrimento psíquico ou com transtornos mentais, cada NASF deva contar com, pelo menos, um profissional da área de Saúde Mental⁷.

Um outro tema identificado nas entrevistas refere-se à formação técnico-pedagógica dos profissionais do NASF. Quando perguntado sobre o processo de contratação e formação específica em Saúde Mental, para o profissional do NASF, a gestão relata:

[...] (formação) específica não há. Eles vêm e a gente tem uma área temática de políticas públicas da secretaria, que é quem faz o matriciamento dos profissionais do NASF em Saúde Mental. Mas não são só os profissionais de Psicologia, todos têm que ter capacitação [...], de abordar o usuário com qualquer tipo de transtorno em Saúde Mental, [...] saber fazer abordagem, conhecer a rede, entender quais são os fluxos, que profissionais podem ser acionados, para onde encaminhar esse usuário [...]. (PGD1)

Ao perguntar, para o profissional do NASF, como essa formação é realizada pela gestão do distrito, o profissional enfatiza uma capacitação para conhecimento do território, sem mencionar questões relativas ao cuidado em Saúde Mental e à RAPS:

[...] eles passam pra gente o conhecimento do território, entendeu? Aí, eles orientam a gente muito, o distrito, que está com a gente em reuniões semanais, [...] a gente conhecer o território, mas, aí, a gente que procura saber com os profissionais, é até o papel da gente, [...] não é para os profissionais ficarem atrás da gente para gente conhecer, não. Aí, a gente conhece muito, assim, através das maquetes e dos próprios agentes comunitários... eles auxiliam muito a gente [...]. (PNASF1)

Percebe-se que os profissionais iniciam sua atuação na ABS com pouca ou nenhuma qualificação teórica e/ou prática e vão descobrindo, no cotidiano do serviço, como desempenhar suas funções. A falta do conhecimento sobre o que, de fato, é o Apoio Matricial, associada à baixa capacitação dos profissionais, produz um trabalho que, muitas vezes, vai de encontro ao que é preconizado pelo Ministério da Saúde, que orienta que as intervenções individuais e diretas realizadas pelos profissionais do NASF aconteçam apenas em situações de necessidade. Essa distorção entre a intenção da política e a prática acentua-se quando são casos de Saúde Mental¹⁴.

Quando indagada sobre as principais atividades e agendas do NASF junto às ESF e participação de reuniões e matriciamentos, a psicóloga relata que:

[...] a gente faz tudo, tanto de caso, como ação, do que é pedido, programação de sala de espera, de atendimento. Porque, assim, tanto a gente realiza enquanto a equipe NASF, quanto individual. A gente sempre faz a programação uma semana antes. [...] contempla ações de saúde, atendimento individual, acompanhamento dos grupos, dos grupos operativos, [...] sala de espera e discussão de casos com a equipe [...]. (PNASF1)

[...] há participação da equipe nas reuniões, não todas as vezes, mas existe. Normalmente, quem mais participa são os enfermeiros. Porque, querendo ou não, o enfermeiro, ele desenvolveu um papel de liderança muito grande na maioria das equipes [...]. (PNASF1)

A participação e o diálogo entre todos profissionais da equipe, entre as equipes e os gestores nas reuniões, discussão de casos – a partir dos encontros oportunizados na unidade de saúde e/ou na comunidade – são condições para a consolidação do matriciamento. Na Saúde Mental, o matricialmente constitui-se em um momento produtivo para a ampliação do cuidado, a partir da construção de novas práticas, e para a formação em saúde¹⁶.

Dessa maneira, esses momentos de ação matricial precisam ser valorizados como instrumentos com potencialidades para promover a superação do modelo

tradicional biomédico de assistência e garantir os princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS).

Destaca-se, ainda, a partir do último depoimento, a participação efetiva do enfermeiro, principal categoria profissional no exercício do gerenciamento do cuidado na AB, desempenhando seu papel para a qualificação do cuidado e melhoria das condições de trabalho¹⁷.

4. ENCAMINHAMENTOS PARA A PRÁTICA

- Evidenciar e suscitar a reflexão sobre os entraves para a consolidação de ações estratégicas que tenham como foco o cuidado em saúde mental na ABS;
- Defender que a superação desses desafios é importante para o atendimento às diretrizes da ABS e do NASF e efetivação dos princípios do SUS, além da articulação na rede de saúde e atenção psicossocial;
- Subsidiar, a partir da problematização da realidade, a reorientação do processo de trabalho dos profissionais envolvidos (gestão, NASF e ESF), bem como a tomada de decisão da gestão para a implementação de novas práticas e políticas de cuidado em saúde mental no território.

- Contribuir para a garantia da qualidade e integralidade do cuidado ofertado às pessoas em sofrimento mental que acessam os serviços da ABS.

5. REFERÊNCIAS

1. MAGALHAES, R. P.; ALTOE, S. E. Dentro e fora: tecendo reflexões sobre um hospital de custódia. **Pesqui. prá. psicossociais**, Minas Gerais, v. 15. n. 1. p. 01-13, 2020.
2. OLIVEIRA, E. C. *et al.* O cuidado em saúde mental no território. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 01-07, 2017.
3. BRASIL, Presidência da República. **Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001**. Brasília-DF. 2001.
4. RAMOS, D. K. R.; PAIVA, I. K. S.; GUIMARÃES, J. Pesquisa qualitativa no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira: vozes, lugares, saberes/fazer. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 24. n. 3, p. 839-852, 2019.
5. BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria Nº 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Senado, 2011.
6. YASUI, S.; LUZIO, C. A.; AMARANTE, P. Atenção psicossocial e atenção básica: a vida como ela é no território. **Rev. Polis e Psique**, v. 8, n 1, p. 173-190, 2018.

7. BRASIL. **Portaria Nº 154, de 24 de janeiro de 2008.** Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Brasília, DF: Senado 2008.
8. BRASIL. **Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Senado, 2017.
9. BRASIL, **Guia prático de Matriciamento em Saúde Mental /** Dulce Helena Chiaverini (Organizadora); *et al.* [Brasília]: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.
10. FIORIN, J.L. **Linguagem e Ideologia.** 8. ed: Ática, São Paulo. 2007. 85 p.
11. BRASIL, Ministério da Saúde. **Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2012.
12. BRASIL, **Diretrizes do NASF:** Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
13. BRASIL, Ministério da Saúde. **Passo a Passo das Ações do Departamento de Atenção Básica.** Série E. Legislação de Saúde. Brasília, 2013.
14. ALVAREZ, A. P. E.; VIEIRA, Á. C. D.; ALMEIDA, F. A. Núcleo de Apoio à Saúde da Família e os desafios para a saúde mental na atenção básica. **Physis**, v.29. n.4. p. 1-17, 2019.

15. CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciênc. saúde coletiva**, v.5. n.2. p. 219-230, 2000.
16. IGLESIAS, A; AVELLAR, L. Z. Matriciamento em Saúde Mental: práticas e concepções trazidas por equipes de referência, matriciadores e gestores. **Ciênc. saúde coletiva**, v.24 n.4, p.1247-1254, 2019.
17. FERMINO, V, *et al.* Estratégia Saúde da Família: gerenciamento do cuidado de enfermagem. **Rev. eletrônica enferm.** v, 19, n. 05, p. 1-10 2017.

Capítulo 20

DISCURSOS SOBRE A SAÚDE DO TRABALHADOR ENTRE TRABALHADORES DO NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA: UM OLHAR SOBRE A FORMAÇÃO

*Robson da Fonseca Neves
Andreia Marinho Barbosa
Maria Gabriela Alves de Brito
Maria Cláudia Gatto Cardia*

Antônio Geraldo Cidrão de Carvalho

1. INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) surgiu como proposta do Ministério da Saúde para reestruturar a Atenção Primária à Saúde (APS) com foco na família dentro do seu ambiente físico e social, cuja atuação interdisciplinar contribuiria para expandir sua capacidade resolutiva através de uma prática social coletiva, democrática e participativa ¹.

O Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) foi instituído em 2008, pautado no modelo teórico de Apoio Matricial para assessorar as equipes de APS com conhecimentos especializados, oferecendo retaguarda assistencial e suporte técnico-pedagógico sem assumir a referência do cuidado ².

Ainda que, por um lado, a diversidade de áreas de conhecimentos dos profissionais do NASF-AB favoreça a elaboração de propostas direcionadas à integralidade da Saúde do Trabalhador (ST) nos territórios da APS ³, por outro, são postas na literatura diversas dificuldades quanto à adoção de práticas em ST nesse âmbito de atenção. Entre elas, a deficiência na formação dos profissionais de saúde vinculados à APS ⁴⁻⁷.

A formação para atuar na APS deve levar em consideração a demanda dos serviços de saúde e a capacitação dos trabalhadores. Tal formação não está apenas relacionada aos cursos de graduação, mas envolve também a educação continuada e, principalmente, a educação permanente dentro de cada realidade ⁶. Contudo, é escassa a produção que trata da formação de profissionais de saúde para atuarem na APS.

Um estudo realizado com médicos e enfermeiros no município de Aparecida de Goiânia – Goiás conclui que esses profissionais percebem a importância das ações voltadas à ST, mas não possuem experiência acadêmica nem profissional para entender a influência do trabalho na saúde, o que aponta para a necessidade de discutir e abordar a ST na

graduação e em especializações, além de na educação permanente ⁶.

2. CONTEXTO DO ESTUDO

O campo da ST ainda é recente enquanto política pública de saúde na APS. Por isso, suas ações são, muitas vezes, desconhecidas pelos profissionais de saúde, carecendo de atenção e desenvolvimento de estratégias eficazes⁷. Disso decorre a importância de realizar uma investigação que aborde quais os discursos adotados pelos profissionais do NASF-AB em relação à ST na sua formação.

Na saúde, os discursos dos sujeitos notabilizam sua visão da sociedade e da natureza, da historicidade das relações, da forma de organização da sociedade, das condições de produção e reprodução social ⁸.

Nesse estudo, ao utilizar a Análise de Discurso (AD) como referencial teórico-metodológico ⁹, esperou-se que o discurso dos profissionais ajudasse a entender de que modo a formação se articula às ações em ST no âmbito da APS.

O estudo foi produzido com as equipes NASF-AB (EqNASF-AB) da 9ª região de Saúde do Estado da Paraíba, sendo o tamanho da amostra definido pelo critério de saturação teórica¹⁰, totalizando 13 participantes repre-

sentantes das seguintes categorias profissionais: 4 Fisioterapeutas (Fi), 4 Psicólogos (Ps), 2 Nutricionistas (Nu), 2 Assistentes Sociais (As) e 1 Fonoaudiólogo (Fo).

Os dados qualitativos foram obtidos entre novembro/2018 e fevereiro/2019, a partir da técnica de entrevista semiestruturada ⁸, gravada, transcrita e analisada através de duas etapas: Fase 1. análise – leitura flutuante e primeiras hipóteses; e, Fase 2. escrita da análise com aplicação das três perguntas heurísticas, que buscaram identificar o conceito-análise presente no texto, como o texto construiu esse conceito-análise e a qual discurso pertence o conceito-análise construído da maneira como o texto constrói ¹¹.

Neste estudo, optou-se por definir os conceitos-análise *a posteriori*: “formação em saúde do trabalhador” e “educação permanente em saúde do trabalhador”.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP conforme parecer consubstanciado nº 2.677.650, atentando-se às Resoluções 466/2012 e 510/2016 do Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa durante todas as fases do seu desenvolvimento.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Formação em Saúde do Trabalhador

Quando os profissionais foram questionados se haviam tido algum contato com a ST durante sua formação, pós-graduação, capacitação, aperfeiçoamento ou atuação profissional, as marcas textuais predominantes foram de negativas:

“Na graduação? Não! Nenhuma.” (Fo1); “experiência não tenho nenhuma, assim na prática” (As1). Outras, suavizaram as negativas: “Sim! [...] fizemos um projeto de extensão junto com a professora da disciplina [...] teve um estágio remunerado [...] (Fi1); “Sim, na pós[...] e na minha formação, nós tivemos alguns estudos, né?”(As2).

O discurso hegemônico foi o de não ter tido contato com a ST durante a sua graduação. Nos casos daqueles que tiveram, o foco foi a ergonomia e as patologias do trabalho e em experiências pontuais que não fazem parte da matriz curricular obrigatória. Esses discursos demonstram que a ST não figura como conteúdo de formação importante em alguns cursos.

Outrossim, pensar no estudo da ST resumido a ergonomia, as patologias do trabalho, os projetos de extensão ou os estágios não obrigatórios tendo práticas

focadas na realização de ginástica laboral e na assistência aos trabalhadores adoecidos limita o acesso dos graduandos à complexidade da ST e ao leque de possibilidades que ela representa, sobretudo quando refletimos sobre o desafio de produzir cuidado em ST nos territórios de abrangência da APS. Neste contexto, as ações em ST precisam alicerçar-se em conteúdos que extrapolem os conhecimentos de patologia e ergonomia, os quais olhem para processos produtivos como indústrias, empresas e similares, reificando as noções de Saúde Ocupacional (SO) e Medicina do Trabalho (MT) em detrimento de uma visão que não nega as anteriores, mas que amplia o escopo de atuação no campo da ST.

Na APS, o foco deve incluir variáveis do território, como processos produtivos intradomiciliares, extradomiciliares, tipos diferenciados de trabalhadores (formais, informais, trabalho infantil, desempregados etc.) e, por fim, as relações de trabalho com o ambiente e com a comunidade¹². Mais que isso, é preciso revigorar o debate sobre a importância da ST como conteúdo obrigatório nos demais cursos de graduação.

A ausência dos conteúdos de ST na formação destes profissionais pode ser explicada pela lacuna do tema nas

Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) de seus cursos, o que deixa a critério das Instituições de Ensino Superior (IES) acrescentar ou não o ensino da ST à matriz curricular de cada curso¹³⁻¹⁵.

Mori e Naghettini⁶ reforçam a necessidade de programas de formação em ST no que diz respeito a identificação, intervenção e prevenção das doenças relacionadas ao trabalho. Trazem, ainda, que os cursos de graduação na área da saúde deveriam fornecer competências mínimas para os profissionais compreenderem as relações existentes entre o trabalho e a saúde dos trabalhadores, por meio da abordagem de temas como a educação em saúde, a prevenção de acidentes, a assistência direta e a formação de grupos de apoio. Advoga-se, aqui, que precisamos ir além do que foi colocado acima: é preciso uma compreensão ampla sobre os determinantes sociais da saúde e sobre as relações complexas entre trabalho, território e processo saúde-doença.

3.2 Educação permanente em Saúde do Trabalhador

Durante a entrevista, os profissionais foram questionados sobre o que tem dificultado e facilitado a execução de ações de ST por parte de cada um deles. Os discursos

apontaram ao mesmo norte: à falta de conhecimento específico sobre ST, como declarado nesta marca textual:

“Eu acredito que seja realmente assim é... o acesso a capacitações, disponibilizados pelo próprio município pra qualificar mais ainda este profissional [...]” (Ps1).

Também se aventou a falta de iniciativa dos próprios profissionais em buscar conhecer mais a respeito da ST e de outros temas que fazem parte do dia a dia de trabalho deles, como demonstra:

“Então assim, o... Ministério da Saúde tem várias cartilhas lá dentro, e uma delas é de saúde do trabalhador, então [...] a gente poderia... ler com os mais diversos profissionais ali dentro, cada um tem o seu olhar, cada um pode construir algo que possa contribuir frente aquilo dali, né?” (Ps2).

Os discursos revelaram duas posições importantes. Por um lado, o vazio deixado pelo Estado no sentido de fomentar a discussão do tema ST em suas formações programadas e, por outro, a inércia dos próprios profissionais por não se debruçarem sobre a literatura existente e poder compor no NASF-AB ações mais ajustadas à realidade da APS.

O Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) como estratégia do SUS para a formação e o aprimoramento dos seus profissionais, buscando estruturar a integração entre ensino, serviço e comunidade, além de assumir a regionalização da gestão do SUS como base para o desenvolvimento de iniciativas qualificadas ao enfrentamento das necessidades e dificuldades do sistema, a fim de produzir repercussão positiva sobre a saúde individual e coletiva ¹⁶.

Algumas ferramentas auxiliam na EPS, como, por exemplo, o Projeto Terapêutico Singular (PTS) que é um agrupamento de projetos de condutas terapêuticas articuladas, sendo este agrupamento um produto do debate coletivo de uma equipe interdisciplinar – ESF e/com NASF-AB¹⁷.

Outra ferramenta são as visitas domiciliares, frequentemente realizadas pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS). Quando há necessidade, a equipe de APS aciona a equipe de apoio para realizar a visita domiciliar compartilhada, elaborando uma oportunidade para operar também como estratégia de educação permanente e preservação do vínculo ¹⁸.

A reunião de apoio matricial, que ocorre periodicamente e é reservada à problematização, planejamento, programação, execução e avaliação de ações colaborativas entre equipes de APS, NASF-AB, Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) e referências técnicas em ST, também se constitui como espaço de EPS, pois promove a discussão de casos e temas significativos do território, escolhidos pela equipe de referência ou de apoio, além de possibilitar o planejamento e programação de ações; a criação de propostas de grupos e ações educativas; atendimentos e intervenções entre as equipes; ações de vigilância em saúde; monitoramento etc ¹⁸.

Conclui-se que as ferramentas disponíveis PTS, visitas domiciliares, visitas compartilhadas, apoio matricial etc. são de fato potentes arranjos capazes de ajudar os profissionais da saúde a promover a sua própria capacitação no âmbito do compartilhamento de saberes. Contudo, a presença das mesmas não pode significar o esvaziamento do Estado de sua responsabilidade em capacitar periodicamente sua força de trabalho com investimentos educacionais como cursos, seminários e outros processos formativos de longa duração.

4. ENCAMINHAMENTOS PARA A PRÁTICA

- Dispensar, por meios digitais (síncronos e assíncronos) e presenciais, fóruns, seminários, cursos etc. sobre ST para os profissionais que estão na APS e precisam desenvolver ações nessa linha de cuidado.
- Estimular o uso das tecnologias na APS (PTS, apoio matricial, visitas compartilhadas, entre outras) como forma de empoderamento do próprio trabalhador no seu processo de formação para ST.
- Cobrar do Estado a responsabilidade e participação mais efetiva na educação continuada voltada à ST para os profissionais que atuam na APS.
- Propor o debate sobre a inclusão e/ou o fortalecimento dos temas relacionados à ST no currículo dos cursos de graduação em saúde de forma que contemplem a complexidade apontada na PNSTT.

5. REFERÊNCIAS

1. PEREIRA, I. C.; OLIVEIRA, M. A. C. O trabalho do agente comunitário na promoção da saúde: revisão integrativa da literatura. **REBEN**, Brasília, v. 66, n. 3, p. 412-419, 2013.
2. CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho

- interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.
3. SOUZA, T. S.; VIRGENS, L. S. Saúde do trabalhador na Atenção Básica: interfaces e desafios. **Rev. bras. saúde ocup.**, v. 38, n. 128, p. 292-301, 2013.
4. SILVA, T. L.; DIAS, E. C.; RIBEIRO, E. C. O. Knowledge and practices of community health agents in workers' healthcare. **Interface (Botucatu)**, v. 15, n. 38, p. 859-870, 2011.
5. DIAS, E. C.; SILVA, T. L. Contribuições da Atenção Primária em Saúde para a implementação da Política Nacional de Saúde e Segurança no Trabalho (PNSST). **Rev. bras. saúde ocup.**, v. 38, n. 127, p. 31-43, 2013.
6. MORI, E. C.; NAGHETTINI, A. V. Formação de médicos e enfermeiros da estratégia Saúde da Família no aspecto da saúde do trabalhador. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 50, n. spe, p. 25-31, 2016.
7. SILVA, A.; FERRAZ, L.; RODRIGUES-JUNIOR, S. A. Ações em Saúde do Trabalhador desenvolvidas na Atenção Primária no município de Chapecó, Santa Catarina. **Rev. bras. saúde ocup.**, v. 41, n. e16, 2016.
8. MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.
9. ORLANDI, E. P. **Análise de Discurso**: princípios & procedimentos. 8. ed. Campinas: Pontes, 2009.
10. SOUSA, F. G. M.; ERDMANN, A. L.; MAGALHÃES, A. L. P. Contornos conceituais e estruturais da pesquisa qualitativa. In: LACERDA, A. R.; COSTENARO, R. G. S. (Org). **Metodologias da Pesquisa para Enfermagem e Saúde**: da teoria à prática. Porto Alegre: Moriá, 2015. p. 99-122.

11. SOUZA, S. A. F. **Análise de discurso**: procedimentos metodológicos. Manaus: Instituto Census, 2014.
12. SANTOS, A. L.; RIGOTTO, R. M. Território e Territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. **Trab. Educ. Saúde**, v. 8 n. 3, p. 387-406, 2011.
13. CNE/CES. Resolução CNE/CES nº 4, de 19 de fevereiro de 2002. **Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia**. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES042000.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2020.
14. CNE/CES. Resolução CNE/CES nº 5, de 19 de fevereiro de 2002. **Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fonoaudiologia**. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES052002.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2020.
15. CNE/CES. Resolução CNE/CES nº 5, de 15 de março de 2011. **Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Psicologia, estabelecendo normas para o projeto pedagógico complementar para a Formação de Professores de Psicologia**. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=7692-rces005-11-pdf&Itemid=30192. Acesso em: 30 mar. 2020.
16. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF. 13 fev. 2004.

17. OLIVEIRA, G. N. O projeto Terapêutico Singular. *In*: CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

18. BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde do trabalhador e da trabalhadora**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

Capítulo 21

INSTRUMENTOS E ESTRÁTEGIAS DE RASTREIO DE SINTOMAS DEPRESSIVOS EM IDOSOS

*Carla Nayara dos Santos Souza Veras
Jaqueline Carvalho e Silva Sales
Fernando José Guedes da Silva Júnior
Angélica Martins de Souza Gonçalves
Claudete Ferreira de Souza Monteiro*

1. INTRODUÇÃO

A proporção de pessoas com 60 anos ou mais tem crescido mundialmente. No Brasil, as estimativas apontam que, em 2025, o País ocupará a sexta posição entre as nações com maior número de idosos. No Piauí, os idosos correspondem a 331.877. Na cidade de Batalha, a proporção da população nessa faixa etária é de aproximadamente 11%¹⁻².

O envelhecimento pode ser caracterizado por alterações morfológicas e funcionais, embora seja um processo fisiológico e universal. Viver esse ciclo da vida pode estar relacionado ao surgimento de doenças, com destaque para a Depressão³.

A Depressão é uma doença de natureza multifatorial, que envolve aspectos funcionais, biológicos, psicológicos,

sociais e se apresenta de forma heterogênea nessa faixa etária. Os sintomas se manifestam, sobretudo, por meio de humor deprimido e anedonia. O contexto que o idoso vive e suas vulnerabilidades têm contribuído para o desencadeamento desse agravo⁴.

As ações de saúde mental realizadas na atenção básica (AB), não apresentam uniformidade em sua execução, o que dificulta, a realização do trabalho qualificado à população assistida. Torna-se necessário assegurar aos profissionais capacitação para identificar sintomas de Depressão⁵⁻⁶.

Entre esses profissionais, destaca-se que o enfermeiro poderá encontrar dificuldades em diferenciar os sintomas depressivos no idoso, daqueles próprios do envelhecimento⁷. Todavia, existem instrumentos validados e recomendados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que podem ser utilizados para rastreio de maneira segura, eficaz e que pode ser aplicado na AB pelo enfermeiro⁸⁻⁹.

2. CONTEXTO DO ESTUDO

A elevada prevalência de Depressão entre idosos, somada à negligência nas práticas de rastreamento dessa problemática tem contribuído para o aumento de desfechos

irreversíveis para eles e, conseqüentemente, para suas famílias.

Tendo em vista a contextualização apresentada, o estudo teve como objetivos: analisar o conhecimento de enfermeiros sobre instrumentos e estratégias utilizadas para o rastreamento de sintomas depressivos em idosos.

Para tanto, realizou-se estudo descritivo com abordagem qualitativa, desenvolvido no Município de Batalha, no estado do Piauí. Participaram 12 enfermeiros, de ambos os sexos, cadastrados nas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e da Estratégia Agentes Comunitários de Saúde (EACS) e que exerciam a profissão há, pelo menos, 6 meses.

Para a coleta de dados, utilizou-se roteiro de entrevista contendo perguntas abertas. Foi apresentado aos participantes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme rege a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde¹⁰.

As entrevistas foram realizadas em consultórios de enfermagem das Unidades Básicas de Saúde (UBS), entre os meses de novembro de 2018 e março de 2019 e gravadas em Mp3. Para análise dos dados, utilizou-se análise de

conteúdo¹¹ e a discussão foi fundamentada pela Teoria Holística¹².

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Piauí (UFPI), (Parecer nº. 2.975.814).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados obtidos revelaram que o tempo de atuação dos enfermeiros na ESF e EACS variava entre um e 11 anos, sendo 11 do sexo feminino e um do sexo masculino, os quais têm entre 25 e 54 anos. A partir das entrevistas formaram-se duas categorias analíticas.

3.1 (Des)conhecimento de instrumentos para rastreamento de sintomas depressivos em idosos

As escalas que avaliam a Depressão configuram-se como instrumentos importantes, por facilitarem a identificação dos sintomas depressivos e auxiliarem no diagnóstico e terapêutica adequados, bem como na prevenção dos fatores de risco que possam estar envolvidos nesse processo de adoecimento¹³⁻¹⁴.

Os trechos abaixo expressam o (des)conhecimento de alguns participantes sobre instrumentos de rastreio de sintomas depressivos em idosos:

Não conheço [...] a gente não usou nenhum tipo de escala. Nem conheço, nem na faculdade não foi mostrado pra gente. (E7)

[...] Não me lembro, não me vem na cabeça nenhum. Eu sei que tem, mas não me vem na minha cabeça nenhum agora. (E11)

Não, só a ficha de acompanhamento. Não conheço escala. (E12)

Observa-se que houve convergência nos depoimentos, no que diz respeito ao desconhecimento sobre instrumentos de rastreio de sintomas depressivos em idosos. Deve-se destacar que o conhecimento é imprescindível para boa condução da prática clínica, uma vez que possibilita um saber-fazer seguro e adequado para cada caso.

É evidente a existência de lacunas na formação dos profissionais na área da saúde mental. Essa afirmação pode encontrar justificativa na formação acadêmica em relação à assistência em saúde mental, muitas vezes, pautada em ações curativistas e fragmentadas, em vez de preventivas e que promovam a saúde integralmente. Em virtude dessa

falha, os enfermeiros devem procurar atualizar-se após a graduação, para condução de prática segura e eficaz, a exemplo do rastreio de paciente com alterações mentais, a partir da utilização de escalas¹⁵.

O enfermeiro que trabalha na AB deve estar preparado para atendimento a pessoa idosa, identificando a sintomatologia apresentada por eles e estabelecendo possível relação com a depressão. Assim, no cotidiano de trabalho do enfermeiro, a aplicação de escalas que facilitam a identificação de sintomas depressivos em idosos deve ser prioridade, pois possibilitará a elaboração de intervenções baseadas nas necessidades e individualidades desse grupo populacional. Além disso, permitirá uma assistência mais humana e integral, como recomendado pela Teoria Holística, uma vez que a sintomatologia depressiva pode ser minimizada com a utilização de terapêuticas adequadas¹⁶.

Outros enfermeiros expressam um conhecimento superficial da Escala de Depressão Geriátrica (EDG) e, por conseguinte, a sua não aplicabilidade no cotidiano de trabalho na AB foram expressos pelos enfermeiros.

[...] Eu já li, mas assim pra usar no dia a dia não [...] tem as perguntinhas sobre ela, se o paciente tá satisfeito. (E3)

[...] Tem a escala, não utilizo essa escala, vi na graduação, mas muito superficialmente. (E4)

Tem a escala de depressão geriátrica. Poucas vezes, eu vi ser usada. Não usei ainda. Aqui na minha experiência na atenção básica eu não usei. [...] Ela é muito rica no sentido de identificar os problemas e tratar não só a Depressão em si, mas trabalhar com a pessoa idosa, desenvolver atividades de prevenção, prevenir. (E9)

O desconhecimento ou um conhecimento superficial dos depoentes sobre a EDG pode encontrar justificativa na formação deficitária desse profissional. No entanto, pode-se inferir que, após a graduação e durante sua atuação profissional, esses enfermeiros não buscaram novos conhecimentos ou aperfeiçoamentos na área de saúde mental.

A Teoria Holística poderá nortear o enfermeiro a estimular a interação dos idosos com sua família e sistema social; promover a adaptação dele ao meio onde vive e em relação às dependências que os sintomas depressivos podem trazer, a partir de um planejamento adequado para que ele possa buscar sua autonomia¹⁷⁻¹⁸.

3.2 Estratégias de rastreio de sintomas depressivos em idosos

O acolhimento e a escuta qualificada configuram-se como tecnologias leves a serem desenvolvidas pelos profissionais da ESF que possibilitam o rastreamento da sintomatologia depressiva no idoso. Desse modo, os enfermeiros devem acolher, escutar e dialogar com o paciente, para que ele entenda sua contribuição no tratamento, explicar sobre o declínio ou persistência dos sintomas, bem como esclarecer suas dúvidas e apoiá-los no que for necessário¹³.

As estratégias de rastreio de sintomas depressivos em idosos utilizadas pelos enfermeiros foram: ouvir, olhar atentamente, conversar/dialogar nas consultas e nas visitas domiciliares e atividades educativas, além do apoio da família:

Eu acho que deveria ouvir ele, olhar para ele, eu acho que o instrumento seria esse, é o que o SUS fala tanto na humanização [...]. A escuta, o conversar. (E1)

Conversar com a família e tentar fazer alguma atividade que o inclua alguma atividade educativa [...] (E2)

Na conversa inicial, detecto aqueles sintomas – emocional abalado, isolamento [...]. A gente faz esse rastreamento também com palestras,

consultas, às vezes, se for o caso, faz uma busca na visita domiciliar. (E10)

Observa-se uma variedade de estratégias de rastreio utilizadas na identificação da sintomatologia depressiva no idoso, entretanto a conversa/diálogo foi expressa por todos eles, o que demonstra sua relevância para o cuidar, podendo ser desenvolvida durante as consultas, visitas domiciliares e atividades coletivas.

Porém, para ampliar o alcance dessa estratégia, é necessária a escuta qualificada, que se configura como elemento central para concretizar o cuidado, por ser mediadora da integralidade, que se faz com uso de todos os recursos disponíveis no atendimento às necessidades e singularidade dos sujeitos¹⁵.

A promoção do cuidado holístico, a instituição de terapêuticas adequadas, a participação em atividades na comunidade e a formação de redes de apoio social são fundamentais para a melhora e manutenção da qualidade de vida de idosos com sintomatologia depressiva¹⁹. O desenvolvimento dessas ações possibilita a expressão de sentimentos e a adaptação do indivíduo à sintomatologia depressiva ou à doença propriamente dita.

Entretanto, pela complexidade que envolve o tratamento da depressão, poderá ser difícil o curso dessa adaptação. Dessa forma, com embasamento da Teoria Holística, as intervenções de enfermagem devem ser complementadas por ações de apoio, quando não se pode ajudar na cura, mas no seu controle, com atividades que promovam o bem-estar dos idosos, com vistas à conservação do indivíduo como um todo¹².

4. ENCAMINHAMENTOS PARA A PRÁTICA

- Qualificar enfermeiros da AB para o manejo de usuários com demandas de saúde mental;
- Discutir a utilização de referenciais teóricos na prática clínica do enfermeiro, a exemplo, da Teoria Holística utilizada neste estudo;
- Capacitar enfermeiros para utilizar instrumentos de rastreio de sintomas depressivos entre idosos na AB, a exemplo, da Escala de Depressão Geriátrica.

5. REFERÊNCIAS

1. SOUSA, K. A. *et al.* Prevalência de sintomas de depressão em idosos assistidos pela Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Min. Enferm.** v. 21, e-1018, 2017.

2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Censo demográfico 2018. 2018a**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pi/batalha/panorama>
Acesso em: 27. 09. 2018
3. MAGALHÃES, J. M. *et al.* Depressão em Idosos na Estratégia Saúde da Família: uma contribuição para a Atenção Primária. **Rev Min Enferm.** v. 20, e947, 2016.
4. CARREIRA, L. *et al.* Prevalence of depression in institutionalized older adults. **Rev. enferm.UERJ**, v. 19, n. 2, p. 268-73, 2011.
5. GRYSCHER, G.; PINTO, A. A. M. Saúde Mental: como as equipes de Saúde da Família podem integrar esse cuidado na atenção básica? **Ciênc. saúde coletiva.** v. 20, n. 10, p. 3255-3262, 2015.
6. GAZIGNATO, E. C. S.; SILVA, C. R. C. Saúde mental na atenção básica: o trabalho em rede e o matriciamento em saúde mental na Estratégia de Saúde da Família. **Saúde Debate.** v. 38, n. 101, p. 296-304, 2014.
7. TREVISAN, M. *et al.* O papel do enfermeiro na recuperação de idosos depressivos. **Rev. Gest. Saúde.** v. 07, n. 01, p.428-40, 2016.
8. EULÁLIO, M. C. *et al.* Latent structure of depression in the elderly: A taxometric analysis. **Cad. Saúde Pública**, v. 31, n. 3, p. 555-564, 2015.
9. **BRASIL, Ministério da Saúde.** Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. **2006a. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.** Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html. Acesso em: 21.07.2018

10. BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde; **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Diário Oficial da União, 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 10.07. 2018
11. BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, Edição Revista e Atualizada, 2009.
12. FAGUNDES, N. C. O processo de enfermagem em Saúde Comunitária a partir da Teoria de Myra Levine. **Rev. Bras. Enf.** Rio Grande do Sul, v. 36, p. 265-273, 1983.
13. SILVA, E. R. *et al.* Prevalência e fatores associados à depressão entre idosos institucionalizados: subsídio ao cuidado de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, v.46, n. 6, p. 1387-93, 2012.
14. HAJJAR, R. *et al.* Depressive symptoms and associated factors in elderly people in the Primary Health Care. **Rev Rene**. v.18, n. 6, p. 727-33, 2017.
15. VIANA, D. M. **Saúde Mental e Atenção Primária: compreendendo articulações e práticas de cuidado na Saúde da Família no Ceará**. 225f. 2016. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - Programa de Pós-Graduação RENASF, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2016.
16. AGUIAR, E. B. *et al.* Myria Estrin Levine: Teoria Holística. **Cad. Unisum Pesqui**. Ext. Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 1-2, 2014.
17. LEITE, I. R. L. *et al.* Adequação do nursingactivities score aos pressupostos teóricos da teoria holística. **Rev. Enferm UFPI**. v. 3, n. 2, p. 109-14, 2014.

18. SILVA JÚNIOR, F. J. G. *et al.* O cuidado do enfermeiro ao usuário de crack: reflexões sob a ótica dos princípios da teoria holística. **Cultura de los Cuidados**, v. 17, n. 37, 2013.

19. CHAVES, E. C. L. *et al.* Qualidade de vida, sintomas depressivos e religiosidade em idosos: um estudo transversal. **Texto Contexto Enferm**, v. 23, n. 3, p. 648-55, 2014.

Capítulo 22

PLANEJAMENTO E MONITORAMENTO EM SAÚDE POR MEIO DA SALA DE SITUAÇÃO, NA ATENÇÃO PRIMÁRIA, EM TERRITÓRIO DE FORTALEZA

Walter Wesley de Andrade

Fabiane do Amaral Gubert

Renata Sousa Alves

Andréa Sílvia Walter de Aguiar

Kátia Denise Medeiros de Andrade

1. INTRODUÇÃO

A Sala de Situação de Saúde (SSS) é uma ferramenta que favorece o uso da informação em saúde para tomada de decisão e facilita a análise da informação sanitária, vinculando-a à gestão governamental. Assim, a SSS apoia processos decisórios em duas direções: por um lado, serve ao gestor para seguimento ou avaliação de políticas e programas de saúde; por outro, subsidia a decisão que a equipe da sala realiza e envolve as unidades de atenção primária à saúde, em que se gera o dado primário¹.

No contexto da Estratégia Saúde da Família (ESF), a SSS tem como objetivo a disponibilização das informações, de forma executiva e gerencial, para auxiliar na tomada de decisões, no gerenciamento das ações em saúde, além de

transmitir informações de forma clara à população sobre os indicadores de saúde da área de abrangência².

A sistematização de informação possibilita aos profissionais de saúde, à gestão administrativa e aos usuários transparência da assistência, projeções, planejamento de ações e construção de projetos de intervenções a serem aplicados na realidade captada, conforme as necessidades específicas de saúde da comunidade. Os mecanismos, as bases e os objetivos da Sala de Situação não são, necessariamente, dependentes da manipulação de sistemas eletrônicos, podendo ser implantados em distintos lugares, como no espaço físico da Estratégia Saúde da Família (ESF)^{3,4}.

A Implantação da SSS é pautada nas concepções da Vigilância em Saúde⁵. Uma sala de situação bem estruturada pode ser desenhada com qualquer capital. O recomendável é que tenham dados qualificados, profissionais capacitados, com instrumentos e ferramentas de suporte para tomada de decisão consistente e, no mínimo, uma mesa e algumas cadeiras^{6,7}.

2. CONTEXTO DO ESTUDO

Como a literatura mundial descreve a importância da SSS como ferramenta para planejamento, monitoramento e tomada de decisão, fez-se necessário saber como os gestores locais implementavam esta ferramenta, para, em seguida, aprimorar os processos de trabalho das equipes de Saúde da Família (eSF).

Em vista deste contexto, observa-se escassez de estudos voltados para temática sala de situação no Brasil, apesar de ser prática fundamental na ESF. O estudo na área, geralmente, tem foco nas arboviroses e catástrofes¹⁻⁸ e está alinhado à linha de pesquisa “A Atenção e Gestão do Cuidado em Saúde”.

Objetivou-se analisar a utilização das Salas de Situação de Saúde, nas perspectivas dos gestores locais de Unidades de Atenção Primária à Saúde, de uma Coordenadoria Regional de Saúde, em Fortaleza, Ceará.

Estudo qualitativo, realizado em Fortaleza, Ceará, Brasil. A cidade possui 2.627.482 habitantes e, em termos administrativos, é dividida em sete Secretarias Regionais (SR), com 113 Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS). O território de estudo é caracterizado por alta

disparidade socioeconômica e social, com população estimada em 387.388 habitantes⁹.

Participaram do estudo oito UAPS, com sala de situação implantada há pelo menos seis meses, localizadas no território da Coordenadoria Regional de Saúde III (CORES III).

Os participantes foram oito gestores, a coleta de dados ocorreu mediante entrevista, com duração de dez a trinta minutos, realizada em local privativo, de janeiro a junho de 2019. Os instrumentos foram: entrevista semi-estruturada para os gestores, envolvendo compreensão sobre o processo de implantação das SSS (facilidades e dificuldades), indicadores, resultados das ações planejadas e divulgação das informações. As entrevistas foram gravadas, transcritas e submetidas à análise de conteúdo de Bardin¹⁰. Surgiram as seguintes categorias: Potencialidades e dificuldades no processo de implantação da SSS; Indicadores e ferramentas utilizados e atualização das informações; Utilização da SSS e impacto nos resultados das ações planejadas; e Divulgação das informações para população. O projeto de pesquisa foi aprovado, conforme protocolo 3.092.828 (CEP/UFC).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Potencialidades e dificuldades no processo de implantação da SSS

No que diz respeito à participação do gestor e da regional no processo de implantação, percebeu-se que os gestores exerciam a função de estimular os profissionais a utilizarem a SSS, acompanhando, de forma indireta, oferecendo apoio nos processos de trabalho e nas questões estruturais, conforme a fala:

[...] a minha contribuição é no sentido de estimular os profissionais a utilizarem a SSS, com relação à regional, recebemos apoio nas questões estruturais e na participação em reuniões e nos processos de trabalho [...] (G4).

Os gestores locais ficam na retaguarda do processo, apesar do reconhecimento da SSS como ferramenta de gestão do cuidado. Portanto, deveriam se colocar como líderes e agentes de mudança de hábito nos processos de trabalho das eSF, podendo utilizar a SSS para planejamento, monitoramento e tomada de decisão. Observou-se que os gestores direcionavam ao Agente de Vigilância em Saúde (AVISA) a função de estimular os profissionais a acessarem os dados e identificarem os problemas para realização de planejamento efetivo.

O AVISA é, geralmente, um agente de endemia ligado ao Ministério da Saúde, podendo, também, ser outro profissional da Unidade. É um articulador da SSS, no sentido de organizar dados e informações, sendo elo entre a sala, o gestor e os profissionais. A função deste é administrativa.

Estudo realizado sobre dificuldades na implantação de gestão por processos, com a participação de 24 gerentes de setores e profissionais de saúde, na área hospitalar, revelou que a carência de conhecimento acerca da ferramenta e o acúmulo de atividades desmotiva o envolvimento dos profissionais nas mudanças necessárias¹¹.

Os gestores relataram que as facilidades se referiam ao uso de indicadores no processo de trabalho da gestão, da assistência à saúde e como local de reunião. O papel do AVISA como articulador se mostrou estratégia importante na implantação das SSS. Conforme a fala:

[...] utilizamos um painel de indicadores para filtrar os que devemos utilizar mais, as ESF também contribuem bastante e o nosso AVISA é muito atuante [...] (G4).

No estudo, as principais dificuldades foram: escassez de rotina dos profissionais na utilização de processos relativos a SSS e de materiais. Como exemplificado na fala:

[...] as nossas dificuldades se assemelham as outras unidades, como internet lenta e falta de insumos e equipamentos (G4).

Em consonância com a realidade apresentada, no tocante à tomada de decisão, a partir da utilização dos Sistemas de Informação (SIS), destaca-se estudo sobre despreparo dos profissionais para o exercício das tarefas de administração e lentidão na incorporação de novas tecnologias de informação¹².

3.2 Indicadores e ferramentas utilizados e atualização das informações

Cerca de 50% dos gestores afirmaram que a atualização das informações em saúde da SSS era procedida diariamente, e que na prática, era realizada pelo AVISA. Os profissionais costumam utilizar indicadores que dizem respeito aos principais programas de saúde do Ministério da Saúde, verificando os principais agravos e doenças da população, por ciclo de vida e prevalência. Segue a fala de um gestor:

[...] nós alinhamos que seriam os indicadores do PMAQ AB, preconizados pelo MS e adotados pela SMS[...] (G4).

[...] utilizamos os sistemas de dados, como o SIM, SINASC e o Fast Medic (G3).

Resultado semelhante aponta que os indicadores mais utilizados são aqueles que exigem monitoramento de órgãos oficiais (federais e estaduais), limitados por demandas administrativas, e não contemplando os indicadores baseados em necessidades locais¹³.

Outro ponto abordado foi o uso do prontuário eletrônico de pacientes como ferramenta principal de informações, quanto ao acesso a outros sistemas oficiais disponíveis. O prontuário dispõe de relatórios gerenciais e assistenciais, fazendo que seja possível realizar planejamento mais eficaz e preciso de um problema identificado, além de acessar dados epidemiológicos via *Intranet*. Observa-se a fala de um gestor:

Os mais utilizados são o Fast Medic com dados sobre as gestantes e crianças [...] (G3).

Para equipe de saúde, o prontuário familiar deve contribuir para integração das informações e coordenação do cuidado; para o usuário, configura-se como grande instrumento de reivindicação de direitos¹⁴.

3.3 Utilização da SSS e impacto nos resultados das ações planejadas

Os gestores comentaram melhorias dos indicadores de saúde das áreas de cobertura e destacaram o trabalho sistematizado que ocorre em sete unidades, sendo realizado de forma pontual, conforme a necessidade do momento. Pode-se verificar na fala:

[...] avaliamos as ações e daí se pode saber se está adequado, mas, às vezes, o resultado é positivo, outras vezes, não. A SSS é mais um meio de sensibilizar os profissionais (G2).

Inferiu-se que alguns gestores não conseguiam engajar os profissionais. Em revisão sistemática¹⁵, o engajamento está relacionado ao quanto o profissional está disposto a se empenhar em seu ofício. Neste contexto, os próprios gestores podem e devem colaborar com o engajamento de funcionários, na medida em que disponibilizam maiores mecanismos que visem promoção do bem-estar e qualidade de vida ocupacional¹⁶. Em outro estudo, relatou-se que os profissionais evitavam se comunicar com os gestores, por medo. Estes se limitavam a fornecer recursos humanos e materiais, para que os profissionais pudessem desenvolver as respectivas atribuições¹⁷. Tal situação pode limitar a utilização do SSS

pelos profissionais que tenham receio de apresentar dados que demonstrem falhas no processo de trabalho.

Pesquisa realizada em Sobral, Ceará, aponta que a sala de situação é considerada importante ferramenta para expor informações e planejamento das ações em saúde. Concluiu-se que existiam dificuldades durante a atualização da sala, e que eram necessárias algumas mudanças, no sentido de oferecer maior sustentação para utilização, tanto pelas equipes de saúde, quanto pela comunidade¹⁸.

Observou-se que os enfermeiros e os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são as categorias que mais utilizam e discutem dados epidemiológicos e outras informações pertinentes à SSS. O trabalho em equipe é uma característica da ESF¹⁹, à medida que outros membros da equipe participam pouco das atividades, o caráter interdisciplinar fica prejudicado e, conseqüentemente, o planejamento tende a ficar concentrado naquelas categorias mais presentes. Em estudo realizado em Fortaleza/CE, verificou-se que a ausência de trabalho colaborativo para planejar ações de saúde pode afetar, inclusive, a segurança do paciente, na atenção primária¹⁷.

3.4 Divulgação das informações para população

No estudo, observou-se que os profissionais não divulgavam de forma sistemática, apresentando lacunas na informação junto à comunidade.

[...] as informações têm se dado de forma boca a boca, através das enfermeiras e ACS [...] (G8).

A publicização de informações em saúde é uma obrigação para os profissionais, visto que, com a crescente demanda nos serviços, é necessário que se esclareça à população tudo o que ocorre no território. Este esclarecimento corrobora com a Lei 8.080 que preconiza o acesso às informações, bem como a parceria que a unidade básica deve fazer com a comunidade por ela assistida, tornando o indivíduo corresponsável no cuidado da própria saúde e das outras pessoas.

O exercício do direito à informação é pré-condição para diminuição da vulnerabilidade e empoderamento do usuário, permitindo que este exerça as escolhas relacionadas à própria saúde²⁰. Cabe, também, destacar a responsabilidade do profissional em estabelecer comunicação terapêutica e dialógica, facilitando a participação da comunidade.

4. ENCAMINHAMENTOS PARA PRÁTICA

- Sensibilizar gestores e profissionais de saúde, frente ao engajamento na implementação da SSS;
- Investir em educação permanente, a fim de qualificar gestores e profissionais de saúde, no planejamento, no monitoramento e na utilização de indicadores em saúde;
- Assegurar que o AVISA, destacado como estratégia eficaz de desenvolvimento da ferramenta, exista em todas as Unidades de Atenção Primária à Saúde;
- Garantir o bom funcionamento da SSS, com relação à estrutura física e equipamentos;
- Trabalhar junto às reuniões do Conselho Local de Saúde, na divulgação das informações para compartilhamento com a população das ações realizadas;
- Desenvolver novos estudos acerca da temática exposta, envolvendo outras CORES e todo o município de Fortaleza, Ceará.

5. REFERÊNCIAS

1. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Sala de Situação em Saúde**: compartilhando as experiências do Brasil. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, Ministério da Saúde; 2010. 204 p. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&alias=958-salas-situacao-em-saude-

compartilhando-as-experiencias-do-brasil-8&category_slug=informacao-e-analise-saude-096&Itemid=965. Acesso em: 19 fev. 2018.

2. ROSSI, F. R.; SILVA, M. A. D. Fundamentos para processos gerenciais na prática do cuidado. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 39, n. 4, p. 460-468, 2005.

3. OLIVEIRA, C. M.; CASANOVA, A. O. Vigilância da saúde no espaço de práticas da atenção básica. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 14, n. 3, p. 929-936, 2009.

4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 812 p.

5. FEITOSA, R. M. M. *et al.* Sala de situação em saúde: ferramenta para o planejamento das ações de saúde. **Rev Enferm UFPE on line.**, v. 8, n. 7, p. 2165-2170, 2014.

6. PINHEIRO, A. L. S. Gerência de Enfermagem em Unidades Básicas: a informação como instrumento para a tomada de decisão. **Rev APS**; v. 12, n. 3, p. 262-270, 2009.

7. NETO, F. R. G. X. *et al.* Análise da utilização da sala de situação por profissionais da estratégia saúde da família. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 17, 2013, Natal. **Anais do 17º SENPE**. Natal: ABEn-RN, 2013.

8. NARDI, S. M. T. *et al.* Geoprocessamento em saúde pública: fundamentos e aplicações. **Rev. Inst. Adolfo Lutz**, São Paulo, 2013; 72 (3); 185-91.

9. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2010: Característica da População e dos Domicílios: Resultados do Universo**. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em:

http://www.ibge/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristica_da_populacao/caracteristica_da_populacao_tab_zip_od_s_shtm. Acesso em: 20 abr. 2018.

10. BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70; 2011.
11. FIGUEIREDO, M. L.; D'INNOCENZO, M. Dificuldades encontradas pelos gestores de instituições de saúde na utilização da metodologia gestão por processos. **RAS**, v. 13, n. 50, p. 45-52, 2011.
12. PINHEIRO, A. L. S. *et al.* Gestão da saúde: o uso dos sistemas de informação e o compartilhamento de conhecimento para a tomada de decisão. **Texto Contexto Enferm.**, v. 25, n. 3, p. 1-9, 2016.
13. LIMA, K. W. S.; ANTUNES, J. L. F.; SILVA, Z. P. Percepção dos gestores sobre o uso de indicadores nos serviços de saúde. **Saúde Soc.**, v. 24, n. 1, p. 61-71, 2015.
14. GONÇALVES, J. P. P. *et al.* Prontuário Eletrônico: uma ferramenta que pode contribuir para a integração das Redes de Atenção à Saúde. **Saúde Debate**, v. 37, n. 96, p. 43-50, 2013.
15. KEYKO, K. *et al.* Work engagement in professional nursing practice: A systematic review. **Int J Nurs Stud**, v. 61, p. 142-164, 2016.
16. CALDAS, C. B. *et al.* Satisfação e engajamento no trabalho: docentes temáticos e auxiliares da EAD de universidade privada brasileira. **Rev. Interinstitucional de Psicologia**, v. 6, n. 2, p. 225-237, 2013.
17. VASCONCELOS, P. F. de *et al.* Safety attributes in primary care: understanding the needs of patients, health professionals, and managers. **Public health**, v. 171, p. 31-40, 2019.

18. ALBUQUERQUE, I. M. N. *et al.* Sala de Situação para tomada de decisão: percepção dos profissionais que atuam na atenção básica à saúde de Sobral – Ceará. **Revista SANARE**, v. 12, n. 2, p.40-46, 2013.

19. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, seção 1, Brasília, DF, p. 68, 2017b.

20. LEITE, R. A. F. *et al.* Acesso à informação em saúde e cuidado integral: percepção de usuários de um serviço público. **Interface**, v. 18, n. 51, p. 661-671, 2014.

Capítulo 23

PERFIL DOS ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE UMA CAPITAL DO BRASIL

*Sara Virna Alves Barros
Paolo Porciúncula Lamb
Celso Brendo Furtado Brandão
Maria Itamara da Silva Oliveira
Geraldo Eduardo Guedes de Brito*

1. INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS), denominada de Atenção Básica (AB) no Brasil, caracteriza-se como produtora de cuidados em saúde individuais e coletivos, operacionalizada por meio de equipes multiprofissionais responsáveis por uma população em território definido. É a principal porta de entrada e o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), coordena o cuidado dos usuários adscritos e ordena as ações e os serviços disponibilizados na rede SUS. Embora sejam reconhecidas outras estratégias de AB, a Saúde da Família (ESF) é prioritária para expandir e consolidar a APS¹.

Espera-se que, no Brasil, a organização da APS impulse, principalmente por meio da ESF, a reorientação

do modelo de atenção e de gestão do SUS. Para isso, é necessário romper com a lógica curativista historicamente instalada nos serviços de saúde para prestar um cuidado orientado pela integralidade e centrado nas reais necessidades de saúde dos usuários². Assim, a APS avançará para um modelo assistencial coletivo, interprofissional, deslocando o foco de suas ações sanitárias do procedimento para o sujeito, contextualizado para sua família e sua comunidade³.

Nesse nível de atenção, a força de trabalho deve planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que favoreçam a mudança de paradigma assistencial. O sucesso da ESF ao desempenhar seu papel na Rede de Atenção à Saúde (RAS) está diretamente relacionado, entre outros, ao perfil dos recursos humanos, que deve atender aos requisitos para atuar nesse modelo de atenção à saúde⁴. Assim, compreender a ESF como reorientação do modelo assistencial implica, necessariamente, conhecer os trabalhadores das equipes que a operacionalizam⁵, como, no caso deste capítulo, os enfermeiros que compõem a equipe mínima da ESF.

O objeto e os instrumentos de trabalho são intermediados pelos trabalhadores que, ao articular esses dois

componentes do processo de trabalho, conferem-lhes intencionalidade, que é a produção do cuidado⁶. Porém, mesmo depois de 25 anos da criação da ESF, seus trabalhadores ainda enfrentam desafios para operacionalizar o trabalho em equipe, identificar e abordar as necessidades de saúde nos territórios adscritos e, conseqüentemente, efetivar a organização do processo de trabalho⁷.

Na composição mínima das Equipes Saúde Família (EqSF), os profissionais enfermeiros desempenham um papel de destaque. A Enfermagem é uma profissão fundamental no sistema de saúde, devido às suas práticas interativas e integradoras de cuidado e à capacidade de acolher os indivíduos e suas famílias, de se identificar com suas necessidades e suas expectativas e de promover a interação e a associação entre os usuários, a comunidade e a EqSF⁸.

2. CONTEXTO DO ESTUDO

Conhecer o perfil dos trabalhadores da saúde se justifica devido à necessidade de assegurar que eles sejam capazes de atender às necessidades e aos direitos dos cidadãos. O propósito de planejar a força de trabalho em saúde é de encontrar o equilíbrio entre a composição, a

distribuição e o número de trabalhadores de saúde com processos adequados de formação e educação permanente⁹.

Logo, avançar na discussão sobre os aspectos relacionados ao perfil dos trabalhadores da ESF, neste caso - dos enfermeiros - pode ser um subsídio potente para discussões relacionadas à formação, à atenção oferecida pelas EqSF e à readequação de processos de trabalho. Isso pode estimular reflexões acerca do planejamento de políticas públicas, em especial, as relacionadas à gestão do trabalho no âmbito do SUS^{7,4}.

Visando contribuir com essa questão, o objetivo, neste capítulo, é de apresentar o perfil dos enfermeiros que compõem a força de trabalho da ESF, de uma capital do nordeste brasileiro, e discutir sobre ele a partir de resultados oriundos de uma pesquisa desenvolvida por dois mestrandos da Rede Norte-nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF)^{10,11}.

Os dados foram obtidos por meio de um questionário *on-line*, respondido por 115 enfermeiros (46,4% do universo desses trabalhadores) da ESF da cidade de Recife. Foi realizada a análise estatística descritiva, conforme se apresenta a seguir, por meio do *software R^r*. Este estudo respeitou a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de

Saúde, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com o parecer nº. 2.924.765 (CAEE: 94108918.8.0000.5188)¹².

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Verificou-se que 94,8% dos enfermeiros eram do sexo feminino ($n=109$), semelhante a estudos anteriores^{13,14,7,15}. A feminização da força de trabalho em saúde é uma realidade mundial, e no caso da Enfermagem, historicamente construída. Assim, este resultado sugere uma reprodução no campo do trabalho em saúde do papel de cuidadoras, assumido historicamente pelas mulheres, que se contrapõem às curativistas hegemônicas, favorecendo a mudança do modelo assistencial¹⁶.

A média de idade dos enfermeiros deste estudo foi de 43,6 anos. Conseqüentemente, a média de tempo em que concluíram o Curso de Graduação foi elevada. Quase a metade delas (48,7%) havia concluído a graduação entre os anos de 2001 e 2010. Esses resultados sugerem que a maioria dos trabalhadores participantes do estudo se graduou antes dos processos de mudança na formação superior para atender às necessidades do SUS. Cabe destacar que essas mudanças foram impulsionadas, principalmente,

pelas Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos da Área de Saúde^{7, 13}, publicadas entre os anos de 2000 e 2004.

A maioria (93,9%) dos participantes do estudo havia cursado, pelo menos, uma especialização *latu senso*, resultado semelhante a outra pesquisa em João Pessoa⁷. As principais especializações concluídas pelos enfermeiros foram em Saúde da Família (44,5%), Saúde Pública ou Coletiva (25,4%), Ensino (6,9%) e em áreas não afins com a AB (23,1%). Para as residências concluídas (n=21), um terço delas (28,6%) era em Saúde da Família ou Saúde Coletiva (4,8%). Assim, mais da metade das especializações concluídas pelos enfermeiros (69,9%) estavam relacionadas às áreas de Saúde da Família e Saúde Pública ou Coletiva.

A literatura especializada sinaliza que as Instituições de Ensino Superior (IES) tendem a manter uma formação em saúde conservadora, centrada no modelo *flexineriano*, que não responde às necessidades do SUS¹⁷. A fragilidade desse modelo, pelo qual a maioria dos sujeitos desta pesquisa foi graduada, é mais evidente em relação às demandas na ESF. Nesse cenário, a pós-graduação *latu senso*, majoritariamente teórica, é uma alternativa para capacitar profissionais para atuarem na ESF, de maneira muito mais expressiva do que os Cursos de Residência, Mestrado e Doutorado.

Esse interesse pelo campo da APS parece ser uma questão histórica no campo da Enfermagem. Em um estudo baseado num levantamento feito pela Comissão de Acompanhamento e Avaliação dos Cursos de Pós-graduação *Lato Sensu* em Saúde da Família, foi constatado que profissionais de Enfermagem tendem mais a optar por Cursos de Especialização na área de saúde pública do que outros do mesmo cenário¹⁸.

A maioria dos enfermeiros participantes do estudo (80,9%) tinha mais de dez anos de experiência acumulada na ESF ou na APS. Esse número elevado se justifica, principalmente, por causa da condição do vínculo de trabalho desses profissionais de Saúde no ambiente da ESF, onde a maioria apresentou o vínculo estatutário (97,4%). Esse resultado foi bastante expressivo quando comparado com um estudo realizado em João Pessoa, que apresentou uma quantidade menor de enfermeiros com vínculos estatutários (56,7%)⁷. O resultado desse estudo diverge de outra pesquisa, que apresentou uma diminuição de vínculos permanentes e mais opções por contratos temporários no cenário da AB¹⁹.

Verificou-se que a maior parte dos enfermeiros (73,0%) tinha vínculo com sua EqSF há mais de três anos.

Uma pesquisa destacou a relevância dos profissionais que estão na equipe há mais de três anos, porquanto isso contribui para que tenham mais facilidade de manter contato com a comunidade, conheçam bem mais suas necessidades e tenham mais possibilidades de dar continuidade aos programas desenvolvidos nas unidades²⁰. O vínculo de trabalho estatutário, verificado para a maioria dos enfermeiros, contribui para a baixa rotatividade na ESF no município estudado.

O estudo apresentou que a ESF era o desejo de trabalho da maioria dos entrevistados (89,6%). Esse resultado pode ser comprovado nos investimentos feitos em capacitação relacionados à Saúde da Família e Saúde Coletiva, demonstrando interesse dos profissionais pela área de atuação. Um estudo realizado para avaliar os motivos da satisfação dos profissionais de Saúde da ESF, a afinidade com o trabalho/profissão e se “gostavam do que faziam” foi o terceiro ponto de relato dos profissionais²¹. O “gostar do que faz” tem essa relação de identificação com o trabalho e o desejo de sentir-se participante do processo e não apenas executor de tarefas delegadas, realizadas de forma alienada, o que faz com que o trabalhador consiga perceber sua interferência importante no processo de

transformação. Esse é um elemento protetor do trabalhador, que contribui para a realização de um trabalho orientado pela finalidade projetada para cada atividade de trabalho.

O estudo indicou, ainda, que mais da metade dos enfermeiros avaliados (69,5%) se sentiam “realizados ou completamente realizados” trabalhando na ESF. A satisfação e a insatisfação com o trabalho influenciam o comportamento do indivíduo. Percepções negativa do trabalho podem resultar em adoecimento, acidentes de trabalho, faltas e erro, o que compromete, entre outros aspectos, a segurança dos usuários²².

Outro estudo constatou que a satisfação no trabalho em saúde, têm implicações positivas na saúde dos profissionais e nos resultados da assistência prestada. O principal motivo de satisfação na ESF foi a resolubilidade da assistência do trabalho em equipe e da afinidade com a profissão²¹.

4. ENCAMINHAMENTOS PARA A PRÁTICA

Como mostram os resultados do estudo apresentado, os profissionais enfermeiros eram predominantemente do sexo feminino e graduados antes das políticas indutoras de mudanças na formação e que investiram na qualificação por

meio de Especializações nas áreas de Saúde da Família e Saúde Pública ou Coletiva. Ademais, tinham experiência acumulada na ESF ou na APS e vínculo estatutário no município. Conseqüentemente, a maior parte tinha vínculo com sua EqSF há mais de três anos, desejavam trabalhar na ESF e se sentiam “realizados ou completamente realizados” trabalhando na ESF. Nesse contexto, sugere-se:

- A oferta de atividades de educação permanente, com vistas a preencher possíveis lacunas na formação superior desses trabalhadores;
- O estabelecimento de mecanismos de gestão (macro e micro) para ultrapassar as barreiras que geram insatisfação com o trabalho no âmbito da ESF;
- A manutenção dos enfermeiros em suas EqSF, a fim de estabelecer vínculos com a comunidade e com a EqSF.

5. REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 183, seção 1, p. 68-76, 2017.

2. FARIAS, D. N.; *et al.* Interdisciplinaridade e interprofissionalidade na Estratégia Saúde da Família. **Trab. Educ. Saúde**, v. 16, n. 1, p. 141-162, 2018.

3. BRITO, G.E.G.; MENDES, A.C.G; SANTOS NETO, P.M. O objeto de trabalho na Estratégia Saúde da Família. **Interface (Botucatu)**, 2017.
4. LIMA, E.F.A. *et al.* Perfil Socioprofissional de trabalhadores de equipes saúde da família. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 24, n. 1, p. 9405, 2016.
5. DE MELO COSTA, S.; *et al.* Perfil do profissional de nível superior nas equipes da Estratégia Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Rev. bras. med. fam. comunidade**, v. 8, n. 27, p. 90-96, 2013.
6. MENDES-GONÇALVES, R. B. **Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde**. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 1992.
7. BRITO, G.E.G.; *et al.* Perfil dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família de uma capital do nordeste do Brasil. **Rev. APS**, v. 19, n. 3, 2016.
8. BACKES, D.S.; *et al.* O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 17, p. 223-230, 2012.
9. RIZZOTTO, M.L.F.; *et al.* Força de trabalho e gestão do trabalho em saúde: revelações da Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no Paraná. **Saúde debate**, v. 38, p. 237-251, 2014.
10. LAMB, P.P. **A produção do cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família**. 2019. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2019.
11. BARROS, S.V.A. **O exame papanicolau na Estratégia Saúde da Família**. 2019. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde

- da Família) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2019.
12. BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.** 2013.
13. NORFUL, A.; *et al.* Utilization of registered nurses in primary care teams: A systematic review. **Int J Nurs Stud**, v. 74, p. 15-23, 2017.
14. MAIJALA, V.; TOSSAVAINEN, K.; TURUNEN, H. Primary health care registered nurses' types in implementation of health promotion practices. **Prim Health Care Res Dev**, v. 17, n. 5, p. 453-463, 2016.
15. MARSIGLIA, R.M.G. Perfil dos trabalhadores da Atenção Básica em Saúde no município de São Paulo: região norte e central da cidade. **Saúde Soc.**, v. 20, n. 4, p. 900-911, 2011.
16. BRITO, G.E.G. **O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família: um estudo de caso.** 2016. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2016.
17. FIUZA SANCHEZ, H.; *et al.* A formação de valores e a prática da atenção primária na saúde com estudantes de odontologia. **Acta bioethica**, v. 18, n. 1, p. 101-109, 2012.
18. GIL, C.R.C. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, p. 490-498, 2005.
19. DA SILVA CAVALCANTE, M.V.; *et al.* A precarização do trabalho na atenção básica em saúde: relato de experiência. **Argumentum**, v. 5, n. 1, p. 235-256, 2013.

20. ROCHA, J.B.B.; ZEITOUNE, R.C.G. Perfil dos enfermeiros do Programa Saúde da Família: uma necessidade para discutir a prática profissional. **Rev. enferm. UERJ**, p. 46-52, 2007.

21 LIMA, L.; *et al.* Satisfação e insatisfação no trabalho de profissionais de saúde da atenção básica. **Esc. Anna Nery**, v. 18, n. 1, p. 17-24, 2014.

22 MELO, M.B.; BARBOSA, M.A.; SOUZA, P.R. Satisfação no trabalho da equipe de enfermagem: revisão integrativa. **Rev. Latinoam. Enfermagem**, v. 19, n. 4, p. 1047-1055, 2011.

Capítulo 24

AVALIAÇÃO DA REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA POR GESTORES E EQUIPES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

*Evanira Rodrigues Maia
Verônica Monaliza Gomes Gurgel
Maria Rosilene Cândido Moreira
Milena Silva Costa
Maria de Fátima Vasques Monteiro*

1. INTRODUÇÃO

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são compreendidas como estratégias de organização dos serviços de saúde que objetivam atender integralmente uma população adscrita, em consonância aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS)¹.

Na intenção de superar lacunas assistenciais e organizacionais na atenção à saúde da pessoa com deficiência, foi consolidada a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD), por meio da portaria 3/2017 do Ministério da Saúde, que define a Atenção Primária à Saúde (APS) como porta de entrada para os cuidados dessas pessoas, cria linhas de cuidado e implantação de protocolos clínicos que possam orientar a atenção à sua saúde e dispõe

sobre a coordenação de encaminhamentos para os outros níveis de atenção, a partir da classificação de risco e necessidades específicas².

A RCPD busca prover atenção qualificada à população com qualquer tipo de deficiência. Porém, quando essa rede apresenta fragilidades, as pessoas usuárias podem desenvolver agravos, diminuir sua qualidade de vida, comprometer a dependência funcional e acarretar o aumento dos custos sociais e financeiros por demandar cuidados em níveis de atenção mais complexos³.

Tais fragilidades exacerbam-se na precariedade dos mecanismos de referência e contrarreferência e no desconhecimento do desenho da rede pelos profissionais da APS⁴. Por consequência, estudos sobre a RCDP evidenciam demanda reprimida, atrasos na oferta de serviços, repetições desnecessárias de procedimentos, duplicações de provas diagnósticas e médico especialista que assumem o cuidado dos usuários em articulação com a APS⁵⁻⁷.

Essa problemática evidencia redes distantes da almejada integração. Esta existe quando há articulação entre as dimensões estruturais, organizacionais e política. A primeira refere-se às condições mínimas de trabalho para a realização das atribuições da APS; a segunda diz respeito à

organização dos serviços para garantir a integralidade do cuidado; e a terceira, às pactuações de ações e serviços pelos gestores municipais e estaduais⁸. É relevante a integração das três dimensões para a superação das lacunas na RCPD.

2. CONTEXTO DO ESTUDO

Compreendendo que a RCPD deve se comunicar de forma articulada para atender integralmente essa população e que é necessário superar lacunas assistenciais e organizacionais na atenção existentes em algumas redes regionalizadas, a pesquisa justifica-se pela importância de avaliar as fortalezas e as fragilidades da APS como integrante da RCPD, desvelando nós críticos e contribuindo com o planejamento para superá-los.

Objetiva-se avaliar a articulação da APS com os serviços da RCPD.

Trata-se de um estudo de caso de abordagem quantitativa, realizado em uma Região de Saúde do Estado do Ceará, composta de sete municípios, que tem registros de 3.331 (2% da população) pessoas com deficiência e 53 Equipes de Saúde da Família (ESF)⁹.

Participaram 42 profissionais de Nível Superior, sete gestores municipais e um regional, totalizando 50

participantes que, no ano de 2019, responderam um questionário adaptado, do que é proposto pela Organização Pan-Americana da Saúde para avaliação das RAS⁵, que abrange sete dimensões: população, APS, pontos de atenção secundária e terciária, sistemas de apoio, sistemas logísticos, sistemas de governança e modelos de atenção à saúde.

Para este estudo, o questionário contemplou as dimensões APS, pontos de atenção secundária e terciária e sistemas de governança, tendo sido adaptado conforme as normativas da RCDP e do Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência¹⁰.

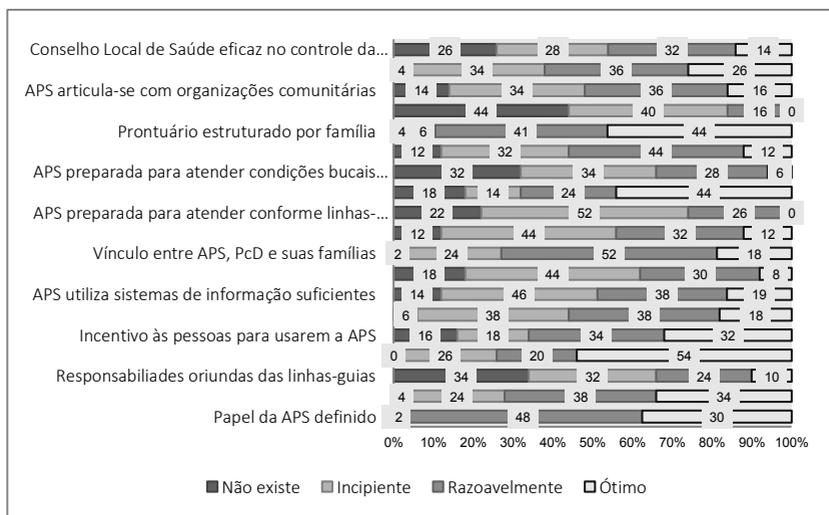
O questionário foi estruturado no formato de escala Likert, com 75 questões que captaram informações sobre a existência dos quesitos investigados, contendo as opções de resposta: zero se não existir, 1 se incipiente, 2 se razoavelmente e 3 se ótimo. Para avaliar os resultados, somou-se o total de pontos recebidos cumulativamente das três dimensões da rede avaliada.

Os escores foram digitados no Excel for Windows 2013, analisados estatisticamente no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 23.0, organizados em gráficos e analisados à luz do referencial teórico-metodológico de Mendes⁵.

A pesquisa obteve anuência do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Regional do Cariri com parecer 3.328.367.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A dimensão APS refere-se à organização das equipes e foi classificada em sete componentes: responsabilização, porta de entrada, longitudinalidade, padronização do cuidado, abordagem familiar, participação popular e serviços.



APS: Atenção Primária à Saúde; PcD: pessoas com deficiência.

Figura 1 – Distribuição das questões avaliativas da dimensão Atenção Primária à Saúde da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, segundo os escores. Ceará, Brasil, 2019.

Nessa dimensão, destaca-se, na Figura 1, maior percentual da opção de resposta existe “razoavelmente”, frequente em nove questões que contemplavam os sete componentes.

Nesses quesitos, profissionais e gestores escolheram o a opção 2, existe “razoavelmente”, destacando-se vínculo estreito e contínuo entre as equipes de APS e as pessoas com deficiências e suas famílias.

Dos 50 profissionais, 27 (54%) optaram pela opção 3, existe de forma “ótima” para classificar o papel da APS como um pré-requisito para acesso a outros pontos da rede. O apoio do Núcleo de Ampliado à Saúde da Família (NASF) para cuidados à pessoa com deficiência e a utilização de prontuário estruturado pela família apresentaram maioria dos escores “razoavelmente” e “ótimo”. Nessa dimensão, a pior questão avaliada foi quanto à utilização de instrumentos de abordagem familiar pela equipe de APS, com 22 (44%) indicações de inexistência e 20 (40%) de “incipiente”.

Nessa dimensão, avaliou-se a coordenação da APS na RCPD, obtendo a melhor avaliação no geral, o que converge com estudo que confere à APS o melhor desempenho entre os níveis de atenção dos serviços ofertados pelos municípios

de pequeno porte. Tal cenário associa-se ao fato de esse serviço utilizar, em sua maior demanda, as tecnologias leves e leves-duras¹¹.

Constatou-se o reconhecimento da APS como porta de entrada na rede pela maioria das equipes participantes. Esse achado foi semelhante ao de estudo que evidencia percepção positiva da ESF em relação à condição de porta de entrada preferencial¹². Esse fato infere que um pré-requisito para se conseguir assistência em níveis secundários e terciários nas cidades investigadas é o primeiro contato com a ESF, por meio da referência. Essa característica sozinha não define a efetividade da coordenação da APS, porém indica um direcionamento para esse atributo.

Houve predominância do vínculo da ESF com as pessoas com deficiência e suas famílias. Esse achado aponta para o cuidado integral, uma vez que fortalece a responsabilização entre a equipe e os usuários e familiares e a longitudinalidade¹³.

Encontrou-se fragilidade na utilização das ferramentas de abordagem familiar, o que pressupõe a prevalência de dificuldade das equipes, no que se refere às suas intervenções com inclusão das famílias. A utilização dessas ferramentas aproxima a ESF dos usuários e de seus familiares, fortalece o vínculo entre eles e possibilita melhor

conhecimento da realidade que permeia a família atendida, além de viabilizar o planejamento de ações, conforme as necessidades¹⁴.

Por outro lado, a forte presença da organização dos prontuários por unidade familiar nas equipes avaliadas aponta para a assistência com centralidade na família, conforme avalia o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)¹⁵.

A dimensão pontos de atenção à saúde secundários, terciários e intersetoriais refere-se à organização desses serviços e foi classificada em três componentes: integração, eficiência e atenção integral.

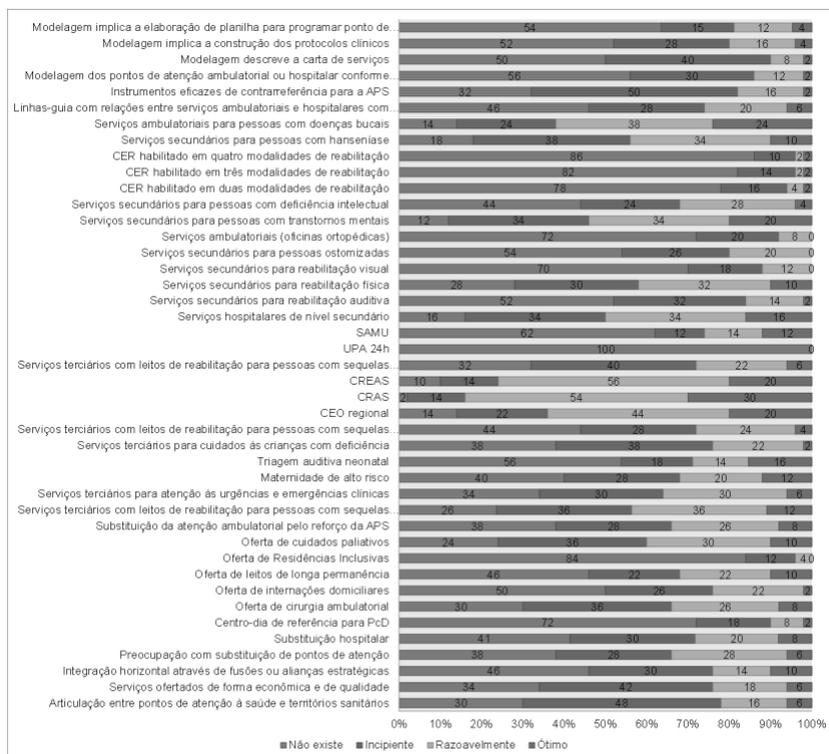
Na Figura 2, o escore zero atribuído em casos de inexistência foi o mais frequente, tendo sido escolhido em 31 questões avaliativas distribuídas nos três componentes.

No quesito sobre o desenho da RCPD considerar uma escala mínima capaz de ofertar serviços de forma econômica e com qualidade, 17 (32%) profissionais/gestores indicaram sua inexistência e 21 (42%), sua incipiência.

Na questão sobre existência da oferta de internações domiciliares, 25 (50%) profissionais/gestores registraram sua inexistência, e 13 (26%) optaram pela incipiência.

Quanto à questão sobre a existência de oferta de residências inclusivas, 42 (84%) do total de participantes

declararam que ela inexistia. Na questão sobre oferta de Centro-Dia de referência à pessoa com deficiência, 36 (72%) também indicaram sua inexistência.



APS: Atenção Primária à Saúde; CER: Centro Especializado em Reabilitação; SAMU: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência; UPA: unidade de pronto atendimento; CREAS: Centro de Referência Especializado de Assistência Social; CRAS: Centros de Referência da Assistência Social; CEO: Centro de Especialidades Odontológicas; PcD: pessoa com deficiência.

Figura 2 – Distribuição das questões avaliativas da dimensão pontos de atenção secundários, terciários e intersetoriais da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, segundo os escores. Ceará, Brasil, 2019.

Sobre haver unidades de pronto atendimento (UPA) 24 horas e se elas operavam de forma integrada com a APS, todos os participantes responderam que não. Também as questões sobre a existência de Centro Especializado em Reabilitação (CER) também estiveram no rol das que tiveram maior indicação de inexistência.

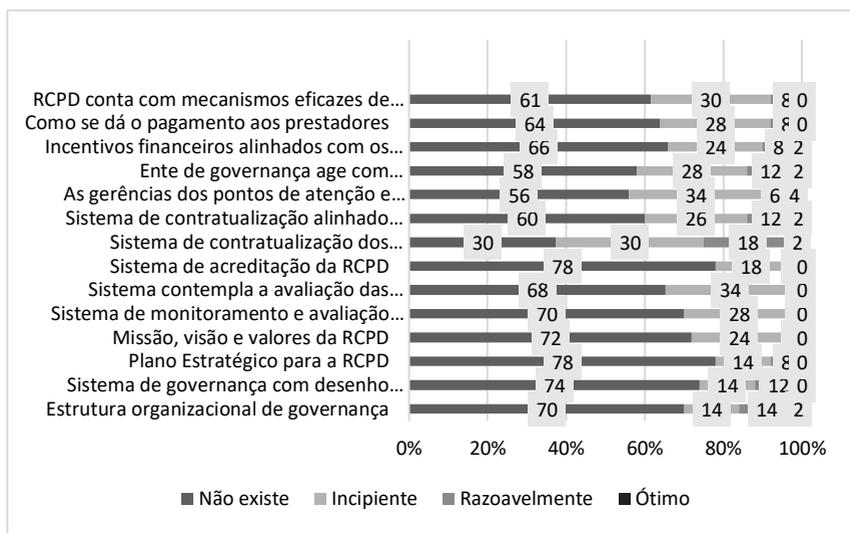
Identificou-se insuficiência nos três componentes dessa dimensão, assim como precariedade na articulação deles com a APS. Os achados podem impactar negativamente na atenção integral à pessoa com deficiência, pois os serviços se mostram desarticulados nos diferentes níveis de atenção. A desarticulação entre os pontos de atenção avaliados destaca que, quando os serviços existem, prestam atenção isolada em seus campos de atuação e reproduzem ações fragmentadas e pontuais¹⁶.

Assim, infere-se que possa haver falha no planejamento e na pactuação dos serviços à pessoa com deficiência nessa região e/ou haja falha na produção e no conhecimento de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, os quais orientam as linhas-guia¹⁷.

A dimensão sistema de governança da rede se refere à sua estruturação organizacional, classificada em cinco

componentes: desenho, planejamento, avaliação, eficiência e contratos.

Na Figura 3, todas as questões avaliativas obtiveram maior preferência pelo escore indicativo de inexistência. Ao se questionar se as gerências dos pontos de atenção à saúde e dos sistemas de apoio conheciam e aderiam aos objetivos da RCPD e se os incentivos financeiros estavam alinhados com os objetivos da RCPD, 33 (66%) profissionais/gestores assinalaram sua inexistência.



RCPD: Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.

Figura 3 - Distribuição das questões avaliativas da dimensão sistemas de governança, segundo os escores. Ceará, Brasil, 2019.

Esse resultado possibilita refletir que o conhecimento dos profissionais/gestores acerca dos quesitos investigados nessa dimensão está fragilizado, o que pode colocar em risco a qualificação do atendimento às pessoas com deficiência, com foco na organização de rede e na atenção integral à saúde.

É fundamental que gestores e profissionais compreendam que o sistema de governança gera as relações entre APS e os pontos de atenção secundários e terciários, as quais devem ser exercidas em cooperação entre os segmentos sociais, individuais e coletivos, juntamente dos gestores da Comissão Intergestora Tripartite (CIT), da Comissão Intergestora Regional (CIR) e da Comissão Intergestores Bipartite (CIB)⁵.

No panorama da RCPD analisada, o estudo expôs um mosaico de áreas críticas convivendo imbricadas com algumas outras fortalecidas, que evidenciam um estágio inicial de tentativa de organização em rede, porém, configura-se em uma atenção fragmentada, executada por serviços frágeis em suas comunicações, comprometendo a integralidade da atenção às pessoas com deficiência.

4. ENCAMINHAMENTOS PARA A PRÁTICA

- Sugerir a educação permanente sobre RCPD e ferramentas de abordagem familiar aos profissionais.
- Apoiar a implantação do Prontuário Eletrônico do Paciente nos municípios que não possuem.
- Recomendar a construção de linhas-guia para a equipe de APS, descrevendo os serviços disponíveis para as pessoas com deficiência na Região de Saúde estudada.
- Realizar outros estudos de intervenção.

5. REFERÊNCIAS

1. AMARAL, C. E. M.; BOSI, M. L. M. Network as transconcept: elements for a conceptual demarcation in the field of public health. **Rev. Saúde Públ.**, São Paulo, v. 50, n. 1, p. 51-57, 2016.
2. BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria de consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017**. Dispõe sobre a consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.
3. TÔRRES, A. K. V. *et al.* Acessibilidade organizacional de crianças com paralisia cerebral à reabilitação motora na cidade do Recife. **Rev. bras. saúde mater. Infant.**, Recife, v. 11, n. 4, p. 427-436, 2011.
4. SANTOS, A. M.; GIOVANELLA, L. Gestão do cuidado integral: estudo de caso em região de saúde da Bahia. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, e00172214, 2016.

5. MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
6. CAMPOS, M.; SOUZA, L. A. P.; MENDES V. L. F. A rede de cuidados do Sistema Único de Saúde à saúde das pessoas com deficiência. **Interface (Botucatu)**, São Paulo, v. 19, n. 52, p. 207-210, 2015.
7. DUBOW, C.; GARCIA, E. L.; KRUG, S. B. F. Percepções sobre a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência em uma Região de Saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 117, p. 455-467, 2018.
8. BOUSQUAT, A. *et al.* A atenção primária em regiões de saúde: política, estrutura e organização. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 5, supl. 2, 2019.
9. CEARÁ, Governo do Estado. Secretaria de Saúde. **Plano Estadual de Saúde**. Fortaleza: Governo do Estado, 2016.
10. BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência. **Viver sem Limite**. Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência. Brasília, DF: Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência, 2013.
11. CELUPPI, I. C. *et al.* Formação de gestores: planejamento, financiamento e regionalização do SUS. **Revista Ciência em Extensão**, São Paulo, v. 14, n. 4, p. 156-164, 2018.
12. BARBOSA, M. J. L. *et al.* Processo de avaliação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **Rev. Contexto Saúde**, Ijuí, v. 18, n. 35, p. 50-60, 2018.
13. JORGE, M. S. B. *et al.* Apoio matricial, projeto terapêutico singular e produção do cuidado em saúde mental. **Texto & Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 24, n. 1, p. 112-120, 2015.

14. BRANTE, A. R. S. *et al.* Abordagem Familiar: aplicação de ferramentas a uma família do município de Montes Claros/MG. **Rev. bras. med. fam. comunidade**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 38, p. 1-9, 2016.
15. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1.654 de 19 de julho 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB. Brasília, DF: **Diário Oficial da União**, 2011.
16. MACHADO, W. C. A. *et al.* Integralidade na rede de cuidados da pessoa com deficiência. **Texto & Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 27, n. 3, e4480016, 2018.
17. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 20 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2010.

Capítulo 25

ANÁLISE ESPACIAL DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE: IDENTIFICANDO BARREIRAS NO ACESSO

*Elenice Jardim Lopes
Érika Bárbara Abreu Fonseca Thomaz
Aline Sampieri Tonello
Amanda Valeria Damasceno dos Santos
Rejane Christine de Sousa Queiroz*

1. INTRODUÇÃO

A Atenção Básica (AB) em Saúde é uma das principais estratégias de acesso à população aos serviços de saúde no Brasil e é considerada a porta de entrada do usuário ao Sistema Único de Saúde (SUS)¹.

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), do Ministério da Saúde foi uma iniciativa governamental que visou buscar estratégias que resultassem em maior acesso e qualidade em consonância com as reais necessidades da população². Com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à AB³.

Distribuição desigual da oferta e do acesso aos serviços de saúde podem ser observadas no interior de um mesmo município, entre municípios ou estados da federação⁴. Diante desse cenário, a análise espacial é crucial para estudar aspectos do acesso às Unidades Básicas de Saúde (UBS), tais como geográficos e socioeconômicos⁵.

2. CONTEXTO DO ESTUDO

Apesar da importância, ainda há escassez de estudos com análise espacial, principalmente sobre o acesso aos serviços de saúde. Esse capítulo, fruto de uma dissertação de mestrado teve o objetivo de análise espacial do acesso às UBS do município de São Luís, Maranhão, Brasil.

Estudo transversal, com abordagem espacial, em São Luís, capital do estado do Maranhão, região nordeste do Brasil, com 1.014.837 habitantes⁶. Os dados das UBS foram obtidos a partir do banco de dados do 1º ciclo do PMAQ-AB, em 2012⁷. Dados demográficos obtidos do censo do IBGE⁶ e do IMESC⁸. Foi criada a variável *acesso mínimo* aos serviços de saúde, considerando-se 3 itens essenciais no acesso a UBS. As dimensões e variáveis constam do Quadro 1.

Quadro 1 - Dimensões e Variáveis. São Luís - MA, 2012

DIMENSÃO SERVIÇOS DE SAÚDE (Sim ou Não)	
INDICADOR	VARIÁVEIS
Funcionamento da UBS	Funcionar 2 turnos, 5 dias na semana, no mínimo 8 horas/dia
Consultas e atendimentos	Ofertar consultas (médicas e de enfermagem) e atendimentos (dispensação de medicação, recepção, curativos, vacinação e acolhimento)
Equipes de saúde	Equipe mínima: 1 médico, 1 enfermeiro, 1 técnico/auxiliar de enfermagem, 4 agentes comunitários de saúde.
ACESSO MÍNIMO	
Acesso mínimo	(1) horários de funcionamento, (2) consultas, atendimentos, (3) recursos humanos na UBS.
DIMENSÃO DEMOGRÁFICA	
Demanda para serviço	Densidade demográfica
DIMENSÃO GEOGRÁFICA	
UBS	Localização das UBS (pontos georreferenciados)
Distritos sanitários	Bequimão, Centro, Cohab, Coroadinho, Itaqui Bacanga, Tirirical, Vila Esperança.
Arruamento	Principais avenidas e BR
Transporte	Terminais de integração

Utilizou-se o *ArcGis* (versão 10.1) para as análises espaciais do município a partir das coordenadas geográficas das UBS, dos terminais de integração e da malha viária, além dos setores censitários de cada distrito sanitário.

Diante desse cenário, a utilização de análise espacial para estudar aspectos do acesso às UBS, tais como geográficos e socioeconômicos⁵.

Este estudo fez parte de uma pesquisa multicêntrica maior em parceria com Universidades e foi aprovado pelo Comitê de Ética da UFPel (ofício 38/12 em 10/05/12).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em vários distritos sanitários verificou-se má distribuição das UBS, o que induz o usuário a percorrer longas distâncias a pé ou a dispor de recursos financeiros para custear esse deslocamento (figura 1). Há poucas UBS classificadas com acesso mínimo. Quase todos os distritos houve áreas com elevada densidade demográfica localizadas distantes das UBS (figuras 2, 3AeB, 4B, 5AeB). Possíveis barreiras de arruamento foram observadas com localização distantes de UBS das principais avenidas (figuras 4A e 5A).

O distrito Bequimão apresentou a maior densidade demográfica, com maior número de UBS ao sul do distrito (3

das 4 UBS) e ausência em áreas com elevada densidade demográfica nas regiões central, leste e sudoeste (figura 3B).

Ao leste do distrito Tirirical (figura 5B) havia elevada densidade demográfica no entorno da UBS 31, o que sugere demanda com sobrecarga. Houve várias UBS (28, 29, 42 e 49) distantes de avenidas principais.

Em São Luís, 8%(4) das UBS apresentaram acesso mínimo, 78% (39) tinham 2 itens e 7 (14%), 1 item. O distrito Vila Esperança (figura 5A) teve maior número de UBS inadequadas, com 4 delas tendo apenas 1 item.

Os equipamentos públicos ou privados possuem elementos comuns: demanda, oferta e rede de transporte⁹. Dentre os fatores que influenciam nas suas localizações, ressalta-se oferta, demanda, renda da população, e distância entre a oferta e demanda¹⁰. A Lei Orgânica do município de São Luís considera demanda, cobertura, distribuição geográfica, grau de complexidade e articulação no sistema¹¹.

Em estudo sobre acessibilidade à UBS com profissionais em um distrito sanitário do município de Salvador/BA, verificou-se ausência de UBS em algumas regiões e outras distribuídas de forma desigual no território¹². Em Joinville-SC, a análise espacial comprovou existência de UBS com ótima localização e outras não¹⁰.

Os distritos Centro, Coroadinho, Cohab e Tirirical tinham setores com alta densidade demográfica, o que pode sobrecarregar profissionais, podendo prejudicar outros usuários que não conseguem atendimento ou, se conseguem, nem sempre é de boa qualidade. Ainda que apresentassem elevado número de equipes, a concentração de várias equipes em uma única UBS pode levar a problemas de acesso em grandes territórios¹³.

Os distritos Centro, Bequimão e Cohab, embora com elevadas demandas, apresentam extensa rede de assistência à saúde, o que pode minimizar a sobrecarga.

A possibilidade de uso de transporte público para chegar às UBS é uma forma de superar as barreiras de acesso geográficas, porém, a falta de dinheiro para o transporte é fator dificultador à utilização dos serviços^{12,14}.

A falta de recursos financeiros para custear o deslocamento aos serviços de saúde é realidade em muitos municípios brasileiros^{14,15}. O deslocamento a pé às UBS é um fator de facilidade ao acesso, porém para não se configurar como barreira, as UBS não podem estar localizadas muito distantes das residências dos usuários. Observou-se que 3 UBS pertenciam geograficamente a outros distritos. Isoladamente, não implica em barreira de acesso às UBS de

referência destas populações, desde que tenham território bem definido e sejam resolutivas. Dos centros de saúde em Olinda-PE, dois estavam fora dos limites do município¹⁶.

As barreiras relativas à infraestrutura de arruamento mostraram-se mais evidentes nos distritos Itaquí Bacanga, Coroadinho e Tirirical, com UBS distantes de avenidas principais. O arruamento é particularmente importante em São Luís pela baixa cobertura da estratégia agentes comunitários de saúde (ACS), quanto saúde da família¹⁷. Quanto pior a infraestrutura de arruamento, pior acesso, sobretudo para usuários cadeirantes e que residem distante.

Nas principais avenidas, circula maior quantidade de transportes coletivos possibilitando mais oportunidades e menos tempo. Também recebem mais manutenção que as demais que tendem a ter asfaltamento com pior qualidade, gerando maior tempo e desconforto para o deslocamento do usuário. Em Salvador/BA, mesmo em áreas com adequada disponibilidade de transporte coletivo, os usuários dos serviços de saúde precisavam, em muitos casos, ultrapassar barreiras geográficas para chegarem à rua principal onde se localizavam pontos de parada de ônibus¹².

Em duas unidades de saúde de Porto Alegre/RS, o acesso geográfico foi avaliado a partir de tempo, da forma de

deslocamento e da distância da residência do usuário, identificando-se que os serviços estavam bem localizados em pontos estratégicos por onde circulam transportes coletivos de diferentes bairros¹⁸. Dentre as razões para a procura da unidade de saúde, a proximidade geográfica (45,7%), seguido da qualidade do atendimento (28%) e o tempo para acessar o serviço (7,5%)¹³.

Em São Luís, verificou-se que os terminais de integração dos ônibus estavam bem distribuídos no município, embora ausentes em 2 distritos.

Na análise segundo os itens considerados mínimos para o acesso as UBS, somente 4(8%) apresentaram todos os 3 itens. O principal item foi ausência do acolhimento aos usuários, fundamental no estabelecimento do vínculo e continuidade do cuidado. Das 7 UBS que apresentaram só 1 item, ressalta-se que 3 não funcionavam exclusivamente como UBS (10, 34 e 40), embora com equipes de AB.

A visualização da demanda espacial permite à equipe de saúde organizar seu plano de atendimento em função da distância e do tempo de deslocamento para visitas domiciliares¹⁹. Possibilita ainda caracterizar diferentes cenários, situações, tornando mais compreensivo a identificação de mudanças ao tomador de decisões²⁰.

Este estudo abordou diversos aspectos do acesso. Em quase todos os distritos há necessidade de novas UBS, sobretudo em regiões com elevada densidade demográfica.

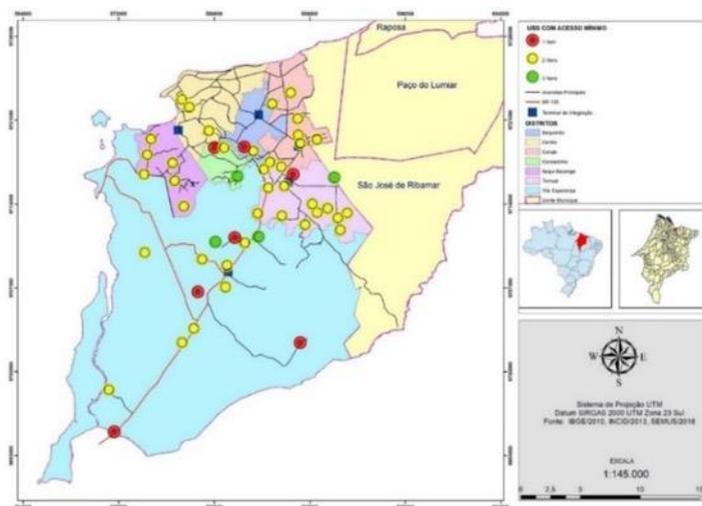


Figura 1 – Distribuição das UBS classificadas segundo acesso mínimo. Distritos sanitários, São Luís-MA, 2012.

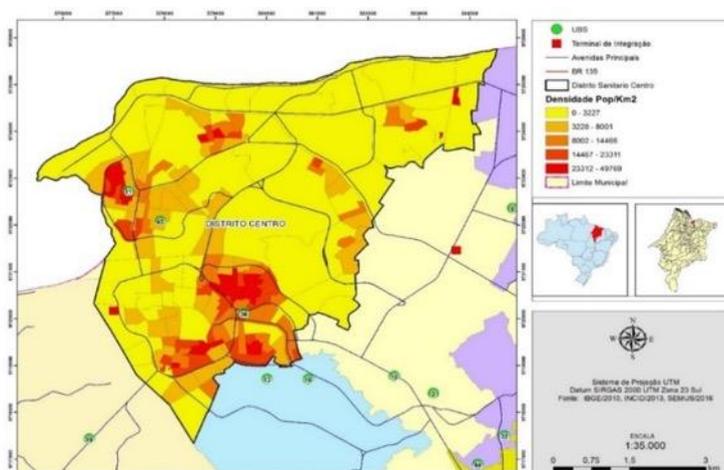


Figura 2 – Densidade demográfica e localização das UBS do distrito sanitário Centro. São Luís-MA, 2012.

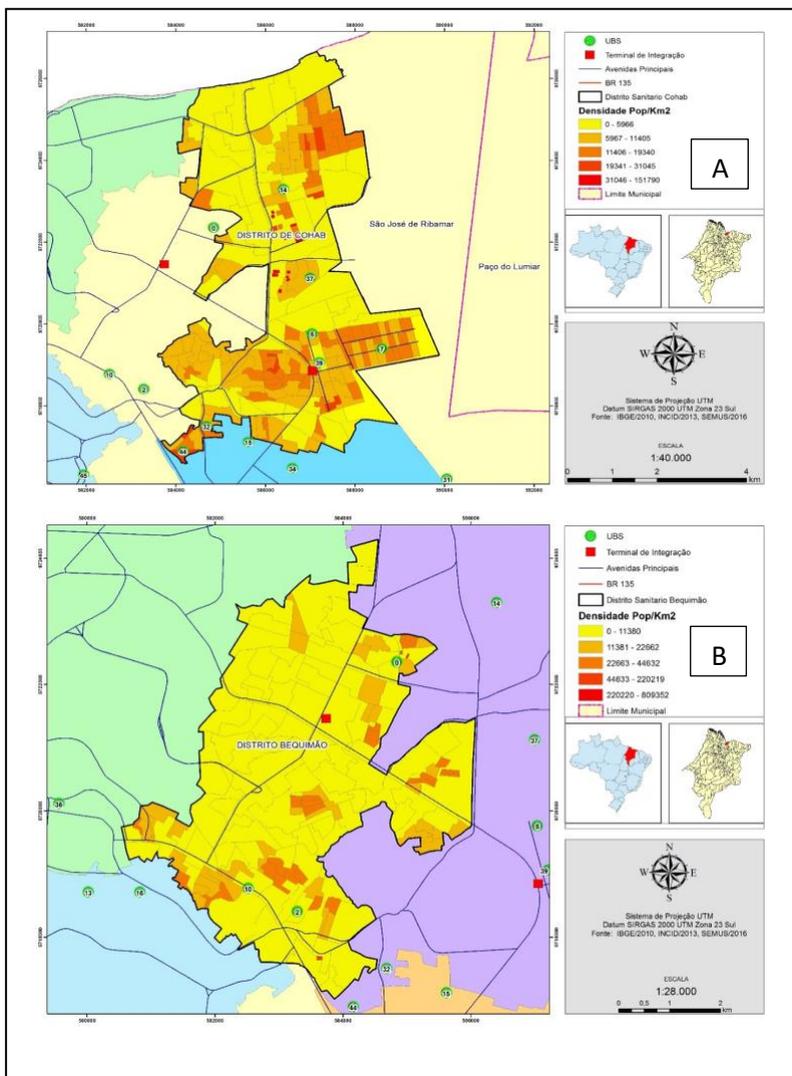


Figura 3 – Densidade demográfica e localização das UBS. Distritos sanitários Cohab (A) e Bequimão (B), São Luís-MA, 2012.

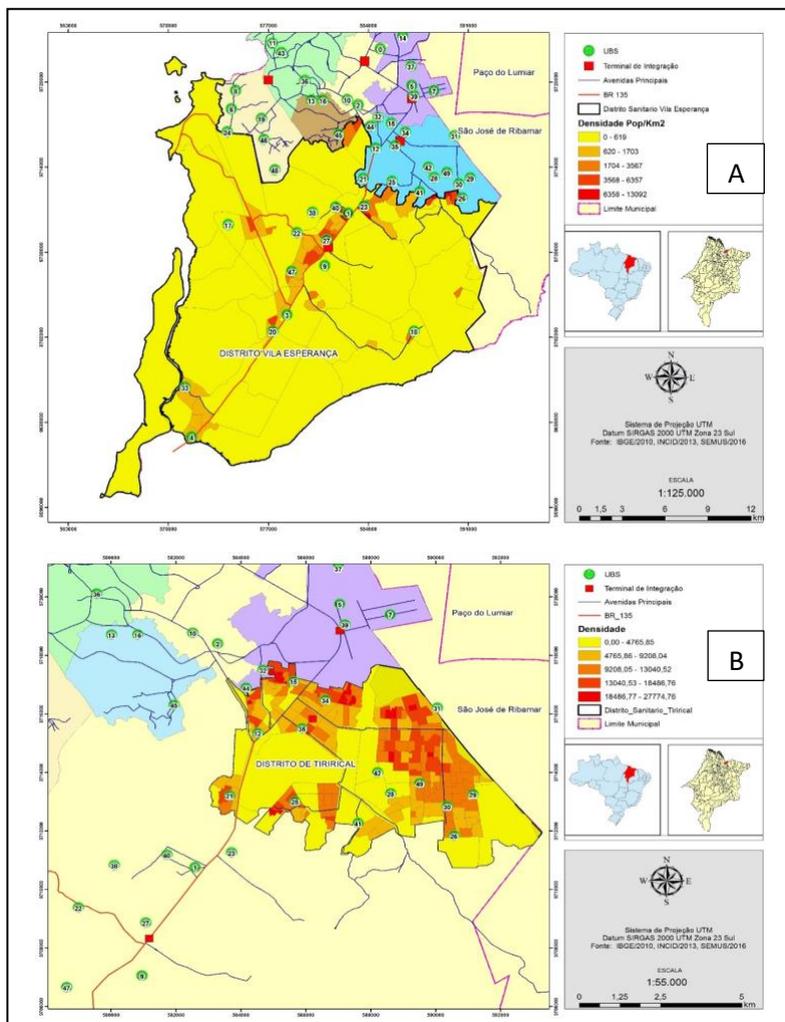


Figura 4 – Densidade demográfica e localização UBS. Distritos sanitários Vila Esperança (A) e Tirirical (B), São Luís-MA, 2012.

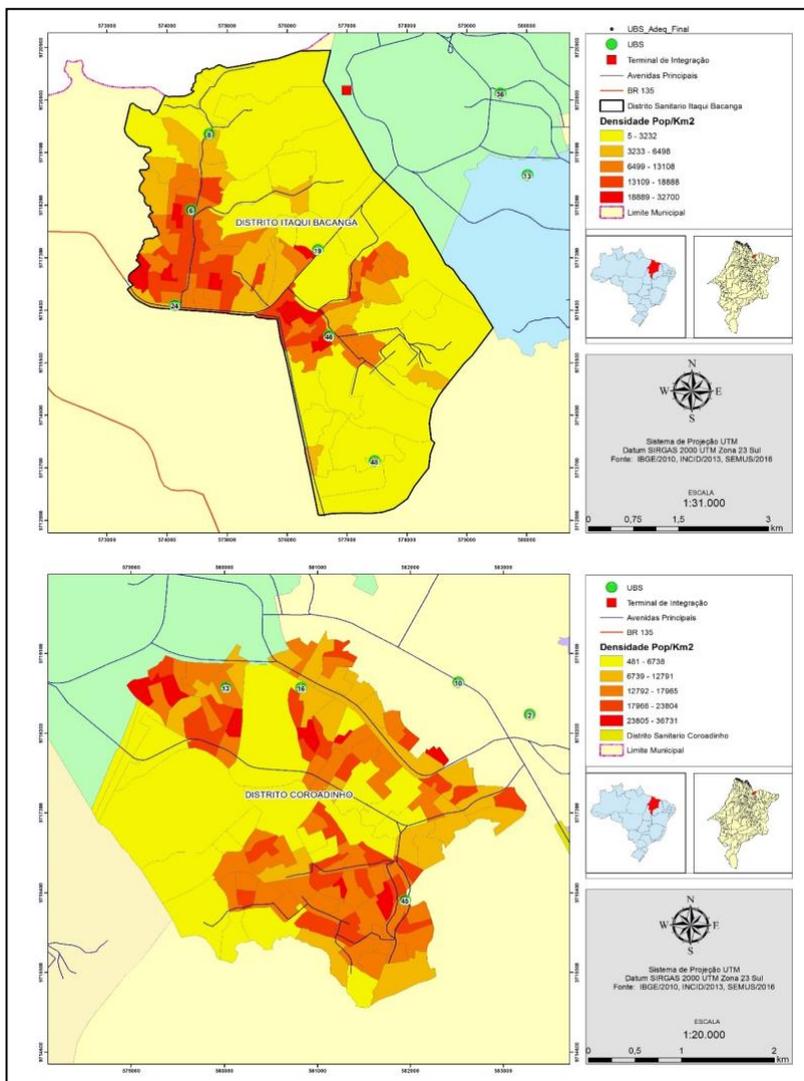


Figura 5 – Densidade demográfica e localização UBS. Distritos sanitários Itaqui-Bacanga (A) e Coroadinho (B), São Luís-MA, 2012.

4. ENCAMINHAMENTOS PARA A PRÁTICA

- Minimizar a lacuna de conhecimentos sobre as dimensões do acesso às unidades básicas de saúde, principalmente em capitais, contribuindo para a gestão em saúde;
- Compreender as peculiaridades locais, fomentando lideranças políticas, comunitárias, técnicos da área da saúde e da geografia, no aperfeiçoamento da divisão político-administrativa e geográfica dos distritos sanitários;
- Identificar barreiras de acesso às UBS que auxiliem na tomada de decisões, direcionando das políticas públicas, estabelecendo prioridades, de modo a proporcionar o fortalecimento da atenção básica no município de São Luís.

5. REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Portaria nº 2.436/GM, de 21 de setembro de 2017. Brasília, 2017.
2. PAIM, J. *et al.* O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Lancet**: Saúde no Brasil. Series 1, p. 11-31, 2011.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de melhoria do acesso e da qualidade: manual instrutivo para as equipes de atenção básica**. Brasília, DF, 2013.

4. TRAVASSOS, C.; OLIVEIRA, E.X.G.; VIACAVA, F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.4, p.975-986, 2006.
5. ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.11, p. 2865-75, 2012.
6. IBGE. **Censo Demográfico 2010: Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência**: Rio de Janeiro: IBGE 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>. Acesso em: 23 ago. 2015.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento Atenção Básica. **Saúde mais perto de você: acesso e qualidade. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: documento síntese para avaliação externa**. Brasília, DF, 2012.
8. IMESC. São Luís, 2014. Disponível em: <http://imesc.ma.gov.br/portal/Post/show/bases-cartograficas-municipais>. Acesso em: 23 ago. 2015.
9. SENDRA, J. B. *et al.* Hacia un sistema de ayuda a la decisión espacial para la localización de equipamientos. **Estudios Geográficos**, Rio Claro, v. 61, n. 241, p. 567-598, 2000.
10. GOUDARD, B.; OLIVEIRA, F. H.; GERENTE, J. Avaliação de modelos de localização para análise da distribuição espacial de unidades básicas de saúde. **Revista Brasileira de Cartografia**, Rio de Janeiro, v.1, n.67, p.15-34, 2015.
11. SÃO LUÍS. Secretaria Municipal de Administração. **Lei Orgânica do Município de São Luís**. São Luís, MA, 6 abr. 1990.

Disponível em: http://www.dhnet.org.br/direitos/municipais/a_pdf/lei_organica_ma_sao_luis.pdf Acesso: 14 jul. 2016.

12. SILVA JÚNIOR, E. S. *et al.* Acessibilidade geográfica à atenção primária à saúde em distrito sanitário do município de Salvador, Bahia. **Rev. bras. saúde mater. Infant.**, Recife, v. 10, p. 49-60, nov. 2010.

13. OLIVEIRA, L. S. *et al.* Acessibilidade a atenção básica em um distrito sanitário de Salvador. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 3047-3056, 2012.

14. CUNHA, A. B. O.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 725-737, abr. 2010.

15. ESCOREL, S. *et al.* O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev. panam. salud publica**, Washington, DC, v. 21, n. 2, p. 164-176, 2007.

16. CARVALHO, M. S.; SANTOS, R. S. Análise de dados espaciais em saúde pública: métodos, problemas, perspectivas. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 361-378, 2005.

17. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portal Saúde SUS. **Histórico de cobertura SF: relatório**. Brasília, DF, 2016. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php. Acesso: 30 ago. 2016.

18. LIMA, M. A. D. S. *et al.* Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 12-17, 2012.

19. PAVARINI, S. C. I. *et al.* Sistema de Informações geográficas para a gestão de programas municipais de cuidado a idosos.

Texto & Contexto Enferm., Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 17-25, 2008.

20. LAPA, T. M. *et al.* Análise da demanda de casos de hanseníase aos serviços de saúde através do uso de técnicas de análise espacial.

Cad. Saúde Públ, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 361-378, 2005.

Capítulo 26

ACESSIBILIDADE PARA USUÁRIOS COM DEFICIÊNCIA NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE UM MUNICÍPIO DO NORDESTE BRASILEIRO

*Iomar Mendes de Sousa
Ana Margarida Melo Nunes
Erika Bárbara Abreu Fonseca Thomaz
Aline Sampieri Tonello
Rejane Christine de Sousa Queiroz*

1. INTRODUÇÃO

Embora a atenção básica (AB) seja a principal porta de entrada do usuário no Sistema Único de Saúde (SUS) e a ordenadora do cuidado¹, existem diversas barreiras que dificultam o acesso aos serviços de saúde, como a localização da unidade de saúde, a disponibilidade de horários e dias de atendimento e a possibilidade de consultas não agendadas².

O conceito de acessibilidade na saúde possui várias abordagens e muitas vezes é confundido com “acesso”. O acesso é um conceito que varia entre autores e que muda ao longo do tempo, de acordo com o contexto³. A acessibilidade pode ser entendida segundo duas dimensões: a socio-organizacional e a geográfica⁴. Compreende também o universo entre a disponibilidade e o acesso aos serviços de

saúde, levando em conta o conjunto de obstáculos enfrentados na busca e obtenção dos serviços de saúde⁵.

Portanto, quando se trata de pessoas com deficiências, nota-se que as condições estruturais das edificações, meios de transportes e áreas para acesso a algumas repartições públicas encontram-se inadequadas e muitas vezes não oferecem condições mínimas de acessibilidade^{6,7,8}.

Medidas governamentais vêm sendo tomadas para que pessoas com deficiências possam usufruir da atenção à saúde como direito. Entre tais medidas, destaca-se a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, a qual afirma que os serviços de atenção devem se organizar como uma rede de cuidados, para atender a essa população de forma descentralizada e participativa⁹.

2. CONTEXTO DO ESTUDO

Para atender a pessoas com deficiência, torna-se necessário que equipes de saúde estejam capacitadas para atender às especificidades dessa população e que os serviços de saúde ofertem estrutura adequada, facilitando o acesso. No entanto, grande parte dos serviços de saúde do Brasil apresenta barreiras arquitetônicas e urbanas, dificultando o deslocamento dessas pessoas¹⁰.

Dessa forma, o objetivo deste estudo é analisar as características das UBS em relação à acessibilidade para pessoas com deficiência, em um município do estado do Maranhão. Destaca-se que este capítulo é fruto de uma dissertação de Mestrado da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF).

Trata-se de um estudo transversal descritivo, com dados secundários realizado no município de Imperatriz/MA. Imperatriz é a segunda maior cidade do estado do Maranhão, sua densidade demográfica é de 180,79 hab/km², com uma população de 258.682 habitantes¹¹.

Os dados sobre acessibilidade às UBS foram obtidos e coletados a partir do módulo I: Observação das Unidades Básicas de Saúde, do banco de dados da avaliação externa do PMAQ-AB, com base no censo das UBS realizado no ano de 2012 no Brasil, a partir daquele realizado pelo Ministério da Saúde¹².

As variáveis de acessibilidade foram classificadas em duas categorias: adequada, quando a presença/ausência favorecem a acessibilidade e inadequada, quando a presença/ausência prejudicam a acessibilidade. As variáveis foram classificadas de acordo com as seguintes dimensões

de acessibilidade nas UBS: externa; interna; para pacientes com deficiência auditiva e com deficiência visual.

Para análise descritiva das variáveis, foram calculadas as frequências absolutas e relativas, utilizando o software Microsoft Excel (2010) comparando-as entre as UBS que participaram ou não do 1º ciclo do PMAQ-AB.

Este estudo faz parte de uma pesquisa multicêntrica do Ministério da Saúde, em parceria com Universidades e Institutos de Pesquisa do Brasil, e foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade de Pelotas, sob o número 38/12, em 10 de maio de 2012.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram avaliadas 36 UBS do município de Imperatriz/MA. Destas, somente 19,4% UBS fizeram adesão ao PMAQ-AB.

3.1. Acessibilidade externa

A acessibilidade externa foi identificada pela ausência de piso liso e tapete e pela presença dos seguintes itens: calçada em boas condições, piso antiderrapante, piso

regular, rampa de acesso, corrimão, porta/corredor de entrada adaptado.

De acordo com a tabela 1, a maioria das UBS apresentou inadequações quanto à acessibilidade para pessoas com deficiência. Os itens com piores resultados foram: ausência de corrimão em todas as UBS; ausência de piso antiderrapante em 58,3% das UBS e ausência de rampa de acesso em 52,8% das UBS. Resultados semelhantes foram observados em um estudo com dados do PMAQ-AB, em Pernambuco, o qual relatou que 97% das UBS não possuíam banheiros adaptados nem barras de apoio, e, em 98% delas, não havia corrimão¹³.

Tabela 1 – Acessibilidade externa nas UBS, segundo a adesão ao PMAQ, Imperatriz, 2012.

Itens	UBS c/PMAQ		UBS s/PMAQ		TOTAL	
	N (7)		N (29)		N (36)	
	N	NÃO (%)	N	NÃO (%)	N	NÃO (%)
Calçada em Boas Condições	3	42,8	18	62,1	21	58,3
Tapete	7	100,0	25	86,2	32	88,9
Piso antiderrapante	5	71,4	16	55,2	21	58,3
Piso regular	4	57,1	11	37,9	15	41,7
Piso liso	7	100,0	22	75,9	29	80,6
Rampa de acesso	2	28,6	17	58,6	19	52,8
Corrimão	7	100,0	29	100,0	36	100,0
Porta/corredor de entrada	2	28,6	16	55,2	18	50,0

Ressalta-se que o manual de estrutura física das UBS preconiza que as calçadas devem apresentar um piso liso e antiderrapante, mesmo quando molhado, sem desnível, com faixa de circulação livre de barreiras, completamente desobstruídas e isentas de interferências como vegetação, buracos, bem como qualquer outro tipo de interferência ou obstáculos¹⁴.

Nesse sentido, em um estudo realizado com UBS de vários municípios brasileiros, verificou-se que, em relação às barreiras arquitetônicas, aproximadamente 60% dos prédios não eram adequados para o acesso de idosos e pessoas com deficiência. Em 66,7% das UBS, foi constatada a inexistência de calçadas que garantissem o deslocamento seguro por parte desses usuários⁶.

Uma pesquisa realizada recentemente sobre acessibilidade pontua que a presença de obstáculos no percurso da residência das pessoas com deficiência à UBS, pode inviabilizar a circulação, levando à perda da autonomia, podendo acarretar novos danos¹⁵.

Desse modo, a acessibilidade aos prédios públicos deve ser considerada um dos fatores essenciais na garantia dos direitos básicos dos usuários do SUS. Esse princípio deve permear os serviços e instalações abertos ao público ou de uso público, tanto na zona urbana quanto na rural¹⁴.

No presente estudo, a maioria das UBS de Imperatriz/MA funcionam em casas da comunidade, as quais foram adaptadas para esse fim. Essas residências são alugadas e transformadas em espaços públicos e muitas vezes não passam por ajustes na estrutura. Essa condição também foi observada em um estudo realizado em João

Pessoa-PB, o qual relatou que a maior parte das pessoas com deficiência era usuária de UBS instaladas em casas improvisadas¹⁶ e também em uma pesquisa realizada nas UBS de dois municípios da Bahia¹⁷.

3.2. Acessibilidade Interna

Foi possível constatar uma série de barreiras arquitetônicas e inadequações que impossibilitam a utilização de forma autônoma dos serviços de saúde, destacando-se a ausência de barras de apoio em 80,6% das UBS e corrimão em 91,7% nas áreas internas das UBS; inadequações de corredores em 61,1% das UBS e portas não adaptadas para cadeiras de rodas em 72,2%; ausência de espaço para cadeira de rodas em 15 (41,7%) das salas de espera e recepções das UBS, e ausência de cadeiras de rodas em 80,6% (Tabela 2).

Tabela 2 – Acessibilidade interna nas UBS, segundo a adesão ao PMAQ, Imperatriz, 2012.

Itens	UBS c/PMAQ N (7)		UBS s/PMAQ N (29)		TOTAL N (36)	
	N	NÃO (%)	N	NÃO (%)	N	NÃO (%)
	Banheiros adaptados	7	100,0	27	93,1	34
Barras de apoio	5	85,7	24	82,8	29	80,6
Corrimão	7	100,0	26	89,7	33	91,7
Corredores	3	42,9	19	65,5	22	61,1
Portas adaptadas	3	42,9	23	79,3	26	72,2
Espaço para cadeira de rodas	3	42,9	12	41,4	15	41,7
Bebedouros adaptados	4	57,1	17	58,6	21	58,3
Cadeira de rodas	4	57,1	25	86,2	29	80,6

Destaca-se que, em relação à presença de barras de apoio e acesso a cadeira de rodas nas UBS avaliadas, o município de Imperatriz mostrou-se melhor em relação ao estado, visto que 97,6% das UBS do estado do Maranhão não possuíam corrimão; 94,2% não tinham barras de apoio; 90,7% não apresentavam cadeiras de rodas disponíveis¹⁸.

O mesmo panorama de falta de acesso foi observado em um estudo realizado em Pernambuco, em que 98% das UBS não dispunham de corrimão, e em 69% não havia condições para acomodar uma cadeira de rodas na sala de espera¹³.

O presente estudo indicou a ausência de bebedouro adaptado em 57,1% das UBS com PMAQ-AB e em 58,6% das UBS sem PMAQ-AB. No entanto, segundo o manual de estrutura física das UBS, os mobiliários internos como móveis, bebedouros, balcões de atendimento entre outros, devem ser acessíveis e de alcance manual, visual e auditivo¹⁴.

A maioria das UBS avaliadas (94,4%) não tinha banheiros adaptados para pessoas com deficiência. Os banheiros e sanitários estavam em condições precárias, não possuíam vasos adaptados, barras de apoio, portas com abertura para fora que não permitem a entrada ou a manobra de cadeiras de rodas. Resultado semelhante foi observado em um estudo realizado no Nordeste, destacando que 77,8% das UBS não apresentavam banheiro com portas adaptadas⁶.

Fica evidente que, para reduzir as barreiras, há necessidade de um movimento de inclusão social, espe-

cialmente, no planejamento de edificações e na mobilidade pública, com maior acessibilidade; no conhecimento das necessidades da pessoa com deficiência e na articulação com os dispositivos sociais presentes na comunidade¹⁵.

3.3. Acessibilidade para pacientes com deficiência auditiva e visual

Segundo o manual de estrutura física das UBS, as informações essenciais aos espaços internos e externos das edificações devem ser sinalizadas de forma visual, tátil, gestual e sonora, devendo ser legíveis para todos, inclusive às pessoas com deficiência¹⁴. Quando observadas essas condições, verificou-se inadequação quase total das UBS do município de Imperatriz/MA, destacando o não uso dos símbolos internacionais em 97,2% das UBS e a ausência de caracteres em relevo, braile e recursos auditivos (sonoro) em todas as UBS estudadas (Tabela 3).

Tabela 3 – Acessibilidade para pacientes com deficiência auditiva e visual, segundo a adesão ao PMAQ. Imperatriz, 2012.

Itens	UBS c/PMAQ		UBS s/PMAQ		TOTAL N (36)	
	N (7)		N (29)			
	N	NÃO (%)	N	NÃO (%)	N	NÃO (%)
Símbolos (deficiência física, visual e auditiva)	7	100,0	28	96,5	35	97,2
Sinalização visual dos ambientes e serviços	5	71,4	23	79,3	28	77,8
Caracteres táteis	7	100,0	29	100,0	36	100,0
Recursos auditivos (sonoro)	7	100,0	29	100,0	36	100,0
Profissionais para acolhimento	3	42,9	22	75,9	25	69,5

Em estudo ecológico realizado com as UBS do Brasil, constatou-se baixa presença de sinalização externa e interna, como fatores limitantes do acesso geográfico às UBS, possível consequência do uso de casas adaptadas para o

funcionamento dessas unidades como mencionado anteriormente¹⁹.

Dessa forma, nota-se que a realidade vivenciada pela AB em Imperatriz/MA não é diferente da realidade de outros locais do Brasil. Estudo realizado no estado do Espírito Santo também constatou a ausência de símbolos internacionais de figuras, desenhos ou cores; de recursos auditivos nos ambientes dos estabelecimentos de saúde²⁰. Como se pode perceber, ainda há um longo caminho a percorrer no que se refere à garantia de direitos deste público, que já enfrenta tantos obstáculos cotidianamente.

A partir dos resultados observados, verificou-se que a maioria dos itens que favorecem acessibilidade aos usuários com deficiência nas UBS do município de Imperatriz/MA foram considerados inadequados. Destaca-se ainda que as UBS que fizeram adesão ao PMAQ-AB foram melhor avaliadas em relação à acessibilidade.

4. ENCAMINHAMENTOS PARA A PRÁTICA

- É importante que os resultados apresentados fomentem políticas públicas de saúde, com o intuito de melhorar a qualidade na infraestrutura e na ambiência das UBS.

- Espera-se que esta pesquisa possa contribuir com a as políticas de saúde no município de Imperatriz, possibilitando a elaboração e a implementação de propostas de intervenção e melhoria da acessibilidade nessas UBS.

5. REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Política Nacional de Atenção Básica**, Portaria nº 2436/GM, de 21 de setembro de 2017. Brasília, 2017.
2. STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília, DF: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.
3. TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Públ.**, v. 20, p. S190-S198, 2004.
4. DONABEDIAN, A. **An introduction to quality assurance in health care**. New York: Oxford University, 2003.
5. CASTRO, S. S. Pessoas com deficiência e o uso dos serviços de saúde: a questão da (in)acessibilidade. **Bol. Inst. Saúde**, São Paulo, v.13, n.2, 2011.
6. SIQUEIRA, F. C. V. *et al.* Barreiras arquitetônicas a idosos e portadores de deficiência física: um estudo epidemiológico da estrutura física das unidades básicas de saúde em sete estados do Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, v.14, n.1, p.39-44, 2009.

7. SILVA JUNIOR, E. S. *et al.* Acessibilidade geográfica à atenção primária à saúde em distrito sanitário do município de Salvador, Bahia. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, v.10, supl.1, p.49-60, 2010.
8. GALLO, E. C.; ORSO, K. D.; FIÓRIO, F. B. Análise da acessibilidade das pessoas com deficiência física nas escolas de Chapecó-SC e o papel do fisioterapeuta no ambiente escolar. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.35, n.2, p.201-207, 2011.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Política Nacional de Saúde de Pessoas portadora de Deficiência**, Portaria nº1060/GM, de 05 de junho de 2002. Brasília, 2002.
10. SOUZA, C. C. B. X.; ROCHA, E. F. Portas de entrada ou portas fechadas? O acesso à reabilitação nas unidades básicas de saúde da região sudeste do município de São Paulo – período de 2000 a 2006. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 21, n. 3, p. 230-239, set./dez. 2010.
11. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo 2010: Características Gerais da População, Religião e Deficiência**. Rio de Janeiro (Brasil): 2010. Disponível em: <http://www.sidra.ibge.gov.br/cd/cd2010CGP.asp?o=13&i=P>. Acesso em: 10 de julho de 2015.
12. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mais perto de você: acesso e qualidade. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): documento síntese para avaliação externa**. Brasília, DF, 2012.
13. ALBUQUERQUE, M. S. V. *et al.* Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da Atenção Básica em Pernambuco. **Saúde em Debate**, v. 38, p. 182-194, 2014.

14. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde**: Saúde da família/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 56p
15. NASCIMENTO, V. F. *et al.* Accessibility Residence of Disabled People to the Health Unit. **Journal Health Sci.**, v. 21, n. 3, p.255-259, 2019.
16. AMARAL, F. L. J. S. *et al.* Acessibilidade de pessoas com deficiência ou restrição permanente de mobilidade ao SUS. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 17, n. 7, p. 1833-1840, 2012.
17. MOURA, B. L. A. *et al.* Atenção primária à saúde: estrutura das unidades como componente da atenção à saúde. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, v. 10, p. 69-81, 2010.
18. CAVALCANTE, V. C. R. **Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica do SUS (PMAQAB): Análise da estrutura das Unidades Básicas de Saúde do Maranhão.** 2014. Dissertação (Mestrado da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família) – Universidade Federal do Maranhão, São Luís.
19. POÇAS, K. C.; FREITAS, L. R. S.; DUARTE, E. C. Censo de estrutura da Atenção Primária à Saúde no Brasil (2012): estimativas de coberturas potenciais. **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, v. 26, n.2, p.275-284, 2017.
20. GARCIA, A. C. P. *et al.* Análise da organização da Atenção Básica no Espírito Santo: (des)velando cenários. **Rev. Saúde debate**. Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p.221-236, 2014.

Capítulo 27

COMO AS GESTANTES BENEFICIÁRIAS DO BOLSA FAMÍLIA PERCEBEM O PROGRAMA E SUAS REPERCUSSÕES NA SAÚDE E NA VIOLÊNCIA?

*Helena Paula Guerra dos Santos
Roberto Wagner Júnior F. de Freitas
Kátia Yumi Uchimura
Isabella Fechine de Oliveira
Anyá Pimentel G. F. Vieira Meyer*

1. INTRODUÇÃO

Essa publicação foi originalmente fruto de dissertação de mestrado, a qual buscou investigar a percepção de gestantes beneficiárias do Programa Bolsa Família (PBF) de Fortaleza/CE sobre o programa e repercussões nas suas condições de saúde e no contexto de violência experimentado.

Na literatura, constam relatos que indicam o desconhecimento das beneficiárias sobre o programa, seus aspectos e sua relevância^{1,2}. Mas, quase não há estudos que investiguem sobre as percepções de beneficiárias e sua apropriação sobre o PBF³, em especial sob a ótica das gestantes, grupo prioritário do PBF.

O PBF objetiva ampliar o acesso a direitos sociais básicos nos campos da assistência social, educação e saúde⁴, pois, após inserção no programa, as famílias cumprem uma série de condicionalidades, que são obrigações a serem cumpridas nesses campos, para melhorar as condições de desenvolvimento familiar⁵.

As condicionalidades de saúde do PBF coincidem com algumas das atribuições da Estratégia Saúde da Família (ESF): o acompanhamento pré-natal das gestantes, a vacinação e o monitoramento do desenvolvimento infantil e a realização de palestras educativas. Assim, o sucesso das políticas torna-se totalmente interdependente, pois os processos de trabalhos da ESF impactam em melhores indicadores do PBF e vice-versa⁶.

A Política Nacional de Atenção Básica⁷ destaca que é responsabilidade comum a todos os membros das equipes da ESF acompanhar e registrar no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e no mapa de acompanhamento do PBF as condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias.

As práticas de acompanhamento das condicionalidades têm registros negativos na literatura, onde se infere que os profissionais não entendem o PBF, nem ser sua

obrigação desenvolver ações específicas para esse grupo vulnerável^{1,8}.

Nas repercussões de saúde, optou-se por abordar sobre o acesso e qualidade do pré-natal, autopercepção da ingestão dos diversos grupos alimentares e participação em palestras, as quais se relacionam diretamente com as condicionalidades de saúde e objetivos do PBF.

A alimentação é ponto chave para o bom desenvolvimento da gestação e das crianças, com discussões sobre a necessidade de o PBF incorporar ações para facilitar uma alimentação saudável e controvérsias sobre sua influência na segurança alimentar ^{9,10,11,12}.

Também é proeminente abordar a violência, pois é grave problema de saúde pública, com altos custos individuais e coletivos¹³, trazendo sérios impactos à saúde da mulher¹⁴ (depressão, distúrbios alimentares) e do bebê¹⁵ (parto prematuro, bebê de baixo peso), além de ter sua ligação com o PBF povoada de controvérsias^{16, 17}.

2. CONTEXTO DO ESTUDO

O estudo justificou-se na necessidade de preencher a lacuna quanto às percepções das gestantes beneficiárias acerca do programa e das práticas de acompanhamento/ implementação do PBF pela ESF.

Englobaram-se, ainda, aspectos relacionados à segurança alimentar e exposição à violência (comunitária e doméstica) entre as gestantes beneficiadas pelo PBF e atendidas pela ESF.

Realizou-se levantamento face a face, transversal, com enfoque quantitativo, em amostra probabilística incluindo gestantes maiores de 18 anos, beneficiárias do PBF e usuárias do SUS.

Um total de 354 entrevistas estruturadas foi obtido, baseadas em formulários específicos, nas dependências das Unidades de Atenção Primária (UAPS) do município de Fortaleza/CE.

O Projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UniChristus – parecer n.º 2.758.702 em 06/07/18. A coleta se deu entre 10/2018 e 07/2019. Os dados foram tabulados nos *softwares* Epidata 3.1 e analisados no STATA SE 14.2.

Objetivou-se descobrir e analisar o padrão de percepção das gestantes beneficiárias do PBF de Fortaleza sobre o programa (critérios de inclusão, condicionais de saúde e benefícios) e seus impactos na saúde (acompanhamento pré-natal e segurança alimentar) e na experiência com violência (doméstica e comunitária).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O perfil sociodemográfico das gestantes beneficiárias do PBF de Fortaleza revelou mulheres com média de idade de 27 (DP±5,8) anos; solteiras (38,7%) ou em união estável (36,7%); pardas ou negras (92,1%); católicas (45,2%) ou evangélicas (44,3%); ocupando-se do lar (58,8%); com escolaridade de ensino médio (59,3%). A média de renda foi de R\$706,44 (DP± 625,4); média de 1,4 filhos (DP± 1,2); média de 3,7 (DP±1,8) pessoas em casa, e recebiam do PBF valor médio de R\$ 181,10 (DP ±88,2), há, em média, 45 meses (DP ±45,9).

Sobre os critérios de inclusão do PBF, 74,5% (n=263) deram respostas certas. Quanto às condicionalidades de saúde, 80,5% (n=285) acertaram nas respostas. Acerca dos benefícios percebidos, 94% (n=333) citaram benefícios alinhados aos objetivos propostos pelo PBF. Questionadas sobre como enxergavam o PBF, 73,2% perceberam-no como direito.

Tomando por base o panorama indicado pela pesquisa do Ibase¹⁸ realizada com beneficiários do PBF, percebe-se clara evolução no alcance do nível médio, indo de 17,2% para 59.3%.

Embora investimentos na educação também devam ter influência sobre o bom desempenho desse resultado, o PBF, por cobrar a frequência escolar e reduzir a evasão, impacta de maneira significativa, principalmente nesses indicadores educacionais atrelados à condicionalidade da educação¹⁹.

Adicionalmente, é possível que este ganho em escolaridade se reflita em empoderamento da mulher e maior conhecimento da mesma sobre seus direitos, pois, comparando aos dados do Ibase¹⁸, foi notório o desempenho das gestantes nas suas respostas sobre aspectos do programa e no seu entendimento como direito.

Assim, desmitifica-se e, supera-se o senso comum, que estigmatiza as mulheres beneficiárias sobre a falta de compreensão sobre o programa e pode-se inferir que já há ganhos em relação ao seu perfil, por consequência da cobrança das condicionalidades.

O início do acompanhamento pré-natal foi em média com 9,8 (DP±5,3) semanas de gestação, tendo sido a primeira consulta realizada dentro das 12 semanas preconizadas por 80,9% das gestantes, com média de quatro (DP±2,5) consultas realizadas.

O acesso à consulta odontológica foi confirmado por 51% das gestantes entrevistadas. Sobre a qualidade do pré-natal percebida, 86,7% (n=307) responderam ser de boa qualidade.

Os dados da captação precoce da gestante revelaram achados melhores que para gestantes brasileiras, ainda melhores dentro da mesma região, que foram de 75,8% em gestantes brasileiras²⁰ e 55% em paraibanas²¹.

A atribuição do acompanhamento do pré-natal, também como condicionalidade de saúde do PBF, pode ter afetado no sucesso da captação precoce da gestante para o pré-natal dentro das 12 semanas, revelando sinergia entre o PBF e a ESF na saúde da gestante.

Após inclusão no PBF, os resultados demonstram que tiveram maior percentual de aumento o consumo dos seguintes grupos alimentares: frutas e sucos (69,2%); cereais (59,3%); leite/derivados (58,2%); ovos (56,8%); feijão (55%); bolinhos/biscoitos (54,5%) e carne (48,9%). Apresentaram maiores inalterações do padrão de consumo os grupos: vegetais (52,2%); gorduras (57,3%); comidas processadas (63%); comidas fritas (65%); raízes (62,1%); açúcares (60,7%); doces (64,4%) e refrigerantes (60,2%). Foram registradas reduções consideráveis na ingestão de

alimentos menos saudáveis: doces (13,3%); açúcares (9,3%); refrigerantes (12,1%); gorduras (9,4%); comidas processadas (14%) e comidas fritas (14,7%).

Foi evidenciada associação entre a menor escolaridade e o aumento do consumo alimentar dos seguintes grupos: doces ($p < 0,001$); comida processada ($p = 0,001$); bolinhos/biscoitos ($p = 0,01$); refrigerantes ($p = 0,01$); açúcares ($p = 0,02$); comida frita ($p = 0,03$) e gorduras ($p = 0,03$).

Existiram diferenças no padrão do consumo alimentar das gestantes que tiveram participação em palestras educativas, 25% ($n = 89$), quando comparadas às demais. Os principais achados para as que participaram foram: 80,9% ($n = 72$) afirmaram aumento da ingestão de frutas e sucos ($p = 0,002$); 60,7% ($n = 54$) aumento da ingestão de vegetais ($p = 0,01$) e 42,7% ($n = 38$) aumento da ingestão de raízes ($p = 0,03$).

Esse levantamento revelou que os hábitos alimentares das beneficiárias têm melhorado quando comparados a estudos que criticam esse aspecto do programa^{9,12}. Houve acréscimos percentuais na ingestão de alimentos saudáveis, ratificando estudos que afirmam a

maior segurança alimentar promovida pelo PBF, inclusive em aspectos qualitativos da dieta¹¹.

O desempenho na realização de palestras foi pífio, coadunando com outros estudos que já apontavam a falha nesse aspecto¹⁰. A carência dessas ações educativas interfere nos hábitos e práticas alimentares das mães beneficiárias e seus filhos²², como, também, em aspectos de proteção de gestantes beneficiárias com menor uso de repelentes contra o Zica vírus²³.

A agressão física foi a violência comunitária mais testemunhada por 43,2% da amostra e o assalto com agressão física o mais sofrido por 22,6% das gestantes. Quanto à prevalência da violência doméstica, a violência psicológica foi a mais relatada, com 17,2% (n=61) sofrendo insultos, 13,6% (n=48) humilhações, seguido da violência física, com 13,3% (n=47) sofrendo empurrões e 10,7% (n=38) sofrendo estapeamentos. Identificou-se associação positiva da violência doméstica com a religião evangélica (p=0,01), pois entre as 47 (13,3%) gestantes que sofreram empurrão 30 (63,8%) eram evangélicas.

A renda menor afetou significativamente no risco de sofrer tiro fatal (p=0,008), esfaqueamento (p=0,03), e violência relacionada a gangues (p=0,04). Além da tendência

a sofrerem agressão física ($p=0,06$) e testemunharem assalto com agressão física ($p=0,06$).

Há relatos da violência comunitária sendo reduzida pela participação no PBF, demonstrando conexão direta entre a redução da desigualdade social e da violência, por elevação do poder de compra e redução do estresse familiar^{17,24}. Outros¹⁶ apontam que mulheres beneficiárias podem estar sob risco maior de sofrer violência doméstica.

Os dados dessa pesquisa, apesar de revelarem uma violência manifesta e real, apontam para um quadro melhor que o observado com gestantes brasileiras, não identificadas como beneficiárias do PBF, atendidas na rede pública^{25,26}. Isso pode estar atrelado a efeitos positivos do PBF na redução da violência nesse grupo, a despeito de subnotificações e diferenças metodológicas ou regionais entre as investigações. No entanto, foi ponto comum entre os estudos a associação da violência doméstica com a religião protestante e com menores rendas.

É possível conjecturar que essa menor violência vivenciada pelas gestantes beneficiárias do PBF em Fortaleza, em comparação a outros estudos com gestantes brasileiras^{25,26}, possa estar associada ao relatado efeito protetivo do PBF^{17,24}, atuando no seu empoderamento,

redução da miséria e desigualdade social neste grupo, impactando na determinação socioeconômica da violência.

4. ENCAMINHAMENTOS PARA A PRÁTICA

- O fortalecimento das ações de promoção de saúde e qualificação dos processos de trabalho da ESF são essenciais, com garantia de tempo planejado na agenda dos profissionais para atuar com equidade diante do grupo do PBF;
- Ampliar e fortalecer a ESF e o PBF, devido a sinalizações positivas da sinergia do PBF/ESF no empoderamento feminino, na melhoria do perfil sociodemográfico, no acesso precoce ao pré-natal, na promoção da segurança alimentar e na redução da experiência com violência.

5. REFERÊNCIAS

1. BARBOSA, N.; DIÓGENES, M.A.; MONT´ALVERNE, D. Programa Bolsa Família: A condicionante saúde realmente existe? **Rev. Bras. Promoção de Saúde**, Fortaleza, v.27, n.4, p.435-436, 2014.
2. SANTOS, L. P. *et al.*; Avaliação do programa Bolsa Família em municípios de baixo índice de Desenvolvimento Humano e cumprimento das condicionalidades de saúde. **Tempus, Actas de Saúde Colet.**, Brasília, v.5, n.4, p.139-165, 2011.

3. FRAGA, L.S.; PAULI, R.I.P.; VALCANOVER, V. M.; **O Acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família: Vale a pena o investimento?** In: XXXV ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO- ENEGEP 2015. Perspectivas globais para a Engenharia de Produção. Fortaleza, 2015.
4. PASE, H.L.; MELO, C.C. Políticas Públicas de transferência de renda na América Latina. **Rev. Adm. Pública**, v.51, n.2, p.312-329, 2017.
5. BRASIL. MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME (MDS). **Bolsa Família**. Disponível em <<http://mds.gov.br/bolsafamilia>> Acesso em: 15 ago. 2019.
6. VIEIRA-MEYER, A.P.G.F. *et al.* What is the relative impact of Primary Health Care quality and Conditional Cash Transfer Program in child mortality? **Can. J. Public Health**, 2019. 29 de julho. doi: 10.17269 / s41997-019-00246-9. [Epub ahead of print].
7. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Política Nacional de Atenção Básica**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 2017.
8. PETROLA, K.A. F. *et al.* Provision of Oral Health Care to Children under Seven Covered by Bolsa Família Program. Is this a Reality? **PLoS One**, United States, v.11, n.8, aug. 2016.
9. LIGNANI, J.B. *et al.* Changes in food consumption among the Programa Bolsa Família participant families in Brazil. **Public Health Nutrition**, v. 14, n.5, p. 785-792, 2010.
10. UCHIMURA, K.Y. *et al.*; Qualidade da alimentação: percepções de participantes do programa bolsa família. **Ciênc. saúde coletiva**, v.17, n.3, p. 687-694, 2012.

11. COELHO, P.L.; MELO, A.S.S.A. Impacto do Programa “Bolsa Família” sobre a qualidade da dieta das famílias de Pernambuco no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**. v.22, n.2, p.393-402, 2017.
12. SILVANI, J. *et al.* Consumo Alimentar de usuários do Sistema Único de Saúde segundo o tipo de assistência e participação no Bolsa Família. **Ciênc. saúde coletiva**. v. 23, n.8, p. 2599-2608, 2018.
13. REICHENHEIM, M.E. *et al.* Violência e lesões no Brasil: efeitos, avanços alcançados e desafios futuros. **Lancet**. p.75-89, 2011.
14. HOWARD, L.M. *et al.* Domestic violence and perinatal mental disorders: a systematic review and meta-analysis. **PLoS Med**. v.10, n. 5, pmed.1001452, 2013.
15. DONOVAN, B.M. *et al.* Intimate partner violence during pregnancy and the risk for adverse infant outcomes: a systematic review and meta-analysis. **BJOG Int J Obstet Gynecol**. v.123, p. 1289-1299, 2016.
16. MOREIRA, G.C. *et al.* Programa Bolsa Família e violência contra a mulher no Brasil. **Estud. Econ.**, São Paulo, v.46, n.4, p. 973-1002, 2016.
17. MACHADO, D.B. *et al.* Conditional cash transfer programme: Impact on homicide rates and hospitalisations from violence in Brazil. **PLoS One**, United States, v. 13, n.12, dec. 2018.
18. IBASE. **Repercussões do Programa Bolsa Família na Segurança Alimentar e Nutricional das Famílias Beneficiadas**. Relatório Técnico preliminar. Rio de Janeiro: junho de 2008.
19. SANTOS, M.C.S. *et al.* Programa Bolsa Família e indicadores educacionais em crianças, adolescentes e escolas no Brasil: revisão sistemática. **Ciênc. saúde coletiva**, v.24, n.6, p. 2233-2247, 2019.

20. VIELLAS, E.F. *et al.* Assistência pré-natal no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.30, supl. 1, p. 85-100, 2014.

21. PEDRAZA, D.F. Assistência ao pré-natal, parto e pós-parto no município de Campina Grande, Paraíba. **Cad. Saúde Colet.**, v.24, n.4, p. 460-467, 2016.

22. NASCIMENTO, F.A.; SILVA, S.A.; JAIME, P.C.; Cobertura da avaliação do estado nutricional no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional brasileiro: 2008 a 2013. **Cad. Saúde Pública**. v.33, n.12, 2017.

23. DANTAS MELO V.A; SANTOS SILVA J.R.; LA CORTE R. Use of mosquito repellents to protect against Zika vírus infection among pregnant women in Brazil. **Public Health**, v.171, p.89-96, jun. 2019.

24. CHIODA, L.; MELLO, J.M.P; SOARES, R.R. Spillovers from conditional cash transfer programs: Bolsa Família and crime in urban Brazil. **Econ Educ Rev**, v. 54, p. 306-320, 2016.

25. OKADA, M.M. *et al.* Violência doméstica na gravidez. **Acta Paul. Enferm.**, v.28, n.3, p.270-274, 2015.

26. AUDI, C.A. *et al.* Adverse health events associated with domestic violence during pregnancy among Brazilian women. **Midwifery**, v.28, n.4, p. 356-361, 2012.

Capítulo 28

OPERACIONALIZAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE FORTIFICAÇÃO ALIMENTAR (NUTRISUS) EM UMA CIDADE DO NORDESTE BRASILEIRO

*Lígia Araújo Sá
Ardigleusa Alves Coêlho
Maria de Lourdes de Farias Pontes
Franklin Delano Soares Forte
Cláudia Helena Soares de Moraes Freitas*

1. INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) aponta a deficiência de ferro como um dos fatores que mais contribuem para diminuir a qualidade e a expectativa de vida no mundo^{1,2}. No Brasil, a anemia é considerada a deficiência de maior magnitude, principalmente entre as crianças com menos de dois anos. A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde mencionou uma prevalência de anemia de 20,9% em crianças com menos de cinco anos, e na faixa etária de seis a 23 meses, de 24,1%, o que demonstra que é necessário implantar uma ação eficaz para prevenir a anemia na infância³.

A Atenção Primária é um nível do sistema de saúde que possibilita a entrada no sistema para todas as novas

necessidades e problemas, atende à pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, coordena ou integra a atenção prestada e aborda os problemas mais comuns na comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar⁴.

No Brasil, a estratégia prioritária para expandir e consolidar a Atenção Básica é a Política Nacional da Atenção Básica, que considera a pessoa em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir o cuidado integral à saúde da população adscrita no âmbito da Unidade Básica de Saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, creches, associações, entre outros)⁵.

Assim, com o intuito de contribuir para potencializar as ações voltadas para o enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o desenvolvimento dos estudantes brasileiros,⁶ em 2007, foi criado o Programa Saúde na Escola (PSE)⁷, na perspectiva de ampliar as ações específicas de saúde para os alunos da rede pública de ensino⁸. Em 2014, foi iniciada a Estratégia de Fortificação da Alimentação Infantil com Micronutrientes em Pó – NutriSUS², com o objetivo de potencializar o desenvolvimento infantil; reduzir a prevalência de anemia por

deficiências nutricionais e melhorar a ingestão de micronutrientes^{2,9,10,11}.

Nessa perspectiva, com a articulação entre a Estratégia Saúde da Família e o Programa Saúde na Escola, são criadas políticas intersetoriais para melhorar a vida da população.

2. CONTEXTO DO ESTUDO

Partindo da premissa de que o Sistema Único de Saúde deve garantir uma atenção universal e integral e por reconhecer a importância da Estratégia Saúde da Família, da Política de Alimentação e Nutrição e do Programa Saúde na Escola, consideramos relevante investigar como a Estratégia de Fortificação da Alimentação Infantil com Micronutrientes em Pó – NutriSUS, foi implementada tendo como eixo orientador as ações intersetoriais que envolvem os setores públicos da saúde e da educação.

Este capítulo é fruto de um recorte da dissertação de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal da Paraíba, cujo objetivo foi de compreender como as ações da Estratégia NutriSUS foram operacionalizadas, sob o ponto de vista dos profissionais da Estratégia Saúde da Família e dos gestores que compõem o Grupo de Trabalho

Intersetorial – Municipal e Centros de Referência em Educação Infantil, em uma cidade do Nordeste brasileiro.

Trata-se de uma pesquisa exploratória, com abordagem qualitativa^{12,13}. Para explorar o campo, selecionou-se o município de João Pessoa/PB, cujo território é dividido em cinco Distritos Sanitários, em que, atualmente, estão distribuídas 200 equipes de Saúde da Família e um total de 85 Centros de Referência em Educação Infantil (CREI)^{14,15}. Importante destacar que a implantação da Estratégia NutriSUS iniciou atrelada às creches que desenvolviam o PSE e que foram selecionadas durante o processo anual de adesão ao PSE. O município desenvolveu a Estratégia NutriSUS em 56 CREIs, 23 dos quais participaram nos anos de 2015 e 2017¹⁴.

Os participantes foram selecionados de forma intencional¹³, por meio dos seguintes critérios de inclusão: quanto aos gestores do Grupo de Trabalho Intersetorial – Municipal (GTI – M), deveriam ser representantes da gestão nos setores da Saúde e da Educação e participantes da Estratégia NutriSUS desde a implantação; os gestores dos Centros de Referência em Educação Infantil (CREI) deveriam atuar no CREI que apresentou o melhor desempenho de cobertura no desenvolvimento da Estratégia NutriSUS, no

final do ciclo anual, nos anos de 2015 e 2017, por Distrito Sanitário; e os profissionais das equipes de Saúde da Família (eSF) deveriam ter desenvolvido ações da Estratégia NutriSUS em, pelo menos, um dos anos de avaliação - 2015 ou 2017 - no CREI que apresentou o melhor desempenho de cobertura no desenvolvimento da Estratégia NutriSUS. Portanto, foram selecionados para o estudo 12 profissionais – cinco da ESF, cinco gestoras do CREI e duas gestoras do GTI – M, sem nenhuma recusa dos profissionais.

Os dados foram coletados de dezembro de 2018 a janeiro de 2019. Para isso, utilizaram-se as entrevistas semiestruturadas em profundidade¹³, que foram gravadas com duração média de 25 minutos. Depois de feitas as entrevistas, o material empírico foi transcrito na íntegra, e os dados foram analisados conforme a Análise de Conteúdo de Bardin¹⁶. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, da Universidade Federal da Paraíba, com o Parecer de nº 2.851.618 e CAAE nº 95705218.9.0000.5188.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Caracterização das entrevistadas

A população do estudo foi composta de 12 profissionais: duas gestoras do GTI – M, cinco profissionais

da Estratégia Saúde da Família e cinco gestoras dos CREIs, todas do sexo feminino, com nível superior de escolaridade nas áreas de Saúde e Educação, e idades entre 34 e 69 anos. O tempo de trabalho no serviço variou de um ano e oito meses a 17 anos.

3.2 Planejamento da Estratégia NutriSUS

O planejamento, em sua interface com a política de saúde, ajuda a mobilizar vontades, a identificar os problemas e os meios para superá-los e facilita a mobilização pública dos interessados pela questão de saúde, de modo a explicitar o que vai ser feito, quando, onde, como, com quem e para quê¹⁷. Furtado et al¹⁸ atestam que o planejamento e a avaliação podem ser fontes de autonomia e de desenvolvimento dos coletivos envolvidos na condução de intervenções, e o planejamento em saúde, no Brasil, apresenta longa tradição no debate.

O estudo mostrou que, durante a execução da Estratégia NutriSUS, as ações de planejamento foram norteadas pela construção conjunta, que possibilitou uma discussão sobre os setores da Saúde e da Educação, seguindo as recomendações do Ministério da Saúde^{2,19}, implantadas, inicialmente, nas creches participantes do PSE:

[...] nós fizemos a experiência de acordo com a própria orientação do Ministério da Saúde, nós seguimos todo o passo a passo, fizemos orientação com uma reunião inicial com os Secretários de Saúde e de Educação, com a representante dos CREIs [...] (GTI - M 1)

[...] o planejamento se dá através de reuniões intersetoriais entre o Setor Educação e o Setor Saúde. E estas reuniões acontecem antes do início de cada ciclo, onde, no momento da reunião são delegadas as ações a cada setor [...] (Profissional eSF - 5)

O processo de planejamento da Estratégia NutriSUS conseguiu reunir os representantes dos setores públicos da Saúde e Educação, e as reuniões se configuraram como momentos destinados a se discutir sobre todo o processo de execução das ações na Estratégia NutriSUS no município, visando pactuar as responsabilidades pertinentes a cada setor. Todo o processo foi realizado de forma coletiva.

As gestoras, no entanto, mencionaram tensão no tocante à distribuição do produto NutriSUS para o município e em relação às informações que foram divulgadas com prazo muito curto para executar a Estratégia, o que dificulta a implementação da Estratégia NutriSUS no município. No processo de planejamento da Estratégia NutriSUS, é imprescindível receber todo o material em tempo oportuno,

que a realização dos ciclos é programada a partir do calendário escolar anual.

Sousa et al²⁰ asseveram que é muito difícil implantar um novo programa, principalmente quando ele é nacional e envolve as três esferas do governo. Por isso é imprescindível que todos os atores envolvidos façam um planejamento bem estruturado, que envolva a distribuição, o armazenamento e o descarte do material e o monitoramento das ações.

3.2 Acompanhamento da Estratégia NutriSUS

A avaliação de programas e de serviços em saúde só tem sentido quando eles podem efetivar a produção de saúde e propiciar espaço de reflexão e de aprendizagem a todos os profissionais envolvidos²¹.

No decorrer da operacionalização da Estratégia NutriSUS, o GTI-M criou instrumentos de registro para complementar o proposto pelo Ministério da Saúde e facilitar o monitoramento e o registro das informações. Eles foram encaminhados aos serviços e se definiram os responsáveis por preencher, monitorar, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas. Vê-se, pois, que, na execução da Estratégia NutriSUS, as práticas vêm, gradativamente, aprimorando seu fazer.

[...] a gente tá vendo que se for fazer uma comparação com o primeiro ano (2015) e agora com 2018, a gente vai ver que melhorou bastante, principalmente o registro das informações. (GTI – M 1)

[...] fizemos as orientações com as merendeiras, com as monitoras das turmas para dizer como é que deveria ser administrado, de como é que preenchia a planilha. (Profissional eSF - 1)

Quanto ao acompanhamento da Estratégia NutriSUS, os participantes relataram que a condução aconteceu de forma compartilhada entre os setores da Saúde e da Educação, por meio de visitas, reuniões, contato telefônico, participação em redes sociais e conexão eletrônica. Porém, no processo de comunicação entre esses dois setores, existem fragilidades e tensões, apesar da oferta de diferentes dispositivos de comunicação disponibilizados pelo GTI-M.

[...] a gente continua ainda vendo esta dificuldade da questão da comunicação, [...] não só com o NutriSUS mas com o próprio PSF em si, [...] (GTI – M 1)

[...] a equipe de Saúde da Família é uma equipe boa, atenciosa, mas não é muito presente. O que falta é uma atenção maior dentro do CREI (Gestora CREI – 5)

Estudos indicam que existem dificuldades para desenvolver um trabalho voltado para a articulação e

integração intersetorial envolvendo os serviços público²² e no próprio desenvolvimento das ações do PSE²³. Nesse cenário, estabelecer processos comunicativos entre os setores e reorganizar a agenda institucional são tarefas primordiais para que a Saúde e a Educação possam, de fato, aproximar-se²².

Foi constatado que houve uma variação em relação ao acompanhamento da Estratégia NutriSUS. As gestoras do GTI-M faziam reuniões semanais e mensais, em nível de secretaria, para avaliar o acompanhamento da Estratégia NutriSUS, considerando as demandas dos setores envolvidos que emergiram pela participação em grupos de redes sociais, conexões eletrônicas, telefone e reuniões, entretanto não acompanham *in loco*.

Por outro lado, havia matriciamento nos Distritos Sanitários, cujos técnicos visitavam as Unidades de Saúde da Família e os CREIs. Para Campos²⁴, o apoio matricial e a equipe de referência representam arranjos organizacionais e uma metodologia para gerir o trabalho em saúde como uma forma de articular a lógica interdisciplinar com o poder organizacional. Os participantes disseram que o acompanhamento era insuficiente para apoiar os responsáveis pela execução diária, tanto pela gestão quanto pela equipe

de saúde da família, o que é corroborado por outros estudos^{20,25}.

Constatamos que é preciso aprimorar o processo de planejamento e acompanhamento das ações da Estratégia NutriSUS e desenvolver pesquisas sobre esse tema, uma vez que a produção é escassa. O estudo apresentou como limitação a não inclusão dos responsáveis pelas crianças nessa fase da pesquisa.

4. ENCAMINHAMENTOS PARA A PRÁTICA

- Estimular o diálogo conjunto mais intenso, no tocante ao método empregado para planejar e conduzir o acompanhamento da Estratégia NutriSUS entre os serviços públicos das áreas de Saúde e de Educação.
- Aprimorar ações que fortaleçam práticas de comunicação efetiva que colaborem, de fato, para aproximar bem mais todos os atores responsáveis por executar as ações da Estratégia NutriSUS.
- Realizar capacitações ou oficinas em que se aborde a importância da colaboração participativa, do processo de comunicação e da articulação entre os gestores, os profissionais da Saúde e a comunidade.

5. REFERÊNCIAS

1. PEDRAZA, D. F; ROCHA, A. C. D.; SOUSA, C. P. C. Crescimento e deficiência de micronutrientes: perfil das crianças assistidas no núcleo e nas creches do governo da Paraíba, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**; v.18, n.11, p. 3.379-3.390, 2013.
2. BRASIL, Ministério da Saúde. **NutriSUS – Estratégia de fortificação da alimentação infantil com micronutrientes [...]** (Brasília: Ministério da Saúde; 2015c. 49)
3. BRASIL, Ministério da Saúde. **Relatório de Recomendação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – CONITEC – 130**. Brasília: Ministério da Saúde. Agosto de 2014, 18p.
4. STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre as necessidades de saúde, os serviços e a tecnologia** / Bárbara Starfield. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.
5. BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436**, de 21 de setembro de 2017: aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017, 38p.
6. BRASIL, Ministério da Saúde. **Caderno do Gestor do PSE**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a. 68p.
7. BRASIL, Presidência da República. Decreto nº 6.286, de cinco de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola – PSE – e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 5 dez. 2007.
8. BRASIL, Ministério da Saúde. **Caderno da Atenção Básica nº. 24**. [...] – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 96p. (Série B. Texto Básico de Saúde).

9. VILLALPANDO, S. *et al.* Nutritional status of iron, vitamin B12, folate, retinol and anemia in children 1 to 11 years old. Results of the ensanut 2012. **Salud Públ. Mex**, v.57, n.5, p. 372 – 84, 2015.
10. CASTRO, L.C.V. *et al.* Improvement the nutritional status of pre – school children following intervention with a supplement containing iron, zinc, copper, vitamin A, vitamin C and prebiotic. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 22, n. 2, p. 359 – 368, fev. 2017.
11. LUCIA, C. M. D. *et al.* Impact of rice fortified with iron, zinc, thiamine and folic acid on laboratory measurements of nutritional status of preschool children. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 22, n. 2, p. 583 – 592, fev. 2017.
12. MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. – 11 ed. - São Paulo: Hucitec, 2012.
13. GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6. ed. - São Paulo: Atlas, 2017.
14. JOÃO PESSOA (Município). Secretaria Municipal de Educação e Cultura. **Relação dos CREIS 2018**. Secretaria Municipal de Educação e Cultura, 2018a.
15. JOÃO PESSOA (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Secretaria Municipal de Educação e Cultura. Programa Saúde na Escola. **NutriSUS Relatório de Gestão**. Secretaria Municipal de Saúde. Secretaria Municipal de Educação e Cultura, 2018b.
16. BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.
17. PAIM, J.S. Planejamento em saúde para não especialistas. In: CAMPOS, GWS *et al.* (org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. 2ª ed. rev. aum. São Paulo: Hucitec; 2012. p. 827 – 843.
18. FURTADO, J. P. *et al.* Planejamento e avaliação em saúde: entre antagonismo e colaboração. **Cad. Saúde Pública**, v. 34, n. 7, p. 1-12, 2018. e00087917.

19. BRASIL, Ministério da Saúde. **NutriSUS: Caderno de Orientações Estratégia de Fortificação da Alimentação Infantil [...]** Brasília: Ministério da Saúde, 2015b. 23 p.
20. SOUSA, O. M. *et al.* Características dos processos produtivos de refeições na implantação do NutriSUS em municípios do Rio Grande do Norte. **Demetra**, v. 12, n. 2, p. 411 – 429, 2017.
21. FURTADO, J. P. Avaliação de programas e serviços de saúde. In: CAMPOS, GWS *et al.* (org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. 2ª ed. rev. aum. São Paulo: Hucitec; 2012. p. 765 – 793.
22. CHIARI, A. P. G. *et al.* Rede intersetorial do Programa Saúde na Escola: sujeitos, percepções e práticas. **Cad. Saúde Pública**, v. 34, n. 5, e00104217, 2018.
23. SOBRINHO, R. A. S. *et al.* Percepção dos profissionais da Educação e da Saúde sobre o Programa Saúde na Escola. **Revista Pesquisa Qualitativa**, v. 5, n. 7, p. 93 – 108, abr. 2017.
24. CUNHA, G. T.; CAMPOS, G.W.S. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. **Saúde soc.** v. 20, n. 4, p. 961- 970, 2011.
25. SOUSA, M. C.; ESPERIDIÃO, M.A.; MEDINA, M. A intersetorialidade no Programa Saúde na Escola: avaliação do processo político-gerencial e das práticas de trabalho. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 22, p. 1781-1790, 2017.

Capítulo 29

AVALIAÇÃO DA ADESÃO AO PROGRAMA DE CONTROLE DO TABAGISMO EM UM MUNICÍPIO RURAL PARAIBANO

*Kássia Katarine de Lima Gomes
Juliana da Silva Santos
Cláudia Helena Soares de Morais Freitas
Rudgy Pinto de Figueiredo
Ardigleusa Alves Coêlho*

1. INTRODUÇÃO

O tabagismo é um importante agravo de saúde pública e uma das causas de óbitos evitáveis do mundo^{1,2}. Apesar de a prevalência do consumo de tabaco ter sido reduzida, no mundo, desde o ano 2000 (de 27% para 20% em 2016), esse resultado ainda é insuficiente para alcançar as metas de redução do fumo (30% até 2025) e o consequente impacto no número de mortes e de doenças associadas ao tabagismo³.

No Brasil, em 2015, 156.216 mortes foram atribuídas ao tabagismo, o que equivale a 12,6% das mortes anuais⁴. Em 2018, a prevalência do tabagismo era de 9,3%. Constatou-se, ainda, alta frequência de internações por doenças relacionadas ao fumo⁵. Os gastos anuais com

despesas médicas e por perda de produtividade de pessoas tabagistas atinge cerca de 56,9 bilhões⁶.

Em 2015, 180 países ratificaram o tratado da Convenção-Quadro para Controle do Tabaco (CQCT-OMS), em vigor desde 2005, dentre eles, o Brasil, visando conter a epidemia global do tabagismo e resguardar as gerações presentes e futuras dos danos causados pelo consumo do tabaco e pela exposição à fumaça que vem dele.⁷

O Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), implantado no Brasil em meados de 1986, sob a Coordenação do Instituto Nacional do Câncer (INCA), objetiva reduzir a prevalência de tabagistas e, consequentemente, a morbimortalidade, com ações de educação e de atenção à saúde para estimulá-los a desistir da dependência à nicotina, prevenir os riscos de exposição entre os tabagistas passivos e utilizar o tabaco precocemente, principalmente crianças e adolescentes^{8,9}. Com a adesão do Brasil ao CQCT- OMS, a implantação do PNCT passou a integrar a Política Nacional de Controle do Tabaco e a adotar medidas e diretrizes do CQCT- OMS⁹.

Na atualidade, a atenção à pessoa tabagista vem sendo realizada em todos os níveis de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS), prioritariamente, no âmbito da Atenção

Primária à Saúde (APS), e operacionalizada nos vários municípios brasileiros pela Estratégia Saúde da Família (EFS)¹⁰.

2. CONTEXTO DO ESTUDO

Em Santa Cecília, cidade do interior paraibano, as estratégias para controlar o tabagismo foram implantadas a partir de 2016 em todas as Unidades de Saúde da Família.

Embora, no município, a implantação dessas estratégias seja recente, é importante monitorar e avaliar periodicamente a adesão de usuários ao Programa, principalmente por se tratar de uma cidade rural¹¹. Além disso, a cessação tabágica é uma meta indispensável ao tratamento do tabagismo de pessoas com menos de 35 anos de idade¹², e as dificuldades de deixar a dependência à nicotina estão relacionadas ao baixo nível de escolaridade, às condições socioeconômicas e ao início precoce do uso do tabaco¹³. O estudo objetiva avaliar a adesão de pessoas tabagistas ao Programa de Controle do Tabagismo em Santa Cecília-PB. Trata-se de uma pesquisa descritiva, com desenho transversal, realizada em Santa Cecília-PB, em que foram utilizados dados secundários oriundos de prontuários.

A amostra foi constituída de 85 pessoas tabagistas, cadastradas em grupos de fumantes em três Unidades de Saúde da Família, no período de janeiro a dezembro de 2016. Os dados foram coletados nos prontuários, entre dezembro de 2018 a janeiro de 2019, para extrair as variáveis socio-demográficas, os hábitos tabágicos e adesão ao tratamento. O teste do qui-quadrado de proporções com significância estatística de 95% foi usado para verificar a associação entre as variáveis sociodemográficas, os hábitos tabágicos e adesão à cessação tabágica do PNCT.

O protocolo de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Paraíba, com o CAAE 96727118.0.0000.5188.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 85 fumantes, dos quais 53% eram homens. A maioria (56,5%) tinha entre 40 e 59 anos, 63,6 % eram casados, 87% tinham menos de oito anos de estudo, e 82,4% se autodeclararam de cor preta ou parda. Mais da metade dos fumantes (85,9%) apresentou uma renda familiar entre um e $\frac{1}{2}$ salário mínimo; 62,4% aderiram ao tratamento para deixar de fumar, e 37,6% o abandonaram.

Em relação à adesão de tabagistas ao PNCT, em Santa Cecília (Tabela 1), o estudo indicou que ambos os sexos aderiram à cessação tabágica, porém as mulheres aderiram bem mais (52,8%), e o abandono foi mais frequente nos homens (62,5%). Fumantes na faixa etária de 40 a 59 anos (62,3%), de cor preta ou parda (79,2%), com menos de oito anos de estudo (79,2%), casados (60,4%) e com renda familiar baixa (88,7%) apresentaram maior adesão ao tratamento. Verificamos associação significativa entre a renda familiar e a adesão ao tratamento ($p = 0,012$).

Tabela 1 - Associação entre as características sociodemográficas e a adesão ao tratamento - Programa de Controle do Tabagismo, Santa Cecília-PB, 2016.

Variáveis	Adesão ao tratamento				<i>p</i>
	Sim		Abandono		
	N	%	N	%	
Sexo					
Feminino	28	52,8	12	37,5	0,170
Masculino	25	47,2	20	62,5	
Faixa etária					
18 a 39	13	24,5	8	25	0,202
40 a 59	33	62,3	15	46,9	
60 anos ou mais	7	13,2	9	28,1	
Raça/cor					
Branca	11	20,8	4	12,5	0,333
Preta ou parda	42	79,2	28	87,5	

Escolaridade					
< 8 anos	42	79,2	27	84,4	0,558
> 8 anos	11	20,8	5	15,6	
Estado civil					
Solteiro	15	28,3	5	15,6	0,502
Casado	32	60,4	22	68,8	
União estável	1	1,9	-	-	
Viúvo	3	5,7	4	12,5	
Divorciado	2	3,8	1	3,1	
Renda familiar (Salário mínimo - SM)					
< 1 SM	23	43,4	4	12,5	0,012
1 SM	24	45,3	22	68,8	
2 SM	6	11,3	6	18,8	

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Santa Cecília-PB, 2019.

p – Teste qui-quadrado de Pearson

A Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas realizada por Inquérito Telefônico (VIGITEL) nas 27 capitais do Brasil, em 2018, revelou que a frequência de adultos fumantes é duas vezes maior no sexo masculino (12,1%) do que no feminino (6,9%)¹⁴. Embora o tabagismo seja mais expressivo nos homens, estima-se que, em curto intervalo de tempo, as mulheres, possivelmente, irão assumir essa posição¹⁵.

Em nosso estudo, a frequência de fumantes concentrou-se na faixa etária de 40 a 49 anos. O VIGITEL¹⁴ apontou uma tendência de mais prevalência entre os adultos na faixa etária de 45 a 64 anos (23,4%). Sattler e Cade¹²

encontraram maior prevalência de tabagismo entre as pessoas de 45 a 64 anos de idade.

A maior frequência de pessoas pardas e pretas encontrada em nosso estudo também foi evidenciada no estudo de Bazotti *et al*¹⁶, no qual 51,8% dos tabagistas eram pardos e pretos.

A baixa escolaridade entre os fumantes nessa pesquisa também é confirmada em um estudo realizado em Presidente Prudente – SP, que apontou que 51% dos tabagistas cursaram o ensino fundamental completo¹⁵. O VIGITEL¹⁴ mostra que, quanto maior o nível de escolaridade do fumante, menor é o índice de tabagismo.

A média salarial referida pelos participantes mostrou que a maioria recebia cerca de um salário mínimo (R\$: 880,00 reais, 2016). De acordo com o estudo de Bazotti *et al*¹⁶, no Brasil, o consumo de tabaco é mais frequente em pessoas com menor renda, e a renda mensal *per capita* de 84% dos indivíduos tabagistas varia de um a três salários mínimos.

Em relação à associação entre os hábitos tabágicos e a adesão ao tratamento (Tabela 2), a maioria (50,9%) fumava entre 20 e mais cigarros por dia, apresentava elevado grau de dependência à nicotina (50,9%), consumiam tabaco entre

20 e 40 anos (64,2%), e o tratamento utilizado mais frequente foi a associação de bupropiona com adesivo transdérmico de nicotina (34%). O estudo mostrou uma associação significativa entre o tempo de consumo do tabaco ($p=0,004$), o tratamento utilizado ($p=0,025$) e a adesão.

Tabela 2 – Análise bivariada entre os hábitos tabágicos e adesão ao tratamento - Programa de Controle do Tabagismo, Santa Cecília-PB, 2016

Variáveis	Adesão ao tratamento				<i>p</i>
	Sim		Abandono		
	n (53)	%	n (32)	%	
Nº de cigarros por dia					
1 – 9	11	20,8	3	9,4	0,300
10 -19	15	28,3	8	25,0	
20ou mais	27	50,9	21	65,6	
Grau de dependência					
Baixo	9	17,0	4	12,5	0,263
Médio	17	32,1	6	18,8	
Alto	27	50,9	22	68,8	
Tempo de tabagismo					
Menos de 20	11	20,8	10	31,3	0,004
20 a 40 anos	34	64,2	9	28,1	
Mais de 40	8	15,1	13	40,6	
Tratamento utilizado					
Goma de mascar	1	1,9	2	6,3	0,025
Adesivos transdérmicos	10	18,9	11	34,4	
Bupropiona	1	1,9	2	6,3	

Adesivo transdérmico + goma	7	13,2	2	6,3
Bupropriona + adesivos transdérmicos	18	34,0	14	43,8
Todas as drogas	16	30,2	1	3,1

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Santa Cecília-PB, 2019.

p – Teste qui-quadrado de Pearson

Nas capitais brasileiras, 2,4% dos adultos afirmaram consumir 20 ou mais cigarros por dia. Constata-se uma variação em torno de 0,4% a 5,3% entre as capitais¹⁴. Contudo, em nosso estudo, o número de cigarros fumados por dia entre os usuários participantes (20 a 40 cigarros/dia) mostrou-se bem acima da média das capitais¹⁴ e divergiu do estudo de Xavier, Del-Ponte e Santos¹⁸, que demonstrou que o consumo foi de 14,4 cigarros/dia.

Quanto ao grau de dependência, o estudo de Sattler e Cade¹² revelou que 52,5% dos fumantes são altamente dependentes de nicotina. Essa dependência encontrada em mais de 85% dos indivíduos que consomem fumo diariamente é uma dependência química de elevada severidade¹⁹, que traz consequências relevantes para a saúde e desencadeia patologias pulmonares e, até, câncer, além de alterações vasculares e cardíacas. Outra

consequência atrelada ao ato de parar de fumar é a síndrome de abstinência ao tabaco^{19,20}.

Entre os métodos de tratamento preconizados pelo PNCT¹⁰, a bupropiona, associada a adesivo transdérmico de nicotina, foi o mais utilizado entre os usuários em Santa Cecília-PB, talvez porque, ao utilizar o adesivo transdérmico, devido a sua eficácia e aos poucos efeitos colaterais, os fumantes se sintam mais seguros e confiantes para concluir o tratamento e, conseqüentemente, cessar o tabagismo²¹. Quanto à bupropiona, é mais eficaz no tratamento do tabagismo²².

4. ENCAMINHAMENTOS PARA A PRÁTICA

- Implementação de intervenções para estimular efetivamente a cessação tabágica, principalmente para pessoas em vulnerabilidade social e econômica;
- Definição de estratégias para os participantes aderirem ao PNCT, com o fim de minimizar o abandono, como, por exemplo, oficinas, busca ativa dos faltosos nos grupos, por meio de visitas domiciliares, e incentivo financeiro para que possam se deslocar para as Unidades de Saúde;

- Acompanhamento e monitoramento da trajetória de cada usuário até que seu tratamento seja concluído, visando alcançar a cessação tabágica;
- Execução de outros estudos e/ou pesquisas para identificar os motivos do abandono do tratamento para cessação tabágica.

5. REFERÊNCIAS

1. MALTA, D. C. *et al.* Estilos de vida da população brasileira: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 24, n. 2, p. 217-226, 2015.
2. LIMA, M. B. P et al Qualidade de vida de tabagistas e sua correlação com a carga tabagística. **Fisioter Pesqui.**, v. 24, n. 3, p 273-279, 2017.
3. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO global report on trends in prevalence of tobacco smoking 2000-2025** - Second edition, Geneva, 2018. Disponível em: <https://www.who.int/tobacco/publications/surveillance/trends-tobacco-smoking-second-edition/en/>. Acesso em: 04 mar. 2018.
4. PINTO M.; *et al.* **Carga de doença atribuível ao uso do tabaco no Brasil e potencial impacto do aumento de preços** [...]. Clínica y Sanitaria, Buenos Aires, Argentina. Maio de 2017. Disponível em: www.iecs.org.ar/tabaco.
5. GARCIA, T. *et al.* Avaliação de um tratamento para cessação do tabagismo [...]. **J Bras Pneumol.**, v. 44, n. 1, p. 42-48, 2018.

6. PEREIRA, A. A. C.; *et al.* Adesão ao grupo de cessação entre tabagistas de unidade básica de saúde. **Cogitare Enferm.**, v. 23, n. 3, e55096, 2018.
7. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Framework Convention on Tobacco Control**. Disponível em: <https://actbr.org.br/cqct>. Acesso em: 27out. 2019.
8. CAMPOS, P. C. M.; GOMIDE, M. O Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) na perspectiva social: [...]. **Cad. Saúde Colet.**, v. 23, n. 4, p. 436-444, 2015.
9. INCA. **Programa Nacional de Controle ao Tabagismo**. 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/programa-nacional-de-controle-do-tabagismo/tratamento>. Acesso em: 27out. 2019.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica [...]**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil: uma primeira aproximação**. Rio de Janeiro: IBGE; 2017. 58 p.
12. SATTTLER, A. C.; CADE, N. V. Prevalência da abstinência ao tabaco de pacientes tratados em unidades de saúde e fatores relacionados. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 18, n. 1, p. 253-264, 2013.
13. CARAM, I. M. O. *et al.* Perfil de fumantes atendidos em serviço público para tratamento do tabagismo. **J Bras Pneumol**. v. 35, n. 10, p. 980-985, 2009.
14. BRASIL. **Vigitel Brasil 2018: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico [...]** nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2018. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

15. MARIN, N. S. *et al.* A. Tabagismo: caracterização do grau de dependência entre estudantes de Medicina. **Rev. baiana saúde pública**, v. 36, n. 2, p. 408-417, 2012.
16. BAZOTTI, A. *et al.* Tabagismo e pobreza no Brasil: uma análise do perfil da população tabagista a partir da POF 2008-2009. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 21, n. 1, p. 45-52, 2016.
17. LEAL, A. C. S. *et al.* Características sociodemográficas e padrão de consumo tabagístico de fumantes [...]. **O Mundo da Saúde**, v. 41, n. 2, p. 163-169, 2017.
18. XAVIER, M. O.; DEL-PONTE, B.; SANTOS, I. S. Epidemiologia do tabagismo em zona rural de um município de médio porte no Sul do Brasil. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 52, Supl 1:10s, 2018.
19. PUPULIM, A. F. *et al.* Mecanismos de dependência química no tabagismo: revisão da literatura. **Rev. Med. UFRP**. v. 2, n. 2, p. 74-78, 2015.
20. MARQUES, A. C. P. R.; *et al.*, R. Consenso sobre o tratamento da dependência de nicotina. **Rev. Bras. Psiquiatr.** v. 23, n. 4, p. 200-214, 2001.
21. MCEWEN, A.; WEST, R. implementation issues influence the effectiveness of medications? [...]. **BMC Public Health**, v. 28, n. 9, p. 9-28, 2009.
22. EISENBERG, M. J. *et al.* Pharmacotherapies for smoking cessation: a meta-analysis of randomized controlled trials. **Can Med Assoc J**, v. 179, n. 2, p. 135-144, 2008.

SOBRE OS AUTORES

Aline Sampieri Tonello

Graduação em Odontologia. Especialista em Odontologia em Saúde Coletiva pelo HRAC/USP. Mestre e Doutora em Odontologia, área de concentração Saúde Coletiva, pela UNICAMP. Fellow Faimer Brasil. Docente Adjunta do Departamento de Saúde Pública da UFMA e Professora Permanente do Programa de Mestrado em Saúde da Família da RENASF.

Altamira Pereira da Silva Reichert

Enfermeira. Mestre em Enfermagem em Saúde Pública pela UFPB. Doutora em Saúde da Criança e do Adolescente pela UFPE, docente do Curso de Enfermagem da UFPB na Área de Saúde da Criança e do Adolescente, docente permanente do Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Coordenadora do Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF/UFPB).

Ailma de Souza Barbosa

Cirurgiã-Dentista. Especialização em Alimentação e Nutrição na Atenção Básica pela ENSP/FIOCRUZ. Especialização em Programa Saúde da Família pela UNAERP Ribeirão Preto/SP. Mestrado Profissional Saúde da Família (RENASF/UFPB). Cirurgiã-Dentista da Secretária Municipal de Saúde de João Pessoa. Preceptora de estágios curriculares de Odontologia, Nutrição e Fonoaudiologia da UFPB. Facilitadora dos projetos de Formação em Educação Permanente em Saúde.

Amanda Valeria Damasceno dos Santos

Graduação em Geografia pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA).

Ana Cláudia Cavalcanti Peixoto de Vasconcelos

Nutricionista. Mestre em Saúde Pública pela USP e Doutora em Saúde Pública pela ENSP/FIOCRUZ. Professora Adjunta do Departamento de Nutrição da UFPB. Docente colaboradora da Pós-Graduação em Saúde Coletiva e do Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF/UFPB).

Ana Margarida Melo Nunes

Cirurgiã-Dentista. Mestrado em Ciências da Saúde e Doutorado em Saúde Coletiva pela UFMA. Professora adjunta da Universidade Federal do Maranhão.

Ana Suerda Leonor Gomes Leal

Enfermeira. Especialização em Saúde Pública e em Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS; Mestrado em Enfermagem pela UFPB, Doutorado em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/Fundação Oswaldo Cruz-FIOCRUZ-RJ. Professora Adjunto do Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF/UFPB).

Ana Tereza de Medeiros

Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro e doutorado em Enfermagem pela USP. Pós-doutorado pelo Centro de Estudos Sociais - CES da Universidade de Coimbra- Portugal.

Andrea Gomes Linard

Enfermeira. Mestrado e Doutorado em Enfermagem pela UFC. Docente da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (Unilab). Professora permanente do curso de mestrado profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste em Saúde da Família (RENASF/UFC).

Andréa Sílvia Walter de Aguiar

Cirurgiã-Dentista, professora UFC. Doutora em Odontologia, Fortaleza, Ceará, Brasil.

Andreia Marinho Barbosa

Nutricionista. Mestra em Saúde da Família pela UFPB. Especialização em Saúde da Família pela Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba (FCM-PB) e em Gestão de Redes de Atenção à Saúde FIOCRUZ. Nutricionista do Nasf-AB de Paulista-PE.

Andreza Albuquerque da Silva

Graduação em Odontologia pela Universidade Federal da Paraíba.

Ângela Maria Alves e Souza

Enfermeira. Mestrado e Doutorado em Enfermagem pela UFC. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Mestre em Reiki USUI tradicional. Formação em arteterapia.

Angélica Martins de Souza Gonçalves

Enfermeira. Mestre, Doutora e Pós-Doutora pela Escola de Enfermagem de Ribeirão preto (EERP-USP). Professora Adjunto do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar).

Antonio da Cruz Gouveia Mendes

Médico. Mestre em Saúde Coletiva pela UFBA. Doutor em Saúde Pública pelo Instituto Aggeu Magalhães - FIOCRUZ/PE. Pesquisador do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães/FIOCRUZ PE.

Antônio Geraldo Cidrão de Carvalho

Fisioterapeuta. Mestre em Saúde Pública pela UFC. Doutor em Nutrition et Santé pela Université Montpellier II (Scien. et Tech du Languedoc) - France. Chefe do Departamento de Fisioterapia e Vice-Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Fisioterapia - PPGFis da UFPB.

Anya Pimentel Gomes Fernandes Vieira-Meyer

Cirurgiã-Dentista. Mestrado em Odontopediatria pela University of London. Doutorado em Odontologia pela University of Toronto. Pós-Doutorado pela University of California Berkeley. Coordenadora do Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF/FIOCRUZ-CE). Professora da Faculdade de Odontologia do Centro Universitário Christus.

Ardigleusa Alves Coêlho

Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde pela UFRN. Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa Pós-graduação em Psicologia da Saúde da UEPB e do Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF/UFPB).

Augusto José Bezerra de Andrade

Enfermeiro. Mestrando em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Paraíba.

Ayla Miranda de Oliveira

Graduanda em Odontologia da Universidade Federal da Paraíba. Bolsista de Programa de Iniciação Científica UFPB/CNPq.

Bárbara Rachelli Farias Teixeira

Graduanda em Odontologia da Universidade Federal da Paraíba. Bolsista de Programa de Iniciação Científica UFPB/CNPq.

Carla Nayara dos Santos Souza Veras

Enfermeira. Mestre em Saúde da Família (RENASF/FIOCRUZ/UFPI). Especialista em Saúde da Família e Saúde Coletiva pela Clínica Integrada de Odontologia. Professora da Cristo Faculdade do Piauí. Enfermeira da Estratégia Saúde da Família do município de Batalha-PI.

Carles Subirá Pifarrè

Médico. Especialista em Estomatologia por la Universidad de Barcelona (UB). Pós-graduação em Clinical Periodontology por la Göteborg Universitet (GU). Professor Titular das Disciplinas da Universidade de Barcelona, e dos Mestrados da Odontologia Integrada de adultos e do Máster en gestión y dirección de clínicas dentales. Diretor do Departamento de Odontoestomatologia da Faculdade de Medicina e Ciências da Saúde da Universidade de Barcelona, Espanha.

Celso Brendo Furtado Brandão

Graduando em Fisioterapia da Universidade Federal da Paraíba. Bolsista de Iniciação Científica do UFPB/CNPq.

Claudete Ferreira de Souza Monteiro

Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela UFRJ. Doutora em Enfermagem pela UFRJ. Coordenadora do Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF/FIOCRUZ/UFPI).

Cláudia Helena Soares de Moraes Freitas

Cirurgiã-Dentista. Professora Titular do curso de Odontologia da UFPB. Professora do Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF/UFPB) e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFRN.

Claudia Santos Martiniano

Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde. Docente do Departamento de Enfermagem, do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da UEPB e do Programa de Pós-graduação em Saúde da Família (RENASF/UFPB).

Cora Coralina dos Santos Junqueira

Enfermeira. Especialista em Saúde da Criança e em Terapia Intensiva Neonatal. Mestre em Saúde da Família (RENASF/UFPB).

Daniele Beltrão Lucena de França

Enfermeira. Especialista em Enfermagem Obstétrica. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem pela UFPB.

Danielly Cristiny de Veras

Enfermeira. Especialista em Gerontologia pela UFPB. Mestre em Saúde da Família (RENASF/UFPB). Atualmente é Residente de Saúde da Família e Comunidade da FCM-PB.

Elenice Jardim Lopes

Enfermeira. Especialista em Enfermagem pela Escola Nacional de Saúde Pública – FIOCRUZ e Especialista em Saúde da Família pela Universidade Estácio de Sá. Mestre em Saúde da Família pela RENASF/UFMA. Atualmente é Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de São Luís e da UFMA.

Elenice Maria Cecchetti Vaz

Enfermeira. Doutora em Enfermagem, docente do Curso de Graduação e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba – João Pessoa – PB.

Erika Bárbara Abreu Fonseca Thomaz

Cirurgiã-Dentista. Especialista em Avaliação de Programas e Serviços de Saúde e em Formação Docente na área de Vigilância da Saúde, ambos pela ENSP/FIOCRUZ-RJ. Mestrado em Odontologia pela UFPB. Pós-doutorado em Saúde Global no Global Health Institute, Duke University, North Carolina, USA. Doutorado em Saúde Pública pela UFBA. Professora associada da UFMA. Professor permanente nos Programas de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (UFMA), Odontologia (UFMA) e Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF/UFMA).

Erlaine Souza da Silva

Enfermeira. Prefeitura Municipal de Guarabira-PB. Especialista em Unidade de Terapia Intensiva pela Faculdade Santa Emília de Rodat e em Programa de Saúde da Família pelo Centro Integrado de Tecnologia e Pesquisa.

Evanira Rodrigues Maia

Enfermeira. Mestrado em Sociologia. Doutorado em Enfermagem e pós-doutorado pela UFC. Professora adjunta da Universidade Federal do Cariri e da Universidade Regional do Cariri. Coordenadora do Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF/URCA).

Fabiane do Amaral Gubert,

Enfermeira, professora Universidade Federal do Ceará. Doutora em Enfermagem. Vice-coordenadora do Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF/UFC).

Fabíola de Araújo Leite Medeiros

Enfermeira. Especialista em Enfermagem Gerontológica. Doutora em Enfermagem pela Universidade UFPB. Docente do curso de Enfermagem e do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Saúde e da Universidade Aberta a Maturidade da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB).

Fernando José Guedes da Silva Júnior

Enfermeiro. Especialista em Saúde da Família pela Faculdade Integrada da Grande Fortaleza. Mestre em Enfermagem e Doutor em Enfermagem pela UFPI. Pós-Doutor em Enfermagem pela Universidade Federal de São Carlos. Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem da UFPI e do Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF/UFPI).

Flávia Maiele Pedroza Trajano

Enfermeira. Especialista em Saúde da Família pela UFPB, Bacharel e Licenciada em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba, Mestre em Neurociências Cognitiva e comportamento – UFPB, Doutora pelo Programa de Pós-Graduação em Modelos e Decisão em Saúde pela Universidade Federal da Paraíba.

Franklin Delano Soares Forte

Cirurgião-Dentista. Professor dos Programas de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Saúde da Família (RENASF/UFPB) e Odontologia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba.

Geórgia Costa de Araújo Souza

Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Professora Adjunta do Departamento de Odontologia da Universidade Estadual do Rio Grande do Norte.

Geraldo Eduardo Guedes de Brito

Fisioterapeuta. Mestre em Saúde da Família pela UNESA. Doutor em Saúde Pública pelo Instituto de Pesquisas Aggeu Magalhães (FIOCRUZ/PE). Professor Adjunto do Departamento de Fisioterapia e dos Programas de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Saúde da Família (RENASF/UFPB) e Fisioterapia da Universidade Federal da Paraíba.

Helena Paula Guerra dos Santos

Cirurgiã-Dentista. Especialista em Gestão de Serviços de Saúde pela ESP/CE. Especialista em Periodontia pela ABO/CE. Mestrado Profissional em Saúde da Família pela Fundação Oswaldo Cruz (RENASF/FIOCRUZ). Secretária Municipal de Saúde de Fortaleza-CE.

Heloisa Helena Pinho Veloso

Cirurgiã-Dentista. PhD, Msc. Doutora em Odontologia -UPE-FOP. Doutora em Odontologia - Universidade do Porto. Pós-doutorado em Saúde Pública-ISPUP-UP. Professor Associado do Departamento de Odontologia Restauradora da UFPB. Professora permanente do Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF/UFPB) e do PMPG.

Iolanda Carlli da Silva Bezerra

Enfermeira. Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba.

Iomar Mendes de Sousa

Cirurgiã-Dentista. Especialista em Saúde Materno Infantil pela UFMA, em Gestão em Saúde e em Saúde da Família pela UFMA. Mestre em Saúde da Família pela RENASF/UFMA.

Isabella Fachine de Oliveira

Cirurgiã-Dentista. Faculdade de Odontologia do Centro Universitário Christus (Unichristus).

Isabella Martelleto Teixeira de Paula

Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba. Bolsista de Iniciação Científica CNPq/UFPB.

Ítalo Vinícius Albuquerque Diniz

Enfermeiro. Mestrando em Saúde Pública pelo Programa de Saúde Pública pela UEPB.

Jairo Porto Alves

Enfermeiro. Mestrando em Saúde Pública pelo Programa de Saúde Pública pela UEPB.

Jaqueline Carvalho e Silva Sales

Enfermeira. Especialista em Saúde Coletiva e Saúde da Família (Ciodonto). Mestre e Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí. Professora Adjunto do Departamento de Enfermagem da UFPI e do Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF/UFPI).

Jeremias Fernando Cavalcanti de Meneses

Graduando em Odontologia da Universidade Federal da Paraíba. Participou como bolsista do PROBEX.

João Euclides Fernandes Braga

Enfermeiro. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba. Doutor em Farmacologia pelo Programa de Pós-graduação em Produtos Naturais e Sintéticos Bioativos da UFPB. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem e do Mestrado Profissional em Saúde da Família RENASF/UFPB.

José Manuel Peixoto Calda

Médico Infectologista e Sociólogo. PhD, Msc, MD. Membro integrado do Instituto Saúde Pública da Universidade do Porto. Professor Catedrático Visitante Estrangeiro da Universidade Federal da Paraíba.

Juliana da Silva Santos

Enfermeira. Mestre em Saúde da Família (RENASF/UFPB). Enfermeira Assistencial do Hospital Universitário Alcides Carneiro, Campina Grande-PB.

Kássia Katarine de Lima Gomes

Enfermeira. Mestre em Saúde da Família (RENASF/UFPB). Residente em Oncologia e Cuidados Paliativos pelo Centro Universitário Tabosa de Almeida (ASCES-UNITA).

Kátia Denise Medeiros de Andrade

Enfermeira PSF da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza (SMS)/CE. Especialista em Saúde da Família (UECE).

Kátia Yumi Uchimura

Nutricionista. Secretaria Municipal de Saúde, Foz do Iguaçu, Paraná. Especialização em Saúde Pública pela UNAERP/SP. Mestrado em Saúde Pública pela UFC/CE. Doutora em Saúde Coletiva em ampla associação de IES UFC/CE e UECE/CE.

Larissa Nascimento Silva

Fisioterapeuta. Residente em Atenção Materno- Infantil pela Escola Multicampi de Ciências Médicas/ UFRN.

Lígia Araújo Sá

Enfermeira. Especialista em Saúde da Família pela UFPB e em Saúde Materna Neonatal e do Lactente pela Universidade Federal de Santa Catarina. Mestre em Saúde da Família (RENASF/UFPB). Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de Olinda/PE.

Lizziane Aparecida Silva de Macêdo

Enfermeira. Mestre em Saúde da Família (RENASF/UFPB). Prefeitura Municipal de Campina Grande-PB.

Luana Rodrigues de Almeida

Enfermeira. Especialista em Gestão em Saúde pela ENSP/Fiocruz e Doutora em Modelos de Decisão e Saúde pela UFPB. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba e do Mestrado Profissional em Saúde da Família RENASF/UFPB.

Lucieuda Rodrigues de Araújo

Médica. Mestre em Saúde da Família (RENASF/UFPB). Médica da Prefeitura Municipal de Barra de Santana-PB.

Maísa Paulino Rodrigues

Cirurgiã-Dentista. Professora Associada da UFRN. Departamento de Odontologia/Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Coordenadora do Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF/UFRN).

Marcelo Brigagão de Oliveira

Advogado. Membro do Iberoamerican Observatory of Health and Citizenship, Secretário Editorial do Iberoamerican Journal of Health and Citizenship.

Marcelo Viana da Costa

Enfermeiro. Doutor em Ciências da Saúde pela UFRN. Professor Adjunto da Escola Multicampi de Ciências Médicas da UFRN. Coordenador da Rede Brasileira de Educação e Trabalho Interprofissional em Saúde (ReBETIS).

Maria Cláudia Gatto Cardia

Fisioterapeuta. Especialista em Saúde do Trabalhador e Mestre em Engenharia de Produção pela UFPB. Doutora em Ciências da Reabilitação pela USP. Professora Associada do Departamento de Fisioterapia da UFPB.

Maria de Lourdes de Farias Pontes

Enfermeira Sanitarista. Mestre em Saúde Pública pela UFPB. Doutora em Ciências pela USP. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva e dos Programas de Mestrado Profissional em Gerontologia e Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPB.

Maria de Fátima Vasques Monteiro

Enfermeira. Mestrado em Ciências da Educação pela Universidade Transcontinental. Doutorado em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina do ABC. Professora adjunta da Universidade Regional do Cariri e servidora da Secretaria de Saúde do Ceará.

Maria Eliza Dantas Bezerra

Cirurgiã-Dentista. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal da Paraíba.

Maria Gabriela Alves de Brito

Graduanda em Fisioterapia da Universidade Federal da Paraíba. Bolsista de Iniciação Científica UFPB/CNPq.

Maria Itamara da Silva Oliveira

Graduanda em Fisioterapia da Universidade Federal da Paraíba.
Bolsista de Iniciação Científica UFPB/CNPq.

Maria Joycielle de Lima Maciel

Graduanda em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba.
Bolsista de Iniciação Científica UFPB/CNPq.

Mariana Ramalho de Farias

Cirurgiã-Dentista. Especialista em Gestão dos Serviços de Saúde pela Escola de Saúde Pública do Ceará e em Política, Planejamento, Gestão e Avaliação em Saúde Bucal pela UFPE. Mestre em Saúde Pública pela UECE. Doutora em Saúde Coletiva UECE-UNIFOR. Docente do curso de graduação em Odontologia da UFC - campus Sobral.

Maria Rosilene Cândido Moreira

Enfermeira. Mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de São Paulo. Doutorado em Biotecnologia pela Rede Nordeste de Biotecnologia/UFPB. Pós-doutorado pela Universidade Regional do Cariri. Professora adjunta da Universidade Federal do Cariri.

Maria Sueli Marques Soares

Cirurgiã-Dentista. Mestre em Patologia Oral pela UFRN. Doutora em Estomatologia pela Universidade de Barcelona-Espanha. Professora Titular da UFPB. Docente permanente do Mestrado

Profissional Saúde da Família (RENASF/UFPB) e do Mestrado Profissional em Gerontologia da UFPB.

Milena Silva Costa

Enfermeira. Mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza. Doutorado em Enfermagem pela UFPB. Professora adjunta da Universidade Federal do Cariri.

Milena Vieira da Silva Melo

Cirurgiã-Dentista. Especialização em Saúde da Família pelo Sindicato dos Odontologistas de Pernambuco. Mestre em Saúde da Família pela Universidade Federal da Paraíba (RENASF/UFPB).

Neusa Collet

Enfermeira. Doutora em Enfermagem, docente do Curso de Graduação e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba. Docente do Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF/UFPB).

Paolo Porciúncula Lamb

Profissional de Educação Física. Especialista em Saúde Pública pela ESP/FIOCRUZ. Residência em Saúde Mental Coletiva pela UFRGS. Mestre em Saúde da Família (RENASF/UFPB). Técnico em Saúde Mental no Caps AD da Secretaria da Saúde de Recife-PE.

Pedro Miguel dos Santos Neto

Médico. Mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública – FIOCRUZ-RJ. Doutor em Saúde Pública pelo Instituto Aggeu Magalhães – FIOCRUZ/PE. Pesquisador do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública -FIOCRUZ PE.

Raiany Evelyn Bezerra Batista

Graduação em Enfermagem pela Universidade Estadual da Paraíba. Campina Grande-PB.

Rejane Christine de Sousa Queiroz

Cirurgiã-Dentista. Especialista em Gestão em Saúde pela UFMA e em Educação para profissões da saúde (FAIMER BRASIL). Mestrado e Doutorado em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública – FIOCRUZ-RJ. Bolsista de Desenvolvimento Tecnológico Industrial do CNPq - Nível A. Professora Adjunta do Departamento de Saúde Pública da UFMA. Docente e coordenadora do Mestrado Profissional da em Saúde da Família (RENASF/UFMA).

Renan Cabral de Figueirêdo

Mestre em Saúde da Família pelo Programa de Pós-graduação em Saúde da Família no Nordeste (RENASF/UFRN).

Renata Moraes de Santana

Fonoaudióloga. Especialista em Saúde da Família pela Residência Multiprofissional em Saúde da Família da UPE. Mestrado Profissional em Saúde da Família (RANASF/UFPB).

Renata Sousa Alves

Farmacêutica. Doutora em Farmacologia da Universidade Federal do Ceará, UFC. Professora da UFC.

Ricardo Henrique Vieira de Melo

Cirurgião-Dentista. Mestre em Saúde da Família (RENASF/UFRN). Pesquisador do Programa de Educação Permanente em Saúde da Família (PEPSUS), do Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde (LAIS), da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

Roberto Wagner Junior Freire de Freitas

Enfermeiro. Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família, Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ-CE). Especialização em Enfermagem pela UNIFESP/SP. Mestrado em Enfermagem pela UFC/CE. Doutorado em Enfermagem pela UFC/CE.

Robson da Fonseca Neves

Fisioterapeuta. Doutor em Saúde Coletiva. Docente do Departamento de Fisioterapia e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e do Programa de Pós-graduação em Saúde da Família (RENASF/UFPB).

Rosana Lúcia Alves de Vilar

Enfermeira. Doutora em Ciências Sociais (UFRN). Professora Titular do Departamento de Enfermagem (UFRN); Docente do Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF/UFRN).

Rudgy Pinto de Figueiredo

Doutora em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública/USP).
Docente do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina Nova
Esperança (FAMENE), João Pessoa-PB.

Sandra Aparecida de Almeida

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento
de Enfermagem em Saúde Coletiva e do Programa de Pós-
graduação em Enfermagem Universidade Federal da Paraíba
(UFPB).

Sara Virna Alves Barros

Enfermeira. Especialização em Saúde Pública na área de ciências da
saúde pela FACISA. Mestre em Saúde da Família (RENASF/UFPB).
Docente no Ensino Superior em Saúde pela Universidade de
Pernambuco.

Severina Alice da Costa Uchoa

Médica. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado
do Rio de Janeiro. Professora Titular do Departamento de Saúde
Coletiva e dos Programas de Pós-graduação em Saúde Coletiva e
em Ciências da Saúde da UFRN e do Mestrado Profissional em
Saúde da Família (RENASF/UFRN).

Silvia Regina Pimentel Pereira

Cirurgiã-Dentista. Especialista em Saúde da Família e Comunidade pela Universidade Estadual do Ceará – UECE. Mestre em Saúde da Família (RENASF/UFC). Cirurgiã-Dentista da Estratégia de Saúde da Família (Fortaleza-CE).

Simone Vieira de Mesquita

Pedagoga. Especialização em Gestão Escolar pela Universidade Estadual do Ceará – UECE. Mestrado e Doutorado em Educação Brasileira pela Universidade Federal do Ceará. Professora na Secretária Municipal de Educação de Fortaleza-CE.

Suênia Gonçalves de Medeiros Diniz

Enfermeira. Especialista em Enfermagem Obstétrica, Saúde Pública e Saúde da Família. Mestre em Saúde da Família (RENASF/UFPB). Enfermeira da Prefeitura Municipal de Alagoa Grande/PB.

Susanne Pinheiro Costa e Silva

Enfermeira. Doutora em Psicologia. Docente do Mestrado Profissional em Gerontologia e do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da UFPB. João Pessoa, Paraíba, Brasil.

Thalita Analyane Bezerra de Albuquerque

Enfermeira. Especialista em Saúde Pública pela Faculdade CGESP (Centro Goiano de Ensino, Pesquisa e Pós-Graduação). Enfermeira da Atenção Básica à Saúde do Município de Paulo Afonso/BA.

Talitha Rodrigues Ribeiro Fernandes Pessoa

Cirurgiã-Dentista. Mestrado em Odontologia Preventiva e Infantil pela UFPB. Doutorado em Saúde Coletiva UFRN. Professora Adjunta do Departamento de Odontologia Clínica e Social e dos Programas de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e de Saúde da Família (RENASF/UFPB) da Universidade Federal da Paraíba.

Verônica Ebrahim Queiroga

Enfermeira. Mestranda em Saúde da Família Universidade Federal da Paraíba. Enfermeira da Prefeitura Municipal de João Pessoa-PB.

Verônica Monaliza Gomes Gurgel

Enfermeira. Mestrado profissional em Saúde da Família (RENASF/URCA). Enfermeira da Estratégia Saúde da Família de Lavras da Mangabeira, Ceará.

Walter Wesley de Andrade

Cirurgião-Dentista da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza (SMS)/CE. Mestre em Saúde da Família (RENASF/UFC).

COLABORADORAS

Anniely Rodrigues Soares

Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFPB. Secretária do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da UFPB/RENASF. João Pessoa, Paraíba, Brasil.

Cinthia Botelho de Barros

Engenheira Ambiental. Especialização em Engenharia de Segurança do Trabalho. Assistente em administração no Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família e Saúde Coletiva da UFPB. João Pessoa, Paraíba, Brasil.



Este livro foi diagramado pela
Editora UFPB em novembro de 2020

