

FAZERES E SABERES NO TRABALHO E NA FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

pesquisas, relatos vivos e contemporâneos



Franklin Delano Soares Forte
Talitha Rodrigues Ribeiro Fernandes Pessoa
Altamira Pereira da Silva Reichert
Gabriella Barreto Soares
Maria Sueli Marques Soares
Simone Alves de Sousa
José da Paz Oliveira Alvarenga
Lenilma Bento de Araujo Meneses
(ORGANIZADORES)

FAZERES E SABERES NO TRABALHO E NA FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

pesquisas, relatos vivos e contemporâneos



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA

Terezinha Domiciano Dantas Martins

Reitora

Mônica Nóbrega

Vice-Reitora



Editora UFPB

Geysa Flávia Câmara de Lima Nascimento

Diretora Geral da Editora UFPB

Rildo Coelho

Coordenador de Editoração

Franklin Delano Soares Forte
Talitha Rodrigues Ribeiro Fernandes Pessoa
Altamira Pereira da Silva Reichert
Gabriella Barreto Soares
Maria Sueli Marques Soares
Simone Alves de Sousa
José da Paz Oliveira Alvarenga
Lenilma Bento de Araujo Meneses
(Organizadores)

**FAZERES E SABERES NO TRABALHO E NA
FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**
pesquisas, relatos vivos e contemporâneos

Editora UFPB
João Pessoa
2025

1ª Edição – 2025

E-book aprovado para publicação através do Edital 001/2023 – Publicação de E-books – Editora UFPB

Direitos autorais 2025 - Editora da UFPB



Esta obra é de acesso aberto. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e autoria e respeitando a Licença Creative Commons indicada.

O CONTEÚDO DESTA PUBLICAÇÃO, SEU TEOR, SUA REVISÃO E SUA NORMALIZAÇÃO SÃO DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DOS AUTORES.

OS DIREITOS DE PROPRIEDADE DESTA EDIÇÃO SÃO RESERVADOS À:



Cidade Universitária, Campus I – Prédio da Editora Universitária, s/n

João Pessoa – PB CEP 58.051-970

Site: www.editora.ufpb.br

Instagram: @editoraufpb

E-mail: atendimento@editora.ufpb.br

Fone: (83) 3216.7147

Editora filiada à



Associação Brasileira
de Editoras Universitárias

CONSELHO EDITORIAL

Cristiano das Neves Almeida (Ciências Exatas e da Natureza)

José Humberto Vilar da Silva (Ciências Agrárias)

Julio Afonso Sá de Pinho Neto (Ciências Sociais e Aplicadas)

Márcio André Veras Machado (Ciências Sociais e Aplicadas)

Maria de Fátima Alcântara Barros (Ciências da Saúde)

Maria Patrícia Lopes Goldfarb (Ciências Humanas)

Elaine Cristina Cintra (Linguística e das Letras)

Regina Celi Mendes Pereira da Silva (Linguística e das Letras)

Ulrich Vasconcelos da Rocha Gomes (Ciências Biológicas)

Raphael Abrahão (Engenharias)

Catálogo na fonte: **Biblioteca Central da Universidade Federal da Paraíba**

F287 Fazeres e saberes no trabalho e na formação em saúde da família : pesquisas, relatos vivos e contemporâneos / organizadores, Franklin Delano Soares Forte ... [et al.]. - João Pessoa : Editora UFPB, 2025.

E-book.

Modo de acesso : <http://www.editora.ufpb.br/sistema/press/>

ISBN: 978-65-5942-304-0

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Políticas de saúde - Cenário (pós) pandêmico. 3. Sociedade - Acolhimento - Rede de atenção à saúde. 4. Educação interprofissional - Saúde. 5. Práticas colaborativas - Profissionais de saúde. I. Forte, Franklin Delano Soares. II. Título.

UFPB/BC

CDU 616-083

Como citar a publicação no todo (ABNT 6023:2018):

FORTE, Franklin et al. (org.). **Fazeres e saberes no trabalho e na formação em saúde da família**: pesquisas, relatos vivos e contemporâneos. João Pessoa: Editora UFPB, 2025. E-book (271 p.). ISBN 000-00-000-0000-0. Disponível em: _____.
Acesso em: 00/00/0000.

**Dedicamos esse livro aos/as profissionais da
Estratégia Saúde da Família**

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO 13

Franklin Delano Soares Forte
Talitha Rodrigues Ribeiro Fernandes Pessoa
Altamira Pereira da Silva Reichert
Gabriella Barreto Soares
Maria Sueli Marques Soares
Simone Alves de Sousa
José da Paz Oliveira Alvarenga
Lenilma Bento de Araujo Meneses

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: SEMPRE É TEMPO PARA AVANÇAR! 16

Felipe Proença

CAPÍTULOS

RELATOS DE PESQUISAS 18

1. AURICULOTERAPIA NO TRATAMENTO DO TABAGISMO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE 19

Andréa de Oliveira Albuquerque Ferreira Gomes
Ângela Maria Alves e Souza
Luciana Rodrigues Cordeiro

2. ANSIEDADE EM TRABALHADORES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19 30

Adriana Aguiar Fernandes de Lima
Alan Leite Moreira
Flávia Maiele Pedroza Trajano
Luana Rodrigues de Almeida
João Euclides Fernandes Braga

**3. FATORES ASSOCIADOS À COVID-19 EM IDOSOS
NO MUNICÍPIO DE TERESINA- PI.....40**

*Mayara Callado Silva Moura
Chrystiany Plácido de Brito Vieira
Fernando José Guedes da Silva Júnior
Jaqueline Carvalho e Silva Sales
Francisca Tereza de Galiza*

**4. SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO BÁSICA:
REFLEXÕES SOBRE O ACESSO E ESTRATÉGIAS DE
MELHORIA.....50**

*Samiramis Simone de Sousa Rezende
Elizabethe Cristina Fagundes de Souza*

**5. CONTRIBUIÇÕES E DESAFIOS DO E-SUS APS:
UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA60**

*Maria Gerlane de Souto
Ardigleusa Alves Coêlho
Altamira Pereira da Silva Reichert
Talitha Rodrigues Ribeiro Fernandes Pessoa*

**6. DOENÇAS/AGRAVOS QUE MAIS ACOMETEM A
SAÚDE DE ENFERMEIROS QUE TRABALHAM NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA71**

*Maria Socorro Sousa da Silva
Ardigleusa Alves Coêlho
Fábia Barbosa de Andrade
Gabiella Barreto Soares
Ana Suerda Leonor Gomes Leal*

**7. EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL NOS
PROJETOS POLÍTICOS PEDAGÓGICOS DE
RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE
DA FAMÍLIA DE PERNAMBUCO83**

*Renata Ferreira Tiné
Franklin Delano Soares Forte
Simone Alves de Sousa
Altamira Pereira da Silva Reichert
Talitha Rodrigues Ribeiro Fernandes Pessoa*

8. COMPORTAMENTO E ATITUDES DE PAIS QUANTO À IMUNIZAÇÃO INFANTIL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE95

*Janáina Alves Benício,
Joseanna Gomes Lima,
Ilana Mírian Almeida Felipe da Silva
Lenilma Bento de Araujo Meneses
Maria Sueli Marques Soares*

9. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A DINÂMICA DO TRABALHO EM ÁREAS RURAIS NO BRASIL: UMA REVISÃO DA LITERATURA..... 105

*Suyene de Oliveira Paredes
Franklin Delano Soares Forte
Cristiane Costa Braga
Maria Eliza Dantas Bezerra Romão
José da Paz Oliveira Alvarenga
Simone Alves Sousa*

10. USO DE MAPA CONCEITUAL PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE UM GRUPO DE AURICULOTERAPIA116

*Cynthia Guedes Santiago Melquíades
Franklin Delano Soares Forte
Cristiane Costa Braga*

11. METODOLOGIA LEAN INCEPTION PARA LEVANTAMENTO DE PROBLEMAS RELACIONADOS A ACOMPANHAMENTO ALIMENTAR INFANTIL POR AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE 126

*Elaine Cristina Justino Teixeira
Pedro Felipe Sousa Teixeira
Samir Gabriel Vasconcelos Azevedo
Ranielder Fábio de Freitas
Fabiane do Amaral Gubert*

12. INVISIBILIDADE DO CUIDADO INTEGRAL AOS HOMENS NA ATENÇÃO BÁSICA 136

*Risia Raphaely do Rêgo Barros Melo
Ana Suerda Leonor Gomes
Weslla Karla Albuquerque Silva de Paula
Gabriella Barreto Soares*

13. O CUIDADO ANTE A MORTE E O MORRER A PARTIR DE EXPERIÊNCIAS E DE REFLEXÕES DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE..... 146

*Marcos Oliveira Dias Vasconcelos
João Paulo dos Anjos Lopes
Alice Ramalho Braga
Geórgia Sibeles Nogueira da Silva*

14. INTERSETORIALIDADE NA EXECUÇÃO DA ESTRATÉGIA NUTRISUS: PERCEÇÃO DE GESTORES E PROFISSIONAIS DA SAÚDE 158

*Lígia Araújo Sá
Ardigleusa Alves Coêlho
Franklin Delano Soares Forte
Cláudia Helena Soares de Moraes Freitas*

15. CONCEPÇÃO DE ENFERMEIRAS SOBRE O ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM MUNICÍPIO DO LITORAL NORDESTINO..... 170

*Juliana Barros de Farias Vilar
Ana Suerda Leonor Gomes Leal
Cláudia Helena Soares de Moraes Freitas
Talitha Rodrigues Ribeiro Fernandes Pessoa
Ardigleusa Alves Coêlho*

16. VIOLÊNCIA DE GÊNERO EM MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS NA ATENÇÃO BÁSICA 180

*Luiza Sátyro Moraes de Medeiros
Heloísa Helena Pinho Veloso
José Manuel Peixoto Caldas
Layanne Sátyro Medeiros Lucena
Júlio César Guimarães Freire*

RELATOS DE EXPERIÊNCIAS 190

17. CUIDAR E SER CUIDADO: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UMA AURICULOTERAPEUTA... 191

*Terezinha Paes Barreto Trindade
Franklin Delano Soares Forte*

18. PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES PARA O CUIDADO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: TRILHANDO NOVOS CAMINHOS 202

*Jéssica Pinheiro Carnaúba
Luciana Rodrigues Cordeiro
Ana Karen Pereira de Souza
Ellen Rose Sousa Santos
Marli Teresinha Gimenez Galvão*

19. ESTUDO COM FLORAIS NA DISCIPLINA DE FARMACOGNOSIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – ABORDAGEM BASEADA EM TESE DA RENASF 211

*Luciana Rodrigues Cordeiro
Mary Anne Medeiros Bandeira
Wellyda Rocha Aguiar Galvão
Jéssica Pinheiro Carnaúba*

20. OFICINAS DE EDUCAÇÃO E TRABALHO INTERPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA E NO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR: RELATO DE EXPERIÊNCIA 221

*Franklin Delano Soares Forte
Fabiola Moreira Casimiro de Oliveira
Cristiana Carla da Silva
Walleri Christini Torelli Reis
Thais Teles de Souza
Simone Bezerra Alves*

**21. FORMAÇÃO INTERPROFISSIONAL: TECENDO
DIÁLOGOS E CONHECIMENTOS NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE 232**

*Cristiane Costa Braga
Franklin Delano Soares Forte
Cynthia Guedes Santiago Melquiades
Marina Nogueira Brasileiro Veras*

**22. EXPERIÊNCIA DE UM CURSO SOBRE SAÚDE
SEXUAL E REPRODUTIVA COM INSERÇÃO DE
DISPOSITIVO INTRAUTERINO DE COBRE POR
ENFERMEIRO 243**

*Veronica Ebrahim Queiroga
Edjane Pessoa Ribeiro Fernandes,
Fabiola Moreira Casimiro de Oliveira
Ailma de Souza Barbosa
Viviane Rolim de Holanda
Waglânia de Mendonça Faustino*

NOTAS DE FIM 254

SOBRE OS AUTORES E AS AUTORAS..... 255

APRESENTAÇÃO

Apresentamos a obra **“Fazeres e Saberes no trabalho e na formação em Saúde da Família: pesquisas, relatos vivos e contemporâneos”**, uma coletânea de relatos de pesquisa e de experiências de docentes, discentes e demais atores que percorrem o cotidiano da formação profissional desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família (PPGSF) da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF).

“Fazeres e Saberes” remetem ao fazer e ao realizar, e, consequentemente, ao aprender e ao construir novos conhecimentos no cotidiano do processo de trabalho do cuidar em saúde imerso na complexidade da Atenção Primária à Saúde (APS) no Sistema Único de Saúde (SUS), prioritariamente organizada pela Estratégia Saúde da Família. Esse é o principal cenário do PPGSF/RENASF.

O PPGSF/RENASF é um Programa de Pós-Graduação Profissional em rede, desenvolvido colaborativamente por 11 instituições nucleadoras distribuídas no nordeste brasileiro. Com a oferta dos cursos de Mestrado e Doutorado Profissional em Saúde da Família, o programa é fomentado pelo Ministério da Saúde e teve início em 2012 com a primeira turma de mestrado. Desde então, já foram formados mais de 566 mestres em quatro turmas ofertadas e atualmente estão em formação inédita 30 doutorandos na primeira turma de doutorado profissional da área de Saúde Coletiva do país.

Com orientação pedagógica baseada na Andragogia e Metodologias Ativas de Aprendizagem aplicada a turmas multiprofissionais em saúde, o PPGSF/RENASF objetiva, a nível de mestrado: produzir conhecimento, a investigação científica e tecnológica, a inovação e a formação de profissionais para atuarem na APS; e, a nível de doutorado:

formar pesquisadores com competência técnica-científica, crítica e reflexiva para atuar na pesquisa, docência e gestão no âmbito da APS.

Os capítulos em forma de relatos de pesquisa e de experiência apresentados nessa obra estão intrinsecamente relacionados aos movimentos de formação profissional do PPGSF/RENASF e suas respectivas linhas de pesquisa, quais sejam: Atenção e Gestão do Cuidado em Saúde da Família; e Educação na Saúde e Promoção da Saúde na Saúde da Família.

Tais relatos são *“vivos e contemporâneos”*. Vivos na medida em que expressam a singularidade dinâmica de cada pesquisa e experiência voltada ao processo de trabalho na complexidade da APS, pela participação de atores da academia, serviço e comunidade. São contemporâneos por trazerem em seu pano de fundo contextos múltiplos e atuais, implicados com os desafios prementes das políticas de saúde e do cenário (pós)pandêmico posto, com seus desdobramentos dentro do sistema de saúde e territórios de produção do cuidado na saúde da família.

Na primeira parte, os relatos de pesquisa apresentam resultados para diversas linhas de cuidado, tais como: saúde do idoso, saúde bucal, saúde do trabalhador, saúde da criança, saúde do homem, entre outras. Percorrem sobre o processo de trabalho na APS, desde o acolhimento ao registro de informações, além de estarem aplicados às políticas específicas na rede de atenção à saúde.

Destacam-se os temas das práticas integrativas e complementares, e da educação interprofissional e práticas colaborativas, tanto nos relatos de pesquisa, quanto nos de experiência.

Essa obra aproximará leitores da efervescência dinâmica da atenção, gestão e educação na saúde na APS, fortalecendo a Estratégia Saúde da Família como modelo prioritário e ratificando a relevância de uma formação qualificada para a profissionais do SUS, prevista constitucionalmente. Convidamos profissionais, gestores, estudantes

e comunidade a percorrem conosco os saberes e fazeres construídos coletivamente a muitas mãos nesta rede “que balança” e avança na formação profissional comprometida com a garantia do direito à saúde integral da população brasileira.

Franklin Delano Soares Forte
Talitha Rodrigues Ribeiro Fernandes Pessoa
Altamira Pereira da Silva Reichert
Gabriella Barreto Soares
Maria Sueli Marques Soares
Simone Alves de Sousa
José da Paz Oliveira Alvarenga
Lenilma Bento de Araujo Meneses
(Organizadores)

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: SEMPRE É TEMPO PARA AVANÇAR!

Escrever sobre a Atenção Primária à Saúde inicia por reconhecer sua centralidade para os sistemas de saúde nos mais diversos países e como através dela é possível fazer com que as pessoas vivam mais e melhor e, principalmente, sejam enfrentadas as gritantes iniquidades. Essas, tristemente tão presentes no Brasil, pioraram nos últimos anos.

Não há dúvida do impacto da APS, assim como estão bem estabelecidas as evidências da importância da Estratégia de Saúde da Família com suas características específicas: cuidado em um território, com a presença de agentes comunitários de saúde; processo de trabalho constantemente problematizado por uma equipe multiprofissional; característica de vinculação pública dos trabalhadores; etc.

São tempos em que se precisa dizer o óbvio, e por isso defender o Sistema Único de Saúde casa tão bem com a defesa da Estratégia de Saúde da Família. Ao completar 45 anos da Conferência de Alma-Ata, evento fundamental para difundir a APS como caminho para os sistema de saúde, o SUS desponta pela política civilizatória de garantia da saúde como direito e da universalidade como conquista a ser mantida e celebrada.

Mesmo assim, é preciso repensar a APS no Brasil, partindo inicialmente de um resgate de seus princípios. O que se vê são equipes desgastadas, sobrecarregadas em estruturas defasadas, com processos incipientes de transformação digital. Ao mesmo tempo um excesso de atenção para cadastros e indicadores que não conseguem traduzir a complexidade do território.

Sim, a APS continua sendo contra-hegemônica e os últimos anos reforçaram o que está muito presente na concepção de uma parte importante da população brasileira, de que somente os serviços especializados são resolutivos. Estar presente na população significa que também é o pensamento de parcela dos trabalhadores de saúde, gestores e usuários.

Urge, portanto, resgatar a noção de território da APS, rever modelos de financiamento que induzem focalização, demonstrar a necessidade de investimento na ESF, valorizar quem constrói a saúde da família no cotidiano. Para isso, as iniciativas de gestão do trabalho e da educação na saúde devem ter centralidade da gestão da APS, trazendo com elas a perspectiva da transformação social.

Tais mudanças passam pelo entendimento da repercussão de uma política pública em responder às necessidades sociais da população de forma equânime. Ao mesmo tempo, precisam ser representadas por ações efetivas. Vários exemplos são possíveis em 2023, mas um dos mais significativos é a retomada do financiamento para equipes multiprofissionais, aprendendo com a experiência dos NASF e voltando a ter a participação do governo federal, interrompida em 2019.

Políticas dessa envergadura devem constantemente dialogar com a experiências locais e, principalmente, o conhecimento produzido no dia a dia da Estratégia de Saúde da Família, como forma de aprimoramento constante. Reconhecer o trabalho da ESF é também reconhecer o grande laboratório de inovação que ela constitui.

Essa publicação deixará isso evidente, assim como é evidente a importância da educação permanente, da pós-graduação, da pesquisa em Atenção Primária à Saúde. São diversos capítulos partindo da realidade das equipes de saúde que conseguem sistematizar um olhar complexo sobre a APS.

Com essa diversidade, traz grande contribuição para entender e principalmente avançar na defesa da APS, sem deixar de reconhecer seus desafios. Que possamos aprender com esse importante olhar de trabalhadores, professores, estudantes e gestores e olhar para o futuro da APS!

Felipe Proença
Secretário Adjunto de Atenção Primária à
Saúde do Ministério da Saúde



**RELATOS DE
PESQUISAS**

CAPÍTULO 1

AURICULOTERAPIA NO TRATAMENTO DO TABAGISMO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE

*Andréa de Oliveira Albuquerque Ferreira Gomes
Ângela Maria Alves e Souza
Luciana Rodrigues Cordeiro*

1. INTRODUÇÃO

Historicamente, o tabagismo está fortemente influenciado pelos hábitos afro-americanos, relacionados tanto com festividades quanto para aliviar a dor e o cansaço, fruto de trabalhos pesados realizados por escravos e indígenas. Ele também foi utilizado como propriedade medicinal para cortes e infecções da pele¹.

O tabagismo ficou sendo reconhecido como um problema de saúde mundial e passou a ser discutido em 1999 com a consolidação da Política Nacional de Controle do Tabaco, a partir da Convenção-Quadro (CQCT) que elaborou o primeiro tratado internacional de saúde pública. Este tratado discutiu medidas temáticas que envolviam a proteção ambiental e a diminuição da procura e oferta do tabaco².

Conforme a Classificação Internacional de Doenças (CID-10), o tabagismo configura-se como um transtorno mental e comportamental, pois envolve o uso de substância psicoativa. A nicotina está associada a mais de 50 tipos de doenças (3) e seu uso também é um dos fatores para o desenvolvimento do Câncer de boca que no Brasil ocupa a 5ª posição de incidência entre os homens⁴.

O Sistema Único de Saúde produz políticas públicas, e dentre elas, a Política de Promoção de saúde de 2014, a qual foi realizada alterações em 2006 que visam engrandecer a equidade na saúde, reverberando ações para a diminuição do uso do tabaco e melhoria nas condições de vida.

Dentre as ações desta política, a atenção primária realiza práticas de assistência integrada, que participam equipes multiprofissionais da estratégia de saúde da família assumindo uma responsabilidade sanitária dentro de um território definido⁵.

1.1 Práticas Integrativas e Complementares

As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) foram legitimadas e aprovadas em 2006 pela portaria de nº 971. Essas práticas apresentam uma visão holística do ser humano, uma vez que estabelece o estado de equilíbrio e saúde. As abordagens envolvidas para esta prática são mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde⁶.

A auriculoterapia baseia-se na Medicina Chinesa Tradicional que consiste na estimulação das terminações nervosas do pavilhão auricular que liberam neurotransmissores para modular mecanismos da inflamação e da atividade do sistema límbico. Este sistema está associado à regulação das emoções e comportamentos relacionados à memória⁷.

2. CONTEXTO DE ESTUDO

A vivência no consultório odontológico de casos de pacientes tabagistas com diagnósticos de câncer de boca despertou o interesse pelo tema deste trabalho. O grupo de tabagismo já estava instituído como prática na unidade de saúde em que uma das autoras trabalha como cirurgiã-dentista. Esta experiência permitiu perceber a dificuldade

da redução e cessação do tabaco em virtude da dependência física e emocional de cada tabagista.

A partir desse contexto foi proposta a prática de auriculoterapia neste grupo, pois esta prática já havia sido realizada em pacientes com sequela de Chikungunya apresentando resultados positivos.

Desta forma, esta pesquisa foi realizada para conhecermos as percepções dos tabagistas, e qual a contribuição do uso da auriculoterapia para a redução/cessação do tabagismo nos participantes do grupo na unidade de saúde.

3. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo, que teve como local uma unidade de saúde do município de Fortaleza contemplada com o programa de tabagismo oferecido pelo Ministério da Saúde.

A coleta de dados ocorreu de maio a agosto de 2022, tendo participaram 11 tabagistas de ambos os sexos cadastrados na unidade de saúde com idade mínima de 18 anos que tinham o desejo de parar de fumar e que já estavam inscritos para o grupo de tabagismo excluindo pessoas com inflamação, infecção ou ferimento nos pavilhões auriculares.

A criação do grupo de tabagismo deu-se por convite verbal, feito na unidade de saúde durante as consultas realizadas pela dentista ou pela equipe da Estratégia da Saúde da Família. Esse processo consistiu no preenchimento do prontuário do fumante (instrumento de padronização do Ministério da Saúde), contendo a história tabagística com informações sobre a dependência à nicotina e também com o histórico patológico com uma anamnese sobre doenças respiratórias, cardiovasculares, neuropsíquicas, hábitos de vida e outras doenças.

Com o referido grupo, aconteceram sessões que reuniram entre 10 a 15 pessoas durante quatro encontros, os quais aconteceram semanalmente e tiveram duração de aproximadamente 90 minutos. Este

estudo adotou uma abordagem cognitiva comportamental⁽⁸⁾ que tem como pressuposto o compartilhamento de experiências, sentimentos e pensamentos entre os tabagistas que após um período de quatro semanas, o participante continua sendo acompanhado pelo médico e enfermeiro por um período de 12 meses, pois o médico seleciona de forma individualizada a medicação de apoio para a dependência da nicotina. Esses medicamentos são definidos pelo protocolo do Ministério da Saúde e são ofertados pela Prefeitura de Fortaleza.

Os instrumentos utilizados na pesquisa foram: entrevista semi-estruturada e a ficha de avaliação auricular. A entrevista foi realizada individualmente e dividida em duas etapas. A primeira etapa abordou a caracterização do perfil sociodemográfico dos participantes e em seguida foram realizadas perguntas pertinentes à experiência do tabagismo com o objetivo de conhecer a realidade vivenciada pelos tabagistas antes da aplicação da auriculoterapia. Na segunda etapa, refere-se a quais fatores de ordem pessoal que interferiram durante a prática, se ela foi aceita pelo participante e seus familiares e outras informações que só poderiam ser respondidas após a coleta de dados que finalizaria com um total de 10 sessões.

A ficha de avaliação auricular estruturou-se para serem registradas as descrições que cada participante representasse por meio das percepções durante o tratamento que aconteceram no intervalo entre as práticas de auriculoterapia. As respostas dos participantes foram anotadas durante a entrevista na forma escrita, imediatamente após cada pergunta. Não houve a utilização da câmera ou outra ferramenta para gravação de vídeo ou áudio.

O procedimento da auriculoterapia consiste na colocação de sementes de mostarda nos pontos identificados sobre o pavilhão auricular previamente limpo com álcool 70°, que foram aderidas a um pedaço de micropore. Orienta-se, pressioná-los ao menos três vezes ao dia, e reaplicá-los semanalmente, sempre com alternância entre pavilhões auriculares³.

Dessa forma, a energia equilibrada das sementes circula pelo corpo para as células do tecido conjuntivo e cartilaginoso⁹.

Na execução da auriculoterapia, utilizou-se sementes energizadas de mostarda que segue o preparo com a Técnica Radiônica, as quais permanecem em um gráfico específico chamado “semente da vida” por duas horas antes do procedimento¹⁰.

Os pontos selecionados para o tratamento da auriculoterapia foram sete, sendo cinco do Protocolo da National Acupuncture Detoxification Association (NADA) e dois pontos da medicina tradicional chinesa. Os cinco do NADA foram: 1) Shen Men (indicado para estabilização emocional e com atividade anti-inflamatória); 2) Fígado (indicado para tratar o estresse); 3) Pulmão 1 e 2 (fortalece o trato respiratório); 4) Rim (filtra as toxinas e melhora o metabolismo celular de oxigênio); 5) Simpático (estabilização vegetativa das vísceras). Os dois da Medicina Tradicional Chinesa foram: 6) Boca (região impregnada de nicotina); 7) Brônquios (fortalece o sistema respiratório)¹¹.

A análise dos dados foi baseada na hermenêutica e dialética, direcionado ao processo crítico da realidade social⁽¹²⁾. Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa pela Universidade Federal do Ceará, com CAAE: 55194021.2.0000.5054, e parecer nº 5.373.626/2022.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 11 tabagistas, sendo seis deles do sexo feminino e cinco do masculino, com idades que variavam entre 26 e 73 anos. As doenças apresentadas pelos participantes foram: hipertensão; diabetes; asma, sequela de acidente vascular cerebral, aneurisma e alcoolismo; somente dois deles não apresentaram comorbidades. Todos possuíam uma baixa renda familiar mensal, que variava entre nenhuma renda até 2,5 salários-mínimos.

Os participantes relataram o desejo de parar de fumar, sendo que sete deles fumavam acima de 20 cigarros. A literatura⁽¹³⁾ refere que tabagistas que fumam um quantitativo acima de 20 cigarros terão fortes sintomas de abstinência.

Segundo os dados documentados na ficha auricular, na segunda sessão de auriculoterapia houve a redução de, aproximadamente, metade dos cigarros fumados por todos os participantes e ao final da coleta quatro participantes cessaram o tabagismo, sendo um deles sem o apoio da farmacoterapia.

Durante a descrição das percepções vivenciadas pelos participantes foi possível reconhecer a melhora em relação aos sentimentos e emoções relacionados à ansiedade, tristeza, raiva e estresse. Dos 11 tabagistas, oito reduziram a ansiedade; três, a tristeza e cinco, o estresse.

As descrições das percepções foram relatadas e registradas na ficha auricular. Alguns dos exemplos podem ser observados abaixo:

Não sinto vontade de fumar, nem lembro, não tenho ansiedade. Sinto-me bem (participante 1).

Não sinto ansiedade, tristeza, nem angústia e na segunda sessão já me senti melhor (participante 2).

Não tenho mais prazer em fumar. (participante 3).

Estou me sentindo bem e até respirando melhor. (participante 6)

Melhorei a ansiedade e o estresse com a auriculoterapia (participante 10).

Eu abusei a bebida alcóolica, não sei nem explicar que mudei tanto assim; bebia todo dia, não bebo mais, não tenho mais ansiedade e fumo sete cigarros por dia (participante 7).

Quando lembro que bebia tanto, não me reconheço no passado (participante 8).

A pesquisa demonstrou que os participantes do estudo vivenciam fragilidade social, que pode ser evidenciada por vários aspectos: perfil sociodemográfico, relações familiares desgastadas, problemas financeiros, doenças, luto e, aliado a tudo isso, está presente à dependência da nicotina.

Ao finalizar as sessões de auriculoterapia foi perceptível pelos relatos que fatores psicológicos, comportamentais e socioeconômicos, interferiram para o tratamento desencadeando sentimentos negativos que estão relacionados à resposta do fator estressor, que segundo a literatura⁽¹⁴⁾ é o resultado das interações do meio externo, interno e as percepções do indivíduo sobre sua capacidade de resposta deste conjunto.

A relação da saúde, o contexto social e toda a subjetividade que envolve o ser humano traz uma reflexão emancipadora para que o sujeito tenha autonomia sobre o modo de pensar¹⁵ e representar nas percepções da vida.

Na entrevista, os participantes justificaram a procura pelo tabagismo pelo motivo de que o uso da nicotina promove sentimentos de calma, prazer e alívio do estresse. A literatura já traz essas questões argumentando que pessoas são levadas ao tabagismo como forma de se automedicar para aliviar a ansiedade¹⁶. Contudo, a dependência à nicotina libera neurotransmissores para que o cérebro entenda o uso contínuo da substância como um quadro de dependência e a síndrome de abstinência inicia-se oito horas após a interrupção do tabaco¹⁷.

Existe além da dependência física e psicológica da nicotina, uma teoria comportamental que está condicionada a situações do fumante em que são chamados gatilhos e pode ser citado a bebida alcóolica e o café, que são condicionantes para a manutenção do hábito; e que foi constatado por dois participantes que só admitiram o alcoolismo aproximadamente na metade da coleta de dados e que foram acrescentados ao tratamento deles, dois pontos auriculares que foram: o baço e estômago com o objetivo de liberar a necessidade do álcool.

Estudo sobre saúde mental sinaliza que tanto auriculoterapia como acupuntura apresentaram resultados positivos para o estresse, ansiedade, depressão e estes estão relacionados à dependência da nicotina¹⁸.

O poder aquisitivo e fatores sociais influenciam as condições de saúde das pessoas. Cada tabagista tem sua história, sua crença e expectativa de vida e tais aspectos trazem diferenças nos resultados¹⁹.

A promoção de saúde e os diferentes modos de viver estão condicionados a determinantes e contextos sócio-políticos e culturais em que vivem²⁰.

A prática da auriculoterapia contribuiu positivamente para a redução/cessação do tabagismo e apresentou-se como uma terapia complementar para uma autonomia dos participantes diante da dependência da nicotina no programa de controle do tabagismo

5. ENCAMINHAMENTO PARA A PRÁTICA

- Inserção do controle do tabagismo a uma perspectiva holística, como auriculoterapia.
- Associação da auriculoterapia a tratamentos alopáticos, fitoterápicos e outros.
- Disseminação da prática da auriculoterapia na atenção primária por meio de um planejamento e incentivo da gestão via educação permanente.

REFERÊNCIAS

1. SPINK, M. J. P. Ser Fumante Em Um Mundo Antitabaco: Reflexões Sobre Riscos e Exclusão Social. **Associação Paulista de Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 481–496, 2010.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. **Anexo I da portaria de consolidação nº2, de 28 de setembro de 2017**. Diário Oficial da União, Brasília, 2018.
3. SILVA, R. P. *et al.* Contribuições de Auriculoterapia na cessação do tabagismo: estudo piloto. *Revista Escola de Enfermagem USP*, v. 48, n. 5, p. 883-890, 2014. Disponível em: <https://scielo.br/reeusp>. Acesso em: 26 nov. 2019.
4. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Diagnóstico precoce do câncer de boca**. Rio de Janeiro: INCA, 2022. 139 p.
5. GONÇALVES, R. N. *et al.* Política Nacional de Promoção da Saúde: o percurso de elaboração, implementação e revisão no Brasil. **Diversa Revista eletrônica Interdisciplinar**, v. 13, n. 2, p. 198-205, 2020.
6. TESSER, C. D. *et al.* Auriculoterapia na atenção primária à saúde: uma experiência educacional em larga escala no Brasil. **Journal of Integrative Medicine**. v. 17, n. 4. p. 302-309, 2019.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. **Formação em auriculoterapia para profissionais de saúde da atenção básica**. Universidade Federal de Santa Catarina, FETT EDUCAÇÃO E ENSINO LTDA. 2016. 44 p.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual do Coordenador. Deixando de Fumar sem Mistérios**. Rio de Janeiro: Inca, 2019. 56 p.
9. FILHO FRANCESCHIN, S. **Fitoacupuntura**: a simplicidade e a força das plantas como facilitadoras da saúde. São Paulo: Roca, 2013. 219 p.
10. MENDES, R.; FERNANDEZ, J. C. A.; SACARDO, D. P. Promoção da saúde e indagações. **Saúde Debate**, v. 40, n. 108, p 190–203, 2016.

10. CORDEIRO, L. R. **Técnica Radiônica com sementes**: teoria e prática. Fortaleza: Mirada, 2019. 172 p.
11. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO PRETO. **Protocolo de Práticas Integrativas e Complementares para a enfermagem**: auriculoterapia e acupuntura auricular. Ribeirão Preto: Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto, 2022. 85 p.
12. MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2016.
13. ROCHA, B. V.; ROCHA, D. S.; SCHNEIDER, I. J. C. Abandono do tratamento e cessação do tabagismo: análise dos dados de um programa de controle. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 11, n. 41, p. 1-18, 2021.
14. MARGIS, R *et al.* Relação entre estressores, estresse e ansiedade. **Revista Psiquiátrica**, v. 25, p. 65-74, 2003.
15. MENDES, R.; FERNANDEZ, J. C. A.; SACARDO, D. P. Promoção da saúde e indagações. **Saúde Debate**, v. 40, n. 108, p. 190–203, 2016.
16. GOUVEIA, T. S. *et al.* Associação entre fatores demográficos, ansiedade e depressão entre tabagistas. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 30, p. 173–180, 2022.
17. SILVA, F.; PEÇANHA, M. Auriculoterapia como abordagem coadjuvante no Programa Nacional de Controle do Tabagismo na Atenção Básica em Apucarana – PR. **Revise**, v. 11, p. 23-31, 2023.
18. SILVA, E. V. *et al.* Auriculoterapia: evidências científicas sobre a sua eficácia em casos de ansiedade e depressão. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, v. 15, n. 1, p. e950, 2019.
19. VIEIRA, A. *et al.* A auriculoterapia tem eficácia terapêutica? Uma visão geral das revisões sistemáticas. **Complementary Therapies in Clinical Practice**, v. 33, p. 61-75, 2018.

20. ABRAHÃO, T. B.; LOPES, A. P. A. Principais causas do estresse e da ansiedade na sociedade contemporânea e suas consequências na vida do indivíduo. **Revista Internacional de Ciências Humanas e Sociais**, v. 3, n. 1, p. e028, 2022.

CAPÍTULO 2

ANSIEDADE EM TRABALHADORES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19

Adriana Aguiar Fernandes de Lima

Alan Leite Moreira

Flávia Maiele Pedroza Trajano

Luana Rodrigues de Almeida

João Euclides Fernandes Braga

1. INTRODUÇÃO

A COVID-19 é uma doença provocada pela Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS), causada pelo coronavírus SARS-CoV2, com espectro clínico variando de casos assintomáticos a graves⁽¹⁾. Seu primeiro caso foi registrado na China, em dezembro de 2019 e rapidamente se espalhou por todos os países do mundo. Na América do Sul, o primeiro caso ocorreu no Brasil, registrado pelo Ministério da Saúde em fevereiro de 2020, na cidade de São Paulo².

Dessa maneira, todos os níveis de atenção à saúde priorizaram suas principais ações ao combate à infecção da COVID-19, o que inclui a Atenção Primária à Saúde (APS) 3. Esse nível de atenção à saúde é compreendido como a porta de entrada dos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS)⁴.

A APS enfrentou uma série de desafios no início da pandemia da COVID-19, tais como a fragilidade na estrutura da assistência e as condições precárias de trabalho⁵.

Os trabalhadores da saúde, incluindo aqueles que atuaram na APS, no período da pandemia da COVID-19, diariamente vivenciaram diversas dificuldades. O período mais crítico foi o primeiro ano, devido às instáveis condições laborais, à infraestrutura inadequada e à escassez de equipamentos de biossegurança, além de todos os riscos que cercaram os profissionais⁶.

Os trabalhadores de saúde atuantes no combate à COVID-19 podem desenvolver altos níveis de ansiedade, caracterizada por uma preocupação excessiva e persistente, acompanhada de medo e apreensão, resultante da antecipação de perigos ligados ao desconhecido ou ao inexplicável⁽⁷⁾. Essas condições podem se tornar patológicas e causar um transtorno psiquiátrico, que é acompanhado de diversos sintomas físicos e psíquicos. Esse quadro compromete o comportamento psicossocial do indivíduo e afeta o convívio familiar, as interações sociais e a atividade laboral ou ocupacional^{8,9}.

2. CONTEXTO DO ESTUDO

2.1 JUSTIFICATIVA

Apoiando-se na atual conjuntura, que aponta a vulnerabilidade da saúde mental dos profissionais de saúde, este estudo torna-se indispensável para orientar a tomada de decisão da gestão pública, para a formulação de novas políticas, práticas e condutas em relação à saúde mental desses profissionais.

2.2 OBJETIVO

Avaliar os níveis ansiedade traço-estado dos trabalhadores da APS, do município de Santa Cecília - PB que atuaram no enfrentamento da pandemia da COVID-19.

2.3 MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal de natureza exploratória-descritiva, com uma abordagem quantitativa^(10,11). Neste estudo, investigou-se o estado de ansiedade dos trabalhadores da APS que participaram do enfrentamento da COVID-19. Adicionalmente, procedeu-se à avaliação e classificação da ansiedade manifestada pelos participantes da pesquisa.

A pesquisa foi realizada no município de Santa Cecília, no estado da Paraíba, nas três Estratégias Saúde da Família (ESF) das três Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), UBSF do Centro (zona urbana), UBSF Pororoca (zona rural) e UBSF de Samambaia (zona rural).

Ressalta-se que o município de Santa Cecília – PB, no momento da realização da pesquisa, não contava com assistência hospitalar e nem com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) local. Logo, as demandas assistenciais mais complexas eram referenciadas para outros municípios mais próximos, ficando apenas a APS como o único serviço assistencial de referência localizado nessa cidade.

A população do estudo foi composta por todos os trabalhadores da APS do município de Santa Cecília – PB. Trata-se de um estudo censitário, constituído por 53 trabalhadores da saúde de profissões distintas: 03 médicos, 07 enfermeiros, 03 odontólogos, 01 farmacêutico, 01 fisioterapeuta, 01 nutricionista, 06 técnicos em saúde bucal, 04 atendentes de recepção, 17 agentes comunitários de saúde e 07 auxiliares de serviços gerais.

Participaram do estudo os sujeitos integrantes da população que atenderam os seguintes critérios: ser trabalhador de saúde vinculado às

três ESF do município de Santa Cecília- PB e ser trabalhador da saúde integrante da equipe de cuidados diretos e indiretos a pacientes com diagnóstico de COVID-19.

Foram excluídos da pesquisa os trabalhadores da APS que estavam afastados das suas atividades laborais durante o período da coleta de dados ou que apresentaram quadros severos de transtorno mental autodeclarado ou diagnosticado por um médico psiquiatra ou com diagnóstico médico comprovado.

Após a anuência concedida pela Secretaria Municipal de Saúde, o projeto desta pesquisa foi encaminhado para avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Com a obtenção da aprovação e autorização pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba (CEP/CCS/UFPB), com o número de parecer 5.375.771, para conduzir o estudo, conforme as diretrizes e regulamentos estabelecidos para pesquisas envolvendo seres humanos na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), foi determinado o número de profissionais de saúde envolvidos na pesquisa.

Em seguida, foi estabelecido um contato preliminar com esses trabalhadores para convidá-los a participarem do estudo, bem como explicar os seus objetivos, a metodologia e a obtenção da anuência em participar na condição de voluntário, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para identificação do nível de ansiedade, foi utilizado o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE), constituído por duas subescalas (IDATE-T e IDATE-E), com questionários de autoavaliação, contendo 20 perguntas, com quatro graus de intensidade possíveis de resposta, que variam de 1 a 4, e os escores somados por cada voluntário oscilam entre 20 e 80 pontos. Os indivíduos que apresentaram escores abaixo de 40 pontos foram alocados no grupo considerado de baixa ansiedade (BA)

e os que obtiveram escores acima de 40 foram alocados ao grupo de alta ansiedade (AA)¹².

Os dados para a realização da pesquisa foram coletados nos meses de maio e junho de 2022. Após a coleta dos dados, efetuou-se a codificação das variáveis pertinentes, e procedeu-se à consistência dos referidos dados. A seguir, em relação às variáveis inerentes ao objeto de estudo, procedeu-se à análise estatística, através da construção de tabelas de frequências simples e de medidas descritivas pertinentes. Na sequência, foram utilizadas técnicas da estatística com uso do software R-Studio.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao se analisar o nível de ansiedade-traço nos 53 trabalhadores de saúde, constatou-se que 38 desses trabalhadores apresentaram alta ansiedade, representando 72% dos trabalhadores da APS, conforme a tabela 1.

Tabela 1 – Classificação dos trabalhadores da APS de Santa Cecília - PB segundo o nível de ansiedade do IDATE – T.

	Baixa Ansiedade (BA)		Alta Ansiedade (AA)	
	N	%	N	%
Profissionais	15	28%	38	72%

Fonte: Dados da pesquisa 2022.

Ao se avaliar o nível de ansiedade-estado dos 53 trabalhadores de saúde da APS, observou-se que 40 desses profissionais apresentaram alta ansiedade, representado 76% dos trabalhadores, conforme a tabela 2.

Tabela 2 – Classificação dos trabalhadores da APS de Santa Cecília – PB segundo o nível de Ansiedade do IDATE – E.

	Baixa Ansiedade (BA)		Alta Ansiedade (AA)	
	N	%	N	%
Profissionais	13	24%	40	76%

Fonte: Dados da pesquisa 2022.

Os estudos de Guilhand *et al.*¹³ mostram um aumento de sintomas de ansiedade entre os profissionais que estiveram em contato direto e intenso com o risco de contaminação e infecção pelo vírus causador da COVID-19.

É importante considerar os resultados apresentados para um olhar clínico relevante, tendo em vista que os agravos à saúde podem afetar as relações pessoais, as relações profissionais, o desempenho das atividades laborais cotidianas, as relações sociais, como também a assistência prestada ao território de atuação do profissional^{14, 15}.

De acordo com os parâmetros estipulados para a classificação dos níveis de ansiedade e conforme análise dos resultados dos escores do IDATE – T e IDATE – E, os trabalhadores de saúde da APS de Santa Cecília – PB, foram classificados com alto nível de ansiedade, tanto para o IDAET – T, quanto para o IDATE –E no período pandêmico da COVID-19.

Os resultados encontrados neste estudo, sobre a relação do nível de ansiedade-traço com o nível de ansiedade-estado nos trabalhadores de saúde da APS, apontam que os trabalhadores que apresentaram altos níveis de ansiedade-traço, também demonstraram altos níveis de ansiedade-estado, corroborando o estudo de Anastasi e Urbina¹⁶, que enfatiza, que pessoas com elevados níveis de ansiedade-traço estão mais suscetíveis a apresentarem elevados níveis de ansiedade-estado.

Estudos sobre os impactos na saúde mental dos trabalhadores de saúde, demonstram maior prevalência de transtorno de ansiedade nos trabalhadores que prestavam assistência de cuidado a pacientes com

suspeita ou diagnóstico de COVID-19 no início da pandemia^{17, 18}. Silva *et al.*¹⁹, destacam em seus estudos que a prevalência de ansiedade nos trabalhadores de saúde, durante a pandemia da COVID-19, é aumentada independentemente do continente de atuação profissional.

As repercussões da pandemia da COVID-19 em relação à saúde mental dos trabalhadores da saúde, independentemente das profissões exercidas e dos níveis de atenção à saúde, demonstram visivelmente manifestações de alta intensidade de sintomas de ansiedade, registros de exaustão, estresse e redução das funções cognitivas e do desempenho profissional²⁰⁻²².

Percebeu-se uma escassez de estudos publicados sobre a referida temática, provavelmente, por serem estudos recentes e, possivelmente, por se encontrarem em processo de validação para futuras publicações.

4. ENCAMINHAMENTOS PARA A PRÁTICA

- Maior atenção por parte dos gestores públicos aos trabalhadores da saúde em relação à saúde mental dos mesmos.
- Garantir condições adequadas e favoráveis de trabalho aos trabalhadores da APS.
- Implantar estratégias, através da saúde do trabalhador, que possam melhorar os perfis ansiogênicos desses profissionais.
- Ofertar atendimento psicológico, psiquiátrico, práticas integrativas, formação de grupos terapêuticos, entre outros que se fizerem necessários de acordo com a realidade.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. **O que é a COVID-19?**. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/o-que-e-o-coronavirus>. Acesso em: 10 jan. 2021.
2. MARTINS, R. U. *et al.* Saúde mental dos profissionais da atenção básica em tempos de pandemia. **Rev Cient da Escola de Saúde Pública do Ceará**, v. 14, n. 1, p. 133–137, 2020.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção Primária à Saúde (SAPS). **Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde**, 2020. Disponível em: <https://www.saude.gov.br>. Acesso em: 26 mar.2021.
4. WENCESLAU, L. D.; ORTEGA, F. Saúde mental na atenção primária e Saúde Mental Global: perspectivas internacionais e cenário brasileiro. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, n. 55, p. 1121-32, 2015.
5. CIRINO, F. M. S. B. *et al.* Desafios da atenção primária no contexto da COVID-19: a experiência de Diadema, SP. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v. 16, n. 43, p. 2665 2021.
6. BEZERRA, G. D. *et al.* O impacto da pandemia por COVID-19 na saúde mental dos profissionais de saúde: revisão integrativa. **Rev Enferm Atual In Derme**, v. 93, p. 327-45. 2020.
7. MOREIRA, A. S.; LUCCA, S. R. Apoio psicossocial e saúde mental dos profissionais de enfermagem no combate à covid-19. **Rev Enferm em Foco**, v. 1, n. 11, p. 155-161, 2020.
8. BARROS, M. B. A. *et al.* Relato de tristeza/depressão, nervosismo/ansiedade e problemas de sono na população adulta brasileira durante a pandemia de COVID-19. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, n. 4, p. 12-15, 2020.

9. DAL'BOSCO, E. B. *et al.* A saúde mental da enfermagem no enfrentamento da COVID-19 em um hospital universitário regional. **Rev Bras Enferm.**, v. 73, suppl 2, p. 1-7, 2020.
10. RAUPP, F. M.; BEUREN, I. M. Metodologia da pesquisa aplicável às Ciências Sociais. In: BEUREN, I. M. **Como elaborar trabalhos monográficos em contabilidade: teoria e prática.** 2.ed., p. 76-97. São Paulo: Atlas, 2004.
11. MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia do trabalho científico.** 7. ed. São Paulo: Altas, 2015.
12. BIAGGIO, A. M. B.; NATALICIO, L. **Manual para o Inventário de Ansiedade Traço- Estado (IDATE).** Rio de Janeiro: Centro Editor de Psicologia Aplicada (CEPA), 1979.
13. GUILLAND, R. *et al.* Sintomas de depressão e ansiedade em trabalhadores durante a pandemia da COVID-19. **Rev. Psicol., Organ. Trab.**, v.21, n.4, p. 1721-30, 2021.
14. SOUSA, D. A. *et al.* Revisão sistemática de instrumentos para avaliação de ansiedade na população brasileira. **Rev Avaliação Psicológica**, v. 12, n. 3, p. 397-410, 2013.
15. DOURADO, D. *et al.* Ansiedade e depressão em cuidador familiar de pessoa com transtorno mental. **Estudos Contemporâneos da Subjetividade**, v. 1, n. 8, p. 154-167, 2018.
16. ANASTASI, A; URBINA, S. **Testagem psicológica.** Porto Alegre, RS: Artes Médicas, 2000.
17. KÖNIG, D. F. **Impactos da pandemia de covid-19 na saúde mental dos profissionais da saúde.** 2021. 34 f. Monografia (Especialização) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2021.

18. PEREIRA, A. C. C. *et al.* O agravamento dos transtornos de ansiedade em profissionais de saúde no contexto da pandemia da COVID-19. **Rev Bras de Revista de Saúde**, v. 4, n. 2, p. 4094–4110, 2021.

19. SILVA, D. F. O. *et al.* Prevalência de ansiedade em profissionais da saúde em tempos de COVID-19: revisão sistemática com metanálise: revisão sistemática com metanálise. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 2, n. 26, p. 693-710, 2020.

20. CRUZ, R. M. *et al.* Indicadores de saúde mental na pandemia da COVID-19: um estudo de caso institucional. **Revista Plural**, v.1, n.1, p.42-54, 2020.

21. BARROS-DELBEN, P. *et al.* Saúde mental em situação de emergência: COVID-19. **Revista Debates em Psiquiatria**, v. 10, n. 2, p. 18, 2020.

22. FERNANDES, M. A. *et al.* Prevalence of anxiety disorders as a cause of workers' absence. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, suppl 5, p. 2213-2220, 2018.

CAPÍTULO 3

FATORES ASSOCIADOS À COVID-19 EM IDOSOS NO MUNICÍPIO DE TERESINA- PI

*Mayara Callado Silva Moura
Chrystiany Plácido de Brito Vieira
Fernando José Guedes da Silva Júnior
Jaqueline Carvalho e Silva Sales
Francisca Tereza de Galiza*

1. INTRODUÇÃO

Desde o início da pandemia pela COVID-19, em março de 2020, e até 02 de setembro de 2023, Teresina contabilizou 144.553 casos confirmados e 3.030 óbitos¹.

Dentre as condições clínicas de risco para desenvolvimento de complicações da COVID-19, encontra-se ter idade de 60 anos ou mais².

Idosos apresentam maior vulnerabilidade às formas graves da doença e maior risco de morrer. Estudo aponta que a curva de mortalidade tem se mostrado crescente, conforme o aumento da idade, sendo de 3,6% para idosos entre 60-69 anos, de 8% na faixa entre 70-79 anos e de 14,8% naqueles com 80 anos ou mais³.

Essa realidade tem implicações importantes para a organização das ações no controle da doença e favorece o reconhecimento de algumas problemáticas frente a esse processo, como a capacidade dos serviços de saúde em atender a maior procura, em especial dos mais velhos⁴.

Nesse contexto, destaca-se o papel da Atenção Primária à Saúde (APS), pois organizada e com pessoal qualificado e em número adequado,

pode contribuir para diminuir a incidência da infecção na população adscrita, com impacto direto na diminuição da morbimortalidade, como também amenizar os efeitos sociais e econômicos das medidas de distanciamento social¹⁵.

2. CONTEXTO DO ESTUDO

Diante do atual contexto de transição demográfica, com aumento da população idosa e do impacto da pandemia da COVID-19 na vida destes, torna-se fundamental identificar os fatores associados à ocorrência da COVID-19 em idosos no município, como também o padrão de morbidade apresentado por aqueles que apresentam a doença.

Portanto, o objetivo deste estudo foi analisar os fatores associados à ocorrência da COVID-19 em idosos e o padrão de morbidade da doença no município de Teresina-Piauí.

Trata-se de estudo censitário e retrospectivo, inserido no macroprojeto “Perfil sorológico de grupos com condições clínicas de risco para desenvolvimento de complicações por COVID-19 em Teresina-Piauí e fatores associados”.

Os dados levantados foram das testagens rápidas para COVID-19, realizados pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) *Fast Track* (de atendimento exclusivo para pacientes com síndrome gripal) de Teresina-PI, de abril de 2020 a fevereiro de 2022.

Participaram do estudo indivíduos com idade acima de 60 anos, de ambos os sexos, cadastrados no sistema e-SUS APS do município e que tinham realizado testagem para COVID-19 nas 26 UBS *Fast Track*. Excluíram-se testagens realizadas no domicílio, em instituições de longa permanência, em estabelecimentos comerciais ou nos centros de rastreamento e testagem.

Os dados foram coletados de outubro de 2021 a fevereiro de 2022, na Gerência de Informação em Saúde da AB da Fundação Municipal de

Teresina (FMS), por meio de acesso à planilha gerada conforme orientações da FMS.

Utilizou-se de questionário estruturado, elaborado pela FMS, preenchido no momento da realização do exame. Nos casos de testagem positiva, consideraram-se, ainda, as informações contidas nas fichas de notificação de síndrome gripal suspeito de doença pelo coronavírus 2019 (COVID-19) (CID B34.2).

Levantaram-se características sociodemográficas e clínico-epidemiológicas: sintomas, presença de morbidade e status sorológico por meio de teste rápido.

Os dados obtidos foram codificados, exportados e submetidos ao processamento estatístico no *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 22.0.

Realizaram-se análises descritiva e inferencial, adotando-se o nível de significância de $p \leq 0,05$ ou intervalos de confiança que não passaram pelo valor de 1,0.

O estudo foi submetido à Comissão de Ética em Pesquisa da FMS, recebendo aprovação, e ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFPI, via Plataforma Brasil, obtendo parecer de aprovação conforme Nº 4.204.274.

O estudo foi conduzido de acordo com a determinação da Resolução nº. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Analisaram-se 8.892 casos de idosos e destes, 2.427 apresentaram testagem reagente, ou seja, a prevalência de COVID-19 na amostra estudada foi de 27,3%.

Dentre os casos reagentes analisados, 1.386 (57,1%) eram do sexo feminino, com média de idade de 69,67 ($\pm 9,79$) anos e 832 (34,3%) eram residentes na zona sul da cidade e 1.168 (48,1%) apresentavam comorbidades (Tabela 1).

Encontrou-se associação estatística significativa com sexo ($p=0,009$) e presença de comorbidades ($p=0,005$), em que ser mulher idosa e ter presença de alguma comorbidade aumentou, respectivamente, em 0,891(0,811-0,979) e 1,133 (1,032-1,244) vezes as chances da ocorrência de testagem reagentes para COVID-19 (Tabela 1).

Tabela 1 – Associação da ocorrência da COVID-19 e variáveis sociodemográficas e clínicas entre idosos. Teresina, PI, Brasil, 2022. (n=8.892)

Variáveis	Resultado do Teste		p-valor	OR (IC95%)
	Reagente n(%)	Não reagente n(%)		
Idade*	69,67 ($\pm 9,79$)	69,32 ($\pm 11,45$)	0,064**	
Sexo				
Feminino	1.386 (57,1)	3.873 (59,9)	0,009***	0,891 (0,811-0,979)
Masculino	1.041 (42,9)	2.592 (40,1)		
Zona				
Sudeste	476 (19,6)	945 (14,6)		
Sul	832 (34,3)	1.814 (28,1)		
Norte	573 (23,6)	1.882 (29,1)		
Leste	472 (19,4)	1.672 (25,9)		
Zona rural	74 (3,0)	152 (2,4)		
Presença de comorbidades prévias				
Sim	1.168 (48,1)	2.911 (45,0)	0,005**	1,133 (1,032-1,244)
Não	1.259 (51,9)	3.554 (55,0)		

*Média (\pm Desvio padrão);

**O p valor foi obtido pelo teste de U de Mann-Whitney;

***O p valor foi obtido pelo teste de Qui-quadrado de Pearson ($p \leq 0,05$).

No estudo, não houve diferença na média de idade entre os idosos com testagem reagentes para COVID-19 e não reagentes, mas a presença de comorbidade aumentou as chances de testagem reagentes. Pessoas idosas e aquelas com condições crônicas são mais afetadas em relação

à morbidade e à mortalidade e são consideradas como pertencentes a um grupo de risco⁶⁻⁸.

Estudo do tipo revisão sistemática mostrou que pessoas próximas aos 60 anos fazem parte do grupo mais acometido pela COVID-19 e os casos mais graves atingem pessoas acima de 70 anos, que estão no grupo de maior mortalidade pela idade avançada⁹.

Ter comorbidade aumentou as chances de apresentar COVID-19, mas o sexo associado à testagem positiva da doença foi o feminino, contrapondo estudo de caso controle realizado em hospital público de Pernambuco, que analisou 259 prontuários e obteve maior prevalência de idosos do sexo masculino, na faixa etária de 60 a 69 anos e com hipertensão arterial sistêmica¹⁰.

Sobre a presença de comorbidades, apesar do conhecimento ainda incipiente sobre o mecanismo biológico que aumenta o risco de infecções entre pessoas com multimorbidade¹¹, parece estar associada ao aumento da inflamação e à diminuição da capacidade de resposta imunológica do corpo¹²⁻¹⁴, aumentando o risco para outras doenças como a COVID-19.

Inquérito de saúde realizado on-line com 9.173 idosos encontrou mais de 58% (IC95%: 55,3-61,9) dos idosos com pelo menos uma Doença Crônica Não Transmissível (DCNT) de risco para COVID-19 grave¹². Outro estudo levantou alta prevalência de comorbidades entre idosos infectados, em especial hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e doenças cardiovasculares¹⁵.

Dessa forma, as DCNT consideradas como risco para COVID-19 grave são diabetes, hipertensão, asma/enfisema/doença respiratória crônica ou outra doença do pulmão, doença cardíaca e câncer. Portanto, o risco de mortalidade pela infecção viral da COVID-19 é aumentado pelos fatores de risco associados, ao avançar da idade e preexistência de comorbidades¹⁶.

Ao avaliar o cenário da saúde da população, essas informações se tornam relevantes e reforçam a necessidade de as pessoas com

comorbidade e, principalmente, o indivíduo em processo de envelhecimento, serem alvo de ações de saúde na APS, por intermédio da Estratégia Saúde da Família, que tem papel importante nas ações de prevenção da COVID-19 e no manejo de condições crônicas e multimorbidade¹⁷.

No estudo, constatou-se que o sintoma mais referido entre os que testaram reagente para COVID-19 foi a tosse, em 1.260 (51,9%); seguido da febre, em 1.080 (44,5%); da cefaleia, em 873 (36,0%); da coriza, em 724 (29,8%); e da mialgia, em 715 (29,5%). Ao se associar os sintomas com a ocorrência da COVID-19, verificou-se associação com tosse ($p=0,000$), coriza ($p=0,000$), cefaleia ($p=0,000$), febre ($p=0,000$), dor de garganta ($p=0,005$), mialgia ($p=0,000$) e astenia ($p=0,009$). A presença de tosse entre os casos aumentou em 2,831 (2,164-2,619) vezes as chances da testagem reagente para COVID-19.

A clínica da COVID-19 varia desde assintomática a infecções graves, podendo ocasionar síndrome respiratória aguda grave, pneumonias complicadas, danos sistêmicos e até mesmo falência múltipla de órgãos. Ao se relacionar o envelhecimento com a infecção pelo coronavírus, verificam-se quadros clínicos mais graves e complicações pós-COVID-19. Os principais sintomas são febre, tosse, falta de ar, fadiga e sintomas gastrointestinais¹⁸.

Nesta pesquisa, o principal sintoma apresentado foi tosse, como verificado em outros estudos realizados com população idosa¹⁹⁻²¹.

O outro sintoma mais referido pelos idosos que testaram reagente no presente estudo foi a febre. No entanto, a febre pode não estar presente no idoso, o que traz a necessidade da investigação de outros sintomas, como o cansaço e a tosse²².

Nas pessoas com 80 anos ou mais, as taxas de mortalidade estão acima de 10%. Logo, os sintomas são mais graves e evidentes nesta população que, muitas vezes, precisam de internação e cuidados hospitalares, podendo desenvolver quadros respiratórios graves e risco de morte⁸.

Conhecer o padrão de morbidade de idosos com COVID-19 na população é importante ferramenta para o diagnóstico situacional, a fim de promover o gerenciamento do cuidado e a gestão dos recursos dos serviços de saúde. Além disso, levará à organização do trabalho na APS, para manter a continuidade do cuidado às doenças crônicas prevalentes nesta parcela da população e o desenvolvimento de ações de vigilância em saúde¹⁹.

Dessa forma, o enfermeiro e toda a equipe de saúde poderão identificar a pessoa idosa mais vulnerável e promover a educação em saúde, com medidas preventivas e cuidados relacionados à COVID-19, postergando efeitos adversos na população idosa.

O estudo, por ter utilizado dados secundários, pode apresentar algumas limitações relacionadas ao não preenchimento de muitos campos e à subnotificação de dados, bem como modificações destes. Por isso, reforça-se a importância de análise mais aprofundada das informações disponibilizadas pelos gestores, que possibilitem análise mais acurada da COVID-19 na população idosa no município. Além disso, não havia registro das comorbidades apresentadas pelos idosos que realizaram testagem, o que possibilitaria caracterização mais detalhada do perfil de morbidade dos casos analisados.

4. ENCAMINHAMENTOS PARA A PRÁTICA

- Necessidade de capacitação dos profissionais da APS em geriatria e gerontologia para orientar as melhores condutas a serem implementadas junto aos idosos;
- Os dados levantados favorecem a organização do trabalho na atenção primária e implementação de ações de vigilância em saúde, para prevenção da COVID-19 e das respectivas complicações nesta parcela da população.

REFERÊNCIAS

1. FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE. Portal da Saúde - Secretaria de Estado da Saúde do Piauí [Internet]. **Painel Covid-19 • Piauí**. Teresina-PI. 2023. Disponível em: <https://lookerstudio.google.com/reporting/a6dc07e9-4161-4b5a-9f2a-6f9be486e8f9/page/2itOB>. Acesso em: 03 set. 2023.
2. BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Coronavírus Brasil**. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br>. 2020. Acesso em: 03 set. 2023.
3. ZHOU, F. *et al.* Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. **The Lancet**, EUA, v. 395, n. 10229, p. 1054–1062, 2020.
4. GALIZA, F. T.; NOGUEIRA, J. M. COVID-19 and aging: challenges in facing the pandemic. **Revista de Enfermagem da UFPI**, Teresina, v. 9, n. 0, p.1-4, 2020.
5. DAUMAS, R. P. *et al.* O papel da atenção primária na rede de atenção à saúde no Brasil: limites e possibilidades no enfrentamento da COVID-19. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, p.e00104120, v. 36, n. 6, 2020.
6. HURTADO, J. S. *et al.* Prevalência de covid- 19 em idosos: a relação do envelhecimento como fator de risco, uma revisão sistemática. *In: Jornada Científica do Hospital Universitário de Brasília*, 19, 2020. **Anais...**, 2020. Disponível em: <https://www.even3.com.br/anais/19jornadacientificadohub/310933-prevalencia-de-covid-19-em-idosos-a-relacao-do-envelhecimento-como-fator-de-risco-uma-revisao-sistematica/>. Acesso em: 03 set. 2023.
7. FARRELL, T.W. *et al.* Racionando recursos limitados de saúde na era COVID-19 e além: considerações éticas a respeito de adultos mais velhos. **J Am Geriatr Soc**. v. 68, n. 6, p. 1143-1149, 2020.

8. SANTOS, J.M.A.D. *et al.* Prevalência e mortalidade pela covid-19 e sua relação com os idosos com problemas cardíacos no brasil. **Envelhecimento baseado em evidências: Tendências e Inovações**. 2020. Disponível em: https://editorarealize.com.br/editora/ebooks/cieh/2020/TRABALHO_EV136_MD7_SA_ID1279_22072020081308.pdf. Acesso em: 03 set. 2023.
9. SOUZA, T.A. *et al.* Vulnerabilidade e fatores de risco associados para Covid-19 em idosos institucionalizados. **REAS**, v.3, n.2, 2021. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/5947>. Acesso em: 03 set. 2023.
10. SILVA, R.S. *et al.* Condições de saúde de idosos institucionalizados: contribuições para ação interdisciplinar e promotora de saúde. **Cad Bras Ter Ocup**. v.27, n.2, p. 345-356, 2019.
11. GALVÃO, M. H. R. *et al.* Fatores associados a maior risco de ocorrência de óbito por COVID-19: análise de sobrevivência com base em casos confirmados. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, p.e200106,2020.
12. MADJID, M. *et al.* Potential Effects of Coronaviruses on the Cardiovascular System: A Review. **JAMA Cardiology**, EUA, v.5, n. 7, 2020. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamacardiology/fullarticle/2763846>. Acesso em: 03 set. 2023.
13. FERRUCCI, L.; FABBRI, E. Inflammageing: chronic inflammation in ageing, cardiovascular disease, and frailty. **Nature Reviews Cardiology**, v.15, n. 92018, p.505-522, 2018.
14. FRIEDMAN, E.; SHOREY, C. Inflammation in multimorbidity and disability: an integrative review. **Health Psychol**, v. 38, n. 9, p.791-801, 2019.
15. NUNES, B.P. *et al.* Multimorbidade e população em risco para COVID-19 grave no Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n.12, e00129620, 2020.

16. JORDAN, R. E.; ADAB, P.; CHENG, K. K. Covid-19: Risk factors for severe disease and death. **BMJ**, v. 368, p. m1198, 2020.
17. ROMERO, D. E. *et al.* Idosos no contexto da pandemia da COVID-19 no Brasil: efeitos nas condições de saúde, renda e trabalho. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 3, p. e00216620, 2021.
18. CHEN, T. *et al.* **Clinical characteristics and outcomes of older patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19) in Wuhan, China (2019):** a single-centered, retrospective study. *The Journals of Gerontology: Series A*, 11 abr. 2020.
19. TAVARES, D.M. *et al.* Conhecimento científico sobre infecções pelo novo coronavírus no idoso: scoping review. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, p. e20200938, 2021.
20. WANG, Z. Clinical characteristics and therapeutic procedure for four cases with 2019 novel coronavirus pneumonia receiving combined Chinese and Western medicine treatment. **Biosci Trends**, v.14, n.1, p.64-68, 2020.
21. MICHELEN, M.; JONES, N.; STAVROPOULOU, C. In patients of COVID-19, what are the symptoms and clinical features of mild and moderate cases?. **CEBM**. School of Health Sciences, City, University of London. Disponível em: <https://www.cebm.net/covid-19/in-patients-of-covid-19-what-are-the-symptoms-and-clinical-features-of-mild-and-moderate-case/>. Acesso em: 03 set. 2023.
22. CRUZ, N.A.O. *et al.* Repercussões da infecção por Covid-19 em idosos: uma revisão integrativa. **Res Soc and Develop**. v.11, n.2, e0811223910, 2022.

CAPÍTULO 4

SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO BÁSICA: REFLEXÕES SOBRE O ACESSO E ESTRATÉGIAS DE MELHORIA

*Samiramis Simone de Sousa Rezende
Elizabete Cristina Fagundes de Souza*

1. INTRODUÇÃO

As filas evitáveis para a marcação de consultas e a falta de acesso ao cuidado têm sido referidas como problemas constantes nos serviços de atenção básica. São geradores de sofrimento e exigem condutas baseadas no acolhimento e na humanização da assistência. Tais atitudes vão assegurar o atendimento prioritário de usuários com elevada vulnerabilidade, fornecer dados de suas condições de saúde, propiciar o trabalho em equipe e o cuidado horizontalizado. Além disso, promovem a satisfação dos indivíduos e impulsionam a discussão relacionada à pactuação entre as redes de serviços, com o intuito de integralizar as ações de saúde.¹

Em 2011, o Ministério da Saúde lançou a Portaria nº 2488, que introduziu algumas adaptações como acesso, acolhimento, linhas do cuidado e gestão do cuidado, e propôs uma atenção básica (AB) mais fortalecida e ordenadora de redes de atenção, visando a um cuidado integral direcionado às necessidades de saúde da população e dos territórios onde estão inseridas. A ampliação das ações de intersetorialidade e de promoção da saúde, com inovações no processo de trabalho, como

o acolhimento com classificação de risco e primeiro atendimento às urgências na atenção primária à saúde (APS), agrega forças ao controle social e à participação da comunidade.² Faz-se necessário prestar assistência equânime e integral. Tomando como base essa perspectiva, a equipe de saúde, ao planejar suas ações, pode utilizar ferramentas que facilitem o processo avaliativo, priorizando as famílias em situação de risco e vulnerabilidade social. Esses instrumentos e as informações adquiridas sobre o indivíduo, em seu contexto econômico, político e social, permitem a ordenação e o atendimento dessas pessoas visando a quem mais necessita.³ O acolhimento é uma ferramenta que pode ser empregada para facilitar o acesso dos usuários, através de uma postura atenta aos cuidados de cada indivíduo, o que favorece o vínculo e a responsabilização com o uso de tecnologias leves, por meio das quais se pode ampliar o olhar dos profissionais para a organização dos processos de trabalho em equipe e para o funcionamento dos serviços de saúde na atenção básica.^{4,5} Nesse contexto, é preciso entender a saúde bucal de forma multidimensional e que seus problemas estão contextualizados nas políticas de saúde, por isso ela não deve ser reduzida à boca ou às suas enfermidades.⁶

2. CONTEXTO DO ESTUDO

A garantia do acesso universal continua sendo um desafio a ser alcançado no cotidiano dos serviços de saúde. A experiência vivenciada como dentista na Estratégia de Saúde da Família (ESF), desde o ano de 2001, fomentou na pesquisadora o desejo de realizar pesquisa sobre o tema, o que veio se concretizar durante a realização do seu mestrado concluído no ano de 2016. Apresentamos, neste capítulo, uma parte do estudo¹ aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, o qual teve como objetivo geral analisar o acesso às ações de saúde bucal na

atenção básica e compor estratégias de intervenção na perspectiva de sua melhoria. O estudo adotou a abordagem qualitativa de caráter interventivo e foi desenvolvido em uma Unidade de Saúde da Família, no município de Jaboatão dos Guararapes – PE. O percurso metodológico se constituiu de vários momentos de encontros, inter-relacionados em um constante movimento de reflexão-ação-reflexão, em que recorremos a diferentes procedimentos: revisão bibliográfica, observação direta, diário de pesquisa (DP), círculo hermenêutico-dialético (CHD), oficinas e encontros reflexivos com a participação de 11 profissionais de saúde, para a formulação conjunta de estratégias que visaram melhorar o acesso e a qualidade da atenção à saúde bucal, através do acolhimento com classificação de risco, adaptando-o à situação vivenciada por seus integrantes. A abordagem qualitativa tem o propósito de conhecer e demonstrar os complexos processos de constituição da subjetividade, possibilitando a formação de novos conceitos durante o método de investigação⁷. O CHD trabalha com a comunicação da vida cotidiana e do senso comum, considerando que essa comunicação é essencial para o ser humano e que é preciso compreender seu contexto e sua cultura⁸. A técnica do CHD foi realizada por meio de entrevistas com roteiro de questões estimuladoras. O DP possibilita ao pesquisador conhecer a vivência cotidiana de campo e fazer a restituição da pesquisa, sendo um instrumento que pode auxiliar na produção de um pesquisador implicado, cujo projeto político inclui transformar a si e o seu lugar social, a partir de estratégias de coletivização das experiências e das análises.⁹

O projeto se orientou pelas normas éticas na pesquisa, com aprovação em 02 de março de 2016 (CAAE 51416615.8.0000.5292).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Apresentamos alguns resultados relativos aos sentidos de acesso atribuídos pelos participantes da pesquisa, cuja identificação

foi catalogada com a letra P seguida de numeração arábica (“P1”, “P2” e assim por diante). Considerando os limites desta publicação, selecionamos algumas falas dos participantes para dialogar com aspectos identificados na literatura, ilustrando as percepções que foram o ponto de partida para a construção compartilhada da intervenção-produto do desenvolvimento da pesquisa. Em cada dimensão da percepção categorizada do acesso, destacamos em negrito as subcategorias que a compõem.

3.1 ACESSO A SERVIÇOS DE SAÚDE

Sobre **Acessibilidade geográfica**, destacamos a fala de P8: “Obtenção do serviço necessitado, conseguir chegar até o serviço conforme está no SUS, que a população tem total direito, é o que eles pregam, está muito bonito no SUS e tem realmente a dificuldade, principalmente na área de dentista”. Nesse sentido, é essencial facilitar o acesso dentro dos limites geográficos do território e manter a integralidade dos serviços e das práticas para garantir a atenção em ações de diversas densidades tecnológicas.¹⁰

Acesso à disponibilidade e à resolubilidade, quando o “Acesso é direito e o compromisso de executar o que o sistema se compromete a executar. Ele não executa e nem tão cedo vai executar” (P5).

O acesso à saúde para os usuários é um processo pouco resolutivo, cujas dificuldades estão associadas à falta de humanização do serviço.¹¹ O vínculo promovido pela equipe de saúde possibilita que as pessoas procurem os serviços da AB e demonstra que a ESF está preparada para assistir os casos agudos de forma resolutiva e eficaz.¹²

Acesso à saúde como necessidade e direito humano, nas palavras de P8: “O acesso é independente de cor ou classe social. Todos têm o direito à saúde e ao atendimento. No papel está muito bom, mas na prática precisa mais de acolhimento com os pacientes e com os profissionais de saúde, pois muitas vezes os profissionais precisam e

não têm acesso a nada e tem que estar mendigando, pedindo a um e a outro. Então é muito fácil chegar e dizer: vamos acolher e quando chega na prática, nos postos é zero” (P8). Os atores devem ser corresponsáveis pelo reconhecimento e pela adequação da oferta às reais necessidades da população com a construção de novos saberes e a mudança das práticas voltadas para a inserção de tecnologias leves.¹³

Acesso à comunicação e à informação, como destaca P4 ao dizer: “Para mim acesso é você saber chegar, se localizar a qualquer instituição, qualquer local que você necessita. É chegar e saber dos direitos e contar com eles. Isso para mim é acesso. É você saber os direitos que você tem”.

O acesso está relacionado à dimensão comunicacional, onde a informação é um importante obstáculo que deve ser superado, e sua ausência pode prejudicar a qualidade da assistência à saúde. Portanto, a educação em saúde promove o acolhimento e o vínculo entre o profissional e o usuário, na perspectiva de melhorar o acesso comunicacional.¹⁴

3.2 ACESSO À SAÚDE BUCAL

Relação do acesso à oferta e à demanda

“O acesso à saúde bucal deixa muito a desejar, apesar de ter bons profissionais, falta muito material. Tem poucas vagas disponibilizadas dentro do limite de material, fazendo com que as pessoas tenham que vir muito cedo para conseguir a vaga, ficando expostas à violência, pois o bairro é muito violento e deixa muito a desejar” (P1).

As filas e o tempo de espera para o atendimento são problemas que precisam ser superados, através da transformação do modelo assistencial vigente. O fortalecimento das responsabilidades do município esbarra na falta de recursos para a saúde, no escasso financiamento do setor e nas alocações indevidas. As articulações e as pactuações

entre os serviços ofertados devem ter a participação da comunidade, desde a identificação do processo saúde-doença e a análise dos seus determinantes até o estabelecimento dos mecanismos de intervenção e dos métodos de controle e avaliação.¹⁵

Relação do acesso a atendimento domiciliar, quando o “Acesso é você tentar criar mecanismos, dispositivos para tentar facilitar a entrada do usuário no sistema. Não só entrar, ele vir para o serviço em si para pode cuidar e tratar dele, mas a gente levar a ele, no caso os pacientes acamados, levando cuidados em saúde” (P10).

A incorporação efetiva da visita domiciliar nas atividades da equipe de saúde bucal da Estratégia de Saúde da Família tem como resultado uma atenção e um cuidado em saúde bucal humanizado.¹⁶

Relação do acesso a agendamento, ao citar que “o acesso à saúde bucal é realizado através da marcação de consultas. É ofertado um número x de vagas e no dia da marcação a população vem e, dentro do que a pessoa consegue, é marcada sua consulta” (P3).

O planejamento de ações preventivas específicas e adequadas à determinada população deve ser realizado para que seja possível diminuir as desigualdades de acesso. As ações preventivas, curativas e de promoção devem coexistir com o intuito de melhorar a saúde bucal.¹⁷

3.3 QUALIFICAÇÃO DO ACESSO À SAÚDE BUCAL

“Muitas pessoas têm fobia de dentista. Então tem que qualificar os profissionais a respeito da ética profissional, como tratar o paciente para ter um cuidado com a saúde da boca e do corpo todo, pois uma boca com problemas pode gerar isso para o corpo todo. Tem que ser trabalhado o lado psicológico do paciente por esse ter medo” (P1).

Qualificação do acesso como postura ética aparece nessa fala de P1, o que reforça a estratégia de acolhimento e a humanização como práticas que fundamentam a Bioética nos serviços da APS para possibilitar

o acesso universal e igualitário a todos conforme suas necessidades. Os direitos dos sujeitos devem ser garantidos, considerando-se os diversos contextos/situações que os acometem.¹⁸

Qualificação do acesso pelo acolhimento e mudanças nos processos de trabalho

“Elaborar método de acolhimento com classificação de risco, agendamento por demanda diária, temos que ter tecnologia leve, vínculo, atenção e um atendimento humanizado, reduzir a demanda populacional da equipe, pois a população excede 6.000 pessoas, programar atividades de educação em saúde com foco na promoção da saúde bucal e prevenção de doenças, planejar educação permanente para a equipe com realização de reuniões semanais da equipe para acompanhamento e resoluções das problemáticas que possam surgir, empoderar a comunidade” (P11).

As principais estratégias utilizadas para melhorar o acesso na APS perpassam a identificação das barreiras existentes, a programação de mudanças, com o apoio da equipe, a redução do tempo de espera/demora no atendimento e a adequação do modelo de agendamento que proporcione mais efetividade.¹⁹

A partir da análise das percepções sobre acesso e as referências da literatura pesquisada, foi elaborada a construção coletiva de estratégias para qualificar o acesso à saúde bucal na ESF. Foram realizadas duas oficinas: a primeira apresentou a estratégia do Acolhimento, resultando na construção do fluxograma de atendimento à demanda espontânea com base no Caderno 28 do Ministério da Saúde²⁰; a segunda resultou na proposta de Classificação de Risco conforme a situação vivenciada pela equipe.

A equipe concluiu que, para melhorar o acesso à saúde bucal, deve-se implantar o Acolhimento, qualificando a assistência através do cuidado integralizado, pois a boca faz parte de um sujeito ávido por saúde e é importante que todos os profissionais da equipe se capacitem para compreender e construir formas de transformar seu processo de trabalho.

4. ENCAMINHAMENTOS PARA A PRÁTICA

A proposta elaborada foi apresentada em dois encontros de encaminhamentos:

- para reflexão e pactuação entre profissionais da ESF com intuito de compor estratégias de qualificação do acesso;
- entre equipes da ESF e representantes da gestão para apoio e responsabilização dos envolvidos.

REFERÊNCIAS

1. SILVA, P. M.; BARROS, K. P.; TORRES, H. C. Acolhimento com classificação de risco na atenção primária: percepção dos profissionais de Enfermagem. **Rev. Min. Enf.**, v. 16, n. 2, p. 225-231, 2012.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família – ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 24 out. 2011.
3. RESENDE, F. M. **A classificação de risco como proposta de organização da demanda em uma equipe de saúde bucal da Estratégia de Saúde da Família**. 2010. 34f. Monografia (Especialização) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.
4. MATTOS, M. G. **Acolhimento na equipe de saúde bucal: uma revisão de literatura**. Monografia (Especialização) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2012.

5. FERRI, S. M. N. *et al.* As tecnologias leves como geradoras de satisfação em usuários de uma unidade de saúde da família. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v.11, n.23, p.515-529, 2007.
6. NARVAI, P. C.; FRAZÃO, P. **Saúde bucal no Brasil: muito além do céu da boca.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.
7. MINAYO, M. C. S. **O caminho do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo: Hucitec – Abrasco, 2012.
8. CÔRTEZ, N. Descaminhos do método: notas sobre história e tradição em Hans-Georg Gadamer. **Varia Historia**, v. 22, n. 36, p. 274-290, 2006.
9. LOURAU, R. **Análise institucional e práticas de pesquisa.** Rio de Janeiro, Editora da UERJ, 1993.
10. ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, 2012.
11. BARBOSA, S. P. **Acesso a atenção primária à saúde em município de uma região de saúde em Minas.** Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013.
12. PITCHON, A. **A Estratégia de Saúde da Família e sua relação com as interações por condições sensíveis à Atenção Primária no município de Belo Horizonte, MG.** Dissertação (Mestrado em Promoção à Saúde) – Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014.
13. COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B.; ARAÚJO, M. E. O acesso por meio do acolhimento na atenção básica à saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 33, n. 3, p. 440-452, 2009.
14. SOUZA, MC. **Modelo de atenção à saúde no Centro de Saúde Parque Floresta – Alagoinhas.** Dissertação (Mestrado em Saúde

Coletiva) – Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, BA, 2006.

15. SILVA, E. C.; GOMES, M. H. A. Regionalização do SUS no grande ABC: compreendendo a relação entre oferta e demanda de serviços de saúde. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, v. 3, n. 1, p. 70-81, 2014.

16. BIZERRIL, D. O. *et al.* Papel do cirurgião-dentista nas visitas domiciliares: atenção em saúde bucal. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, v. 10, n. 37, p. 1-8, 2015.

17. SOARES, F. F.; CHAVES, S. C. L.; CANGASSU, M. C. T. Desigualdade na utilização de serviços de saúde bucal na atenção básica e fatores associados em dois municípios brasileiros. **Rev. Panam. Salud. Pública**, v. 34, n. 6, p. 401-406, 2013.

18. SANTOS, R. M. M.; COUTO, T.A.; YARID, S. D. Aspectos éticos e bioéticos encontrados na atenção primária à saúde. **Rev. Saúde. Com**, v. 14, n. 2, p. 1163-1172, 2018.

19. ROCHA, S. A.; BOCCHI, S. C. M.; GOGOY, M. F. Acesso aos cuidados primários de saúde: revisão integrativa. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 26, n. 1, p. 87-111, 2016.

20. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 290 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume II).

CAPÍTULO 5

CONTRIBUIÇÕES E DESAFIOS DO e-SUS APS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Maria Gerlane de Souto

Ardigleusa Alves Coêlho

Altamira Pereira da Silva Reichert

Talitha Rodrigues Ribeiro Fernandes Pessoa

1. INTRODUÇÃO

Na Atenção Primária à Saúde (APS), os sistemas de informação são ferramentas essenciais para coleta de dados, que geram informações que auxiliam na tomada de decisões e na organização das ações e dos serviços de saúde.^{1,2}

O SISAB (Sistema de Informação da Atenção Básica) foi adotado em 2013, com a finalidade de reestruturar o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)^{3,2,4} e tem o e-SUS APS como o principal instrumento para a coleta de dados na APS. Além disso, o referido sistema conta com duas modalidades para a captação e o armazenamento dos dados, a Coleta de Dados Simplificada (CDS) e o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC)^{2,5}.

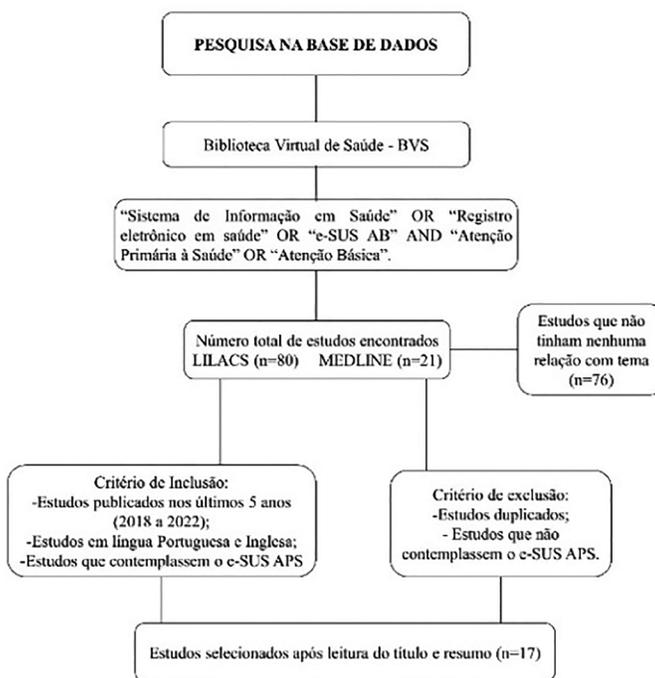
Trata-se de uma proposta que direciona ao processo de informatização avançada, em busca de um SUS eletrônico, cujo objetivo é melhorar a qualidade das informações de saúde e aperfeiçoar a utilização dos dados provenientes da APS⁵.

Nesse sentido, o objetivo principal deste trabalho foi realizar uma revisão integrativa e tentar responder à seguinte pergunta norteadora: O e-SUS APS tem reestruturado, de fato, as informações da APS?

2. MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa⁶ realizada nos meses de julho a dezembro de 2022. A coleta de dados foi realizada na Biblioteca Virtual de Saúde – BVS. O esquema abaixo resume a metodologia utilizada para busca e seleção de produção textual com o tema da pesquisa.

Figura 1 – Fluxograma metodológico da busca e seleção da produção textual.



3.RESULTADOS E DISCUSSÃO

Desde 2013, o Ministério da Saúde (MS) vem buscando reorganizar a produção das informações da APS, com a instituição do SISAB e o software e-SUS APS^{7,8,9,10}.

Dentre os processos de melhoria do trabalho da APS, o principal dele é qualificar o cuidado dos usuários, através da individualização do registro de saúde, para acompanhamento dos atendimentos dos cidadãos, realizado através do registro do atendimento realizado no e-SUS APS^{2,7,8,9,10}.

Além de qualificar o cuidado, o e-SUS APS busca facilitar a integração dos sistemas nacionais de informação em saúde através da concessão de uma maior estabilidade nas informações. Assim, garante um processo abrangente e padronizado nas trocas de informações em saúde entre os níveis de atenção, buscando proporcionar um SUS eletrônico². Contudo, essa integração ainda é incipiente, afirmam Coelho Neto, Andreazza e Chioro (2021)¹¹.

De acordo com Ferreira *et al.* (2021)¹², a adoção do e-SUS APS representa um importante avanço no modo de registro da informação, uma vez que acontece no momento em que são desenvolvidas as ações de saúde, qualificando o registro e garantindo a coleta dos dados em tempo hábil. Algumas avaliações e relatos de experiências sobre a implantação do e-SUS APS têm sido publicados, no entanto não existe ainda uma avaliação de abrangência nacional⁹.

Para os referidos autores, a utilização adequada do e-SUS APS reduz a dependência do papel, potencializa a prática, melhora o processo de trabalho e reduz os custos de gestão, sobretudo, se contar com meios técnicos para converter a informação recebida em formato eletrônico, como acontece quando se utiliza o PEC^{7,8,9}.

O e-SUS APS pode ser executado pelo uso de um software que funciona com duas modalidades de captação dos dados, o CDS ou o PEC; a escolha do modelo depende da especificidade dos recursos tecnológicos

disponíveis em cada município^{2,9}. Em 2017, o MS determinou que todos os municípios brasileiros deveriam adotar a modalidade PEC.

A principal diferença entre as versões CDS e PEC é que o PEC permite ao profissional de saúde inserir as informações enquanto realiza o atendimento; já no CDS o profissional utiliza fichas conforme o tipo de atendimento, e, ao término do atendimento, as fichas são encaminhadas para o setor de digitação e posteriormente para o arquivamento na UBS. O CDS atende bem às UBS que não estão informatizadas e/ou sem internet^{13, 14}. Já o PEC, além de permitir o registro dos atendimentos individuais realizados pelos profissionais de saúde durante o atendimento, qualifica o registro clínico e potencializa o processo de trabalho das equipes e contempla, em sua estrutura, também a modalidade CDS¹⁴.

Os estudos destacam como principais potencialidades do PEC: ser um prontuário unificado; organizar as informações clínicas de forma eletrônica; facilitar o registro de atendimento; compartilhar as informações entre as equipes; diminuir a perda dos registros; melhorar o acompanhamento das condições de saúde dos usuários; agilizar o atendimento; realizar o cadastro do paciente de forma compartilhada; permitir o registro de diversas atividades da APS; melhorar a qualidade das informações produzidas e fortalecer as ações gerenciais e de saúde. Dessa forma, o prontuário contribui para o aprimoramento do funcionamento da UBS e para a melhoria da qualidade do cuidado^{8, 10, 12}. Além disso, possui, entre outros, o módulo que possibilita o gerenciamento da agenda dos profissionais¹⁵.

A análise de Gomes *et al.* (2022)¹⁰ revelou que o e-SUS APS na modalidade PEC é vantajoso quando comparado ao antigo SIAB. Trata-se de uma tecnologia não complexa de fácil utilização e é compatível com as necessidades dos usuários, uma vez que organiza a informação, agiliza o registro, oferece segurança às informações e possibilita a integração das informações na rede assistencial¹⁰.

Os autores ainda enfatizam que o registro realizado pelo PEC é importante para assegurar e garantir a continuidade e a qualidade da

assistência e contribui para o cuidado em saúde, uma vez que permite o acompanhamento da evolução das condições de saúde do paciente e possibilita a gestão do cuidado da população de forma qualificada^{10, 14}. Para Baule *et al.* (2022)¹⁶, os prontuários eletrônicos são mecanismos de suma importância na promoção de melhorias para a saúde da população, para a redução dos custos do cuidado em saúde, a fim de melhorar a gestão do sistema de saúde, tanto do ponto de vista coletivo como individual. Além disso, facilita o processo de trabalho em saúde, aumenta a efetividade do atendimento, proporciona mais segurança para o usuário e diminui os erros e o extravio de informações¹⁶.

Toledo e *et al.* (2021)¹⁷ afirmam que a introdução do prontuário eletrônico trouxe mudanças e melhorias na prática médica, o que favorece o foco nas necessidades do paciente durante o tratamento, e direciona as ações do profissional médico durante a consulta; além disso, permite a troca de informações entre profissionais e pacientes e facilita a comunicação. Os autores ressaltaram ainda que o PEC é importante tanto para o correto diagnóstico e plano de tratamento quanto para a orientação da prática clínica.

Percebe-se que, com avanço da tecnologia, foram necessárias mudanças nas atividades dos profissionais e da assistência à saúde, dentre elas, a incorporação dos registros eletrônicos em substituição ao papel. Como forma de armazenar as informações sobre o estado de saúde do paciente e seu histórico de saúde, a adoção do Prontuário Eletrônico do paciente (PEP) tem se mostrado essencial no contexto do serviço de saúde¹³. Além disso, sistemas de informação que possuem recursos tecnológicos possibilitam rapidez na inserção das informações e melhoram a atuação dos profissionais de saúde, reduzindo custos e facilitando a identificação dos problemas de saúde¹².

Outra potencialidade do e-SUS APS, de acordo com o estudo de Postal e *et al.* (2021)¹⁴, é o módulo de agendamento online. De acordo com autores, a utilização dessa ferramenta pode fornecer muitos benefícios

para a APS, porém esse módulo não é utilizado por grande parte dos profissionais.

Os estudos reconhecem que, apesar da evolução e das qualidades antepostas, existem muitas fragilidades como: a não definição dos responsáveis pela implantação nos municípios; a deficiência nas infraestruturas físicas e tecnológicas no SUS e nas UBS; a pouca capacitação das equipes; e a resistência dos profissionais e dos gestores à aceitação do sistema e de suas ferramentas tecnológicas¹².

Ao analisar os estudos, pode-se perceber que o SISAB, desde sua instituição em 2013, encontra-se ainda em processo de implantação e aceitabilidade pelos profissionais de saúde da APS. O sistema apresenta oportunidades de avanços e qualificação do uso da informação em saúde, bem como muitos desafios a serem superados¹⁸.

Os estudos de Lima *et al* (2018)¹³ e Dias (2022)¹⁹ destacam, entre as fragilidades: a precária estrutura física das UBS, a falta de equipamentos tecnológicos, a limitação de acesso à internet, o despreparo dos profissionais, a rejeição ou resistência por parte dos profissionais em utilizar o sistema, a deficiência na capacitação para uso do sistema, a duplicidade de cadastros, e a ausência da assinatura eletrônica. De tal maneira, essas dificuldades prejudicam o uso efetivo do sistema.

Baule *et al* (2022)¹⁶ afirmam que a falta de preocupação com a usabilidade do prontuário eletrônico nos serviços de saúde acarreta entraves no serviço e favorece o surgimento de fatores de estresse no trabalho.

Hartheim *et al* (2022)²⁰ ressaltam que, apesar das fragilidades do sistema, a implantação do e-SUS APS tem avançado e contribuído na reestruturação das informações da APS; afirmam também que mais de 35 (trinta e cinco) mil equipes de Saúde da Família/Equipe de Atenção Primária (EAP) no Brasil utilizam o PEC. Ressaltam ainda a necessidade do apoio do e o envolvimento de todos os atores, gestores e profissionais de saúde no processo de implantação, de utilização e no aprimoramento²⁰.

Os autores consideram o SISAPS como o maior acervo de dados populacionais e clínicos do mundo e consolidam o grupo de cadastro de profissionais e pessoas da APS²⁰. Para os autores, esses avanços estimulam a superação de dificuldades para alcançar melhor acesso, longevidade e coordenação do cuidado, capacitando a APS no Brasil para buscar melhores resultados em saúde²⁰.

O estudo desenvolvido por Sellera *et al.* (2020)⁷ afirmam que estão sendo realizadas muitas mudanças nas bases de dados e nos sistemas de captação do MS, com intuito de gerar maior capacidade de análise de dados em todos os níveis de gestão. Entre as mudanças, está expansão da informatização das unidades de saúde de todo país e conseqüentemente o uso do prontuário eletrônico.

Nesse sentido, para Harzheim *et al.* (2022)²⁰, trata-se de uma estratégia que visa dar continuidade ao aperfeiçoamento do prontuário eletrônico, uma vez que o MS entende que a utilização do PEC contribui significativamente para a superação das dificuldades associadas ao aumento do contato inicial, ao prolongamento do tratamento e à coordenação, que são altamente dependentes da continuidade da informação clínica.

De acordo com Reis *et al.* (2019)²¹, o informatiza APS é uma estratégia que visa dar continuidade ao aperfeiçoamento do prontuário eletrônico e mantém-se de forma contínua para que haja a evolução e o aprimoramento do modelo de informação eletrônica. Para tanto, o MS implantou em 2019 um financiamento específico para cada equipe de Saúde da Família, o que permite que cada município escolha a solução de tecnologia que melhor se adequa à sua realidade.

Como evidenciado por Lima (2018)¹³, é de suma importância incorporar aspectos tecnológicos para instituir um modelo avançado de acompanhamento dos usuários na APS. O e-SUS APS, como principal instrumento para coleta de dados, nesse contexto, apresenta-se como uma estratégia de referência para o processo de informatização do SUS, em busca de um SUS eletrônico, e tem como objetivo promover melhorias

e avançar na qualidade da informação em saúde e potencializar o uso das informações produzidas, com um modelo de gestão de informação que apoie os municípios, os profissionais e os serviços de saúde na gestão eficaz e na qualificação do cuidado ao usuário ^{12, 19, 22}.

4. ENCAMINHAMENTOS PARA A PRÁTICA

- Os estudos apontam que o e-SUS APS, apesar de apresentar algumas fragilidades, surge como uma estratégia positiva na reestruturação das informações em saúde da APS.
- Com a determinação da implantação e a utilização desse sistema, busca-se: melhorar o trabalho das equipes da APS; contribuir, de forma efetiva, para a tomada de decisão em saúde; qualificar o cuidado em saúde; produzir informações de qualidade; e conseqüentemente melhorar o serviço prestado à população.
- A saúde pública no Brasil fez importantes avanços ao longo da história, propondo inovações na área de Comunicação e Tecnologia da Informação. Encaminha-se a necessidade de mais evidências científicas e de ações que otimizem o uso dos sistemas de informação.
- Como encaminhamentos práticos, destacam-se:
 - Realização de capacitação para os profissionais da APS, a fim de estimular o uso do prontuário eletrônico e fortalecer o processo de trabalho;
 - Estabelecimento de medidas efetivas pelos gestores com vistas à melhoria dos registros das informações, tornando o sistema mais eficiente e aceitável para os profissionais de saúde que trabalham nas equipes da APS;

- Investimento na infraestrutura das UBS e suporte tecnológico (equipamentos e internet), além da disponibilização permanente de suporte técnico para apoiar os profissionais.

REFERÊNCIAS

1. PINTO, L. F.; SANTOS, L. J. Prontuários eletrônicos na Atenção Primária: gestão de cadastros duplicados e contribuição para estudos epidemiológicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1305–1312, 2020.
2. GRIGOLANO VIOLA, C. *et al.* Instrumento para avaliar o uso do prontuário eletrônico do cidadão da estratégia e-SUS Atenção Primária à Saúde. **Av. Enferm.** (ONLINE) v.39, n.2, p.157-166. 2021.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Diário Oficial da União**, Edição: 183; Seção: 1; Página: 68. Brasília, 2017.
4. SCHÖNHOLZER, T. E. **Experiências dos profissionais com o uso do sistema e-SUS AB**. Tese de Doutorado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Ribeirão Preto, 2020.
5. BRASIL. Portaria Nº 1.412, de 10 de julho de 2013. Institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). Ministério da Saúde. Brasília, 2013.
6. SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. **Revisão integrativa: o que é e como fazer**. Einstein (São Paulo), São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106, mar. 2010.
7. SELLERA, P. E. G. et al. Monitoramento e avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde em nível nacional: novos desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1401–1412, 2020.

8. BRASIL. e-SUS Atenção Básica: Manual do Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão PEC – Versão 3.2 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Secretaria-Executiva. – Brasília. 2020.
9. THUM, M. A.; BALDISSEROTTO, J.; CELESTE, R. K. Utilização do e-SUS AB e fatores associados ao registro de procedimentos e consultas da atenção básica nos municípios brasileiros. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 2, p. e00029418, 2019.
10. GOMES, D. S. et al. Implementation of the Eletronic Medical Record based on the Theory of the Innovation Diffusion: a case study. **Online Braz J Nurs**. p. 21. 2022.
11. COELHO NETO, G. C.; ANDREAZZA, R.; CHIORO, A. Integration among national health information systems in Brazil: the case of e-SUS Primary Care. **Revista de Saúde Pública**, v. 55, p. 93, 2021.
12. FERREIRA, B. B. et al. Construção de ferramenta computacional para auxiliar a coordenação do cuidado pelos serviços de Atenção Básica. Reme: **Rev. Min. Enferm.** v. 25, e1369, 2021.
13. LIMA, P. K. M. **Implementação da estratégia e-SUS AB em municípios mineiros**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de São João Del Rei, São João Del Rei, 2018.
14. GOMES, P. A. R. et al. Prontuário Eletrônico do Cidadão: Instrumento para o Cuidado de Enfermagem. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, v. 11, n. 5, p. 1226-1235, 2019.
15. POSTAL, L. et al. Sistema de agendamento online: uma ferramenta do PEC e-SUS APS para facilitar o acesso à Atenção Primária no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 6, p. 2023–2034, 2021.
16. BAULE, C. P. et al. Pesquisa de satisfação dos médicos de família do Brasil com o uso de prontuários eletrônicos. **Rev. da APS**, v. 25, n.2, 2022.

17. TOLEDO, P. P. S. et al. Prontuário Eletrônico: uma revisão sistemática de implementação sob as diretrizes da Política Nacional de Humanização. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 6, p. 2131–2140, 2021.
18. AVILA, G. S. et al. Difusão do prontuário eletrônico do cidadão em equipes de saúde da família. **REME: Rev. Min. Enferm.** v. 25. 2021.
19. DIAS, M. N. Vivência gerencial: transição tecnológica no cotidiano de uma unidade básica de saúde. **Enferm. Foco**. 13:e-202225ESP1. 2022.
20. HARZHEIM, E. et al. Atenção primária à saúde para o século XXI: primeiros resultados do novo modelo de financiamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 2, p. 609–617, 2022.
21. REIS, J. G. et al. Criação da Secretaria de Atenção Primária à Saúde e suas implicações para o SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 9, p. 3457–3462, 2019.
22. GAETE, R. A. C.; PINTO, I. C. Informatização do Processo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde. In: Concurso de teses e dissertações - Simpósio Brasileiro de Computação Aplicada à Saúde (SBCAS), 21, Porto Alegre. 2021.

CAPÍTULO 6

DOENÇAS/AGRAVOS QUE MAIS ACOMETEM A SAÚDE DE ENFERMEIROS QUE TRABALHAM NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

*Maria Socorro Sousa da Silva
Ardigleusa Alves Coêlho
Fábia Barbosa de Andrade
Gabriella Barreto Soares
Ana Suerda Leonor Gomes Leal*

1. INTRODUÇÃO

A Constituição Federal (CF) brasileira de 1988 especifica que o ambiente de trabalho deve prover meios para redução dos riscos por ele oferecidos, com o auxílio de metodologia que considere a saúde do trabalhador, e o seu Art. 200 dispõe acerca das responsabilidades do Sistema Único de Saúde (SUS) para com a saúde do trabalhador¹.

Ambientes insalubres, falta de infraestrutura adequada e recursos escassos denunciam a realidade na qual se inserem os trabalhadores de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Destaca-se a classe da Enfermagem que, mesmo em tais situações, como profissionais que estão constantemente dando suporte à saúde brasileira, se fazem presentes e vivenciam diariamente esse cenário.

Somado ao exposto, a pandemia ocasionada pela Covid-19 destacou iniquidades, além de gerar e/ou potencializar problemas

financeiros, sociais, mentais, estruturais e outros bem como situações diversas nas vidas das pessoas em decorrência da necessidade de isolamento social. Nesse cenário, de forma concomitante, os profissionais atuantes na Atenção Primária à Saúde (APS) experienciaram maior perigo de contágio, pelo fato de trabalharem na linha de frente, acompanhado de medos, ansiedade e sentimentos de incertezas quanto ao futuro. Desde o início da pandemia, o sistema psíquico-emocional desses sujeitos esteve duplamente abalado, quando, ainda sem a descoberta e aplicação da vacina, atuaram como alicerce à população².

Destarte, o medo de adoecer pode se tornar ameaça à saúde mental do trabalhador dessa área; a doença, por sua vez, pode se tornar um risco à saúde física. Além disso, a violência física e verbal ainda se fazem presentes em muitos serviços e se configuram como um risco ao bem-estar físico, emocional, ao bom desempenho no trabalho, levando a outras questões preocupantes³.

Assim, dentre os profissionais de saúde, o enfermeiro é um dos que convivem e criam vínculos com os usuários, especialmente os assistidos no âmbito da APS, e o seu trabalho acaba exigindo um contato diário com a dor e as doenças de outrem, de forma que, sendo aquele que cuida, também compartilha das incertezas e tristezas inevitáveis⁴.

2. CONTEXTO DO ESTUDO

A APS é um dos níveis do SUS no qual o enfermeiro exerce um trabalho de suma importância e assume múltiplas responsabilidades, que vão desde a assistência de enfermagem até a coordenação do cuidado⁵.

O trabalho na APS, porta de entrada do SUS, durante a pandemia, comprometeu negativamente a saúde física e mental dos profissionais de enfermagem, em um contexto no qual experimentaram condições de trabalho insalubres. Aquele momento levantou o olhar para a necessidade de mudança, considerando que a luta em favor de um piso salarial e de

uma jornada de trabalho justa, da qual profissionais exaustos e frustrados têm participado, se dá na verdade contra a desvalorização profissional e em favor de condições dignas de trabalho⁶.

Ressalte-se ainda o risco biológico, que se configura como uma ameaça à saúde do enfermeiro, exposto diariamente a diversas doenças. O estresse, o tempo curto para a alta demanda de trabalho e o descuido podem aumentar as chances de acidentes no ambiente laboral, o que facilita ainda mais a contaminação desse profissional⁷.

Neste sentido, este estudo objetivou saber quais as doenças/agravos que mais acometem a saúde de enfermeiros que trabalham na Estratégia Saúde da Família.

Trata-se de um estudo descritivo, de natureza qualitativa, realizado no município de João Pessoa, Paraíba, em 11 USFs ligadas administrativamente ao Distrito Sanitário (DS) III. A coleta de dados se deu por meio da técnica de Grupo Focal (GF). Foram formados dois grupos: um com seis integrantes e outro com cinco. As sessões do GF foram realizadas on-line, no ano de 2022, ainda considerado pandêmico pela Covid-19. A plataforma utilizada para as reuniões do GF foi o Google-Meet Forms Office.

O material empírico foi transcrito na íntegra e, para sua análise, foi utilizado o método da Análise Coletiva do Trabalho⁸. Na apresentação dos relatos, as participantes foram identificadas com a letra P (Participante) seguida dos números 1 ao 11, correspondente ao total de enfermeiras, garantindo o anonimato de suas identidades.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde da UFPB, conforme o Parecer nº 5.315.493.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Adoecimento por Estresse, Cansaço físico e mental

A rotina do trabalho na Atenção Primária foi definida como “Estressante”, conforme relatos abaixo:

[...] tenho que fazer o acolhimento. Eu termino o acolhimento, tem de encaminhar os prontuários para outro local porque o atendimento médico não está acontecendo na unidade que trabalho [...], depois ir pra vacina. [...] estou ficando no limite. Eu tenho ficado muito cansada, muito sobrecarregada, sabe? E isso tá me trazendo muitos problemas, como elevação da pressão arterial [...] até dificuldades para dormir [...] (P2).

A gente precisa ter um equilíbrio emocional muito grande pra não adoecer, o que tá sendo difícil, né? [...] e, assim... [...] tenho tentado ficar tranquila, mas o cansaço físico e mental, é... sem dúvidas acontece, não tem como [...] (P8).

Estudo⁹ revelou que cerca de 32% de enfermeiros, entre gestores e assistencialistas, apresentaram níveis consideráveis de estresse bem como exaustão emocional e decepção com o trabalho, está de nível moderado a alto, e ainda aponta que enfermeiros que possuem dupla jornada de trabalho e atuam há muito tempo no mesmo setor são mais passíveis ao estresse no seu cotidiano.

Pesquisa¹⁰ revelou que 94% dos profissionais insatisfeitos com o trabalho possuem um maior nível de estresse quando comparados com aqueles satisfeitos.

O descaso com o trabalho da enfermagem e com as necessidades em saúde da população foram citados:

[...] com relação à responsabilização, chega um limite, parou, e a gente não pode dar continuidade ao processo de trabalho. [...] aí se torna muito estressante, cansativo [...] e às vezes eu percebo que falta muito a corresponsabilidade tanto da gestão, como do próprio usuário, né? (P8).

Sobre a garantia do acesso ao cuidado necessário, especialmente para aqueles usuários que mais necessitam, a Participante P6 relata:

[...] Quando a gestante é de risco você fica abalando todas as instâncias que você conhece pra poder ajudar a mãe e termina a mãe perdendo o filho por conta da demora, isso é estressante [...] (P6).

O descaso e situação gerada pela carência de material, de serviços e de profissionais, também levam ao estresse, conforme o depoimento a seguir:

[...] porque eu amo meu trabalho, me sinto muito bem trabalhando, mas o que me incomoda muito, é esse descaso, a falta de tudo, deixa assim estressada [...] (P6).

Quedas no ambiente de trabalho

Problemas estruturais dos serviços de saúde estão relacionados ao evento de quedas, conforme relata P1 e P3:

[...] eu sofri uma queda na frente da unidade [...] a gente... tem um problema sério com aquele matagal [...] por duas vezes, uma vez eu caí, outra vez eu cortei o pé na frente da unidade por conta do matagal grande [...] (P1).

Eu caí na frente da unidade, por conta justamente da parte... dos buracos que tinha na frente da unidade (P3).

Não é comum encontrar estudos específicos acerca de acidentes de trabalho relacionados a quedas no ambiente da APS, todavia a literatura já demonstra que a sobrecarga de trabalho e o estresse físico e psíquico constituem a principal causa de acidentes, enquanto o risco químico ou físico influenciam de forma minoritária¹¹.

Covid-19 e a linha de frente dos enfermeiros

Acerca do adoecimento pela Covid-19, houve relato de se ter contraído a doença mais de uma vez.

[...] se for falar de COVID [risos] eu tive já umas três vezes [...]. E nessa vacinação com meio mundo de gente, peguei. Eu não tenho dúvida... nas vacinações nos ginásios da vida, no drive, peguei, duas vezes [...] (P11).

Estudo¹² realizado no ano 2021, com profissionais de diferentes categorias atuantes na APS, durante a pandemia, revelou que 92% da amostra vivenciou o afastamento de algum membro da equipe pelo adoecimento pela Covid-19, concomitantemente 74% revelaram que isso causou sobrecarga. Cerca de 38% afirmaram que sempre receberam apoio para suprir as carências relacionadas ao afastamento, e o mesmo percentual afirmou que esse apoio acontecia às vezes.

Nesse contexto, fatores que estiveram ligados à afetação psicológica foram o medo de adoecer bem como o medo de transmitir a doença para familiares, fatores relacionados a um contexto de sobrecarga de trabalho e escassez de equipamentos de proteção individual¹³.

Saúde Mental: depressão, ansiedade

[...] eu tive que me afastar durante três meses por questões de depressão e insônia, tive que precisar de um antidepressivo e fui acompanhada pelo psiquiatra e psicólogo (P4).

[...] tive um problema de uma doença mental, ansiedade [...] foi tratada já por duas vezes e atualmente eu tô em tratamento também (P5).

A insegurança no trabalho levou a situações como assaltos dentro da USF, que somada a outros agravantes provocou repercussões na saúde física e mental.

[...] é muito muito difícil, nunca pensei que eu fosse ficar assim, né? Tantos anos trabalhando ali e tem dias que eu acordo, e eu [...] não quero ir [...] então eu tô em acompanhamento psicoterápico [...](P6).

Estudo¹⁴ realizado com enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde e médicos revelou que 45,3% dos participantes apresentaram ansiedade, sendo 10,5% considerados casos graves. Quanto à depressão, 41% da amostra apresentou esse transtorno, sendo 12,1% de nível moderado e 28,8% de nível leve.

Hipertensão

[...] E aí, eu lembro que... eu acho que em 2017, 2018, por aí, [...] eu comecei a ter alguns picos hipertensivos, e hoje eu sou hipertensa, não tenho ninguém hipertensa na minha família [...], eu sou a primeira hipertensa da família e isso eu acho que eu devo a esse estresse da própria profissão (P1).

Estudos mostram a relação entre o estresse psicológico e os desfechos cardiovasculares negativos¹⁵.

Problemas de Coluna

A Participante P5 também sofreu um agravo na coluna, devido aos riscos ergonômicos enfrentados na Unidade de Saúde:

[...]. Sim, eu tenho um problema de coluna, que é o desgaste. Acredito que é por tanto tempo trabalhar numa postura errada (P5).

Além da existência dos fatores causais, há escassez de medidas preventivas específicas. Não é raro o surgimento de manifestações de danos físicos, a exemplo da dor lombar¹⁶.

Sintomas associados ao adoecimento: insônia e cefaléia

[...] E a questão da dificuldade pra dormir... e aí, inclusive eu estou em acompanhamento psicoterápico [...] semanalmente [...] eu considero como um agravo, eu estou adoecida, entendeu? (P6).

Estudo realizado com profissionais da APS apontaram que, entre os enfermeiros e médicos, a prevalência de insônia foi de 34%. Cerca de 35,8% dos profissionais de enfermagem e medicina sofriam de ansiedade e 13,2% de depressão^{17, 18, 19}.

[...] Meu Deus do céu, eu sou uma mulher menopausada [...]. A estrutura que me faz muito mal, me cansa muito, o calor cansa muito a gente. Eu saio de lá todos os dias com

dor de cabeça[...]. Todos os dias eu tenho dor de cabeça, e é por causa do calor e do cansaço. [...] (P9).

Reconhecer as afetações no âmbito da saúde mental é um passo importante para que se reafirme tal necessidade. Atualmente a literatura aponta que o cuidado com a saúde mental dos profissionais da enfermagem deve vir desde a graduação até a sua atuação profissional^{18,19}.

4.ENCAMINHAMENTOS PARA A PRÁTICA

- Informar e solicitar da gerência do Distrito Sanitário III, reparos e manutenção da infraestrutura das USFs, para garantir segurança para os profissionais e usuários, bem como sua adequação às dignas condições de trabalho.
- Incentivar a prática do planejamento estratégico²⁰ nas USFs, envolvendo a equipe de saúde, a gestão e usuários, na ótica da interprofissionalidade e da participação popular, visando ao cuidado não apenas dos usuários, mas também para com os cuidadores.
- Compartilhar e implementar com enfermeiras/os da APS estratégias das participantes para enfrentar e/ou minimizar as doenças/agravos: *trabalho em equipe, boa relação com a equipe, bom humor, diálogo, música, conversa, descontração, prática de exercícios físicos, alimentação saudável, acompanhamento com psicólogo e suporte religioso.*

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, 5 de outubro de 1988.
2. BEZERRA, A. C. V. *et al.* Fatores associados ao comportamento da população durante o isolamento social na pandemia de COVID-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 2411- 2421, 2020.
3. BORDIGNON, M.; MONTEIRO, M. I. Violência no trabalho da Enfermagem: um olhar às consequências. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 5, p. 996-999, 2016.
4. ABRANCHES, S. S. A situação ergonômica do trabalho de enfermagem em unidade básica de saúde. 216 fls. **Tese** (Doutorado em Enfermagem Fundamental) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2005.
5. DE ASSIS, J. T. *et al.* Identidade profissional do enfermeiro na percepção da equipe da estratégia de saúde da família. **Rev. Saúde & Ciência Online**, v. 7, n. 2, p. 43-58, 2018.
6. SOUZA, I. M. J. *et al.* Impacto na saúde dos profissionais de enfermagem na linha de frente da pandemia de covid-19. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 2, p. 6631- 6639, 2021.
7. AMARO JÚNIOR, A. da S. *et al.* Risco biológico no contexto da prática de enfermagem: uma análise de situações favorecedoras. **Rev. de Epidemiologia e Controle de Infecção**, v. 5, n. 1, p. 42-46, 2015.
8. FERREIRA, L. L. Análise coletiva do trabalho: Quer ver? Escuta. **Rev. Ciências do Trabalho**, v. 4, n. 1, p. 125-35, 2015.
9. GARCIA, G. P. A.; MARZIALE, M. H. P. Satisfaction, stress and burnout of nurse managers and care nurses in Primary Health Care. **Rev. da Escola de Enfermagem da USP**, v. 55, p. e03675, 2021.

10. LIMA, G. K. M. *et al.* Qualidade de Vida no Trabalho e nível de estresse dos profissionais da atenção primária. **Saúde em Debate**, v. 44, p. 774-789, 2020.
11. NOGUEIRA DA SILVA, P. L. *et al.* Prevalência e intervenção dos riscos ocupacionais no processo de trabalho dos enfermeiros: revisão integrativa da literatura. **Rev. Sustinere**, v. 9, n. 2, p. 463-477, 2021.
12. TAMBORINI, M. M. F. *et al.* Impactos da pandemia covid-19 em profissionais de saúde da atenção primária à saúde. **Salão do Conhecimento**, v. 8, n. 8, 2022.
13. LOPES, F. M. O. *et al.* O esgotamento emocional dos enfermeiros na atenção primária à saúde em tempos de covid-19: esgotamento emocional dos enfermeiros na atenção primária à saúde em tempos de covid-19. **Anais de iniciação científica**, v. 19, n. 19, 2022.
14. JULIO, R. de S. *et al.* Prevalência de ansiedade e depressão em trabalhadores da Atenção Primária à Saúde. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, 2022. <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoAO22712997>.
15. SOUZA, V. C. de *et al.* Influência dos fatores psíquicos e emocionais negativos no surgimento de doenças cardiovasculares: uma revisão de literatura. **Rev. Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 5, p. e7461-e7461, 2021.
16. DIAS, E. G. *et al.* Riscos ergonômicos do ambiente de trabalho do enfermeiro na atenção básica e no pronto atendimento/Ergonomic risks of the nurse's work environment in primary care and prompt service. **Journal of Nursing and Health**, v. 10, n. 2, p. e20102004, 2020.
17. NOVAIS J. R, L. Prevalência de insônia crônica em profissionais de saúde das unidades básicas de saúde de um município do sul de Santa Catarina. **Repositório Universitário da Ânima**,

2021. Disponível em: <https://repositorio.animaeducacao.com.br/handle/ANIMA/18735>. Acesso em: 29 jan. 2023.

18. MORAIS JUNIOR, S. L. A. *et al.* A depressão como obstáculo para os futuros enfermeiros. **Nursing**, v. 22, n. 253, p. 2973-2978, 2019.

19. MOURA, A. *et al.* Fatores associados à ansiedade entre profissionais da atenção básica. **Rev. Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, v.19, n. 1, p. 17-26, 2018.

20. CIAMPONE, M. H. T.; PEDUZZI, M. Planejamento estratégico como instrumento de gestão e assistência. **Manual de enfermagem**. Tradução. São Paulo: Instituto para o Desenvolvimento da Saúde-IDS, 2001. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/directbitstream/46bb95a9-87f8-490c-84ef-59a4d7e7c3ac/CIAMPONE%2C%20M%20H%20T%20doc%2052.pdf>. Acesso em: 10 out. 2023.

CAPÍTULO 7

EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL NOS PROJETOS POLÍTICOS PEDAGÓGICOS DE RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE DA FAMÍLIA DE PERNAMBUCO

Renata Ferreira Tiné

Franklin Delano Soares Forte

Simone Alves de Sousa

Altamira Pereira da Silva Reichert

Talitha Rodrigues Ribeiro Fernandes Pessoa

1. INTRODUÇÃO

A permanente necessidade de reorientar o modelo de atenção à saúde no Brasil, para garantia constitucional desse direito, tem encaminhado o exercício de se pensar no redirecionamento da formação em saúde, através de ações voltadas à construção da equipe como verdadeira unidade produtora desses serviços¹.

Nessa perspectiva, foram fomentados diversos projetos e programas incentivados pelo Ministério da Saúde (MS) em parceria com o Ministério da Educação (MEC), dentre esses, os Programas de Residências Multiprofissionais em Saúde da Família (RMSF)².

Os programas de RMSF são planejados e orientados por estratégias pedagógicas que adotam metodologias e dispositivos da gestão da clínica ampliada³. Fundamentada na atenção integral, multiprofissional

e interdisciplinar, a RMSF possibilita a qualificação profissional, com vistas à valorização da ESF, tendo como horizonte a melhoria das práticas de cuidado junto aos usuários, aos familiares e às comunidades⁴.

Ao mesmo tempo em que foram implantados os programas de RMSF, há a necessidade de definir meios para consolidar a ação articulada entre os profissionais da saúde. Assim, a Educação Interprofissional (EIP) surge como dispositivo de promoção das práticas colaborativas (PC), com vistas ao desenvolvimento de intervenções que estrutrem e aprimorem as atividades interprofissionais⁵.

A RMSF torna-se um modelo de Pós-graduação *lato sensu*, pois apresenta um papel estratégico de superação do modelo de cuidado fragmentado, uma vez que se articula aos princípios da EIP, com o objetivo de promover a aprendizagem integral e colaborativa⁶.

Visando aprender e aplicar competências de EIP no desenvolvimento das práticas colaborativas (PC), em 2010, o Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC) propôs uma abordagem integrativa para descrever domínios de competências necessárias para um trabalho colaborativo efetivo⁷.

Segundo Santos, os Projetos pedagógicos dos Programas (PPP) de residências são frutos de uma produção coletiva, com o objetivo de nortear e conduzir o processo de formação, buscando superar desafios políticos e pedagógicos⁸.

Faz-se necessário analisar como os programas de RMSF estão trabalhando com a EIP, em que a análise dos PPP se torna uma fonte importante de diretividade para as propostas pedagógicas, de maneira a atingir os objetivos para a superação de um modelo biomédico de cuidado em saúde.

2. CONTEXTO DO ESTUDO

O estado de Pernambuco (PE) tem se destacado por ser um dos estados pioneiros do Brasil na implantação de Programas de Residências, sendo atualmente o principal centro de residência do Norte-Nordeste e um dos principais centros do País⁹. Entre os 116 programas de residência na área profissional da saúde, destacam-se os Programas de RMSF, tendo os números de ofertas de vagas mais expressivos do estado¹⁰.

Ainda não há registros de investigação da EIP no contexto dos programas de RMSF do estado de PE, apesar da interprofissionalidade em saúde ser um tema bastante difundido mundialmente. Por essa razão, justifica-se a realização do presente estudo, o qual contribuirá para discussão e aprofundamento do tema.

Partindo desse pressuposto, o presente trabalho teve por objetivo analisar os domínios de competência da EIP nos programas de RMSF do estado de PE.

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, do tipo análise documental, desenvolvido a partir dos PPP de RMSF do Estado de PE.

Inicialmente foi realizada a busca por todos os programas de RMSF, por meio do levantamento do edital da Secretaria Estadual de Saúde para o Processo Seletivo dos Programas de Residência em Área Profissional de Saúde, vinculados à Comissão de Residência Multiprofissional (COREMUS) do estado de PE para o ano de 2023 11. Identificamos um total de 06 (seis) Programas de RMSF.

Após o levantamento inicial, foram pesquisados os PPP nos sites institucionais de cada uma das RMSF. Foram contactadas as coordenações dos programas que não disponibilizaram seus PPP para acesso ao público, via e-mail e por contato telefônico, no período de março a abril de 2023.

Como critério de inclusão na pesquisa, adotamos todos os Programas de RMSF vinculados às COREMUS PE. Foram excluídos todos os programas cujos PPP não foram encontrados em seus domínios públicos e as respectivas coordenações que não responderam às solicitações para

a disponibilização do documento. Do total de 06 programas identificados no levantamento inicial, 04^{12, 13, 14, 15} responderam aos critérios de inclusão, descritos no Quadro 1.

Quadro 1 – Perfil das Residências Multiprofissionais em Saúde da Família. Recife, PE, 2022.

CODIFICAÇÃO	ANO DE IMPLANTAÇÃO	CATEGORIAS PROFISSIONAIS	Nº DE VAGAS	TIPO DE INSTITUIÇÃO FORMADORA
P1	2008	09	15	Universidade
P2	2010	11	13	Universidade
P3	2016	09	36	Prefeitura Municipal
P4	2017	08	12	Prefeitura Municipal

Fonte: Os autores (2023).

Para análise, foram utilizados os seis domínios de CIHC, que compreendem um conjunto de competências que requerem o desenvolvimento e a integração de atitudes, comportamentos, valores e julgamentos necessários para a prática colaborativa: 1) esclarecimento dos papéis dos profissionais, 2) funcionamento da equipe, 3) comunicação interprofissional, 4) atenção centrada no usuário/família/comunidade, 5) resolução de conflitos interprofissionais e 6) liderança colaborativa⁷.

Em seguida, foi elaborado um quadro baseado na Matriz orientadora para avaliação de contextos educacionais na perspectiva da EIP, adaptado de Barr¹⁶, a qual está dividida em quatro blocos: objetivos, fundamentação teórica, estrutura e métodos de ensino-aprendizagem e mecanismos de avaliação, para melhor organizar e apresentar os resultados.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao realizar a leitura em profundidade dos PPP dos quatro programas de RMSF de PE, buscou-se responder aos seis domínios de competência Interprofissional propostos pela CICH⁷, observando as quatro categorias analíticas, segundo Barr¹⁶.

Os **Objetivos de aprendizagem** dos quatro Programas demonstram clareza nos esclarecimentos dos papéis dos profissionais, além de demonstrar o apoio ao funcionamento colaborativo da equipe interprofissional, como visto a seguir:

“Potencializar as práticas interdisciplinares para integração ensino-serviço” (P2).

Em relação aos princípios de comunicação da equipe, apenas um PPP não deixa explícito esse domínio como objetivo. Um dos Programas refere a comunicação como uma competência a ser desenvolvida durante a formação:

“Comunicação: ser comunicador, saber dar notícias, saber se portar com os outros, saber cumprimentar as pessoas de forma correta sem ser invasivo. Saber o que precisa comunicar (Cognitivo); habilidade de falar, escutar, expressar-se (Psicomotor); ética, respeito, afeto (Atitude)” (P4).

Nenhum dos Programas estabelecem em seus objetivos que os residentes lidem consistentemente com conflitos de maneira construtiva.

Todos os programas declararam nos seus PPP, como objetivo de aprendizagem, o estabelecimento de um clima de prática colaborativa entre todos, como visto:

“Aprendizagem interdisciplinar, ou seja, os educandos nesse processo estarão sendo preparados para compreen-

der e atuar em uma realidade complexa, considerando os saberes e fazeres das diversas profissões envolvidas, com vistas a melhorar a resolubilidade da atenção à saúde” (P3).

Ao analisar a categoria analítica da **fundamentação teórica**, observou-se que os únicos requisitos para competência da EIP encontrada nos quatro programas trataram sobre a abordagem de papéis, conhecimentos, habilidades e atitudes dos profissionais e sobre os princípios de tomada de decisão colaborativa, o que se evidencia no seguinte registro:

“Os conteúdos abordados favorecem a aquisição de habilidades e atitudes para a realização de práticas interdisciplinares, que articulem práticas de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde” (P1).

A abordagem dos programas sobre os princípios da comunicação da equipe e sobre os cuidados e serviços de saúde centrados no usuário, na família ou na comunidade é encontrada na minoria dos PPP analisados. Já a abordagem sobre estratégias para lidar com conflitos não foi encontrada em nenhum dos quatro programas.

Fato semelhante é observado ao se analisar a categoria de **estrutura e métodos de ensino-aprendizagem**, a qual não se encontra nos PPP dos programas sobre o trabalho dentro das equipes, para abordar e resolver os conflitos. Porém, os quatro programas apresentam, como estrutura de ensino-aprendizagem, a facilitação de processos eficazes de trabalho em equipe, como pode ser visto a seguir:

“A metodologia de ensino busca promover o desenvolvimento de competências e atributos à equipe multiprofissional, ampliando o conhecimento da rede e vivenciando a integralidade da atenção” (P2).

Além disso, todos os PPP analisados referem, em sua estrutura pedagógica, o envolvimento dos usuários e cuidadores no processo de aprendizagem:

“Este projeto pedagógico se embasa em seis eixos essenciais: ...5) Educação popular, participação e controle social; 6) Práticas de planejamento e gestão do cuidado” (P2).

Sobre a categoria de **mecanismos de avaliação**, o programa P1 não refere os itens e nem os instrumentos durante a formação dos residentes; os programas 2 e 3, apesar de apresentarem os instrumentos avaliativos, não trazem a interprofissionalidade como avaliação. Apenas o P4 apresenta a interprofissionalidade como um atributo a ser avaliado, como visto a seguir:

“A avaliação ocorrerá nos seguintes critérios: integração e articulação com a equipe de residentes, preceptores, tutores, gestores e usuários... As competências avaliadas no portfólio: Aprender a conviver (trabalho em equipe)” (P4)

Para melhor visualização dos resultados encontrados, o quadro 2 faz um resumo da relação categoria analítica X domínios de competências dos quatro PPP analisados.

Quadro 2 – Identificação dos domínios de competências interprofissionais em relação às categorias analíticas presentes nos PPP das RMSF de Pernambuco, 2023.

Domínios de competências interprofissionais \ Categorias analíticas	Objetivos de Aprendizagem	Fundamentação Teórica	Estrutura e Métodos de ensino-aprendizagem	Mecanismos de Avaliação
1) esclarecimento dos papéis dos profissionais	P1, P2, P3, P4	P1, P2, P3, P4	P2, P4	P4
2) funcionamento da equipe	P1, P2, P3, P4	P1, P2, P3, P4	P1, P2, P3, P4	
3) comunicação interprofissional	P2, P3, P4	P2, P4	P1, P4	
4) atenção centrada no usuário/família/comunidade	P1, P2, P3, P4	P2, P4	P1, P2, P4	
5) resolução de conflitos interprofissionais	-----	-----	-----	
6) liderança colaborativa	P1, P2, P3, P4	P1, P2, P3, P4	P1, P2, P4	

A análise documental procurou verificar se os programas de RMSF eram baseados na EIP e se a PC é uma finalidade nos seus objetivos educacionais. Observou-se que, dentre as categorias analíticas utilizadas, apenas o domínio “funcionamento de equipe” foi encontrado em todos eles.

De acordo com a Portaria Interministerial que dispõe sobre as RMS e a publicação do MS, todos os PPP analisados enfatizam que os PRMS devem ter como eixo norteador a integralidade, a integração de saberes e práticas, no intuito de desenvolver competências compartilhadas para o trabalho em equipe^{17, 18}.

Os domínios de Esclarecimento dos papéis dos profissionais, Comunicação Interprofissional, Atenção centrada no usuário, família e comunidade e Liderança colaborativa foram mais bem representados na categoria analítica dos objetivos de aprendizagem. Observa-se que ter a comunicação entre os profissionais e a liderança compartilhada por todos os membros das equipes da ESF, além de desenvolver a prática profissional implicada com a autonomia e a participação social dos sujeitos envolvidos, são objetivos de aprendizagem para os programas. Todavia, a maioria deles não descreve esses domínios nas suas fundamentações teóricas, nem como estrutura e métodos de ensino-aprendizagem.

Estudo realizado por Martins, Pereira e Caldarelli¹⁹, ao analisar a abordagem da EIP em projetos pedagógicos de cinco PPR do Paraná, evidenciou o bom funcionamento da equipe, a comunicação interprofissional e o cuidado centrado no usuário, amplamente previstos nos documentos. Por outro lado, esse estudo¹⁹ evidencia a ausência de elementos como liderança colaborativa, resolução de conflitos interprofissionais, fundamentação teórica e avaliação da aprendizagem interprofissional, fatores importantes para efetivação da EIP e das práticas colaborativas no trabalho em saúde, os quais corroboram o presente estudo.

O que foi observado com a categoria analítica de mecanismos de avaliação para a EIP, a qual se encontra apenas em um PPP. Ou seja, a interprofissionalidade e/ou trabalho colaborativo ainda não faz parte de um item avaliativo essencial durante a formação dos residentes em programas multiprofissionais.

Devido à falta de acesso a alguns PPP das RMSF do estado de Pernambuco, não foi possível analisar todos. Os resultados limitam-se ainda à interpretação do que está escrito nos documentos, necessitando-se de investigações que explicitem como se dá o desenvolvimento da EIP e das PC nas residências.

4. ENCAMINHAMENTOS PARA A PRÁTICA

Os resultados obtidos na análise da abordagem da EIP nos PPP de RMSF do Estado de PE possibilitam aos atores envolvidos:

- o conhecimento, a compreensão e a importância da educação interprofissional na formação de profissionais residentes para a ESF;
- o incentivo e o apoio para implementação das competências interprofissionais, especialmente, a resolução de conflitos de equipe;
- a contribuição para um processo de ensino-aprendizagem pautado na interprofissionalidade e no trabalho colaborativo;
- subsídios para revisão dos PPP, de forma a atender às necessidades de formação para um trabalho colaborativo efetivo.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica. A Implantação da Unidade de Saúde da Família. 44p. Brasília, Ministério da Saúde, 2000.
2. GARCIA JR, C.A.S.; YASUI, S. Reflexões sobre a formação para o SUS e sua articulação com a pesquisa e a in(ter)venção nos cenários das práticas e dos serviços. **Interação em Psicologia**. v. 22, n.3., 2018.
3. PARENTE, J. R. F.; DIAS, M. S. A.; CHAGAS, M. I. O. A trajetória da residência multiprofissional em saúde da família de Sobral. *In*: Ministério da Saúde (Org.). **Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006, p. 81-96.

4. BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior e Comissão Nacional de Residência Médica Multiprofissional em Saúde. Resolução n. 02, de 13 de abril de 2012. Dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde. Brasília: Ministério da Educação, 2012.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
6. VIEIRA, A.T.G.; SILVA, L.B. Educação interprofissional na Atenção Básica: um estudo cartográfico da formação de residentes em Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 26, p. e210090, 2022.
7. Canadian Interprofessional Health Collaborative. A National Interprofessional Competency Framework. Vancouver, Canada: CIHC; 2010.
8. SANTOS, F. A. Análise crítica dos Projetos Político-pedagógicos de dois programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família. 2010. 103f. Mestrado (Dissertação em Saúde Pública). Fundação Oswaldo Cruz, 2010.
9. PERNAMBUCO. Governo do Estado, Secretaria de Saúde. Relatório Final: IV Seminário Estadual de Residências em Saúde – Saúde e democracia: Pernambuco na defesa das Residências em Saúde e do SUS. Recife: SES; 2021. 29 p.
10. SANTOS, J.S.; SANTOS NETO, P.M. Residências em saúde: análise de uma política estadual de formação de profissionais para o SUS. **Saúde debate**. v. 47, n. 138, p. 516-530, 2023.
11. IAUPE. INSTITUTO DE APOIO À UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO. Universidade de Pernambuco. Edital, Residência Multiprofissional em Saúde, 2022.
12. UPE. Universidade de Pernambuco. Modelo de Apresentação dos Projetos do Programa Nacional de Bolsas para Residências

Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde. Residência Multiprofissional Integrada em Saúde da Família. Recife, 25 de Out. de 2010.

13. RECIFE. Secretaria de Saúde do Recife (SESAU). Projeto Político Pedagógico Da Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF / SESAU). Recife, 2016.

14. UFPE. Universidade Federal de Pernambuco. Projeto Político Pedagógico da Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF/UFPE). Recife, 2016.

15. PREFEITURA DO JABOATÃO DOS GUARARAPES. Secretaria Executiva de Promoção da Saúde. Projeto de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde da família. Jaboatão dos Guararapes Pernambuco, 2015.

16. BARR H. Ensuring quality in interprofessional education. **CAIPE Bulletin**. 2003; (22): 2-3.

17. Ministério da Saúde (BR). Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

18. BRASIL. Portaria Interministerial nº 1.077, de 12 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui o Programa Nacional de bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde [Internet]. Diário Oficial da União 2009 Nov 12.

19. MARTINS, C.P; PEREIRA, N.S.; CALDARELLI, P.G. Educação interprofissional nos projetos pedagógicos de residências multiprofissionais em saúde do Paraná. **Saberes Plurais: Educ. Saúde**, v. 6, n. 1, p. 67-80, 2022.

CAPÍTULO 8

COMPORTAMENTO E ATITUDES DE PAIS QUANTO À IMUNIZAÇÃO INFANTIL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

*Janaína Alves Benício,
Joseanna Gomes Lima,
Ilana Mírian Almeida Felipe da Silva
Lenilma Bento de Araujo Meneses
Maria Sueli Marques Soares*

1. INTRODUÇÃO

No Brasil, o Programa Nacional de Imunização (PNI) tem identificado queda na cobertura vacinal, particularmente na imunização infantil, a exemplo da cobertura vacinal contra sarampo-caxumba-rubéola, que diminui continuamente, desde 2013¹, bem como a cobertura vacinal contra Poliomielite, que em 2012 foi de 96,55% e caiu para 74,53%, em 2022². Múltiplos fatores estão relacionados à queda da cobertura vacinal no Brasil, e a situação demanda especial atenção no que se refere ao levantamento de discussões e estudos que demonstrem a importância da cobertura vacinal satisfatória e que possibilitem maiores esclarecimentos à população e à comunidade acadêmico-científica³.

A hesitação vacinal (HV) está entre as dez ameaças globais à saúde, considerando que pode causar baixa adesão às vacinas e afetar a imunidade coletiva. A Organização Mundial de Saúde (OMS), através do Grupo Consultivo Estratégico de Especialistas em Imunização (*Strategic*

Advisory Group of Experts - SAGE-WG), definiu o termo HV como sendo um comportamento do indivíduo em relação ao atraso na aceitação ou na recusa de vacinas, apesar de sua disponibilidade nos serviços. O referido grupo também desenvolveu o *Parent Attitudes About Childhood Vaccine - PACV*, um instrumento de pesquisa específico criado para identificar pais hesitantes à vacinação infantil e para servir de apoio às atividades de educação em saúde vacinal^{1,4}.

Os fatores relacionados à falta de adesão à imunização infantil têm sido tema central em vários estudos realizados com a população brasileira⁵⁻⁷, no entanto poucos estudaram a recusa ou o atraso voluntário das vacinas disponíveis, uma vez que, na maioria dos estudos, o termo “hesitação vacinal” não tinha a conotação atual⁸. Embora essas investigações tenham contribuído para melhor conhecer alguns fatores implicados na não vacinação, a falta de compreensão do conceito de HV e de uniformização da coleta de dados continua sendo um desafio que dificulta a comparação entre resultados de diferentes estudos.

A vacinação é um cuidado preventivo de promoção e proteção da saúde, oferecido na porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS)⁹. Na Estratégia Saúde da Família (ESF), a imunização infantil constitui uma ação de rotina na Atenção Primária à Saúde (APS), possui grande influência nas condições gerais de saúde da criança e representa importante avanço tecnológico em saúde¹⁰.

2. CONTEXTO DO ESTUDO

A hesitação à vacinação, como um problema não só local, nos últimos 30 anos, tem aumentado em diversos países. Seus determinantes são multifatoriais e heterogêneos, incluem os riscos percebidos das vacinas, a relação entre os pais e os profissionais de saúde e a norma social. Continua sendo um problema a ser enfrentado na APS e que necessita de maior atenção e estudos¹¹.

Para determinar e implementar estratégias eficazes que incentivem as famílias quanto à adesão às vacinas, faz-se necessário considerar que a adesão de pais à ideia de manter o cartão de vacinação infantil atualizado depende de sua compreensão sobre a vacinação, da aceitação da importância e da segurança da vacinação e da capacidade de levar os seus filhos ao serviço de saúde¹², ou seja, é importante compreender aspectos relacionados à população, antes de implementar qualquer estratégia para a promoção da adesão às vacinas¹³.

Atitudes e comportamentos de pais de crianças foram estudados, e os autores identificaram como os principais motivos de não imunização: a inexperiência dos pais, a recusa de aplicações simultâneas de vacinas, a assistência fragmentada, a ausência de diálogo, a discriminação, as falsas contra-indicações, a obrigatoriedade de vacinar⁶ e a condição socioeconômica dos pais^{14, 15}.

O Brasil se encontra diante do desafio de enfrentar a HV e evitar novos surtos de doenças imunopreveníveis. Para tanto, é essencial compreender melhor a ação social de recusa de vacinas e planejar medidas educativas eficazes para aumentar a cobertura vacinal⁶.

O *Parent Attitudes About Child Hood Vaccine* – PACV é um instrumento de pesquisa específico criado pelo SAGE para ajudar a identificar pais hesitantes à vacinação infantil, recentemente. Assim, foi realizada a adaptação transcultural e a validação desse instrumento para o português brasileiro, dando origem ao PACV-Brasil¹⁷.

Devido a seu caráter dinâmico, mutável e crescente, tem sido destacada a importância do monitoramento contínuo, pois baixas taxas de hesitação vacinal podem estar presentes em um ano e, no outro, haver um resultado diferente, devido a essa dinamicidade^{6, 18, 19}.

Nesse sentido, o objetivo do estudo foi avaliar atitudes e comportamentos de pais quanto à imunização infantil, na Atenção Primária à Saúde, utilizando o questionário PACV- Brasil.

3. MÉTODO

Realizou-se estudo observacional, transversal, com amostra selecionada por conveniência, em duas equipes de Saúde da Família (eSF), do município de São Bentinho, Paraíba, em uma eSF com 831 famílias e em outra com 655 famílias. Foram incluídos na amostra indivíduos de ambos os sexos, com 18 anos ou mais de idade, que eram pai ou mãe de crianças menores de cinco anos e que moravam nas áreas de abrangência do município em estudo. Foram excluídos indivíduos sem capacidade cognitiva para responder aos questionários.

A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora enfermeira e ocorreu no período de maio a agosto de 2022. Após assinatura do TCLE pelos participantes, foi aplicada uma entrevista utilizando um roteiro semiestruturado e o PACV-Brasil. Esse instrumento é composto por 17 itens, em que 2 são de caracterização do respondente e 15 questões divididas em 3 dimensões: dimensão 1, relativa a comportamentos associados à vacinação; dimensão 2 com perguntas que indicam atitudes gerais frente à vacinação; dimensão 3, com perguntas relacionadas a crenças sobre segurança e eficácia das vacinas. Questões objetivas tinham respostas em escalonamento do tipo *Likert* (de 1 = Concordo totalmente a 5 = Discordo totalmente), e questões dicotômicas de múltipla escolha¹⁷.

Os dados obtidos foram duplamente digitados em planilha eletrônica do programa *Microsoft Office Excel 2010 Excel*®, para verificar a consistência externa. Realizou-se análise descritiva com frequências, médias e desvio padrão, através do programa estatístico *IBM Statistical Package for the Social Science Statistics (SPSS) v.s.22*.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), com Número do Parecer: 4.863.290 e CAAE: 48785621.0.0000.5188.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O total da amostra foi de 200 pais que responderam ao questionário PACV- Brasil, no período de coleta. A maioria era do sexo feminino. Houve predominância de pais na faixa etária de 30 a 49 anos. Quanto à escolaridade, 44% tinham o ensino fundamental, e 46% o ensino médio; quanto à raça ou etnia, mais de dois terços dos participantes se declararam pretos ou pardos. A maioria dos pais (63,5%) era de estado civil casado ou em união estável e de religião católica (89%). A quantidade de crianças por família foi de 01 criança em 55,5% dos casos. A maioria das famílias (64,5%) tinha renda menor que um salário-mínimo.

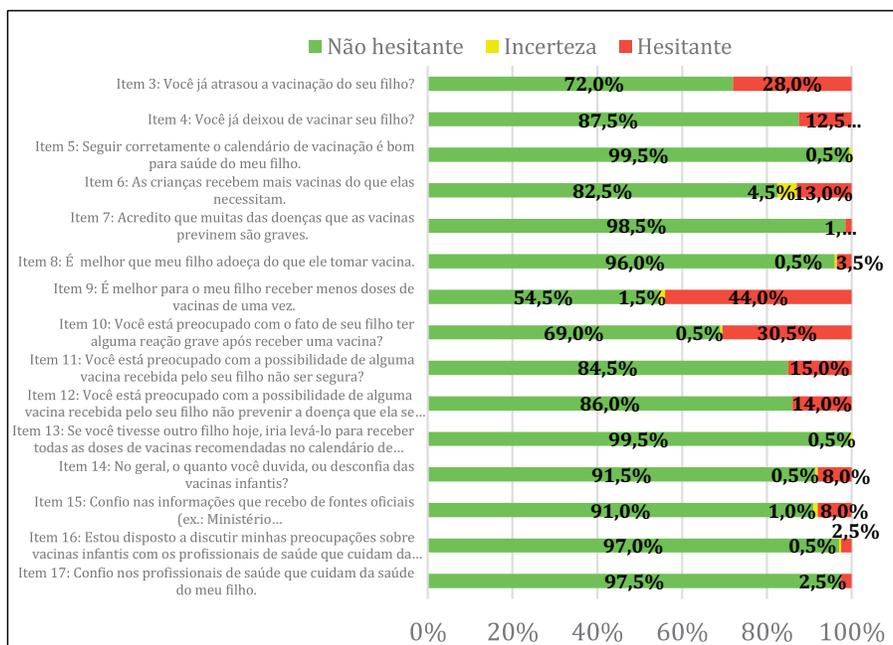
Preocupação com os efeitos colaterais e a segurança da vacina tem sido identificada como a razão mais comumente citada para a hesitação vacinal na população em geral²⁰. No presente estudo, foi observado que os maiores percentuais de respostas hesitantes dos pais se identificam com o sentimento de não querer o “sofrimento” do seu filho, com relação à quantidade de aplicações, bem como a crenças relacionadas a reações pós-vacinais. 44% relataram que as crianças recebiam grande número de doses de vacina por vez, e 30,5% se preocupavam com a possibilidade de reação grave da vacina; considera-se, então, que ambas as atitudes levam ao medo e à insegurança quanto à vacinação. Achados similares foram observados em estudo Irlanda²¹, onde foi utilizado o PACV para medir a hesitação vacinal. Os autores identificaram maiores percentuais de respostas hesitantes em perguntas referentes à preocupação com reações graves pós-vacina (36,2%) e a tomar menos doses de vacinas de uma só vez (30,5%). O estudo afirma que sentir pena da criança, antecipando uma injeção dolorosa, foi associado ao atraso na vacinação¹².

No presente estudo, 15% dos pais se preocupavam quanto à segurança das vacinas infantis, e 14% com a eficácia, corroborando os resultados de estudo realizado na Itália, no qual se observou que 28,2% dos pais de crianças de 2 a 6 anos também estavam preocupados com o fato de as vacinas não serem seguras²². Em estudo realizado no Brasil, os

motivos mais comuns de HV foram questões de confiança (41,4%), eficácia/segurança da vacina (25,5%) e preocupações com eventos adversos (23,6%). Outros estudos^{6,7} também relatam que receber várias doses de vacina ao mesmo tempo é um dos principais motivos da HV. Vale salientar que, mesmo com sentimento de dó pelas aplicações simultâneas e medo das reações pós-vacinais, 91,5% dos pais, participantes do presente estudo, responderam de forma não hesitante à pergunta relativa à desconfiança das vacinas, (item 14). Esse aspecto paradoxal também foi observado nos resultados do estudo realizado na Irlanda²¹.

No presente estudo, o atraso de vacinação foi referido em 28%, e 12% dos participantes afirmaram ter deixado de vacinar seus filhos. Esses resultados corroboram estudo realizado nos EUA²³, no qual também foi utilizado o PACV.

Embora no presente estudo tenha sido identificado, entre os participantes, uma realidade de medo e insegurança frente às vacinas, a presença de 99,5% de respostas não hesitantes dos itens 05 e 13 evidenciaram que os pais possuíam confiança na vacinação, pois afirmaram que seguir o calendário de vacinação era bom para a saúde do seu filho e referiram ainda que, se tivessem outro filho, levariam -no para receber todas as doses das vacinas recomendadas pelo Ministério da Saúde. Esse dado sugere que, embora os pais tenham preocupações em relação ao número de vacinas infantis e a seus efeitos colaterais, pode ser que eles decidam vacinar. No entanto, vale lembrar que apenas a intenção não prevê necessariamente uma futura adesão a vacinas, sendo essa disparidade conhecida como lacuna de intenção-comportamento²⁴.

Gráfico 1 – Distribuição do percentual das respostas dos itens individuais do PACV-Brasil, na amostra estudada, São Bentinho-PB, 2022.

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

5. ENCAMINHAMENTO PARA A PRÁTICA

- Os pais afirmam que seus filhos recebem mais doses de vacinas do que necessitam e que seria melhor se recebessem menos doses de vacinas por vez. Os pais atrasaram e deixaram de vacinar os filhos e se preocupam com os efeitos colaterais que as vacinas podem causar, no entanto acreditavam ser importante para a saúde de seu filho seguir o calendário de vacinação e declaram intenção de continuar a vaciná-los no futuro.

- Sugere-se a realização de ações de educação em saúde dirigidas aos pais das crianças, abordando aspectos referentes ao medo relativo às reações vacinais, sendo explicada a importância e justificada a necessidade do número de doses e as associações de vacinas no calendário de vacinação infantil. De tal forma, encoraja-se para a elaboração e validação de uma cartilha educativa.
- Recomenda-se, para o planejamento da vacinação infantil, que sejam considerados os seguintes aspectos: cursos de capacitação para os profissionais sobre imunização, educação permanente com a equipe, reuniões com estudo de caso, informações sobre vacinas à população e acompanhamento das ações por toda a equipe.

REFERÊNCIAS

1 WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Ten threats to global health in 2019**. 2019. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/spotlight/ten-threats-to-global-health-in-2019>. Acesso em: 28 jan. 2023.

2 BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS Tecnologia de Informação a Serviço do SUS. **Coberturas vacinais segundo região: período 2012 e 2022**. 2023. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dhdat.exe?bd_pni/cpnibr.def. Acesso em: 19 jan. 2023.

3 MILANI, L.; BUSATO, I. M. S. Causas e consequências da redução da cobertura vacinal no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 4, n. 2, p.157-171, 2021.

4 OPEL, D. J. *et al.* Desenvolvimento de uma pesquisa para identificar pais que hesitam em vacinar. **HumanVaccines**, v. 7, ed. 4, p. 419-425, 2011.

5 BARBIERI, C. L. A.; COUTO, M. T.; AITH, F. M. A. A (não) vacinação infantil entre a cultura e a lei: os significados atribuídos por casais de camadas médias de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 33, n. 2, p. 1-11, 2017.

6 BROWN, A. L. *et al.* Vaccine confidence and hesitancy in Brazil. **Cad. Saúde Pública**, v. 34, n. 9, p. 1-12, 2018.

7 FIGUIEREDO, G. L. A. *et al.* Experiências de famílias na imunização de crianças brasileiras menores de dois anos. **Rev Latino Am. Enferm**, v.11, n.19, p. 598-605, 2011.

8 SATO, A. P. S. What is the importance of vaccine hesitancy in the drop of vaccination coverage in Brazil? **Rev. Saúde Pública**, v. 52, p. 1-9, 2018.

9 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Programa Nacional de Imunizações (PNI): 40 anos.** Brasília/DF, 2013. 236 p.

10 GUIMARÃES, T. M. R; ALVES, J. G. B; TAVARES, M. M. F. Impacto das ações de imunização pelo Programa Saúde da Família na mortalidade infantil por doenças evitáveis em Olinda, Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.25, n.4, p. 868-76, 2009.

11 MCGREGOR, S.; GOLDMAN, R. D. Determinants of parental vaccine hesitancy. **Canadian Family Physician | Le Médecin de famille canadien**, v. 67, p. 339-341, 2021.

12 LOGULLO, P. *et al.* Fatores que afetam o cumprimento do calendário de vacinação contra Sarampo em uma cidade brasileira. **Med. J.**, v. 126. n. 3, p. 166-71, 2008.

13 NOUR, Rawan. A systematic review of methods to improve attitudes towards childhood vaccinations. **Cureus**, v. 11, n. 7, 2019.

14 BARATA, R. B. *et al.* Socioeconomic inequalities and vaccination coverage: results of an immunisation coverage survey in 27 Brazilian capitals, 2007-2008. **Journal of Epidemiology and Community Health**, v. 66, n. 10, p. 934-41, 2012.

- 15 SILVA, F. S. *et al.* Incompletude vacinal infantil de vacinas novas e antigas e fatores associados: coorte de nascimento BRISA, São Luís, Maranhão, Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 34, n. 3, p. 1-21, 2018.
- 16 OLIVEIRA, I. O. *et al.* Anti-vaccination movements in the world and in Brazil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 55, p. 1-10, 2022.
- 17 SANTOS JÚNIOR, C. J.; COSTA, P. J. S. Adaptação transcultural e validação para o português (Brasil) do *Parent Attitudes About Childhood Vaccine* (PACV). **Ciênc. saúde coletiva**, v. 27, n. 5, p. 2057-2070, 2022.
- 18 LARSON, H. J. *et al.* The State of Vaccine Confidence 2016: Global Insights Through a 67-Country Survey. **EBioMedicine**, v. 12, p. 295-301, 2016.
- 19 LARSON, H. J. *et al.*, SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy. Measuring vaccine hesitancy: The development of a survey tool. **Vaccine**, v. 33, n. 34, p. 4165-75, 2015.
- 20 YAKUB, O. *et al.* Attitudes to vaccination: a critical review. **Social Scienci e Medicine**, v. 112, p.1-11, 2014.
- 21 MARSHALL, S. *et al.* Parent attitudes about childhood vaccines: point prevalence survey of vaccine hesitancy in an Irish population. **Pharmacy**, v. 9, ed. 4, p. 1-27, 2021.
- 22 NAPOLITANO, F.; D'ALESSANDRO, A.; ANGELILLO, I. F. Investigating Italian parents' vaccine hesitancy: a cross-sectional survey. **Human Vaccines Immunotherapeutics**, v. 14, n. 7, p. 1558-1565, 2018.
- 23 HENRIKSON, N. B. *et al.* Longitudinal trends in vaccine hesitancy in a cohort of mothers surveyed in Washington State, 2013–2015. **Public Health Reports**, v. 132, n. 4, p. 451- 454, 2017.
- 24 LIAO, Q. *et al.* Factors Affecting Intention to Receive and Self-Reported Receipt of 2009 Pandemic (H1N1) Vaccine in Hong Kong: a longitudinal study. **PLOS ONE**, v. 6, n. 3, p. 1-13, 2011.

CAPÍTULO 9

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A DINÂMICA DO TRABALHO EM ÁREAS RURAIS NO BRASIL: UMA REVISÃO DA LITERATURA

*Suyene de Oliveira Paredes
Franklin Delano Soares Forte
Cristiane Costa Braga
Maria Eliza Dantas Bezerra Romão
José da Paz Oliveira Alvarenga
Simone Alves Sousa*

1. INTRODUÇÃO

Para concretizar as ações de promoção da saúde, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) estabelece eixos operacionais importantes, com destaque para a regionalização e territorialização. A regionalização, um dos princípios organizativos do Sistema Único de Saúde (SUS), é importante para melhorar a organização dos serviços e garantir a descentralização e melhor compreensão das singularidades territoriais e o reconhecimento das diferentes realidades locais¹.

Na perspectiva da Promoção da Saúde, a regionalização é o “processo de organização dos serviços de saúde em Regiões de Saúde, para que a população tenha acesso a todos os níveis de atendimento”². O território é definido como “espaço delimitado, em constante transformação, ocupado por uma população com identidades comuns, sejam elas culturais, sociais, econômicas, ambientais”². É importante

ressaltar que existem desafios a serem enfrentados para se conseguir alcançar um sistema de atenção territorializado. O estrangulamento financeiro dos municípios e o subfinanciamento do próprio SUS têm sido apontados como razões para a fragmentação da Atenção Primária à Saúde (APS) no país³.

A respeito das áreas rurais, a territorialização possibilita identificar as singularidades do trabalho das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) nesses territórios. E reconhecendo-se a importância dos determinantes sociais no processo saúde/doença das populações, bem como as políticas públicas direcionadas às comunidades rurais no Brasil⁴, sugere-se que os desafios ligados à pluralidade dos territórios rurais mobilizam um trabalho em saúde singular.

Diante do exposto, esta revisão da literatura foi suportada pelo seguinte questionamento: Como se dá o trabalho em saúde no contexto da atenção primária, em áreas rurais no Brasil?

2. MÉTODO

Trata-se de uma revisão da literatura desenvolvida considerando as seguintes etapas: definição do objetivo da revisão da literatura; definição das palavras-chaves; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão dos artigos; leitura do material coletado e extração das informações; construção de sínteses e discussão.

Foram incluídos artigos publicados com acesso na íntegra nas bases consultadas, no período entre 2005 e 2023, nos idiomas inglês, português e espanhol.

Para identificação dos descritores no idioma português - Descritores em Ciências da Saúde, foi utilizada a Biblioteca Virtual em Saúde, considerando: Promoção da Saúde; Atenção Primária à Saúde; Condições de Trabalho; e Saúde da População Rural. Foram utilizados os operadores booleanos AND e OR, bem como filtros para selecionar tipos de estudo

específicos da área da saúde. Usou-se a base de dados do Scientific Electronic Library Online (SciELO) para coleta de dados. A coleta de dados ocorreu entre janeiro e setembro de 2023.

Todos os documentos foram lidos na íntegra por uma única pesquisadora e analisados conforme o objetivo deste capítulo. Em seguida, foram feitas sínteses, a fim de criar categorias de análise.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para melhor compreensão das estratégias e dos desafios da saúde ligados às singularidades das áreas rurais, os aspectos abordados foram subdivididos em: determinantes sociais de saúde das populações rurais; acesso e organização dos serviços de saúde em territórios rurais; e força do trabalho em saúde nos territórios rurais.

Determinantes sociais de saúde das populações rurais

A promoção da saúde considera os determinantes sociais em uma relação diretamente proporcional com as condições de saúde das populações¹. As desigualdades em relação às condições de vida das comunidades que vivem nas sedes e nas zonas rurais dos municípios são ainda mais acentuadas quando se consideram os Municípios Rurais Remotos (MRR)^{4, 5, 6}.

Há desafios frente ao abastecimento irregular de água potável e encanada, acentuados nos períodos de seca. Inexistem banheiros em muitas residências, como também não há rede de esgoto e de coleta de lixo doméstico^{5, 6, 7, 8}. Nesse contexto, as populações rurais enfrentam dificuldades para obtenção de saneamento básico, um desafio a ser alcançado pelo poder público brasileiro no combate à pobreza.

No período chuvoso, os problemas relacionados à infraestrutura das estradas agravam, ainda mais, o deslocamento das populações rurais

até as Unidades de Saúde da Família (USF)^{7,9}. Adicionalmente, a dificuldade/ausência de rede de internet ou de telefonia celular pode comprometer a comunicação dos profissionais da APS para outros níveis de atenção^{4, 5, 6, 8}. Em localidades mais isoladas, onde não há sinal de telefonia, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são essenciais e importantes para a comunicação entre os usuários e a equipe de saúde⁵.

Há uma expressiva parcela das populações rurais na faixa de baixa renda e sobrevive com recursos advindos de aposentadoria, da agricultura e pecuária familiar, além dos benefícios do programa federal de transferência de renda – o Programa Bolsa Família^{6, 8, 10-13}. Outra fonte de renda no contexto rural vem do serviço público⁶. Por outro lado, o desemprego também é uma realidade das pessoas que vivem nas localidades rurais¹¹.

Quanto à escolaridade, observam-se altos índices de pessoas sem nenhum grau de instrução ou que possuem baixos níveis de escolaridade, vivendo em localidades rurais do país^{7, 10, 11}.

Acesso e organização dos serviços de saúde em territórios rurais

Apesar dos muitos avanços do SUS com implantação das USF e do aumento das equipes de Saúde da Família (eSF)¹⁴⁻¹⁶, há fragilidades relacionadas à implantação das equipes em áreas rurais^{8, 17}. As populações e profissionais que vivem e trabalham nestes territórios enfrentam dificuldades relacionadas ao acesso, à acessibilidade, à organização e ao funcionamento dos serviços de saúde^{5, 6, 8, 9, 11, 12, 17-22}.

Em territórios rurais, a USF representa o principal e único acesso das comunidades aos serviços de saúde, sendo o primeiro contato dos usuários^{5, 6, 8, 9, 11, 12, 20}. No que diz respeito ao envolvimento de outros núcleos da saúde, há dificuldades quanto ao apoio dos profissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF)^{9, 11, 21}.

Quanto à atenção especializada, estudos identificaram escassez dos serviços, de modo a fragmentar a atenção à saúde⁴. E nas situações em que há articulação da APS a outros níveis de atenção, muitas vezes, fora dos municípios ou até mesmo fora da regional de saúde^{6,12}.

Os aspectos geográficos dos territórios rurais condicionam a acessibilidade das comunidades aos serviços de saúde. As barreiras geográficas, as más condições das estradas, as complicadas vias de acesso e a falta de transporte são percalços a serem considerados para se promover saúde nos territórios rurais^{5, 6, 8, 9, 19}. Os problemas quanto à disponibilidade de transportes é ainda mais preocupante frente aos usuários graves⁸ e idosos com problemas de mobilidade⁷.

Quanto ao modelo de atenção à saúde ofertado às populações em territórios rurais, a maioria das ações é focada no atendimento individual e centrada no adoecimento, refletindo o modelo biomédico de atenção e a verticalização de transmissão de informações^{9,22,23}. O principal motivo da procura por atendimento nas USF, por parte das populações rurais, refere-se às ações curativas centradas nas doenças²¹. No campo da saúde bucal, as extrações dentárias, por exemplo, foram associadas à característica contextual da APS oferecida a adultos e idosos de áreas rurais ribeirinhas do Amazonas¹³.

A respeito das ações coletivas destinadas às populações rurais, um estudo mostrou que essas são pouco frequentes, geralmente marcadas pelo modelo itinerante ou campanhista e sem continuidade⁹. As ações voltadas aos grupos são, predominantemente, realizadas nas USF das sedes dos municípios e acabam sendo excludentes às populações rurais mais distantes²¹.

Observam-se situações em que a organização do trabalho se dá a partir da demanda espontânea, com atendimentos às populações sem diferenciação de território adscrito^{5,9}.

Os cronogramas de trabalho em áreas rurais também são singulares em decorrência da dispersão das populações nos territórios extensos. Assim, a periodicidade dos dias de trabalho nas unidades de apoio pode

variar de uma ou duas vezes por mês¹⁹. Considerando as especificidades locais, a portaria 2.436/2017, a fim de operacionalizar a execução das ações da APS para as comunidades ribeirinhas dispersas no território, propõe que as equipes de saúde da família ribeirinhas fluviais adotem o circuito de deslocamento ao menos a cada sessenta dias, para garantir o atendimento a todas as comunidades²⁵.

Existem fragilidades quanto à disponibilidade de medicamentos, materiais, equipamentos e condições relacionadas à estrutura física, tanto nas unidades principais, como nas unidades de apoio. Muitas unidades de apoio são improvisadas^{5, 8, 9, 19, 22}.

Como foi observado, a existência de pontos de apoio amplia o acesso à saúde para as comunidades rurais. Tanto nestas unidades, como nas USF principais, é necessário que haja espaços para o acolhimento^{21, 22}, visto que a forma como os usuários são recebidos pelos profissionais de saúde, com escuta qualificada sobre suas necessidades de saúde, é importante para o estabelecimento de vínculos e continuidade da atenção. Por outro lado, a recepção desqualificada, com falta de acolhimento aos usuários, representa uma das barreiras organizacionais de atenção à saúde em áreas rurais⁸.

Força do trabalho em saúde nos territórios rurais

A força de trabalho em territórios rurais é fragilizada pela escassez, pela alta rotatividade e pela dificuldade na fixação de profissionais, principalmente dos médicos^{5, 6, 8, 9, 18, 23}.

No intuito de amenizar a desassistência à saúde, causada pela falta de recursos humanos nos territórios rurais, e compensar as falhas de acesso, principalmente em áreas mais dispersas, observam-se discrepâncias na conformação das equipes e nos postos de trabalhos. As diferentes realidades variam desde a presença de um técnico de

enfermagem atuando em unidade de apoio, até equipes formadas só com ACS em localidades com menor densidade populacional⁶.

A respeito dos fatores agravantes para fixação dos profissionais da APS em áreas rurais, destacam-se os contratos temporários^{6, 25}; as longas jornadas de trabalho; a baixa remuneração salarial²⁵; as condições desfavoráveis de trabalho²⁰, no que diz respeito à infraestrutura, à disponibilidade de materiais, de equipamentos e de medicamentos; a impossibilidade de encaminhamento para especialistas¹⁹; a insuficiência de profissionais para atender à demanda⁹; e as dificuldades quanto ao deslocamento e à acessibilidade nos territórios rurais^{6, 9}.

O vínculo de trabalho do tipo contrato temporário constituiu, por outro lado, fator atrativo para médicos que atuam em áreas remotas, os quais possuem pretensão de residência médica, em virtude da ausência de penalidades legais, em caso de desistência do trabalho¹⁹. Contrariamente, a estabilidade proporcionada pelo vínculo estatutário foi valorizada por médicos com maior tempo de atuação e sem pretensão de residência médica¹⁸.

A flexibilidade de horário de trabalho e a concessão de folgas são estratégias usadas por gestores para atração e fixação dos profissionais de saúde em MMR⁹. Adicionalmente, outros fatores considerados atrativos para a permanência no trabalho foram: opções de lazer, possibilidade de emprego para o cônjuge e possibilidade do convívio familiar^{6, 9, 18}.

Apesar dos desafios diários e dos vários fatores citados que desmotivam o fazer profissional na APS em áreas rurais, existe também a satisfação por parte de enfermeiros, que veem no trabalho fonte de valorização profissional, possibilidade de vínculo com as comunidades e oportunidade de contribuição para melhoria da saúde da população^{11, 19}.

Dentre as limitações desta revisão integrativa, menciona-se a inclusão de uma única base de dados. Apesar disso, o portal de periódicos escolhido (SciELO) possibilitou a inclusão de estudos de diferentes delineamentos, para responder a ampla questão de pesquisa e gerar a síntese conhecimento no seu estado atual.

4. ENCAMINHAMENTOS PARA PRÁTICA

- A produção de cuidado deve valorizar os saberes, fazeres e afetos dos territórios rurais, além de hábitos, costumes e valores de cada localidade e considerar a equidade e a participação social como elementos orientadores das práticas de cuidado.
- A integralidade em regiões rurais remete à necessidade de mudança no modelo de atenção e ao fortalecimento das práticas colaborativas interprofissionais. Assim, é importante a implementação de ações em torno da educação permanente em saúde das equipes.
- É necessário garantir melhoria das condições de trabalho, com acesso a insumos, tecnologias e infraestrutura que contribua para a qualificação da atenção.
- É importante a construção de indicadores sobre a oferta de postos de trabalho para equipes e criação de estratégias de fixação profissional. Além disso, vínculos empregatícios, considerando garantias de dignidade salarial e estabilidade futura, também precisam ser analisados.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Glossário temático: promoção da saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, Série A. Normas e Manuais Técnicos, 2013.
3. FARIA, R.M. A territorialização da Atenção Básica à Saúde do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Cienc Saude Colet.**, v. 25, n. 11, p. 4521-4530, 2020.
4. FRANCO, C.M.; LIMA, J.G.; GIOVANELLA, L. Atenção primária à saúde em áreas rurais: acesso, organização e força de trabalho em saúde em revisão integrativa de literatura. **Cad Saúde Pública**, v. 37, n. 7, p. 1-22, 2021.
5. ALMEIDA, P.F. *et al.* Contexto e organização da atenção primária à saúde em municípios rurais remotos no Norte de Minas Gerais, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 37, n. 11, p.1-21, 2021.
6. FAUSTO, M.C.R. *et al.* Atenção Primária à Saúde em municípios rurais remotos brasileiros: contexto, organização e acesso à atenção integral no Sistema Único de Saúde. **Saúde Soc.**, v. 32, n. 1, p. 1-14, 2023.
7. CRUZ, S.S. *et al.* Vulnerabilidade socioeconômica em comunidades rurais do município de Areia, Estado da Paraíba. **Sci Plena**, v. 9, n. 5, p. 1-10, 2013.
8. PESSOA, V.M.; ALMEIDA, M.M.; CARNEIRO, F.F. Como garantir o direito a saúde para as populações do campo, da floresta e das águas no Brasil? **Saúde debate**, v. 42, n. Esp.1, p. 302-314, 2018.

9. FRANCO C.M.; GIOVANELLA, L.; BOUSQUAT, A. Atuação dos médicos na Atenção Primária à Saúde em municípios rurais remotos: onde está o território? **Cienc Saude Colet.**, v. 28, n. 3, p. 821-836, 2023.
10. LIMA, Â.R.A. *et al.* Necessidades de saúde da população rural: como os profissionais de saúde podem contribuir? **Saúde debate**, v. 43, n. 122, p. 755-764, 2019.
11. OLIVEIRA, A.R. *et al.* A atenção primária à saúde no contexto rural: visão de enfermeiros. **Rev Gaúcha Enferm.** v. 41, p. 1-8, 2020.
12. BOUSQUAT, A. *et al.* Remoto ou remotos: a saúde e o uso do território nos municípios rurais brasileiros. **Rev Saúde Pública**, v. 56, n. 73, p. 1-11, 2022.
13. DE SOUZA, V.G.L. *et al.* Contextual and individual factors associated with self-reported tooth loss among adults and elderly residents in rural riverside areas: a cross-sectional household-based survey. **PLoS one**, v. 17, n. 11, p. 1-18, 2022.
14. PINTO, L.F.; GIOVANELLA L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica. **Cienc Saude Colet.**, v. 23, n. 6, p. 1903-1913. 2018.
15. GALVÃO, M.H.R.; MEDEIROS, A.A.; RONCALLI, A.G. Contextual and individual factors associated with public dental services utilization in Brazil: a multilevel analysis. **PLoS One**, v. 16, n. 7, p. 1-14, 2021.
16. COSTA JÚNIOR, S.D. *et al.* Política Nacional de Saúde Bucal: metassíntese dos estudos sobre a Rede de Saúde Bucal. **Rev Saúde Pública**, v. 55, n. 105, p. 1-11, 2021.
17. ARRUDA, N.M.; MAIA, A.G.; ALVES, L.C. Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 a 2008. **Cad Saúde Pública**, v. 34, n. 6, p. 1-14, v. 34, n. 6, p. 1-14, 2018.

18. STRALEN, A.C.S.V. *et al.* Percepção de médicos sobre fatores de atração e fixação em áreas remotas e desassistidas: rotas da escassez. **Physis.**, v. 27, n. 1, p. 147-172, 2017.
19. OLIVEIRA, A.R. *et al.* O cotidiano de enfermeiros em áreas rurais na estratégia saúde da família. **Rev Bras Enferm.**, v. 72, n. 4, p. 970-977, 2019.
20. FERREIRA, L.S. *et al.* Acesso à Atenção Primária à Saúde por idosos residentes em zona rural no Sul do Brasil. **Rev Saúde Pública**, v. 54, n. 149, p. 1-11, 2020.
21. SOARES, A.N. *et al.* Cuidado em saúde às populações rurais: perspectivas e práticas de agentes comunitários de saúde. **Physis.**, v. 30, n. 3, p. 1-19, 2020.
22. LENZ, T.C. *et al.* Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: perspectivas das pessoas com deficiência no contexto rural. **Rev Enferm UFSM**, v. 11, p. 1-21, 2021.
23. COSTA, L.A. *et al.* Estratégia Saúde da Família rural: uma análise a partir da visão dos movimentos populares do Ceará. **Saúde debate**, v. 43, n. Esp. 8, p. 36-49, 2019.
24. 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, 22 set 2017, Seção 1, p. 67-76, 2017.
25. BESERRA, L.; HENNINGTON, É.A.; PIGNATTI, M.G. Condições de trabalho e saúde de trabalhadoras rurais: uma revisão integrativa. **Saúde debate**, v. 47, n. 137, p. 298-315, 2023.

CAPÍTULO 10

USO DE MAPA CONCEITUAL PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE UM GRUPO DE AURICULOTERAPIA

*Cynthia Guedes Santiago Melquíades
Franklin Delano Soares Forte
Cristiane Costa Braga*

1. INTRODUÇÃO

O processo saúde-doença -adoecimento e cuidado das populações passou por transformações ao longo dos últimos anos. A Atenção Primária à Saúde (APS) é a coordenadora do cuidado em saúde no Brasil e tem em muitos cenários a Estratégia Saúde da Família (ESF) como proposta de ressignificação do processo de cuidado em saúde ⁽¹⁾

Destacam na produção de cuidado as medicinas alternativas e complementares, denominadas no Sistema Único de Saúde (SUS) de Práticas Integrativas e Complementares (PICS). Elas compõem um grupo de práticas terapêuticas a partir de uma compreensão integral dos sujeitos e almejam a integralidade, a resolutividade e a humanização. ^(2, 3)

Assim, as PIC estão alinhadas às diretrizes e princípios do SUS, colaborando para que todas as pessoas tenham acesso à saúde, a partir da escuta, da humanização e da construção de planos de cuidado centrado na pessoa, conforme as necessidades singulares e a versatilidade de crenças, hábitos e características da gestão de serviços. ^(4, 5)

Em 2006, foi proposta a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS.^(6,7) Destaca-se entre elas a Auriculoterapia, que é terapêutica milenar ligada à acupuntura e muito difundida na China. Há relatos de melhoria de qualidade de vida dos usuários a partir de seu uso.^(8,9)

A auriculoterapia visa ao equilíbrio psíquico-orgânico do sujeito, a partir da ativação dos pontos específicos do pavilhão auricular. Essa ativação impulsiona zonas neuroreativas. Utilizam-se vários materiais para a ativação, dentre eles as sementes de mostarda.⁽³⁾

O presente capítulo tem o objetivo de relatar o uso dos mapas conceituais como ferramenta de compreensão sobre o percurso vivenciado por trabalhadores da ESF de João Pessoa após realizarem curso de capacitação em auriculoterapia, criando um grupo para sua oferta.

Nessa direção, utilizou-se a construção de um mapa conceitual para que o percurso dos profissionais de saúde na oferta dessa prática fosse melhor compreendido. Nesse registro valorizou-se a construção coletiva com base no aprendizado significativo e no pensamento crítico.^(10,11)

2. CONTEXTO DO ESTUDO

O capítulo é um recorte do Trabalho de Conclusão do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Os profissionais de saúde desenvolveram junto aos participantes do grupo de auriculoterapia um compromisso com as necessidades que vão além da saúde, valorizando a responsabilização, escuta e o vínculo, transformando o espaço de cuidado em um ambiente com elementos que sinalizam potencialidades como troca de conhecimento e aprendizagem para perceber e avaliar o sentido do trabalho.

O uso dos mapas conceituais deu-se em função da necessidade de registrar a trajetória vivida pelos profissionais de saúde e dessa

forma estruturar melhor o conhecimento produzido pelos agentes. Assim, a representação no mapa foi a partir da partilha de significados, considerando a teoria do aprendizado de Ausubel. ^(12,13)

Participaram quatro trabalhadores, sendo dois cirurgiões-dentistas, uma médica e uma Agente Comunitária de Saúde (ACS). Um pesquisador com formação em mapa conceitual fez as explicações iniciais e convidou a todos/as para a construção do mapa a partir de uma questão norteadora: Qual a percepção dos trabalhadores da saúde sobre o grupo de auriculoterapia?

Compreende-se o mapa conceitual como uma representação dos elementos-chaves. Indicam-se os “conceitos” que aparentemente estão isolados. Os conceitos são conectados pelos “termos de ligação” e assim forma-se uma proposição. ⁽¹⁴⁾

O disparador das discussões foi uma pergunta focal que orientou todo o mapa conceitual. Na sequência, elegeram-se os “conceitos”, posteriormente colocando-os em uma direção hierárquica no mapa conceitual, considerando a abrangência. Usaram-se setas com direcionamento para sinalizar a relação entre os conceitos. Dessa forma, expressaram os termos de ligação. A partir desse ponto, os conceitos posicionados formam uma rede de conceitos que se interconectam, criando-se proposições. Dependendo da posição os conceitos assumem uma nova posição podendo ser “conceito inicial ou final”. ^(15,16)

Finalizado o mapa físico, um pesquisador com experiência em Mapas Conceituais usando o software Cmaptools® inseriu as informações coletadas reproduzindo o mapa conceitual criado. Gerou-se, pelo próprio software, a tabela de clareza proporcional. A imagem em formato jpg do mapa conceitual foi criada e em seguida enviada aos participantes, ocasião em que foi analisada. ^(14,17)

O mapa feito pelo Cmaptools® foi enviado aos profissionais explicando o percurso feito e, o sentido da leitura do mapa, bem como questionando se haveria alguma sugestão. Os participantes receberam instruções de como ler o mapa conceitual, pois o objetivo era a

validação. Toda essa construção foi orientada pelo referencial teórico da aprendizagem significativa. ⁽¹³⁾ Esse procedimento está descrito na figura 1.

Figura 1 – Esquema da construção do mapa conceitual.



Fonte: Os autores.

O Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da UFPB aprovou a pesquisa (CAAE 43517121.8.0000.5188).

3. RESULTADO E DISCUSSÃO

A trajetória do grupo de auriculoterapia e a sua adoção como possibilidade de cuidado na USF foi descrita no mapa conceitual, a partir da mobilização da vivência e do conhecimento sobre essa terapia na APS. Isso proporcionou e promoveu uma reflexão sobre o vivido descrito em sentimentos, sentidos e significados.

Cada profissional envolvido apresentou sua trajetória de formação na saúde e nas PICs, com especial destaque para o curso de auriculoterapia.

A partir disso conseguiram se reunir, conversar e discutir a oferta da Auriculoterapia para os usuários na USF onde trabalhavam.

Observou-se, a partir da leitura do mapa conceitual, que o conceito de processo de cuidado em saúde foi mediado pela comunicação, partilha de emoções e confiança.

O percurso foi possível em função da colaboração entre os profissionais de saúde a partir da conversa, do diálogo e do encontro de ideias e ideais para a oferta e formação do grupo de auriculoterapia. Esse movimento visou também à transformação das práticas uniprofissionais e isoladas, alicerçadas no modelo biomédico, para uma inovação na forma de produção do cuidado.

Na USF organizou-se o espaço para realização da prática e do grupo de auriculoterapia. Nessa direção, um processo de trabalho foi desenhado e redesenhado, constantemente, tendo em vista um caminho que se constrói coletivamente. Os usuários e os profissionais de saúde foram (co)construtores desse espaço coadunando o processo de promoção e educação em saúde em torno do bem viver, qualidade de vida, singularidade desse território e na compreensão da prática de auriculoterapia. Esse espaço dialógico foi lugar de encontros para tomada de decisões, de forma a deslocar poderes e garantir a oportunidade para a (re)criação e (re)significação de relações e interações humanas. Valorizou-se a singularidade, a heterogeneidade, os diversos saberes, fazeres, interesses e vocações.

Os profissionais desenvolveram suas habilidades terapêuticas, considerando a proposta das PIC, utilizando a ferramenta da escuta, acolhimento e partilha do conhecimento. Sendo assim, o cuidado continuado, voltado para alcançar toda uma coletividade, oportunizou os sujeitos a falarem suas necessidades; e os profissionais, a partir dessa escuta, criaram meios adequados para atender às demandas, seja na dimensão do sofrimento físico ou emocional. ^(18, 19)

Analisou-se a trajetória a partir de alguns elementos: relacionais, processuais, organizacionais e contextuais, os quais proporcionaram o desenvolvimento da prática de cuidado na USF. ⁽²⁰⁾ Os relacionais

refletem os aspectos que compreenderam o planejamento da inserção da auriculoterapia. A trajetória é iniciada com o curso e nas relações interpessoais na USF. A partir das consultas individuais, observou-se a necessidade de ampliar para o atendimento coletivo em função da grande demanda dos usuários. Traçaram-se, nas reuniões de equipe, o perfil dos usuários e a relação de adoecimentos. Construiu-se um fluxograma para o atendimento, assim como feita; a identificação dos profissionais engajados na proposta e o papel a ser desempenhado por cada um.

Os elementos processuais envolveram a transversalidade do cuidado, em que o compartilhamento e trocas de saberes é uma ferramenta orientadora. Usuários e profissionais têm o sentimento de pertencimento ao grupo e através das demandas verbalizadas pelos usuários são construídos os diagnósticos e a proposta de um plano de cuidado centrado na auriculoterapia. A ficha clínica individual, o cartão de aprazamento e o mapa auricular são os organizadores da trajetória de cuidado. A produção do cuidado está direcionada para além dos sujeitos, mas inclui também as famílias dos usuários.

Os elementos organizacionais envolverão o comprometimento de todos que realizam essa prática. A formação do grupo de auriculoterapia foi pensada para proporcionar atendimento interprofissional, envolvendo a Residência Médica, Multiprofissional e o Núcleo Ampliado de Apoio à Saúde da Família. Antes de realizar a auriculoterapia os usuários passavam por momentos de relaxamento, rodas de conversa sobre assuntos voltados para a saúde, promoção, prevenção e reabilitação como também assuntos voltados para a utilidade pública. Assim, criou-se um espaço participativo, envolvendo vários sujeitos com diálogo mútuo e com a participação ativa do usuário.

Em relação aos elementos contextuais considerou-se o contexto da Política das PICS (PNPIC, 2006), da área de PIC no município e do curso de auriculoterapia. As evidências científicas apontam inúmeros benefícios desta prática e o número de profissionais que foram capacitados só aumenta, valorizando este tratamento terapêutico. ^(6, 16, 19)

4. ENCAMINHAMENTOS PARA A PRÁTICA

- A oferta das PICs na APS é uma importante estratégia de resignificação do cuidado em saúde. A produção de cuidado na perspectiva ampliada considera o trabalho em equipe interprofissional centrado nos sujeitos em seus territórios e visa a qualificar e a ampliar as ações da APS.
- A construção do mapa pelos trabalhadores da APS ofertou uma melhor compreensão sobre os elementos que compõem a prática interprofissional nesse território e evidenciou elementos políticos, culturais, processuais e relacionais o que gerou reflexões e críticas.
- Sinalizou-se que o grupo de auriculoterapia foi fruto do esforço coletivo, sendo produto de reflexões conjuntas entre profissionais e usuários. Importante o apoio da gestão local e o fortalecimento do trabalho colaborativo interprofissional. A criação e invenção dos cotidianos a partir de estratégias colaborativas, planos de cuidado, ações e atividades mais resolutivas e eficientes, melhorou os resultados produzidos pelos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de nº 2.436 de 21/09/2017**. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 2017a.
2. TELES, E.T. Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, uma nova eficácia para o SUS. **Estud.av.**, v.30, n.86, p.99-112, 2016.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de práticas**

integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso. ed. 2. p. 96. 2018.

4. MATOS, P.C. *et al.* Práticas Integrativas complementares na Atenção Primária à saúde. **Cogit. Enferm.**, v.23, n.2, p. e54781, 2018.

5. SANTOS, M.S. *et al.* Práticas Integrativas e Complementares: Avanços e desafios para a promoção da saúde de idosos. **Reme: Rev. Min. Enferm**, v.22, p. e1125, 2018.

6. LUZ, M.T, BARROS, N.F (org.). **Racionalidades Médicas e Práticas Integrativas em Saúde:** estudos teóricos e empíricos. 1ª edição. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS- UERJ- ABRASCO, 2012.

7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS.** Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

8. VIEIRA, A *et al.* Does auriculotherapy have therapeutic effectiveness? An overview of systematic reviews. **Complement. ther. clin. pract.**v. 33, p.61-70,2018.

9. KUREBAYASHI, L. F. S. *et al.*. Auriculotherapy to reduce anxiety and pain in nursing professionals: a randomized clinical trial. **Rev. Latinoam. enferm.**, v. 25, e2843, 2017.

10. MACHADO, C.T; CARVALHO, A.A. Mapa conceitual como ferramenta de aprendizagem no ensino superior. **Rev. Contexto & Educação**, v.35, n.110, p.187-201,2020.

11. MEDEIROS, J. O; RIBEIRO, R.C; SOUSA, M. N.A. Mapa conceitual como ferramenta de aprendizagem: Revisão integrativa da literatura. **Sanare**, v.19, n.2, p.69-76, 2020.

12. DORNELAS, L.F.; DUARTE, N.M.C.; MAGALHÃES, L.C. Atraso no desenvolvimento neuropsicomotor: mapa conceitual, definições, usos e limitações do termo. **Rev.Paul. Pediatr.**, v.33, p.88-103, 2015

13. AUSUBEL, D.P. **Aquisição e retenção de conhecimentos:** uma perspectiva cognitiva. Lisboa: Plátano, 2003
14. NOVAK J.D; CAÑAS, A. Teoria subjacente aos mapas conceituais e como elaborá-los e usá-los. **Práxis Educativa**, v.5, n.6, p.9-29, 2010.
15. SOUZA, N. A.; BORUCHOVITCH, E. Mapas conceituais: estratégia de ensino/aprendizagem e ferramenta avaliativa. **Educ. ver. (Online)**, v.2, n.3, p.195-218,2010.
16. AGUIAR, J; KANAN, L.A; MASIERO, A. V. Práticas integrativas e complementares na atenção básica em saúde: um estudo bibliométrico da produção brasileira. **Saúde debate.**, v. 43, n. 123, p.1205-1218, 2019.
17. NOVAK, J. D. **Learning, creating, and using knowledge:** concept maps as facilitative tools in schools and corporations. 2 ed. Nova York: Routledge, 2010.
18. SILVA, T.F; DAVID, H.M.S. Análise do campo da Atenção Básica à luz da teoria de Pierre Bourdieu. **Rev. APS.**, v.23, n.3, p.502-525, 2020.
19. VICARI, T; LAGO, L.M; BULGARELLI, A.F. Realidades das práticas da Estratégia Saúde da Família como forças instituintes do acesso aos serviços de saúde do SUS: uma perspectiva da Análise Institucional. **Saúde debate.**, v.46, n.132, p.135-147,2022.
20. REEVES, S. *et al.* **Interprofessional teamwork for health and social care.** John wiley & Sons,2011.

CAPÍTULO 11

METODOLOGIA *LEAN INCEPTION* PARA LEVANTAMENTO DE PROBLEMAS RELACIONADOS A ACOMPANHAMENTO ALIMENTAR INFANTIL POR AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Elaine Cristina Justino Teixeira

Pedro Felipe Sousa Teixeira

Samir Gabriel Vasconcelos Azevedo

Ranielder Fábio de Freitas

Fabiane do Amaral Gubert

1. INTRODUÇÃO

O Agente Comunitário de Saúde (ACS), integrante da equipe de saúde da Estratégia Saúde da Família (ESF), desenvolve atividades de prevenção e promoção da saúde, por meio de ações educativas individuais e coletivas, nos domicílios e na comunidade (ARAÚJO; ASSUNÇÃO, 2004). Por isso, é um importante educador em saúde, à medida que as ações dele favorecem o cuidado em saúde, cuja atuação profissional é essencial para o processo de trabalho dentro do território vivo (MACIAZEKI-GOMES *et al.*, 2016).

Dentre os temas trabalhados pelo ACS, destaca-se o acompanhamento na puericultura, com destaque para alimentação infantil junto às crianças até dois anos. Para um cuidado adequado, conhecimentos na área e uso de soluções digitais que auxiliem este processo são importantes. A

literatura tem evidenciado aumento considerável de aplicativos móveis, mas poucos são utilizados para o acompanhamento da alimentação infantil, e, principalmente, que atenda às reais necessidades do ACS, durante o contato com a comunidade (ARAÚJO *et al.*, 2018).

Apesar dos inúmeros aplicativos móveis utilizados para a atenção primária à saúde, ainda há descompasso entre objetivos e real finalidade, ao serem utilizados na prática. Neste processo de desenvolvimento de soluções digitais, como os aplicativos móveis, encontra-se a possibilidade do uso de metodologias qualitativas, como os grupos focais e outras técnicas que sejam úteis na identificação de reais necessidades. Assim, destaca-se a *Lean Inception*, estratégia de levantamento de problemas colaborativo que ajuda na compreensão das percepções, atitudes e representações sociais dos participantes (CAROLI, 2018).

A *Lean Inception* é uma metodologia ágil, que tem as premissas no Design Thinking e visa eliminar práticas de desperdício durante o processo de desenvolvimento de solução digital e/ou produto, por exemplo. Ela se torna útil, ao desenvolver produto mínimo viável (no caso deste estudo tratava-se de um aplicativo). Geralmente, nos estudos voltados para o desenvolvimento de soluções digitais (aplicativos, cartilhas virtuais, websites entre outros), os pesquisadores iniciam os estudos por meio de revisão da literatura, seguida de validação com especialistas/juízes, sendo que o público-alvo é acessado somente ao final, o que pode ser estratégia onerosa, por não considerar, desde a concepção inicial, as reais necessidades.

A partir desse contexto, incluir técnicas para o desenvolvimento de tecnologias para a atenção primária à saúde, com a utilização de ferramentas que facilitem a organização dos dados e informações, são relevantes.

2. CONTEXTO DO ESTUDO

Nos últimos anos, percebe-se baixa adesão das famílias com crianças pequenas às consultas de puericultura, com destaque para dificuldades na amamentação, transição alimentar, como também práticas alimentares inadequadas durante a primeira infância.

A experiência na Estratégia Saúde da Família (ESF) de um dos autores permitiu a observação das fragilidades no acompanhamento de saúde das crianças realizado por Agentes Comunitários de Saúde, uma vez que a rotina da avaliação mensal, muitas vezes, é restrita ao enfoque quantitativo, distanciando-se da qualidade dessa prática.

A partir de olhar ampliado para o território, optou-se por trabalhar com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), os quais atuam diretamente com as famílias, estabelecendo vínculos de confiança, tornando mais fácil a adesão a qualquer prática por eles orientada, sendo esses profissionais que articulam a comunicação entre o território e equipe de Saúde da Família.

2.1 Justificativa

Investir na qualificação dos Agentes Comunitários de Saúde para reforçar reflexão crítica sobre o processo de trabalho e, principalmente, valorizar as necessidades destes são ações essenciais para reforçar o processo de trabalho em saúde. Agentes comunitários podem desenvolver ações educativas, identificar situações de risco, conhecer o perfil sociodemográfico da população e contribuir para o acompanhamento longitudinal de famílias.

Soluções digitais, como os aplicativos móveis, nem sempre são pensados de forma conjunta com o público-alvo. Neste sentido, estratégias que incluam os Agentes Comunitários de Saúde no processo de desenvolvimentos dessas tecnologias têm maior chance de adesão, pois são desenvolvidas a partir das necessidades do território vivo.

2.2 Objetivo

Descrever a aplicação da metodologia *Lean Inception* com Agentes Comunitários de Saúde para desenvolvimento de um protótipo de aplicativo móvel para acompanhamento alimentar de crianças de até dois anos.

2.3 Método

Trata-se de estudo qualitativo realizado, em Unidade de Atenção Primária à Saúde, de município do Ceará, Brasil. O estudo é oriundo de pesquisa maior, realizada em trabalho de conclusão de curso do mestrado profissional da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF). O intuito era avaliar o desenvolvimento de um protótipo de aplicativo móvel para Agentes Comunitários de Saúde no acompanhamento alimentar de crianças até dois anos.

Os participantes da pesquisa foram treze Agentes Comunitários de Saúde. A abordagem utilizada foi o grupo focal virtual, com duração de 2 horas, com aplicação da estratégia *Lean Inception*. O objetivo foi identificar a diversidade de pensamentos e experiências dos agentes, a fim de gerar soluções para o aplicativo com ideias a partir da vivência do grupo, estimulados por meio das perguntas disparadoras: que dificuldades você encontra durante o acompanhamento alimentar de crianças até dois anos? Você acredita que um aplicativo pode ajudar na qualidade da informação prestada à família? Que pontos devem fazer parte do conteúdo? Com essa técnica, é possível coletar o maior número de ideias, propostas, visões e possibilidades que levem a uma solução eficaz para solucionar problemas (SMITH, 2020). Esta etapa contou com apoio na ilustração de uma árvore de ideia, ao fazer analogia às causas, aos problemas e às consequências, e a ferramenta foi utilizada colaborativamente.

Para análise do conteúdo do grupo focal, adotou-se o método de Análise de Conteúdo proposto por Bardin (2011), que compreende

um conjunto de técnicas para análise das comunicações, utilizando de processos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, com objetivo de obter indicadores qualitativos que permitam a inferência de conhecimentos relativos à forma de produção/recepção destas mensagens. Empregou-se a modalidade temática, que consiste em identificar os núcleos de sentido que compõem a comunicação, cuja presença ou frequência de aparição pode significar algo para o objetivo analítico escolhido.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, conforme Certificado de Apresentação para Apreciação Ética 59978622.6.0000.5054 e parecer 5.777.544 (Anexo tal) (BRASIL, 2012). Além disso, seguiram-se as orientações do Ofício Circular 02/2021 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), que orienta quanto aos procedimentos de pesquisas com etapas em ambiente virtual (BRASIL, 2021).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram da pesquisa 13 agentes comunitários, destes, 85% eram mulheres, idade média de 32 anos, mais de cinco anos de experiência e 30,7% concluíram nível superior.

A implementação da estratégia *Lean Inception* permitiu os participantes discutirem sobre a visão do produto (protótipo de aplicativo), objetivos, funcionalidades e a quem o produto irá atender (pessoas), por meio da construção de uma árvore de problemas, a partir de necessidades do mundo real.

As considerações dos Agentes Comunitários de Saúde foram organizadas em problemas, causas e consequências. Realizou-se revisão das sugestões, experiências e insights para finalizar a construção da árvore de problemas para elencar o problema principal e secundários (Figura 1).

Destaca-se como problema principal, na visão dos participantes, a necessidade de melhoria nos conhecimentos básicos na área de alimentação infantil, com foco na identificação de práticas alimentares ou alimentos inadequados para criança.

Nesse sentido, estabelecer hábitos alimentares saudáveis em crianças traz inúmeros benefícios, tanto a curto como a longo prazo, tendo em conta que são fundamentais para o crescimento saudável e o desenvolvimento adequado. A presença do agente pode ser um colaborador para melhorias no cuidado (SANTOS *et al.*, 2018).

O acompanhamento infantil, segundo os participantes, concentra-se apenas na verificação do peso e nas orientações sobre o calendário vacinal, a maior parte do tempo. Nos discursos, verificou-se a escassez de estratégias educacionais para abordarem alimentação infantil com os cuidadores e que esse aspecto é importante.

É salutar que o ACS seja um educador em saúde, à medida que suas ações se voltam para promoção de ações de educação em saúde. O trabalho é considerado extensão dos serviços de saúde dentro das comunidades, além da ação favorecer a transformação de situação-problema que afeta a qualidade de vida das famílias (MACIAZEKI-GOMES *et al.*, 2016).

Nesse ponto, emergiu a carência de ferramenta que facilite e melhore a qualidade do acompanhamento infantil por agentes comunitários, já que a solução digital utilizada por eles (tablet/ e-SUS) não contempla essas informações.

Os estudos apontam o quão é importante investir na qualificação dos profissionais ACS, visto que é uma estratégia para reforçar reflexão crítica sobre o processo de trabalho. O ACS pode desenvolver ações educativas, identificar situações de risco, conhecer o perfil sociodemográfico da população e, assim, interferir nos processos de doença. Para tanto, é primordial investir em diferentes estratégias de qualificação, entre elas, a educação permanente que em virtude das características, atribuem novo significado ao processo de aprendizagem. A

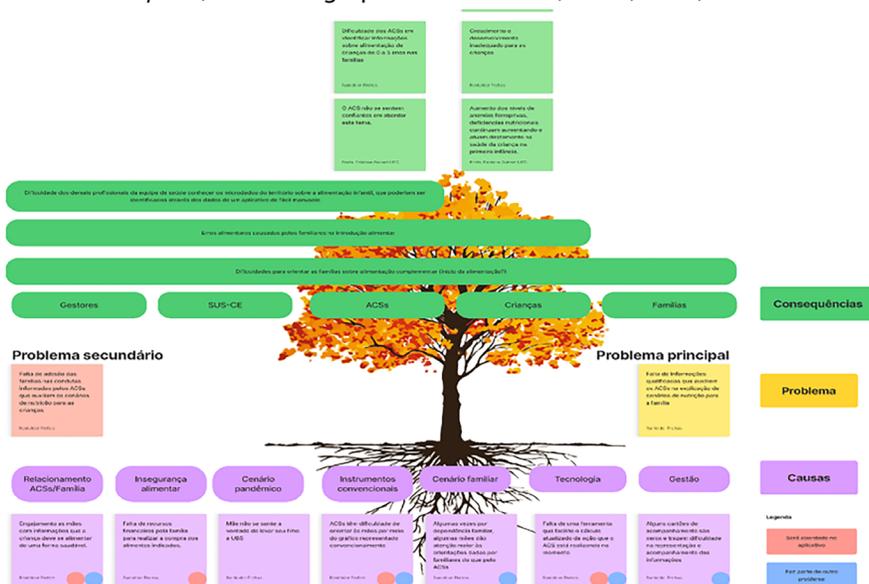
atuação dos ACS na ESF junto à comunidade exige qualificação adequada e permanente (COELHO *et al.*, 2018).

Ademais, ausência de insumos que esporadicamente acontece também é entrave para assistência dessas crianças. Os participantes abordaram o desafio que a pandemia causou nesses acompanhamentos, juntamente à dificuldade de lidar com os instrumentos na área de alimentação, no que tange à complexidade de alguns aplicativos já utilizados previamente.

Dessa forma, diante do suporte dos resultados, por meio do grupo focal com os Agentes Comunitários de Saúde e aplicação da técnica *Lean Inception*, observou-se a relevância de ouvir os profissionais envolvidos como usuários de solução digital, para que a utilização de tecnologias em saúde seja melhor manuseada para facilitar a comunicação com as famílias nos territórios da ESF, uma vez que os dispositivos móveis são capazes de oferecer materiais multimídia ricos e interativos, que contribuem para assistência de mais qualidade.

Essa etapa evidenciou a importância de ouvir os profissionais envolvidos como usuários de uma solução digital e que processos educativos devem ser personalizados. Assim, os dispositivos móveis são capazes de oferecer materiais multimídia ricos e interativos, que contribuem para uma assistência otimizada (SEYYEDI *et al.*, 2019).

Figura 1 – Imagem representativa da Árvore de problemas, a partir da técnica *Lean Inception*, durante o grupo focal. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2023.



Fonte: Elaboração dos autores, 2023.

4. ENCAMINHAMENTOS PARA PRÁTICA

- A estratégia *Lean Inception* é um método colaborativo, oriundo do Design Thinking, útil para alinhar um grupo de pessoas sobre um produto mínimo viável/protótipo na Estratégia Saúde da Família;
- A estratégia utilizada proporciona discussão de problemas do cotidiano junto ao público-alvo e permite criar um produto para solucionar, sobretudo, o problema principal, a partir das falas dos participantes do grupo;

- O levantamento de problemas no estudo apontou que é possível atender, de forma específica, às demandas que emergiram, e, assim, entregar um produto tecnológico com conteúdos qualificados, linguagem acessível, interface prática e socialmente aceito.

REFERÊNCIAS

1. ARAÚJO, E. F. S.; PAZ, E. P. A.; GHELMAN, L. G.; MAURO, M. Y. C.; DONATO, M.; FARIAS, S. N. P. Os agentes comunitários de saúde nas práticas educativas: potencialidades e fragilidades. **Rev Enferm UERJ**. v. 26, p. e18425, 2018.
2. ARAÚJO, M. R. N.; ASSUNÇÃO, R. S. A atuação do agente comunitário de saúde na promoção da saúde e na prevenção de doenças. **Rev Bras Enferm**. v. 57, n. 1, p. 19-15, 2004.
3. BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. **Ofício nº 2/2021**. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Brasília, DF, 24 fevereiro de 2021.
5. BRASIL. Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, DF; 2012.
6. CAROLI, P. **Lean Inception: como alinhar pessoas e construir o produto certo**. 1ª edição atualizada – São Paulo, Brasil: Editora Caroll, 2018.
7. COELHO, J. G. VASCONCELLOS, L. C. F.; DIAS, E. C. A formação de agentes comunitários de saúde: construção a partir do encontro dos sujeitos. **Trabalho, Educação e Saúde**. v. 16, p. 583–604, 2018.
8. GOMES, R. C. M.; SOUZA, C. D.; BAGGIO, L. WAHCS, F. O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da educação popular em

saúde: possibilidades e desafios. **Cienc Saude Colet.** v. 21, n. 5, p. 1637-1646, 2016.

9. GONDIM, S. M. G. Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. **Paidéia.** V. 12, n. 24, p. 149–161, 2002.

10. GOMES, R. C. M.; SOUZA, C. D.; BAGGIO, L.; WACHS F. O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da educação popular em saúde: possibilidades e desafios. **Cienc Saude Colet.** v. 21, n. 5, p. 1637-1646, 2016.

11. SEYYEDI, N.; RAHIMI, B.; ESLAMLOU, H. R. F.; TIMPKA, T.; AFSHAR, H. L. Mobile phone applications to overcome malnutrition among preschoolers: a systematic review. **BMC medical informatics and decision making.** v. 19, n. 1, p. 1–10, 2019.

12. SMITH, R. **Red, Green, Blue:** A Speedy Process for Sorting Brainstorm Ideas. 2020. Disponível em: <https://digitalfacilitation.net/?p=596>

13. SOUZA, F. R. M. **Agentes Comunitários de Saúde, formação e perfil profissional: o caso de Duque de Caxias, RJ.** 154 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

CAPÍTULO 12

INVISIBILIDADE DO CUIDADO INTEGRAL AOS HOMENS NA ATENÇÃO BÁSICA

Risia Raphaely do Rêgo Barros Melo

Ana Suerda Leonor Gomes

Weslla Karla Albuquerque Silva de Paula

Gabriella Barreto Soares

1. INTRODUÇÃO

Não é comum a presença regular de homens adultos nos serviços da Atenção Básica (AB). São citados como causas a ameaça da função provedora da família, a demora pelo atendimento, juntamente com sua pouca resolutividade e o mote de que “o homem não cuida da saúde mesmo”. Apesar de considerar importante a prevenção e promoção da saúde, só procuram os serviços quando já estão adoecidos¹.

Para superar esse conflito, as equipes de Saúde da Família (eSF) têm a possibilidade de trabalhar o processo saúde-doença no contexto familiar e ambiental, alcançando os homens por meio da integralidade das ações. É o que se percebe na estratégia Pré-natal do Parceiro, na qual o parceiro/homem/pai é assistido a partir do pré-natal de sua companheira gestante².

No entanto, não se observa grande fomento para avanço de ações que ampliem a promoção da saúde dos homens, objetivo da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Homens (PNAISH), instituída em 2009, impulsionada, em grande parte, pela Sociedade Brasileira de Urologia^{3, 4, 5, 6}.

2. CONTEXTO DO ESTUDO

Essa complexidade para inserir o homem no cuidado repercute no perfil de mortalidade masculina, revelado por morte de homens solteiros, pardos, com idade entre 20 e 49 anos, de baixa escolaridade, por agravos relativos às causas externas (acidentes e violências), patologias do aparelho circulatório e neoplasias malignas, circunstâncias que podem ser abordadas na AB por meio da transversalidade das políticas⁷.

Dentro desse cenário, este estudo analisou a percepção dos trabalhadores sobre a (não) adesão dos homens aos serviços da AB, por meio de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa, que foi parte integrante do Trabalho de Conclusão de Mestrado em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF), intitulado “Pré-natal do homem: prática das equipes de saúde da família para o cuidado da população masculina na Atenção Básica”.

A pesquisa foi realizada no município de Recife, residência e local de trabalho da pesquisadora principal, capital do estado de Pernambuco-Brasil. Realizaram-se seis Grupos Focais (GF), no período de março a abril de 2022, com os trabalhadores que constituem as eSF de cinco dos oito Distritos Sanitários do município, na intenção de investigar aspectos relativos às potencialidades e dificuldades no acesso dos homens para o cuidado na AB.

Os GF foram compostos, em média, por 10 pessoas. Os debates foram orientados pelo itinerário antecipadamente elaborado, direcionado por tópicos que envolviam: acolhimento e cuidado do homem; integridade das ações; e acesso ampliado à Rede de Atenção à Saúde (RAS) por meio da AB.

Os dados foram obtidos a partir das transcrições dos GF, de onde foi realizada a análise de conteúdo dos registros proposta por Bardin⁸.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal da Paraíba (CEP/CCM – UFPB), sob o Parecer nº 5.012.792, e seguiu os

preceitos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (CNS/MS).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram deste estudo 5 médicos, 6 enfermeiros, 3 cirurgiões-dentistas, 5 técnicos de enfermagem e 21 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), distribuídos em seis eSF do município. Todos são concursados, sendo a maioria mulher (82,5%), com média de 46 anos de idade.

A PNAISH foi instituída em 2009, trazendo estratégias e ações que incentivam medidas de prevenção e promoção da saúde masculina, principalmente na faixa etária de 20 a 59 anos (41,3% da população masculina economicamente ativa do Brasil), ao estimular a ampliação do acesso por meio da transversalidade das políticas de saúde, preferencialmente no âmbito da AB⁵.

Após desdobramento dos GF e análise das unidades temáticas advindas das narrativas, revelou-se um leque de atropelos nessa inserção do homem às ações da AB, representado pelas categorias:

3.1 Cuidar da saúde é perda tempo - homem e sua (não) relação com o cuidado

O homem continua procurando os serviços de saúde para resolver problemas emergenciais já instalados, voltando-se para o cuidado médico centrado⁹, como citado:

“Apareceu mais homens na unidade na época da chingunha, porque tinha a dor, tinha a questão da incapacidade do trabalho, que é uma das coisas que pesam no homem não procurar” (ACS E3).

Isso ocorre pelo temor de afetar questões relativas ao sustento financeiro da família, pois comumente se deparam com espera prolongada por atendimentos, a possibilidade de não ter todas suas demandas resolvidas no mesmo dia e, principalmente, a premissa do atestado médico justificando a ausência no trabalho, o que não é comum quando a procura acontece para ações/atividades programadas para promoção da saúde e prevenção de doenças, como participação em grupos. Todos esses argumentos apontam para maior inquietação com foco no trabalho, considerando-o mais importante que o cuidado com a saúde⁴.

“As empresas não aceitam declaração de comparecimento, e aí eles não podem faltar porque não tem um atestado!” (ACS C2).

“Em situações de emprego, caso exijam as vacinas, eles compa-recem. Eu vim pra tomar, porque o emprego está exigindo!” (Técnico de enfermagem F).

Há, também, uma certa ligação entre fraqueza e insegurança na busca pelos serviços de saúde, impactando o estereótipo do ser masculino invulnerável e provedor financeiro, levando à objeção por práticas de autocuidado e de cuidado para com o outro¹¹. Esse debate corrobora Gomes et al.¹², ao afirmar que a associação cultural do “ser homem” às ideias de risco, força, pressa e provisão pode limitar as ações de autocuidado e reduzir as possibilidades de apoio à saúde de outras pessoas, levando ao afastamento dos serviços de saúde.

“Chegar na unidade de saúde sem estar doente é perda de tempo pra ele! É cultural! (Enfermeiro F).

“[...] o homem não entende que ele tem a necessidade de se cuidar” (ACS A3).

Importa destacar que as relações de poder encontradas entre as masculinidades chamadas hegemônicas e as subordinadas deparam-

se com as relações socioeconômicas¹³. Observa-se que as questões econômicas acentuam as dificuldades relacionadas ao gênero por anunciar diferentes modos de vida e oportunidades de alcance à alimentação, à habitação, à educação, à renda, ao meio ambiente, ao trabalho, ao transporte, ao emprego, lazer, à liberdade, ao acesso e à posse da terra e a serviços de saúde, constituintes do conceito mais amplo de saúde¹⁴.

Fica claro o quanto os determinantes sociais, como fatores culturais, psicológicos e comportamentais, vulnerabilizam a ocorrência de problemas de saúde, apontando como agente motor para iniquidade no acesso aos cuidados de saúde^{14, 15}.

3.2 Saúde do homem só existe no novembro azul - ações restritas dos trabalhadores

As políticas públicas de saúde prorrogam o privilégio da díade mulher-mãe e das crianças, reforçando diferenças e desigualdades de gênero culturalmente estruturadas e instituídas³, além de restringirem a assistência masculina à instrumentalização de programas de saúde. Dessa forma, o cuidado permanece cerceado, limitado a campanhas temáticas e/ou de educação em saúde pontuais⁶, como citado a seguir:

“Não existe publicidade sobre a saúde do homem. Então, só existe no novembro azul!” (ACS A2).

Essa desarmonia é percebida desde a formação profissional, sendo imprescindível: a integração desse segmento nas grades curriculares para uma formação inclusiva aos homens; a integração ensino-serviço; e a adoção da Educação Permanente em Saúde como prática regular no processo de trabalho das eSF, com o objetivo de solucionar a ausência do público masculino na AB e consequente fortalecimento da PNAISH¹⁶.

“Tem dia de preventivo pra mulher, dia de mamografia pra mulher, e se a gente for ver, não tem dia nenhum destinado especificamente para o homem! Aí até na saúde também... essa cultura, né? Para introduzir alguma coisa pra o homem, a gente tem que trabalhar também os trabalhadores de saúde, a gerência também!” (Técnico de enfermagem D).

3.3 Sem integralidade - descontinuidade do cuidado pelos serviços

É compreensível o menosprezo por serviços que não respondem bem às necessidades de saúde, seja por dificuldade no acesso ou por dificuldade no seguimento de processos que protejam linhas de cuidado voltadas para a saúde sexual e reprodutiva do homem. Dessa forma, os homens são desencorajados, e os serviços, pouco frequentados, como quando comparado ao público feminino^{12, 17}. Observa-se a fala a seguir:

“[...] a gente fazia muita coisa no passado, inclusive com teste de PSA, e as contrarreferências, às vezes não é compatível com aquilo que ele oferecia. Quando chegava na parte final, eles ficavam sem ter um atendimento completo” (Enfermeiro B).

Entretanto, pondera-se que a atenção à saúde masculina não deve se restringir aos dilemas sexuais e reprodutivos. Importa considerar o homem como um ser biológico completo, dinâmico, relacional e político que precisa ser amparado em todos os níveis da atenção, na óptica de uma linha de cuidado com referência e contrarreferência estabelecidos entre a AB e os serviços de média e alta complexidade, garantindo a continuidade no processo de atenção^{5, 18}.

Destaca-se ainda a recomendação dos eixos prioritários da PNAISH, como acesso e acolhimento, saúde sexual e reprodutiva, doenças prevalentes na população masculina, prevenção de violências e acidentes, e paternidade e cuidado, sem o propósito de considerar algum mais ou menos importante que outro⁵.

4. ENCAMINHAMENTOS PARA A PRÁTICA

As possibilidades apontadas neste estudo para ampliar a promoção da saúde do homem na AB já estão previstas na PNAISH, no entanto precisam ser consolidadas, mesmo após 13 anos após sua implantação.

É importante pensar no quanto os grupos mais interessados no progresso da PNAISH (homens, movimentos sociais, profissionais e gestores) estão engajados no processo. Essa possível desarmonia pode afetar a organização dos serviços locais e o monitoramento das ações, fortalecendo cada vez mais o modelo assistencialista posto¹⁹.

Tão significativo quanto ter trabalhadores adequadamente preparados é ter os fatores organizacionais de gestão em todas as suas esferas bem delineados. É possível que se mudem práticas profissionais quando existir afinação entre trabalhadores, serviços (enquanto micropolítica) e organizações (enquanto macropolítica), uma vez que parte significativa do desempenho das pessoas (80%) é determinada pelos fatores organizacionais, enquanto a outra (20%) é definida pelo empenho e habilidade própria²⁰.

Dito isso, a pesquisa aponta como encaminhamentos para a prática:

- Desconstrução de crenças/estigmas construídos e fortalecidos ao longo do tempo, por meio da educação permanente e da educação em saúde;

- Trabalhar o incentivo e acolhimento da população masculina na AB através da transversalidade das políticas públicas/ integração intersetorial;
- Facilitar o acesso às ações e aos serviços de assistência integral à saúde, por meio do uso das tecnologias digitais e expansão de espaços e horários para atendimentos;
- Gestão audaciosa da PNAISH, para torná-la visível e necessária diante do subfinanciamento contínuo do sistema público de saúde, que precisa fazer opções de investimentos prioritários, frente a uma política que nem aparece nos atuais indicadores de avaliação utilizados para o novo modelo de financiamento dos municípios, chamado “Previne Brasil”.

REFERÊNCIAS

1. BARBOSA, Y. O. *et al.* Acesso dos homens aos serviços de atenção primária à saúde. **Revista de Enfermagem UFPE** [Internet]. v. 12, n. 11, p. 2897-2905, 2018.
2. HERRMANN, A. *et al.* **Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde. 55 p, 2016.
3. CESARO, B. C.; SANTOS, H. B.; SILVA, F. N. M. Masculinidades inerentes à política brasileira de saúde do homem. **Revista Panamericana de Salud Pública**. v. 42, p. e119, 2019.
4. MOURA, E. C. *et al.* Atenção à saúde dos homens no âmbito da Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 19, n. 2, p. 429-438, 2014.
5. BRASIL. **Portaria nº 1.944, de 27 de agosto de 2009**. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de

Atenção Integral à Saúde do Homem. Diário Oficial da União, 27 Ago 2009.

6. SOUSA, A. R. *et al.* Implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: desafios vivenciados por enfermeiras. **Rev. Esc. Enferm. USP.** v. 55, p. 03759, 2021.

7. DE OLIVEIRA, J. C. A. X. *et al.* Perfil epidemiológico da mortalidade masculina: contribuições para enfermagem. **Cogitare Enfermagem.** v. 22, n. 2, p. 01-10, 2017.

8. BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** 70ª ed. São Paulo, 2011.

9. LEMOS, A. *et al.* Saúde do homem: os motivos da procura dos homens pelos serviços de saúde. **Revista de Enfermagem UFPE** on line [Internet]. v. 11, n. 11, p. 4645-4652, 2017.

11. MEDRADO, B. *et al.* Homens e masculinidades e o novo coronavírus: compartilhando questões de gênero na primeira fase da pandemia. **Ciência & Saúde Coletiva.** v. 26, n. 1, p. 179-183, 2021.

12. GOMES, R. *et al.* Linhas de cuidados masculinos voltados para a saúde sexual, a reprodução e a paternidade. **Ciênc. saúde coletiva** [Internet]. v. 21, n. 5, p. 1545-1552, 2016.

13. CONNELL, R. The study of masculinities. **Qualitative Research Journal, Cardiff.** v. 14, n. 1, p. 5-15, 2014.

14. GALVÃO, A. L. M. *et al.* Determinantes estruturais da saúde, raça, gênero e classe social: uma revisão de escopo. **Saúde Soc.** v. 30, n. 2, p. e200734, 2021.

15. OLIVEIRA, E. *et al.* Contribuição da interseccionalidade na compreensão da saúde-doença-cuidado de homens jovens em contextos de pobreza urbana. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação.** v. 24, p.e180736, 2020.

16. SOUSA, A. R. *et al.* Gênero, masculinidades e saúde de homens: desenvolvimento de uma disciplina curricular no curso de graduação em Enfermagem. **REVISA**. v. 10, n. 1, p. 94-108, 2021.
17. MOREIRA, M. C. N.; GOMES, R.; RIBEIRO, C. R. E agora o homem vem?! Estratégias de atenção à saúde dos homens. **Cad Saúde Pública**. v. 32, n. 4, p. 00060015, 2016.
18. MIRANDA, J. J. *et al.* Discursos de gênero e saúde: Debatendo a PNAISH com seus usuários. **Psic: Teor e Pesq**. v. 34, p. e3444, 2018.
19. PAULA, C. R. *et al.* Desafios globais das políticas de saúde voltadas à população masculina: revisão integrativa. **Acta Paul. Enferm.** v. 35, p. eAPE01587, 2022.
20. SILVÉRIO, J. B.; MOURA, A. S. Efetivação do processo de EPS. Unidade 2. *In: Programa de Formação Modular de Preceptores Multiprofissional para a Integração Ensino e Serviço nos Territórios de Saúde*. Educação. Educação Permanente em Saúde, Brasília: UNASUS. Fiocruz, 2022.

CAPÍTULO 13

O CUIDADO ANTE A MORTE E O MORRER A PARTIR DE EXPERIÊNCIAS E DE REFLEXÕES DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Marcos Oliveira Dias Vasconcelos

João Paulo dos Anjos Lopes

Alice Ramalho Braga

Geórgia Sibeles Nogueira da Silva

1. INTRODUÇÃO

O conceito de morte vai além do término da existência biológica e abarca dimensões culturais, simbólicas, históricas e socialmente construídas. Explorar esse tema requer igualmente uma compreensão de como as pessoas a interpretam e a enfrentam¹. No mundo ocidental, a maioria das pessoas não encara a morte como algo natural, afastando-a de seu cotidiano². Assim, na medicina, também surgem conflitos relacionados à preservação da vida, mesmo quando o desfecho final é inevitável. Permitir que pacientes se submetam a tratamentos com resultados incertos ou improváveis pode alimentar uma abordagem reducionista e não aberta para a inteireza do ser em processo de finitude. Os conflitos morais enfrentados pelas equipes de saúde e pelos familiares frequentemente não derivam de um respeito inerente à qualidade de vida e de desejos do paciente³.

A finitude, portanto, requer um conjunto de medidas pensado e planejado por todos os atores envolvidos: a pessoa, sua família e os

profissionais de saúde. O ideal é que todos possam participar de um diálogo profundo e construtivo, com o objetivo de tomar a decisão da forma mais adequada ao contexto do paciente⁴.

É importante ressaltar que as decisões finais são do paciente. Isso é expresso no código de ética médica, em seu artigo 24: “é vedado ao médico deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo”⁵.

Um elemento fundamental para assegurar a orientação adequada e desejada para a tomada de decisões é estabelecer um sólido vínculo entre médico e paciente⁶. É inegável que a equipe de saúde precisa estar disponível, todavia é igualmente crucial que vá além, incorporando afeto e empatia nesse momento. Fortalece-se, assim, os Cuidados Paliativos, que foram estruturados para melhoria da qualidade de vida de pacientes e de familiares que enfrentam a finitude.⁷

2. CONTEXTO DO ESTUDO

Esta pesquisa se debruçou sobre contribuições para o cuidado ante a morte e o morrer através de experiências e de reflexões de profissionais de saúde, por entender que elas têm sido pouco valorizadas nos estudos sobre tanatologia e educação profissional em saúde. Estudos como esse podem favorecer um aprendizado significativo, baseado em situações reais do cotidiano da vida dos profissionais de saúde e de pessoas com doenças ameaçadoras de vida. Isso é fundamental para que novas práticas e saberes no lidar com a morte sejam realmente aplicados nas instituições de ensino, na assistência à saúde e na sociedade como um todo.

Este capítulo pretende contribuir com o cuidado ante a morte e o morrer, por meio do diálogo com produções científicas atuais e da análise de narrativas - escritas por profissionais de saúde - sobre experiências e reflexões em relação a práticas de saúde ante a morte e o morrer.

O presente texto é um desdobramento da pesquisa “O ensino do lidar com a morte no contexto da atenção primária à saúde no curso de graduação em medicina”² – desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família no Nordeste (RENASF) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte – cuja autoria é de um dos autores desse texto (prof. Marcos Vasconcelos – UFPB) e sob orientação de outra autora (profa. Geórgia Sibeles – UFRN). As narrativas analisadas neste capítulo estão presentes nessa pesquisa de mestrado, além de um banco de dados, contendo outros escritos de profissionais de saúde, oriundo de oficinas realizadas por esses dois autores em congressos nacionais de saúde.

O percurso metodológico escolhido foi uma abordagem qualitativa, que é útil na compreensão dos valores culturais e das representações de determinado grupo sobre temas específicos⁸. Para caminhar pelo percurso investigativo, adotamos como referencial teórico-metodológico a Educação Popular. A Hermenêutica foi base para a análise e interpretação das narrativas⁹.

A pesquisa que se desdobrou neste capítulo foi aprovada pela Comissão de Ética do Hospital Onofre Lopes da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) com o CAAE: 18234713.7.0000.5292. Firmou-se o compromisso de seguir as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Conselho Nacional de Saúde¹⁰ em todos os seus aspectos.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Carências no ensino do lidar com a morte e o morrer.

A influência da racionalidade biomédica na sociedade ocidental distanciou os profissionais de saúde de práticas mais humanizadas

e integrais. A maioria dos espaços de educação e de saúde aborda, raramente, questões fundamentais sobre a morte e o propósito da vida, negligenciando a discussão sobre crenças e tradições espirituais¹¹.

No mundo ocidental, as pessoas não encaram a morte como parte da vida, agindo como se a morte não existisse. Isso se reflete na prática e nas formações em saúde². Na modernidade, ocorre uma institucionalização da morte em um ambiente marcado pela solidão e pelo silenciamento das questões subjetivas: no hospital¹². Os profissionais de saúde, muitas vezes, não estão preparados para lidar com situações que caminham inevitavelmente para a morte. Como devem agir? Deve-se manter a busca incessante pela cura através de tecnologias cada vez mais invasivas ou respeitar a vontade das pessoas com doenças ameaçadoras da vida e seus familiares? O relato a seguir demonstra essa insegurança:

Eu sou a médica de dona Vilmarina, acompanhando-a há cinco anos desde que teve um infarto e saiu da UTI - nas palavras dela: escapou da morte [...]. Até que, há sete meses, iniciou um quadro de constipação e diarreia, perda de peso, perda de apetite e humor deprimido. Ela, muito forte, estava decidida a morrer na casa em que viveu nos últimos 40 anos. Seus filhos, preocupados, queriam interná-la porque achavam que poderiam “descobrir o que ela tinha e tudo ficaria bem”. Me senti um pouco perdida no início. Submeter ou não dona Vilmarina à exames invasivos (endoscopia, colonoscopia, etc.) na tentativa de um diagnóstico/condução/cura ou respeitar a vontade da paciente e não fazer mais exames tão desgastantes? [Fragmento de narrativa escrita por médica].

Os profissionais de saúde não recebem orientação adequada para lidar com a finitude, o que pode resultar em traumas. Os traumas podem ser interpretados como afastamento, negação e banalização da morte, formas de defesa contra a angústia da reflexão sobre a finitude¹³.

Na formação médica, assim como na dos outros cursos da saúde, ressalta-se a importância de uma formação generalista e ampliada capaz de apoiar a população na maioria de suas necessidades^{14, 15}. Nesse sentido, mesmo com as reformas curriculares e as reestruturações das graduações que vêm acontecendo nos últimos anos, a formação em saúde ainda é centrada na lógica hospitalar especializada e com ênfase no combate às doenças para alcançar a cura. Isso influencia diretamente a dificuldade para o lidar com a morte e o morrer na saúde, visto que a perda de um paciente é encarada como fracasso, deixando os profissionais frustrados e impotentes¹⁶.

3.2 Os profissionais de saúde diante da inevitabilidade da morte

A responsabilidade técnica dos médicos em diagnosticar doenças e em curar o paciente gera frustração, quando o quadro do paciente é irreversível. Para atenuar essa sensação de impotência profissional, o médico, muitas vezes, negligencia a finitude do paciente, prolongando desnecessariamente sua vida ou se dessensibilizando em relação ao sofrimento do outro², como aponta o relato abaixo:

Eu, duas técnicas e uma paciente sem familiar, sem história, sem nome... Na mesma *sala vermelha* [do hospital] sem estrutura. A paciente praticamente já em óbito - invadida, super medicada, negligenciada – para [o coração]. A tentativa de reanimação é mecânica, protocolada. Não há uma real sensibilização, não há vínculo. O comprometimento é uma certa obrigação. A cena toda é tão desumanizada, não é uma experiência que toca como nos afirmam que deveria tocar. [Fragmento de narrativa escrita por médica].

Os profissionais de saúde têm dificuldades em aceitar a finitude. A morte contradiz os princípios de sua formação. A educação em saúde é hospitalocêntrica, com supervalorização de acometimentos fisiopatológicos e desvalorização de aspectos relativos à integralidade do paciente.

Para superar esse desafio, é necessário redefinir conceitos de cuidado e investir na formação em tanatologia e em cuidados paliativos. Vasconcelos² propõe uma formação em saúde mais centrada na pessoa – em suas necessidades e desejos – contribuindo com a concepção integral do cuidado. O profissional de saúde não deve submeter o paciente a seu poder. A relação deve ser sujeito-sujeito, compartilhando o cuidado, mesmo em situações terminais.

O profissional de saúde não deve decidir sozinho sobre intervenções excessivas para prolongar a vida, entretanto junto com as pessoas de quem cuida e com seus familiares, visando a um “bem morrer”. Dessa forma, a morte que, na contemporaneidade, vem cercada de intervenções tecnológicas e de isolamentos hospitalares pode dar lugar à ortotanásia. A ortotanásia é a construção de uma morte com menos sofrimento, respeitando o ritmo natural do processo de morte: sem prolongamento desnecessário e sem encurtamento da vida¹⁷.

3.3 A busca de um novo modelo de cuidado ante a morte e o morrer

O fim da vida é desafiador para o paciente e seus familiares. Nesse momento, a presença e o acompanhamento empático de profissionais de saúde desempenham um papel fundamental, proporcionando conforto e alívio do sofrimento físico e psíquico.

A equipe médica deve ir além de simplesmente estar presente; ela deve se envolver. O mais importante para garantir a condução adequada na finitude é o estabelecimento de um vínculo médico-paciente ou

humano-humano. Cuidar das pessoas implica em intimidade, respeito e oferecer tranquilidade¹⁸. A importância da empatia do profissional médico diante da morte é evidente:

Busco sempre muito equilíbrio, mesmo quando as lágrimas persistem em rolar na face. Mas buscando este sentimento e pedindo força para fazer e ser um estreitamento para fortalecer ao “irmão” que passa pela prova da dor, da partida, da prova que cada um tem que passar. Busco ver, falar, mostrar e ouvir dos familiares o que eles sentem, que tipo de sentimento está fazendo a família sofrer [...]. [Fragmento de narrativa escrita por assistente social].

Para as famílias, conviver com um ente querido em proximidade com a morte é muito difícil. Contudo, pode ser mais saudável através do apoio profissional próximo, do esclarecimento de dúvidas e da construção de uma relação de confiança com profissionais de saúde.

Para os profissionais de saúde, acompanhar o fim da vida de um paciente é uma experiência dolorosa, mas também pode ser transformadora. A perspectiva teórico-vivencial da Educação Popular nos ensina a investir na escuta sensível da história, da cultura e do contexto das pessoas¹⁹. Esse agir profissional é muito diferente do que é ensinado para os profissionais de saúde⁹.

A educação em saúde tradicional centra-se no repasse de conhecimentos comprovados cientificamente e não se abre para outras dimensões e necessidades humanas. A Educação Popular rompe com essa limitação, ao nos incentivar a aprender com a pessoa e a família que se cuida. Isso parece natural, mas é transformador para o trabalho em saúde, pois potencializa o vínculo, a sensibilidade e a ação terapêutica do profissional²⁰.

Como podemos ver no relato abaixo, foi esse despertar do cuidado que a médica (partindo de sua insegurança) experimentou, ao investir

na escuta sensível e comprometida da história e do contexto de vida de dona Vilmarina.

Depois de muita conversa com a família, decidimos em conjunto dar apoio à decisão de dona Vilmarina: interromper as investigações, não a internar e fazer todo o suporte para o seu conforto. Assim, mesmo muito debilitada, dona Vilmarina pode me contar todas as histórias de sua vida durante minhas visitas domiciliares. Até que, sete meses após o início dos seus sintomas [...], ela faleceu cercada por seus familiares, numa manhã de sábado tranquila. Não sei se fazer exames ou interná-la teria feito diferença em sua evolução, mas sei que dei todo o conforto que poderia dar e respeitei sua vontade. [Fragmento de narrativa escrita por médica].

A Educação Popular integra conhecimentos conscientes e logicamente estruturados com saberes provenientes da emoção, da intuição, da espiritualidade, da arte e do amor. Integra saberes sistematizados academicamente com saberes provenientes da experiência local e pessoal. A potência do que é aprendido e do que é construído de forma compartilhada propicia uma conversão epistemológica e de modelo de cuidado. Esse aprendizado do cuidado integral ajuda no acompanhamento não só de pessoas em proximidade com a morte, mas de diversas outras situações de saúde⁹.

4. ENCAMINHAMENTOS PARA A PRÁTICA

- A morte é um tema tabu: evitado tanto na sociedade leiga quanto na área da saúde, pois é encarada como um fracasso profissional para os profissionais de saúde;

- O ensino do lidar com a morte na educação tem sido objeto de atenção de alguns autores, porém mudanças na formação em saúde com o aprofundamento dessa temática ocorrem muito lentamente;
- A morte e o morrer, por se tratar de momento de intensa subjetividade humana, têm um grande potencial educativo e de transformação dos caminhos do viver e do cuidado das pessoas e dos profissionais de saúde;
- A perspectiva teórico-prática da Educação Popular nos incentiva a aprender com a pessoa e a família que se cuida. Isso parece natural, mas é transformador para o trabalho em saúde, pois potencializa o vínculo, a sensibilidade e a ação terapêutica do profissional;
- A Educação Popular – ao integrar conhecimentos sistematizados academicamente com saberes provenientes da experiência vivida e refletida por pacientes, por familiares e por profissionais de saúde – propicia uma conversão epistemológica e de modelo de cuidado. Um cuidado integral que potencializa não só o acompanhamento de pessoas em proximidade com a morte, mas de diversas outras situações de saúde.

REFERÊNCIAS

1. SILVA, É. Q. Ideário da morte no Ocidente: a bioética em uma perspectiva antropológica crítica. **Revista Bioética**, v. 27, n. 1, p. 38–45, mar. 2019.
2. VASCONCELOS, M. O. D. **O ensino do lidar com a morte no contexto da atenção primária à saúde no curso de graduação em**

medicina. 2015. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família). UFRN do Norte. Natal, 2015.

3. PERUZZO-JÚNIOR, L. Autonomia, cuidado e respeito: o debate sobre o prolongamento assistido da vida. **Revista de Bioética y Derecho**, n. 39, p. 121–134, 2017.

4. LIMA, M. DE L. F.; REGO, S. T. DE A.; SIQUEIRA-BATISTA, R. Processo de tomada de decisão nos cuidados de fim de vida. **Revista Bioética**, v. 23, n. 1, p. 31–39, jan. 2015.

5. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Ética Médica**: Resolução CFM no 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2019.

6. LOPES, O. C. A. et al. Competências dos enfermeiros na estratégia Saúde da Família. **Escola Anna Nery**, v. 24, n. 2, p. e20190145, 21 fev. 2020.

7. CANCER CONTROL: **Knowledge into Action**: WHO Guide for Effective Programmes: Module 3: Early Detection. Geneva: World Health Organization. 2007. [s.n.]. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24716262/>. Acesso em: 18 set. 2023.

8. MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

9. VASCONCELOS, M. O. D. **A educação popular para o cuidado em saúde ante a morte e o morrer a partir de experiências, reflexões e aprendizados de profissionais de saúde**. 2021. Tese (Doutorado em Educação). UFPB, João Pessoa, 2021.

10. BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**: Seção 1, Brasília, DF, ano CL, nº 112, p. 59, 13 jun. 2013.

11. HENNEZEL, M. DE; LELOUP, J.-Y. **Arte de morrer**: Tradições religiosas e espiritualidade humanista diante da morte na atualidade. 11º ed. Petrópolis: Vozes. 2012.
12. MENEZES, Rachel Aisengart. **Em busca da boa morte**: antropologia dos cuidados paliativos. Rio de Janeiro: Garamond, 2004.
13. LUCENA, C. DE M. F. C. **O oncologista clínico diante da morte**: implicações para a produção do cuidado. 2011. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, 2011.
14. BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014, Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e das outras providências. **Diário Oficial da União**, seção 1, Brasília, DF, ano 151, n. 117, p.8, 23 jun. 2014.
15. BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES Nº3, DE 3 de novembro de 2022. Altera os Arts. 6º, 12 e 23 da Resolução CNE/CES nº 3/2014, que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. **Diário Oficial da União**, seção 1, Brasília, DF, ano 160, n. 210, p.38, 7 nov. 2022.
16. SIQUEIRA PERBONI, J.; ZILLI, F.; OLIVEIRA, S. G. Profissionais de saúde e o processo de morte e morrer dos pacientes: uma revisão integrativa. **Persona y Bioética**, v. 22, n. 2, p. 288–302, 12 dez. 2018.
17. FELIX, Z. C. et al. Eutanásia, distanásia e ortotanásia: revisão integrativa da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 9, p. 2733–2746, set. 2013.
18. BOFF, L. **Saber Cuidar**: ética do humano - compaixão pela Terra. 1º ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

19. FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia**. 28. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

20. VASCONCELOS, Eymard Morão. **A espiritualidade no trabalho em saúde**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2015.

CAPÍTULO 14

INTERSETORIALIDADE NA EXECUÇÃO DA ESTRATÉGIA NUTRISUS: PERCEPÇÃO DE GESTORES E PROFISSIONAIS DA SAÚDE

Lígia Araújo Sá

Ardigleusa Alves Coêlho

Franklin Delano Soares Forte

Cláudia Helena Soares de Moraes Freitas

1. INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Atenção Básica tem, na Saúde da Família, sua estratégia prioritária, buscando produzir o cuidado integral à saúde em Unidade Básica de Saúde, domicílio, escolas e em outros cenários comunitários¹. Nesta perspectiva, foi estabelecido, em 2007, o Programa Saúde na Escola (PSE), visando construir políticas intersetoriais, entre os Ministérios da Saúde e da Educação, e melhoria na qualidade de vida dos brasileiros^{2, 3, 4, 5}.

A intersetorialidade deve ter um dispositivo que atenda ao interesse comum e valor ético estruturante para o desenvolvimento de políticas públicas que objetivem reduzir as desigualdades e promover a equidade, com a participação de diversos setores cujo interesse seja a resolução de problemas compartilhados⁶.

Entre as ações a serem desenvolvidas, envolvendo saúde e educação, com um planejamento intersetorial e gestão compartilhada, está a de promover a segurança alimentar e nutricional⁷, a partir de

parcerias envolvendo as equipes de saúde, serviços e setores em rede, visto a complexidade crescente do cuidado em saúde⁸.

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição discute a melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde da população e propõe promover práticas alimentares saudáveis, vigilância nutricional, prevenção e produção de cuidado integral em saúde⁹. Entre as prioridades para o cuidado nutricional na Atenção Básica, encontram-se as carências nutricionais específicas, que requerem a adoção de intervenções preventivas visando suplementar micronutrientes (ferro, vitamina A, entre outros)⁹.

A estratégia de fortificação com múltiplos micronutrientes com ações destinadas à prevenção e controle da anemia é adotada em vários países (México, Peru e Bolívia¹⁰. No Brasil, foi identificada uma prevalência de 20,9% de anemia em crianças menores de cinco anos (cf. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, 2006), sinalizando, como fundamental, implementar ações eficazes para prevenção contra a anemia na infância¹¹.

O grande problema das deficiências nutricionais no país e a existência de evidências do impacto positivo da utilização de fortificação com micronutrientes para reduzir anemia fizeram com que, em 2014, o Brasil implantasse a estratégia de fortificação da alimentação infantil com micronutrientes em pó – NutriSUS –, complementando as ações desenvolvidas pelo PSE^{10, 12, 13, 14, 15}. Assim, em 2017, a Estratégia NutriSUS passa a compor um dos módulos do Sistema de Micronutrientes¹⁶.

2. CONTEXTO DO ESTUDO

Os estabelecimentos de ensino são considerados locais apropriados à execução de intervenções para promover hábitos de vida saudáveis¹², pois, no Brasil, a maioria das crianças do sistema público de educação infantil se alimenta nas instituições escolares, facilitando o acesso à Estratégia^{5, 12}.

O estudo se justifica pela importância de se analisar a Estratégia NutriSUS na perspectiva da intersetorialidade, para garantir a integralidade do cuidado. Assim, tem como objetivo descrever as percepções de gestores (Grupo de Trabalho Intersetorial-Municipal (GTI-M), Centros de Referência em Educação Infantil (CREIs) e profissionais das Equipes de Saúde da Família (ESF), sobre a intersetorialidade na implementação da Estratégia NutriSUS.

A pesquisa exploratória qualitativa¹⁷ foi realizada em uma capital do nordeste brasileiro, a qual organiza seu território em cinco Distritos Sanitários¹⁸. O município apresentou um total de 56 CREIs que participaram da Estratégia NutriSUS, sendo que, destes, nos anos de 2015 e 2017^{18, 19}, apenas 23 CREIs participaram. Neste estudo, cinco profissionais da ESF, cinco gestoras do CREI e duas gestoras do GTI-M foram entrevistados. A seleção deu-se de forma intencional¹⁷.

A coleta de dados, realizada entre dezembro de 2018 e janeiro de 2019, utilizou entrevista semiestruturada em profundidade¹⁷. As questões foram elaboradas tendo como base as Diretrizes do PSE³ e guiadas pelo eixo do trabalho intersetorial. As entrevistas gravadas, com duração média de 25 minutos, foram transcritas na íntegra e submetidas à Análise de Conteúdo de Bardin²⁰.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Paraíba aprovou a pesquisa (Parecer nº 2.851.618).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização das Entrevistadas

Todas as participantes da pesquisa, com idades de 34 a 69 anos, são do sexo feminino e têm nível superior de escolaridade na área da Saúde e Educação. O tempo de formação variou de 08 a 41 anos. Quanto

ao tempo de trabalho no serviço, este variou entre 1 ano e 8 meses a 17 anos.

Compreensão e percepção sobre a Estratégia NutriSUS

As gestoras do GTI-M destacaram que o ano 2015 da implantação da Estratégia NutriSUS no Município foi marcado por dificuldades e desafios, por ser uma experiência nova e não saberem como de fato iria funcionar.

A Estratégia NutriSUS chegou aqui no município em 2015, foi desafiador porque a gente não sabia como é que iria funcionar, mas a gente começou [...] e foi assim, vamos ver no que vai dar, sem saber mais ou menos como seria a experiência, tudo novo (GTI-M 2).

Observa-se a necessidade de envolvimento e articulação dos profissionais e gestores das áreas de educação e saúde para a implantação de uma nova estratégia, no âmbito do PSE¹². No município pesquisado houve o planejamento e divulgação, a partir do final do segundo semestre de 2014.

[...] nós recebemos todo o material orientador, com um pouco de antecedência, [...] para fazer a reprodução no município com os profissionais e gestores dos CREIs, para iniciar a Estratégia no ano seguinte (2015) (GTI-M 1).

As participantes ressaltaram o interesse do município para implantação da Estratégia NutriSUS, ação que complementaria outras já existentes na área de saúde da criança:

“Nós aderimos logo no primeiro momento, não era obrigatório, mas era o interesse do Município já que vai melhorar a saúde, uma questão de qualidade na oferta dos serviços de saúde às crianças [...]” (GTI–M 1).

Os relatos expressam o preconizado pelo Ministério da Saúde, ao abordar que a Estratégia NutriSUS, no âmbito do PSE, parte do empenho para a construção de políticas intersetoriais que objetivem melhorar a qualidade de vida dos estudantes¹². Assim, a estruturação de intervenções intersetoriais, elaboradas pelas áreas da Saúde e da Educação, ficou modulada sob o enfoque da prevenção de doenças, embasada pelos interesses da União e de políticos locais¹⁵.

Para as participantes, foi consensual a compreensão de que o NutriSUS pode potencializar a saúde das crianças, melhorando aspectos relacionados ao desenvolvimento, à prevenção da anemia e das deficiências de vitaminas e minerais, aumentando assim, sua resposta imunológica.

[...] NutriSUS, veio para potencializar esta fase do desenvolvimento da criança e também na prevenção das deficiências de vitaminas e nutrientes. Então assim, ele veio só acrescentar, ajudar na questão da saúde destas crianças, aumentando a imunidade, seu desenvolvimento (Profissional eSF 3).

Fica evidente, nos relatos, o objetivo do PSE na perspectiva de contribuir na formação dos estudantes, por meio de ações de promoção, prevenção e de atenção à saúde, para enfrentamento de vulnerabilidades no desenvolvimento de crianças³, a fim de promover a prevenção e o monitoramento das deficiências de vitaminas e minerais^{5,12}.

No México, esforços voltados para a prevenção das deficiências de micronutrientes, com inclusão da população em programas sociais,

apresentaram resultados satisfatórios¹⁰. Na África do Sul, a iniciativa da política de implementação da Política Integrada de Saúde Escolar visou melhorar a saúde das crianças, porém as ações colaborativas entre saúde e educação mostraram-se fragmentadas²¹. No Brasil, pesquisas demonstraram a eficácia da suplementação alimentar com vitaminas e minerais para prevenir e controlar a anemia, contribuindo para a melhoria do estado nutricional de pré-escolares^{11, 13, 14}.

A intersetorialidade na Estratégia NutriSUS

A Estratégia NutriSUS foi implantada, inicialmente, em creches participantes do PSE, tendo como diretrizes a integração e a articulação das ações intersetoriais executadas pelas redes públicas de saúde e educação^{3, 5, 12}.

Sobre o trabalho articulado entre os setores da saúde e educação, nota-se convergência na maioria das participantes, as quais citam a existência de uma relação de dependência com o planejamento compartilhado. Elas enfatizam a importância da intersetorialidade para o desenvolvimento da Estratégia NutriSUS, para o que é necessário integração e interação entre os setores, sujeitos e processos organizacionais e construção da confiança entre os profissionais da saúde e os pais das crianças.

A intersetorialidade é a base, e a gente que é da saúde, a gente depende totalmente da educação para fazer esta Estratégia acontecer, porque a gente deixa lá, os suplementos no CREI, e se o CREI não assumir o seu papel de todo dia [...] vendo até este papel de convencer os pais da importância da administração do suplemento, junto com a Equipe de Saúde, a gente não consegue fazer acontecer a Estratégia, [...]" (GTI-M 1).

A ação intersetorial precisa ser pactuada pelos profissionais e associada ao cotidiano do trabalho, visando à construção de saberes e fazeres dialógicos, participativos e considerando o contexto das escolas e das políticas de saúde mais efetivas²³.

A maioria das entrevistadas relata que a execução da Estratégia NutriSUS permitiu uma aproximação maior entre Saúde e Educação, por meio de ações integradas e de forma compartilhada, fortalecendo a construção do diálogo e o contato entre os setores e atores envolvidos.

[...] estar mais ligado o PSF com o CREI, porque queira ou não queira, juntou mais, a gente teve mais contato, mais diálogo, estava mais próximo das crianças, desenvolvendo mais ações e isso foi um elo que juntou mais a eSF com o CREI (Profissional eSF-3).

Alguns participantes, entretanto, destacaram como limitação para efetivação da intersetorialidade no cotidiano dos serviços a comunicação frágil em todos os níveis. Tal fato acontece também na execução de ações do PSE no município.

[...] a questão da comunicação [...] não só com o NutriSUS mas com o próprio PSE em si, desta questão da articulação intersetorial acontecer lá na ponta mesmo, na prática [...]” (GTI – M 1).

A complexidade do cuidado em saúde requer a necessidade de maior articulação entre as equipes – para lhes estimular a colaboração –, com a rede de atenção à saúde e com o desejo em cooperar com um projeto comum⁸, nos diversos contextos.

Algumas gestoras do CREI relataram que a Intersetorialidade deveria ser melhorada nos que diz respeito a: trabalho em equipe, clareza de papéis, divisão de responsabilidades e ampliação da comunicação, minimizando campos de tensão.

Intersetorialidade eu acredito que seja aquela parceria Educação e Saúde. Que eu acho que deveria ser mais intensa, deixa muito a desejar nesse sentido, porque, a equipe de Saúde da Família, faz uma reunião com a família e joga toda a responsabilidade para a creche (Gestora CREI 5).

Quanto à intersectorialidade, perceberam-se fragilidades na articulação para sua implantação no PSE. Identificou-se falta de clareza dos papéis e responsabilidades a serem assumidos, para se construir um planejamento contextualizado, já que sua execução carece da integralização de todos os setores e núcleos profissionais às áreas que compõem essa política pública^{4, 21, 24}.

Ações intersectoriais considerando saúde e educação parecem estar no campo do discurso. Em parte, engessadas, seja pela falta de capacidade de execução do trabalho seja pela rigidez das gestões^{4, 25}.

A existência de tensões resulta em ações fragmentadas entre saúde e educação, o que se atravessa na construção de um trabalho de perspectiva intersectorial, em especial na gestão e no desenvolvimento das ações do PSE^{21, 22}. Constitui um desafio para a saúde a construção de uma intersectorialidade dialógica e participativa, com inclusão da comunidade escolar no território, contemplando os passos necessários para se planejem e se implementarem os programas intersectoriais executados no cenário escolar¹⁵. As limitações identificadas pela pesquisa dizem respeito à não inclusão dos pais das crianças e à escassez de outros estudos sobre a Estratégia NutriSUS.

4. ENCAMINHAMENTOS PARA A PRÁTICA

- É relevante fortalecer a perspectiva intersectorial do trabalho em saúde e educação e, nessa direção contribuir para

planejamento, monitoramento e acompanhamento da Estratégia NutriSUS;

- Estimular a educação permanente em saúde, envolvendo os diversos agentes da Estratégia NutriSUS;
- Minimizar, em algumas realidades, o campo de tensões na execução das ações intersetoriais, mediante processos formativos, a partir do trabalho colaborativo interprofissional, tendo na centralidade do cuidado os usuários, famílias, comunidades e territórios;
- Dialogar e (re)construir, segundo o eixo orientador, a intersectorialidade, em parceria com serviços públicos da saúde e educação, principalmente na execução de ações da Estratégia NutriSUS.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. **Portaria nº 2.436**, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica [...]no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017.
2. BRASIL. Decreto nº 6.286 de 05 de dezembro de 2007. Aprova o Programa Saúde na Escola, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 05 dez. 2007.
3. BRASIL. **Caderno do gestor do PSE**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
4. SOUSA, M. C.; ESPERIDIÃO, M. A.; MEDINA, M.G. A. Intersetorialidade no Programa Saúde na Escola: avaliação do processo político-gerencial e das práticas de trabalho. **Cienc. Saúde Coletiva**. v. 22, p. 1781-1790, 2017.

5. BRASIL. NutriSUS – Estratégia de fortificação da alimentação infantil com micronutrientes (vitaminas e minerais) em pó. **Caderno de orientações**. Brasília DF: Ministério da Saúde, 2015.
6. KÖPTCKE, L. S., PADRÃO, M. R. A. V.; PEREIRA, F. M.A. importância da formação continuada para a gestão intersetorial no Programa Saúde na Escola. **Comun. Ciênc. Saúde**. v. 27, n. 3, p. 211-222, 2016.
7. BRASIL. **Portaria interministerial nº 1.055**, de 25 de abril de 2017. Redefine as regras e os critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola - PSE por estados, Distrito Federal e municípios e [...] para custeio de ações. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.
8. PEDUZZI, M.; AGRELI, H. L. F.; SILVA, J. A. M.; SOUZA, H. S. Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. **Trab. Educ. Saúde**. v. 18, Supl. 1, p. e0024678, 2020.
9. BRASIL. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. 1. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.
10. 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 Pública**. Mex. v. 57, n. 5, p. 372 –384, 2015.
11. ANDRÉ, H. P. *et al.* Indicadores de insegurança alimentar e nutricional associados a anemia ferropriva em crianças brasileiras: uma revisão sistemática. **Cienc. Saúde Coletiva**. v. 23, n.4, p. 1159 – 1167, 2018.
12. BRASIL. NutriSUS – Estratégia de fortificação da alimentação infantil com micronutrientes (vitaminas e minerais) em pó. **Manual operacional**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015.
13. CASTRO, L. C. V. *et al.* Improvement the nutritional status of preschool children following intervention with a supplement containing iron, zinc, copper, vitamin A, vitamin C and prebiotic. **Cienc. Saúde Coletiva**. v. 22, p. 2, p. 359 – 368, 2017.

14. 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. **Cienc. Saúde Coletiva**. v. 22, n. 2, p. 583 – 592, 2017.
15. DIAS, P. C. *et al.* Desafios da intersectorialidade nas políticas públicas: o dilema entre a suplementação nutricional e a promoção da alimentação saudável em escolas. **Cad. Saúde Pública**. v. 34, n. 12, p. 1 – 13, 2018.
16. BRASIL. Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição. **Segundeira CGAN/DAB comunica: Lançamento do Sistema de Micronutrientes**. Brasília-DF, 06 a 10 de novembro de 2017.
17. GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisas**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2017.
18. PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA. Programa Saúde na Escola. NutriSUS. **Relatório de Gestão**. João Pessoa, 2018.
19. PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA. **Relação dos CREIS 2018**. João Pessoa, 2018.
20. BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 70. ed. São Paulo: Casa das Ideias, 2016.
21. RASESEMOLA, R. M.; MATSHOGE, G. P.; RAMUKUMBA, T. S. Compliance to the Integrated School Health Policy: intersectoral and multisectoral collaboration. **Curatiónis**. v. 43, n. 1, p. 1 – 8, 2019.
22. CHIARI, A. P. G. *et. al.* Rede intersectorial do Programa Saúde na Escola: sujeitos, percepções e práticas. **Cad. Saúde Pública**. v. 34, n. 5, p. 1-15, 2018.
23. SILVA, C. S.; BODSTEIN, R. C. A. Referencial teórico sobre práticas intersectoriais em Promoção da Saúde na Escola. **Ciênc. Saúde Coletiva**. v. 21, n. 6, p. 1777-1788, 2016.

24. SOBRINHO, R. A. S. *et al.* Percepção dos profissionais da educação e saúde sobre o Programa Saúde na Escola. **Rev. Pesquisa Qualitativa**. v. 5, n. 7, p. 93 – 108, 2017.

25. PINHEIRO, A. S.; SILVA, L. R. G.; TOURINHO, M. B. A. C. A. Estratégia Saúde da Família e a Escola na Educação Sexual: uma perspectiva de Intersetorialidade. **Trab. Educ. Saúde**. v. 15, n. 3, p. 803 – 822, 2017.

CAPÍTULO 15

CONCEPÇÃO DE ENFERMEIRAS SOBRE O ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM MUNICÍPIO DO LITORAL NORDESTINO

Juliana Barros de Farias Vilar

Ana Suerda Leonor Gomes Leal

Cláudia Helena Soares de Morais Freitas

Talitha Rodrigues Ribeiro Fernandes Pessoa

Ardigleusa Alves Coêlho

1. INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) visa à oferta de intervenções para promover a saúde, prevenir agravos, diagnosticar, tratar, reabilitar e recuperar a saúde, ações que podem ser executadas por equipes que assumem a responsabilidade sanitária do território¹. A Estratégia Saúde Família (ESF) caracteriza-se como um dos modelos prioritários para expandir e consolidar a APS no Brasil², e busca a humanização do cuidado em saúde, visando à satisfação do usuário por meio do estreitamento das relações entre os profissionais e a comunidade, de modo a propiciar o entendimento de saúde enquanto direito de cidadania, expressão e qualidade de vida³.

Nesse contexto, o processo de trabalho na APS deve ser centrado no acolhimento com escuta qualificada, que classifique os riscos, avalie as necessidades e vulnerabilidades de saúde e se articule com as estratégias

de fortalecimento de controle social e da gestão local⁴. É no cenário das unidades básicas de saúde e das intervenções da ESF que acontece, preferencialmente, o primeiro acesso dos usuários com o Sistema Único de Saúde (SUS). E, nesse contexto, as ações a cada indivíduo deve considerá-lo enquanto um ser singular, complexo e inserido socioculturalmente⁵.

Assim, é necessário que o Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) seja executado, considerando o processo de escuta qualificada e da vivência dos profissionais, aspectos que lhes permitem reconhecer, entre os usuários, os que podem esperar por atendimento médico, devendo ser norteados por protocolos previamente definidos para organização do fluxo de trabalho e apoio ao processo de tomadas de decisões⁶.

A implementação da avaliação/estratificação de riscos e de vulnerabilidades é uma forma de garantir o acesso do provável paciente, com equidade, pois permite identificar situações de maior urgência, realizar as devidas prioridades, minimizando e até evitando, desta forma, a ocorrência de iatrogenias devido à não identificação das diferentes necessidades⁷.

2. CONTEXTO DO ESTUDO

A APS, no município de Cabedelo, possui 21 Unidades Básicas de Saúde da Família, uma delas integrada por 2 equipes, totalizando 22 equipes de Saúde da Família (eSF) e 22 equipes de Saúde Bucal, com cobertura de 100% da população residente⁸. Todas as Unidades Básicas de Saúde, segundo a organização da Rede de Ações e Serviços, são portas de entrada dos usuários no Sistema Municipal de Saúde.

Assim, a ESF, no contexto da APS, é ponto de acesso dos usuários no SUS e o lugar onde inúmeras pessoas buscam atendimento/cuidado. Na ESF muitos problemas podem ser resolvidos primariamente ou, não sendo possível, nesse espaço as pessoas são referenciadas para outros serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Além disso, por ser porta

de entrada, se faz necessário um acolhimento qualificado por parte dos profissionais das eSF, visando assegurar a integralidade e longitudinalidade do cuidado.

Este estudo objetivou descrever as concepções de enfermeiros acerca do acolhimento com classificação de risco na Atenção Primária à Saúde em um município do litoral nordestino.

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório com abordagem qualitativa, cujo cenário foi Unidades de Saúde da Família da cidade de Cabedelo, PB, tendo como amostra pragmática 915 enfermeiras, com pelo menos 6 meses de atuação na saúde da família e inseridas em uma equipe completa.

Os dados foram coletados entre março e maio de 2022, por meio de entrevista individual, guiada por um roteiro, realizada de forma presencial. As entrevistas foram gravadas, com tempo de duração entre 6 e 14 minutos. O depoimento das participantes foi transcrito na íntegra e submetido à análise de conteúdo¹⁰. As participantes receberam nomes de flores quando da reprodução de suas falas neste estudo, de modo a lhes preservar o anonimato.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas da Universidade Federal da Paraíba – UFPB, sob CAAE: 53495221.0.0000.5188.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Concepção sobre acolhimento com classificação de Risco

O estudo realizado mostrou que a maior parte das enfermeiras participantes possuía uma visão ampla acerca do significado do *acolhimento*, conceituando-o como uma ferramenta que facilita o acesso aos serviços, como uma tecnologia leve no cuidado a saúde¹¹ e como um

instrumento para organizar o trabalho em equipe, apresentando, assim, uma visão positiva e que corresponde ao real significado desse termo⁷ no contexto da saúde. Foi observado que outra parcela das entrevistadas apresentou uma visão ainda equivocada do que seria o acolhimento, reduzindo-o a uma triagem para atendimento médico e restringindo a sua realização apenas a alguns trabalhadores⁷.

Os diversos sentidos atribuídos a esse termo, pelas entrevistadas, estão expressos nas subcategorias a seguir:

3.1.1 Aspectos positivos na percepção sobre acolhimento

Para algumas participantes, um atendimento acolhedor facilita o acesso do usuário aos serviços de saúde, aperfeiçoa o trabalho dos seus profissionais, tornando a APS mais efetiva para a melhoria da saúde dos seus usuários¹², conforme expresso nos relatos a seguir:

Isso eu acho importantíssimo, porque o que gerou, o que diminuiu foi aqueles pacientes, eu percebo que deixaram de existir aquela demanda que chegava às 05 horas da manhã para pegar uma ficha. Então eles começaram a perceber que não adiantava. Então, ainda existe? Existem pessoas que chega às 6 horas da manhã, às 7 horas da manhã para pegar uma ficha, mas diminuiu muito, porque eles sabem que quando chegar aqui, ele vai passar por essa classificação e muitas vezes quem chegou depois é o primeiro a ser atendido (Calêndula).

Eu acho muito importante, porque a classificação de risco é que vai determinar se o paciente tem prioridade naquele atendimento mais rápido, ou não [...]. Aqui é muito difícil o paciente voltar sem atendimento, porque mesmo quando a médica não está, eu escuto o paciente, eu tento resolver, dou o direcionamento, se for uma informação que eu não tenha eu tento buscar no WhatsApp nos grupos da

Atenção Básica, entendeu? A gente tenta facilitar o acesso do paciente aos serviços (Azaleia).

Percebeu-se que, na opinião das enfermeiras, o acolhimento contribui para o acesso dos usuários, a partir da organização do trabalho, com ajuda da escuta qualificada e de critérios de acessibilidade que permitem a avaliação de risco^{7, 13, 14}, e não por atendimentos por ordem de chegada.

Além destas, alguns conceituaram acolhimento como uma postura, uma ferramenta para resolutividade das necessidades do usuário, o que permite o estreitamento da relação entre a população e trabalhadores de saúde, a partir da criação de vínculo entre ambos.

[...] ele precisa ser ouvido e muitas vezes também é uma angústia na unidade de saúde a gente fica limitado à resolutividade do que aquele paciente precisa [...] assim, esse acolhimento ele vai além de você determinar se esse paciente é uma urgência ou é algo que pode esperar [...] A gente sabe que o acolhimento vai muito mais além do paciente ser ouvido, a gente precisa ter essa resolutividade para que esse acolhimento seja efetivo (Crisântemo).

Acolhimento primeiro é isso, é escutar, é ver a necessidade daquele indivíduo de forma individual e às vezes até coletiva mesmo e tentar resolver dentro do que a gente tem dentro do serviço. E quando a gente acolhe você vai qualificar o problema dele para que seja atendido mais rápido possível, direcionar e acompanhar ele dentro da rede, não largar só aqui, assim como se diz ter a preocupação de saber se foi resolvido o caso daquele paciente dentro da rede, porque assim como é o saúde da família, o diferencial é esse, é a gente atender, acolher e acompanhar, porque a gente não é um serviço de urgência que manda o paciente, resolve e acha que porque encaminhou, se livrou do paciente. Não se livra, o paciente fica com a gente (Begônia).

A criação de vínculo e o acolhimento aos usuários são essenciais para o atendimento de suas necessidades; para isso, os profissionais precisam conhecer a fundo o significado de tais aspectos¹⁵. Além disso, deve ser realizado por todos os profissionais e fazer parte da rotina de todas as unidades por onde o usuário passar¹⁶.

3.1.2 Aspectos negativo na percepção sobre acolhimento

Ainda prevalece a visão equivocada de que o acolhimento necessita de um profissional específico para fazê-lo, como se pode perceber e na fala de uma participante:

[...] é o ponto mais importante de uma unidade de saúde, independente de COVID ou não, às vezes a gente tem deficiência em ter uma pessoa preparada e disponível só para fazer esse acolhimento (Gérbera).

O acolhimento é uma importante estratégia para a prática de humanização, por isso é importante não haver entraves na sua implementação, pois estes podem acarretar problemas aos usuários para acessar os serviços de saúde, especialmente os da APS¹⁵.

O conceito de acolhimento está relacionado a uma conduta ética a ser observada pelos profissionais das unidades, no contexto das relações interpessoais com enfoque em uma escuta centrada na pessoa e que propicie o exercício da alteridade, extrapolando o âmbito do serviço que, geralmente, se limita ao recebimento de usuários que buscam tão somente o cuidado¹⁷.

Também foi possível constatar, entre as entrevistadas do estudo, a restrição do acolhimento à realização da classificação de risco, ou seja, um procedimento que vai de encontro à postura mais subjetiva, pois

se ignora o processo de escuta qualificada, sem levar em consideração as necessidades das pessoas^{16, 18} conforme expressam as falas a seguir:

[...] você tem que ver, o que o paciente tem, o que ele está apresentando. Então, a partir daí você vai ver se ele é uma pessoa que precisa urgente, ou se ele pode esperar, se ele pode aguardar (Camélia).

[...] é digamos assim, ver aqueles pacientes que precisam de assistência imediata ou aqueles que precisam de um agendamento, a Classificação de Risco serve basicamente para isso, qual seria a urgência de atender primeiro e quais seriam aqueles que poderiam ser marcados para outro dia (Amarílis).

Limitar o acolhimento à classificação de riscos, sem assegurar a escuta no contexto de serviços primários, torna-se apenas mais uma etapa no fluxo a ser seguido pelo usuário na unidade¹⁹.

A pouca compreensão dos profissionais de saúde sobre o que deve ser feito quando da chegada do usuário à unidade de saúde é um dos maiores problemas do acolhimento, uma vez que, sem esse conhecimento e disponibilidade, não conseguirão executá-lo corretamente e o objetivo do acolhimento nunca será alcançado^{13, 19, 11}. Neste sentido, é essencial entender que o acolhimento extrapola a ordenação de fluxos e constitui uma tecnologia de cuidado para a articulação entre o acesso e a terapêutica²¹.

4. ENCAMINHAMENTOS PARA A PRÁTICA

Uma vez entendidas as dificuldades acima apresentadas, seguem algumas propostas de encaminhamentos para sua superação.

- Realização de atividades de educação permanente, sobre a temática do acolhimento, com todos os profissionais

da APS, a fim de permitir o conhecimento a fundo do seu significado e sua importância para a melhoria da qualidade dos atendimentos ofertados à população;

- Implementação do acolhimento com escuta qualificada e estratificação de risco e vulnerabilidades nas Unidades Básicas de Saúde da Família, com vistas a assegurar, com equidade, o acesso aos serviços, atendendo às necessidades dos usuários e aumentando a resolutividade dos serviços de saúde, seja na APS ou em outros serviços da Rede de Atenção à Saúde;
- Adequação do espaço físico das unidades para se receberem os usuários, de modo que essas pessoas se sintam à vontade e consigam estabelecer relações de trocas e de confiança com os profissionais, criando, assim, vínculos efetivos entre si.

REFERÊNCIAS

1. SILVA, A. P. Trabalho em equipe na atenção primária à saúde: fundamentos histórico-políticos. **Cad. Saúde Pública**, v. 32, n. 8, e00095616, 2016. ISSN 1678-4464.
2. 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, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 20 set. 2023.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, v. 34, n. 3, p. 316-319, 2000.

4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
5. FARIA, H. P. *et al.* **Modelo assistencial e atenção básica à saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2010.
6. ROSSATO, Karine *et al.* Acolhimento com classificação de risco na estratégia saúde da família: percepção da equipe de enfermagem. **Rev. Enferm. UFSM**, v.8, n.1, p.144-156, 2018.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Cobertura de Atenção Básica**. Brasília, Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>. Acesso em: 06 out. 2023.
9. NAVARRETE, M. L. V. *et al.* **Introdução a técnicas qualitativas aplicadas em saúde**. Recife, IMIP, 2009.
10. BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
11. MERHY, E. E; ONOCKO, R. **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo. Editora Hucitec, 1997.
12. CARLOS, I. L. *et al.* Acolhimento e estratégia de saúde da família: relato de experiência. **Rev. Med. Minas Gerais**, n. 27, e-1916, 2017.
13. BARROS, M. M. A. *et al.* Acolhimento em Unidade de Atenção Primária à Saúde: Potencialidades e Desafios. **SANARE – Revista de Políticas Públicas**, v. 17, n. 2, 2018.
14. SOUZA, E. C. F. *et al.* Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. de Saúde Pública**, v. 24, suppl. 1, p. 100-110, 2008.

15. FEITOSA, M. V. N. *et al.* Práticas e saberes do acolhimento na atenção primária à saúde: uma revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 3, p. e5308, 2021.
16. BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 2006.
17. PASSOS, C.; PANELLI-MARTINS, B. Desafios à prática do Acolhimento na Atenção Primária em Saúde no Brasil. **Revista Integrativa em Inovações Tecnológicas nas Ciências da Saúde**. v. 3, n. 2, p. 56-70, 2019.
18. SILVA, T. F. *et al.* O acolhimento como estratégia de vigilância em saúde para a produção do cuidado: uma reflexão epistemológica. **Saúde Debate**, v.42, n.4, p.249-260, 2018.
19. GIRÃO, A. L. A.; FREITAS, C. H. A. Usuários hipertensos na atenção primária à saúde: acesso, vínculo e acolhimento à demanda espontânea. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v.37, n.2, 2016.
20. OLIVEIRA, L. M. L.; TUNIN, A. S. M.; SILVA, F. C. Acolhimento: concepções, implicações no processo de trabalho e na atenção em saúde. **Rev. de APS**, v. 11, n. 4, p. 362-373, 2008.
21. GIORDANI, J. M. A. *et al.* Acolhimento na atenção primária à saúde: revisão sistemática e metassíntese. **Revista de APS**, v. 23, n. 1, 2020.

CAPÍTULO 16

VIOLÊNCIA DE GÊNERO EM MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS NA ATENÇÃO BÁSICA

*Luiza Sátyro Morais de Medeiros
Heloísa Helena Pinho Veloso
José Manuel Peixoto Caldas
Layanne Satyro Medeiros Lucena
Júlio César Guimarães Freire*

1. INTRODUÇÃO

No atual modelo de Saúde Pública, a compreensão de saúde está condicionada ao bem-estar, à qualidade de vida e à determinação dos fatores sociais do processo saúde-doença. A organização da Saúde Pública proposta pelo SUS vai desde a prestação continuada de saúde básica a uma rede integralizada de eixos voltados à saúde coletiva, como descrevem a Lei 8.080 de setembro de 1990 e a Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017^{1,2}.

O Diabetes Mellitus (DM) é uma doença crônica, metabólica, caracterizada pela deficiência relativa de insulina, como também pela resistência a esse hormônio. Pouco se sabe sobre sua etiologia, e o DM tipo 2 representa a forma mais prevalente da doença, acometendo 90% a 95% de todos os pacientes³.

Segundo dados da *International Diabetes Federation* (IDF), o Brasil ocupa a quinta colocação em incidência de Diabetes no mundo, com 16,8 milhões de doentes adultos (20 a 79 anos), com prevalência maior

no sexo feminino, ficando atrás apenas da Índia, China, Estados Unidos e Paquistão. Os dados refletem a importância de medidas urgentes para reduzir o impacto dessa doença⁴.

Assim como a Diabetes Mellitus, a Violência de Gênero (VG) se traduz hoje como um dos grandes desafios da saúde pública, com proporções alarmantes e implicações negativas na qualidade de vida das pessoas acometidas. As mulheres, independentemente de sua cultura, religião, grupo étnico e nível de escolaridade, vivenciam o triste fenômeno da violência, com enorme disparidade entre elas no acesso aos serviços de saúde e a busca pelos direitos^{5, 6, 7}.

Diante de tal problemática, sabe-se que são relevantes para área da Saúde da Família os estudos de caráter biopsicossocial ligados aos determinantes sociais de saúde, particularmente numa perspectiva de gênero, no qual torna-se importante analisar a questão do DM referente aos fenômenos envolvidos, os atores, nesse caso as mulheres, como também analisar o problema da VG na gestão do Diabetes.

2. CONTEXTO DO ESTUDO

2.1 Justificativa

Diante da problemática apresentada, o presente estudo pretende contribuir para a requalificação e sensibilização dos profissionais da Atenção Básica (AB) no enfrentamento à Violência de Gênero, bem como aprimorar os cuidados de atenção à saúde das pacientes com Diabetes Mellitus, vítimas dessa patologia psicossocial.

2.2 Objetivo

Objetivou-se avaliar as consequências da Violência de Gênero em mulheres com diagnóstico de Diabetes Mellitus acompanhadas na Atenção Básica do município de São Mamede, Paraíba.

2.3 Método

Trata-se de um estudo do tipo observacional transversal descritivo, com abordagem quantitativa.

A população alvo foi composta por mulheres diagnosticadas com DM, maiores de 18 anos, residentes e acompanhadas na Atenção Básica do Município de São Mamede-PB. Como critérios de inclusão, adotaram-se: estar cadastrada nas referidas Unidades de Saúde, ter mais de 18 anos, ser diagnosticada com DM há pelo menos 1 ano. Foram excluídas mulheres que não estavam na Unidade de Saúde no momento da busca ou que não faziam tratamento e acompanhamento de DM na rede pública de saúde.

A coleta de dados foi realizada através dos seguintes questionários validados e aplicados pelos pesquisadores:

1. Estudo Multi-Países sobre Saúde da Mulher e Violência Doméstica (WHO/VAW)⁸;
2. Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR)⁹.

Com todas as participantes incluídas na pesquisa foram aplicados os índices WHO/VAW e EAR, que permitiu gerar 2 grupos de pesquisa: Grupo I (DM/VG); Grupo II (DM/não VG), além do exame de Hemoglobina Glicada para controle do Diabetes. Os resultados foram anotados em planilhas para posterior comparação entre os grupos I e II.

Após a coleta, foi construído um banco de dados para armazenamento das informações que foram transportados para o *Statistical*

Package for the Social Sciences (SPSS), versão 24, para análise estatística quantitativa dos dados e suas variáveis.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CCS/UFPB) sob o Parecer nº 5.253.148.

3. RESULTADOS

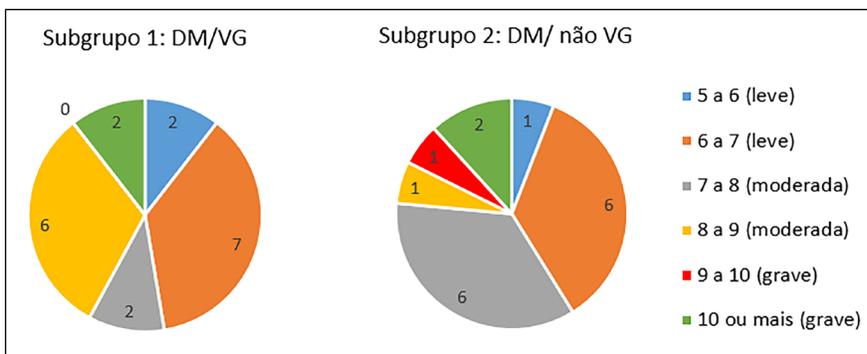
A partir da análise dos resultados, observou-se que 100% (n=40) das participantes tinham mais que 31 anos. A maioria possuía 2º grau completo (42,5%; n=17), era parda (57,5%; n=23), casada (62,5%; n=25), católica (85,0%; n=34), morava com os pais (92,5%; n=37), tinha fonte de renda (62,5%; n=25) e casos de DM na família (97,5%).

Quanto aos seus companheiros, constatou-se: serem maiores de 61 anos de idade (52,5%; n=21), analfabetos (33,3%; n=10), trabalhavam (70,1%; n=22), não faziam uso de álcool (63,9%; n=23) ou drogas (97,1%; n=33) e nunca se envolveram em brigas (88,6%; n=31).

Observou-se que, na maioria dos casos, as brigas entre companheiros ocorriam com uma frequência de até duas vezes por mês (60,0%; n=21). Mulheres que sofreram violência representavam 47,5% da amostra (n=19). Violência Psicológica (37,5% n=15), Violência física (25% n=10) e Violência Sexual (10% n=4). Apenas 5% (n=2) das participantes realizou denúncia.

Todas as participantes da pesquisa realizaram o exame de hemoglobina glicada (HbA1c) para permitir um estudo comparativo entre os grupos 1 e 2, como visualizado no gráfico a seguir (Gráfico 1).

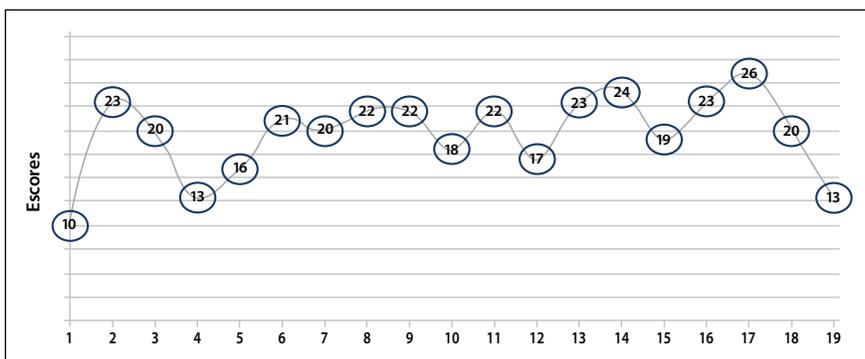
Gráfico 1 – Resultado do exame de Hemoglobina Glicada das mulheres DM/VG e DM/não VG. São Mamede-PB, 2022.



Fonte: Elaborado pelos autores (2023).

Após a análise, verificou-se que o grupo 1 DM/VG apresentou níveis mais elevados de açúcar no sangue, apresentando maior dificuldade no controle da doença. A aplicação da EAR evidenciou que 18 das 19 mulheres apresentaram escores de baixa autoestima (Gráfico 1).

Gráfico 2 – Escores da EAR aplicada com as mulheres diabéticas vítimas de violência. São Mamede-PB, 2022.



Fonte: Elaborado pelos autores (2023).

4. DISCUSSÃO

No Estado do Ceará, uma pesquisa evidenciou na sua amostra que a faixa etária mais propensa a sofrer VG foi de 20-49 anos. O presente estudo aproximou-se desse recorte, com idade de 31 anos ou mais. Na escolaridade, as vítimas reportadas pela pesquisa do Ceará declararam, em sua maioria, baixa escolaridade, o que diverge deste estudo, já que a maior parte tem ensino médio completo¹⁰.

Um estudo realizado na Bahia concluiu que a maioria das vítimas era solteira¹¹. Já na presente amostra, a maior parte é casada. O mesmo estudo citado concluiu que a renda, aparentemente, não se constituía como um fator protetor ao papel de vítima; esse dado se confirma na presente pesquisa.

Acerca do perfil dos agressores do Núcleo de Atendimento às Vítimas de Violência da cidade de Canoas-RS, um estudo realizado em 2017 constatou que a maioria possuía baixa escolaridade e renda formal (45%)¹². Na presente pesquisa, também, a maioria dos homens tem baixa escolaridade e possui renda.

Sobre as brigas conjugais, a sociedade ainda defende que “Em briga de marido e mulher, ninguém mete a colher”. Isso apenas contribui para a banalização da VG, tornando a vítima ainda mais vulnerável pela impossibilidade de algum apoio externo, como o da família¹³.

Um outro estudo desenvolvido com mulheres atendidas pelo SUS, em uma cidade do Nordeste brasileiro, constatou que o tipo de violência mais prevalente em sua amostra foi a psicológica¹⁴. Tais resultados corroboram com a presente pesquisa.

O grande percentual de mulheres casadas neste estudo pode ter mascarado a prevalência da violência sexual, uma vez que as vítimas não reconhecem ou não assumem esse tipo de problema¹⁵. No tocante às denúncias, a literatura mostra que após a pandemia o número de casos de violência doméstica aumentou, todavia, as denúncias em delegacias

civis diminuiriam¹⁶. Na presente pesquisa, apenas 2,5% das mulheres denunciaram.

As equipes de saúde têm dificuldade na identificação do problema de VG e no manejo durante a assistência. O vínculo, o acolhimento e o trabalho em equipe são essenciais para essa assistência^{17,18}.

Apesar de poucos estudos se dedicarem a compreender o controle glicêmico em mulheres que sofrem VG, um estudo desenvolvido no México corrobora com os achados da presente pesquisa, uma vez que demonstra que a violência doméstica é um dos fatores que dificultam a manutenção glicêmica adequada, assim como a falta de apoio familiar, a dificuldade econômica, entre outros¹⁹.

5. ENCAMINHAMENTOS PARA PRÁTICA

- A VG é um fator agravante no controle da DM, com influência negativa e deteriorante na qualidade de vida das mulheres acometidas;
- Além da alta prevalência de mulheres diabéticas vítimas desse agravo, constatou-se a ausência de denúncia e a dificuldade dos profissionais da AB em prestar uma assistência adequada a essa população;
- Foi elaborado um Manual/Cartilha/E-book intitulado “As mil e uma faces da Violência de Gênero”, que trata dos tipos de violência²⁰;
- Foi ministrada uma Capacitação no formato curso, denominado “Curso Filhas de Eva”, com as equipes multidisciplinares em saúde.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília-DF, 1990.
2. BRASIL. **Portaria de consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília-DF, 2017.
3. BRUTTI, B.; FLORES, J.; HERMES, J. *et al.* Diabete Mellitus: definição, diagnóstico, tratamento e mortalidade no Brasil, Rio Grande do Sul e Santa Maria, no período de 2010 a 2014. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 2, n. 4, p. 3174-82, 2019.
4. INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION (IDF). **Diabetes Atlas Ninth Edition**. 2019. Disponível em: <https://idf.org/aboutdiabetes/what-is-diabetes/facts-figures.html>. Acesso em: 22 maio 2021.
5. CURIA, B. G.; GONÇALVES, V. D.; ZAMORA, J. C. *et al.* Produções científicas brasileiras em Psicologia sobre violência contra mulher por parceiro íntimo. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 40, 2020.
6. MORSE, J. Critical analysis of strategies for determining rigor in qualitative inquiry. **Qualitative Health Research**, v. 25, n. 9, p. 1212-22, 2015.
7. BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.
8. SCHRAIBER, L. B.; LATORRE, M. R. D. O.; FRANÇA JR, I. Validade do instrumento WHO VAW STUDY para estimar violência de gênero contra a mulher. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n. 4, p. 658–66, 2010.
9. ROSENBERG, M. **Society and the adolescent self-image Princeton**. Princeton University Press, 1965.

10. COELHO, F. A. F.; BARCELOS, S. C.; NASCIMENTO, P. C. *et al.* Perfil epidemiológico de mulheres em situação de violência de gênero no estado do Ceará, 2008 a 2017. **Revista Científica da Escola de Saúde Pública do Ceará**, v. 13, n. 1, 2019.
11. NASCIMENTO, F. R.; SANTOS, I. A.; ÂNGELO, L. M. D. *et al.* Mulheres vítimas de violência de gênero: Perfil sócio-demográfico (Eunápolis-BA). **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 6, p. 37962-69, 2020.
12. GEDRAT, D. C.; SILVEIRA, E. F. da; ALMEIDA NETO, H. Perfil dos parceiros íntimos de violência doméstica: uma expressão da questão social brasileira. **Serviço Social & Sociedade**, n. 138, pp. 342-58, 2020.
13. MEIRELLES, A. O. Por que as mulheres ainda sofrem violência doméstica após 14 anos de aprovação da Lei Maria da Penha? (lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006). **Revista de Estudos Jurídicos UNA**, v. 8, n. 1, p. 188-204, 2021.
14. FORMIGA, K.; ZAIA, V.; VERTAMATTI, M. *et al.* Violência cometida pelo parceiro íntimo: estudo observacional com mulheres atendidas no Sistema Único de Saúde. **Einstein**, v. 19, eAO6584, 2021
15. VARJÃO, J. P.; PINHEIRO, E. F. **Estupro marital: a violência sexual no casamento**. Trabalho de Conclusão de Curso (Direito) – Faculdade de Direito de Alta Floresta. Alta Floresta, 2021
16. ARRUDA, L.; BUENO, M. S. Violência contra a mulher: o aumento de casos e a diminuição das denúncias durante o isolamento social frente a pandemia do COVID-19. **Academia de Direito**, v. 4, p. 871-94, 2022
17. D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; PEREIRA, S.; SCHRAIBER, L. B. *et al.* Obstáculos e facilitadores para o cuidado de mulheres em situação de violência doméstica na atenção primária em saúde: uma revisão sistemática. **Interface**, v. 24, 2020
18. AYRES, J. R. C. M. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. **Saúde e Sociedade**, v.18, supl.2, 2009.

19. HERNÁNDEZ, I. A.; AVALOS-GARCÍA, M. I.; ÁLVAREZ, H. R. P. Percepción sobre la diabetes y calidad de su control en indígenas Chontales. Un estudio cualitativo. **Horizonte sanitario**, v. 19, n. 2, 2020.
20. MEDEIROS, L. S. M.; VELOSO, H. H. P.; CALDAS, J. M. P. As mil e uma faces da Violência de Gênero. Recife: **Even3 Publicações**, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.29327/5170056>. Acesso em: 03 mar 2023



RELATOS DE EXPERIÊNCIAS

CAPÍTULO 17

CUIDAR E SER CUIDADO: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UMA AURICULOTERAPEUTA

*Terezinha Paes Barreto Trindade
Franklin Delano Soares Forte*

“Seu olhar, seu olhar melhora,
melhora o meu!” (Música de Arnaldo
Antunes e Paulo Tatit)

1. PONTOS DE PARTIDA

Para contextualizar esta experiência, faz-se importante relatar a trajetória da primeira autora que culminou no desenvolvimento do Trabalho de Conclusão de Mestrado, no Programa Profissional em Saúde da Família, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

Cirurgiã-dentista de formação pela UFPB (1994), exercitei a odontologia clínica durante 12 anos, em consultório privado. Mas algo dentro de mim faltava, além de uma “prática empresarial de prestação de serviços odontológicos”.

Em 2004, ingressei na Estratégia Saúde da Família (ESF), percorrendo municípios do brejo paraibano até o ano de 2011. Em 2005, concluí Especialização em ESF e desde 2012, atuo na ESF em João Pessoa-PB.

Participei de vários processos formativos pedagógicos, capacitações e qualificações profissionais. Procuo desenvolver o meu processo

de trabalho baseado nas boas relações interpessoais, no respeito aos diversos saberes, no diálogo construtivo, na interação e no vínculo com a comunidade e com o saber popular.

Minha história com a auriculoterapia começou em 2016, pela oferta de um curso de Formação em auriculoterapia para profissionais de saúde da Atenção Básica, elaborado pela Universidade Federal de Santa Catarina e oferecido pelo Ministério da Saúde, em conformidade com as diretrizes das Políticas Nacionais de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PNPICS), de Atenção Básica e de Educação Permanente em Saúde^{1,2}.

Então, iniciei a oferta da auriculoterapia na Unidade de Saúde da Família (USF) para os trabalhadores e, a partir da aceitabilidade desse serviço, ampliei a oferta aos usuários do território.

Assim quis avançar nos estudos das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) e investigar sobre o tema em minha pesquisa no Mestrado Profissional em Saúde da Família. Ciente de que há um universo a ser explorado sobre as PICS no processo de cuidado em saúde, meu estudo buscou contribuir para o conhecimento sobre a prática da auriculoterapia e avançar na reflexão sobre os desenhos metodológicos que possam proporcionar um diálogo entre a sistematização na busca do conhecimento científico e a complexidade dos saberes e sua subjetividade, na perspectiva de superação dos paradigmas do cuidar em saúde^{3,4}. Nesse sentido, este relato objetiva narrar minhas percepções sobre o processo de cuidado de trabalhadores da Atenção Primária à Saúde (APS), os sentimentos e as relações e minhas reflexões a partir de registros de diário de campo.

2. PERCURSO TRILHADO

Este relato utiliza-se de uma sistematização de minhas experiências e reflexões, como pesquisadora terapeuta, no processo de cuidado durante a coleta de dados de minha pesquisa de mestrado⁵.

O cenário do relato foi João Pessoa-PB, Nordeste do Brasil. A experiência ocorreu em uma USF com três equipes de saúde, situada em um bairro popular de grande extensão territorial.

Diante do processo de adoecimento dos profissionais da ESF e do vivido pela pandemia^{6,7}, propus meu estudo com base na oferta de auriculoterapia para o controle da ansiedade dos trabalhadores desta USF. Foram aplicados questionários: com dados sociodemográficos, econômicos e profissionais; de autoavaliação do nível de ansiedade; qualidade de vida e escala de dor, utilizando a Escala Visual Analógica^{8,9,10,11,12}.

As sessões foram feitas na USF, conforme disponibilidade dos trabalhadores. A auriculoterapia¹³ foi realizada por meio da utilização de um protocolo de pontos auriculares para o controle da ansiedade, totalizando duas fases de 10 intervenções cada, em frequência semanal. Também foi utilizada ficha individual de auriculoterapia e cartão de aprazamento. Um total de 14 trabalhadores participaram da pesquisa. Um protocolo de pontos auriculares, identificados como pontos moduladores dos estados emocionais e comportamentais, foi utilizado^{14,15,16}.

Considerando o contexto pandêmico da COVID-19, durante a coleta de dados, foram seguidas rigorosamente todas as normas de biossegurança determinadas pela Nota Técnica GVIM/GGTES/ANVISA nº 04/2020¹⁷.

Durante as intervenções da primeira fase terapêutica, registrei, em ficha individual de auriculoterapia, observações consideradas importantes. Elas continham aspectos peculiares e subjetivos de cada trabalhador submetido às sessões de auriculoterapia, considerando a individualidade e a complexidade de cada pessoa. Por meio desses registros, foi possível resgatar características subjetivas do grupo estudado, bem como uma diversidade de comportamentos e respostas durante o período terapêutico.

3. PONTOS DE CHEGADA

A princípio, o grupo mostrou-se bem diverso sobre o conhecimento da terapia, bem quanto à sua credibilidade. Essa diversidade caracterizava-se pela presença de participante com amplo conhecimento sobre o assunto, adepto à terapia há um tempo considerável, que nunca tinha ouvido falar sobre essa prática e que aceitou colaborar na pesquisa, porém mostrava indiferença ou incredibilidade à proposta terapêutica. Todos os participantes apresentaram-se bastante colaboradores e receptivos durante as sessões de auriculoterapia.

Os participantes, apresentaram demandas de origem emocional e de adoecimento mental oriundas de problemas familiares, sobrecargas e cobranças no trabalho, além de transtornos físicos individuais. Os sinais e sintomas mais relatados foram: transtornos do sono, impaciência e irritabilidade, esgotamento mental, preocupação, dores musculoesqueléticas, zumbidos auriculares e bruxismo. Alguns participantes não relataram queixas sobre sua saúde mental, mas se permitiram passar pela experiência terapêutica. Antes de submeterem-se à terapia proposta, os participantes expressaram suas percepções sobre a auriculoterapia. A partir desses registros, uma nuvem de palavras foi criada (Figura 1).

Figura 1 – Percepções gerais sobre a auriculoterapia antes da primeira fase terapêutica. João Pessoa, 2022.



Após a primeira fase de auriculoterapia os participantes, novamente, expressaram suas percepções (Figura 2).

Figura 2 – Percepções gerais sobre a auriculoterapia depois da primeira fase terapêutica. João Pessoa, 2022.



A Figura 1 destacou uma percepção sobre a auriculoterapia com destaque ao alívio de dores, entretanto, após a primeira fase terapêutica,

os participantes enfatizaram melhora do sono, maior relaxamento e redução da ansiedade (Figura 2).

Passaram-se as semanas com as sessões de auriculoterapia, e um dos participantes confessou que, a princípio, não acreditava nessa prática e que tinha aceitado participar por curiosidade e para experimentar a proposta, mas que se percebeu mais calmo em suas condutas diárias e reações, desde a primeira sessão da terapia

Algumas participantes mulheres perceberam melhora em seus estados emocionais durante os períodos pré-menstruais e acrescentaram que seus familiares relataram associar essas melhoras à auriculoterapia (Figura 2).

Os relatos de melhora do sono e de maior estabilidade emocional foram bastante frequentes no decorrer das sessões, e um caso de redução do hábito do bruxismo chamou-me a atenção, especialmente. Por outro lado, foram sinalizados depoimentos de alguns trabalhadores sobre grande sobrecarga de tarefas e responsabilidades no trabalho, somados a problemas familiares, e relataram pouca melhora em seus estados emocionais ou uma melhora transitória ou curta com as sessões de auriculoterapia.

Outros aspectos observados foram depoimentos a respeito da melhora da concentração e da capacidade de respostas resolutivas às demandas diárias. Em alguns casos, foi solicitada pelo participante a auriculoterapia para outras queixas ou problemas físicos que não estavam incluídos no protocolo proposto (Figura 1 e 2).

A Figura 3 expressa os sentimentos e relações pessoais, na minha percepção, durante o processo de cuidado. A interação entre terapeuta e participante foi bastante gratificante. Relatos de gratidão, de atenção, de sentir-se cuidado e apoiado foram manifestações que demonstraram vínculo no decorrer dessa fase, melhorando as interações e fortalecendo a perspectiva da necessidade de cuidar uns dos outros no ambiente do trabalho. Decerto, os trabalhadores convivem cerca de 40 horas semanais e, no dia a dia do trabalho, as diversas relações pessoais se

autopercepção do indivíduo ao refletir seu processo de adoecimento e seu modo de agir, sentir e de ser, tornando-o sujeito protagonista de seu processo de cuidado. Assim, percebe-se que a técnica por si só se torna automática e mecânica quando não tecida nas relações e vínculos, nos atos e sentimentos expressos¹⁸.

No processo de cuidado, deve-se considerar a conduta e o olhar atento do terapeuta, pois esse aspecto se destacou como essencial na terapia, por meio da humanização e acolhimento baseado na escuta e na geração de vínculo e corresponsabilidade, favorecendo o alcance de melhores resultados terapêuticos (Figura 3).

O Quadro 1, revela a identificação das facilidades e dos desafios, na minha visão, durante essa vivência.

Quadro 1 – Facilidades e desafios para a oferta da auriculoterapia na percepção da terapeuta.

FATORES FACILITADORES	FATORES DESAFIADORES
Prática de tecnologia leve, baixo custo, fácil aplicação e mínimo risco de efeitos adversos.	Reconhecimento institucional do terapeuta e das práticas em PICS.
Possibilidades de geração de vínculo e corresponsabilidade no processo de cuidado.	Espaço físico, insumos e agenda protegida para as PICS.
Aceitabilidade dos trabalhadores e usuários para a experiência com a terapia.	Visão tecnicista e hegemônica do cuidado ainda dominante.
Adesão à terapia após alguma experiência vivenciada.	Desconhecimento dos gestores, trabalhadores e usuários sobre as PICS.

Nesse contexto, é necessária a implementação dessa prática com maior reconhecimento institucional e apoio da gestão¹⁹, bem como maior interesse e preparo dos profissionais da saúde para exercerem a auriculoterapia e outras PICS, oferecendo maior oferta e melhor qualidade desses serviços²⁰.

4. ENCAMINHAMENTOS PARA A PRÁTICA

- Faz-se relevante ofertar a auriculoterapia nas USF para o cuidado do cuidador e dos usuários do SUS, por sua aceitabilidade demonstrada nos relatos dos participantes em promover equilíbrio emocional, controle da ansiedade e, conseqüentemente, melhora na qualidade de vida geral;
- Faz-se importante a criação de uma política local para as PICS, fortalecendo as propostas da PNPICS, com mobilização dialógica e participativa entre os diversos agentes (usuários, comunidade, trabalhadores e gestores);
- A experiência na pesquisa possibilitou refletir sobre o processo de cuidado pautado não somente na técnica em si, mas na relação de vínculo entre cuidado e cuidador, na perspectiva de um terapeuta atento e acolhedor e de um sujeito do cuidado ativamente participante nesse processo.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Formação em Auriculoterapia para Profissionais de Saúde na Atenção Básica. **Módulo I - Introdução à Formação em Auriculoterapia**. Ed. Fett Educação e Ensino LTDA. p. 44. UFSC, 2016.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso**. ed. 2. p. 96. Brasília, DF, 2015.

3. CONTATORE, O. A.; TESSER, C. D.; BARROS N. F. Medicina chinesa/ acupuntura: apontamentos históricos sobre a colonização de um saber. **Hist. Ciênc. Saúde-Manguinhos**. v. 25, n. 3. p. 841-858, 2018.
4. CONTATORE, O. A.; MALFITANO, A. P. S.; BARROS, N. F. Por uma sociologia do cuidado: reflexões para além do campo da saúde. **Trab. Educ. Saúde** v. 17, n.1, p. e0017507, 2019.
5. HOLLIDAY, O. J. Tradução RESENDE, M. V. V. **Para sistematizar experiências**. v. 2, p. 128, s. 4. Brasília: Ministério do Meio Ambiente, 2006.
6. VACA, K. M. R. *et al.* Mental health of healthcare workers of Latin American countries: a review of studies published during the first year of COVID-19 pandemic. **Psychiatry Res**. v. 311:114501, 2022.
7. RIBEIRO, H. K. P. *et al.* Transtornos de ansiedade como causa de afastamentos laborais. **Rev. Bras. Saúde Ocup**. v. 44, n. 1, p. 1-8, 2019.
8. BIAGGIO, A. M. B.; NATALÍCIO, L. **Manual para o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE)**. Centro Editor de Psicologia Aplicada. Rio de Janeiro, 1979.
9. PERPINA-GALVAÑ, J. *et al.* Validade de conteúdo de versão resumida da subescala do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE). **Rev. Latinoam. Enferm**. v. 19, n. 4, p. 882-887, 2011.
10. SOUZA, R. G. *et al.* A Relevância dos Instrumentos de Avaliação de Ansiedade, Estresse e Depressão. **Ciênc. Biol. Saúde**. v. 3, n. 1. p. 37-57, 2015.
11. FLECK, M. P. A. *et al.* Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". **Rev. Saúde Pública**. v. 34, n. 2, p. 178-183, 2000.
12. HEINEN, A. C. *et al.* Avaliação da dor como quinto sinal vital: uma escolha profissional de intervenção fisioterapêutica. **Rev. Pesqui. Fisioter**. v. 6, n. 4, p. 379-386, 2016.

13. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Glossário temático: práticas integrativas e complementares em saúde.** p. 180. Brasília, 2018.
14. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Formação em Auriculoterapia para Profissionais de Saúde na Atenção Básica. **Módulo II - Auriculoterapia segundo a Reflexologia.** p. 53. UFSC, 2016.
15. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Formação em Auriculoterapia para Profissionais de Saúde na Atenção Básica. **Módulo III -Auriculoterapia segundo a Medicina Tradicional Chinesa.** p. 56. UFSC, 2016.
16. PRADO, M.; KUREBAYASHI, L. F. S.; SILVA, M. J. P. Eficácia da auriculoterapia na redução de ansiedade em estudantes de enfermagem. **Rev. esc. enferm.** v. 46, n. 5, p. 1200-1206, 2012.
17. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde. Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde. **Nota Técnica GVIM/GGTES/ ANVISA nº 04/2020.** Brasília. Fev. 2021.
18. CONTATORE, O. A.; MALFITANO, A. P. S.; BARROS, N. F. Por uma sociologia do cuidado: reflexões para além do campo da saúde. **Trab. Educ. Saúde** v. 17, n.1, p. e0017507, 2019.
19. BARROS, N. F.; FRANCISCO, P. M. S.; SOUSA, L. A. Desapoio dos gestores e desinstitucionalização das Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública.** v. 36, n. 6. p. 623, 2020.
20. RIBEIRO, L. G.; MARCONDES, D. A interface entre a atenção primária à saúde e práticas integrativas e complementares no sistema único de saúde: formas de promover as práticas na APS. **APS em Revista.** v. 3, n. 2, p.102–109, 2021.

CAPÍTULO 18

PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES PARA O CUIDADO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: TRILHANDO NOVOS CAMINHOS

*Jéssica Pinheiro Carnaúba
Luciana Rodrigues Cordeiro
Ana Karen Pereira de Souza
Ellen Rose Sousa Santos
Marli Teresinha Gimeniz Galvão*

1. PONTO DE PARTIDA

O estresse laboral passou a ser um termo comumente utilizado como causa e explicação para diversas desordens da vida do trabalhador¹. Tal condição tem consequências importantes para a saúde, incluindo depressão, desânimo, ausência de envolvimento no trabalho, faltas e atrasos no serviço com maior frequência e farmacodependência¹.

Os trabalhadores da Estratégia Saúde da Família (ESF)², de modo geral, sofrem com excesso de atividades, conflitos entre profissionais, sobrecarga de trabalho, desvalorização e impotência diante das dificuldades. Tais fatores trazem impactos negativos à saúde e qualidade de vida desses atores².

A partir da pandemia ocasionada pelo coronavírus Sars-CoV-2³, mudanças profundas têm impactado ainda mais no trabalho da ESF

com necessidade de adequação à nova realidade, haja vista ser porta de entrada para os serviços de saúde e estar mais próximas às comunidades. Desta feita, parte dos casos suspeitos chegavam inicialmente a esse serviço, sendo necessária a identificação do caso, manejo terapêutico, referência hospitalar para casos graves, notificação e monitoramento de casos suspeitos^{4,5}.

Somam-se a isso, as problemáticas de saúde já enfrentadas pela ESF, como as grandes desigualdades sociais que refletem nos aspectos socioeconômicos, culturais e epidemiológicos. Além destes, a ESF tem de lidar com acompanhamento longitudinal das famílias, algumas com necessidades contínuas como pessoas com doenças crônicas, gestantes, puérperas e crianças⁵.

No contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são considerados o elo entre a comunidade e os demais profissionais⁶. Estudos^{6,7} demonstram que 90% dos ACS apresentam nível moderado a alto de estresse, com sintomas predominantes de fadiga, dores musculares, cefaleia, indigestão e dores lombares. Como fatores apontados para o desencadeamento do estresse, são citados: satisfação com o trabalho, baixo conforto ambiental, temperatura ambiente e excesso de trabalho. Tais problemáticas alertam para as necessidades de medidas que sejam capazes de evitar a queda de desempenho e o adoecimento desses trabalhadores, necessitando haver o desenvolvimento de ações e políticas públicas voltadas para a saúde do trabalhador^{6,7}.

Ao pensar em estratégias que possam contribuir para a saúde dos trabalhadores, surgem as Práticas Integrativas e Complementares (PIC). Tais práticas, são baseadas na Medicina Tradicional Chinesa (MTC), envolvendo abordagens que buscam despertar mecanismos naturais para a prevenção de doenças e recuperação da saúde, através de tecnologias efetivas e seguras, em uma visão ampliada do processo saúde e doença e da promoção do cuidado holístico ao ser humano⁸.

2. PERCURSO TRILHADO

Durante a pandemia da Covid-19 em 2021, a ESF Recreio, localizada no município de Mombaça, na região central do estado do Ceará, foi percebido que os ACS estavam apresentando elevado nível de estresse, devido à sobrecarga de trabalho e os altos índices de adoecimento presentes no território.

Diante desse cenário surgiram muitas indagações e reflexões em relação às necessidades de ações voltadas à Saúde do Trabalhador, em especial à saúde psicoemocional, além do uso das PIC como uma importante aliada nesse processo. A mais, em outubro é comemorado o dia do ACS, chamando mais atenção para as necessidades em saúde desses profissionais. Assim, quais estratégias poderiam ser implementadas para a redução do estresse dos ACS no contexto da pandemia da COVID-19? As PIC seriam capazes de contribuir para a redução do estresse nesses profissionais?

A partir dessas considerações, acredita-se que intervenções que utilizam as PIC podem contribuir para um maior entendimento e divulgação dessas práticas no Sistema Único de Saúde (SUS), despertando para as necessidades de saúde dos profissionais que atuam na ESF, e podendo desencadear um processo de reflexão por parte dos gestores para a oferta de ações e serviços que contribuam com o bem-estar das equipes de saúde no Brasil.

Este estudo trata-se de um relato de experiência, do tipo descritivo, a partir de uma prática de cuidado desenvolvida na ESF Recreio da cidade de Mombaça, Ceará, com vistas à redução do estresse dos ACS dessa unidade.

As ações foram sistematizadas e realizadas por duas enfermeiras, sendo uma delas com formação em acupuntura e outra com formação em auriculoterapia e meditação. Os participantes foram 12 ACS, que eram do sexo feminino, com idade entre 26 e 50 anos.

A ação empreendida ocorreu no dia 15 de outubro de 2023 na cidade de Mombaça, Ceará. Para proporcionar melhor ambientação de acolhimento foi utilizada uma sala anexa à ESF, climatizada e decorada com mandalas. Essas mandalas foram construídas pelos profissionais da unidade, sendo consideradas símbolos que expressam em si mesmos, a totalidade e ao mesmo tempo o individual, podendo ser considerada uma representação da psique, representadas por círculos, formas e flores¹³.

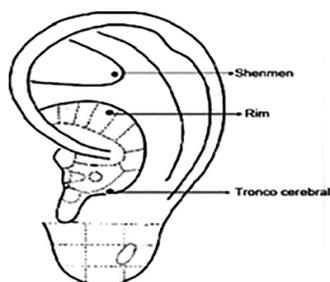
Ao pensar em práticas de cuidado que pudessem subsidiar as ações, foram utilizadas as PIC instituídas através da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC)^{8, 14}: meditação, aromaterapia, escalda-pés e auriculoterapia.

Inicialmente realizou-se um escalda-pés, utilizando água aquecida com ervas (Camomila, erva doce; alecrim, sal grosso e óleo essencial de lavanda), para mergulhar os pés por 15 minutos, e em seguida massageá-los. O escalda-pés é utilizado para relaxar e reduzir a sensação de pés cansados, além de promover a redução do estresse¹⁵.

Como segunda atividade, procedeu-se à prática de meditação guiada, utilizando músicas instrumentais, focadas na cor azul, autocura e respiração consciente, durante 15 minutos. A meditação está presente em diversas culturas, sendo utilizada para harmonização mental, repercutindo positivamente sobre a cognição e concentração, além de estimular o bem-estar e o relaxamento. A meditação também pode reduzir hormônios associados ao estresse, como o cortisol e a adrenalina, contribuindo para o aumento da endorfina e serotonina, associados à sensação de bem-estar^{16, 17}.

Como terceira atividade, procedeu-se à realização de auriculoterapia, utilizando sementes de mostarda em acupontos específicos. Os pontos escolhidos obedeceram ao protocolo conforme figura 2: Shenmen (tranquiliza mente, corpo e espírito), tronco cerebral (propriedades calmantes) e rim (função energética)¹⁸. Estes pontos foram escolhidos por apresentarem resultados positivos para a redução do estresse em alguns estudos^{9, 10, 19}.

Figura 1 – Protocolo de auriculoterapia utilizado nos ACS, Mombaça-Ceará, 2021.



Fonte. KUREBAYASHI et al., (2012)⁹.

A auriculoterapia, um método cujo pavilhão auricular passa a ser concebido enquanto um dos microssistemas do ser humano. Nesse sentido, essa prática trata-se de ações reflexas a partir da estimulação de pontos na orelha, capazes de prevenir doenças, aliviar sinais e sintomas, e até mesmo, curar doenças através da harmonização do organismo²⁰.

3. PONTO DE CHEGADA

Como resultados para esta ação, os participantes foram questionados em relação aos sentimentos e avaliação da intervenção. Nesse sentido, todos apontaram para uma sensação de bem-estar e que esta, foi uma atividade benéfica e proveitosa.

Enquanto profissionais da saúde, durante o dia a dia das unidades, lidamos com distintas formas de adoecimento e, muitas vezes, esquecemos de cuidar também daquele que cuida. Nesse sentido, a saúde dos trabalhadores é colocada em segundo plano, não estando presente no cotidiano das equipes.

Assim, a partir dessa vivência temos a saúde do trabalhador em foco, além da MTC como importante aliada nesse processo, especialmente, pelo baixo custo e eficácia dessa prática. Nesse sentido, para a MTC, as doenças estão relacionadas à desarmonização do organismo, ocasionando

a manifestação das enfermidades de ordem psicossomática e física, surgindo como uma forma de cuidado ao indivíduo, levando em consideração sua multidimensionalidade e complexidade⁹.

Enquanto cultura milenar, a MTC tem seus fundamentos na filosofia taoísta, que se baseia no entendimento de que o universo e os seres humanos sofrem influência da natureza, fazendo parte do todo universal¹⁰. Portanto, o ser humano deve estar em harmonização com a natureza ou terá de viver uma vida sem consciência. Como efeito, não se busca uma adaptação às regras sociais, mas se propõe uma transformação pessoal transcendente a si mesmo, buscando o aprofundamento no que é mais verdadeiro frente às leis naturais¹¹.

No campo da MTC é dado ênfase aos fenômenos antecessores das desordens funcionais e orgânicas que acabam por resultar no adoecimento. Nesse ínterim, a doença estaria relacionada ao desequilíbrio energético devido a alterações externas e ambientais ou a partir de emoções retidas de ordem interna¹².

A partir desse entendimento, o ser humano deve ser visto como um todo e não apenas como soma de partes e órgãos. Não há como tratar do indivíduo apenas observando a sua patologia de forma isolada. Para a MTC, mente e corpo devem estar em harmonia e equilíbrio para que haja manutenção da saúde, ou seja, não se trata da doença e sim do ser humano doente, enfatizando o cuidado holístico¹¹.

4. ENCAMINHAMENTOS PARA A PRÁTICA

- A Pandemia da Covid-19 trouxe para profissionais da área da saúde, somadas às sobrecargas de trabalho existentes, excessivas demandas psicossociais, afetivas e fisiológicas. Nesse sentido, o contexto da saúde do trabalhador merece atenção, a fim de evitar maiores repercussões negativas sobre

a condição dos serviços, bem como relativas à qualidade de vida no trabalho.

- As PIC passam a ganhar maior notoriedade, devido à facilidade de sua aplicação, com o uso de recursos simples. Além disso, através de suas bases vinculadas a MTC é possível compreender como os trabalhadores em saúde podem ser beneficiados para a redução do estresse e qualidade de vida.
- Espere-se com isso, que as PIC sejam cada vez mais utilizadas e difundidas diante da necessidade dos trabalhadores em saúde.

REFERÊNCIAS

1. SADIR, M. A.; BIGNOTTO, M. M.; NOVAES LIPP, M. E. Estresse e qualidade de vida: Influência de algumas variáveis pessoais. **Paidéia**, v. 20, n. 45, p. 73–81, 2010.
2. RIBEIRO, S. F. R.; MARTINS, S. T. F. Sofrimento psíquico do trabalhador da saúde da família na organização do trabalho. **Psicologia em Estudo**, v. 16, n. 2, p. 241-250, 2011.
3. WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard. Disponível em: <https://covid19.who.int/>. Acesso em: 12, abr. 2021.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de manejo Clínico do Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária a Saúde**. Secretaria de Atenção Primária a Saúde, 2020.
5. NUNCIARONI, A. T.; CUNHA, F. T. S.; VARGAS, L. A.; CORRÊA, V. A. F. Novo Coronavírus: (re)pensando o processo de cuidado na Atenção Primária à Saúde e a Enfermagem. **Rev Bras Enferm.**, v. 73, n. 2, p. 1- 5, 2020.

6. ALCÂNTRA, M. A.; ASSUNÇÃO, A. A. Influence of work organization on the prevalence of common mental disorders among community health workers in the city of Belo Horizonte, Brazil. **Rev Bras Saúde Ocup.**, v. 41, n. 2, p. 1-11, 2016.
7. REIS, C. C.; MALCHER, S. A. O. Avaliação do estresse ocupacional em agentes comunitários de saúde de uma estratégia saúde da família. **Pará Research Medical Journal**, v. 1, n. 2, p. 1-6, 2017.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso.** 2. ed., Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
9. KUREBAYASHI, L. F. S.; GNATTA, J. R.; BORGES, T. P.; SILVA, M. J. P. Aplicabilidade da auriculoterapia para reduzir estresse e como estratégia de coping em profissionais de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.**, v. 20, n. 5, p. 1-8, 2012.
10. KUREBAYASHI, L. F. S.; FREITAS, G. F.; OGUISSO, T. Enfermidades tratadas e tratáveis pela acupuntura segundo percepção de enfermeiras. **Rev Esc Enferm. USP**, v. 43, n. 4, p. 930-936, 2009.
11. WILHELM, R. **I Ching: o livro das mutações.** 11. ed., São Paulo: Pensamento, 1991.
12. YAMAMURA, Y. **Acupuntura tradicional: A arte de inserir.** 2. ed., São Paulo: Roca, 2001.
13. JUNG, C. G. **Os Arquétipos e o Inconsciente Coletivo.** Petrópolis: Vozes, 2000.
14. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 971, de 3 de maio de 2006.** Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde, 2006.

15. SPAGNOL, C. A.; COLEM, N. C. S.; OLIVEIRA, B. K. S.; PEREIRA, A. D. S.; SILVA, R. H. L.; MUSSEL, I. C.; MANOEL, V. C. F.; FIGUEIREDO, P. A. B.; MOREIRA, A. R. Escalda-pés: cuidando da enfermagem no Centro de Material e Esterilização. **Rev. SOBECC**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 45-52, 2015.
16. Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria n. 849, de 27 de março de 2017**. Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Brasília, 2017.
17. JOHNS, S. A. et al. Randomized controlled pilot study of mindfulness-based stress reduction for persistently fatigued cancer survivors. **Psychooncology**, v. 24, n. 8, p. 885-93, 2015.
18. KUREBAYASHI, L. F. S.; GNATTA, J. R.; BORGES, T. P.; SILVA, M. J. Eficácia da Auriculoterapia para estresse segundo experiência do terapeuta: ensaio clínico. **Acta Paul Enferm.**, São Paulo, v. 25, n. 5, 694-700, 2012.
19. AUTEROCHE B, NAVAILH P. **O diagnóstico na Medicina Tradicional Chinesa**. São Paulo: Andrei; 1992.
20. SOUZA, M. P. **Tratado de Auriculoterapia**. Brasília, 2013.

CAPÍTULO 19

ESTUDO COM FLORAIS NA DISCIPLINA DE FARMACOGNOSIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – ABORDAGEM BASEADA EM TESE DA RENASF

*Luciana Rodrigues Cordeiro
Mary Anne Medeiros Bandeira
Wellyda Rocha Aguiar Galvão
Jéssica Pinheiro Carnaúba*

1. PONTO DE PARTIDA

Reconhecida desde a década de 1950 pela Organização Mundial de Saúde (OMS), a terapia floral vem ajudando na reabilitação de pessoas em sofrimento emocional¹. Essa terapia é baseada, principalmente, no conhecimento desenvolvido pelo médico inglês Edward Bach, daí existirem os florais de Bach¹.

A Farmacognosia é uma ciência farmacêutica que visa o estudo de matérias de origem natural, usadas no tratamento de enfermidades. Essa matéria envolve desde os aspectos botânicos, químicos e farmacológicos até o controle de qualidade de matérias-primas e fitoterápicos².

Atualmente, o ensino da Farmacognosia tem sido problematizado em relação ao seu papel nos currículos de Farmácia, a fim de elucidar sua instrumentação para a formação de farmacêuticos³.

Com a potencialidade da industrialização farmacêutica, houve uma redução do interesse no uso de plantas e fitoterápicos. Posteriormente,

a utilização de ervas voltou a ser impulsionada, com a chegada do movimento social urbano de contracultura brasileiro, que buscava contrapor-se à racionalidade médica de mercado, até então dominante⁴.

Silva³ realizou uma revisão sobre o estado da arte da produção acadêmica referente ao ensino de Farmacognosia. Esse estudo tratou da inserção da fitoterapia nos currículos de farmácia e reforçou o equilíbrio entre as demandas inerentes ao avanço da pesquisa e desenvolvimento (P&D) em produtos naturais, com sua integração nas atividades de provisão de cuidado e na promoção do uso destes recursos terapêuticos.

A diversidade de ecossistemas do planeta, associada aos avanços dos estudos químicos e farmacológicos, têm estimulado a pesquisa com espécies vegetais. Essas pesquisas, por sua vez, têm contribuído para a obtenção de novos produtos farmacologicamente ativos⁵.

As moléculas responsáveis pela produção de medicamentos podem estar presentes em qualquer parte da planta, dependendo da espécie e de fatores ambientais. Entre estas partes, as flores são usadas em diferentes aspectos de nossas vidas, porém, quando se diz respeito à medicina, elas possuem menos estudos do que os outros órgãos vegetais².

No Brasil, a partir da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), tem como um de seus objetivos, a oferta de florais. Essa proposta, confere acesso aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS)^{6, 7, 8}.

Nesse sentido, os florais integram as 29 Práticas Integrativas e Complementares (PIC) reconhecidas pelo Ministério da Saúde (MS). A partir desse avanço, os florais têm sido aplicados em diferentes localidades, além de estar incluídos em projetos de pesquisa e extensão de universidades públicas¹.

Apesar disso, o uso dos florais ainda é pouco aplicado, especialmente quando se trata do contexto da APS^{6, 7, 8}. As dificuldades que existem no SUS, mediante a falta de incentivo financeiro, faz com que essas práticas sejam pouco difundidas⁹. Além disso, é importante

que haja o despertar dos profissionais para o desenvolvimento do senso crítico e a importância de conhecer esses insumos, que apresentam baixo custo e tem suas propriedades reconhecidas para a promoção da saúde⁸.

2. PERCURSO TRILHADO

A necessidade de incentivar o desenvolvimento de florais para o SUS provocou o interesse de desenvolver uma pesquisa, em que fosse possível potencializar a produção de florais na realidade da APS.

Nesse sentido, as duas primeiras autoras são respectivamente discente e orientadora do Doutorado Profissional em Saúde da Família da RENASF, nucleadora Universidade Federal do Ceará (UFC) e estão em processo de construção da primeira tese, sobre o floral da Colônia, *Alpinia zerumbet* (Pers.) B. L. Burtt & R. M. Sm., produto destinado a utilização no SUS6. Essa espécie utilizada, pertence ao acervo da Farmácia Viva do Horto de Plantas Mediciniais da UFC e está inserida na Relação Nacional de Plantas Mediciniais de Interesse ao SUS.

O desenvolvimento de uma tese de doutorado, a partir da criação de um floral específico para a realidade do SUS, proporcionará o uso facilitado do produto. Além disso, oferecerá subsídios para outras pesquisas que possam avaliar o efeito da terapia com Florais da Farmácia Viva.

Durante o desenvolvimento dessa tese de doutorado, a partir da participação de estudantes de iniciação científica do curso de graduação em farmácia, percebeu-se lacunas em relação ao conhecimento e práticas em relação à produção e uso de florais. Nesse contexto, surgiu o interesse em agregar novas atividades aos estudantes de farmacognosia da UFC, disciplina essa conduzida pela orientadora da tese acima citada. Nesse contexto, percebeu-se a importância da formação profissional para a futura atuação em saúde pública.

Diante do exposto, o presente estudo trata-se de relato de experiência descritivo, com objetivo de demonstrar a influência de uma pesquisa inovadora, em atividades docentes e discentes no âmbito da UFC.

A disciplina de Farmacognosia acontece todas as sextas-feiras, em período letivo, no Horto de Plantas Medicinais da UFC, no Campus do Pici, em Fortaleza-Ceará. Este também configura-se como o local de preservação das ervas medicinais, com certificação botânica, estudadas pelo professor Francisco José de Abreu Matos, o criador da Farmácia Viva¹⁰.

Em 2016, a Disciplina de Farmacognosia foi atualizada e o Manual Teórico-Prático da Disciplina, passou a ter abordagem das flores medicinais utilizadas no Brasil.

Para as comunidades tradicionais, cultivar e cuidar de plantas se aprende precocemente e envolve sentimentos de afeto e vínculo⁵. No Nordeste brasileiro, o uso de plantas medicinais e preparações caseiras são tradicionalmente utilizadas para o tratamento das doenças. Esse conhecimento é transmitido de forma oral dos hábitos culturais e a disponibilidade da flora⁴.

A etnobotânica estuda as inter-relações diretas entre os seres humanos e as plantas. É a forma de entendimento da cultura popular a respeito das ervas e suas formas de utilização. Além disso, objetiva registrar o saber botânico tradicional, particularmente relacionado ao uso dos recursos da natureza⁵.

Além do saber botânico tradicional, difundido por acadêmicos de farmácia, o método proposto neste estudo, foi o sensorial descritivo¹¹. Esse método, permite a detecção, descrição e a quantificação dos atributos sensoriais presentes nelas, que constituirão o floral¹¹.

Participaram da aula, vinte acadêmicos, que, a priori, assistiram aula expositiva sobre a PNPIC, terapia floral e SUS. Em um segundo momento, os participantes foram divididos em cinco grupos, com cinco integrantes. Cada grupo percorreu o Horto de Plantas Medicinais da UFC, procurando flores que chamassem sua atenção e as escolhessem para estudar.

Ao escolher a flor, os estudantes eram orientados a observar a cor, textura, desenho, beleza, descrever a espécie, nome vulgar, indicações e sensações que elas traziam (visão, olfato e tato)¹¹. Os sistemas sensoriais, paladar e audição foram excluídos, por não serem necessários nesta avaliação ou não se aplicavam.

3. PONTO DE CHEGADA

Como resultado foi possível observar que os acadêmicos de farmácia foram envolvidos com a atividade prática, reconhecendo a importância do saber científico, etnobotânico, quando estão avaliando as propriedades das flores. Além disso, os participantes perceberam como é possível utilizar suas habilidades sensoriais para descrever as indicações das flores nos cuidados com a saúde, vivenciando o modo como o médico Edward Bach, criou os primeiros florais¹.

Os discentes também relataram sentimentos de alegria, relaxamento e bem-estar, diante do contato mais próximo com a natureza. Além disso, como produto dessa atividade, houve a contemplação e elaboração do informe presente no quadro 1.

Quadro 1 – Estudo sobre Florais, 2023.

	<p>Espécie: <i>Arnica montana</i> L. Nome vulgar: Arnica Indicações: Cicatrização, dores, contusões Sensações: Força</p>
	<p>Espécie: <i>Plumeria rubra</i> L. Nome vulgar: Jasmin-de-são-josé Indicações: Dores musculares, melhora do humor, calmante Sensações: Beleza, paz, conforto</p>
	<p>Espécie: <i>Plectranthus barbatus</i> Nome vulgar: Boldo-de-jardim Indicações: Asma, bronquite, distúrbios intestinais Sensações: Suavidade, impotência, fraqueza</p>
	<p>Espécie: <i>Gomphrena globosa</i> L. Nome vulgar: Perpétua-roxa Indicações: Dores de cabeça, tosse, bronquite Sensações: Alegria, poder, calmaria</p>
	<p>Espécie: <i>Alternanthera brasiliana</i> Moq. Nome vulgar: Terramicina Indicações: Ação diurética, anti-inflamatório Sensações: Tranquilidade, sutileza, prosperidade</p>
	<p>Espécie: <i>Caesalpinia pulcherrima</i> Nome vulgar: Flamboianzinho Sensações: Delicadeza, alegria, vivacidade</p>
	<p>Espécie: <i>Senna obtusifolia</i> Nome vulgar: Mata-pasto Indicações: Ação antioxidante Sensações: Desorganização, tristeza, crescimento</p>
	<p>Espécie: <i>Costus spiralis</i> Jacq. Roscoe Nome vulgar: Cana-do-brejo Indicações: Antioxidante, antimicrobiana, nefroprotetora Sensações: Resistência, carinho, altivez</p>

Fonte. Elaborado pelas autoras (2023).

Além disso, a missão da prática farmacêutica enfatiza a importância desses profissionais, em auxiliar a sociedade no desenvolvimento e utilização de medicamentos e serviços que promovam o cuidado em saúde¹².

Atualmente, a sociedade tem demonstrado interesse nas medicinas tradicionais e complementares. Este fenômeno pode ser observado pelo meio acadêmico, através do aumento de publicações em relação às PIC nas últimas décadas^{13, 14, 15, 16}.

Além disso, a sustentabilidade do planeta tem sido alvo de pesquisas e discussões¹⁷. Busca-se, portanto, implementar serviços que enfatizem o bem-estar humano e a redução dos impactos no meio ambiente, aumentando o cuidado e a conexão das pessoas com a natureza¹⁸.

Para os participantes desse estudo, a conexão com a natureza demonstrou benefícios para a felicidade, além de estimular maior orientação pró-social e consciência ambiental¹⁸.

As interações homem-ambiente reconhecem a interconexão de diferentes dimensões, abrangendo a relação do indivíduo com a comunidade e o planeta¹⁹. Essa interconexão com a natureza, mediante o estudo das flores, predomina diante das especificações da disciplina, na qual busca conhecer produtos biologicamente ativos, para desenvolver o conhecimento científico.

Salles²⁰ descreve que o preparo de florais consiste em colocar flores na água, para que elas possam imprimir no líquido, padrões que correspondem a níveis da consciência. Além disso, afirma que o potencial energético das flores é o que fundamenta essa terapia. Diante destas considerações, o estudo dos florais como tema a ser abordado em Farmacognosia proporciona o contato do acadêmico da farmácia com a natureza e a ciência das flores.

A terapia floral, portanto, faz parte de um campo emergente de terapias vibracionais. As essências florais, feitas a partir de plantas silvestres, flores e árvores do campo, tratam as desordens da personalidade e não

das condições físicas. Elas têm o propósito de harmonizar o corpo etérico, emocional e mental^{17, 20}.

4. ENCAMINHAMENTOS PARA A PRÁTICA

- A disciplina de farmacognosia foi atualizada, em conjunto com o Manual Teórico-Prático da Disciplina de Farmacognosia, da UFC, representando a agregação de uma pesquisa em andamento, produzida pela RENASF, com o ensino de futuros farmacêuticos. Nesse entendimento, percebe-se a capacidade de influência do Doutorado Profissional em Saúde da Família da RENASF, em contribuir com ensino e serviço.
- O processo educativo, oriundo da universidade, que proporciona o conhecimento e divulgação de políticas públicas, apoia a formação de profissionais mais comprometidos às necessidades do SUS, estimulando novas pesquisas nesta linha de conhecimento.
- Percebe-se que ainda há um longo caminho a trilhar para conseguir adequar a atuação do farmacêutico a esta percepção ecológico planetária, capaz de mobilizá-lo para buscar novas perspectivas no desenvolvimento de sua práxis profissional incluindo o estudo das flores.

REFERÊNCIAS

1. ALMEIDA, V. **Coletânea atualiza saberes sobre PICS**. Primeiro número aborda florais. OBSERVAPICS, 2020. Disponível em: <Coletânea atualiza saberes sobre PICS. Primeiro número aborda florais - ObservaPICS (fiocruz.br)>. Acesso em: 20 de setembro de 2023.

2. ARAÚJO, B. Q.; BANDEIRA, M. M. **Farmacognosia das flores medicinais utilizadas no Brasil**. XXV Encontro de Iniciação à Docência. Revista dos Encontros Universitários da UFC. v. 1, n. 1, online, mai. 2016. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/eu/article/view/16726>. Acesso em: 02 de setembro de 2023.
3. SILVA, W. B. DA. O lugar da farmacognosia na formação em farmácia: questões epistemológicas e suas implicações para o ensino. **Revista Brasileira de Farmacognosia**, v. 20, n. 2, p. 289–294, abr. 2010.
4. MATTOS, G.; CAMARGO, A.; SOUSA, C. A.; ZENI, A. L. B. Plantas medicinais e fitoterápicos na Atenção Primária em Saúde: percepção dos profissionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 11, p. 3735–3744, nov. 2018.
5. MAGALHÃES, K. N. **Plantas medicinais da caatinga do nordeste brasileiro**: etnofarmacopeia do Professor Francisco José de Abreu Matos. 1. ed. Fortaleza: Imprensa Universitária, 2020.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS**: PNPIC-SUS. 2006. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic.pdf>. Acesso em 02 de set. de 2013.
7. Brasil. Ministério da Saúde. **Relação nacional de medicamentos essenciais**: Rename, 2013. Disponível em: http://www.sinfaerj.org.br/Arquivos/livro_rename_out_2013.pdf. Acesso em maio de 2014.
8. Antônio G. D.; Tesser, C. D.; Moretti-Pires, R. O. Phytotherapy in primary health care. **Rev Saude Publica**, v. 48, n. 3, p. 541-553, 2014.
9. GONTIJO, M. B. A.; NUNES, A. F. Práticas integrativas e complementares: conhecimento e credibilidade de profissionais do serviço público de saúde. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15 n. 1, p. 301-320, jan./abr., 2017.
10. MAGALHÃES, K. N.; GUARNIZ, W. A. S.; SÁ, K. M.; FREIRE, A. B.; MONTEIRO, M. P.; NOLOSA, R. T.; BIESKI, I. G. C.; CUSTÓDIO, J. B.; BALOGUN, S. O.; BANDEIRA, M. A. M. Medicinal plants of the

- Caatinga, northeastern Brazil: Ethnopharmacopeia (1980–1990) of the late professor Francisco José de Abreu Matos. **Journal of Ethnopharmacology**, v. 237, n. 12, p. 314-353, jun., 2019.
11. ALCANTARA, M.; FREITAS-SÁ, D. G. C. Metodologias sensoriais descritivas mais rápidas e versáteis – uma atualidade na ciência sensorial. **Braz. J. Food Technol.**, Campinas, v. 21, n.1, p. 1-12, 2018.
12. International Pharmaceutical Federation. **The Tokyo Declaration (1993) Standards for quality of pharmacy services**. FIP Guidelines for Good Pharmacy Practice, September 1993.
13. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023**. Genebra: OMS, 2013.
14. LUZ, M. T. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 145-176, 2005.
15. BARROS, N. F. **A construção da Medicina Integrativa: um desafio para o campo da saúde**. São Paulo: Hucitec, 2008.
16. NASCIMENTO, M. C.; NOGUEIRA, M.I. **Intercâmbio solidário de saberes em saúde: racionalidades médicas e práticas integrativas e complementares**. São Paulo: Hucitec, 2013.
17. BACH, E. **Os Remédios florais de Dr. Bach**. 19. ed. São Paulo: Pensamento, 2006.
18. TORRES, S. O antropoceno e a antropro-cena pós-humana: narrativas de catástrofe e contaminação. **Ilha do Desterro**, v. 70, n. 2, p. 093-105, Florianópolis, mai/ago., 2017.
19. AMY, I.; GARETH, M.; HADDON, K. A. Nurturing wellbeing amidst the climate crisis: on the need for a focus on wellbeing in the field of climate psychology. **Frontiers in Psychology**, v. 14, n. 1, p. 1-9, jul, 2023.
20. SALLES, L. FORTES.; SILVA, M. J. P. Efeito das essências florais em indivíduos ansiosos. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. 2, p. 238–242, jul, 2012.

CAPÍTULO 20

OFICINAS DE EDUCAÇÃO E TRABALHO INTERPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA E NO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Franklin Delano Soares Forte
Fabiola Moreira Casimiro de Oliveira
Cristiana Carla da Silva
Walleri Christini Torelli Reis
Thais Teles de Souza
Simone Bezerra Alves

“...Caminho se conhece andando
Então, vez em quando, É bom se perder
Perdido fica perguntando
Vai só procurando
E acha sem saber
Perigo é se encontrar perdido
Deixar sem ter sido
Não olhar, não ver
Bom mesmo é ter sexto sentido
Sair distraído, espalhar bem-querer ...”
Chico César

1. PONTOS DE PARTIDA

Diante das novas necessidades e problemas de saúde das populações, o que reflete em complexidade no cuidado em saúde e demandas novos arranjos e melhor organização do processo de trabalho, visando ao trabalho em equipe, há a necessidade de reestruturação da formação em saúde ^(1,2).

Nesse contexto, a Educação Interprofissional (EIP) tem como proposta melhorar a formação em saúde, visando à qualificação do trabalho e conseqüentemente do cuidado [2]. A EIP tem sido definida quando estudantes de diferentes profissões aprendem entre si, com e sobre os outros, de forma interativa e comunicativa, com firme propósito de colaboração ^(3,4).

Considerando o contexto da EIP, a Prática Colaborativa Interprofissional (PCI) é o trabalho coletivo com a centralidade no usuário, na família, na comunidade ou no território. Para tanto, é necessário reconhecer-se e reconhecer a importância do outro no trabalho em equipe ^(5,6).

Em 1998, Barr⁽⁷⁾ definiu algumas competências para a PCI: complementares ou específicas, como sendo as correspondentes a cada núcleo profissional. Competências comuns são as relacionadas a todas as profissões; competências colaborativas são as que favorecem a ocorrência da colaboração, seja com profissionais do mesmo núcleo profissional (área de atuação), entre áreas distintas, ou entre as organizações, e com toda a comunidade.

Nessa direção, surge o Programa de Educação pelo Trabalho (PET-Saúde), que se trata de uma política indutora interministerial (Ministério da Saúde e Educação), no qual estudantes, preceptores (trabalhadores do SUS), tutores (professores) e gestores propõem ações e atividades em torno de redes de cuidado em saúde, territórios, comunidades, populações, usuários e famílias ⁽⁸⁻¹⁰⁾. A proposta desse programa é fortalecer a integração ensino- serviço-comunidade (IESC); valorizar a

educação pelo trabalho; fortalecer a política de educação permanente em saúde (EPS) e melhorar a produção de cuidado em saúde. Sendo assim, o Sistema Único de Saúde (SUS) é um cenário propício para o desenvolvimento da EIP e PCI, especialmente, quando há intencionalidade na colaboração e no trabalho em equipe ⁽¹⁰⁾.

Assim como na música de Chico César, o presente capítulo revela o caminho construído pelos membros do PET-Saúde Gestão e Assistência no GT 2 da Universidade Federal da Paraíba, desenvolvido entre agosto de 2022 e julho de 2023. Especificamente, o capítulo trata da oferta de Oficinas sobre Interprofissionalidade para profissionais de saúde de dois serviços do município de João Pessoa-PB: a Unidade de Saúde da Família (USF) Tito Silva e o Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD).

2. PERCURSO TRILHADO

Para o desenvolvimento das Oficinas, foi necessário realizar reuniões, para delimitar a temática e o percurso a ser vivido por todos, bem como a escolha do local, do horário; a elaboração de convites; o preparo do lanche e a definição dos papéis a serem assumidos na dinâmica da oficina.

Quadro 1 – Oficina sobre EIP e PIC na USF Tito Silva.

Momentos	Descrição	
Acolhimento	Dinâmica do Bingo	
Objetivo	Momento “quebra-gelo”, em que os participantes podem, de forma lúdica, interagir, conversar e se conhecer (Figura 2).	
Desenvolvimento	Discussão teórica sobre EIP e PIC	Mesa de negociação
	Papéis na mesa: estudantes, docentes, trabalhadores da equipe, gerente, usuário	Cada participante assume um papel diferente do exercido na equipe.
Objetivo	Iniciar o debate sobre a integração ensino- serviço comunidade, EIP e PIC, a partir da discussão da situação problema.	
Discussão	Discussão teórica sobre EIP e PIC	Roda de conversa
Objetivo	Disseminar os conceitos de EIP e PIC na atenção básica	
Fechamento		música reflexiva
Objetivo	Avaliar a oficina. Celebrar o encontro e o aprendizado compartilhado.	

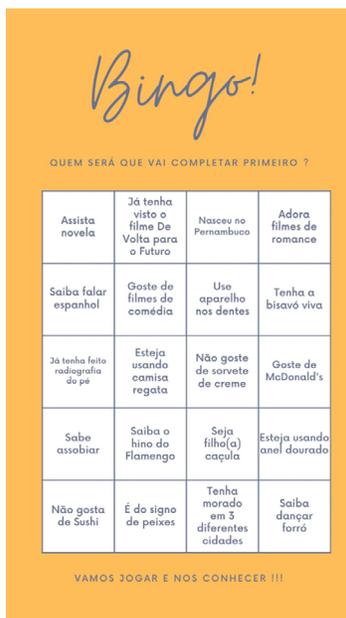
Figura 1 – Convite enviado às equipes SAD e USF.



Quadro 2 – Oficina sobre EIP e PIC no Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD).

Momentos	Descrição	
Acolhimento	Dinâmica do Bingo	
Objetivo	Momento “quebra-gelo”, em que os participantes podem, de forma lúdica, interagir, conversar e se conhecer (Figura 2).	
Desenvolvimento	Discussão teórica sobre EIP e PIC	Problematização
	Papéis: estudantes, docentes, trabalhadores da equipe, gerente, usuário e coordenação do serviço.	Cada membro da equipe trouxe situações problemas nas quais a EIP e PIC foram aplicadas no SAD, segundo suas perspectivas.
Objetivo	Debater sobre a integração ensino-serviço- comunidade, EIP e PIC a partir da discussão da situação-problema de dois estudos de casos, vivenciados em visitas domiciliares.	
Discussão	Discussão teórica sobre EIP e PIC	Roda de conversa
Objetivo	Disseminar os conceitos de EIP e PIC na atenção básica e especializada. Nivelar conhecimento sobre o tema.	
Conclusão	Levantamento de expectativas	Roda de conversa
Objetivo	Os integrantes dos grupos foram convidados a apontarem suas reflexões e expectativas para PIC no SAD.	
Fechamento	Avaliação e apontamento de necessidades EIP	Roda de conversa
Objetivo	Avaliar a oficina e celebrar o encontro e o aprendizado partilhado.	

Figura 2 – Bingo usado para o momento “quebra-gelo”



Participaram do planejamento e execução dos trabalhos estudantes do PET-Saúde GA Fonoaudiologia, Educação Física, Serviço Social, Farmácia, Odontologia, Terapia Ocupacional, tutor e preceptora, trabalhadores da USF e estudantes de Nutrição, Farmácia, Enfermagem, Fisioterapia em estágio interprofissional.

Já no SAD participaram os estudantes do PET-GA, Serviço Social, Fonoaudiologia, Odontologia, tutores, preceptores, trabalhadores do serviço e coordenação do SAD.

A proposta das Oficinas tentou mobilizar competências comuns e as colaborativas conforme destacou Barr (1998)⁽⁷⁾.

3. PONTO DE CHEGADA

A vivência nas oficinas estimulou o debate e a reflexão sobre processos de trabalho e prática interprofissional colaborativa, a qual é uma questão primordial para garantir um cuidado em saúde integral e equânime que atenda às necessidades dos sujeitos. Discutiu-se sobre a importância da IESC, da preceptoria, e da educação pelo trabalho como potencializadora de mudanças na formação em saúde.

Nas oficinas, ficou evidente a necessidade de discussão dos papéis a serem assumidos para uma efetiva PCI. A experiência das oficinas nos dois cenários de prática, de diferentes níveis de atenção, mas iguais em propostas de cuidado, foi extremamente rica, ao passo que permitiu integração e partilha de conhecimento entre as equipes, discussão das experiências interprofissionais, alinhamento de conceitos e reflexão para melhoria das práticas implementadas.

As discussões na mesa de negociação e na situação problema provocaram a reflexão em torno do trabalho nos dois cenários, a partir dos seguintes questionamentos: Qual a importância da prática colaborativa?; De que forma podemos colaborar mais?; Como integrar a equipe de maneira dinâmica e efetiva?; De que forma podemos colocar o usuário no centro do processo de cuidado?; Qual o papel de cada um de nós no trabalho em equipe?; De que forma a integração ensino-serviço-comunidade dialoga com a EIP e a PCI?.

Estar no lugar do outro e poder compreender a definição de papéis na equipe e sua importância, fragilidades, potencialidades e desafios, quando da realização da mesa de negociação e situação-problema, promoveu a autoavaliação e avaliação entre os pares, de forma positiva, para melhor aceitação do Estágio Regional Interprofissional nos cenários de práticas.

Vale mencionar que a reflexão sobre as vivências das diferentes equipes com a interprofissionalidade estimulou a avaliação de lacunas e necessidades de mudança, tanto nas equipes, como entre elas,

considerando a importância da comunicação efetiva entre os profissionais, favorecendo o desenvolvimento de um serviço que seja mais humanizado, acolhedor aos seus trabalhadores e usuários e padronizado, no que tange à qualidade assistencial.

A interprofissionalidade foi melhor evidenciada nas equipes cujos membros desenvolveram uma sensação de pertencimento à equipe, com acolhimento e diálogo frequentes¹¹. Ficou evidente a necessidade da definição de momentos recorrentes para discussão, criação de estratégias, a fim de melhorar o processo de trabalho e o compartilhamento de saberes e aprendizados através da EIP e PCI^{11,12}.

Nesse cenário, é importante a construção de espaços ancorados na educação permanente em saúde, considerando a construção teórica da EIP e PCI em cenários na APS e no SAD. A Política Nacional de Educação Permanente propõe discussão sobre o processo de trabalho em saúde, e a EIP e PCI contribuem nesse debate, qualificando o processo de trabalho em saúde¹³⁻¹⁵. A partir do cotidiano do trabalho, dialogando com docentes, trabalhadores da saúde, estudantes e comunidade podem partilhar e construir processos em torno do bem viver nos territórios, da integralidade e da resolutividade. Nessa direção, privilegia-se o trabalho na valorização dos diferentes saberes profissionais em torno das necessidades das pessoas, famílias e comunidades¹⁵.

Como reflexão da experiência, é importante mencionar a necessidade de aproximação entre ensino-serviço-pesquisa e o papel do Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (PET-Saúde) nesse contexto. Ainda que a experiência seja pontual, grandes transformações começam com pequenas mudanças que sensibilizam pessoas a melhorar processos e práticas. A dinâmica das oficinas oportunizou a trabalhadores e trabalhadoras dos serviços desenvolver um olhar mais atento às melhores práticas em prol do cuidado em saúde.

4. ENCAMINHAMENTOS PARA A PRÁTICA

- A vivência ratificou a importância da integração ensino- serviço-comunidade como possibilidade de qualificar a formação em saúde, bem como para potencializar a PIC dos profissionais de saúde dos serviços.
- A atenção básica orientada pela estratégia saúde da família e o serviço de atenção domiciliar são cenários de aprendizados importantes considerando o arcabouço da EIP e PIC.
- Os trabalhadores se reconheceram nesse processo como parte de uma equipe, com participação ativa, e puderam dialogar sobre fortalezas e barreiras para uma efetiva PIC. Reflexões importantes sobre acolhimento, comunicação e humanização nos serviços foram pontuadas como essenciais para a PIC.
- Para discussão de situações-problemas, foi citado como estratégia a utilização do Projeto Terapêutico Singular, de forma sistematizada.
- Há necessidade de investimentos em educação permanente em saúde, com foco na EIP e na PCI, para as equipes na atenção básica, como no SAD, levando a uma maior valorização dos espaços informais e formais para desenvolvimento de iniciativas de EIP e PCI e à potencial melhora dos serviços prestados no cuidado em saúde da população.

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, n. 9756, p. 1923-58, 2010.
2. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Framework for action on interprofessional education & collaborative practice. Geneva, Switzerland: Department of Human Resources for Health. 2010.
3. Centre for the Advancement of Interprofessional Education. *Defining IPE*. United Kingdom: CAIPE. <http://www.caipe.org.uk/about-us/defining-ipe>. 2002
4. BARRETO, L. D. S. O., CAMPOS, V. D. G., DAL POZ, M. R. Interprofessional education in healthcare and health workforce planning in Brazil: Experiences and good practices. *J Interprof Care*, v. 33, n. 4, p. 369-381, 2019
5. REEVES, S. *et al.* A BEME systematic review of the effects of interprofessional education: BEME Guide No. 39. *Medical Teacher*, v. 38, n. 7, p. 656-668, 2016.
6. REEVES, S. *et al.* Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev.*, v. 6, n. 6, p. CD000072, 2017.
7. BARR, H. Competent to collaborate: Towards a competency-based model for interprofessional education. *J Interprof Care*, v. 12, n. 2, p. 181-187, 1998
8. VENDRUSCOLO, C. *et al.* Rethinking the Health Care Model through the reorientation of training. *Rev Bras Enferm [Internet]*; v. 71, n. Supl. 4, p. 1580-1588, 2018.
9. SANTOS GM, BATISTA SHSS. Teaching, Pro-Saude and PET-Saude: narratives of an interprofessional practice. *Interface (Botucatu)*. v. 22, Supl. 2, p. 1589-600, 2018.

10. PEREIRA, A.K.A. *et al.* Which factors influenced the adoption of interprofessionality in health based on the reports of the PET-Health Interprofessionality projects in Brazil? a document analysis. *J Interprof Care*, v. 20, p. 1-8, 2023.
11. PEDUZZI, M., AGRELI, H.F. Teamwork and collaborative practice in Primary Health Care. *Interface (Botucatu)*. v. 22, supl. 2, p. 1525-1534, 2018.
12. BRITO, G.E.G. *et al.* Articulação entre a EqSF/AB e o NASF/AB e sua influência na produção do cuidado no contexto da Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 27, n.6, p. 2495-2508, 2022.
13. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004.
14. PEREIRA, A.K.M. *et al.* Which factors influenced the adoption of interprofessionality in health based on the reports of the PET-Health Interprofessionality projects in Brazil? A document analysis, *J Interprof Care*, v. 37, n. Supl. 1, p. 1-8, 2023
15. OGATA, M.N. *et al.* Interfaces between permanent education and interprofessional education in health. *Rev Esc Enferm USP*. v. 55p. e03733, 2021.

CAPÍTULO 21

FORMAÇÃO INTERPROFISSIONAL: TECENDO DIÁLOGOS E CONHECIMENTOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Cristiane Costa Braga

Franklin Delano Soares Forte

Cynthia Guedes Santiago Melquiades

Marina Nogueira Brasileiro Veras

“Se podes olhar, vê.
se podes ver, repara...”

Jose Saramago,

Ensaio sobre a cegueira

1. PONTO DE PARTIDA

A formação de profissionais da saúde precisa estar alinhada com as necessidades de saúde dos usuários, do território, da comunidade e da família, buscando qualificar o cuidado em saúde.

Neste contexto, o Sistema Único de Saúde (SUS) como ordenador da formação de recursos humanos na área da saúde, bem como a Lei Orgânica de Saúde de nº 8080/90, incentivam a articulação entre os serviços de saúde e as Instituições de Ensino Superior (IES)^{1,2}.

A Integração Ensino-Serviço-Comunidade (IESC) deve estar apoiada nos conceitos de educação que possibilitam a transformação social, respeitando as necessidades dos usuários em seu contexto histórico e social³. Dessa forma, vivenciar atividades curriculares, em

cenários de aprendizagem no SUS, proporciona reflexões e construção de saberes, considerando as diferentes profissões e um trabalho pautado na colaboração⁴.

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do curso de Odontologia instigam a formação de um profissional para atuar em equipe de maneira interprofissional e interdisciplinar nos diversos níveis de atenção⁵. E os Projetos Pedagógicos dos Cursos (PPC) devem buscar propostas pedagógicas inovadoras e metodologias diversificadas, possibilitando uma aprendizagem colaborativa e significativa, contribuindo para o protagonismo do estudante⁶.

As metodologias ativas recorrem a problematização, para trazer motivação para o discente, fazendo-o examinar o problema, refletir, relacionar com a sua trajetória e ressignificar seus conhecimentos⁷.

Com a perspectiva de mudanças nas propostas formativas e no cuidado em saúde, tem sido incentivada a Educação Interprofissional (EIP), entendida como uma intervenção em que participantes de mais de uma profissão de saúde aprendem em conjunto, de maneira interativa, com o claro propósito de melhorar a saúde e o bem-estar dos pacientes⁸. Foi fomentada também a Prática Colaborativa Interprofissional (PCI), que ocorre quando profissionais de saúde, com diferentes experiências e núcleos profissionais, produzem cuidado junto às pessoas, famílias, cuidadores e comunidades, visando à oferta de um cuidado em saúde com qualidade⁹.

Dessa forma, há necessidade de proporcionar experiências de aprendizagem interprofissional durante a graduação em saúde.

2. PERCURSO TRILHADO

Este capítulo relata as experiências vivenciadas pelos autores no Estágio Supervisionado Interprofissional (ESI) do Curso de Odontologia

da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), na Atenção Primária à Saúde (APS).

O ESI tem momentos teóricos na IES e vivência na Estratégia Saúde da Família (ESF) e em ambiente hospitalar, com discussão de assuntos relacionados à EIP e à PCI, ao processo de trabalho em saúde e às suas tecnologias, competências colaborativas e odontologia hospitalar¹⁰. A proposta pedagógica do ESI é a de que os estudantes desenvolvam atividades em conjunto com docentes, preceptores (profissionais de saúde que assumem esse papel) e a comunidade, utilizando estratégias pedagógicas dialógicas, participativas e problematizadoras, bem como colocando os estudantes como protagonistas do aprendizado, a partir de discussões reflexivas de situações problemas e relatos de prática, no desenvolvimento de competências (conhecimentos, habilidades, atitude e valores).

A inserção dos estudantes nos serviços de saúde deu-se a partir da pactuação por meio da Rede Escola (Gerência de Educação em Saúde/Secretaria Municipal de Saúde), mediada pelo preceptor.

No planejamento das atividades, havia a intencionalidade de incentivar a comunicação, a interação, o conhecer das atribuições e interrelações entre os diversos profissionais que compõem a ESF, desenvolvendo, assim, competências necessárias para o efetivo trabalho em equipe, com base na integralidade, interprofissionalidade e interdisciplinaridade no cuidado em saúde.

As atividades foram realizadas em um turno, nas Unidade de Saúde da Família (USF) e nos equipamentos sociais que constituem o território adscrito, em conjunto com o Agente Comunitário de Saúde, Auxiliar de Saúde Bucal, Cirurgião-Dentista, Enfermeiro, Médico e Técnico de Enfermagem.

O ESI na APS é uma oportunidade educacional para a EIP onde estudantes, trabalhadores e preceptores podem aprender a colaborar juntos com a intencionalidade de melhorar a qualidade do cuidado ofertado à população. Isso se dá pela comunicação entre os agentes,

discutindo casos e planejando plano de cuidados ou de ação no território. Estudos relatam experiências de EIP no SUS em especial na APS¹¹⁻¹⁴.

Selecionaram-se cenários de aprendizagem com experiência prévia em estágios supervisionados, Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), Estágio Regional Interprofissional ou com profissionais egressos do Programa Profissional em Saúde da Família da UFPB.

3. PONTO DE CHEGADA

Para que resultados sejam alcançados em EIP e PCI, é necessária a disponibilidade, para que esse aprendizado aconteça¹¹. Competências são compreendidas a partir da realidade de cada cenário de aprendizagem na APS e conforme as demandas e necessidades da população¹⁵.

Assim, pelo diálogo e inseridos nos serviços, os estudantes desenvolveram as competências colaborativas e as comuns, conforme quadro 1.

Quadro 1 – Descrição das competências comuns e colaborativas

Produção de cuidado em saúde Oportunidades de aprendizagem		Competências colaborativas e as comuns
Saúde da criança	<p>Interconsultas com a equipe de enfermagem;</p> <p>Acompanhamento da puericultura com a equipe de enfermagem;</p> <p>Educação em Saúde nos equipamentos sociais e na USF;</p> <p>Visita domiciliar.</p> <p>Programa Saúde na Escola.</p>	<p>Atenção centrada na criança e sua família;</p> <p>Trabalho em equipe;</p> <p>Parceria e (re) conhecimento de papéis na APS;</p> <p>Comunicação interprofissional;</p> <p>Funcionamento da equipe;</p> <p>Liderança;</p> <p>Partilha de saberes e afetos;</p> <p>Interesse em colaborar com outra profissão;</p> <p>Cultura de segurança do paciente.</p>
Saúde da gestante	<p>Interconsultas com a equipe de enfermagem;</p> <p>Promoção e Educação em saúde.</p>	<p>Atenção centrada no binômio mãe-filho;</p> <p>Trabalho em equipe;</p> <p>Parceria e (re) conhecimento de papéis na APS;</p> <p>Comunicação interprofissional;</p> <p>Promoção do autocuidado, autonomia e reconhecimento do protagonismo dos usuários;</p> <p>Interesse em colaborar com outra profissão;</p> <p>Cultura de segurança do paciente.</p>
Saúde do idoso	<p>Visitas domiciliares;</p> <p>Promoção e Educação em saúde;</p> <p>Acompanhamento do HIPERDIA;</p>	<p>Atenção centrada no idoso e sua família;</p> <p>Trabalho em equipe;</p> <p>Comunicação interprofissional;</p> <p>Cuidado humanizado;</p> <p>Tomadas de decisões;</p> <p>Cultura de segurança do paciente.</p>

Fonte: Elaborado pelos autores (2023).

As competências colaborativas visam a melhorar a dinâmica do trabalho em equipe, a comunicação e a compreensão dos papéis a serem desempenhados, além de ampliar o conhecimento sobre a atuação dos outros núcleos profissionais^{8, 16}.

Em uma iniciativa de EIP, é importante também o desenvolvimento de competências específicas ou complementares¹⁷. No ESI, os estudantes de Odontologia puderam desenvolver as competências do Núcleo da Odontologia descritas nas DCN⁵, conforme o quadro 2. Cabe destacar que se tentou articular as competências específicas com as comuns e as colaborativas. Compreende-se que, para o cuidado integral e resolutivo, é preciso o desenvolvimento das três competências¹⁷.

Quadro 2 – Descrição das competências do Núcleo da Odontologia na APS

Atenção à Saúde proposta nas DCN de Odontologia	Oportunidades de aprendizagem	Competências específicas
<p>Desenvolver ações de promoção, prevenção e reabilitação da saúde em nível individual e coletivo;</p> <p>Planejar e desenvolver atenção em saúde bucal considerando a família como unidade de cuidado, respeitando os ciclos de vida.</p>	<p>Clínica odontológica na APS;</p> <p>Atenção em saúde bucal domiciliar;</p> <p>Elaboração do Plano de Cuidado Familiar por Ciclo de Vida;</p> <p>Promoção e educação em saúde bucal;</p> <p>Intersetorialidade;</p> <p>Reuniões de equipe;</p> <p>Discussão de casos complexos;</p> <p>Planejamento, execução e avaliação de ações no território;</p> <p>Educação permanente em saúde.</p>	<p>Acolhimento, Escuta e Orientação em saúde bucal;</p> <p>Planejamento do cuidado</p> <p>Exames clínicos bucais;</p> <p>Atendimento odontológico;</p> <p>Trabalho em equipe;</p> <p>Cultura de segurança do paciente.</p>

Fonte: Elaborado pelos autores (2023).

Na experiência vivenciada, observou-se que os estudantes de Odontologia compreenderam o papel da equipe de saúde bucal e as possibilidades de sua contribuição e dos outros membros da equipe de saúde da família na melhoria e na qualificação do cuidado aos usuários e suas famílias, demonstrando interesse em colaborar com outras profissões no planejamento e desenvolvimento das ações de saúde. Estudos na perspectiva das relações nos cenários da ESF também evidenciaram um clima para colaboração entre diferentes profissões¹⁸.

Destaca-se o aprendizado significativo, quando os estudantes se reconhecem na prática na APS, mas considerando a interação com outros núcleos profissionais, com o explícito objetivo de colaborar.

A comunicação foi o fio condutor que permitiu a interação entre os sujeitos no processo de cuidar em saúde. O planejamento e a execução de ações de promoção e educação em saúde, interconsultas, discussões de casos complexos e avaliação das atividades foram oportunidades de ensinar e aprender para estudantes e preceptores. Todo esse movimento esteve alicerçado nas necessidades dos territórios, de forma a fortalecer a autonomia do usuário, estimulando o autocuidado.

Nesse sentido, é importante haver um contínuo processo de ensino-aprendizagem como possibilidade para estimular a formação interprofissional nos cenários dos serviços de saúde, resultando no fortalecimento do SUS¹⁹.

O caminho trilhado só foi possível pela sensibilização dos agentes envolvidos. As preceptoras já tiveram a experiência de estágios anteriores do Curso de Odontologia e foram participantes de algumas edições do PET-Saúde ou participaram de processos formativos como o Programa Profissional em Saúde da Família. De forma que as preceptoras estavam abertas às novas experiências e compreendiam o arcabouço teórico e conceitual em EIP e PCI, conforme observado na figura 1.

Figura 1 – Fatores que facilitaram a EIP e PCI na APS no desenvolvimento do ESI

Fonte: Elaborado pelos autores (2023).

Compreende-se que, de forma intencional, os estudantes e preceptoras desenvolveram PCI, a partir da interação, visando a qualificar o cuidado a ser produzido. As ações foram desenvolvidas a partir de reconhecimento das demandas e necessidades da população adstrita à USF, e o trabalho em equipe visou à construção de um plano de cuidado ou projeto de atenção comum.

A melhoria no processo de cuidado em saúde considera a colaboração interprofissional como um fator que deve estar presente nas relações interpessoais e na comunicação entre os membros da equipe e da equipe com os sujeitos, famílias e comunidades^{20,21}.

Por outro lado, é importante reconhecer barreiras para a efetivação da EIP e PCI. Destacam-se a precarização das condições de trabalho, o que inviabiliza o cuidado integral, bem como a não compreensão sobre a EIP e PCI por parte de membros da equipe não envolvidos diretamente no ESI. Isso reflete o processo de trabalho fragmentado e centrado em procedimentos uniprofissionais.

4. ENCAMINHAMENTOS PARA A PRÁTICA

Nessa direção, recomenda-se:

- A realização de Educação Permanente em Saúde com foco na PCI para as equipes da ESF;
- O fortalecimento da IESC;
- A interação entre preceptores e estudantes de diferentes núcleos profissionais;
- O desenvolvimento de competências colaborativas e a aprendizagem compartilhada.
- A partilha de saberes, fazeres e afetos;
- A construção de identidades profissionais e interprofissionais;
- O (re)conhecimento das competências e habilidades na APS.
- Compreende-se, pois, a importância da intencionalidade do ESI para o aprender juntos e para colaboração uns com os outros.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil – Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016.
2. BRASIL. Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990.

3. VENDRUSCOLO, C. *et al.* Rethinking the Health Care Model through the reorientation of training. *Rev Bras Enferm* [Internet]; v. 71, n. Supl. 4, p. 1580-1588, 2018.
4. ELY, L.I; TOASSI, R.F.C. Integration among curricula in Health professionals' education: the power of interprofessional education in undergraduate courses. *Interface*, v. 22, n. Supl. 2, p. 1563-75, 2018.
5. BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº 3, de 21 de junho de 2021. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Odontologia e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2021.
6. BRASIL. Resolução nº 569, de 8 de dezembro de 2017. Princípios Gerais para as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação da Área da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, 2017.
7. MITRE, S.M. *et al.* Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. *Ciênc. Saúde Colet.*, v. 13, n. Sup 2, p. 2133-2144, 2008.
8. REEVES, S. *et al.* A BEME systematic review of the effects of interprofessional education: BEME Guide No. 39. *Med Teach*, v. 38, n. 7, p. 656-668, 2016.
9. OMS. Organização Mundial da Saúde. Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa. Genebra: OMS; 2010.
10. UFPB. Plano de Curso do Estágio Supervisionado Interprofissional. Sistema Integrado de Gestão de Atividades Acadêmicas, 2023.
11. TOASSI, R.F.C; OLSSON, T.O; PEDUZZI, M. Aprendizado interprofissional na graduação em Odontologia no contexto pandêmico de ensino remoto. *Interface*, v. 27, p. 1-19, 2023.

12. TOASSI R.F.C. *et al.* Ensino da graduação em cenários da atenção primária: espaço para aprendizagem interprofissional. *Trab Educ Saúde*, v. 8, n. 2, p. 1-17, 2020.
13. ROSSIT, R.A.S. *et al.* Construção da identidade profissional na educação interprofissional em saúde: percepção de egressos. *Interface*, v. 22, n. 1, p.1399-1410, 2018.
14. COSTA, M.V. *et al.* Pro-Health and PET-Health as interprofessional education spaces. *Interface*, v. 19, n. Sup 1, p. 709-720. 2015.
15. ZARIFIAN, P. O modelo da competência: trajetória histórica, desafios atuais e propostas. São Paulo: SENAC. 2003.
16. CIHC. Canadian Interprofessional Health Collaborative. A national interprofessional competency framework. Vancouver: Canadian Interprofessional Health Collaborative, 2010.
17. BARR, H. Competent to collaborate towards a competency-based model for interprofessional education. *J Interprof Care*, v. 12, n. 2, p. 181-187, 1998.
18. BARBOSA, A.S. *et al.* Interprofissionalidade, formação e trabalho colaborativo no contexto da saúde da família: pesquisa-ação. *Saúde Debate*, v. 46, n. Especial 5, p. 67-79, 2022.
19. PEREIRA, A.K.M. *et al.* Which factors influenced the adoption of interprofessionality in health based on the reports of the PET-Health Interprofessionality projects in Brazil? A document analysis, *J Interprof Care*, v. 37, n. Supl. 1, p. 1-8, 2023.
20. D'AMOUR, D. *et al.* The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. *J Interprof Care*, v. 19, n. Supl. 1, p. 116-131, 2005.
21. PEDUZZI, M. *et al.* Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. *Trab. Educ. Saúde*, v. 18, n. Supl. 1, p. 1-20, 2020.

CAPÍTULO 22

EXPERIÊNCIA DE UM CURSO SOBRE SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA COM INSERÇÃO DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO DE COBRE POR ENFERMEIRO

*Veronica Ebrahim Queiroga
Edjane Pessoa Ribeiro Fernandes,
Fabiola Moreira Casimiro de Oliveira
Ailma de Souza Barbosa
Viviane Rolim de Holanda
Waglânia de Mendonça Faustino*

1. PONTOS DE PARTIDA

No mundo, as gestações não intencionais correspondem a 40% de todas as gravidezes. No Brasil, o percentual é ainda maior, alcançando cerca de 55,4%, contribuindo para abortamentos induzidos e desencadeando aumento da mortalidade materna¹. A inserção do dispositivo intrauterino (DIU), ofertada na Atenção Primária à Saúde (APS), pode ampliar o acesso a um método anticoncepcional eficaz, de longa duração e de baixo custo para o sistema público de saúde. No entanto, o DIU é pouco divulgado e utilizado, principalmente na prática da enfermagem².

De acordo com a lei 7.498/86, que regulamenta o exercício profissional da enfermagem, na APS, são realizadas consultas por enfermeiro no cuidado à saúde da mulher como um espaço não apenas clínico e pré-estabelecido, vinculado às normas e rotinas, mas também como

uma oportunidade de aproximação e acolhimento da pluralidade de suas demandas, incluindo a educação em saúde sexual³.

Os enfermeiros, desde o início da sua formação, são estimulados a atuarem no compromisso com o cuidado singular e o fortalecimento da autonomia do outro, sendo imperativo ético o respeito à dignidade de cada indivíduo, princípios assegurados pela Constituição Federal de 1988^{4,5}.

No entanto, a atuação na APS, por vezes, sinaliza que as necessidades das mulheres relacionadas à saúde sexual e reprodutiva não se traduzem em ações de saúde, a exemplo do acolhimento sem julgamentos e preconceitos. Tal contexto dificulta a efetivação de um cuidado sem fragmentações a fim de garantir a saúde integral alinhada nas políticas públicas de saúde da mulher no Sistema Único de Saúde (SUS)⁶.

Nessa perspectiva, a consulta de enfermagem na saúde da mulher em idade reprodutiva, com base na Resolução COFEN nº 688/20227, torna-se uma ferramenta potente na promoção dos direitos sexuais e reprodutivos e na implementação dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS). Assim, espera-se que suas metas referentes à promoção da igualdade entre os gêneros e à autonomia das mulheres⁸ se internalizem e se interiorizem em nosso país, permitindo que seu potencial indutor do desenvolvimento sustentável realmente se concretize e traga benefícios almejados para a nossa sociedade⁹.

Estudo realizado por Gonzaga (2017)² revela muitas barreiras organizacionais para o acesso ao DIU, tais como a presença de critérios desnecessários para sua inserção; o condicionamento à participação em grupos educativos; a oferta insuficiente e descontinuada do método; o conhecimento inadequado de profissionais de saúde sobre seus mecanismos de ação; a falta de profissionais habilitados; e a exclusividade do profissional médico para sua inserção.

Diante do exposto, compreende-se a intervenção educativa em saúde sexual como fomento na qualificação da consulta de enfermagem à saúde da mulher em idade reprodutiva. Portanto, este capítulo objetiva

relatar a experiência do curso de saúde sexual e reprodutiva e inserção de dispositivo intrauterino de cobre por enfermeiro na atenção primária à saúde.

2. PERCURSO TRILHADO

Foi realizado um estudo de natureza descritiva, do tipo relato de experiência, com abordagem qualitativa, que consistiu em descrever a vivência de enfermeiras sobre a formação em inserção de dispositivo intrauterino de cobre na atenção primária à saúde. O curso foi realizado na cidade de João Pessoa, Paraíba, de janeiro a julho de 2022, com carga horária de 30 horas, sendo 3 horas síncronas por semana e 90 horas de atividades práticas em serviços de saúde (policlínicas e unidades básicas de saúde), tendo contado com a participação de enfermeiras da Atenção Básica e de docentes e bolsistas que compõem a equipe do projeto de extensão “Inserção de DIU na AB na Paraíba”.

Por se tratar de uma pesquisa envolvendo seres humanos, o estudo foi previamente submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal da Paraíba (número CAAE 50353821.1.0000.5188). Além disso, o projeto também foi submetido a Gestão de Educação em Saúde, da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa, Paraíba. Após a realização do curso, os profissionais responsáveis pelo desenvolvimento se reuniram para refletir sobre cada encontro e atividades realizadas.

A oferta do curso de saúde sexual e reprodutiva e inserção de DIU por enfermeiros na Atenção Primária à Saúde seguiu as prerrogativas legais vigentes, com foco na promoção dos direitos sexuais e reprodutivos. Foram realizados treinamento teórico e prático para inserção do DIU de cobre e capacitação dos enfermeiros para o aconselhamento em saúde sexual e reprodutiva.

Para as inscrições foram disponibilizadas 33 vagas, das quais 25 foram destinadas aos enfermeiros da Atenção Básica do município de João Pessoa, sendo duas para residentes de saúde da família e comunidade do Programa de Residência Multidisciplinar em Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa, cinco para o município de Mamanguape, duas para os enfermeiros do Hospital Universitário Lauro Wanderley e uma para enfermeiros da Maternidade Cândida Vargas. Utilizou-se o cadastro no Sistema Integrado de Gestão Acadêmica (SIGAA) da UFPB para efetivação das inscrições, sendo enviado um tutorial de acesso à plataforma com o passo a passo para cadastro e criação de um grupo no aplicativo *WhatsApp* para facilitar a comunicação entre organizadores e participantes do curso.

A aula inaugural aconteceu no dia 19 de janeiro de 2022 de forma remota por meio de um link da plataforma *Google Meet*. Houve ainda uma rodada de apresentações dos participantes que expressaram expectativas positivas, interesse e gratidão pela oportunidade de realizar o curso para ampliação da oferta de cuidados às mulheres na APS, especialmente a inserção do DIU de cobre por enfermeiro.

A partir desse olhar, gerou-se uma nuvem de palavras simbolizando os sentimentos relatados nas falas (figura 1).

Figura 1 – Nuvem de palavras gerada em aula inaugural.



Fonte: Dados da pesquisa (2022)

Na segunda aula, abordaram-se os temas: direitos sexuais e reprodutivos; saúde sexual e reprodutiva; e o aborto legal.

Na APS, a atenção em saúde sexual e reprodutiva é uma das áreas de atuação prioritárias, com enfoque no respeito aos direitos sexuais e reprodutivos^{6, 10}. Neste tema, os profissionais de saúde apresentam dificuldades em abordar os aspectos relacionados à saúde sexual, sendo um assunto visto com preconceitos e tabus, provocando muitas polêmicas.

É importante ressaltar que, na formação profissional, faz-se necessário buscar práticas não discriminatórias e referenciadas na integralidade da atenção, garantindo a proteção, a promoção e o direito do exercício da sexualidade e da reprodução.

Na terceira aula, foi discutido sobre o respaldo legal, ético e científico da oferta de métodos contraceptivos com enfoque na inserção de DIU por enfermeiros, com explanação de representante do Conselho Regional de Enfermagem da Paraíba – COREN/PB.

Nessa aula, foi esclarecido que não existe impedimento legal para oferta e inserção do DIU de cobre, independentemente do local de atuação do Enfermeiro. Tal fato é corroborado pelo parecer técnico nº 17/2010 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN)¹¹, ao apontar a indicação, inserção e retirada do DIU de cobre como elementos integrantes da consulta de planejamento reprodutivo com enfermeiros devidamente capacitados e treinados, mediante conhecimento técnico, científico e prático¹².

Foram ainda ressaltados os pareceres n. 04/2019¹³ e n. 10/2020¹⁴, os quais, respectivamente, já previam a inserção de DIU na APS por enfermeiro e a inexistência de maior risco de expulsão de DIU ou lesão vaginal quando o mesmo foi inserido pelo profissional enfermeiro.

Nesse contexto, vários estudos demonstram que enfermeiros, quando capacitados e treinados, realizam tal prática de forma segura¹⁵,¹⁶. Além disso, em vários estados brasileiros, tais como Alagoas, Piauí, Maranhão e Bahia, os enfermeiros já atuam na consulta com oferta e inserção do DIU de cobre¹⁷.

Durante o curso, enfatizou-se a importância de os participantes promoverem um diálogo com as usuárias a respeito da saúde sexual e reprodutiva. Evidenciou-se também a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) ao enfatizar a necessidade de registro em prontuário eletrônico ou impressos assistenciais padronizados durante a consulta ginecológica realizada por enfermeiro. O registro no formato Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano (SOAP) está sendo orientado para a APS tanto impresso como eletronicamente.

Durante os encontros do curso, reforçou-se que os passos da SAE devem ser cumpridos, destacando-se o diagnóstico e a prescrição de Enfermagem, de acordo com a Resolução COFEN 690/2022¹⁸.

Ademais, os métodos contraceptivos foram minuciosamente apresentados com indicações e critérios de elegibilidade, evidenciando as várias opções disponíveis para escolha das mulheres em relação ao planejamento familiar e saúde reprodutiva^{16,19}. No entanto, destacou-se

o estudo do DIU de cobre, explorando suas indicações, contraindicações e efeitos adversos, além da consulta de retorno e assinatura de termo de consentimento obrigatório²⁰.

Durante todo o curso, os participantes tiveram acesso ao material didático e textos sobre as aulas, artigos científicos e vídeos que foram compartilhados em uma pasta dos alunos pelo *Google Drive*.

Ao concluir o módulo teórico, foi realizada simulação clínica em laboratório para treinamento da técnica de inserção do DIU, enfatizando o material que deve ser utilizado no procedimento e demais observações pertinentes à revisão, prescrição e avaliação para eficácia do método contraceptivo em questão.

3. PONTO DE CHEGADA

Dos 33 inscritos no curso, 28 concluíram com êxito, três desistiram e dois não conseguiram dar continuidade em razão do não cumprimento mínimo da carga horária para seguimento no módulo prático.

Todos os enfermeiros qualificados nesta iniciativa já desenvolvem habilidades na inserção do DIU nos seus locais de trabalho. Alguns mantêm a oferta do método nas policlínicas municipais de João Pessoa, em regime de rodízio, enquanto aguardam a instrumentalização das suas respectivas unidades de saúde com os materiais para inserção, revisão e retirada do DIU, conforme compromisso da gestão da atenção básica no município. As enfermeiras de Mamanguape realizam suas práticas em regime de mutirões naquela cidade, com apoio do grupo de extensão da UFPB.

Desta feita, apesar de ainda existirem barreiras organizacionais e materiais, o acesso ao DIU como método contraceptivo de longa duração foi ampliado tanto no município de João Pessoa, através da manutenção do ambulatório do DIU nas policlínicas municipais, quanto no município de Mamanguape, devido à ocorrência dos mutirões, conforme mencionado anteriormente.

4. ENCAMINHAMENTOS PARA PRÁTICA

- Destacamos que o Curso de Capacitação para Enfermeiros em Consulta Ginecológica com Foco nos Direitos Sexuais e Reprodutivos e Ênfase no DIU constituiu a superação de uma das principais barreiras de oferta do DIU na atenção básica, ampliando o acesso das mulheres ao método. Todavia, ainda permanecem duas barreiras, organizacional e material, para que o acesso amplo do método a todas as mulheres que o deseje seja efetivado, como um direito sexual e reprodutivo.
- Outrossim, compreendemos que a estruturação do curso e o modelo híbrido de sua oferta, com aulas teóricas *online* e estágio prático, pode ser replicado e ampliado a fim de que mais enfermeiros sejam capacitados e ofertem essa contracepção reversível de longa duração (LARC) a mais mulheres.
- Por fim, destacamos que não basta capacitar os profissionais de enfermagem para a inserção do DIU, mas é necessário treinar e implantar a consulta de enfermagem em ginecologia com foco nos direitos sexuais e reprodutivos e ênfase na oferta do DIU para enfermeiros da atenção básica.
- A escolha desta perspectiva desloca o cuidado centrado no procedimento (inserção do DIU) para o cuidado centrado na mulher e nas suas necessidades, para além da contracepção.

REFERÊNCIAS

1. FIOCRUZ. **Nascer no Brasil: Inquérito nacional sobre partos e nascimentos**. 2016. Disponível em: https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/?us_portfolio=nascer-no-brasil. Acesso em 05 set. 2022.
2. GONZAGA, V. A. S., et al. Barreiras organizacionais para disponibilização e inserção do dispositivo intrauterino nos serviços de atenção básica à saúde. **Rev Esc Enferm USP**, v. 51:e03270, 2017.
3. BRASIL. Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 9275-9279, 25 jun. 1986.
4. DA COSTA, E. F., et al. Aulas práticas em urgência e emergência na formação do acadêmico de enfermagem - relato de experiência. **Research Society and Development**, v. 9, n. 12:e24891210411, 2020.
5. ANACLETO, G.; CECCHETTO, F. H.; RIEGEL, F. Cuidado de enfermagem humanizado ao paciente oncológico: revisão integrativa. **Rev. Enferm. Contemp.**, v. 9, n. 2, p. 246-254, 2020.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
7. COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução nº 688 de 03/02/2022**. Normatiza a implementação de diretrizes assistenciais e a administração de medicamentos para a equipe de enfermagem que atua na modalidade Suporte Básico de Vida e reconhece o Suporte Intermediário de Vida em serviços públicos e privados. Brasília, DF: COFEN, [2022]. Disponível em: <https://www legisweb.com.br/legislacao/?id=424062>. Acesso em: 22 set. 2023.
8. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Agenda 2030: Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM)**. 2015. Disponível

em: <https://nacoesunidas.org/pos2015/agenda2030/>. Acesso em: 26 mai. 2021.

9. ROMA, J. C. Artigos indicadores de sustentabilidade. **Cienc. Cult.**, v. 71, n. 1, 2019.

10. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

11. COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Parecer de Câmara Técnica nº 17/2010/CTLN/COFEN**. Trata-se de encaminhamento dos documentos em epígrafe pela Secretaria do Cofen, para análise e emissão de Parecer sobre a “viabilidade dos Enfermeiros realizarem procedimentos com Medicamentos e Insumos para Planejamento Familiar Reprodutivo”. Brasília, DF: COFEN, [2010]. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/parecer-n-172010-cofen-ctln/>. Acesso em 20 abr. 2021.

12. COREN/AL. Conselho Regional de Enfermagem de Alagoas. **Protocolo de Consulta de Enfermagem Ginecológica com ênfase na inserção do Dispositivo Intrauterino T de Cobre**. Maceió, 2018.

13. COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Parecer de Câmara Técnica nº 04/2019/CTLN/COFEN**. Inserção de dispositivo intrauterino (DIU TCU 380a) com cobre por enfermeiros na rede de atenção especializada. Brasília, DF: COFEN, [2019]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/parecer-de-comissao-no-004-2019-cnsm-cofen_86641.html. Acesso em 20 abr. 2021.

14. COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Parecer de Câmara Técnica nº 10/2020/CTLN/COFEN**. Elaboração de subsídios técnico-científicos relacionados à Enfermagem Ginecológica com ênfase na inserção do DIU, que serão utilizados nos processos administrativos COFEN nº 1304/2019 e 931/2019, [2019]. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/parecer-n-102020-ctl-n-cofen/>.

cofen.gov.br/parecer-de-comissao-no-10-2020-cnsm-cofen/. Acesso em 20 abr. 2021.

15. SOUZA, I. M. S; DE SIQUEIRA, C. V. C. Atuação do enfermeiro no planejamento reprodutivo: uma revisão de literatura. **Repositório Institucional do UNILUS**, v. 2, n. 1, 2023.

16. LACERDA, L. D., et al. Inserção de dispositivo intrauterino por enfermeiros da atenção primária à saúde. **Enfermagem em Foco**. v. 12, n. 7. s. 1, 2021.

17. TRIGUEIRO, T. H., et al. Inserção de dispositivo intrauterino por médicos e enfermeiros em uma maternidade de risco habitual. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 42, 2021.

18. COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN nº 690/2022**. Dispõe sobre a atuação do Enfermeiro no Planejamento Familiar e Reprodutivo, [2022]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-690-2022_96063.html/print/. Acesso em 20 abr. 2021.

19. ANDRADE, M. S., et al. Planejamento familiar no Sistema Único de Saúde: Uso do dispositivo intrauterino. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 3:e38211326386, 2022.

20. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual Técnico para Profissionais de Saúde: DIU com Cobre TCu 380A**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

NOTAS DE FIM

1 Rezende, S.S.S. **Saúde bucal na Atenção Básica: Estratégias para Melhorar o Acesso**. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2016.

SOBRE OS AUTORES E AS AUTORAS

ORGANIZADORES

Franklin Delano Soares Forte

Professor do Curso de Odontologia e do Programa Profissional em Saúde da Família, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba/Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família.

Talitha Rodrigues Ribeiro Fernandes Pessoa

Professora do Curso de Odontologia e do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal da Paraíba/Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família.

Altamira Pereira da Silva Reichert

Professora do Curso de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação Profissional em Saúde da Família, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba/Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família.

Gabriella Barreto Soares

Professor do Departamento de Promoção da Saúde e Docente Permanente do Programa Profissional em Saúde da Família, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba/Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família.

Maria Sueli Marques Soares

Professora do Curso de Odontologia e do Programa de Pós-Graduação Profissional em Saúde da Família, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba/ Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família.

Simone Alves de Sousa

Professora do Curso de Odontologia e do Programa de Pós-Graduação Profissional em Saúde da Família e do Programa de Pós-Graduação em Odontologia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba/ Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família.

José da Paz Oliveira Alvarenga

Professor do Curso de Enfermagem e do Programa Profissional em Saúde da Família, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba/Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família.

Lenilma Bento de Araujo Meneses

Professora do Curso de Enfermagem e do Programa Profissional em Saúde da Família, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba/Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família.

AUTORES

Adriana Aguiar Fernandes de Lima

Mestra pelo Programa de Pós-Graduação Profissional em Saúde da Família, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba/Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família.

Ailma de Souza Barbosa

Mestre pelo Programa de Pós-Graduação Profissional em Saúde da Família, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba/Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família. Cirurgiã-Dentista da Estratégia Saúde da Família da Prefeitura Municipal de João Pessoa- PB.

Alan Leite Moreira

Doutorando em Sociedade, Tecnologias e Políticas Públicas pelo Centro Universitário Tiradentes. Técnico em assuntos educacionais da Universidade Federal da Paraíba e Professor de Química da Secretaria de Estado de Educação da Paraíba.

Alice Ramalho Braga

Graduanda em medicina pela Universidade Federal da Paraíba.

Altamira Pereira da Silva Reichert

Professora Titular do Curso de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação Profissional em Saúde da Família, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba/Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família.

Ana Káren Pereira de Souza

Enfermeira da Estratégia Saúde da Família da da Prefeitura Municipal de Mombaça-CE.

Ana Suerda Leonor Gomes Leal

Docente do Curso de Enfermagem e Professora do Programa de Pós-Graduação Profissional em Saúde da Família, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba/Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família.

Andréa de Oliveira Albuquerque Ferreira Gomes

Mestre pelo Programa de Pós-Graduação Profissional em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará/Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família. Cirurgiã-dentista da Prefeitura Municipal de Fortaleza-CE.

Ângela Maria Alves e Souza

Professora Titular do Curso de Enfermagem e Programa de Pós-Graduação Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará/Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família

Ardigleusa Alves Coêlho

Professora Permanente do Programa de Pós-Graduação Profissional em Saúde da Família, Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba/Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba.

Chrystiany Plácido de Brito Vieira

Professora Adjunto do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação Profissional em Saúde da Família, Universidade Federal do Piauí/Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família.

Cláudia Helena Soares de Moraes Freitas

Professora Titular do Departamento de Clínica e Odontologia Social e do Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba.

Cristiana Carla da Silva

Assistente Social do Serviço de Atenção Domiciliar da Prefeitura de João Pessoa, Preceptora do PET-GA.

Cristiane Costa Braga

Mestre e Doutoranda do Programa de Pós-Graduação Profissional em Saúde da Família, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba/Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família. Cirurgiã-Dentista da Estratégia Saúde da Família da Prefeitura Municipal de João Pessoa- PB.

Cynthia Guedes Santiago Melquíades

Mestre em Saúde da Família pelo Programa de Pós-Graduação Profissional em Saúde da Família, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba/ Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família. Enfermeira da Estratégia Saúde da Família da Prefeitura Municipal de João Pessoa-PB.

Elizabete Cristina Fagundes de Souza

Professora Titular no Departamento de Saúde Coletiva, aposentada da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Edjane Pessoa Ribeiro Fernandes

Mestre pelo Programa de Pós-Graduação Profissional em Saúde da Família, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba/ Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família. Enfermeira da Estratégia Saúde da Família. Prefeitura Municipal de João Pessoa.

Elaine Cristina Justino Teixeira

Mestre pelo Programa de Pós-Graduação Profissional em Saúde da Família, Universidade Federal do Ceará/ Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família. Enfermeira da Estratégia da Família de Mombaça-CE.

Ellen Rose Sousa Santos

Doutoranda e Mestre em Saúde da Família pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Universidade Federal do Maranhão/ Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família. Professora da Universidade Federal do Maranhão.

Fábia Barbosa de Andrade

Professor Associado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Fabiane do Amaral Gubert

Professora do Departamento de Enfermagem e Coordenadora do Programa de Pós-Graduação Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará/Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família

Fabiola Moreira Casimiro de Oliveira

Mestre em Gerontologia, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba. Enfermeira da Estratégia Saúde da Família. Prefeitura Municipal de João Pessoa.

Fernando José Guedes Da Silva Junior

Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem e Coordenador do Programa de Pós-Graduação Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Piauí/Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família.

Flávia Maiele Pedroza Trajano

Doutora pelo Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão em Saúde da Universidade Federal da Paraíba. Gestora do CAPS AD Primavera Prefeitura Municipal de Cabedelo – PB.

Francisca Tereza de Galiza

Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem e dos Programas de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí e do Programa de Pós-Graduação Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Piauí/Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família

Franklin Delano Soares Forte

Professor Titular do Curso de Odontologia e do Programa Profissional em Saúde da Família, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba/Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família.

Gabriella Barreto Soares

Professor Adjunto do Departamento de Promoção da Saúde e Docente Permanente do Programa Profissional em Saúde da Família, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba/Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família.

Geórgia Sibeles Nogueira da Silva

Professora do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte; Coordenadora do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família no período 2010-2016.

Heloísa Helena Pinho Veloso

Professor do Curso de Odontologia e Docente Permanente do Programa Profissional em Saúde da Família, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba/Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família.

Ilana Mirian Almeida Felipe da Silva

Docente da Universidade Federal do Maranhão (Educação Profissional e do Programa de Pós-Graduação Profissional da Universidade Federal do Maranhão/Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família.

Janaína Alves Benício

Mestre pelo Programa Profissional em Saúde da Família, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba/Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família. Enfermeira da Estratégia Saúde da Família da Prefeitura Municipal de São Bentinho-PB.

Jaqueline Carvalho e Silva Sales

Professora Adjunto do Departamento de Enfermagem e Vice coordenadora do Programa de Pós-graduação Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Piauí/Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família

Jéssica Pinheiro Carnaúba

Doutoranda pelo Programa Profissional em Saúde da Família, Universidade Federal do Ceará/Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família. Enfermeira da Atenção Básica da Prefeitura Municipal de Mombaça-CE

João Euclides Fernandes Braga

Docente do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva e do Programa de Pós-Graduação Profissional em Saúde da Família/ Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família e Diretor do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba.

João Paulo dos Anjos Lopes

Graduando em medicina pela Universidade Federal da Paraíba.

Joseanna Gomes Lima

Mestre pelo Programa de Pós-Graduação Profissional em Saúde da Família Universidade Federal do Maranhão/ Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família.

José da Paz Oliveira Alvarenga

Professor do Curso de Enfermagem e do Programa Profissional em Saúde da Família, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba/Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família.

José Manuel Peixoto Caldas

Professor Catedrático da Universidade de Lisboa. Full Professor Universidade de Salamanca/ Espanha. Professor Convidado da Universidade do Canadá

Juliana Barros de Farias Vilar

Mestre pelo Programa Profissional em Saúde da Família, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba/Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família. Enfermeira da Prefeitura Municipal de Saúde Cabedelo-PB.

Júlio César Guimarães Freire

Mestre pelo Programa de Pós-Graduação Profissional em Saúde da Família, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba/ Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família.

Layanne Sátyro Medeiros Lucena

Especialista em Direito Penal e Processual Penal pelo Centro Universitário de Patos; Graduada em Direito pelas Faculdades Integradas de Patos.

Lenilma Bento de Araujo Meneses

Professora do Curso de Enfermagem e do Programa Profissional em Saúde da Família, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba/Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família.

Lígia Araújo Sá

Mestre em Saúde da Família pelo Programa de Pós-graduação Profissional em Saúde da Família, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba/Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família. Enfermeira da Prefeitura Municipal Olinda-PE.

Luana Rodrigues de Almeida

Docente do Curso de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação Profissional em Saúde da Família, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba/Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família.

Luciana Rodrigues Cordeiro

Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação Profissional em Saúde da Família, Universidade Federal do Ceará/ Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família. Enfermeira da Estratégia Saúde da Família da Prefeitura Municipal de Fortaleza-CE.

Luiza Sátyro Morais de Medeiros

Mestre pelo Programa de Pós-Graduação Profissional em Saúde da Família, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba/ Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família.

Marcos Oliveira Dias Vasconcelos

Mestre pelo Programa de Pós-Graduação Profissional em Saúde da Família, pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte/ Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família. Professor do Departamento de Promoção da Saúde do Centro de Ciências Médicas - Universidade Federal da Paraíba

Marli Teresinha Gimeniz Galvão

Professora Titular da Universidade Federal do Ceará. Docente do Programa Profissional em Saúde da Família, Universidade Federal do Ceará/ Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família.

Maria Eliza Dantas Bezerra Romão

Mestre e Doutoranda em Ciências Odontológicas pelo Programa de Pós-graduação em Odontologia, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba.

Maria Gerlane de Souto

Mestre pelo Programa de Pós-Graduação Profissional em Saúde da Família, Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba/ Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família. Enfermeira Saúde o Adulto no Hospital Universitário Alcides Carneiro - Universidade Federal de Campina Grande/Ebserh.

Maria Socorro Sousa da Silva

Mestre pelo Programa de Pós-Graduação Profissional em Saúde da Família, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba/Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família. Enfermeira na Estratégia Saúde da Família da Prefeitura Municipal de João Pessoa.

Maria Sueli Marques Soares

Professora Titular do Curso de Odontologia e do Programa de Pós-Graduação Profissional em Saúde da Família, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba/ Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família.

Marina Nogueira Brasileiro Veras

Mestranda em Gerontologia pelo Programa de Pós-Graduação Profissional Gerontologia da Universidade Federal da Paraíba. Cirurgiã-Dentista da Estratégia Saúde da Família da Prefeitura Municipal de João Pessoa- PB.

Mary Anne Medeiros Bandeira

Professora do Programa de Pós-Graduação Profissional em Saúde da Família, Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, do Programa de Pós-Graduação em Inovação e Desenvolvimento Tecnológico em Medicamentos, Universidade Federal do Ceará/ Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família.

Mayara Callado Silva Moura

Enfermeira pela Universidade Federal do Piauí.

Pedro Felipe Sousa Teixeira

Mestrando em Energias renováveis pelo Instituto Federal do Ceará.

Ranielder Fábio de Freitas

Doutor em Design pela Universidade Federal de Pernambuco. Pós Doutorando do Projeto de Simulação Realística do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará.

Renata Ferreira Tiné

Doutoranda do Programa de Pós-Graduação Profissional em Saúde da Família, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba/Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família. Vice coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da SESAU/Recife-PE.

Risia Raphaely do Rêgo Barros Melo

Mestre pelo Programa de Pós-Graduação Profissional em Saúde da Família, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba/Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família. Analista em Saúde - Enfermeira do Governo do Estado de Pernambuco; Enfermeira na Estratégia Saúde da Família da Prefeitura Municipal de Recife-PE.

Samir Gabriel Vasconcelos Azevedo

Doutorando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará.

Samiramis Simone de Sousa Rezende

Mestre pelo Programa de Pós-Graduação Profissional em Saúde da Família, Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Cirurgiã-dentista da Prefeitura Municipal de Jaboatão dos Guararapes-PE.

Simone Bezerra Alves

Professora do Departamento de Fisioterapia, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, Coordenadora do PET-GA.

Suyene de Oliveira Parede

Doutoranda em Ciências Odontológicas pelo Programa de Pós-graduação em Odontologia, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, Professora das Faculdades Integradas de Patos.

Simone Alves de Sousa

Professora do Curso de Odontologia e do Programa de Pós-Graduação Profissional em Saúde da Família e do Programa de Pós-Graduação em Odontologia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba/ Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família.

Talitha Rodrigues Ribeiro Fernandes Pessoa

Professora do Curso de Odontologia e do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal da Paraíba/ Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família.

Thais Teles de Souza

Professora do Programa de Pós-Graduação Profissional em Saúde da Família, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba/Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família.

Terezinha Paes Barreto Trindade

Mestre pelo Programa de Pós-Graduação Profissional em Saúde da Família, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba/Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família. Cirurgiã-Dentista da Estratégia Saúde da Família da Prefeitura Municipal de João Pessoa-PB.

Veronica Ebrahim Queiroga

Mestre pelo Programa de Pós-Graduação Profissional em Saúde da Família, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba/ Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família. Enfermeira da Estratégia Saúde da Família. Prefeitura Municipal de João Pessoa-PB.

Viviane Rolim de Holanda

Professora do Curso de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba.

Waglânia Mendonça Faustino

Professora do Curso de Enfermagem e Programa de Pós-Graduação Profissional em Saúde da Família, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba.

Walleri Christini Torelli Reis

Professora do curso de Farmácia e do Programa de Pós-Graduação Profissional em Saúde da Família, Centro de ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba/Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família.

Wellyda Rocha Aguiar Galvão

Professora do curso de Farmácia e assessora de coordenação do curso de Farmácia da Universidade de Fortaleza. Membro da Comissão de Práticas Integrativas e Complementares do Conselho Regional de Farmácia do Estado do Ceará.

Weslla Karla Albuquerque Silva de Paula

Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde e Docente Colaboradora do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco.



Título FAZERES E SABERES NO TRABALHO E NA FORMAÇÃO EM SAÚDE
DA FAMÍLIA: Pesquisas, relatos vivos e contemporâneos

Organizadores Franklin Delano Soares Forte
Talitha Rodrigues Ribeiro Fernandes Pessoa
Altamira Pereira da Silva Reichert
Gabriella Barreto Soares
Maria Sueli Marques Soares
Simone Alves de Sousa
José da Paz Oliveira Alvarenga
Lenilma Bento de Araujo Meneses

Projeto gráfico e Capa Jerfson Oliveira

Imagem da Capa Juá do Ceará

Formato e-book (PDF – 16x22 cm)

Tipografia Myriad Pro

Número de páginas 273

EU